

Rahmenkonzept Ambulante Rehabilitation Sucht

Therapieverbund
des
Diakonischen Werkes Südtondern
gGmbH

Verfasser:

Harald Marake, Diplom-Psychologe/Psychologischer Psychotherapeut

Brigitte Umbreit, Diplom-Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin, Sozialtherapeutin (GVS)

Lars-Michael Wittmeier, Diplom-Sozialpädagoge/Sozialarbeiter, Sozialtherapeut (GVS)

Erstellt am 14.03.2017



Diakonisches Werk Südtondern
Westerlandstr. 3
25899 Niebüll

Inhaltsverzeichnis:

I. Einrichtung

1. Allgemeine Beschreibung der Aufgaben im Therapieverbund Diakonisches Werk Südtondern (DWSt) mit den Rehabilitationsstandorten BBZ Niebüll und BBZ Sylt
 - 1.1. Träger des Therapieverbundes DWSt
 - 1.2. Lage der Beratungs- und Behandlungszentren
 - 1.3. Einzugsgebiet
 - 1.4. Räumliche Ausstattung
 - 1.5. Öffnungszeiten
2. Personelle Ausstattung, Fortbildung, Supervision im Bereich des Therapieverbundes DWSt
 - 2.1. Planstellen
 - 2.1.1. Honorarkräfte
 - 2.1.2. Ehrenamtliche Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen
 - 2.2. Fortbildung/ Supervision
3. Zusammenarbeit mit anderen Behandlungseinrichtungen und Institutionen
4. Dokumentation und Erfolgskontrolle
5. Klientel
6. Notfallmanagement

II. Begriffsbestimmungen

1. Missbrauch und Abhängigkeit
2. Rehabilitationselemente
3. Ambulante Rehabilitationsbehandlung für Abhängigkeitskranke
4. Ambulante Fortführung der Rehabilitation ohne Verkürzung der vorherigen stationären Phase
5. Ambulante Fortführung der Rehabilitation mit Verkürzung der vorherigen stationären Phase

III. Voraussetzungen für die ambulante Rehabilitation

1. Allgemeine Grundlagen
 - 1.1. Zielgruppen
 - 1.2. Vorbereitungsphase
 - 1.3. Indikation
 - 1.3.1. Medizinische und persönliche Voraussetzungen/differentielle Indikation
 - 1.3.2. Weitere Indikationsmerkmale für eine ambulante Rehabilitationsbehandlung
2. Diagnostik
 - 2.1. Medizinische Diagnostik
 - 2.2. Psychodiagnostik
3. Kontraindikationen

IV. Theoretische Grundlagen der ambulanten Rehabilitation im Therapieverbund DWSt

1. Persönlichkeitsmodell
2. Krankheitsmodell
3. Therapieziele

V. Struktur und Ablauf der ambulanten Rehabilitationsbehandlung

1. Behandlungsplan
2. Verlauf der ambulanten Rehabilitation
 - 2.1. Eingangsphase
 - 2.2. Hauptphase
 - 2.3. Ablösungsphase
 - 2.4. Begleitende Maßnahmen
 - 2.5. Umgang mit Rückfällen
 - 2.6. Herkömmliche Nachsorge und Selbsthilfegruppenanbindung

Anlagen

- Anlage 1 Schaubild der Behandlungsphasen

- Anlage 2 Umgang mit Rückfällen

- Anlage 3 Abstinenz- und Notfallplan

- Anlage 4 Vertrag über ambulante Rehabilitationsbehandlung

- Anlage 5 Vertrag über ambulante Nachsorge

- Anlage 6 Stellenbeschreibung der ärztlichen und therapeutischen
Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen

- Anlage 7 Personalstandspläne

- Anlage 8 Qualitätsnachweise hauptamtliche Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen

- Anlage 9 Qualitätsnachweise der Ärzte im Behandlungsteam

- Anlage 10 Qualitätsnachweise der Honorarkräfte

- Anlage 11 Qualitätsnachweise Supervisor

KONZEPTION DER AMBULANTEN REHABILITATIONSBEHANDLUNG

I. Einrichtung

1. Allgemeine Beschreibung der Aufgaben im Therapieverbund Diakonisches Werk Südtondern (DWSt) mit den Rehabilitationsstandorten BBZ Niebüll und BBZ Sylt

1.1. Träger des Therapieverbundes DWSt

Träger des Therapieverbundes DWSt ist das Diakonische Werk Südtondern. Die Standorte BBZ Niebüll und BBZ Sylt umfassen die Arbeitsbereiche: Beratung und Behandlung von Suchtkranken, Beratung in Erziehungs-, Lebensfragen und bei Schwangerschaftskonflikt. Die Einrichtung und Unterhaltung der Beratungs- und Behandlungszentren erfolgt mit Unterstützung des Landes Schleswig-Holstein, des Kreises Nordfriesland und der jeweiligen Kommunen. Die Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke in Niebüll besteht seit 1980 – auf Sylt seit 1983 –, die DRV und der VDAK haben mit dem 02.04.1993 die Anerkennung der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle gem. § 5 Empfehlungsvereinbarung ambulante Rehabilitation Sucht (EVARS), bzw. Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001 ausgesprochen.

1.2. Lage der Beratungs- und Behandlungszentren

BBZ Niebüll:

Zum 01.01.2000 konnten die Beratungsstelle für Erziehung, Lebensfragen und Schwangerschaftskonflikte (ehemals Friedrich-Paulsen-Str. 6a) und die Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke (ehemals Rathausstr. 10) unter einem Dach in der Westerlandstr. 3 zusammengefasst werden. Verkehrstechnisch günstig gelegen befindet sich das Beratungs- und Behandlungszentrum im Zentrum der Stadt in unmittelbarer Nähe der Beruflichen Schulen und der Ev. Familienbildungsstätte. Zudem besteht eine Außenstelle in der Gemeinde Leck mit regelmäßigen Sprechzeiten.

BBZ Sylt:

Das Beratungs- und Behandlungszentrum Sylt mit den Fachbereichen Suchtberatung und Suchtbehandlung und Erziehungs- und Lebensberatung ist im Haus des evangelischen Gemeindezentrums in Westerland / Sylt in der Ortsmitte und in der Inselmitte gelegen und mit Bahn und Busanbindung sehr gut zu erreichen. Die ambulante Rehabilitation nach der Vereinbarung Abhängigkeitskranker wird auf Sylt seit 1993 durchgeführt.

1.3. Einzugsgebiet

Das Einzugsgebiet des Therapieverbundes DWSt umfasst den Festlandsbereich des ehemaligen Kirchenkreises Südtondern mit ca. 35.000 Einwohnern und die Insel Sylt mit ca. 17.000 Einwohnern - ohne Zweitwohnungsbesitzer und Touristen.

1.4. Räumliche Ausstattung

BBZ Niebüll, IK-Nr. 500 105 563:

Das Beratungs- und Behandlungszentrum Niebüll verfügt für seine beiden Arbeitsbereiche über:

- 4 Büros für Beratung
- 2 Gruppen-/Therapieräume
- 1 Sekretariat
- 1 Büro für Sachbearbeitung
- 1 separater Eingangswartebereich
- 1 Küche
- 1 EDV-Raum
- 1 Materialraum
- 2 Toiletten
- Parkplätze sowie Fahrradstellplätze

Der Zugang zu den Räumen der Einrichtung ist barrierefrei.

BBZ Sylt, IK-Nr.: 500 103 970:

Das Beratungs- und Behandlungszentrum Sylt verfügt für die drei Arbeitsbereiche Suchtkrankenhilfe, Beratung in Erziehung und Lebensfragen und der Suchtprävention über:

- 6 Büros für Beratung
- 2 Gruppen-/Therapieräume
- 1 Sekretariat
- 1 Büro für Sachbearbeitung
- 1 Eingangswartebereich
- 1 Sozialraum für Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen
- 2 Küchen, davon 1 Küche für Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen
- 1 EDV-Raum
- 1 Materialraum
- 3 Toiletten, davon 1 Toilette für Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen
- Parkplätze sowie Fahrradstellplätze

Es besteht kein barrierefreier Zugang, jedoch können die unmittelbar angrenzenden Räumlichkeiten der Kirchengemeinde Westerland, welche sich im Erdgeschoss des Gebäudes befinden, bei Bedarf jederzeit genutzt werden.

