

Behandlungskonzeption

Adaption Hirtenstein



Für die Konzeption verantwortlich:

Dr. med. Alfred Hecker
Chefarzt

Stand: Juni 2026

Fachklinik Hirtenstein

Hirtenstein 1

87538 Bolsterlang

Tel. 08326/ 311-100

FAX 08326/ 311-113

fachklinik.hirtenstein@deutscher-orden.de

www.suchthilfe-allgaeu.de

Ärztliche Leitung:

Dr. med. Alfred Hecker

Träger:

Deutscher Orden- Ordenswerke

Klosterweg 1

83629 Weyarn

Geschäftsführerin:

Susanne Schnabel

Aufsichtsratsvorsitzende:

Pia Theresia Franke

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Allgemeines	4
3.	Das Menschenbild des Deutschen Ordens	5
4.	Rehabilitationskonzept	5
4.1.	Theoretische Grundlagen	6
4.1.1.	Allgemeine theoretische Grundlagen	6
4.1.2.	Spezifische theoretische Grundlagen	13
5.	Die Adaptionenbehandlung	20
5.1.	Hintergrund und Struktur	20
5.2.	Behandlungsziele der Adaption	21
5.3.	Zielgruppe	21
5.4.	Indikation für die Adaptionenbehandlung	22
5.5.	Voraussetzungen für eine Aufnahme in der Adaption	22
5.6.	Struktureller Rahmen in Hertenstein	23
Hausordnung		
Literaturverzeichnis		
Anhang		

1. Einleitung

Die Fachklinik Hirtenstein erbringt Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen nach § 6 SGB IX in Verbindung mit § 5 SGB VI bzw. § 11 Abs. 2 SGB V gemäß dem Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung mit „dem Ziel der Befähigung der Rehabilitanden, mit ihrer Krankheit adäquat und selbstbestimmt umzugehen und trotz Einschränkungen ihre Funktion in Beruf, Familie und Gesellschaft so weit wie möglich auszuüben“.

Die Klinik wird durch einen Facharzt mit der Facharztbezeichnung „Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie“ und Zusatzbezeichnungen „Suchtmedizin, Naturheilverfahren, Verkehrsmedizin, Telemedizin“ geleitet.

Die Entwöhnungsbehandlung als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation basiert auf dem Krankheitsfolgemodell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation von 2001 / 2006 und ist somit im § 1 SGB IX verankert. Die Philosophie der ICF systematisiert rehabilitatives Denken und eröffnet insbesondere durch die Einbeziehung von Kontextfaktoren im Sinne von Barrieren und Förderfaktoren erweiterte Perspektiven für rehabilitatives Handeln.

2. Allgemeines

Die Fachklinik Hirtenstein, 1959 als Lungenfachklinik errichtet, wurde im Jahr 1983 vom Katholischen Männerfürsorgeverein (KMFV) e.V. in München als Rehabilitationsklinik für suchtkranke Männer gegründet und im September 2015 vom Deutschen Orden übernommen.

Die Adaptionseinrichtung besteht seit Juni 2018. So bietet die Klinik als zweite Phase der medizinischen Entwöhnungsbehandlung die Adaptionseingliederung an, mit insgesamt acht Behandlungsplätzen in Einzelappartements. Neben den Einzelapartments sind außerdem ein Lagerraum, ein Gruppenraum sowie das Büro der Bezugstherapeutinnen und -therapeuten in der Adaption zu finden. Die Adaption ist angegliedert an die Fachklinik Hirtenstein, welche mit 74 Behandlungsplätzen die derzeit größte Einrichtung des Fachbereichs Suchthilfe des Deutschen Ordens und die einzige Klinik ist, in der alkohol- und medikamentenabhängige Männer geschlechtsspezifisch behandelt werden.

Weitere Geschäftsbereiche des Deutschen Ordens sind die Altenhilfe und Behindertenhilfe. Das Versorgungsgebiet der Klinik ist regional das Oberallgäu, Ostallgäu, Kempten, Unterallgäu, reicht aber bis München und das Umland sowie Oberbayern.

Die Einrichtung ist gut mit dem Öffentlichen Nahverkehr zu erreichen, der nächste Fernbahnhof ist im zwei Kilometer entfernte Fischen. Auf dem Klinikgelände liegen das Hauptgebäude mit angeschlossener Sporthalle sowie ein Ende 2017 fertiggestellter Neubau mit einer Holz- und Metallwerkstatt. Das Hauptgebäude gliedert sich in drei Trakte. Im Erdgeschoss sind Büros, Untersuchungsräume, ein Computerraum für Patienten, ein Konferenzraum, Küche, Ergotherapie und der Speisesaal. In den oberen Stockwerken sind Gruppenräume, Büros der Bezugstherapeuten sowie Patientenzimmer.

Die Sporthalle und ein mit Geräten gut ausgestatteter Raum für die medizinische Trainingstherapie stehen für ein qualifiziertes sporttherapeutisches Programm zur Verfügung. Die unmittelbare Nähe zur Hörnerbahn in Bolsterlang sowie die umgebenden Berge laden zu Wanderungen unterschiedlichster Schwierigkeitsgrade ein.

3. Das Menschenbild des Deutschen Ordens

Die Einrichtungen des Fachbereichs Suchthilfe im Deutschen Orden unterstützen Menschen bei dem Wunsch, ihre Sucht zu überwinden und alternative, gesunde Bewältigungsstrategien zu erlernen. Die unterschiedlichsten Einrichtungen, von der Beratungsstelle über die Akut- bzw. Entzugsstation zur Übergangseinrichtung und zur Rehabilitationsklinik bzw. zum soziotherapeutischen Heim werden dem individuellen Hilfebedarf süchtiger Menschen gerecht. Das Angebot ambulanter, teilstationärer und stationärer Maßnahmen bietet ein in seiner Betreuungsintensität abgestuftes System, so dass Förderung zielgerichtet dort geleistet wird, wo sie notwendig und sinnvoll ist.

Zentrales Ziel der Behandlungs- bzw. Betreuungsmaßnahmen ist eine durch den fortgesetzten Suchtmittelkonsum drohende oder bereits eingetretene Behinderung zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern. Als Ergebnis aller Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen wird die möglichst vollständige Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit als Voraussetzung für Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und insbesondere am Arbeitsleben angestrebt.

Der Mensch ist für uns individuell, einmalig, unwiederholbar und unverwechselbar. Als Person verfügt er über sich selbst in Freiheit und Verantwortung.

Suchtmittelkonsum ist in unserem Verständnis für den Suchtkranken eine, wenn auch dysfunktionale, so doch lösungsorientierte Strategie. Die Suchterkrankung ist nur eine Facette der Persönlichkeit eines suchtkranken Menschen. Gemeinsam mit uns machen sich unsere Patienten und Bewohner auf die Suche nach ihren Ressourcen, ihren Kompetenzen und ihren Talenten. Damit diese Suche gelingt, begegnen wir unseren Patienten und Bewohnern unter dem Ursprungscharisma des Deutschen Ordens „Helfen und Heilen“ mit Respekt und Wertschätzung, mit einer sorgenden, partnerschaftlichen, aufrichtigen, empathischen und neugierigen Haltung. In unseren Einrichtungen schaffen wir eine Atmosphäre der Geborgenheit, Solidarität, Zuversicht, Klarheit, Konsequenz, Herausforderung und Lebendigkeit. Ein solches Setting ermutigt unsere Patienten und Bewohner, ein Lebenskonzept zu entwerfen und zu entwickeln, welches ihnen ein suchtfreies und zufriedenes Leben ermöglicht. Tragende Säulen eines solchen Konzeptes sind die Entdeckung und Entwicklung einer persönlichen, sozialen, beruflichen und spirituellen Identität.

Unsere Mitarbeiter mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung sind unser größtes Kapital. Wir begegnen uns untereinander mit Wertschätzung und Respekt. Transparenz und Vertrauen sind die Basis für einen offenen Umgang miteinander.

Wir verpflichten uns, mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen verantwortlich umzugehen, so dass unter den Prämissen von Wirtschaftlichkeit und qualitätsorientiertem Handeln der größtmögliche Nutzen für unsere Patienten und Bewohner im Sinne dieses Leitbildes erreicht werden kann.

4. Rehabilitationskonzept

Die Adaption ist angegliedert an das Haupthaus der Fachklinik Hirtenstein. Konzeptionell knüpft somit auch die Adaptionsbehandlung an das Rahmenkonzept der Hauptphase an.

In den mehr als 30 Jahren ihres Bestehens hat die Fachklinik Hirtenstein je nach Leitung mehrere konzeptionelle Änderungen und Kehren erfahren. Das Ergebnis der letzten Konzeptnovellierung war dementsprechend unterschiedlichen Begrifflichkeiten und Methoden

eine Klammer zu legen, die eine Bündelung mit Fokus auf das Therapieziel, sowie eine Anschlussfähigkeit für Vor- und Nachbehandler an das alte Konzept ermöglichte. Diese Klammer ist die stringente Umsetzung von ICF und BORA, dieses ist der gemeinsame Nenner, auf den sich alle Therapierichtungen bringen lassen, der Sprachfähigkeit und somit Planungsfähigkeit ermöglicht. Gleichwohl ist die Ausrichtung der Klinik, abgesehen von der Bezugsgruppe Glücksspielerstörung, mittlerweile eine psychodynamische.

Das Konzept orientiert sich am Gemeinsamen Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherungen vom 23.09.2011. Grundlagen für die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind:

- die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001,
- das Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 03.12.2008,
- das Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18.08.2011,
- die BAR- Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (Heft 12).

4.1. Theoretische Grundlagen

4.1.1. Allgemeine theoretische Grundlagen

ICF (Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)

Der wichtigste Grundbegriff der ICF ist der Begriff der funktionalen Gesundheit. Danach gilt eine Person als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren):

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme erwartet wird (Konzept der Aktivität) und
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen, Partizipation).

Der ICF-Begriff der „Funktionsfähigkeit“ umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Mit dem Begriff der funktionalen Gesundheit wird die rein bio-medizinische Betrachtungsweise verlassen. Zusätzlich zu den bio-medizinischen Aspekten (Körperfunktionen und -strukturen), die die Ebene des Organismus betreffen, werden Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) und als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt (Teilhabe) einbezogen. Diese Sichtweise ist für die Rehabilitation von zentraler Bedeutung.

Ferner sind die Kontextfaktoren der betreffenden Person von wichtiger Bedeutung für die Funktionsfähigkeit, d. h. alle externen Gegebenheiten der Welt, in der sie lebt sowie ihre persönlichen Eigenschaften und Attribute (z. B. Alter, Geschlecht, Ausbildung, Motivation, Leistungsbereitschaft). Kontextfaktoren können sich positiv insbesondere auf die Teilhabe an Lebensbereichen auswirken (Förderfaktoren, z. B. soziale Unterstützung, „gebraucht zu werden“, gute Leistungsbereitschaft der Person) oder negativ (zum Beispiel Barrieren, fehlende Teilzeitarbeitsplätze, Migration, Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten, mangelnde Motivation der Person).

Nach dem bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell der Weltgesundheitsorganisation ist eine Krankheit mit Auswirkungen auf Körperfunktionen und -strukturen, auf Aktivitäten und auf die Partizipation verknüpft. Während sich die akutmedizinische Behandlung mit der direkten Beeinflussung der Körperfunktionen und -strukturen beschäftigt, besteht die Aufgabe der medizinischen Rehabilitation im Wesentlichen darin, die durch die Gesundheitsstörung beeinträchtigten Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten („Krankheitsfolgen“) unter Berücksichtigung der Kontext- und personenbezogenen Faktoren zu beeinflussen. Nicht die direkte Behandlung und Beseitigung der Erkrankung, sondern die Befähigung der betroffenen Person im Umgang mit der Erkrankung und deren Folgen sowie die Optimierung der Aktivitäten und der Teilhabe (Partizipation) stehen somit im Mittelpunkt der medizinischen Rehabilitation.

