

Psychosoziale Beratung
und Behandlung

Fachambulanz
für Suchtkranke
im Landkreis Altötting



Konzeption

Trägerverbund:

Die Brücke, Suchtkrankenhilfe Burghausen e.V.

Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V. und Caritasverband für die Diözese Passau e.V.

Sitz:

84503 Altötting, Bahnhofplatz 20 (Geschäftsstelle)

84489 Burghausen, Berliner Platz 3

84524 Neuötting, Bahnhofstr. 3 (TWG)

Tel.: 0 86 71 / 96 98 96

Tel.: 0 86 77 / 98 55 98

Tel.: 0 86 71 / 92 73 73 4

E-mail: info@suchtfachambulanz-altoetting.de

Internet: www.suchtfachambulanz-altoetting.de

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

1. Beschreibung der Einrichtung

- 1.1 Einzugsgebiet
- 1.2 Klientel
- 1.3 Aufgaben der Fachambulanz
- 1.4 Personelle Besetzung und räumliche Ausstattung

2. Ziel- und Wertvorstellungen

- 2.1 philosophische und persönlichkeits-theoretische Grundlagen
- 2.2 Krankheitsmodell
- 2.3 Handlungsabsichten
- 2.4 Ethik

3. Angebote der Beratungs- und Behandlungsstelle

- 3.1 Prävention
- 3.2 Beratung
 - 3.2.1 Aufklärung und Information
 - 3.2.2 Erstdiagnostik und Indikationsstellung
 - 3.2.3 Motivation
 - 3.2.4 Krisenintervention
 - 3.2.5 Begleitende Hilfe im sozialen Umfeld
 - 3.2.6 Arbeit mit Angehörige und Bezugspersonen
- 3.3 Behandlung
 - 3.3.1 Voraussetzungen für die ambulante Therapie
 - 3.3.2 Prozessuale Diagnostik und differenzierte Indikationsstellung
 - 3.3.3 Durchführung und konkrete Umsetzung der ambulanten Behandlung
 - 3.3.4 Details zur ambulanten medizinischen Rehabilitation
 - 3.3.5 Substitutionsgestützte Rehabilitation Opiatabhängiger
- 3.4 Psychosoziale Begleitbetreuung Substituierter
- 3.5 Betreutes Einzelwohnen für chronisch Suchtkranke und Menschen mit zusätzlicher psychiatrischer Erkrankung (sog. Doppeldiagnosen)
- 3.6 Therapeutische Wohngemeinschaft für Suchtkranke

4. Qualitätsfördernde Maßnahmen

- 4.1 Arbeit im interdisziplinären Team
- 4.2 Teamsitzung, Fallbesprechung und Therapieverlaufsbesprechung
- 4.3 Supervision
- 4.4 Dokumentation und Evaluation
- 4.5 Fortbildungsmaßnahmen
- 4.6 Regelmäßige Überprüfung und Fortschreibung des Konzepts

5. Kooperation

mit Suchtfachkliniken, Kreiskliniken und anderen Einrichtungen der ambulanten und stationären psychosozialen Versorgung des Landkreises Altötting und der Nachbarlandkreise.

***Der Sinn aller Ratio ist,
dem Nicht-Rationalen Lebensräume
zu schaffen;***

***der Sinn jeder Ordnung,
dem nachwachsenden Leben
zu dienen.***

Karlfried Graf Dürkheim

Einleitung

Im Landkreis Altötting existierte bis 1983 keine spezielle Suchtberatungsstelle. Die Betreuung der Suchtkranken erfolgte über den Sozialdienst des Staatlichen Gesundheitsamtes oder die Betroffenen suchten die Beratungsstelle des Nachbarlandkreises auf. Ab Oktober 1983 betrieb der Caritasverband München und Freising eine Beratungsstelle im Landkreis Altötting, angegliedert an die PSB Mühldorf.

Die äußerst knappe personelle Besetzung der Beratungsstelle bedeutete eine Unterversorgung, vor allem der südöstlichen Region um Burghausen. Dies veranlasste einige engagierte Bürger der Stadt Burghausen 1991 zur Gründung des Suchtkrankenhilfevereins „Die Brücke e.V.“. Nach entsprechender personeller und räumlicher Ausstattung entwickelte sich „Die Brücke e.V.“ zur Suchtberatungsstelle im Raum Burghausen.

Damit im Landkreis Altötting eine eigenständige Beratungs- und Behandlungsstelle gemäß den Förderrichtlinien des Bezirks Oberbayern und der Rentenversicherungsträger geschaffen werden konnte, verständigten sich die beiden Träger - der Caritasverband und „Die Brücke e.V.“ - auf eine Zusammenarbeit im Trägerverbund.

Ein Kooperationsvertrag beschreibt und regelt die Modalitäten für den Betrieb der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle - Fachambulanz für Suchtkranke im Landkreis Altötting.

Dieses Konzept will philosophische und anthropologische Grundlagen, Gesundheits- und Krankheitsverständnis sowie konkrete Arbeitsgrundlagen beschreiben.

Im folgenden Text wird stets zur Vereinfachung des Lesens die maskuline Form verwendet. Selbstverständlich ist damit aber auch die feminine Form gemeint.

1. Beschreibung der Einrichtung

1.1 Einzugsgebiet

Landkreis Altötting

108 182 Einwohner (Stand: 31.12.2008)

569,4 km² Fläche

1.2 Klientel

Personen mit

- Missbrauch oder Abhängigkeit von psychotropen Substanzen
- problematischem Essverhalten
- pathologischem Spielverhalten
- Angehörige oder andere Kontaktpersonen (Arbeitgeber und Ämter) des oben beschriebenen Personenkreises

1.3 Aufgaben der Fachambulanz

- Aufklärung und Information
- Prävention
- Kontaktangebote
- umfassende Beratung und Betreuung, auch von Bezugspersonen und Angehörigen
- niederschwellige Angebote für Abhängige von legalen und illegalen Drogen (z.B. Betreutes Einzelwohnen)
- Psychosoziale Begleitbetreuung Substituierter
- aufsuchende Sozialarbeit (u.a. Krankenhausintervention)
- Vermittlung in stationäre Einrichtungen zum körperlichen Entzug bzw. zur Entwöhnungsbehandlung
- begleitende Betreuung während einer stationären Behandlung
- ambulante Behandlung
- Krisenintervention
- Nachsorge (s.a. Therapeutische Wohngemeinschaft)
- Unterstützung der Selbsthilfe und der ehrenamtlichen oder betrieblichen Suchtkrankenhelfer
- Fallmanagement im Gemeindepsychiatrischen Verbund

1.4 Personelle Besetzung und räumliche Ausstattung

Die Beratung und Behandlung wird von Mitarbeitern mit mehrjähriger, zum Teil klinischer Erfahrung in der Suchtkrankenberatung- und Behandlung durchgeführt.

Das Fachkräfteteam setzt sich aus den Bereichen

- Psychologie
- Sozialpädagogik
- Medizin
- Sozialtherapie/Psychotherapie

zusammen. In der Behandlung von Suchterkrankungen werden ausschließlich Therapeuten tätig die über eine, von den Rentenversicherungsträgern geprüfte und anerkannte, suchtspezifische, therapeutische Zusatzausbildung verfügen. Eine Übersicht der beschäftigten Kräfte (Stand Juni 2010) ist im Anhang dargestellt.

Die Fachambulanz arbeitet mit erfahrenen niedergelassenen Ärzten zusammen. Hausärzte behalten die medizinische Behandlung während einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme bei. Die Behandlungsabstimmung mit den Hausärzten erfolgt in Absprache mit den Ärzten der Fachambulanz.

Räumliche Ausstattung

In Altötting und Burghausen stehen jeweils Gruppenräume, Beratungsräume und Verwaltungsbüros in zentraler Lage (Bahnhofsnahe) zur Verfügung. In einem speziell eingerichteten medizinischen Untersuchungs- und Behandlungsraum werden internistische Untersuchungen durchgeführt.

Die Räumlichkeiten in Burghausen sind barrierefrei.

Seit Oktober 2008 unterhält die Fachambulanz eine therapeutische Wohngemeinschaft für chronisch Suchtkranke in Neuötting mit 7 Wohnplätzen. In der Einrichtung befinden sich zudem Büro- und Beratungsräume sowie ein weiterer Gruppenraum.

2. Ziel- und Wertvorstellungen

2.1 Philosophische und persönlichkeits-theoretische Grundlagen

Ausgehend von dem theoretischen Ansatz der „Integrativen Therapie“¹, einer in der existentialistisch - phänomenologischen Philosophie gründenden Anthropologie, finden wir als Team der Fachambulanz in folgenden Überlegungen zusammen:

Unser Handeln basiert auf den Grundannahmen,

- dass Bezogenheit ein Lebens- und Organisationsprinzip und alles **Sein** Koexistenz ist,
- dass alle natürlichen Zusammenhänge einen grundsätzlichen gemeinsamen Sinn (Konsens) haben,
- und dass dieser ursprüngliche Konsens sinngleichend für alles **Sein** ist.