In beiden Einrichtungen stehen separate Räume für spezielle Diagnostik und medizinische Untersuchungen zur Verfügung.

1.5. Öffnungszeiten

Das Beratungs- und Behandlungszentrum Niebüll, Westerlandstr. 3, hat folgende Öffnungszeiten:

Montag bis Donnerstag: 8:00 bis 17:00 Uhr
Freitag: 8:00 bis 13:00 Uhr

Tel: 04661/96590
Fax: 04661/965916

Das Beratungs- und Behandlungszentrum Sylt, OT Westerland, Kirchenweg 37, hat folgende Öffnungszeiten:

Montag, Dienstag, Donnerstag: 9:00 bis 13:00 Uhr
14:00 bis 16:00 Uhr
Mittwoch: 14:00 bis 17:00 Uhr
Freitag: 9:00 bis 13:00 Uhr

Tel: 04651/8222020
Fax: 04651/8222028

2. Personelle Ausstattung, Fortbildung, Supervision im Bereich des Therapieverbundes DWSt

2.1. Fachangestellte*

3 Dipl.-Sozialpädagoge/Dipl.-Sozialpädagogin mit Zusatz GVS

1 Dipl.-Psychologe/Dipl.-Psychologin

2 Verwaltungsangestellte/r

*Die wöchentliche Arbeitszeit ist dem jeweils aktuellen Personalstandsplan zu entnehmen.

2.1.1. Honorarkräfte

1 Arzt/Ärztin (Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie)

1 Facharzt für Innere Medizin

1 Dipl.-Psychologin/Dipl.-Psychologe als Co-Therapeutin/Co-Therapeut für die Gruppenarbeit in der ambulanten Nachsorge

*Die wöchentliche Arbeitszeit ist dem jeweils aktuellen Personalstandsplan zu entnehmen.

2.1.2. Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Dem BBZ Niebüll und dem BBZ Sylt stehen Suchtpräventionskräfte für den Bereich schulische Suchtprävention und Suchtprävention im Kindergarten zur Verfügung.

2.2. Fortbildung/Supervision

Regelmäßige Fortbildung und Fallbesprechungen im integrierten Fachteam sowie durch eine externe Supervision sind gesichert, die externe Supervision findet 10-mal im Jahr für jeweils 2 Stunden statt.

3. Zusammenarbeit mit anderen Behandlungseinrichtungen und Institutionen

Der Therapieverbund DWSt mit den Reha-Standorten ist in die jeweils regionale und überregionale Suchtkrankenhilfe eingebettet. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, den Suchthilfeorganisationen, den regionalen Krankenhäusern sowie durch regelmäßige Beratertreffen mit der DIAKO Nordfriesland GmbH. Darüber hinaus sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Therapieverbundes in unterschiedlichen Fachgremien und Arbeitskreisen vertreten. Es besteht eine enge Kooperation mit der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Kiel (LSSH) sowie den sozialen Diensten der Gemeinden und des Kreises.

4. Dokumentation und Erfolgskontrolle

In der Suchthilfe des Therapieverbundes DWSt werden die Leistungen seit dem 01.01.2000 mit Hilfe des HORIZONT-Dokumentationssystems dokumentiert. Die erhobenen Daten geben u.a. Auskunft über Patientenstrukturen und Patientenentwicklung, Art, Umfang und Effizienz der jeweiligen Maßnahme.

Alle Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Weitergabe patientenbezogener Daten an Dritte erfolgt ausschließlich mit schriftlicher Einverständniserklärung. Für die gesamte Einrichtung gelten die Vorschriften des Datenschutzes.

5. Klientel

Zum Klientel des Therapieverbundes DWSt gehören vor allem zwei Personengruppen:

1. Personen jeden Alters und Geschlechts, bei denen Missbrauch oder Abhängigkeit von legalen oder illegalen Suchtmitteln vorliegen, insbesondere von Alkohol, Medikamenten und Drogen, ferner Personen mit nichtstoffgebundenem Suchtverhalten wie pathologisches Spielen und Essstörungen.
2. Angehörige und sonstige Bezugspersonen.

Der Zugang zum Therapieverbund DWSt steht den Ratsuchenden unabhängig von ihrer Konfessionszugehörigkeit und Nationalität offen.

6. Notfallmanagement

Die Einrichtungen des Therapieverbundes verfügen über ein Notfallmanagementsystem. Dies setzt sich aus einem Notfallplan für die Bereiche Krisenmanagement, Erste-Hilfe und einer Liste mit Notrufnummern zusammen. Die Mitarbeiter des Therapieverbundes werden regelmäßig geschult.

Der Notfallplan ist schriftlich dokumentiert (siehe Anhang) und allen Mitarbeitern bekannt, der Zugang zu medizinischen Geräten (Erste-Hilfe-Koffer) ist ebenfalls allen Mitarbeitern zugänglich und bekannt. Im Dokumentationssystem sind die medizinischen Daten der Klienten/Patienten zentral dokumentiert. Bei Vorliegen von psychiatrischen Erkrankungen werden die Klienten/Patienten im Rahmen der Rehabilitation diagnostiziert und bei Bedarf an eine weitergehende Behandlung vermittelt.

II. Begriffsbestimmungen

1. Missbrauch und Abhängigkeit:

Missbrauch – bedeutet den übermäßigen Konsum eines Suchtmittels hinsichtlich Häufigkeit und Menge. Dabei unterscheidet man gelegentlichen und kontinuierlichen Missbrauch eines Suchtmittels. Missbrauch ist die Vorstufe von Abhängigkeit.

Abhängigkeit – Hier unterscheidet man zwischen psychischer und physischer Abhängigkeit. Bei letzterer treten Entzugserscheinungen auf, wenn das Suchtmittel nicht mehr konsumiert wird.

Es können Missbrauch und Abhängigkeit von mehreren Suchtmitteln gleichzeitig entstehen.

Grundsätzlich wird zwischen substanzgebundenen und substanzungebundenen Abhängigkeiten unterschieden.

Essstörungen und pathologisches Spielen zählen wir zu den substanzungebundenen Abhängigkeiten.

2. Rehabilitationselemente

Der Therapieverbund DWSt versteht sich als kompetenter Partner in der (Sucht)Begleitung, Beratung und Behandlung Abhängigkeitserkrankter, Gefährdeter sowie Angehöriger. Darüber hinaus findet eine regelmäßige Informations- und Wissensvermittlung an interessierte Laien und psychosoziale Dienste statt.

Im Rahmen des Konzeptes Ambulante Rehabilitation werden folgende Aufgaben wahrgenommen:

- Motivationsgruppe
- Ambulante Rehabilitation in Form von psychotherapeutisch orientierten Gruppen- und Einzelgesprächen
- Ambulante Fortführung der Rehabilitation ohne, bzw. mit Verkürzung der vorherigen stationären Phase
- Ambulante Behandlung im Rahmen von Kombi Nord
- Ambulante Nachsorge gem. § 31 SGB VI
- Arbeitsbezogene Interventionen: Gespräche mit Arbeitgebern, Gestaltung bzw. Umsetzung von Betriebsvereinbarung-
- Vermittlung in Selbsthilfegruppen-Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen

3. Ambulante Rehabilitationsbehandlung für Abhängigkeitskranke

Die Möglichkeit der ambulanten Rehabilitationsbehandlung wird im BBZ Niebüll seit 1996 angeboten, im BBZ Sylt seit 1993. Dieses Angebot stellt eine arbeitsplatzsichernde und familienstützende Alternative zur stationären Entwöhnungsbehandlung dar und wird im Folgenden differenziert dargestellt.