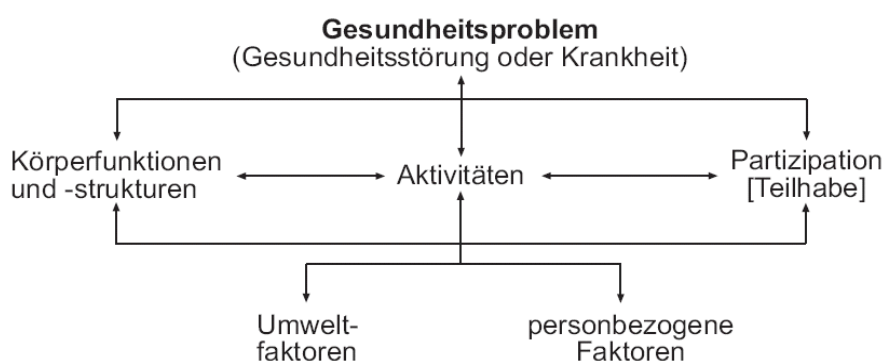


Abb.1: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit nach der ICF

Abhängigkeitserkrankungen sind psychische Erkrankungen, die häufig auch durch Störungen der Körperfunktionen und -strukturen (z.B. alkoholbedingte Lebererkrankung) begleitet werden oder diese bedingen. Krankheitsbedingt sind die Aktivitäten und Teilhabefähigkeit an Lebensbereichen beeinflusst. Einschränkungen in der Partizipation an wichtigen Lebensbereichen werden bei Abhängigkeitserkrankungen sowohl als Mitverursachung als auch als Krankheitsfolge betrachtet. Die Verbesserung der Fähigkeiten zur Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen wie Arbeitsmarkt und Beschäftigung, gemeinschaftlichem, sozialem und staatsbürgerlichem Leben, Mobilität, Selbstversorgung, interpersonellen Interaktionen und Beziehungen stehen somit im Mittelpunkt der Bemühungen der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen.

BORA

Die ICF befasst sich mit der „funktionalen Gesundheit“ und nimmt damit den Rehabilitationsgedanken auf, einen Rehabilitanden mit und trotz gesundheitlicher Defizite durch geeignete Maßnahmen wieder dem ersten Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stellen. Folgerichtig war die Entwicklung des Konzepts MBOR, Medizinisch berufliche Orientierung in der Reha von 2012, welches sich anfangs somatischer Krankheitsbilder annahm.

Mit der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation wurde von der DRV eine spezifische Behandlungsstrategie entwickelt, um den Rehabilitationserfolg bei Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen zu optimieren. Grundlegende Zielsetzung ist dabei, die medizinische Rehabilitation an den Anforderungen der Arbeitswelt und insbesondere am aktuellen und angestrebten Arbeitsplatz auszurichten beziehungsweise die Motivation zur Wahrnehmung weiterführender beruflicher Teilhabeleistungen am Anschluss an die Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu fördern. Damit wird der Ansatz der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), welcher ein bio-psycho-soziales Modell der Gesundheit zugrunde legt, im Sinne einer ganzheitlichen Sichtweise gestärkt.

2015 legte die DRV dann ein Konzept für Suchterkrankte vor, BORA = Beruflich orientierte Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Im Gegensatz zu den somatischen Rehabilitationen ging es bei diesem Konzept von Anfang an nicht darum, berufsbezogene Arbeitsabläufe gezielt zu trainieren, sondern die in allen Suchtkliniken bestehenden arbeitstherapeutischen Interventionen zu strukturieren, zu koordinieren sowie eine berufsbezogene Diagnostik mit Zuweisung zu fünf BORA Zielgruppen planungsleitend in die gesamte Therapie zu implementieren.

Grundsätzlich lassen sich als Zielgruppen zunächst Rehabilitanden, die über einen Arbeitsplatz verfügen, von solchen, die arbeitslos sind, unterscheiden:

Für Rehabilitanden mit Arbeit geht es im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vorrangig darum, den Arbeitsplatz zu erhalten, bestehende Probleme am Arbeitsplatz zu erkennen, aufzugreifen und entsprechend berufsbezogene Ressourcen zu stärken sowie die berufliche Wiedereingliederung zu unterstützen. In diesem Zusammenhang ist beispielsweise die Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber von Bedeutung.

Bei arbeitslosen Rehabilitanden stehen hingegen die Entwicklung einer erwerbsbezogenen Perspektive, das Training von grundlegenden und spezifischen Fertigkeiten des Erwerbslebens, die Planung konkreter Schritte zur Förderung der beruflichen Teilhabe im Anschluss an die Rehabilitation Abhängigkeitskranker im Vordergrund. Um die Zielsetzung der beruflichen (Re)-Integration zu erreichen, ist gerade bei arbeitslosen Rehabilitanden auch eine frühzeitige und enge Kooperation mit Partnern aus angrenzenden Leistungssektoren erforderlich (zum Beispiel Agentur für Arbeit, Jobcenter), deren Aufgabenstellungen und Handlungsstrategien auf der beruflichen Wiedereingliederung liegen. Dabei ist zu beachten, dass – aufgrund der regional unterschiedlich ausgeprägten Arbeitsmarktsituation – das Arbeitsmarktrisiko sich je nach Einzugsbereich der Rehabilitanden deutlich unterscheidet.

Die berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker dient dazu,

- die Motivation zur Auseinandersetzung mit erwerbsbezogenen Themen zu fördern
- eine Einschätzung der Leistungsfähigkeit und des Förderbedarfes des Rehabilitanden zu erhalten
- eine Abklärung der Fähigkeiten, Fertigkeiten und der Belastbarkeit vorzunehmen
- erwerbsbezogene – das heißt berufsspezifische und berufsunspezifische – Förderfaktoren zu stärken
- Barrieren im beruflichen Verhalten und Erleben abzubauen und hierbei psychische und psychomentele Teilhabehindernisse zu berücksichtigen
- eine Einschätzung der individuellen Vermittlungsmöglichkeiten vorzunehmen sowie

- Perspektiven zur beruflichen (Re)Integration zu entwickeln

Für die berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker gilt als grundlegende Zielsetzung, die Rehabilitation an den Anforderungen der Arbeitswelt, insbesondere der aktuellen beziehungsweise des angestrebten Arbeitsplatzes auszurichten. Hierbei ist je nach spezifischem Bedarf:

- ein expliziter Schwerpunkt auf gesundheitsassoziierte erwerbsbezogene Problemlagen und den konkreten bzw. angestrebten Arbeitsplatz zu legen,
- eine berufliche (Re)Integration arbeitsloser Rehabilitanden anzustreben bzw. zu fördern,
- die Motivierung zur Inanspruchnahme erwerbsbezogener Teilhabemöglichkeiten einschließlich Ausbildung und Qualifizierung zu stärken,
- eine Ausrichtung auf berufliches Verhalten, Bewerten und Erleben sowie auf den beruflichen Kontext selbst vorzunehmen und
- für einen durchgängigen und konkreten Arbeitsplatzbezug über den gesamten Behandlungsprozess zu sorgen

Zielgruppen sind Rehabilitanden mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen. Diese äußern sich unter anderem durch:

- lange bzw. häufige Fehlzeiten,
- eine negative subjektive Prognose hinsichtlich der eigenen beruflichen Zukunft,
- drohender Arbeitsplatzverlust,
- Arbeitslosigkeit oder
- eine sozialmedizinische Notwendigkeit der beruflichen Veränderungen

Bei der Diagnostik, der Analyse der Ausgangsbedingungen und der Therapie- und Teilhabeplanung finden unter anderem folgende Rahmenbedingungen und Maßgaben Berücksichtigung:

- arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation (Praxishandbuch 2012),
- Leitlinie für die sozialmedizinische Begutachtung der DRV,
- Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL),
- Reha-Therapiestandards Alkoholabhängiger, insbesondere die evidenzbasierte Therapiemodule (ETM),
- Gemeinsame Empfehlungen zum Reha-Prozess der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 2014 und
- Kategorien des Bildungs- und Ausbildungsstatus aus dem hierfür noch ergänzenden Kerndatensatz der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

Der Rehabilitationsprozess beginnt mit der Eingangsdiagnostik, deren Ziel ist es, grundlegende Informationen für die Planung der Rehabilitationsleistung zu erhalten. Die medizinischen Diagnosen sind nach der ICD-10-GM zu kodieren. Diese Diagnosen alleine sind

nicht ausreichend das Leistungsvermögens im Erwerbsleben und der Notwendigkeit, der Art und des Umfangs von Leistungen zur Teilhabe zu beurteilen. Nur das mit der Diagnose verbundene, individuell jeweils unterschiedlich ausgeprägte Profil von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe eines Rehabilitanden erlaubt die Einschätzung seines Leistungsvermögens im Erwerbsleben, aus der sich Art und Ziele der Rehabilitation ergeben.

Zur beruflich orientierten Eingangsdiagnostik gehören neben der sozialmedizinischen Diagnostik die Arbeits- und Sozialanamnese mit der:

- Bildungs-, Berufs-, Arbeitsanamnese,
- Anamnese der sozialen Integration am Arbeitsplatz und
- Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens

Mit der erwerbsbezogenen Analyse werden die Probleme, Ressourcen und daraus abgeleitete Behandlungsbedarfe erhoben. Hierbei werden unterschieden:

- Screeningverfahren (Würzburger Screening),
- Assessmentverfahren (MELBA),
- Instrumente zum arbeitsbezogenen Erleben und Verhalten

Ausgehend von den Ergebnissen der Eingangsdiagnostik erfolgt die an dem individuellen Integrationspotential und Rehabilitationsbedarf ausgerichtete Entwicklung von Therapiezielen, die im Verlauf der Behandlung angepasst werden. Die Zielplanung erfolgt partizipativ gemeinsam mit dem Rehabilitanden und interdisziplinär in Abstimmung mit den unterschiedlichen Berufsgruppen im therapeutischen Team. Sie berücksichtigt die Dimensionen Teilhabe, Aktivitäten und Körperfunktionen der ICF. Die individuelle bedarfsgerechte Therapieplanung für die arbeitsbezogenen Leistungen orientiert sich an den entwickelten Therapiezielen und bezieht sich auf klinikspezifische Abläufe.

Die Bezeichnungen für Kategorien zum beruflichen Status werden in Abhängigkeit vom Status der Erwerbsfähigkeit (Arbeitsplatz vorhanden, suchtbetonte Probleme am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit kurz/lang, Erwerbslosigkeit) gewählt.

Bei der klinikinternen Prozesssteuerung und Vernetzung wird folgendes beachtet:

- die Berücksichtigung der Behandlung von psychischen, psychosomatischen und somatischen Teilhabebehinderungen bei der Applizierung therapeutischer Angebote (zum Beispiel Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, indikative Angebote, Stressbewältigung, Achtsamkeitstraining und Freizeitgestaltung),
- die Berücksichtigung möglicher interner und externer Adaptionsmaßnahmen als Teilhabeplanung

Der Einsatz von klinikinterner Rehabilitanden-Arbeit erfolgt gemäß einer therapeutischen Zielsetzung mit Bezug zur Arbeitswelt, befristet in einem prozessorientierten Trainingsfeld unter Berücksichtigung von Grundarbeitsfähigkeit in individuellen teilhabebezogenen Handlungsfeldern.

In Bezug auf die basalen erwerbsbezogenen Fähigkeiten und im Umgang mit modernen Arbeitsmitteln werden grundsätzlich drei Bereiche erfasst:

- die Grundarbeitsfähigkeiten - Ausdauer, Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Sorgfalt, Flexibilität, Arbeitstempo, Konzentration und Merkfähigkeit,

- die sozialen Fähigkeiten – Zusammenarbeit, Kritikfähigkeit, Umgang mit Autoritäten, Umgang in der Gruppe,
- das Selbstbild – Selbständigkeit, Eigenverantwortung, Selbsteinschätzung, Selbstgewissheit und Selbstwirksamkeit

Der Stellenwert der erwerbsbezogenen Behandlungsanteile in allen Phasen der Rehabilitation ist, wie die medizinische und suchtttherapeutische Behandlung von zentraler Bedeutung.