Entsprechend der Grundauffassung der humanistischen Psychologie, dass der Mensch ein schöpferisches, produktives „**Selbst**“ hat, das eine aktive Rolle in seiner Lebensgestaltung spielt (intersubjektiver Gestaltungsprozess des idealerweise freien, autonomen, mündigen, selbstbestimmten Menschen und seiner Umwelt), verstehen wir den Menschen koexistierend mit der Welt und den Mitmenschen (siehe auch Solidaritätsprinzip der kath. Soziallehre). Er ist ein **Körper-Seele-Geist-Subjekt** mit einem sozialen und ökologischen Kontext im Zeitkontinuum.²

Neben den philosophischen und persönlichkeits-theoretischen Überlegungen sind Definitionen von „Krankheit“ und Gesundheit wichtige Arbeitsgrundlagen.

2.2 Das Krankheitsmodell

Unser Verständnis von Krankheit orientiert sich an der Krankheitslehre der Integrativen Therapie.³

Die anthropologische Sichtweise des Menschen als wesensmäßiger Koexistierender und Bezogener führt zu der Annahme, dass die Entwicklung der Persönlichkeit interaktional bestimmt sein muss:

Mensch wird man durch den Mitmenschen.

Die Persönlichkeitsentwicklung und die beständige Formung der Identität durch die Umwelt - bis ins hohe Alter - macht die Einbindung des Menschen in soziale Bezüge deutlich.

Sind diese Bezüge gut, kann er sich entfalten, sind sie belastend oder schädigend, wird er eingeschränkt, verletzt und krank.

Menschliche Persönlichkeit ist so das Resultat aller positiven, negativen und defizitären Erfahrungen. Sie wird bestimmt durch die Interaktion von Schutz- und Risikofaktoren, Ketten widriger, stützender und schützender Ereignisse.⁴

¹ Petzold; Modelle und Konzepte zu integrativen Ansätzen der Therapie; Integrative Therapie, Verlag Junfermann Paderborn, 2. erw. Aufl. 2004

² Petzold; Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung; Verlag Junfermann Paderborn, 3. Aufl. 1996

³ Petzold/Schuch; Grundzüge des Krankheitsbegriffes im Entwurf der Integrativen Therapie in: Pritz/Petzold; Der Krankheitsbegriff in den psychoth. Schulen; Verlag Junfermann Paderborn 1992

⁴ Petzold/Gaffin/Oudhof; Protektive Faktoren und Prozesse ...in Intergration und Kreation; Verlag Junfermann Paderborn 1993, Band 1

Drei sich ergänzende Modelle beschreiben Entstehungsbedingungen von Krankheit⁵:

* **Das Modell der Entwicklungsschädigung**

Traumata (externe und/oder interne Überstimulierung), Defizite (Unterstimulierung), Störungen (uneindeutige, unterbrochene Stimulierung), Konflikte (gegenläufige Stimulierung) können, wenn sie die Ressourcen, die Konfliktlösungs- und Bewältigungsmöglichkeiten (coping capacity) des Menschen überschreiten, krankheitsauslösend wirken.

(Unter Traumatisierung verstehen wir eine zuweilen außergewöhnliche kurze Stimulierungssituation, welche sich aber auch sequentiell verlängern kann, die für den Organismus bzw. das „personale System“, die Persönlichkeit derart bestandsbedrohende Wirkung hat, dass sie zu bleibenden Strukturschäden führt (z.B. übersteuernde Generalisierungseffekte)⁶

* **Das Modell d. multiplen, zeitextendierten Belastung bzw. Überlastung**

Nicht nur ein Ereignis, sondern Ereignisketten, nicht nur eine kurzzeitige Einwirkung, sondern über längeren Zeitraum wirkender Stress, können Ursache von Erkrankungen sein.

* **Das Repressionsmodell der Krankheit**

Es besagt: Wenn expressive Impulse des Organismus (z.B. das Zeigen von Gefühlen) permanent gewaltsam unterdrückt werden oder keine Resonanz erhalten, können diese Situationen zur Ursache von Erkrankungen werden.

Suchtverläufe sehen wir in Zusammenhang mit schädigenden, einschränkenden und verletzenden Erfahrungen im Prozess der Entwicklung aus der absoluten Abhängigkeit (pränatal) zur altersentsprechenden, relativen (durch kulturelle, gesellschaftliche Bedingungen mitgeprägten) Selbständigkeit.

Abhängigkeitserkrankungen lassen häufig eine Tendenz zur pathologischen Konfluenz⁷ erkennen, die sich in der Unfähigkeit, sich angemessen gegenüber der „Innenwelt“ (Gefühle, Empfindungen, Impulse) und gegenüber der Außenwelt abzugrenzen, zeigt.

Überflutungen von negativen Identifikationen (Innenwelt) und Identifizierungen (Außenwelt) haben eine ge- oder zerstörte Identität zur Folge.

Die Entwicklung und Ausbildung von Ich-Grenzen ist häufig beeinträchtigt.

Das Konzept der protektiven (schützenden) Faktoren und Prozesse⁸ befasst sich mit gesundheitsfördernden Aspekten und deren Wirkung auf Risikofaktoren. Fragen danach, welche Erfahrungen und Umstände Betroffene trotz vorhandener Risikofaktoren (Entwicklungsschädigung, Überlastung, Repression) in bestimmten Lebensabschnitten gesund oder zumindest überleben haben lassen, zielen auf gesunde oder stützende Anteile der Persönlichkeit ab. Positive Erfahrungen und Erlebnisse in früherer Zeit, „Persönlichkeitsstärken“, tragende oder zumindest nicht ganz abgebrochene gesunde Beziehungen gelten u.a. als persönliche Ressourcen, auf denen therapeutische Hilfe und Behandlung aufbauen kann.

⁵ Petzold; Integrative Therapie in Integration und Kreation; Paderborn 1993, Band 1

⁶ Petzold; Integrative Therapie, Verlag Junfermann Paderborn, 2. erw. Aufl. 2004

⁷ Petzold/Vormann; Therapeutische Wohngemeinschaften: Erfahrungen - Modelle - Supervision; Verlag J. Pfeiffer, München 1988

⁸ Petzold; Integrative Therapie in Integration und Kreation; Verlag Junfermann, 2. Aufl. 1993, Band 1

Krankheit und Gesundheit verstehen wir nicht dichotom (nur gesund oder nur krank) sondern als Gesundheits-Krankheits-Kontinuum.⁹

Eine Zusammenschau von Pathogenese und Salutogenese beachtet nicht nur Schädigungen sondern auch Ressourcen, hilfreiche Umgangsformen (Coping-Strategien) und Kompensationsmöglichkeiten der Patienten.

Der erweiterte Gesundheits- und Krankheitsbegriff hat neben individuellen Ursachen immer auch die Situation des sozialen Netzwerks und das gesellschaftliche Bedingungsgefüge (biopsychosoziales Modell) im Blick:

Die dem Suchtgeschehen innewohnende Tendenz, die Mehrdimensionalität des Seins zu reduzieren, ist in gesellschaftlichen Systemen, z.B. in der Funktionalisierung der Individuen ebenso beobachtbar. Ausgrenzung (2/3 Gesellschaft) statt Integration (zur „Einheit in der Vielfalt“) deutet auf krankmachende, gesellschaftliche und soziale Strukturen hin.

Die noch vorherrschende gesellschaftliche Ideologie des grenzenlosen Wachstums und des alles Machbaren, kann Entgrenzung fördern und zum Verlust von Bezogenheit und multipler Entfremdung¹⁰ beitragen. Im Gegensatz zur fast grenzenlosen Machbarkeit erleben Betroffene in der Abhängigkeitserkrankung Ohnmacht und Reduzierung von Lebensmöglichkeiten.

So handelt es sich bei Suchterkrankungen nicht nur um eine Erkrankung der Person, sondern der Person in und mit ihrem Netzwerk und ihrer maroden gewordenen Lebenslage.¹¹

Identitätsstörungen durch den Mangel an tragenden, sinnstiftenden Werten und Normen, den Verlust von positiven Erfahrungen in den Bereichen Arbeit und Leistung, materieller Sicherheit und soziales Netz, stehen in Zusammenhang mit der beschriebenen gesellschaftlichen Entwicklung.

Abhängigkeitserkrankung verstehen wir als eine komplexe, somatische, psychische und soziale Erkrankung die die Persönlichkeit des Betroffenen, sein soziales Netzwerk und seinen mikroökologischen Rahmen betrifft, beschädigt und – wenn sie lange genug wirkt- zerstört. Sie hat eine multikausale, zum Teil sehr stark variierende Genese und zeigt unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen, abhängig von genetischen Dispositionen, biographischen Vorschädigungen, psychosozialer Gesamtsituation / Lebenslage, Grad der Chronifizierung, Ressourcenlage.¹²

In der „Suchtdynamik“ sehen wir eine, von suchtfördernden Faktoren verselbständigte Abhängigkeitsentwicklung zu psychotropen Substanzen. Dies zeigt sich in der Vielfältigkeit und Beliebigkeit von Anlässen für eine Substanzeinnahme, die erlebnismäßig sowohl negativ als auch positiv geprägt sein können. Auf biologischer Ebene begünstigen dauerhafte Veränderungen neuronaler Strukturen und Prozesse die Aufrechterhaltung schädlichen Konsums.