4. Ambulante Fortführung der Rehabilitation ohne Verkürzung der vorherigen stationären Phase

Hierbei handelt es sich um eine Leistungsform für Rehabilitanden

- die nach der stationären/ganztägig ambulanten Behandlung einen weiteren medizinischen Bedarf im ambulanten Setting haben,
- deren gesamter Behandlungsbedarf sich erst während der stationären/ganztägig ambulanten Behandlung zeigt (Abgrenzung Kombi),
- deren stationäre/ganztägig ambulante Behandlungsphase aufgrund des Schweregrades der Krankheit nicht verkürzt werden kann,
- deren Behandlungsziele, aufgrund der komplexen Problemlage der Rehabilitanden oder aufgrund neuer adaptierter/modifizierter Behandlungsziele während der stationären Phase nicht erreicht werden konnten,
- deren Behandlung aber im ambulanten Setting möglich ist und deren Rehabilitationsziele ambulant erreicht werden können

5. Ambulante Fortführung der Rehabilitation mit Verkürzung der vorherigen stationären Phase

Für diese Leistungsform gelten folgende Rahmenbedingungen

- Ambulantes Setting ist zur Fortsetzung der stationär begonnenen Behandlung ausreichend („leichtere“ Fälle)
- Beim Wechsel verkürzt sich stationäre bzw. ganztägig ambulante Phase
- Wechsel nur bis zum Ablauf von 8 Wochen (Indikation Alkohol / Medikamente) bzw. 16 Wochen (Indikation Drogenabhängigkeit) möglich
- Wechsel spätestens 14 Tage vor der Entlassung beantragen
- Beginn der ambulanten Phase spätestens eine Woche nach Entlassung stationär
- Begründung und positive Prognose ist erforderlich (z.B. keine weitere stationäre Behandlung zu erwarten)

6. Ambulante Nachsorge

Ambulante Suchtnachsorge wird gemäß den gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31.10.2012 angeboten und richtet sich in Umfang und Dauer nach den Vorgaben der Leistungsträger. In der Regel werden 20 Gesprächseinheiten (GE) + 2 (GE) für Bezugspersonen für 6 Monate bewilligt. Im begründeten Einzelfall ist eine Verlängerung um bis zu 20 + 2 (GE) für weitere 6 Monate möglich. Die Dauer der Gespräche beträgt 100 Minuten für Gruppengespräche und 50 Minuten für Einzelgespräche.

Für ambulante Rehabilitation und Nachsorge sind getrennte Gruppen vorgesehen.

Themen und Ziele der ambulanten Nachsorge sind:

- Erhaltung und Stabilisierung der Abstinenz
- Angemessene Konfliktlösungsstrategien bei drohenden oder aktiven Krisen
- Anschluss an eine Selbsthilfegruppe
- Aufbau oder Stabilisierung eines suchtmittelfreien Freundes- und Bekanntenkreises
- Förderung der Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
- Förderung der Inanspruchnahme schulischer und beruflicher (Wieder)-Eingliederung (z.B. Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit zur Wiedereingliederung ins Erwerbsleben)
- Stabilisierung der in der stationären Entwöhnungsbehandlung erreichten Ziele
- Unterstützung und Hilfestellung bei der sozialen Rehabilitation, insbesondere in Beruf und Familie
- Förderung von alternativen Interessen, Freizeitaktivitäten und Genussfähigkeiten.
- Inanspruchnahme medizinischer und psychotherapeutischer Hilfen sowie Nutzung sozialer Beratungs- und Hilfsangeboten

Die Durchführung geschieht entsprechend der Bewilligung durch den jeweiligen Leistungsträger, der ggf. auf Antrag die Maßnahme verlängert.

Die ambulante Nachsorge findet in Gruppensettings 14 täglich statt. Einzelgespräche sind kurzfristig möglich.

III. Voraussetzungen für die ambulante Rehabilitation

1. Allgemeine Grundlagen

Grundlage für die Durchführung ambulanter Rehabilitationsbehandlung Suchtkranker ist die Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001 mit den entsprechenden Rahmenkonzepten.

Darüber hinaus orientieren sich die Ziele und Aufgaben ambulanter Rehabilitation im Therapieverbund DW St an der mehrdimensionalen Betrachtungsweise der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF). Übergeordnetes Ziel ist eine möglichst umfassende berufliche und soziale Teilhabe.

Gemäß ICF gehören zu den funktionalen Problemen bei Menschen mit substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen vor allem Beeinträchtigungen in den Bereichen der Kommunikation, der Selbstversorgung, des häuslichen Lebens, der Interaktion mit anderen Menschen und des Erwerbslebens.

Die Teilhabe in diesen Bereichen stellt die zentrale Zielkomponente für die Rehabilitation dar (SGB IX).

1.1. Zielgruppen

Zielgruppen sind Frauen und Männer ab 18 Jahren mit Teilhabestörungen im Sinne der ICF auf dem Diagnosespektrum F10 bis F19 und F63 und mit folgenden Suchterkrankungen:

- Alkoholabhängigkeit
- Medikamentenabhängigkeit
- Drogenabhängigkeit

1.2. Vorbereitungsphase

Die ambulante Rehabilitation im Therapieverbund DWSt kann frühestens nach Abschluss einer mindestens 4-wöchigen Motivationsphase beginnen. In dieser Vorbereitungsphase wird eine Problemanalyse erstellt und die Diagnostik vertieft, das Ausmaß der Suchterkrankung (mit seinen medizinischen, sozioökonomischen, interpsychischen und interpersonellen Konflikten) wird beschrieben. Während dieser Phase besteht die Verpflichtung zum regelmäßigen Besuch der Motivationsgruppe.

1.3. Indikation

Zentrales Anliegen der Vorbereitungsphase ist die Indikationsstellung hinsichtlich der persönlichen Voraussetzungen für eine ambulante Rehabilitation des Patienten/der Patientin unter Berücksichtigung der Abstinenzfähigkeit und einer umfassenden Diagnoseerhebung nach dem Diagnoseschlüssel des ICD (F 1 x.2).

1.3.1. Medizinische und persönliche Voraussetzungen /differenzielle Indikation:

- Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit bestehen
- eine positive Rehabilitationsprognose kann gestellt werden und die individuellen Voraussetzungen sind erfüllt.

1.3.2. Weitere Indikationsmerkmale für eine ambulante Rehabilitationsbehandlung:

- stabile Abstinenz sowie physische und psychische Belastbarkeit
- Krankheitseinsicht / Identifikation mit der Erkrankung
- Behandlungsmotivation und Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit in der Gruppe, zur regelmäßigen Teilnahme
- Mobilität muss gewährleistet sein
- Stabilität im sozialen Umfeld und stabile Wohnsituation
- Offenheit für Lebensplanungsveränderungen
- Der Patient/die Patientin muss die Fähigkeit aufweisen, den Therapeuten/die Therapeutin als einen prozessförderlichen Bündnispartner zu erleben, dem man sich anvertrauen kann.
- Der Patient/die Patientin muss die Bereitschaft aufweisen, persönliche Konflikte und Spannungen innerhalb einer Gruppe zu verbalisieren und auszuhalten.
- Der Patient/die Patientin muss einen festen Wohnsitz vorweisen, die soziale Grundversorgung sollte gewährleistet sein. Stabile Objektbeziehungen, die stützend und Halt gebend zur Seite stehen, sind von Vorteil.

Der Patient/die Patientin muss von der Notwendigkeit einer dauerhaften Abstinenz überzeugt sein und eine Bereitschaft vorzeigen, einen etwaigen Rückfall konsequent aufzuarbeiten.

Zu Beginn der ambulanten Rehabilitationsbehandlung wird eine entsprechende schriftliche Vereinbarung mit der/dem Pat. getroffen

2. Diagnostik

2.1. Medizinische Diagnostik

Die inhaltliche und formale Verantwortung für die Durchführung ambulanter medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen im Therapieverbund DWSt liegt bei den Beratungsstellenärzten. Zu deren Aufgaben gehört eine medizinische Anamneseerhebung und eine allgemeinärztliche Untersuchung (üblicher allgemeinärztlicher Aufnahmebefund mit körperlichem, neurologischem und psychischem Status). Bei Bedarf gibt er/sie eine Empfehlung für eine weiterführende Diagnostik. In den Reha-Besprechungen wird die Rehabilitationsplanung fortgeschrieben. Die Ärzte/Ärztinnen nehmen die Eingangs-, die Abschluss- und ggf. eine Zwischenuntersuchung an den Rehabilitationsstandorten vor. Sie sind verantwortlich für die Erstellung eines qualifizierten Entlassungsberichtes, sie nehmen an den Besprechungen des Behandlungsteams teil. Sie informieren die Patienten umfassend über suchtbedingte Folgeerkrankungen und deren Behandlungsnotwendigkeiten.