Folgende Therapieangebote werden in diesem Zusammenhang in der Einrichtung angeboten:

- Problembewältigung am Arbeitsplatz,
- Motivierung zur Wiederaufnahme einer Arbeit,
- Umgang mit Ängsten,
- Gespräche mit dem Reha-Fachberater,
- Interne Belastungserprobung,
- PC-Schulung,
- Bewerbungstraining,
- Sozialberatung,
- Arbeitstherapie/Ergotherapie/Kreativtherapie

Die Abhängigkeitserkrankung: Ein Psychoanalytisches Krankheitsmodell

International werden Abhängigkeitserkrankungen in ihren Krankheitsursachen als „multiphänomenal“ und „multikausal“ betrachtet (Rost 1992). Neben konstitutionellen Faktoren (Emde 1991) und weiteren „konkurrierenden Ursachen“ (Wurmser 1997) wie z. B. „psychosoziale(n) Konflikte(n)“ (Burian 1994) haben aus der Sicht psychoanalytischer Forschung insbesondere persönlichkeitsprägende Beziehungserfahrungen als protektive oder vulnerabilisierende Faktoren einen bedeutsamen Einfluss auf die Krankheitsentstehung (Standke 1993, Heigl-Evers et.al.1988) und -aufrechterhaltung.

Die von der Psychoanalyse vertretene Dualität von Persönlichkeitsstörung und Abhängigkeitserkrankung eröffnet ein komplexes Feld krankheitsrelevanter Wirkfaktoren. Burian (1994, S. 30) sieht den Vorteil psychoanalytischer Ansätze und Zugangsweisen im Erfassen und Behandeln von Abhängigkeitserkrankungen „in dem Verstehen der Dynamik von äußerem Verhalten, innerem Erleben und Affekt“. Je nach Schweregrad der Entwicklungsstörung eines Menschen ersetzt die Suchtmittelwirkung spezifische psychosoziale Funktionen, über die der oder die Betroffene aufgrund der zugrundeliegenden Störung nicht verfügt. Die destruktivste Ausprägung von Sucht und Abhängigkeit (mit einer nicht zu übersehenden selbstzerstörerischen Qualität) korrespondiert in der Regel mit einer schweren Selbstwertstörung, verbunden mit einer grundsätzlich eingeschränkten Beziehungsfähigkeit.

Die Funktion der Substanzwirkung ist in diesem Falle die eines Objektersatzes (Rost 1992). Ichpsychologische Suchttheorien (Krystal & Raskin 1983; Heigl-Evers et al. 1988; Büchner 1993) befassen sich mit Suchtphänomenen, die sich auf dem Hintergrund struktureller Störungen von Ich-Funktionen (v.a. Affektstörungen, Triebstörungen u. Störungen der Selbstwertregulation; Krystal & Raskin) als „artifizielle Ich-Funktionen“ (Büchner 1993) interpretieren lassen. Es handelt sich in diesen Fällen um weniger selbstzerstörerische Formen von Abhängigkeit. Die Drogenwirkung ist über die Länge der Jahre gesehen zwar

ebenfalls verheerend, diese Wirkung wird aber nicht wie im ersten Fall aggressiv provoziert. Vielmehr wird das Suchtmittel gezielt zur Unterstützung von Lebensvollzügen eingesetzt.

Ein weiterer Typus der Abhängigkeitserkrankung bezieht sich auf eine „relativ gesunde und entwickelte Persönlichkeit“ (den neurotischen Charakter) und tritt hier eher im Sinne eines „Durchgangssyndroms“ auf (Rost 1992). Die Suchtmittelwirkung unterstützt hier die Steuerung und Kontrolle von mitunter heftigen, sich widerstreitenden Affekten. Die Funktion der gesuchten Drogenwirkung lässt sich folglich als „pharmakologisch verstärkte Verleugnung von Gefühlen“ (Wurmser 1987, S. 222) beschreiben. Das sind dann die Patienten, die neben der Suchterkrankung psychosomatische Phänomene wie (komorbide) Angst- und depressive Störungen aufweisen. Diesen Störungen begegnen wir ebenfalls durch das analytische Verständnis implizit in der Psychotherapie, bieten aber auch vertiefende, zum Teil psychoedukative Indikationsgruppen für diese Patienten an.

Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)

Entsprechend des tiefenpsychologischen Konzepts und des beziehungsorientierten, psychodynamischen Behandlungsansatzes diagnostizieren wir die Patienten in der Aufnahmephase nach OPD-2. OPD-2 ist ein Manual für Diagnostik und Therapieplanung, herausgegeben vom Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik, gegründet 1992 und liegt in zweiter, überarbeiteter Auflage vor. Die OPD erfasst auf fünf Achsen psychodynamische Befunde der Patienten, differenziert diese, bietet daraus folgend Behandlungsfoki an und ist somit als Persönlichkeitsdiagnostik zusammen mit der Zuordnung zu einer BORA Zielgruppe therapieleitend.

Auf Achse I wird das Krankheitserleben und Krankheitsverständnis sowie die Behandlungsvoraussetzungen des Patienten beschrieben.

Auf Achse II betrachtet die OPD, wie Patienten Beziehungen gestalten und sich in Beziehung erleben, d.h. es wird ein Beziehungszirkel erstellt, der ein immer wiederkehrendes Beziehungsmuster darstellt: Der Patient macht dysfunktionales Beziehungsangebot, das wiederum im Anderen ein wie auch immer geartetes unangenehmes Gefühl auslöst, was wiederum zu einer Handlung des Anderen führt, und diese Handlung wiederum löst im Patienten ein Unlustgefühl aus, was wiederum zum dysfunktionalen Beziehungsangebot führt. Der Beziehungszirkel bildet also Übertragung und Gegenübertragung als Reinszenierung (Freud) ab.

Auf Achse III stellt OPD im Sinne des Wiederholungszwangs (Freud) den lebensüberdauernden, repetitiven Konflikt und damit die Möglichkeiten des Patienten, sein Ich sowie seine Beziehungen zu regulieren, dar. Der früheste Konflikt nach OPD ist der

- Abhängigkeit vs. Individuation, also Beziehung um jeden Preis oder Einsamkeit um jeden Preis.
- Der nächste Konflikt ist der Kontrolle vs. Unterwerfung, des Weiteren der
- Konflikt Autarkie vs. Versorgung: Bedürfnisse bei sich selber werden nicht wahrgenommen, aber andere werden versorgt. Zuwendung und Versorgung durch andere erzeugt Trauer, Angst, und Lösung der Beziehung.
- Der typische Konflikt auf dem mittleren Strukturniveau ist der Selbstwertkonflikt.
- Reife Konflikte sind der Identitäts-, Schuldkonflikt und der ödipale Konflikt

Jeder Konflikt steht für eine Entwicklungsphase in den ersten sechs Lebensjahren, korrespondiert stets mit Ich-strukturellen Defiziten bzw. Defiziten in der Objektregulation und ist begleitet von spezifischen Abwehrmechanismen.

In Achse IV trifft die OPD im Kern eine Aussage über das strukturelle Integrationsniveau der Persönlichkeit: die OPD unterscheidet das geringe Integrationsniveau, das mäßige und das gute. Der Vollständigkeit halber zu nennen ist das desintegrative Strukturniveau, die Psychose. Um zu dieser strukturellen Diagnose zu gelangen werden folgende Ichfunktionen betrachtet:

- Selbstwahrnehmung, hier die Selbstreflektion, die Affektdifferenzierung und die Identität, also die Möglichkeit des Patienten, den Blick auf die eigene Innenwelt zu richten und diese in sprachliche Begriffe zu fassen, Affekte differenziert wahrzunehmen sowie über ein konstantes und kohärentes Selbstbild zu verfügen.
- Des Weiteren die Objektwahrnehmung, hier die Selbstobjektdifferenzierung, also das Auseinanderhalten von Selbst und Objekten, die ganzheitliche Objektwahrnehmung und die realistische Objektwahrnehmung.
- Selbstregulation und Regulierung des Objektsbezugs, hier Impulssteuerung, Affekttoleranz, Selbstwertregulation, Beziehung schützen zu können, Interessen ausgleichen und Antizipation.
- Die Kommunikation nach innen und außen meint Affekterleben, das Nutzen von Fantasie, ein intaktes Körper selbst, Kontaktaufnahme, Affektmitteilungen und Empathie.
- Wir beurteilen die Bindung an innere und äußere Objekte, sind Objekte internalisiert, gibt es gute Beziehungserfahrungen, die in Notsituationen nutzbar sind, gibt es variable Bindungen, triadische Beziehungen, kann Bindung eingegangen werden, können Objekte geschützt werden, können Bindungen gelöst werden. Kann Hilfe angenommen werden?

Je differenzierter diese Fähigkeiten ausgebildet sind, desto höher das Strukturniveau. Es lässt sich unterscheiden, ob strukturelle Störungen im Vordergrund stehen oder konfliktuöse im Sinne der Objektbeziehungsregulation.

Achse V – Psychische und psychosomatische Störungen - nimmt die etablierte deskriptiv-phänomenologische Diagnostik (ICD-10, DSM-IV) in die OPD auf. Das dient der Betonung der Notwendigkeit einer genaueren Erfassung von psychopathologischen Phänomenen, die auch in einer psychodynamischen Diagnostik ihren Platz haben muss.

4.1.2. Spezifische theoretische Grundlagen

Der geschlechtsspezifische Therapieansatz

Sowohl bei Frauen als auch bei Männern liegen suchtvorbereitende Ursachen in psychosozialen Erfahrungen ihrer Entwicklungsjahre begründet. Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Entwicklungsverläufen sind durch die entwicklungspsychologische Forschung sowie geschlechtsspezifische Forschung belegt (u.a. Gender Studies, Universität Zürich 1999; Rohde-Dachser 1996; Badinter 1992). Geschlechtsspezifische Unterschiede liegen zum einen in der biologischen Verschiedenartigkeit und der Wirkungsgeschichte ihrer Verarbeitung, zum anderen in sozio-kulturellen und gesellschaftlich-politischen Differenzen,

die u.a. in unterschiedlichen Rollenerwartungen und Identitätsbildungen ihren Ausdruck finden.

Der männerspezifische Therapieansatz berücksichtigt folgende Faktoren: Das Selbstbild vieler Männer ist in der heutigen patriarchalen Gesellschaft zweigeteilt; im Extremfall in ein weibliches Inneres und ein männliches Äußeres (Badinter 1993, S. 152). Die männlichen und die weiblichen Anteile stehen sich oft feindlich gegenüber. Die Leugnung von Persönlichkeitsanteilen hat jedoch ihren Preis. Die Verdrängung führt zum Hass auf die gelegneten Anteile des eigenen Selbst. Der Hassaffekt wird in der Regel projektiv verarbeitet. Z. B. kann sich der Hass auf „die Frau“ richten oder in differenzierterer Form auf bestimmte Qualitäten der Frau. Im patriarchalen Gesellschaftssystem führt der Hass auf das weibliche Selbst zu einer Polarisierung der sexuellen Gegensätze im gesellschaftlichen Leben. Das männliche Prinzip gestaltet und beherrscht die öffentliche Szene. Weiblichkeit hingegen wird abgewertet.

Die auslösende Dynamik hinter diesen Prozessen liegt in der nicht gelungenen Integration der weiblichen Anteile in einer gefestigten männlichen Identität. Unterstützt wird diese Identitätsspaltung auch durch fehlende Rituale männlicher Initiation in einer „vaterlosen Gesellschaft“ (Mitscherlich). Die Sehnsucht nach einer ganzheitlichen Selbsterfahrung scheint vor diesem Hintergrund nur als regressive Form der Bindung an das „mütterlich Weibliche“ (Badinter) möglich. Ein männerspezifisches Therapieangebot kann an der Befindlichkeit einer gespaltenen männlichen Identität und der regressiven Fixierung an den mütterlichen Grund nicht vorbeischaun, vor allem auch deshalb nicht, weil zur Aufrechterhaltung von Identitätsspaltung und Mutterfixierung Suchtmittel unterstützend eingesetzt werden.