Ausgangspunkt von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen scheint u.a. ein nicht ausreichend kontrollierter Gebrauch psychotroper Substanzen mit den Aspekten des starken Verlangens nach ihnen, einer mangelhaften Kontrolle sowie den negativen Auswirkungen des Konsums im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich zu sein.

⁹ Antonovsky 1979 Health, stress and coping

¹⁰ Petzold; Integrative Therapie, Verlag Junfermann Paderborn, 2. erw. Aufl. 2004

¹¹ Petzold; Integrative Suchttherapie; Vs Verlag Wiesbaden 2006

¹² Petzold/Schay/Scheiblich; Integrative Suchttherapie; Vs Verlag Wiesbaden 2006

Zudem gehen wir davon aus, dass psychotrope Substanzen missbraucht werden, damit einerseits Defizite und seelischer Schmerz besser bewältigt und andererseits mehr Genuss und Leistung erreicht werden können (Selbstmedikation, Unlustvermeidung, Lust- und Leistungssteigerung).

Konsumbedingte Folgen, wie körperliche Erkrankungen, Störungen (z.B. Konzentrationsstörungen) und Probleme in den verschiedenen Lebensbereichen, können ihrerseits wieder Anlass zum Drogenkonsum sein.

2.3 Handlungsabsichten

In der Beratung und Therapie beabsichtigen wir, dass wir und die Betroffenen sich im „Lebensganzen“, in dem „so geworden sein“ verstehen lernen um aus diesen Erfahrungen und Erkenntnissen Schritte zur Heilung und Förderung der Selbstheilungskräfte einzuleiten.

Die Lernfähigkeit, Kreativität und den Überlebenswillen sehen wir als „Grundkapital“ in der Therapie, das bei Klienten¹³ zum Teil verschüttet, verschlüsselt oder nicht augenfällig ist und das es zu erkennen, zu fördern und für den ganzen Heilungsprozess zu nutzen gilt.

Die Förderung der Fähigkeit zur Spontanität, Intimität und Autonomie bedeutet zugleich eine essentielle Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen, die im Suchtverlauf von einer Tendenz zur eindimensionalen Konditionalität geprägt sind.

Unser Handeln ist geleitet von den übergeordneten Zielsetzungen

- * der Restitution, Erhaltung und Entwicklung von „Identität in der Koexistenz“ und damit
- * der Restitution, Erhaltung und Entfaltung des Beziehungsgefüges zum Leib, zum Anderen und zur Welt.

Zu Beginn der beratenden / therapeutischen Beziehung steht häufig die Restitution und Erhaltung des Beziehungsgefüges zum Leib (Krankheit / Gesundheit) und zu Anderen (Partner, Angehörige, Arbeitgeber, Institutionen) im Vordergrund. Aktive Hilfe zur Problembewältigung unter Berücksichtigung und Einbeziehung der Ressourcen des Betroffenen wirken hier vertrauensbildend und stellen eine Bekräftigung des „Grundvertrauens“ dar.¹⁴

Die Ziele der Beratung, Betreuung und Therapie sind individuell ausgerichtet auf die persönliche Situation des Suchtkranken und auf seine Möglichkeiten.

¹³ Im folgenden werden Ratsuchende als Klienten beschrieben; in unserer Arbeit verwenden wir die Begriffe Klient und Patient nicht synonym, sondern nach folgendem Konzept: Im Gespräch wird gemeinsam mit dem Ratsuchenden geklärt, in wieweit er in der Lage ist, sein Leben selbst zu steuern, wie groß oder bedeutsam die Bereiche sind, in denen er oder über die er die Kontrolle verloren hat.

Ist der Verlust an Kontroll- und Steuerungsfunktion so groß, dass er sein Leben nicht mehr ohne schwerwiegende Störung selbst regulieren kann, sondern massive Hilfe braucht, erhält er den Patientenstatus. Den Klientenstatus zu erreichen, wird ein erstes Therapieziel. Klienten sind in der Lage, ihre Lebenssituation noch/wieder eigenständig zu regeln und Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen, brauchen aber eine Hilfestellung in ihren Schwierigkeiten.

(vergl. Petzold; Integrative Bewegungstherapie in: Psychotherapie und Körperdynamik; Verlag Junfermann Paderborn, 3. überarb. Auflage 1996)

¹⁴ Petzold; Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung; Verlag Junfermann Paderborn, 3. Aufl. 1996

Bei aller Unterschiedlichkeit und Individualität lassen sich aber wichtige gemeinsame Ziele beschreiben:¹⁵

* ***Sinnfindung durch Bewusstseinsarbeit***

Viele Abhängigkeitskranke wissen nicht, welchen Sinn sie ihrem Leben geben können. Es mangelt ihnen an komplexem Bewusstsein und an sinnstiftenden Erfahrungen. Über den Weg der Bewusstseinsarbeit, d.h. durch mehrperspektivische Einsicht, sowie durch Erfahrung von Sinnhaftigkeit in der Begegnung mit anderen Menschen kann Sinn neu erschlossen werden.

* ***Grundvertrauen durch Nachsozialisation***

Ohne Grundvertrauen ist der Mensch nicht lebensfähig. Das Grundvertrauen vieler Hilfesuchender ist stark beschädigt oder eingeschränkt. Durch Nachsozialisation wird es wieder aufgebaut. Ebenso werden Persönlichkeitsstrukturen, die durch Defizite und traumatische Erfahrungen beschädigt oder mangelhaft ausgebildet wurden, erneuert.

Dies erfordert einerseits die Veränderung von Lebenseinstellungen, die sich als Folge traumatischer Erfahrungen herausgebildet haben, und andererseits die Verankerung neuer Erfahrungen, die für die Persönlichkeitsentwicklung wichtig sind.

* ***Persönlichkeitsentfaltung durch Erlebnisaktivierung***

Bei Suchtkranken sind häufig die persönlichen und gemeinschaftsbezogenen Potentiale verschüttet. Kreativität, Phantasie und Sensibilität werden neu entwickelt durch Bereitstellung einer fördernden Umwelt mit neuen und alternativen Beziehungs- und Erlebismöglichkeiten, in denen die Grundqualitäten Wachheit, Wertschätzung, Würde und Wurzeln erfahrbar werden.

* ***Engagement durch Solidaritätserfahrung***

Therapie als Solidaritätserfahrung (insbesondere in der Gruppentherapie oder mit den Zielen der Selbsthilfe) will Bewusstheit für die Phänomene von Entfremdung entwickeln, damit auf der Grundlage von engagierter Verantwortung für sich selbst und für Gruppen von Menschen wechselseitige Hilfe und wechselseitiges Lernen handfest und konkret praktiziert werden.

* ***Suchtmittelfreiheit und Abstinenz***

Grundlage und Ergebnis von Therapie und Beratung ist bei stoffgebundener Abhängigkeit die Unterbrechung der *Suchtdynamik* sowie die Förderung der dauerhaften, stabilen Fähigkeit zur Abstinenz von psychotropen Substanzen. Persönliche Entwicklung und Entfaltung kann durch den Konsum bewusstseinsverändernder Mittel beeinträchtigt werden. Unter Berücksichtigung der Schwere der Suchtmittelbindung (z.B. Opiatabhängigkeit) kann eine medikamentös gestützte Behandlung (Substitution) parallel zur Begleitung und Behandlung erforderlich sein.

¹⁵ Petzold; Die vier Wege der Heilung in der Integrativen Therapie und ihren anthropologischen und konzeptuellen Grundlagen in: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, 2 Teilbände; Paderborn 1988

* **Wiederherstellung bzw. Sicherung der Erwerbsfähigkeit**

Erwerbsfähigkeit und Arbeitsmotivation sind wesentliche Grundlagen materieller Sicherheit. Erwerbsfähigkeit, Sinnhaftigkeit der Arbeit und die Arbeitsfreude stützen das Selbstwertgefühl von Suchtmittelabhängigen in der Erfahrung, Teil des gesellschaftlichen Zusammenhangs zu sein. Eine Auseinandersetzung um das richtige Maß im Arbeitsverhalten erachten wir bei Abhängigkeitskranken für besonders notwendig.

Die Handlungsabsichten und Behandlungsziele korrespondieren mit ethischen Überlegungen.

2.4 Ethik

Unsere Beziehungsgestaltung zu Klienten wurzelt in der Intersubjektivitätstheorie von Gabriel Marcel.¹⁶ Sie ist gekennzeichnet durch ein Engagement, das inneres Beteiligtsein am Anderen als Person bedeutet sowie durch Personalität und Begegnung.