2.2. Psychodiagnostik

Grundlage der Diagnostik bilden das strukturelle Interview nach O. Kernberg (1991) und die Erarbeitung der Psychodynamik nach dem Diagnoseschema von Biliza (1993). Zur weiteren Diagnostik gehört eine gründliche Anamneseerhebung, die durch den/die Bezugstherapeuten/in erfolgt. In den 14tägig stattfindenden Fallbesprechungen werden alle Patienten/Patientinnen, die an der ambulanten Rehabilitation teilnehmen, vorgestellt. Es werden Aspekte der Psychodynamik ergänzt sowie Therapiepläne erarbeitet bzw. fortgeschrieben.

Grundsätzlich ist die Anamneseerhebung als ein diagnostischer Prozess zu begreifen, in dem die verbalen und nonverbalen Äußerungen des Patienten/der Patientin, die Gegenübertragungsphänomene, die dominierenden Objektbeziehungen (personal und apersonal) der Patienten, die vorherrschenden bzw. gehemmten oder unterdrückten Affekte sowie die Ich-Funktionen und ihre Kompensationen Berücksichtigung finden.

3. Kontraindikationen

Ambulante Leistungen zur Rehabilitation sind nicht angezeigt, wenn schwere Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet bestehen, die eine erfolgsversprechende Rehabilitation in Frage stellen. Dies können sein: akute Suizidgefährdung, akute Entzugssymptomatik, Psychosen, schwere Persönlichkeitsstörungen, schwere Intelligenzminderungen, drohende Inhaftierung, unzureichende Sprachkenntnisse.

IV. Theoretische Grundlagen der ambulanten Rehabilitation im Therapieverbund DWSt

1. Persönlichkeitsmodell

Die Grundlagen unserer Arbeit bilden zum einen das tiefenpsychologische Persönlichkeitsmodell, zum anderen der verhaltenstherapeutische Ansatz. Im Mittelpunkt stehen dabei Loslösungsprozesse von den Primärobjecten der frühen Kindheit sowie der Aufbau von Individuationsprozessen im Sinne der Entwicklung von Ich-Identität und Objekt Konstanz. Wir begreifen die Ich-Werdung des Menschen als ein Zusammenwirken von biologischer Ausstattung und frühkindlicher Sozialisation mittels der drei Instanzen des Es, Ich und Über-Ich (Triebdynamischer Aspekt). Neben der sexuellen bzw. triebhaften Bedürftigkeit sind in diesem Zusammenhang die passiven Bedürfnisse, die aggressiven Bedürfnisse sowie letztendlich die narzisstischen Wünsche und Strebungen (Standke, in Biliza). Die Ausdifferenzierung dieser Bedürfnisse ist von den Interaktionserfahrungen mit den Primärobjecten abhängig, deren Verinnerlichung zum größten Teil nicht bewusst ist.

Das Ich lässt sich am eindeutigsten durch den Erwerb bzw. das Vorhandensein seiner Funktion (Ich-Funktionen) beschreiben, die sich auf dem Hintergrund von hinreichend guten, dem Säugling zur Verfügung stehenden Objekten bilden. Die Entfaltung der Ich-Leistungen und der Niederschlag von Selbst- und Objektrepräsentanzen bedingen sich gegenseitig und sind entsprechend von Geburt an bedeutsam. Sie haben allerdings die Tendenz, sich in aktuellen Beziehungserfahrungen zu reinszenieren und defizitäre Interaktions- und Beziehungsmuster wieder zu beleben. Ziel der therapeutischen Interaktion ist daher mittels einer um Authentizität und Empathie bemühten Präsenz des Therapeuten/der Therapeutin, dem Patienten/der Patientin eine Hilfs-Ich-Funktion anzubieten und sie zur Nachentwicklung wenig differenzierter Objektbeziehungen und nicht ausreichend verfügbarer Ich-Funktionen und Affekte anzuregen (Heigel-Ewers). Der Therapeut/die Therapeutin verhält sich also mittels des Prinzips Antwort im Sinne eines mütterlichen Schutzschildes, hat aber auch Entkodierungsfunktion. Er/sie fördert den Prozess, indem er/sie für den Patienten/die Patientin im gelungenen Fall zunehmend als Ganzobjekt erfahrbar wird.

2. Krankheitsmodell und Behandlungsansätze

Aus unserem tiefenpsychologischen Persönlichkeitsverständnis heraus leitet sich das Krankheitsmodell und unser Suchtverständnis ab. Aus tiefenpsychologischer Sicht ist Sucht eine Ersatzbildung, es kommt bei ihr zur Ersatzbefriedigung eines unbewussten (Trieb-) Bedürfnisses und damit zur symbolischen Ersetzung eines unbewussten psychischen Inhalts durch den anderen. Das Suchtmittel hat neben der Funktion der Lustgewinnung zunehmend die Funktion der Unlustvermeidung, der Abwehr von außen, aber auch von innen kommender Reize im Sinne eines Schutzschildes bzw. Filters.

Ergänzend dazu wird das Suchtmittel mit seinen artifiziellen Ich-Funktionen aus **Ich-psychologischer Sicht** ins Zentrum der Betrachtung gerückt. Das Suchtmittel ersetzt Ich-Funktionsdefizite im Sinne eines zunächst erfolgreichen Selbstheilungsversuches, um die Lücken in der Ich-Struktur zu überdecken. Aufgrund gestörter Objektbeziehungserfahrungen und daraus resultierender mangelhafter Möglichkeiten der Errichtung von konstanten inneren Objekten ist das Selbst labilisiert, Identitätsunsicherheit und erhebliche Selbstzweifel sind die Folge.

Im therapeutischen Prozess ist es daher bedeutsam, die Störung in der Objektbeziehung und die Pathologie der inneren Objekte zu berücksichtigen.

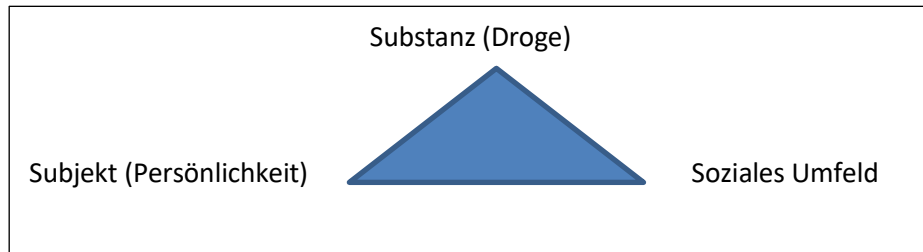
Im **objektbeziehungstheoretischen Ansatz** stellt das Suchtmittel in einem vorwiegend selbstdestruktiven Prozess Ersatz- bzw. Wiederholung einer frühkindlichen Beziehung dar (Rost: „Sucht als pathologisches Endergebnis einer unbewältigten Beziehungsgeschichte“)- ein erfolgsversprechender Behandlungsansatz ist hier in der Regel nur in dem Zusammenwirken mit einer vorangeschalteten stationären Entwöhnungsmaßnahme zu sehen.

Vor dem Hintergrund des **verhaltenstherapeutischen Ansatzes** werden verhaltenstherapeutische Techniken eingesetzt, die dem Patienten eine bessere Selbstregulation ermöglichen sollen.

Das abhängige -suchtkranke- Verhalten wird als Ergebnis von individuellen Lernprozessen gesehen und kann durch die Anwendung von Verhaltens- und Lernprinzipien verändert werden. Entscheidend ist hierfür eine genaue Verhaltensanalyse zur Bestimmung der augenblicklichen Ursachen des problematischen Verhaltens. Die Behandlungsstrategien werden sodann individuell auf die Probleme des Patienten angepasst. Um Veränderungen zu bewirken, ist es nicht zwangsläufig notwendig, die Ursprünge des psychologischen Problems genau zu ergründen. Gerade bei gut definierten, psychischen Störungen, wie bei stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen, zeigt sich eine gute Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Methoden.