Folge der nicht oder schlecht gelungenen Integration sind Störungen im Affektleben des Mannes. Sie zeigen sich z.B. in der nicht zu leugnenden Gewaltbereitschaft vieler Männer, einschließlich der Bereitschaft zu sexuell motivierter Gewaltanwendung, selbst unter Missachtung der Inzestschranke. Auf der anderen Seite zeigen Männer häufig ein unsicheres und gehemmtes Verhalten, wenn es um den Ausdruck zärtlicher Gefühle und personaler Intimität geht. Ein therapeutischer Ansatz, der Männern hier Hilfestellung und Entwicklungsmöglichkeiten anbieten will, muss v.a. eine Antwort auf die hohe Schamswelle dieser Männer finden.

Ein männerspezifischer Behandlungsansatz sollte das männliche Selbstwertgefühl und die Mechanismen der Selbstwertregulierung im Blick haben. Männer werden ihrer selbst vornehmlich über ihr Leistungsverhalten bewusst. Ihre Selbsteinschätzung und in Folge ihr Selbstwertgefühl richten sich ebenfalls danach aus. „Ich leiste, also bin ich“ oder „Ich leiste nicht, also bin ich nicht.“ Auch dieses Leistungsprinzip der Selbstwertbestimmung und -regulierung verweist auf Brüche und Schwachstellen in der Entwicklung einer männlichen Identität. Dieses Leistungsprinzip zur Identitätssicherung ist ein von außen aufgezwungenes Prinzip. Es kompensiert zwar den nicht oder schlecht gelungenen Versuch einer autonomen, innengesteuerten Selbstfindung, auf der anderen Seite führt dieses Prinzip jedoch zu einer dauerhaften Selbstentfremdung und zu einer Erschöpfung psychischer und physischer Ressourcen.

Suchtkarrieren von Männern dokumentieren dieses Dilemma oft in erschütternder Weise. Suchtmittel werden eingesetzt, um den Raubbau mit eigenen Ressourcen zu kaschieren, um „die Leistung zu erhalten“ und um die Wahrheit des sich abzeichnenden Zusammenbruchs zu verleugnen.

Ein männerspezifischer Behandlungsansatz bietet Möglichkeiten, diesen Kreislauf leistungsabhängiger Selbstwertregulierung aufzubrechen. V.a. Erfahrungen in Beziehungen sind hier wichtig; Erfahrungen, durch die bisher ungelebte Seiten der eigenen Persönlichkeit bewusst erlebt werden und zum Ausdruck kommen. Nur über eine kommunikative Erschließung des eigenen Selbst werden identitätsstiftende Prozesse möglich.

Beziehungstrauma, Persönlichkeitsstörung und Sucht

Bedeutsam für die Entwicklung ist vom ersten Moment unseres Lebens an eine angemessene affektive Antwort der Bezugspersonen auf die Äußerungen, Bedürfnisse und Fragen des Kindes. Über diese angemessene Antwort der Bezugspersonen lernt das Kind im Laufe seiner ersten sechs Lebensjahre, Affekte wahrzunehmen, sie zu differenzieren, sie zu identifizieren und zu benennen. Die Benennung ist letztendlich die Symbolisierung auf einer nur noch mittelbaren Metaebene und erlaubt die vollumfängliche Nutzung von Ich-Funktionen. Sprache strukturiert somit inneres Erleben und dessen Kommunikation nach außen. Wenn die Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson dauerhaft nicht gelingt, kommt es zur dysfunktionalen Beziehung, die eine vollständige Reifung entlang der verschiedenen Entwicklungsstufen verhindert, also zum Beziehungstrauma als Grundlage für Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung (Büchner, 1993).

Drei große Abschnitte prägen die ersten sechs Lebensjahre: Anfangs ist das Kind auf Reizschutz, Trost und Befriedigung seiner Bedürfnisse durch jemand Anderen angewiesen. Zu demjenigen nimmt es aktiv bereits Kontakt auf, nonverbal durch Lächeln, verbal über Schreien. Es ist die Zeit der Symbiose mit der Bezugsperson, die als nicht getrennt vom Selbst erlebt wird und, wenn die Symbiose glückt, das kleine Kind tröstet und versorgt und Mangelzustände nicht zulässt. Hier entstehen die ersten Ich-Funktionen, sie heißen Selbstfürsorge, Reizschutz, Affektwahrnehmung, Affektdifferenzierung. Objektbeziehungstheoretisch entstehen hier Selbstobjektbeziehungen: Der Andere ist integraler Bestandteil der eigenen Persönlichkeit und zum Überleben essentiell. Eine Trennung zwischen dem Selbst und dem Anderen wird nicht wahrgenommen (Bilitza, 1993).

Bereits ein paar Monate nach Beginn des Lebens beginnt das Baby zu unterscheiden zwischen sich nähernden Bezugspersonen und lächelt die für ihn bedeutsame Bezugsperson auf eine besondere Weise an. Zu diesem Zeitpunkt bildet sich die dyadische Beziehung aus. In der Dyade der Zweierbeziehung erkennt und erlebt das Baby und Kleinkind die Bezugsperson als einen von ihm getrennten, anderen Menschen, der sich dennoch liebevoll, fürsorglich und unterstützend dem Kind zuwendet. So entstehen die Fähigkeiten, zwischen innen und außen zu unterscheiden, sich auf jemand anderen zu beziehen, die Ich-Funktionen des Bedürfnisaufschubs, der Affektidentifizierung, der Affektbenennung und auch schon des Selbstwerts. Das Kind beginnt die eigene Willensbildung, es trotzt, und weiß sich dennoch sicher aufgefangen von der Liebe der bedeutsamen Bezugsperson. In dieser Zeit entstehen aus objektbeziehungstheoretischer Sicht Teilobjektbeziehungen: Am Anderen werden Eigenschaften und Verhaltensweisen wahrgenommen, die für den Erhalt des Selbstwerts der eigenen Interessen, bedeutsam sind.

Die letzte Phase ist die der Triangulierung. In einer vollständigen Dreierkonstellation, also z.B. der herkömmlichen Familie, entdeckt das Kind um das dritte Lebensjahr herum, einen weiteren Menschen in seinem Umkreis, im herkömmlichen Familienmodell den Vater. Und das Kind stellt fest, dass die Mutter, hier genommen als Modell der Bezugsperson, sich diesem Vater liebevoll zuwendet. Das Kind realisiert, dass es für die Mutter nicht das einzige Liebesobjekt ist, obgleich die Mutter bisher sein einziges Liebesobjekt war. Das Kind bemerkt bei sich eine

aufflackernde Neugier auf diesen Dritten, aber auch Rivalität. Zwei komplexe Dinge geschehen: Einerseits erlebt das Kind eine narzisstische Frustration, für die Mutter nicht der Einzige zu sein, andererseits erlebt das Kind eine Gewissensschuld, einen anderen ebenfalls interessant zu finden und sich diesem zuwenden zu wollen. Diese Schuld ist gerichtet auf die Mutter, von der sich das Kind ja nun in der Ausschließlichkeit selbst und dann der Teilobjektbeziehung abwenden wird (Kernberg, 1985, 1988).

Diese narzisstische Frustration ist erforderlich (Wernado, 1993), um ein realistisches Selbstwertgefühl zu entwickeln, mit Widersprüchen leben zu können, Ambivalenz auszuhalten. Die Bewältigung des Schuldgefühls bedeutet, mit Unzulänglichkeiten zurechtkommen, Alternativen finden, variable Bindungen eingehen zu können, Pluralität auszuhalten. Aus objektbeziehungstheoretischer Sicht entstehen so Ganzobjektbeziehungen: Der Andere wird wahrgenommen mit allen Fehlern und Schwächen als eigenständiger, anders denkender und fühlender Mensch, mit dem es dennoch Momente von Intimität und Gleichklang gibt. Gerade das dennoch Anderssein weckt die Neugier auf Beziehung und regt als Ich-Funktionen Fantasie, Kreativität und Intelligenz an. Gelingt die Triangulierung, dann wendet sich das Kind voller Abenteuerlust diesem Dritten zu, der, in der Regel der Vater, beantwortet diese Neugier mit Begeisterung, war er doch bisher aus der Mutter-Kind-Beziehung relativ ausgeschlossen. Und das Kind stellt fest, dass die Mutter die Trennung überlebt, dass sich das Kind dem Vater zuwenden kann, ohne dass die Mutter zugrunde geht, weil sie nämlich durch die Liebe des Vaters geschützt ist. Erworben in dieser Zeit wird die Fähigkeit zu Antizipation, Regulation und Kontrolle von Triebimpulsen und Affekten und Bewältigungskompetenzen. Die aufmerksame und liebevolle Beziehungsantwort des Dritten bewirkt des Weiteren die Bewältigung ödipaler Wünsche und Fragen nach (sexueller) Identität.

Nach Freud ist das Ich der Vermittler zwischen dem Es, den nicht domestizierten Wünschen und Trieben und dem Über-Ich, also dem Gewissen, den gesellschaftlichen Normen, Konventionen und Traditionen und dem Außen, also den Bedürfnissen oder Anforderungen Anderer. Damit das Ich diese Vermittlerrolle übernehmen kann, bedarf es der eben genannten Ich-Funktionen. Nur so kann es die innere Balance halten bzw. nach Erschütterungen wiederfinden, sodass ein zufriedenes gelingendes Leben möglich ist.

Objekterfahrungen (Streek 2009) werden im Sinne einer Repräsentanz verinnerlicht: Ein hinreichend gutes verinnerlichtes Objekt ist für die spätere affektive Selbstregulation unabdingbar. Hat der Mensch die Vorstellung von anderen, das sie prinzipiell liebevoll und unterstützend sind, so wird er sich als liebenswert und gewollt empfinden, so auch neue Beziehungen knüpfen bzw. sich trösten können, wenn er denn einmal verletzt und gekränkt wird. Hat ein Mensch jedoch eher verfolgende, böse Objekte introjiziert aufgrund seiner frühen Beziehungserfahrungen, hat er ein entsprechendes Selbstbild des Versagers, des Ungewollten und wird all seine Aktivitäten darauf richten, dieses Selbstbild zu korrigieren, wird Zeit seines Lebens auf der Jagd nach einem liebenden Objekt sein, welches er jedoch immer wieder verfehlen wird, da er dieses Selbstbild von sich nicht hat. Hier bildet sich der Wiederholungszwang, wie Freud ihn beschrieben hat, ab.

Aus analytischer Sicht leiden Patienten mit einer Suchterkrankung an einem Defizit in der Persönlichkeitsentwicklung (Heigl, Heigl-Evers 1983), d.h. wir haben Menschen vor uns, die durch die Beziehungserfahrungen in ihren ersten sechs Lebensjahren wichtige Entwicklungsschritte des Ich nicht haben bewältigen bzw. andere Menschen nicht in ihrer Ganzheitlichkeit wahrnehmen können. Ersteres führt zu Störung in der Selbstwertregulation, in der Regulation eigener Grenzen, in der Impuls- und Affektregulation, letzteres zu Störungen in der Beziehungsgestaltung bzgl. Antizipation, Perspektivenübernahme, Konfliktlösung,

Bindung (OPD 2). Da alles beides der Persönlichkeit als Störung immanent ist, fehlt einem so beschädigten Menschen die innere Bühne der Reflektions- und Introspektionsfähigkeit, Störung und Scheitern werden entweder nach außen attribuiert oder nur an eigenem Verhalten festgemacht im Sinne von Versagen und Schuld. In allen Fällen kommt es zu einer Dysfunktionalität: je früher die Verletzung der Persönlichkeit war, desto früher treten die Defizite im Erwachsenenleben zu Tage. Das Suchtmittel ist dann Prothese, scheinbar verlässliches, gutes Objekt, Selbstwertregulator oder ersetzt die fehlende Ichstruktur. Wir sehen bei unseren Patienten also fragmentierte Persönlichkeiten mit ausgestanzten Ich-Funktionsdefiziten sowie daneben guten Ich-Funktionen, denen jedoch die innere Organisation des psychischen Binnenraums fehlt, um Selbstwert und Beziehung eigenständig regulieren zu können. Erhaltenes und Entwickeltes steht unverbunden neben Defekt, letzteres bestimmt Leben und Handeln unserer Patienten, „Heiles“ ist nicht nutzbar, nicht integriert. Das ist das Wesen des Beziehungstraumas (Schäfer, Krausz, 2006) und der resultierenden Persönlichkeitsstörung. In dem Maße das Ich (nach)reift, kann es Unbewusstes aber Handlungsbestimmendes integrieren und wird von ihm nicht mehr behindert, sondern macht es sich dienstbar. Das Ich ist, wie Freud gesagt hat, wieder „Herr im eigenen Haus“.