Das Prinzip der Personalität (kath. Soziallehre) mit der Betonung der Person und Menschenwürde des Einzelnen, der „als einmalige und unwiederholbare Schöpfung aus Gottes Hand hervorgegangen“¹⁷ ist, verweist gerade in der Situation sozialer Bedürftigkeit und der damit verbundenen Gefahr verminderter Eigenständigkeit auf das Recht der Selbst- und Mitbestimmung und auf die Verpflichtung der weitestmöglichen Partizipation des Betroffenen im Heilungsprozess.¹⁸

Mit dem Prinzip der Subsidiarität verstehen wir die Achtung, Würdigung und Förderung der Eigeninitiative und der Eigenkräfte der hilfeschuchenden Klienten vor der Inanspruchnahme bzw. der Zuweisung zu externen Hilfssystemen. Im Therapieprozess werden den Klienten Schutz, Kompetenz und Erlaubnis zur Verfügung gestellt.¹⁹

- Schutz dort, wo Klienten Gefühle intensiv erleben und sich ängstlich, hilflos und schutzlos fühlen.
- Kompetenz und Stärke in Phasen der Orientierungslosigkeit, in denen die Klienten einen klaren Bezugsrahmen, Ermutigung, konsequentes Konfrontieren und eindeutige Informationen benötigen.
- Erlaubnis, sich von destruktiven Grundgeboten seines bisherigen Lebens zu verabschieden und Neues zu erproben.

Die Reflektion von Haltungen und Einstellungen sowie die Transparenz im Umgang mit Übertragungen / Gegenübertragungen in Teambesprechungen und Supervision (siehe dort) stellen einen Schutz vor Übergriffen und Missbrauch für Klienten und Mitarbeiter dar.

¹⁶ Marcel; Leibliche Begegnung in: A. Kraus, Leib, Geist, Geschichte; 1978

¹⁷ Nell-Breuning; Herders Theologisches Taschenlexikon; Freiburg 1973

¹⁸ Ludemann; Frei - Sachbezogen -Kirchlich; Köln 1994

¹⁹ Steiner; wie man Lebenspläne verändert; Paderborn 1982

3. Angebote der Beratungs- und Behandlungsstelle

3.1 Prävention

Im Landkreis Altötting wird die *Primärprävention* zu einem erheblichen Teil vom Sozialdienst des Amtes für Gesundheit getragen. Seit dem zweiten Halbjahr 2009 ist eine erfahrene Fachkraft mit einem wöchentlichen Stundenkontingent von jetzt acht Stunden in der Prävention. Aufgabe der Präventionsarbeit ist die Initiierung und Begleitung von Präventionsprojekten, die Arbeit mit mittelbaren und unmittelbaren Bezugspersonen sowie mit Bezugsgruppen.

Im Bereich der *Sekundärprävention* werden u.a. regelmäßig Schulungen für suchtmittelauffällige Kraftfahrer sowie Informations- und Klärungsveranstaltungen vor allem für junge Konsumenten (z.B. Modell FREDA) und deren Angehörige angeboten.

3.2 Beratung

Die Beratung findet in der Regel in den Räumen der beiden Beratungsstellen der Fachambulanz statt.

Aufsuchende Tätigkeit der Berater (Krankenhaus, Fachklinik, Psychiatrie, Justizvollzugsanstalt oder Wohnung) wird bei entsprechenden Bedingungen und speziellen Voraussetzungen ebenso geleistet. Seit mehreren Jahren kooperieren die Kreiskliniken und unsere Fachstelle in der Krankenhausintervention. Personen die in den Kliniken u.a. wegen problematischem Konsum psychotroper Substanzen behandelt werden erhalten regelmäßig im Krankenhaus durch Mitarbeitern der Fachambulanz Klärungs- und Informationsgespräche (s. 3.2.1). Ein Qualitätszirkel mit leitenden Ärzten, dem Krankenhaussozialdienst und den Mitarbeitern der Fachambulanz dient der Abstimmung und Optimierung des Angebots.

Im Erstgespräch werden allgemeine anamnestische Daten erhoben, um zumindest ein vorläufiges Bild über die Persönlichkeit des Klienten und seine Lebenssituation zu erhalten.

3.2.1 Aufklärung und Information

Suchtkranke, Menschen mit Missbrauch von psychotropen Substanzen, Angehörige sowie Arbeitgeber, Betriebe und Institutionen holen allgemeine oder spezielle, zum Teil auf konkrete Lebenssituationen bezogene Informationen ein ohne weitere Leistungen (für diesen Zeitpunkt) in Anspruch zu nehmen. Für Betroffene sind diese Gespräche von großer Bedeutung, weil sie Akzente für eine kontinuierliche Beziehung zur Beratungsstelle setzen.

Informationsmaterial wird zur Verfügung gestellt bzw. gezielt weitergegeben.

3.2.2 Erstdiagnostik und Indikationsstellung

Die Erstdiagnostik und Indikationsstellung bezieht sich auf die anfänglich gesammelten Informationen und Daten unter Berücksichtigung der aktuellen Lebens- und Beziehungsgestaltungsmöglichkeiten des Hilfesuchenden.

Nach Informationen und Beratung über mögliche Maßnahmen (weitere Klärung oder Beratung, Begleitung, ambulante oder stationäre Behandlung, Nachsorge, Inanspruchnahme anderer psychosozialer Dienste) trifft der Therapeut in Abstimmung mit dem Klienten die vorläufige Indikationsstellung. Bei weiterem Klärungsbedarf, zur differenzierteren Therapieplanung und grund-

sätzlich bei beabsichtigter ambulanter Rehabilitation wird das interdisziplinäre Team mit einbezogen. Dem schließt sich die Vorbereitung, Hinführung und Begleitung zur geplanten Maßnahme an.

Die Vermittlung in Einrichtungen zum körperlichen Entzug oder zur Entwöhnungsbehandlung beinhaltet neben der Antragsstellung und der einrichtungsbezogenen Information motivationale Klärungsaspekte.

3.2.3 Motivation

Der Motivation kommt große Bedeutung zu im Rahmen der Vorbereitung und Hinführung zu den geplanten Maßnahmen. Neuorientierungs- und Heilungsprozesse verlaufen nicht linear, sondern zirkulär - oder exakter - spiralförmig: z.B. Phasen der Suchtmittelbindung und Versuche suchtmittelfrei zu leben wechseln.

Krankheitseinsichten und Veränderungsbereitschaft können von Phasen der Resignation, Bagatellisierung und Verdrängung unterbrochen werden. Das heißt aber nicht, dass alle bisherigen „Integrationsversuche“ durch solche Unterbrechungen oder „Rückfälle“ wertlos geworden sind.

Die Motivationsarbeit schafft und stärkt die Basis für geplante Maßnahmen. Darüber hinaus beinhaltet sie Klärungsaspekte: Das „sich über sich selber klarer werden“, das „sich besser annehmen können“ stellt zum motivationalen Aspekt ein (therapeutisches) Ziel von eigenem Wert dar.²⁰

Die anfänglich häufige Teilnahmemotivation kann so zur Veränderungsmotivation und zur Abstinenzmotivation werden.

3.2.4 Krisenintervention

Gerät ein Klient in eine persönliche, kritische Lebenssituation, wird von Seiten der Fachambulanz das vorgesehene Setting verändert. Der Klient/Patient erhält die Möglichkeit, häufiger Kontakt zur Beratungsstelle auf-zunehmen. Soweit möglich und nötig werden stützende Maßnahmen, z.B. kurzfristige Klinik-einweisung, veranlasst.

3.2.5 Begleitende Hilfen im sozialen Umfeld

Neben der Beratung und Behandlung von Bezugspersonen und Angehörigen Betroffener - die Fachambulanz bietet eine eigene Beratungs- und Behandlungsgruppe für Angehörige mit co-abhängigem Verhalten an - erfahren Klienten nach Bedarf Unterstützung z.B. bei der Klärung der finanziellen Situation, der beruflichen Orientierung, oder bei der Vermittlung weiterer Hilfen (Sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsberatung, Partnerberatung, Schuldnerberatung,...). In Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst können tagesstrukturierende Maßnahmen in den Tageszentren Burghausen und Neuötting von unseren Klienten genutzt werden.

Eine geregelte Kooperation mit der ARGE fördert einerseits die Veränderungsbereitschaft Betroffener und trägt andererseits zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben bei. Die bestehende Zusammenarbeit mit den Zuverdienstprojekten im Landkreis fördert die Teilhabe am Arbeitsleben von Arbeitslosengeld -II –Empfängern. Bei Bedarf können die Leistungen des Integrationsfachdienstes im Landkreis beansprucht werden.

²⁰ Grawe; Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie in: Psychotherapeut (1995) 40

3.2.6 Arbeit mit Angehörige und Bezugspersonen

Ausgehend davon, dass Abhängigkeit u.a. auch Ausdruck einer gestörten Familiendynamik sein kann, bieten wir für Angehörige, Bezugspersonen und für Personen, die von nicht substanzbezogenen Störungen unmittelbar betroffen oder bedroht sind, die an abhängigen, suchtähnlichen Beziehungsgestaltungsmuster leiden und in einem Suchtsystem leben oder aufgewachsen sind Einzelgespräche und eine separate Therapiegruppe an. Über die Veränderungsarbeit der verhaltensabhängigen Angehörigen wird eine Veränderung im Beziehungs- und Familiensystem initiiert und ggf. die Bereitschaft des suchtmittelkonsumierenden Angehörigen zur Behandlung angestoßen.