Durch Anwendung der Methode der so genannten motivierenden Gesprächsführung (nach Miller und Rolnick, 2002) zeigt der Therapeut einerseits, dass er den Patienten und seine Einstellungen zum Suchtmittelkonsum versteht (Ausdruck von Empathie). Gleichzeitig versucht er aber auch, gemeinsam mit dem Patienten Widersprüche zwischen seinem Trinkverhalten und seinen wichtigen Zielen und Werten aufzudecken und ihn so zu Veränderungen zu motivieren (Entwickeln von Diskrepanz). Wichtige Elemente in strukturierten Therapiesitzungen sind außerdem die Informationsvermittlung und die Vermittlung eines lerntheoretischen Erklärungsmodells. Die Beziehungsgestaltung bleibt komplementär und motivorientiert. Das Arbeitsbündnis zwischen Therapeut und Patient ist kooperativ, d.h. der Patient muss selbst aktiv werden und Verantwortung übernehmen. Es werden den Patienten verschiedene anerkannte Entspannungsverfahren (progressive Muskelrelaxation -PMR nach Jacobsen- und Autogenes Training -AT nach Schulz-) vermittelt. Darüber hinaus werden Anleitungen zur Selbstbeobachtung gegeben und in Übungen, die Entwicklung der Selbststeuerung gefördert. Zum Einsatz kommen hier Elemente des Trainings sozialer Kompetenzen (GSK) von Hinsch und Pfingsten.

Über das medizinische Krankheitsmodell hinaus berücksichtigt unser Verständnis von Suchterkrankung sozioökonomische, individuelle, pharmakologische, biologische und psychologische Aspekte, die im Sinne eines integrierten Therapieansatzes ihre Berücksichtigung finden (z.B. Schuldnerberatung, Begleitung bei Gerichtsverfahren, Arbeitgebergespräche, Angehörigenarbeit, Information über suchtbedingte Folgeschäden, Intensiveinheiten mit ergänzenden Angeboten).



Auf einer deskriptiven Ebene schließen wir uns der internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD 10 an. Danach werden die Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Drogenabhängigkeit, Polytoxikomanie im Wesentlichen gekennzeichnet durch:

- Unwiderstehlichen Zwang, die Substanzen zu konsumieren
- Verminderung oder Verlust der Gebrauchskontrolle
- Gebrauchszwang zur Verminderung von Entzugssymptomen, körperliches Entzugssyndrom
- Toleranzentwicklung
- Einengung von Wahrnehmung und Verhalten auf Substanzbeschaffung und Konsum
- Vernachlässigung anderer Vergnügungen, Interessen und Pflichten
- Fortsetzung des Konsums trotz offensichtlich werdender schädlicher Folgen auf körperlicher, sozialer und psychischer Ebene.

3. Therapieziele

Ziel der ambulanten Rehabilitation ist in erster Linie die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bzw. die Sicherung eines vorhandenen Arbeitsplatzes durch gelebte Abstinenz. Darüber hinaus ist auf eine Besserung der körperlichen und seelischen Gesundheit hinzuwirken.

Die Qualität der Patient-Therapeut-Zusammenarbeit hängt bekanntermaßen von der Motivation, der Krankheitseinsicht, dem Leidensdruck und der Flexibilität des Patienten/der Patientin ab, zusätzlich aber auch von der Authentizität, der Akzeptanz, der Wertschätzung und dem Respekt des Therapeuten/der Therapeutin vor den Problemlösungen der Patienten. Der Therapeut/die Therapeutin stellt sich dabei als Dialogpartner/in im Sinne einer spiegelnden Haltung mit Hilfs-Ich-Funktion zur Verfügung, um dem Patienten/der Patientin über Identifizierungsvorgänge zu einer differenzierten Wahrnehmung und Steuerung seiner/ihrer Affekte und Objektkonstanten zu verhelfen.

Ins Zentrum der Aufmerksamkeit rücken somit die Behandlungen von reinszenierten Objektbeziehungsmustern unter Berücksichtigung von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen (Heigel-Ewers).

Neben dem Ziel der generellen Persönlichkeitsnachreifung und Initiierung von Identitätsentwicklungsprozessen bilden die Ausdifferenzierung und Bildung von Selbst- und Objektrepräsentanzen (von der Teil-Objektbeziehungsgestaltung und -fixierung hin zur Ganz-Objektbeziehungsgestaltung und Triangulierung), die Verbesserung von Ich-Funktionen durch Nachreifung struktureller Defizite, die Erhöhung der Affekt- und Frustrationstoleranz sowie die realistische Selbst- und Fremdwahrnehmung und die Verbesserung von Über-Ich-Funktionen durch die Personifizierung von Werten und Normen und die Bahnung eines postödipalen Über-Ichs elementare Behandlungsschwerpunkte der ambulanten Rehabilitation.

Darüber hinaus nimmt die Sozialtherapie mit Themen wie Arbeitslosigkeit, Schulden, Kriminalität, Angehörigenarbeit, soziale Konfliktbewältigung einen breiten Raum in der ambulanten Rehabilitation ein. Der Patient/die Patientin soll seine/ihre Verbalisierungsfähigkeit innerhalb der Gruppe ausbauen und sich den korrigierenden emotionalen Erfahrungen öffnen.

V. Struktur und Ablauf der ambulanten Rehabilitationsbehandlung

1. Behandlungsplan

Der ambulanten Rehabilitation ist eine mindestens 4-wöchige Motivationsphase vorgeschaltet.

Liegt eine Indikation für eine ambulante Rehabilitation vor, wird ein Behandlungsplan erstellt und ein Therapievertrag abgeschlossen. Der ärztliche Befundbericht sowie der Antrag auf Kostenübernahme mit Sozialbericht werden angefertigt und an den zuständigen Leistungsträger übermittelt. Vor Beginn der ambulanten Rehabilitation muss der Entzug vom Suchtmittel erfolgt sein, die physische und psychische Stabilität muss gewährleistet sein.

Gemeinsam wird über das therapeutische Setting im Behandlungsteam beraten, insbesondere die Festlegung von

- Einzel- Gruppentherapie
- Mann oder Frau als Bezugstherapeutin oder Bezugstherapeut
- Zusätzliche Indikationsgruppen
- Begleitende Familien- oder Paartherapie, ggf. in einer Beratungsstelle der Region.

Die ambulante Rehabilitation findet in der Regel in Form einer Gruppentherapie mit begleitenden Einzelgesprächen statt. Umfang und Dauer richten sich nach den Vorgaben der Leistungsträger.

Die Dauer der Gruppengespräche beträgt 100 Minuten, die Dauer der Einzelgespräche beträgt 50 Minuten.

Innerhalb dieser Zeit besteht die Möglichkeit, halbjährlich einen Intensivtag, bzw. ein Partner-/Angehörigenseminar durchzuführen. Der Patient/die Patientin verpflichtet sich in einem von ihm/ihr unterzeichneten Therapievertrag zur regelmäßigen Teilnahme und zur Abstinenz von Suchtmitteln. Unentschuldigtes Fehlen kann zum Gruppenausschluss führen. Damit berufstätigen Patienten/Patientinnen die Rehabilitation ermöglicht wird, findet die Gruppe in den frühen Abendstunden statt (donnerstags 19.00 bis 21.40 Uhr). Die Therapiegruppe wird von zwei Therapeuten unterschiedlichen Geschlechts geleitet. Während der Behandlung gelten die Richtlinien des jeweiligen Leistungs- und Leistungsträgers.

Die Gruppengröße umfasst 10 bis 12 Personen; bei der Behandlung Abhängiger von illegalen Drogen wird bei entsprechendem Bedarf eine gesonderte Gruppe angeboten, wobei die Gruppengröße hier 6 bis 8 Personen betragen kann.

2. Verlauf der ambulanten Rehabilitation

Die ambulante Rehabilitation beginnt bei Vorliegen der Kostenzusage. Grundsätzlich beinhaltet das Angebot der ambulanten Rehabilitation einzeltherapeutische sowie gruppentherapeutische Maßnahmen, so dass während des gesamten Behandlungszeitraumes kontinuierlich ein bis zwei Therapieeinheiten wöchentlich angeboten werden. Bei Beginn der Rehabilitation findet eine Anamneseerhebung zur Vertiefung des Arbeitsbündnisses statt.

Die ambulante Rehabilitation gliedert sich in drei Phasen:

- Eingangsphase

- Hauptphase
- Ablösungsphase

Die Dauer der jeweiligen Phase hängt ab von Gesamtumfang der vom Leistungsträger bewilligten Maßnahme und kann entsprechend variieren.