Schizophrene und affektive Komorbidität

Aufgrund der psychiatrischen Fachkompetenz der Leitung sowie der Krankenpflege der Fachklinik Hirtenstein ist inzwischen die Behandlung von Rehabilitanden mit Diagnosen nach ICD 10 F 2 etabliert:

- Schizophrenie F 20,
- anhaltende wahnhaftige Störung F 22,
- schizoaffektive Störung F 25

Ebenso Rehabilitanden, die an affektiven Störungen ICD10 F 3 leiden, hier:

- bipolare affektive Störung F 30,
- depressive Episode F 32,
- rezidivierend depressive Störung F 33,
- anhaltende affektive Störung F 34 (depressive Persönlichkeitsstörung).

Akute produktive Symptomatik sowie Suizidalität sind Kontraindikationen.

Rehabilitanden mit schizophrenen und affektiven Störungen werden integriert in den Bezugsgruppen behandelt mit zusätzlichen psychiatrischen Visiten durch den Chefarzt. Die Pharmakotherapie (Antipsychotika, Antidepressiva) richtet sich nach anerkannten Prinzipien und Behandlungsrichtlinien. Für Pharmaka mit Suchtpotential gelten strenge Indikationsrichtlinien. Innerhalb der Bezugsgruppen besteht die Möglichkeit auf die ggf. besonderen Bedürfnisse dieser Rehabilitanden Rücksicht zu nehmen, da sie z. T. gerade zu Beginn der Behandlung noch Defizite in Konzentration, Aufmerksamkeit, Spannkraft, Intentionalität, Antrieb und sozialer Interaktion aufweisen.

Des Weiteren fällt auf, dass der Bedarf nach Sozialberatung bei diesen Rehabilitanden erheblich höher als der der übrigen Rehabilitanden ist: Nach unseren bisherigen Erfahrungen müssen in nahezu jedem Einzelfall sehr grundlegende sozialdienstlich relevante Themen bearbeitet werden. Oft sind Wohnsituation und sonstige existentielle Bereiche betroffen. Die Sozialberatung leistet Beratung und Unterstützung bei sozialrechtlichen Fragestellungen

(Sicherung des Lebensunterhaltes, Klärung der Wohnsituation, Rentenfragen, soziale und berufliche Eingliederungshilfe) mit dem Ziel der sozialen und beruflichen Reintegration zur Sicherung des Behandlungserfolgs. Eine nicht ausreichende Existenzsicherung des Rehabilitanden führt in der Praxis zu rascher Destabilisierung und allmählicher Erhöhung der Rückfallgefahr. Somit ist die Wiedereingliederung ein zentrales Thema der Suchtbehandlung. Die Vermittlung in nachbetreuende Institutionen ist bei der Schwere der Erkrankung oft entscheidend für die Absicherung des Behandlungserfolgs. Es ist von größter Bedeutung, darauf zu achten, dass die Bedürfnisse des Rehabilitanden, seine Ressourcen und Vorstellungen mit seinen persönlichen Möglichkeiten und Grenzen übereinstimmen (Schwoon, Krausz, 1992). Das Hilfesystem für die Rehabilitanden mit komorbiden Störungen hält leider nur wenige Nachbetreuungsplätze vor. Die Sozialberatung stellt daher ein Behandlungs- und Rehabilitationsmodul dar, das gerade bei diesen Rehabilitanden sehr umfassend und dringend benötigt wird.

Persönlichkeitsstörung, psychosomatische Störung und Sucht

Auf der Grundlage der vorbeschriebenen Persönlichkeitsstörungen struktureller Art wird das Suchtmittel kompensatorisch eingesetzt, um die fehlende Ich-Struktur zu ersetzen, also fehlende Ich-Funktionen zu kompensieren oder brüchige zu stützen oder dient als Objektersatz im Sinne eines Idealobjektes, welches immer verfügbar ist, niemals abweist, sich nie verweigert, berechenbar und zuverlässig ist.

Aus dem Konzept der Ichfunktions- und der Objektbeziehungsstörungen leiten sich jedoch nicht nur Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung ab, sondern auch einige psychosomatische Störungen. Depressive und Anpassungsstörungen sind sorgfältig darauf zu prüfen, ob sie z.B. Stimmungsschwankungen sind im Dienste der Regulation der Angst vor Vernichtung und Verschmelzung bei gleichzeitigem Wunsch nach Nähe und Verschmelzung beim Borderline-Patienten.

Bei der narzisstischen Struktur, bei der der Selbstwert nur über Anerkennung generiert werden kann, der Betroffene also angewiesen ist auf ein an ihn anerkennendes, bewunderndes Objekt, kann eine Anpassungsstörung oder eine depressive Verstimmung im Rahmen einer schweren, durchaus andauernden narzisstischen Kränkungsproblematik bis hin zur Suizidalität aufscheinen. Phobische oder Angststörungen können Begleitsymptome sowohl früher Persönlichkeitsstörungen, als auch narzisstischer Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsstörungen auf dem reifen Strukturniveau, also bei depressiven Persönlichkeitsstrukturen vorkommen, dieses im Sinne von sich abhängig machen von Anderen, Konflikte und Entscheidungen zu vermeiden. Eine Zwangserkrankung kann auch Symptom einer schizoiden oder zwanghaften Persönlichkeitsstörung sein (Büchner 1993).

Im ICD10 sind solche Phänomene gefasst als:

- schizoide Persönlichkeitsstörung F 60.1,
- emotional instabile Persönlichkeitsstörung F 60.3,
- ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung F 60.6,
- abhängige Persönlichkeitsstörung F 60.7,
- Sonstige (narzisstische) Persönlichkeitsstörungen F 60.8,
- phobische Störung F 40,
- sonstige Angststörung F 41,
- Zwangsstörung F 42,

- Anpassungsstörung F 43,
- Somatoforme Störungen F 45,
- Dysthymie F 34.1.

Nach Abgrenzung dieser psychosomatischen und psychodynamischen Symptome zur affektiven oder schizophrenen Erkrankung kann initial eine medikamentöse Therapie mit stimmungsstabilisierenden Medikamenten notwendig sein, um den Rehabilitanden erst einmal in einen so stabilen psychischen Zustand zu bringen, dass ein psychodynamisches Arbeiten sowohl hinsichtlich der klassischen Symptome der Persönlichkeitsstörung -vornehmlich in der Selbstwert- und Beziehungsregulation– als auch die Arbeit am psychosomatischen Symptom im Sinne des psychodynamischen Verständnisses dafür, möglich ist.

Somit ist sowohl die Arbeit an der Persönlichkeitsstörung, als auch die Arbeit an psychosomatischen Symptomen integraler Bestandteil der in den Bezugsgruppen stattfindenden Sucht- und Sozialtherapie, da beides untrennbar mit der Suchterkrankung verbunden ist (Thomäe, Kächele, 1986). Supportiv werden Patienten mit zusätzlichen psychosomatischen Störungen noch in den Indikationsgruppen „Keine Angst vor der Angst“ oder Depression mitbehandelt.

5. Die Adoptionsbehandlung

5.1. Hintergrund und Struktur

Rehabilitanden mit schweren Suchtmittelfolge- und Begleiterkrankungen sowie sozialen und beruflichen Suchtmittelfolgeschäden haben einen längeren und erhöhten Rehabilitationsbedarf. So können das Leistungsvermögen sowohl für den zuletzt ausgeübten Beruf als auch für den allgemeinen Arbeitsmarkt erheblich verändert sein.

Soziale Folgeschäden von Substanzmittelkonsum

- Wohnungslosigkeit
- Leben in nassem Umfeld bzw. sozialer Abstieg
- Kriminalität
- Verlust von sozialen Beziehungen
- Verschuldung
- Verlust von Tagesstruktur und sinnvoller Freizeitaktivität
- Verlust einer förderlichen Umwelt sowie der Möglichkeiten und Fähigkeiten zu Teilhabe und Aktivität

Berufliche Folgeschäden des Suchtmittelkonsums

- fehlende Schul- und Berufsabschlüsse sowie versäumte Fort- und Weiterbildungen
- lange Zeiten der Arbeitslosigkeit
- rasche Stellenwechsel
- substanzkonsumbedingter Verlust von Arbeitsstellen
- Brüche in der Berufsbiographie

Diese Beeinträchtigungen können so gravierend sein, dass sich an den ersten Schritt der medizinischen Rehabilitationsbehandlung als zweiter Schritt die Adoptionsbehandlung ergibt. In der Adoptionsphase stellen sich die Rehabilitanden unter realen Alltagsbedingungen den Anforderungen des Erwerbslebens und der eigenverantwortlichen Lebensführung unter weiterhin therapeutischer und medizinischer Behandlung.

In der Adoptionsbehandlung erfolgt neben der medizinischen Leistung zur Rehabilitation die Öffnung nach außen, die Erprobung der Therapieergebnisse aus dem ersten Schritt der medizinischen Rehabilitation und die Förderung und Forderung der eigenständigen Bewältigung des Erwerbs- und Alltagslebens. Gegebenenfalls müssen weitere Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben eingeleitet werden.

Die Adoptionsphase umfasst außer der medizinischen Behandlung:

- Maßnahmen zur externen Belastungserprobung zur Stabilisierung der beruflichen Leistungsfähigkeit mit dem Ziel der (Re)Integration ins Erwerbsleben,
- Leistungen zur Teilhabe oder Beginn einer Ausbildung,

- Assistenz zur Vorbereitung einer selbständigen Lebensführung (einschließlich der Unterstützung bei den Bemühungen um Arbeitsplatz und Wohnraum oder der Vermittlung in ein ambulant betreutes Wohnen),
- die Hilfestellung beim Umgang mit Ämtern und Behörden,
- Sozialtherapeutische Leistungen der Einzel- und Gruppentherapie,
- Krisenintervention in begleitender und ihrer Intensität abnehmender Form.

In der Adaptionsbehandlung werden möglichst alltagsnahe Rahmenbedingungen etabliert, in denen Rehabilitanden ihre Bewältigungskompetenzen in unterschiedlichen Lebensbereichen steigern. Insbesondere sollen sie auf berufliche Herausforderungen, selbständiges Leben und die Suche nach einem Arbeitsplatz vorbereitet werden.

Die Behandlungsdauer erfolgt in Vereinbarung mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger und beträgt regulär 10-12 Wochen.

5.2. Behandlungsziele der Adaption

Die Behandlungsziele der stationären Adaptionsbehandlung sind:

- Überprüfung und Anpassung bzw. Entwicklung von Bewältigungskompetenz für die Gestaltung des Alltags mit dem Ziel der Maximierung der Teilhabefähigkeiten in allen relevanten Lebensbereichen.
- Verbesserung und Stabilisierung der Leistungsfähigkeit mit dem Ziel der dauerhaften Wiedereingliederung in das Erwerbsleben sowie Klärung der beruflichen Perspektiven.
- Abstinenz von Suchtmitteln als Ergebnis der eigenen Entscheidung, Festigung der Abstinenzmotivation, Rückfallprophylaxe und Aufarbeitung von Rückfällen.
- Psychische Stabilisierung, Umgang mit eigenen Grenzen und Erarbeitung einer realistischen Selbsteinschätzung.
- Entwicklung einer eigenverantwortlichen Selbstversorgungsfähigkeit sowie des adäquaten Umgangs mit finanziellen Ressourcen.
- Soziale Stabilisierung durch Aufbau eines neuen sozialen Netzes im neuen Lebensumfeld, Erwerb sozialer Kompetenz im Umgang mit anderen Menschen, sinnvolle und eigenständige Freizeitgestaltung.
- Selbständige Haushaltsführung.
- Selbständiger und kompetenter Umgang mit Ämtern und Behörden.
- Beschaffung geeigneten Wohnraums bzw. Überleitung in geeignete Nachbehandlungen.