3.3 Ambulante Behandlung und ambulante medizinische Rehabilitation

Unter ambulanter Behandlung werden alle systematischen Maßnahmen, die von der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle für die Heilung und Rehabilitation suchtkranker und suchtgefährdeter Klienten/Patienten eingesetzt werden verstanden. Mit Ausnahme der ambulanten Behandlung von Essstörungen (Kostenträger Krankenkassen), von Angehörigen oder in der Nachsorge, werden Therapiemaßnahmen als ambulante, medizinische Rehabilitation von Mitarbeitern mit therapeutischen Zusatzqualifikationen, welche von der DRV anerkannt sind durchgeführt.

Im folgenden Text wird daher die ambulante Behandlung als ambulante, medizinische Rehabilitation Sucht auf der Grundlage der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (Stand 04.05.2001) sowie des Rahmenkonzept der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger (Stand 3.12.2008), beschrieben.

Eine ambulante, medizinische Rehabilitation kann immer dann erwogen werden, wenn

- * mehr Unterstützung notwendig und erwünscht ist, als allein durch Beratung und Selbsthilfegruppen geleistet werden kann,
- * eine stationäre Behandlung in einer Fachklinik nicht, noch nicht oder nicht mehr erforderlich ist.
- * eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann und individuelle Voraussetzungen erfüllt sind.

Eine ambulante, medizinische Rehabilitation kommt also als Ergänzung oder als eigenständige Alternative zur stationären Behandlung und in Kombination mit ihr (ambulante Weiterbehandlung) in Betracht.

Die ambulante, medizinische Rehabilitation erfolgt strukturiert, planmäßig und kontrolliert auf dem jeweils neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der Suchtforschung und der Suchttherapie. Sie wird bei entsprechender Indikation durch medizinische Begleitmaßnahmen ergänzt.

Bei einer Abhängigkeitserkrankung im Sinne der ICD 10 (F 10.2x) und entsprechenden Therapievoraussetzungen erbringt die Suchtfachambulanz Leistungen im Auftrag der Rehabilitationsträger (Rentenversicherungen, Krankenkassen). Grundsätzlich wird die Rehabilitationsdauer den individuellen Bedürf-

nissen der Patienten angepasst und im individuellen Therapieplan sowie in Abstimmung mit dem Leistungsträger festgelegt. Sie beträgt in der Regel bis zu 12 Monate. Verlängerungen auf bis zu 18 Monate sind möglich.

Eine ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Therapie erfolgt mit der gleichen Behandlungsstruktur, den gleichen Voraussetzungen und Bedingungen welche für eine ausschließlich ambulante Behandlung gelten. Die ambulante Behandlungsdauer beträgt hier in der Regel bis zu 12 Monate mit 60 +6 Therapieeinheiten (Gruppen-, Einzel- und Bezugspersonengespräche).

Während der ambulanten medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien des jeweils zuständigen Leistungs- und Kostenträgers. Die Zuständigkeit und das Verfahren bei der Gewährung ambulanter medizinischer Leistungen regelt die „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ und das gemeinsamen Rahmenkonzepts der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenkassen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 03.12.2008

Liegen neben der Suchterkrankung rehabilitationsbedürftige Folge oder Begleiterkrankungen vor, werden sie, in der Regel in Form einer stationären Maßnahme rehabilitiert (Gesamt-Reha). Ggf. werden konsiliarische Untersuchungen veranlasst.

3.3.1 Voraussetzungen für die ambulante Therapie

In der Regel gelten folgende Voraussetzungen für die ambulante Therapie:

- * Krankheitseinsicht
- * mindestens 4-wöchige, vorausgegangene Motivationsphase mit erreichter Veränderungs- und Abstinenzmotivation
- * Eigeninitiative und ausreichende Fähigkeit zur Selbsthilfe
- * Bereitschaft zur Veränderung von Verhaltensweisen und Einstellungen
- * Fähigkeit, getroffene Vereinbarungen einzuhalten
- * Ich-Stärke mit einem Mindestmaß an Realitätsprüfung, Impulskontrolle und Frustrationstoleranz
- * Konsum von Suchtmitteln und/oder praktiziertes, selbstschädigendes Suchtverhalten darf nicht mehr im Vordergrund stehen
- * Bereitschaft zur Teilnahme an geeigneten Begleitmaßnahmen (Autogenes Training, Selbsthilfegruppe ...)
- * günstige und unterstützende, zumindest nicht behindernde Bedingungen im sozialen Umfeld
- * eine stabile Wohnsituation muss vorhanden sein

Kontraindikationen:

- * akute Suizidalität
- * akute psychotische Erkrankung
- * erhebliche psychische oder körperliche Komorbidität (u.a. chron. Psychotische Prozesse, hirnorganische Beeinträchtigung)
- * mangelnde Motivation

Die ambulante Behandlung ist ein theoriegeleitetes, zielgerichtetes und planvolles Vorgehen, welches eine umfassende psychosoziale Diagnostik voraus-

setzt, um gemeinsam mit dem Klienten/Patienten ein Behandlungsziel und einen Behandlungsplan erstellen zu können. Ziele werden dabei als vorläufig definiert und können während der Behandlung bei den Therapieverlaufsbesprechungen ergänzt und den individuellen Erfordernissen angepasst werden.

3.3.2 Prozessuale Diagnostik und differenzierte Indikationsstellung

Wir verstehen Diagnosen als vorläufige Hypothesen, die sich im Verlauf des interaktiven Prozesses erhärten und präzisieren lassen oder nicht.

Als Grundlage für die Hypothesenbildung dienen uns Leitlinien und Beschreibungen des DSM IV, des ICD10 und des ICF. Unsere Vorgehensweise ist als phänomenologisch, interaktional, das heißt prozessual zu bezeichnen.

Drei Zugänge und Informationsquellen, die in die „prozessuale“ Diagnostik eingehen, werden im Folgenden kurz beschrieben:

a) Der phänomenologische Aspekt

Informationen, wie z.B. Berichte, Testergebnisse und Gutachten, medizinische (Eingangs-) Befunde die unsere Ärzte erstellten oder aus Vorbehandlungen stammen sowie Informationen, die sich aus der Anamneseerhebung (lebensgeschichtliche Ereignisse) ergeben, werden zusammen mit Informationen aus Beobachtungen im Erstkontakt (Mimik, Gestik, Körperhaltung, Stimmverhalten ...) gewichtet. Die Atmosphäre, die in der Situation mitschwingt, wird ebenfalls berücksichtigt.

Von den beschreibbaren, wahrnehmbaren Phänomenen ausgehend, die im „Hier und Jetzt“ in der Begegnung mit den Therapeuten/innen auftreten, kann auf Strukturen geschlossen werden.

b) Der interaktionale Aspekt

Die Interaktion, der Dialog mit dem Klienten, steht im Mittelpunkt von Therapie und Diagnostik. Mit dem interaktionalen Aspekt der Diagnostik sind Phänomene gemeint, die während der Interaktion zwischen Klient und Therapeut auftreten und sich z.B. in Übertragung und Gegenübertragung, Rollenerwartungen und Rollenzuschreibungen ausdrücken.

c) Der prozessuale Aspekt

Im Verlauf eines Therapieprozesses verdichten sich phänomenale Zugangsmöglichkeiten. Die spezielle Problematik eines Klienten kann sich in realen Lebenssituationen, die im Laufe des Therapieprozesses auftreten, zeigen. Prozessuale Diagnostik bewegt sich von Thema zu Thema und von Focus zu Focus. Sie bezieht sich auf den zwischen Diagnostiker und Klient ablaufenden Prozess, der selbst Gegenstand der Diagnostik ist und möglichst transparent gemacht wird und darauf, dass in jedem gegenwärtigen Geschehen die Vergangenheit und im antizipierenden Sinn auch die Zukunft mit einbezogen ist.²¹ Auf der Grundlage der umrissenen Aspekte und unter Nutzung der multiprofessionellen Teamkompetenzen erarbeiten wir in wöchentlichen Fallbesprechungen/Supervisionen und zweiwöchentlichen Therapieplanungs- und Verlaufsbesprechungen, an denen alle therapeutischen Mitarbeiter (Ärzte, Psychologin, Sozialpädagogen) teilnehmen, Behandlungsziele. Sie sind Grundlage für die Therapieplanung, die Wahl des Settings, der Methoden und Techniken (differenzierte Indikationsstellung).

(Ärztliche Tätigkeiten im Bezug auf Anamneseerhebung, Diagnostik, Indikationsstellung u. Therapieplanung sind unter Punkt 4.1 ausführlich beschrieben)

²¹ Petzold; Integrative fokale Kurzzeittherapie und Fokaldiagnostik; Prinzipien, Methoden, Techniken in Integration und Kreation; 1993

Die individuelle Therapieplanung bezieht das soziale System des Klienten, soweit möglich oder nötig, mit ein und passt sich den Entwicklungen im Therapieprozess an.