2.1. Eingangsphase

In der **Eingangsphase** lebt sich der Patient/die Patientin in das Gruppensetting ein. Er/sie stellt sich im Rahmen seiner/ihrer Möglichkeiten mit seiner/ihrer Suchtanamnese, den aktuellen Konflikten und den individuellen Zielvorstellungen für die Maßnahme den anderen Gruppenmitgliedern vor.

2.2. Hauptphase

In der **Hauptphase** findet die Bearbeitung der lebensgeschichtlichen Konflikte in Zusammenhang mit der Funktionalität des Suchtmittelkonsums statt. Bestehende Objektbeziehungen und die Objektbeziehungen aus der Herkunftsfamilie werden unter Umständen neu definiert, zunehmend als Ganzobjekte wahrgenommen und im Sinne eines gelasseneren Umgangs entmystifiziert. Aus dem therapeutischen Prozess hervorgegangene Entscheidungen werden initiiert und deren Umsetzung prozessual reflektiert. Die Anbindung an Selbsthilfeorganisationen wird initiiert, bzw. stabilisiert.

Werden vom Leistungsträger Gespräche mit Bezugspersonen bewilligt, werden diese ebenfalls begleitend angeboten. Zum Ende dieser Phase werden vermehrt Themen der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung bearbeitet.

2.3. Ablösungsphase

In der **Ablösungsphase** wird der Patient/die Patientin auf die bevorstehende Entlassung und Verabschiedung aus dem stützenden Rahmen der ambulanten Rehabilitation vorbereitet. Der Patient/die Patientin soll sich soweit stabilisiert haben, dass er/sie mittelfristig sein/ihr Leben und die aktuellen Konflikte suchtmittelfrei gestalten kann.

In dieser Phase grenzen sich die Therapeuten zunehmend von ihrer Hilfs-Ich-Funktion ab und verstärken die Autonomieprozesse der Patienten. Eine stabile Anbindung an Suchtselbsthilfegruppen soll vorhanden sein. In der Ablösungsphase erfährt der Patient/die Patientin seine/ihre Therapieerfolge sowie noch bestehende Defizite. Der Therapeut/die Therapeutin macht eine Aussage über die Prognose. In der Ablösungsphase kann eine engere Setzung der Einzelgespräche zur Ablösung aus der Behandlungsgruppe wie auch für die Verabschiedungssituation mit dem Therapeuten/der Therapeutin stattfinden.

Die Beendigung der ambulanten Rehabilitation geschieht im Zusammenwirken zwischen Patient/Patientin und Therapeutin/Therapeut. Die Therapieziele werden überprüft und beide ziehen eine Bilanz des Prozesses und des Erreichten. Noch vorhandene Defizite, Problemfelder und Risiken werden genannt, ggf. wird eine Verlängerung der ambulanten Rehabilitation geplant. Bei entsprechender Indikation erfolgt die Überleitung in nachfolgende therapeutische Maßnahmen.

Für den Leistungsträger wird unter Verantwortung des Arztes ein Entlassungsbericht erstellt, dieser liegt innerhalb maximal 14 Tagen nach der Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation vor.

2.4. Begleitende Maßnahmen

Begleitende Maßnahmen werden individuell, auf den Bedarf der Patienten/Patientinnen bezogen, angeboten, bzw. vermittelt.

2.4.1 Arbeitsbezogene Angebote

Im Rahmen der Rehabilitation stellt die Thematisierung der Arbeitssituation der Rehabilitanden ein zentrales Thema dar. Im Laufe der Rehabilitation werden, abhängig von der beruflichen Problemstellung, folgende Angebote bereitgehalten.

Sozialrechtliche Beratung:

Hierbei geht es um Berufsfindung, Arbeitsplatzfindung oder Arbeitsplatzsicherung/ Wiedereingliederung. Es sollen Informationen vermittelt werden, die zur Selbstbefähigung beitragen außerdem werden Entscheidungshilfen in sozialrechtlichen Fragestellungen vermittelt.

Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben:

Es soll Hilfestellung bei der Berufsklärung, Klärung der wirtschaftlichen Sicherung, sowie der Durchführung von Arbeitsplatzbesuchen, sowie der Wiedereingliederung in das berufliche Umfeld gegeben werden. Bei Bedarf kann hinsichtlich berufsfördernder Maßnahmen beraten werden.

Arbeitsplatzbezogene Interventionen:

Bei Rehabilitanden die in Arbeitsverhältnissen sind, werden bei Bedarf die Arbeitgeber in die Behandlungen miteinbezogen. Bei Gefährdung des Arbeitsplatzes, bei Konflikten mit Kollegen oder Vorgesetzten, Über-oder Unterforderung am Arbeitsplatz, bei beruflichem Wiedereinstieg sind Beratungsgespräche zur Klärung indiziert.

2.5. Umgang mit Rückfällen

Ein wichtiger Aspekt in der ambulanten Rehabilitation ist es, einen Rückfall in das alte Konsummuster zu verhindern. Deshalb wird der Therapeut gemeinsam mit dem Patienten die Hintergründe seines Verhaltens analysieren und mögliche Auslöser für Rückfälle herausarbeiten. Gleichzeitig lernt der Patient, Risikosituationen zu bewältigen. Dabei wird oft zunächst vereinbart, solche Auslöser so weit wie möglich zu vermeiden (zum Beispiel, indem der Patient Orte vermeidet, an denen Suchtmittel konsumiert werden. Im weiteren Verlauf kann der Patient lernen, mit den Auslösern des Konsums anders umzugehen als früher. So übt der Patient zum Beispiel, die Einladung zu einem Bier ablehnen und stattdessen ein anderes Getränk zu bestellen. Schließlich wird in der Therapie erarbeitet, wie der Patient reagieren kann, wenn es zu einem Rückfall kommt, so dass er dadurch nicht vollständig in sein altes Konsumverhalten zurückfällt.

Ein Rückfall während der Behandlung führt nicht automatisch zur Entlassung, sondern wird als Signal einer aktuellen Krisensituation gewertet und entsprechend therapeutisch in der Bezugsgruppe und/oder im Einzelgespräch aufgearbeitet. Dabei sind Veränderungen der Gruppennorm und des Abstinenzgebotes zu vermeiden.

Im Einzelfall wird im Behandlungsteam über die Notwendigkeit einer ambulanten/stationären Entgiftungsbehandlung entschieden.

Fortlaufende Rückfälle, die zu einer stationären Entgiftung führen, werden dem Leistungsträger mitgeteilt und können den Abbruch der Maßnahme nach sich ziehen. Der Leistungsträger entscheidet dann über die weitere Vorgehensweise.
(Anlage Schaubild: Umgang mit Rückfällen)