5.3. Zielgruppe

Die Adaption eignet sich grundsätzlich für Rehabilitanden mit Abhängigkeitssyndrom durch Alkohol (ICD-10 F10.2). In Absprache ist auch eine Aufnahme von Rehabilitanden möglich, bei denen zusätzlich ein Missbrauch bzw. Abhängigkeitssyndrom durch Opioide (ICD-10 F11.1/F11.2), Cannabinoide (ICD-10 F12.1/F12.2), Sedativa oder Hypnotika (ICD-10 F13.1/F13.2), Kokain (ICD-10 F14.1/F14.2), Stimulanzien (ICD-10 F15.1/F15.2), Halluzinogene (ICD-10 F16.1/F16.2) oder multiplen Substanzgebrauch in missbräuchlicher

oder abhängiger Weise (ICD-10 F19.1/F19.2) vorliegt. Ebenso kann die Aufnahme von Rehabilitanden mit der Diagnose von Pathologischem Spielen (ICD-10 F63.0) sowie pathologischen PC-/Internetgebrauch (ICD-10 F63.8 bzw. F68.8) erfolgen.

5.4. Indikation für die Adoptionsbehandlung

- Die Rehabilitationsziele sind in der vorausgegangenen stationären Phase der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen noch nicht erreicht worden.
- Es besteht eine positive Erwerbsprognose für den allgemeinen Arbeitsmarkt.
- Der Rehabilitand verfügt über eine entsprechende Krankheitseinsicht.
- Es besteht die Motivation des Rehabilitanden, sich mit therapeutischer Unterstützung eine suchtfreie und sozial abgesicherte Zukunft zu erarbeiten und aufzubauen.
- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zu Teilnahme und Einhaltung der Regularien der Adaption vorhanden ist.
- Der Rehabilitand sollte ausreichend belastbar sein, um am Rehabilitationsprogramm und an Praktika teilnehmen zu können und während der Adaption abstinenz zu bleiben.
- Es besteht erhebliche Rückfallgefährdung bei fehlendem Arbeitsplatz und/oder Wohnungslosigkeit.
- Es liegt noch keine ausreichende Stabilität vor, sich in das Erwerbsleben und den Alltag zu integrieren.

Die Einschätzung der einzelnen Kriterien erfolgt unter Berücksichtigung der Gesamtsituation.

Kontraindikationen für eine Adoptionsbehandlung:

- Akute Suizidalität
- Akute Psychose
- Fehlende Perspektive zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit
- Abbruch der vorangegangenen Rehabilitation

5.5. Voraussetzungen für eine Aufnahme in der Adaption

- Nahtloser Übergang aus der regulär abgeschlossenen medizinischen Rehabilitation in die Adoptionsphase
- Schriftliche Bewerbung
- Klare Darstellung des Behandlungsergebnisses sowie der erreichten Ziele aus der ersten Phase der Rehabilitation
- Klare Darstellung der Ziele und der Motivation für die Adoptionsbehandlung
- Kostenzusage des Leistungsträgers

5.6. Struktureller Rahmen in Hirtenstein

Antrag und Übergang in die Adaption

Die Adaption wird in der vorhergehenden stationären Phase beantragt. Mit dem Rehabilitand wird die Notwendigkeit der Adaption besprochen sowie die Vorbereitung auf die anknüpfende Maßnahme vorgenommen. Ein vorheriger Besuch der Einrichtung wird zur Vorbereitung empfohlen. Der Übergang erfolgt nahtlos aus der vorhergehenden Phase in die Adaption. Es erfolgt ein Übergabegespräch sowie die Übermittlung der notwendigen Unterlagen im Vorfeld der Aufnahme.

Siehe **Algorithmus Anmeldung Adaption intern/ extern** im Anhang

Räumlichkeiten und Ausstattung

Die Fachklinik Hirtenstein gliedert sich in drei durch Treppenhäuser miteinander verbundene Bauteile. In einem randständigen Trakt mit separatem Eingang befindet sich die Adaption mit acht Einzelappartements mit integrierter Kochzeile sowie Nasszelle, Büro des Bezugstherapeuten und Gruppenraum. Die Adaption ist also eine eigenständige, vom übrigen Gebäude getrennte Funktionseinheit, die Rehabilitanden nutzen dennoch zur Rekreation die Sport- und Kreativeinrichtungen der Klinik und werden vom medizinischen Personal der Klinik behandelt. Somit ist auch eine Nachtwache vorhanden.

Inhalte der Adaption und Umsetzung am Standort Hirtenstein

Schwerpunkte

Das Adaptionsangebot ist auf den Aufbau und die Förderung der Selbstständigkeit der Rehabilitanden ausgelegt. Ziel ist es demnach, vorhandene Kompetenzen und Fähigkeiten der Patienten von Beginn an zu stärken und Möglichkeiten für sie zu schaffen, neue Fertigkeiten zu erwerben. Eine besondere Rolle erhalten dabei die Planung, Organisation und Umsetzung von alltagsorientierten Aufgaben (Haushaltsführung, Freizeitgestaltung etc.) sowie der externen Arbeitsbelastungserprobung. So werden Rehabilitanden je nach individuellem Unterstützungsbedarf begleitet und zur selbstständigen Aktivität motiviert.

Psychotherapie

Psychotherapie ist auch in der Adaptionsbehandlung das wesentliche Therapiemedium. Im vorausgegangenen ersten Schritt der stationären medizinischen Rehabilitation begonnene Entwicklungsprozesse werden weitergeführt und reflektiert. Die Rehabilitationsziele werden nochmals überprüft und gegebenenfalls angepasst. Die Gruppenpsychotherapie findet wöchentlich zweimal mit einer Dauer von 60 Minuten statt. Die wöchentliche Einzelpsychotherapie mit einem Umfang von 25-50 Minuten dient der Klärung aktueller Fragestellungen und richtet sich nach dem persönlichen Unterstützungsbedarf. Dabei geht es insbesondere um die Bearbeitung von Problemfeldern, die bei der Bewältigung des Alltags während der Adaption und im Praktikum auftreten.

Gruppen in der Adaption

Neben der Gruppenpsychotherapie findet in der Adaption einmal in der Woche die Hausgruppe statt. In dieser Sitzung werden aktuelle Themen besprochen, die das organisatorische Zusammenleben der Wohngemeinschaft betreffen sowie die Wochenendplanung. Diese Gruppe knüpft an die wöchentlich durchgeführte Zimmervisite an, welche zur Unterstützung der selbstständigen Haushaltsführung dienen soll.

Je nach Bedarf finden darüber hinaus Bewerbungstrainings im Gruppenformat statt, außerdem kann nach Bedarf die MPU Gruppe im Haupthaus besucht werden.

Ferner findet wöchentlich eine Freizeitgruppe statt, mit dem Ziel die Patienten mit einer sinnvollen Freizeitgestaltung vertraut zu machen. Es werden sowohl Angebote mit erlebnispädagogischem Charakter, als auch Aktivitäten, welche die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben fördern, in den Behandlungsplan integriert.

Externe Arbeitserprobung und Betriebspraktika

Zur Wiedereingliederung in das Arbeitsleben finden externe Arbeitserprobungen und Praktika in regionalen Betrieben statt, die zum Teil mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht werden müssen. Neben der Überprüfung der beruflichen Kenntnisse erfolgt das Einüben von Durchhaltevermögen, Ausdauer, Pünktlichkeit, Team- und Kritikfähigkeit, Sorgfalt und Frustrationstoleranz. Ebenso wird die berufliche Neuorientierung, das Anknüpfen an das erlernte Berufsbild bzw. bestehende Arbeitsfeld und das Kennenlernen anderer Arbeitsfelder und Berufe ermöglicht. Das Praktikum bildet die zeitliche Strukturbasis der Adaptionsbehandlung zur (Wieder)Einführung eines geregelten Tagesrhythmus.

Der zeitliche Umfang der externen Arbeitserprobung und Betriebspraktika beträgt wöchentlich maximal 30 Stunden und wird individuell festgelegt. In Zusammenarbeit mit dafür zuständigen Institutionen (Leistungsträger, Agentur für Arbeit etc.) werden weitere Leistungen zur Teilhabe überprüft und gegebenenfalls vorbereitet. Eine regelmäßige Reflexion der Erfahrung am Praktikumsplatz dient der Überprüfung der Leistungsfähigkeit und der Entwicklung einer realistischen beruflichen Zukunftsperspektive. Die Adaptionseinrichtung pflegt die Kontakte zu den Praktikumsbetrieben und führt dort regelmäßig Auswertungsgespräche. Im Laufe der Adaptionsbehandlung werden Bewerbungsunterlagen erstellt und können mit einer Praktikumsbeurteilung ergänzt werden.

Sozialberatung

Die Sozialberatung umfasst die spezifische Beratung hinsichtlich wirtschaftlicher und sozialrechtlicher Fragestellungen und unterstützt die Rehabilitanden im Umgang mit Ämtern und Behörden und gibt Orientierungshilfe im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe. Die Sozialberatung arbeitet mit einer strukturierten Terminvergabe für individuelle Beratungen nach Unterstützungsbedarf.

Medizinische Behandlung durch ÄrztInnen und Pflegekräfte

Die psychiatrische und internistische Aufnahme- und Entlassungsuntersuchung wird von den ÄrztInnen der Fachklinik Hirtenstein durchgeführt. Durch den medizinischen Tages- und Nachtdienst der Fachklinik Hirtenstein ist eine 24-Stunden Versorgung der Rehabilitanden, auch am Wochenende, gewährleistet. Die ärztliche Visite wird alle zwei Wochen im Rahmen von Einzelterminen durchgeführt.

Nachsorge und Selbsthilfegruppe

Die Adaption arbeitet mit den jeweiligen örtlich zuständigen und erreichbaren Psychosozialen Beratungsstellen zusammen. Sie unterstützt die Rehabilitanden in der Planung der ambulanten Weiterbehandlung und vermittelt bei Bedarf in ambulant betreute Wohnformen. Jedem Rehabilitand wird empfohlen, sich einer externen, wohnortnahen Selbsthilfegruppe anzuschließen in Vorbereitung der selbstständigen Alltagsbewältigung.

Freizeitangebote

Zur Entwicklung einer sinnvollen Freizeitgestaltung werden gemeinsame Aktivitäten angeregt und begleitet. Es besteht die Möglichkeit die in der Region vorhandenen Sport- und Kulturveranstaltungen wahrzunehmen sowie die Sport- und Kreativeinrichtungen der Klinik zu nutzen.

Versorgung

Einkauf, Kochen, Reinigung und Wäschepflege obliegt den Rehabilitanden. Bei Bedarf werden sie von Mitarbeitern dabei unterstützt.

Angehörigengespräche

Auch während der Adaptionphase können Angehörige in Form von Angehörigen- und Paargesprächen einbezogen werden.

Rückfall: Haltung und Umgang

Im Falle eines Rückfalls wird geprüft, ob eine Entlassung aus der Behandlung erfolgen muss oder eine Weiterbehandlung möglich ist. Dazu werden die Motive für den Rückfall untersucht und die Einstellung des Rehabilitanden hinsichtlich seiner Haltung zu einer Weiterbehandlung geklärt. Bei hinreichend günstiger Prognose steht die Aufarbeitung des Rückfallgeschehens im Mittelpunkt, gegebenenfalls auch eine Unterbrechung des Außenpraktikums. Ziel ist, eine Stabilisierung des Abstinenzverhaltens auf der Grundlage eines tieferen Verstehens der Suchtdynamik zu erreichen und zum regulären Behandlungsverlauf zurückzukehren.