Erst nach Indikationsstellung, Beantragung bei dem zuständigen Leistungsträger und dessen Genehmigung ist eine ambulante Behandlung auf der Grundlage der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen durchführbar.

3.3.3 Durchführung und konkrete Umsetzung der ambulanten Behandlung

Der individuellen Therapieplanung werden folgende Behandlungsstrategien, die zum Teil gleichzeitig verfolgt werden können, zugeordnet:

* **Konservierende Behandlungsstrategie**

Sie ist indiziert, wenn gesunde und funktionsfähige Anteile des Klienten gestärkt, erhalten und unterstützt werden sollen.

* **Reparative Behandlungsstrategie**

Sie ist angezeigt, wenn die Persönlichkeit des Klienten gestört und in ihrer Funktion beeinträchtigt ist und daher restituiert werden soll.

* **Bewältigungsstrategie**

Die Bewältigungsstrategie bietet sich an, wenn Restitution, also Wiederherstellung nicht möglich ist und wenn der Klient eine Problematik auch durch Verzicht und Substitution bewältigen muss (z.B. im Zusammenhang mit einer HIV-Infektion).

* **Substitutive Strategie**

Sie ist angezeigt, wenn die Entwicklung des Klienten sehr defizitär verlaufen ist, wenn Fähigkeiten und Fertigkeiten nicht vorhanden und nicht gelernt worden sind und wenn daher ein neues Lern- und Übungsfeld bereitgestellt werden muss.

* **Evolutive Strategie**

Sie ist angezeigt, wenn Potentiale des Klienten nicht genutzt sind, aber erschlossen und entwickelt werden können.

Therapieformen und -strukturen

Die Therapie verläuft in vier Phasen²² und zwar sowohl als einzelne therapeutische Einheit, als auch als gesamter therapeutischer Prozess.

Diese Phasen sind:

* *die Initialphase (Erinnern, Stimulieren, Kontext- und Prägnanz-Analyse)*

* *die Aktionsphase (Wiederholen und Explorieren)*

* *die Integrationsphase (Durcharbeiten und Reflektieren)*

* *die Neuorientierung (Verändern und Erproben)*

Damit ist gemeint, dass therapeutische Prozesse nicht beliebig verlaufen, sondern vom therapeutischen Mitarbeiter so gelenkt werden, dass es nicht nur in einer Therapieeinheit zu einem gewissen Abschluss kommt, sondern, dass jeweils auch der Bezug zur aktuellen Lebenswelt im Erproben und Umsetzen gewonnener Erkenntnisse und neuer Erfahrungen hergestellt wird.

Während des gesamten Therapieverlaufs wiederholen sich die verschiedenen Phasen in den Therapiesitzungen, so dass eine zeitliche Zuordnung der Phasen nicht dem dynamischen Therapieprozess entspricht.

²² Petzold; Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik und Theater; Tetradisches System der Integrativen Therapie; Junfermann Verlag Paderborn 1993, 4. Auflage

3.3.4 Details zur ambulanten medizinischen Rehabilitation

- * Gruppen- und Einzeltherapie wird immer parallel angeboten. In der Regel finden pro Woche eine Gruppentherapiesitzung und, je nach Therapieprozess (anfangs und in Krisensituation oder problematischen Übergängen häufiger), den Möglichkeiten der Patienten (z.B. Einschränkungen durch Schichtarbeit) und der Arbeitsbelastung des Bezugstherapeuten, ein bis vier Einzeltherapien (Dauer mind. 50 Minuten) pro Monat statt.
- * Die ausschließliche Durchführung von Einzeltherapiesitzungen im Rahmen der Rehabilitation ist grundsätzlich nicht angezeigt. In seltenen Ausnahmefällen können vorübergehend, z.B. bei massiven Krisen mit einer partiellen Reduzierung der sozialen Kompetenz des Rehabilitanden, ausschließlich Einzeltherapiesitzungen indiziert sein. Eine ausschließliche Einzelbehandlung, vor allem in der ambulanten Weiterbehandlung, kann bei Patienten in Wohnorten mit schlechter Verkehrsanbindung (keine Rückfahrmöglichkeit nach der abendlichen Gruppensitzung) oder bei Schichtarbeit welche einen regelmäßigen Therapiegruppenbesuch ausschließt, die notwendige therapeutische Unterstützung sicherstellen.
- * Methoden der Gruppentherapie und der sozialen Gruppenarbeit werden vom Ausbildungsverfahren (Integrative Therapie, psychoanalytisch-orientierte Sozialtherapie, Psychodrama, Familientherapie, Verhaltenstherapie) der leitenden Bezugstherapeuten beeinflusst. Übungs-, erlebnis- und konfliktzentrierte Modalitäten unter Einbeziehung der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung werden eingesetzt. Je nach Qualifikation und persönlichem Stil der Therapeuten finden Methoden der Bewegungs-, Kunst-, Kontextuellen-, und Körpertherapie Eingang in die therapeutische Arbeit. Rollentausch, Doppel, Dyaden- und Triadenarbeit sowie das Visualisieren von Beziehungs- und Familiensystemen werden u. a. als Techniken angewandt.
- * Therapiegruppensitzungen dauern mindestens 100 Minuten und beginnen, mit Rücksicht auf Berufstätige nach 18:00 Uhr.
- * Die Zusammensetzung der integrativen Behandlungsgruppe ist symptomunabhängig, d.h. dass Patienten mit unterschiedlichen Abhängigkeitssyndromen nach ICD-10 der Gruppe angehören können. Trotz unterschiedlicher Suchtstoffkonsummuster ergeben sich mit der symptomunabhängigen Gruppenzusammensetzung in der therapeutischen Bearbeitung der Suchthintergrundproblematik positive Therapieeffekte, in dem ein Vermeidungsverhalten durch übermäßige Fokussierung auf das Konsumverhalten in den Hintergrund tritt. Zudem hat die Therapiepraxis gezeigt, dass so im ländlichen Raum ein wohnort- und zeitnahes, ambulantes Therapieangebot für unterschiedliche Abhängigkeitserkrankungen sichergestellt werden kann.
- * Grundsätzlich ist die Gruppengröße auf 10 Personen beschränkt. Im Falle einer Mischung von alkohol- und drogenabhängigen Rehabilitanden wird ein Verhältnis von 8 (alkoholabhängige Personen.) zu 2 (Abhängige von illegalen Drogen oder Medikamente) eingehalten.
- * Die Gruppen sind als fortlaufende, offene Gruppen konzipiert.
- * Die Leiter der Therapiegruppen werden bei Abwesenheit von einem Therapeuten, der einer Gruppe als zusätzliche Kontaktperson fest zugeordnet ist,

vertreten. . Mitarbeiter die sich noch in therapeutischer Zusatzausbildung befinden werden als Co-Therapeuten tätig.

- * Der Gruppentherapeut ist beständige Bezugsperson für die Patienten während der gesamten Beratungs- und Behandlungsdauer (Diagnostik, Indikation, Behandlung, Nachsorge). Er ist zugleich Einzeltherapeut und organisiert und strukturiert verantwortlich, entsprechend den Vereinbarungen des Rehabilitationsplanes, die gesamte Maßnahme. In Einzelfällen ist ein Wechsel des Bezugstherapeuten (z.B. eine weibliche Therapeutin scheint unter Berücksichtigung der Lebensgeschichte des Patienten geeigneter zu sein) möglich.

* .

Therapiebegleitende Angebote wie „Progressive Muskelentspannung“ nach Jacobsen oder Autogenes Training werden im Bedarfsfall von der Fachambulanz angeboten. PatientInnen nehmen z.T. nach Vereinbarung Angebote der VHS oder anderen Einrichtungen wahr.

Die Ärzte der Fachambulanz übernehmen u.a. die Koordinierung notwendiger medizinischer Behandlung und geben Informationen zur Gesundheitsbildung.

Für **Angehörige und andere Bezugspersonen** werden, unter Berücksichtigung des Therapieverlaufs des Betroffenen und dessen Lebenssituation Paar- und Familiengesprächen angeboten. Der Zeitpunkt und Umfang der Einbeziehung von Bezugspersonen ergibt sich aus der prozessualen Diagnostik und den Rahmenbedingungen der Kostenträger.

In einer spezifischen Gruppe für Angehörige (s. 3.2.6) besteht bei entsprechender Bereitschaft ein längerfristiges Angebot für deren Veränderungsarbeit. Im Hinblick auf die Schädigung durch familiäre Suchtstrukturen, insbesondere der drohenden Schädigung der Kinder, halten wir dieses Angebot für sehr notwendig.

Rückfall, Therapieunterbrechung und -beendigung

Der Rückfall gehört zum Krankheitsgeschehen eines abhängigkeitskranken Menschen und führt nicht zwangsläufig zum Abbruch der ambulanten Behandlung.