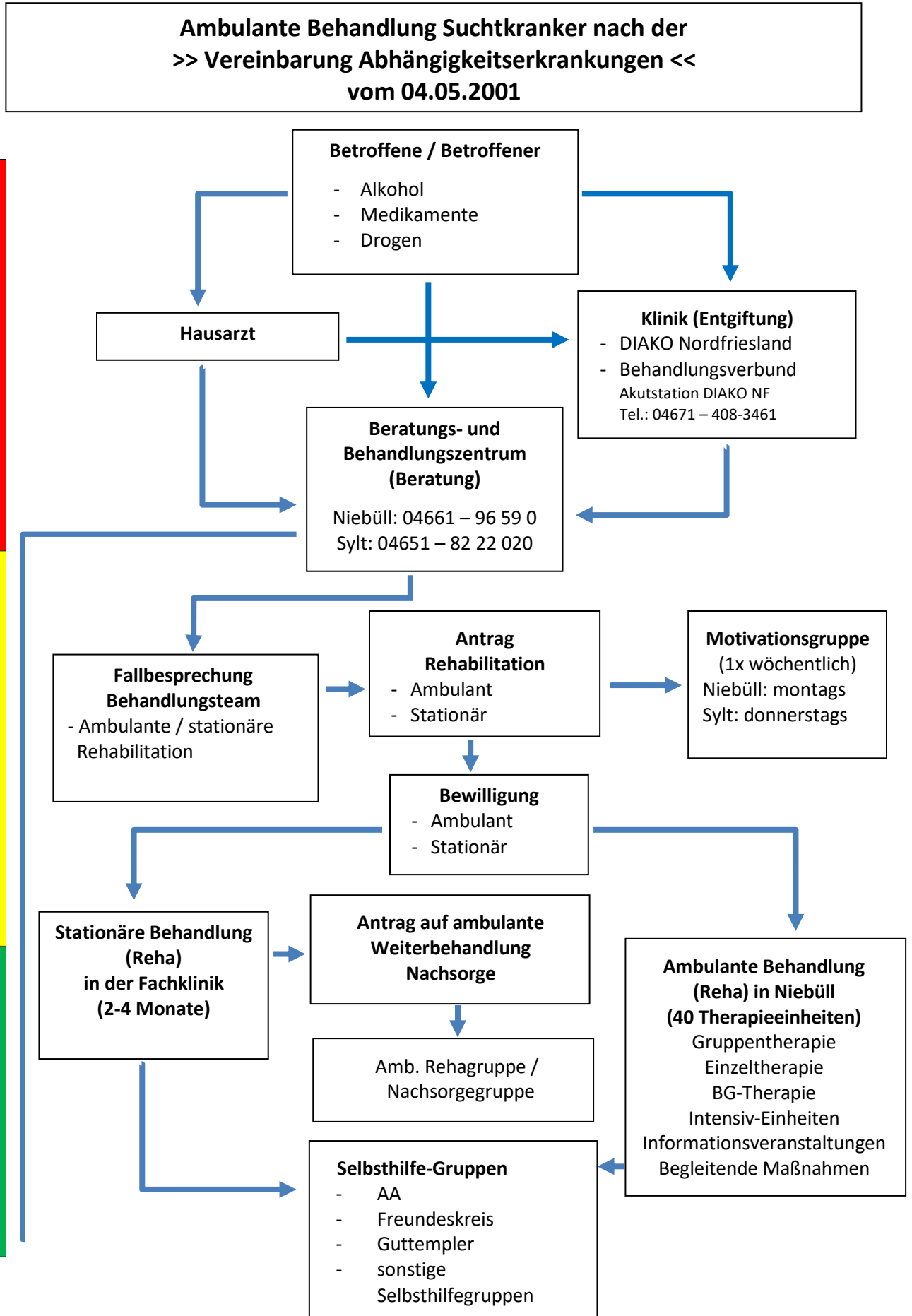
2.6. Herkömmliche Nachsorge und Selbsthilfegruppenanbindung

Der Besuch einer suchtspezifischen Selbsthilfegruppe wird als Verpflichtung im Therapievertrag (Anlage Therapievertrag) festgehalten und regelmäßig in den Therapiesitzungen abgefragt. (Die Patienten lassen sich ihre Teilnahme von den Selbsthilfegruppen bescheinigen (Laufzettel) Nach Beendigung der ambulanten Rehabilitation wird zur Sicherung der erreichten Abstinenz wird den Patienten der weitere Besuch einer Selbsthilfegruppe für Suchtkranke empfohlen.

In Krisensituationen ist eine erneute Inanspruchnahme des Beratungs- und Behandlungsangebotes des Therapieverbundes des Diakonischen Werkes Südtondern möglich.

Anlage 1

Therapieverbund DW Südtondern gGmbH

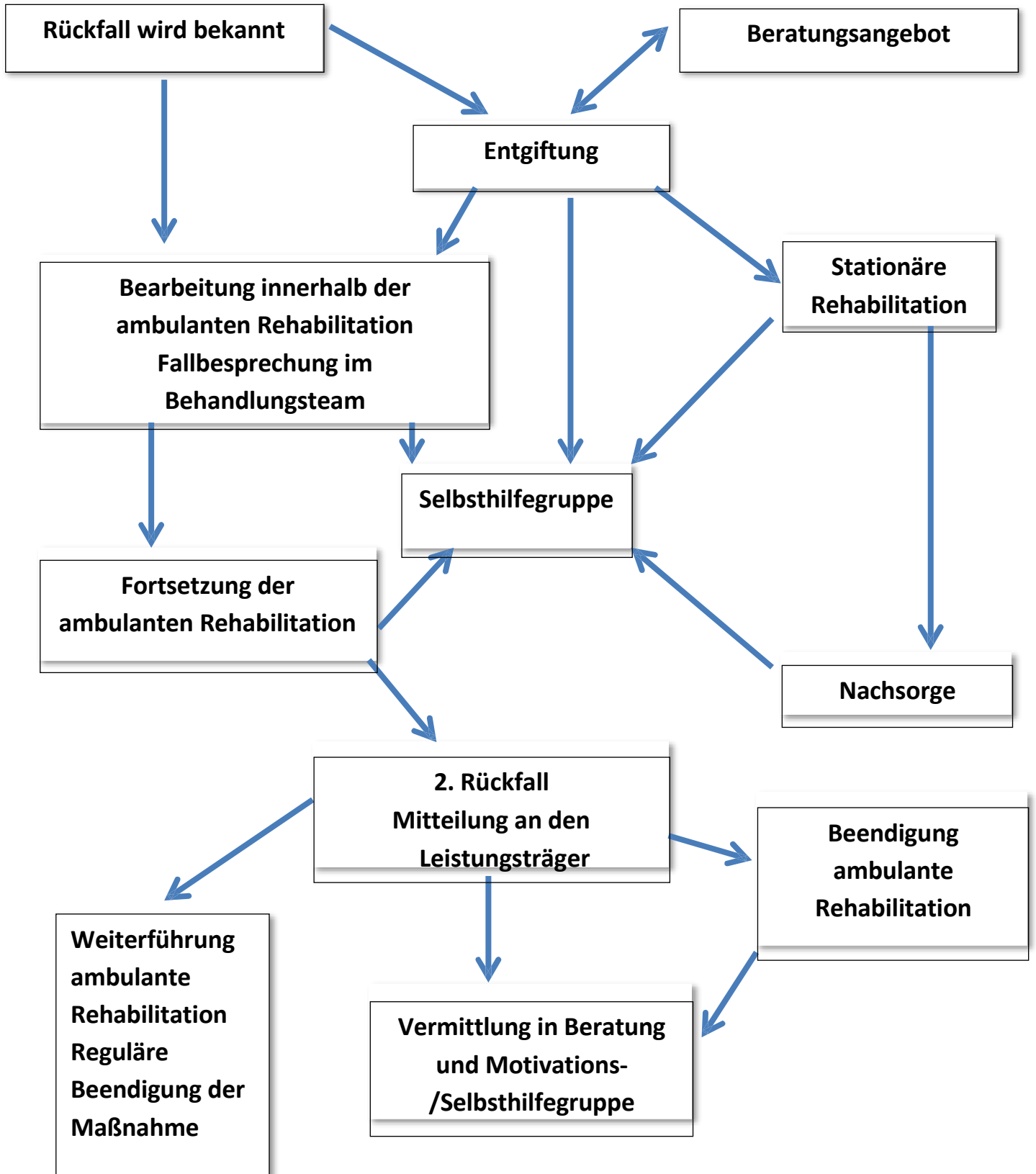


Anlage 2

Schaubild Umgang mit Rückfällen

Therapieverbund DW Südtondern gGmbH

Umgang mit Rückfällen während der ambulanten Rehabilitation



Mein Abstinenz- & Notfallplan

Das kann ich tun

- damit ich abstinent lebe
- um einem Rückfall vorzubeugen
- im Fall der Fälle

Ich lebe abstinent, weil

Tragen Sie hier einen Satz ein, der Ihnen helfen wird, abstinent zu bleiben.
In kritischen Situationen lesen Sie sich den Satz mehrmals laut vor.

Wie kündigt sich ein Rückfall an?

Körper :

Unruhe, Herzklopfen, Schlafstörungen, Nervosität, Anspannung

Gedanken:

„Es hat alles keinen Sinn.“
„Ich halte das nicht mehr aus.“ „Ist mir Alles zu viel! “
„Am liebsten würde ich wieder trinken.“
„ Mir ist alles egal...“

Gefühle:

Angst, Ärger, Traurigkeit, aber auch euphorische / überglückliche Stimmungen (ausgelöst durch Erfolge, Begeisterung, Verliebt-sein)

**Wenn Sie merken, dass diese Anzeichen bei Ihnen vermehrt auftreten,
sollten Sie mit jemandem darüber sprechen.**

Das kann ich tun!