Arbeits- und Ergotherapeutische Maßnahmen

Je nach Indikation werden Arbeits- und Ergotherapeutische Maßnahmen für Patienten eingeplant, sodass sich ein individueller Therapieplan ergibt. Dieser fokussiert sich im Rahmen der Adaptionbehandlung auf die eigenständige Umsetzung durch den Patienten, welche im Rahmen der Einzelgespräche begleitet werden.

Personelle Ausstattung:

Personelle Darstellung für die gesamte Organisationseinheit Adaption (acht Plätze):

Bezugstherapie	50 % (Psychologe/Sozialarbeiter-Suchttherapeut, Diplom, MA, BA)
Sozialarbeit	70 % (Sozialarbeiter-/pädagoge, Diplom, MA, BA)
Arzt	20 % (Facharzt für Psychiatrie/ Psychotherapie)
Arbeitstherapie	20 % (Arbeits- und Ergotherapeut)

Arzt, Pflegedienst, Hauswirtschaft, Haustechnik und Verwaltung werden aus dem ersten Schritt der Rehabilitation gestellt. Da die Rehabilitanden ausschließlich externe Praktika absolvieren, erfolgt eine ggfls. zeitlich begrenzte Inhouse - Beschäftigung im Rahmen der Arbeitstherapie der Klinik. Ein Inhouse - Praktikum kann zur Überbrückung bis zum Beginn des externen Praktikums erforderlich sein, solange kein externes Praktikum gefunden wurde.

siehe **Therapieplan Adaption** im Anhang

„Soziale Arbeit als Beruf fördert den sozialen Wandel und die Lösung von Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen, und sie befähigt die Menschen, in freier Entscheidung ihr Leben besser zu gestalten. Gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse über menschliches Verhalten und soziale Systeme greift soziale Arbeit dort ein, wo Menschen mit ihrer Umwelt in Interaktion treten. Grundlagen der Sozialen Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit.“

(International Federation of Social Workers zit. nach Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit

2012)

Hausordnung der Adaption

Sehr geehrte Herren,

Sie sind zu uns gekommen, um mit uns zusammen in den vor Ihnen liegenden drei Monaten Ihren Weg in ein zufriedenes, abstinentes und selbstständiges Leben zu finden.

Nach erfolgreicher Durchführung der stationären Entwöhnungsbehandlung bereiten Sie sich im Rahmen der zweiten Stufe der Leistungen der medizinischen Rehabilitation auf Ihr zukünftiges, eigenständiges Wohnen und Arbeiten vor.

Um das Erreichen der Adaptionziele, nämlich die Wiederherstellung, Besserung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit in Verbindung mit einer zufriedenen, abstinenten Lebensführung zu gewährleisten, ist ein friedliches Miteinander erforderlich. Hierfür bedarf es Regeln, die Ihnen als Hilfestellung dienen sollen. Die nachfolgend alphabetisch aufgeführten Informationen und Regeln schaffen einen Rahmen, der jedem Einzelnen im gemeinsamen Umgang Klarheit und Sicherheit geben soll. Nur mit Ihrer aktiven Mitarbeit kann Ihre medizinische Rehabilitation Erfolg haben.

Es ist uns ein Anliegen, mit Ihnen bei Fragen ins Gespräch zu kommen. Gleichwohl stellen Sie mit Verstößen gegen die Hausordnung grundsätzlich Ihre Therapiemotivation in Frage und können Ihre vorzeitige Entlassung aus der Adaptionbehandlung herbeiführen.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg und Freude auf Ihrem persönlichen Weg in ein suchtmittelfreies, selbstständiges Leben und freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Ihnen!

Ihr Team der Adaption Hirtenstein

Informationen und Regeln

- **Abstinenz**

Wir behandeln abstinentenorientiert. Daher ist ganz wesentlich: In der Zeit der Adaption besteht das absolute Verbot, psychotrope Substanzen (illegale Substanzen, Alkohol, psychotrop wirkende Medikamente usw.) zu besitzen, einzunehmen oder mit sich zu führen. Das gleiche gilt für Wett-, Glücksspiel, sowie die Teilnahme an Lotterien jeglicher Art. Des Weiteren sind der Besitz und die Einnahme von Medikamenten, die nicht von unseren Ärzten verschrieben oder bewilligt wurden, untersagt. Im Anhang finden Sie eine Liste „Verbotener Lebensmittel“, die Ihnen Wegweiser sein soll.

- **Anwesenheitskontrollen**

Bitte melden Sie sich jeden Abend zwischen 21:00 und 23:00 Uhr persönlich im Dienstzimmer des Pflegepersonals der Klinik. Morgens gegen 6:00 Uhr führt der Nachtdienst einen Hausrundgang durch und schaut dabei in jedes Appartement.

- **Appartements**

Die Zuweisung der Appartements erfolgt durch den Bezugstherapeuten der Adaption.

- **Arztbesuch**

Unsere Ärzte im Haus haben Sprechstunden, für die Sie sich bei gesundheitlichen Beschwerden über das Pflegepersonal anmelden können. Nach Verordnung unserer Ärzte kann der Besuch eines niedergelassenen, anderen Facharztes erforderlich sein. Wenn Sie Arztbesuche mit öffentlichen Verkehrsmitteln bewältigen, legen Sie zur Erstattung der Fahrkosten bitte eine Bescheinigung des niedergelassenen Arztes über den Besuch sowie den Fahrschein in der Verwaltung vor.

- **Ausgang**

Tragen Sie sich immer mit Beginn, Ziel und Ende des Ausgangs im Ausgangsbuch der Adaption im Klinik-Foyer ein. Nur so können wir z. B. im Brandfall feststellen, ob sich jemand in den Räumen der Adaption befindet und Hilfe braucht.

Nach den Therapie- und Praktikumszeiten sind die Ausgangszeiten von Montag-Sonntag und an den Feiertagen bis 23:00 Uhr. Individuelle Ausgänge sind mit den Bezugstherapeuten zu besprechen.

- **Besuch**

In Ihrem Appartement können Sie Besuch empfangen, die Besuchszeiten sind außerhalb der Therapie- bzw. Praktikumszeiten sowie außerhalb der Ruhezeiten. Nach 23 Uhr darf sich kein Besuch mehr in Ihrem Appartement aufhalten. Übernachtungsbesuch in Ihrem Appartement ist nicht gestattet. In Absprache ist es möglich, am Wochenende Besuch zu empfangen, der je nach Belegungskapazität in unseren Gästezimmern einquartiert werden kann. Besuche von Klinikpatienten sind nicht gestattet.

- **Disziplinarische Entlassung**

Durch

- ✓ Androhung und Ausübung von Gewalt,
- ✓ diskriminierende und herabsetzende Äußerungen und Handlungen,

- ✓ Nutzung oder Verbreitung von Bildern und Texten mit gewaltverherrlichenden, sexistischen oder pornographischen Inhalten,
- ✓ Begehen von Straftaten während des Aufenthaltes in der Adaption,
- ✓ mutwillige Sachbeschädigung von Adaptionen-Eigentum,
- ✓ Einbringen von Suchtmitteln in das Gebäude und auf das Gelände,
- ✓ Rauchen außerhalb der ausgewiesenen Plätze,
- ✓ Verstöße gegen die Brandschutzordnung,
- ✓ Ausleihen von Geld, geldwerten Gegenständen, geldwerten Dienstleistungen und Abwickeln von Geschäften untereinander,
- ✓ Foto-, Audio- oder Filmaufnahmen von Mitpatienten und Personal

können Sie Ihre disziplinarische Entlassung herbeiführen.

- **Elektrogeräte**

Die Nutzung mitgebrachter Elektrogeräte in den Appartements ist nur erlaubt, wenn sie zuvor durch die Haustechnik geprüft worden sind. Bringen Sie Ihre Elektrogeräte zur Einführung in die Brandschutzordnung mit.

- **Energydrinks**

Nachdem Sie Ihre Stimmung oder Ihre Befindlichkeit in der Vergangenheit mit Suchtmitteln verändert haben, übernehmen Sie nunmehr wieder selbst die Verantwortung hierfür. Der Konsum von Energydrinks oder anderen aufputschenden „legalen Substanzen“, außer Kaffee, ist während Ihres Aufenthaltes in der Adaption unnötig und verboten.

- **Fahrräder**

Sie können Fahrräder in der Adaption ausleihen. Während Ihres Aufenthaltes in der Adaption ist das Abstellen von eigenen oder ausgeliehenen Fahrrädern ausschließlich im dafür vorgesehenen Abstellraum gestattet.

- **Fitness**

Im Sinne der Adaptionenbehandlung („Orientierung nach Außen“) ist es das Ziel, dass Sie sich zur aktiven Betätigung extern ein Fitnessstudio oder einen Verein suchen, wenn dies indiziert oder von Ihnen gewünscht ist. Alternativ dürfen Sie nach Absprache mit den Sporttherapeuten den Fitnessraum sowie die Sporthalle der Klinik zu den ausgewiesenen Öffnungszeiten nutzen. Wir freuen uns, wenn Sie sich wieder um Ihren Körper und Ihre Leistungsfähigkeit kümmern, unterscheiden aber zwischen Fitness und Muskelaufbau bzw. Modellierung Ihres Körpers durch gezieltes Muskeltraining. Letzteres ist hier nicht erwünscht.

- **Fotografieren**

Aus datenschutzrechtlichen Gründen („Recht am Bild“) ist das Anfertigen von Fotos bzw. Videos von anderen Patienten sowie von MitarbeiterInnen untersagt.

- **Getränke**

Getränke sind im Haus in geschlossenen Gefäßen zu transportieren. Sollten Sie doch etwas verschütten, wischen Sie Tropfen unverzüglich auf. Nachdem Sie sich in der Adaptionenphase ausschließlich selbst versorgen, ist die Nutzung des Trinkwasserautomaten im Klinikgebäude nicht erlaubt.

- **Handy**

Die Nutzung Ihres Handys ist nur außerhalb der Therapieeinheiten gestattet. Während der Therapieeinheiten schalten Sie Ihr Handy bitte aus, bzw. lassen es in ihrem Appartement. Aus Rücksicht auf Ihre Mitpatienten telefonieren Sie nicht auf den Fluren und in Gemeinschaftsräumen.

- **Kaution**

Bei Einzug in die Adaption wird ein Betrag in Höhe von 100 Euro in der Verwaltung entrichtet. Dieser Betrag wird Ihnen bei Auszug zurückerstattet, wenn Sie ihr Appartement gereinigt und ohne gravierende Mängel hinterlassen sowie die Schlüsselkarte im Büro der Adaption abgeben.

- **Kleidung**

Achten Sie bitte innerhalb der Klinik und in den Außenbereichen in Hinblick auf Schicklichkeit, Hygiene und Witterung auf angemessene Kleidung. Drogenverherrlichende, diskriminierende, gewaltverherrlichende und politisch orientierte Aufdrucke sind auf der Kleidung verboten.

- **Kontrollen**

Zimmerkontrollen, Alkohol- und Drogenkontrollen werden regelmäßig, auch unangemeldet durchgeführt.

Eine Verweigerung oder Manipulation der Kontrolle wird als Rückfall bewertet und behandelt. Unser Personal ist jederzeit berechtigt Ihr Zimmer, Ihre persönlichen Dinge in Ihrer Anwesenheit zu kontrollieren. Wir setzen Ihre Kooperation voraus.

- **Kraftfahrzeuge**

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Sie, sofern Sie an einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung (Alkohol, Medikamente, Drogen) leiden, Ihr Fahrzeug laut Straßenverkehrsordnung während einer stationären Entwöhnungsmaßnahme auf eigene Gefahr führen. Wir raten Ihnen auch aus Versicherungsgründen keine Mitpatienten mitzunehmen. Für Patienten haben wir an der Klinik keine Parkplätze. Es ist nicht erlaubt auf den Mitarbeiterparkplätzen zu parken.

- **Kurkarte**

Den AW-Pass (Allgäu-Walser-Pass) und dazu gehörige Informationen erhalten Sie auf Wunsch kostenlos in der Verwaltung.