Nach Rückfällen werden im Einzelfall Auswirkung und Schweregrad unter Einbeziehung und Würdigung des bisherigen Therapieverlaufs gewertet. Voraussetzung für die Fortführung der Maßnahme ist ein konstruktiver, offener Umgang mit dem Rückfall sowie die Bereitschaft zu dessen intensiven Bearbeitung und Reflexion der auslösenden Faktoren.

Ist eine erneute Entzugsbehandlung im Krankenhaus erforderlich und/oder ein Wechsel der Behandlungsform angezeigt, wird dem Rehabilitationsträger eine entsprechende Empfehlung zur weiteren Entscheidung vorgelegt.

Kann für den weiteren Therapieverlauf keine hinreichend günstige Prognose gestellt werden, ist die ambulante Therapie zu beenden und die Hilfe in Form anderer Maßnahmen fortzusetzen.

Die ambulante medizinische Rehabilitation kann kurzzeitig unterbrochen werden, wenn

- der Patient massiv erkrankt,
- der Patient nach einem Rückfall stationär entgiftet werden muss

- der Patient in Urlaub ist (max. zwei Wochen).

Die ambulante Behandlung wird abgebrochen, wenn

- störende und nichtbehebbarer Einflüsse aus dem sozialen Umfeld den Rehabilitationserfolg gefährden,
- die Teilnahme am Rehabilitationsprogramm nicht regelmäßig erfolgt,
- die Mitarbeit weder tragfähig noch ausreichend ist,
- ein Rückfall bagatellisiert oder geleugnet wird,
- anhaltender Rückfälligkeit besteht und/oder
- eine andere Behandlungsform angezeigt ist.

Reguläre Therapiebeendigung

Die Ablösung aus der ambulanten therapeutischen Arbeit erfolgt schrittweise unter Berücksichtigung des subjektiven Erlebens der Beziehungsgestaltungsmöglichkeiten und der persönlichen, sozialen und beruflichen Integration des Klienten.

In der Regel werden die Klienten nach Beendigung der ambulanten Therapie angehalten sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen.

Die Therapiedauer sollte sich nicht an wirtschaftlichen Überlegungen (Finanzierung) orientieren, sondern hat vielmehr den Gesundheits- und Entwicklungsstand der Klienten zu berücksichtigen. Bei entsprechenden Voraussetzungen und Indikation ist zu prüfen welche Nachsorgemaßnahmen erforderlich und geeignet erscheinen.

3.3.5 Substitutionsgestützte Rehabilitation Opiatabhängiger

Grundsätzlich gelten für eine ambulante medizinische Rehabilitation substituierter Patienten gleiche Rahmenbedingungen wie oben beschrieben. Zugangsvoraussetzungen sind neben einer positiven Rehabilitationsprognose, eine stabilen Substitutionsmitteldosis sowie die Abstinenz von Drogen (Beikonsum-Freiheit). Als Therapieziele werden u.a. die Beendigung der Substitution und eine langfristige Abstinenz angestrebt. Das Substitutionsmittel verabreichen externe Substitutionsärzte mit einer suchtmmedizinischen Basisqualifikation.

Ein separates Konzept welches Details der substitutionsgestützten Rehabilitation festlegt und der Genehmigung der RV bedarf wird zu einem späteren Zeitpunkt erstellt.

3.4 Psychosoziale Begleitbetreuung Substituierter

Ärzte im Landkreis, bieten für Opiatabhängige eine Substitutionstherapie an. Die medizinische Komponente der Substitution wird durch die niedergelassenen Ärzte, die psychosoziale Begleitbetreuung von Mitarbeitern der Fachambulanz erbracht.

Treffen im Rahmen eines Qualitätszirkels, an denen die Substitutionsärzte und die Mitarbeitern der Fachambulanz in der Begleitbetreuung teilnehmen, finden mindestens viermal pro Jahr statt. Diese Treffen dienen neben Fallbesprechungen auch der Weiterentwicklung gemeinsamer Standards.

Eine spezifische Konzeption dient als Arbeitsgrundlage für die psychosoziale Begleitbetreuung.

3.5 Betreutes Einzelwohnen für chronisch Suchtkranke und Menschen mit zusätzlicher psychiatrischer Erkrankung (sog. Doppeldiagnosen)

Das Angebot des Betreuten Einzelwohnens für chronisch Suchtkranke und Menschen mit zusätzlicher psychiatrischer Erkrankung richtet sich an Personen, die schon mehrfach Entgiftungsbehandlungen sowie stationäre und ambulante Therapieversuche in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe oder der psychiatrischen Versorgung gemacht, aber dabei das Ziel, abstinent zu leben, nicht oder nur für begrenzte Zeiträume erreichen. Oft leiden diese Menschen infolge ihrer langjährigen Erkrankung an zum Teil erheblichen körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen, haben ihren Arbeitsplatz verloren und verfügen kaum mehr über soziale Bindungen. Häufig gelingt es diesen Klienten kaum, von sich aus eine kontinuierliche Beziehung zum Berater aufzubauen und regelmäßig zu den vereinbarten Terminen zu erscheinen, da sie wieder rückfällig geworden sind oder die Gesamtsituation sich verschlechtert hat. In diesen Fällen ist es notwendig durch aufsuchende Beratung und Betreuung (mindestens ein Hausbesuch je Woche) den Kontakt zu den Klienten kontinuierlich aufrecht zu erhalten, um neue Heimaufenthalte zu verhindern aber auch, um Mut und Perspektiven für Veränderungen aufzubauen. Der Betreuer übernimmt dabei Case-Management-Funktionen und initiiert/koordiniert alle erforderlichen sozialen Hilfen.

In einem separaten Konzept werden die Maßnahmen und Leistungen des Betreuten Einzelwohnens ausführlich beschrieben.

3.6 Therapeutische Wohngemeinschaft für Suchtkranke

In unserer bisherigen Arbeit mit chronisch suchtkranken Menschen im Rahmen des Betreuten Einzelwohnens wurde deutlich, dass seit dessen Bestehen Personen Hilfe in Anspruch nahmen, für die dieses Angebot alleine zu kurz greift. Diese Personen können nun in unsere therapeutische Wohngemeinschaft aufgenommen werden. Voraussetzung dafür ist die Fähigkeit zur Suchtmittelabstinenz. Chronisch suchtkranke Menschen werden im Rahmen einer therapeutischen Gemeinschaft in ein Betreuungsprogramm eingebunden, um so Mut und Perspektiven für Veränderungen aufzubauen und gleichzeitig ihren Lebensalltag über einen längeren Zeitraum hinweg ohne Suchtmittelkonsum zu bewältigen. Wichtigste Priorität hat dabei die Integration bzw. Reintegration psychisch kranker Menschen in das Gemeinwesen, d.h. ihre Wiederbeheimatung dort. Leitgedanke ist hierbei die Umsetzung der Maßgabe ambulant vor stationär.

In einem speziellen Konzept werden therapeutische Ansätze und die Arbeitsweise der Wohngemeinschaft ausführlich beschrieben.

4. Qualitätsfördernde Maßnahmen

4.1 Arbeit im interdisziplinären Team

Die Arbeitsgruppe arbeitet grundsätzlich als interdisziplinäres Team von Mitarbeitern unterschiedlicher Berufsgruppen. In der Regel sind dies Ärzte, Dipl.-Sozialpädagogen(FH) und Dipl.-Psychologen überwiegend mit Therapieaus-

bildungen (geprüft und anerkannt vom VdR) und mit Erfahrung in der Suchtkrankenbehandlung.

Im Folgenden werden die Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen, spezielle in Bezug auf die ambulante medizinische Rehabilitation beschrieben.

4.4.1 Aufgaben der Ärzte

Die ambulante, medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker steht unter der Leitung und Verantwortung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines Facharztes für Psychosomatik und Psychotherapie oder eines Facharztes für Neurologie, Psychiatrie, Innere Medizin oder Allgemeinmedizin mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und Suchtmedizinische Grundversorgung. Eine Ärztin übernimmt in Delegation die körperlichen Untersuchungen sowie die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung. Der Facharzt ist sowohl inhaltlich als auch formal für die Umsetzung des Rehabilitationskonzepts im Rahmen der Vorgaben der Rehabilitationsträger verantwortlich.

Zu den Aufgaben des Arztes gehören neben der therapeutischen Tätigkeit:

- Anamneseerhebung; allgemeinärztliche, körperliche Untersuchung; neurologische und psychiatrische Untersuchung mit Befunddokumentation,
- Ggf. Empfehlung weiterer Diagnostik und Therapie
- Abstimmung und Verantwortung des Rehabilitationsplans und Rehabilitationsziels (z.B. welche Therapiefrequenz, Stellungnahme zur Belastung für ergänzende Therapieangebote),
- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen und Dokumentation,
- Mitarbeit bei der Fall- und Therapieverlaufsbesprechungen
- Informationsaustausch mit den behandelnden Ärzten und/oder Kliniken,
- Verantwortliches Erstellen des Entlassungsberichtes mit sozialmedizinischer Beurteilung gemäß dem Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht,
- Mitarbeit bei der konzeptionellen Weiterentwicklung.