- Ich zeige deutlich, dass ich nicht trinke
- Ich besuche regelmäßig meine Selbsthilfegruppe
- Ich achte auf guten Kontakt zu Freundinnen und Freunden
- Ich spreche meinen Ärger aus
- Wenn es mir schlecht geht, spreche ich mit jemandem
- Ich tue mir Gutes (Hobbys)

Was mache ich im Falle eines Rückfalls?

- Ich höre sofort auf zu trinken
- Ich verlasse sofort den Ort des Trinkens
- Ich hole mir Hilfe – zum Beispiel von

Vertrauensperson: _____

Selbsthilfegruppe: _____

Beratungsstellen : BBZ Sylt: 04651 – 82 22 020 / BBZ Niebüll: 04661 – 96 59-0

DIAKO Nordfriesland, Riddorf - Akutversorgung: 04671 – 408-0

Zwischen:

Name, Vorname d. Versicherten

Anschrift

Versicherungsnummer:

und dem

**Therapieverbund des
Diakonischen Werkes
Südtondern g GmbH**

**Beratungs- und
Behandlungszentrum Niebüll**
Westerlandstr. 3
25899 Niebüll
Tel.: 04661 / 96 59 -0

**Beratungs- und
Behandlungszentrum Sylt**
Kirchenweg 37
25980 Sylt / Westerland
Tel.: 04651 / 82 22 020

Diakonischen Werk Südtondern

Der Behandlungsvertrag über eine ambulante Rehabilitation umfasst die folgenden Bedingungen:

- Die ambulante Rehabilitationsbehandlung umfasst zunächst 40 Einzel- und Gruppengespräche (Therapieeinheiten = TE) sowie 4 Bezugspersonengespräche (TE).
- Eine Verlängerung der Maßnahme ist nach Absprache mit der Gruppenleitung und des/der Patienten/in möglich.
- Die Kosten der Behandlung müssen von dem jeweiligen Leistungsträger **vor** Behandlungsbeginn bewilligt sein.
- Ein medizinischer und therapeutischer Zwischen- sowie Abschlussbericht über die durchgeführte Therapie wird vom Beratungs- und Behandlungszentrum erstellt und dem jeweiligen Leistungsträger zugeleitet.
- Von einer Suchterkrankung ist grundsätzlich auch das persönliche Umfeld betroffen. Unser therapeutisches Konzept sieht daher die Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen des Klienten vor (Partner, Kinder, Eltern, Arbeitgeber etc.)
- Mit der nachfolgenden Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, dass die MitarbeiterInnen des Behandlungsteams des BBZ Niebüll nach vorheriger Absprache persönlichen Kontakt zu Bezugspersonen aufnehmen können.
- Der Abschluss der Maßnahme umfasst eine medizinische Abschlussuntersuchung sowie ein therapeutisches Abschlussgespräch.

Die folgenden Regeln für die ambulante Rehabilitation sind Bestandteil des Therapievertrages:

1. Abstinenz von Alkohol, Medikamenten, illegalen Drogen, Glücksspiel.
2. Ein evtl. Rückfall muss umgehend in der ambulanten Rehabilitation angesprochen werden. Die aktive Bereitschaft, sich mit dem Rückfall und seinen Hintergründen auseinanderzusetzen, ist erforderlich, andernfalls findet ein Ausschluss aus der Behandlungsgruppe statt.
Beim zweiten Rückfall wird der Leistungsträger vom Beratungs- und Behandlungszentrum umgehend informiert und entscheidet im Einzelfall über die Fortführung der ambulanten Rehabilitationsbehandlung.
3. Die Teilnahme an allen Gruppensitzungen ist verbindlich. Generell kann eine wiederholte unbegründete Nichtteilnahme zum Ausschluss führen.
4. Die Verpflichtung für den Patienten / die Patientin besteht, während der ambulanten Rehabilitation die therapeutischen Maßnahmen durch eine kontinuierliche Mitarbeit nach besten Kräften zu unterstützen. Die ambulante Rehabilitation hat Vorrang vor anderen persönlichen Verpflichtungen.
5. Es besteht die Verpflichtung zum Besuch einer Selbsthilfegruppe während der Behandlung.
6. Während der ambulanten Rehabilitation erfolgt ggf. eine weitere medizinische Laboruntersuchung. Der Zeitpunkt wird vom Beratungs- und Behandlungszentrum festgelegt.
7. Informationen über andere TeilnehmerInnen der Therapiegruppe dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.
8. Jedem Vertragspartner ist es möglich, den Vertrag nach einem Abschlussgespräch zu kündigen.

Niebüll/Westerland, den _____

Gruppentherapeut / in

Klient / in

Vertrag zur ambulanten Nachsorge

Therapieverbund des
Diakonischen Werkes
Südtondern

Zwischen:

Name, Vorname d. Versicherten

Anschrift

Versicherungsnummer:

**Beratungs- und
Behandlungszentrum Niebüll**

Westerlandstr. 3
25899 Niebüll
Tel.: 04661 / 96 59 -0

**Beratungs- und
Behandlungszentrum Sylt**

Kirchenweg 37
25980 Sylt / Westerland
Tel.: 04651 / 82 22 020

und dem

Diakonischen Werk Südtondern

Der Behandlungsvertrag über eine ambulante Nachsorge umfasst die folgenden Bedingungen:

- Die ambulante Nachsorge umfasst zunächst 20 Einzel- und Gruppengespräche (Therapieeinheiten = TE) sowie 2 TE für Bezugspersonengespräche.
- Eine Verlängerung der Maßnahme ist nach Absprache mit der Gruppenleitung und des/der Patienten/in möglich.
- Die Kosten der Behandlung müssen von dem jeweiligen Leistungsträger **vor** Behandlungsbeginn bewilligt sein.
- Ein medizinischer und therapeutischer Zwischen- sowie Abschlussbericht über die durchgeführte Therapie wird vom Beratungs- und Behandlungszentrum erstellt und dem jeweiligen Leistungsträger zugeleitet.
- Von einer Suchterkrankung ist grundsätzlich auch das persönliche Umfeld betroffen. Unser therapeutisches Konzept sieht daher die Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen des Klienten vor (Partner, Kinder, Eltern, Arbeitgeber etc.)
- Mit der nachfolgenden Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, dass die MitarbeiterInnen des Behandlungsteams des BBZ Niebüll nach vorheriger Absprache persönlichen Kontakt zu Bezugspersonen aufnehmen können.
- Der Abschluss der Maßnahme umfasst ein therapeutisches Abschlussgespräch.

Die folgenden Regeln für die ambulante Nachsorge sind Bestandteil des Vertrages:

1. Abstinenz von Alkohol, Medikamenten, illegalen Drogen, Glücksspiel.
2. Ein evtl. Rückfall muss umgehend in der ambulanten Nachsorge angesprochen werden. Die aktive Bereitschaft, sich mit dem Rückfall und seinen Hintergründen auseinanderzusetzen, ist erforderlich, andernfalls findet ein Ausschluss aus der Nachsorgegruppe statt.
3. Beim zweiten Rückfall wird der Leistungsträger vom Beratungs- und Behandlungszentrum umgehend informiert und entscheidet im Einzelfall über die Fortführung der ambulanten Nachsorge.
4. Die Teilnahme an allen Gruppensitzungen ist verbindlich. Generell kann eine wiederholte unbegründete Nichtteilnahme zum Ausschluss führen.
5. Die Verpflichtung für den Patienten / die Patientin besteht, während der ambulanten Nachsorge die therapeutischen Maßnahmen durch eine kontinuierliche Mitarbeit nach besten Kräften zu unterstützen. Die ambulante Nachsorge hat Vorrang vor anderen persönlichen Verpflichtungen.
6. Es besteht die Verpflichtung zum Besuch einer Selbsthilfegruppe während der Maßnahme.
7. Während der ambulanten Nachsorge erfolgt ggf. eine weitere medizinische Laboruntersuchung. Der Zeitpunkt wird vom Beratungs- und Behandlungszentrum festgelegt.
8. Informationen über andere TeilnehmerInnen der Nachsorgegruppe dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.
9. Jedem Vertragspartner ist es möglich, den Vertrag nach einem Abschlussgespräch zu kündigen.

Niebüll/Westerland, den _____

Gruppentherapeut / in

Klient / in