4.1.2 Aufgaben der Diplom-Psychologen und Diplom-Sozialarbeiter

Hierzu gehören:

- Abstimmung der individuellen Rehabilitationsziele und eines Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden und Arzt,
- Durchführung der therapeutischen Gruppen- und Einzelgespräche inkl. Vor- und Nachbereitung,
- Durchführung der Gespräche mit Bezugspersonen inkl. Vor- und Nachbereitung,
- Hilfen bei Kriseninterventionen,
- Dokumentation der therapeutischen Leistungen und Durchführung der notwendigen Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- Zwischenbilanzierung und Verlaufsbericht einschließlich Erstellung eines therapeutischen Verlaufsberichts,

- Ergänzende Erhebung der Sucht- und Sozialanamnese (weitere Klärung der sozialen und beruflichen Situation) einschließlich Dokumentation,
- Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen,
- Teilnahme an der externen Supervision,
- Mitarbeit bei der Katamnese,
- Mitarbeit bei der Erstellung des Entlassungsberichtes,
- Außentermine im Rahmen der Kooperation, Koordinations- und Organisationsaufgaben,
- Mitarbeit bei der konzeptionellen Weiterentwicklung.

Von den Diplom-Psychologen wird zusätzlich folgende Leistung erbracht:

- psychologische Diagnostik.

Von den Diplom-Sozialpädagogen werden folgende Leistungen erbracht:

- Hilfen im Sozialen Umfeld (z.B. Kontakte mit Arbeitgebern, Hilfestellung bei der Vermittlung eines Arbeitsplatzes/ bei der Reintegration in das berufliche Umfeld, sozialrechtliche Beratung),
- Kooperation mit in der Nachsorge eingebundenen Diensten sowie Selbsthilfegruppen.

4.2 Teamsitzung, Fallbesprechung und Therapieverlaufsbesprechung

Das Team der hauptamtlichen Mitarbeiter trifft sich i.d.R. einmal wöchentlich zu Dienstbesprechungen. Die Schwerpunkte der Besprechungen sind:

- Termin- und Vertretungsabsprachen
- Berichte von Außenvertretung und aus Arbeitskreisen
- Fallbesprechungen.

Mindestens im vierzehntägigen Rhythmus werden unter Einbeziehung des Facharztes folgende behandlungsrelevante Aspekte in Teamsitzungen erörtert:

- Vorstellung von neuen Klienten und Beratungssituationen
- Diagnostik und Indikation
- Festlegung von Behandlungsplänen- Therapieverlaufsbesprechung (Fort-schreibung des Therapieplans bei ambulanter, medizinischer Rehabilitation).

4.3 Supervision

Die externe Supervision bietet die Möglichkeit, die Arbeit besonders unter den Aspekten von Übertragung und Gegenübertragung zu reflektieren, persönliche Handlungsweisen transparenter zu machen sowie die konzeptuelle und fachliche Entwicklung der Einrichtung zu begleiten und zu fördern.

Eine permanente Reflektion im Behandlungsteam über Vorstellungen, Bewertungen und Erlebnisweisen von Freiheit und Anpassung halten wir in der Arbeit mit Abhängigkeitskranken unabdingbar, um sich über den beständigen Verhandlungsprozess zwischen Gesellschaft und Individuum, der so das Maß von Abhängigkeit und Selbständigkeit mit beeinflusst, bewusst zu sein.

Alle hauptamtlichen Mitarbeiter nehmen an der Supervision teil. Derzeit werden pro Monat ca. 3,5 Team- und Fallsupervisionsstunden ermöglicht.

4.4 Dokumentation und Evaluation

Die Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle beteiligt sich an dem EBIS - Dokumentationssystem. Eigen- und Fremdanamnesen, Ergebnisse der Diagnostik und Therapieverlauf werden aufgezeichnet.

Alle Angaben und Daten der Klienten unterliegen einem sorgfältigen Datenschutz und der Schweigepflicht, wie sie in den gesetzlichen Bestimmungen definiert werden.

Die Fachambulanz nimmt am Qualitätsmanagement-Prozess des Caritas-Verbandes München-Freising teil. Zudem ist ein Qualitätsbeauftragter installiert der in Zusammenarbeit mit dem Zertifizierungsinstitut DEQUS die Verfahrensabläufe innerhalb unserer Einrichtung beschreiben und standardisieren wird.

4.5 Fortbildungsmaßnahmen

Mit Fortbildungsmaßnahmen der Mitarbeiter wird die Integration neuer Entwicklungen und Erkenntnisse der Suchtkrankentherapie in die alltägliche Arbeit sichergestellt. Sie gewährleisten eine beständige Aktualisierung des Beratungs- und Behandlungsangebotes und die Förderung der professionellen Kompetenz.

4.6 Regelmäßige Überprüfung und Fortschreibung des Konzeptes

Unter Berücksichtigung neuer gewonnener Erkenntnisse des Teams und der sich verändernden Gegebenheiten der betreuten Klienten, der Drogenpolitik und professioneller Hilfsangebote bedarf es einer regelmäßigen Überprüfung und gegebenenfalls Fortschreibung der Arbeitsgrundlage der Einrichtung.

5. Kooperation

Die Fachambulanz ist Mitglied im Gemeinde-Psychiatrischen-Verbund (GPV). Alle Einrichtungen des Verbunds haben sich in einer freiwilligen Erklärung verpflichtet, Anfragen von Hilfesuchenden aller Art anzunehmen und in Funktion des Case-Managements so lange zu beraten und zu begleiten bis die Personen an eine adäquate Fachstelle vermittelt werden können.

Im Rahmen der Kombi-Behandlung von Suchtkranken besteht eine Kooperationsvereinbarung mit der Fachklinik Annabrunn.

Eine Zusammenarbeit und Abstimmung der Hilfsmaßnahmen besteht mit weiteren Einrichtungen und Ämtern der psychosozialen Versorgung des Landkreises, wie z.B.

- Arge Altötting
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Ehe-, Familien- und Lebensberatung
- Ärzte und Sozialdienste der beiden Kreiskliniken Altötting und Burghausen
- niedergelassene Psychiatern und Psychotherapeuten

- Justiz- und Bewährungshilfe
- Amt für Gesundheit
- Amt für Jugend und Familie
- Substitutionsärzten
- weitere Kliniken zum körperlichen Entzug und zur stationären Entwöhnung.

Hausärzte der Klienten werden nach entsprechender Schweigepflichtentbindung über Therapieplanung und -verlauf informiert; bei ambulanter Therapie übernehmen sie weiterhin, ggf. in Abstimmung mit den Ärzten der Fachambulanz, die medizinische Versorgung des Patienten.

Schließlich ist die enge Zusammenarbeit im Therapieverbund der Suchtfachambulanzen Mühldorf und Ebersberg zu betonen.

Mit dortigen Mitarbeitern besteht ein intensiver fachlicher Austausch und eine landkreisübergreifende Kooperation in der Betreuung und Behandlung Suchtkranker.

Weiterhin besteht eine enge fachliche Abstimmung mit allen Fachambulanzen des Caritas-Verbandes München-Freising.

Altötting, 29.06.2010

Martin Brand
Dipl.-Sozialpädagoge (FH)
Leiter der Fachambulanz

Anhang

Mitarbeiterstand zum 01.01.2010

Hauptamtliche Mitarbeiter	
* 1 Dipl.-Sozialpädagoge (FH) Gestaltsoziotherapeut u. Ausbildung in Gestaltpsycho- therapie (FPI), Heilerlaubnis für den Bereich Psycho- therapie, Leiter der Fachambulanz	39,0 Stunden
* 1 Diplom-Psychologin, Psycholog. Psychotherapeutin	30,0 Stunden
* 1 Dipl.-Sozialpädagoge (FH) Ausbildung in Sozialtherapie (GVS) – psychoanalytisch orientiert, stellvertretender Leiter der Fachambulanz	39,0 Stunden
* 1 Dipl.-Sozialpädagoge (FH) Ausbildung in Sozialtherapie (GVS) – psychoanalytisch orientiert	39,0 Stunden
* 1 Dipl.-Sozialpädagogin (FH), Psychodramaleiterin (Moreno Institut)	30,0 Stunden
* 1 Dipl.- Sozialpädagogin (FH) Ausbildung zur Suchttherapeutin KFH NM	39,0 Stunden
* 1 Dipl. Sozialpädagogin (FH) Ausbildung zur Suchttherapeutin KFH NM	23,5 Stunden
* 1 Dipl.-Sozialpädagogin (FH)	39,0 Stunden
* 1 Dipl.-Sozialpädagogin (FH)	17,0 Stunden
* 1 Studentin der Sozialen Arbeit (FH)	30,0 Stunden
* 3 Verwaltungskräfte	40,5 Stunden
Honorarkräfte	
* 1 Facharzt für Psychiatrie, Familientherapie Leiter einer Suchtfachklinik Verantwortliche Leitung der amb. Rehabilitation	5,5 Stunden
* 1 Ärztin	5,0 Stunden
* 1 Sozialtherapeut (FDR) als Leiter der Schulungen für suchtmittelauffällige KrautfahrerInnen	