- **Nachtruhe**

Die Nachtruhe beginnt von

- ✓ sonntags bis donnerstags sowie an Feiertagen um 23:00 Uhr und endet um 6:00 Uhr
- ✓ freitags und samstags beginnt die Nachtruhe um 23:30 Uhr.

Außer zum Rauchen halten Sie sich bitte in dieser Zeit in Ihrem Zimmer auf und vermeiden die Ruhestörung Ihrer Mitpatienten. Aufenthalt oder Gespräche sind auf Grund der Nachtruhe und aus Rücksicht auf die Nachbarschaft unerwünscht.

- **Nahrungsergänzungsmittel**

Die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln (Vitaminpräparate, Proteinpulver usw.) besprechen Sie bitte mit unseren ÄrztInnen.

- **Pakete / Post**

Ihre Pakete erhalten Sie zu den Ausgabezeiten in der Verwaltung. Ihre Briefe erhalten Sie täglich durch den Gruppensprecher, welcher Ihnen die Briefe aus dem Verteilerkasten in Ihren Adaptionsbriefkasten wirft. Sie öffnen Ihre Pakete im Beisein eines Mitarbeiters der Klinik, stichprobenartige Kontrollen Ihrer Briefe in Ihrem Beisein behalten wir uns vor.

- **Rauchen**

Rauchen ist ausschließlich am Raucherplatz in den dafür vorgesehenen Pavillons gestattet. Da die Zusatzstoffe für E-Zigaretten und Verdampfer nicht überprüfbar sind, ist deren Besitz und Nutzung während der gesamten Dauer der Adaptionsbehandlung gänzlich verboten.

- **Rückfall**

Da Sie sich in eine medizinische Rehabilitation mit Abstinenzorientierung begeben haben, setzen wir bei Ihnen während des Aufenthalts in der Adaption die Abstinenz von Alkohol, Wett- und Glücksspiel, Automaten Spiel und jeglichen psychotropen Substanzen voraus.

Als Rückfall werten wir den Nachweis von Suchtmitteln in Atemluft oder Körperflüssigkeiten, Ihren Bericht eines stattgefundenen Konsums, (Konsum alkoholhaltiger Getränke, alkoholfreies Bier, Wein, Sekt usw.), die Einnahme von alkoholhaltigen Nahrungsmitteln (siehe Liste der „Verbotenen Lebensmittel“) und die interne Verwendung alkoholhaltiger Kosmetika oder Medikamente. Ebenso werten wir die Verweigerung oder Manipulation einer Atemluft- oder Urinkontrolle sowie einer Blutentnahme zum Nachweis eines stattgefundenen Konsums als Rückfall. Auch werten wir als Rückfall das Spielen um Einsätze, das Spielen an Automaten und den Besuch entsprechender Internetseiten. Bei Rückfälligkeit erfolgt unter der Voraussetzung Ihrer Mitarbeit die therapeutische Rückfallaufarbeitung gemäß Konzept.

Das Mitbringen, Konsumieren und/oder Deponieren von Suchtmitteln auf dem Klinikgelände und im Klinikgebäude sowie in der Adaption kann zu Ihrer sofortigen, disziplinarischen Entlassung führen. Ebenso verhält es sich mit dem Dealen oder sonstigem Verführen der Mitrehabilitanden zum Konsum.

- **Rücksicht**

Während Ihres Aufenthalts in unserer Klinik leben Sie mit vielen anderen Patienten zusammen. Umso wichtiger ist es, sich mit Rücksicht und Anstand überall und jederzeit zu verhalten und begegnen. Bitte unterlassen Sie das zur Schau stellen von politischer Gesinnung, egal welcher Ideologie folgend.

- **Spiele**

Im Gruppenraum der Adaption befindet sich eine Spielesammlung, die Sie gern nutzen dürfen. Sie dürfen nur die auf der ausgehängten Spielaliste aufgeführten Gesellschaftsspiele während Ihres Therapieaufenthalts nutzen. Das Spielen um Geld oder geldwerten Einsatz ist natürlich bei allen Spielen untersagt.

- **Tätowieren, Piercen u. A.**

Wegen der Infektionsgefahr bitten wir Sie, während der gesamten Dauer der Adaption auf neue Tätowierungen/Piercings zu verzichten.

- **Teilnahme an Therapieeinheiten**

Die pünktliche Teilnahme an Einzeltherapie- und Gruppentherapie-Terminen ist Pflicht. Sollten Sie eine Therapieeinheit nicht wahrnehmen können, z.B. aufgrund einer Krankschreibung, entschuldigen Sie sich zeitgerecht und persönlich bei den zuständigen Mitarbeitenden.

- **Tiere**

Haltung und Besuch von (Haus-)Tieren innerhalb der Adaption sind untersagt.

- **Verleihen, Gefälligkeiten, Geschäfte untereinander**

Um neue Abhängigkeiten zu vermeiden, ist das Leihen und Verleihen von Geld sowie das Verleihen und der Verkauf von Handys, Laptops, Tablets, sowie anderen Wertgegenständen oder Geldwerten untersagt. Des Weiteren bitten wir Sie von Dienstbarkeiten untereinander abzusehen (hierzu gehört das Mitnehmen im Auto, das Borgen von Zigaretten usw.). Auch stellen Sie bitte Ihr Eigentum nicht der Allgemeinheit zur Verfügung. Wenn Ihnen etwas fehlt, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter.

- **Versicherung**

Während der Teilnahme an allen durchgeführten, angeleiteten und organisierten therapeutischen Angeboten und der Arbeitsbelastungserprobung (externen), sowie auf dem Weg dorthin sind Sie über die Berufsgenossenschaft unfallversichert.

- **Weißes Informationsboard**

An der weißen Informationstafel schräg gegenüber dem Adaptions-Büro finden Sie die für Sie tagesaktuell wichtigen Informationen der Adaption. Bitte informieren Sie sich!

- **Wertsachen**

Bitte achten Sie stets darauf, dass Ihr Appartement verschlossen ist. Für einen Verlust übernehmen wir keine Haftung. Größere Geldbeträge können Sie in unserer Kasse auf ein Patientenkonto einzahlen.

- **Zurückgelassene Gegenstände**

Es gilt für Gegenstände von Wert, die Sie bei Ihrer Entlassung oder einem Therapieabbruch zurücklassen, seitens der Klinik eine zumutbare Obhuts- und Aufbewahrungspflicht gemäß BGH Urteil vom 14.07.2010, AZ VIII ZR 45/09. Gemäß diesem Urteil stellen wir Ihnen die Aufbewahrung in Rechnung bzw. vernichten Ihre Gegenstände nach zweimaliger Aufforderung diese abzuholen.

Anhang der Hausordnung:

- Anhang 1** Appartementordnung
- Anhang 2** Liste „Verbotene Lebensmittel“
- Anhang 3** Brandschutzordnung

Anhang 1

Appartementordnung

- Beschädigung und Verschmutzungen von Mobiliar, Wänden usw. können Ersatzansprüche seitens unseres Hauses begründen.
- Das Anbringen von Bildern an den Wänden und an den Möbeln ist nicht gestattet, abgesehen von der Nutzung der Magnetleisten.
- Das Mitbringen eigener Möbelstücke ist nicht gestattet.
- Der Besitz und Gebrauch von eigenen Fernsehern, Spielkonsolen usw. ist untersagt.
- Das Anzünden von Kerzen in den Apartments ist verboten.
- Malen mit Kohle, Aquarell- und Ölfarben sowie Bastelarbeiten sind in den Zimmern nicht erlaubt. Hierfür steht der Ergotherapieaum zur Verfügung.
- Gegenstände, die dem Konsum von Suchtmitteln dienen oder daran erinnern (Biergläser, Alkoholflaschen, Spritzen, Bilder, Symbole, T- Shirts mit Aufdrucken usw.), haben in unserer Einrichtung keinen Platz.
- Schalten Sie bitte die Heizung aus, wenn die Fenster geöffnet sind.
- Schalten Sie Geräte und Licht aus, wenn sich niemand im Zimmer aufhält.
- Die Trocknung von Wäsche in den Apartments ist erlaubt, unter der Voraussetzung der regelmäßigen Lüftung. Im Putzraum der Adaption befinden sich zwei Wäscheständer, die hierfür genutzt werden können.
- Die Apartments, die Flure, sowie der Gruppenraum der Adaption sind in eigener Verantwortung sauber und ordentlich zu halten. Regelmäßige Kontrollen seitens der BezugstherapeutInnen werden durchgeführt. Bitte orientieren Sie sich an dem Dokument „Reinigung Appartement“.

Anhang 2

Verbotene Lebensmittel und Substanzen

- Getränke, die üblicherweise Alkohol enthalten, „alkoholfreies“ Bier usw.
- Alkoholhaltige Lebensmittel wie z.B. Torten (z.B. Schwarzwälder Kirsch Torte), Pralinen (z.B. Weinbrandbohnen), Eis (z.B. Malaga), Desserts (z.B. Tiramisu) usw.,
- Alkoholhaltige Mundwasser, Mundsprays,
- Drogen jeglicher Art,
- Homöopathische Tropfen und Tinkturen,
- Lebensmittel, denen Alkohol zugesetzt wurde wie z.B. Weinbrandessig, Sherryessig, Weinsoßen usw.,
- Nahrungsergänzungsmittel ohne ärztliche Verordnung
- Alkoholhaltige Kosmetika (z.B. Rasierwasser)

Wir empfehlen Ihnen, beim Einkauf jegliche Lebensmittel auf Alkoholgehalt zu kontrollieren. Die Angaben der Inhaltsstoffe sind in der Reihenfolge ihres höchsten Anteils zu lesen. Wenn Alkohol an 5. Stelle und weiter in diesen Angaben erscheint, ist der Konsum für Sie unbedenklich. Süßigkeiten und Gebäck mit der Aufschrift „enthält Alkohol“ sind zu meiden.

Alkohol, z.B. bei Wildgerichten, verkocht nicht gänzlich. Insofern raten wir Ihnen, in Zweifelsfällen nach der Zubereitungsart zu fragen.

Anhang 3

Brandschutzordnung

Brandverhütung

Jeder Patient muss sich über die Brandgefahren in seiner Umgebung informieren. Brennbare Stoffe (z.B. Papier, Kunststoffe) dürfen nicht in der Nähe von elektrischen Geräten oder ähnlichen Zündquellen abgelegt oder gelagert werden.

Im ganzen Haus herrscht absolutes Rauchverbot, das ausnahmslos einzuhalten ist. Für Streichhölzer und Tabakreste nutzen Sie die nichtbrennbaren Aschenbecher an den ausgewiesenen Raucherplätzen.

Aschenbecher dürfen nicht in Papierkörbe, sondern nur in nichtbrennbare Sammelbehälter mit Deckel entleert werden.

Koch- und Wärmegeräte (Kaffeemaschinen, Heizlüfter o.ä.), die nicht zur Klinikausstattung gehören, dürfen nur nach vorheriger Genehmigung benutzt werden. Offenes Feuer ist untersagt. Somit ist auch untersagt, Kerzen bei besonderen Anlässen (z.B. Weihnachtsfeier) anzuzünden.

Mängel an elektrischen Anlagen und an Brandschutzeinrichtungen sind sofort dem Hausmeister zu melden.

Notwendige Ausgänge und alle Notausgänge müssen jederzeit ungehindert begehbar sein.

Die Türen am Abfalllager sind immer geschlossen zu halten.

Brand- und Rauchausweitung

Selbstschließende Türen in Fluren dürfen nicht mechanisch festgestellt oder verkeilt werden.

Türen und Fenster sind zu schließen, um Luftzug und Verqualmen noch nicht betroffener Bereiche zu verhindern.

Bei verqualmten Räumen gebückt oder kriechend vorgehen, da in Bodennähe meist noch sauerstoffreiche Luft vorhanden ist.

Flucht- und Rettungswege

Rettungswege wie Treppen und Flure sowie Verkehrswege im Freien müssen stets in voller Breite freigehalten werden. Auf ihnen darf nichts abgestellt oder gelagert werden. Fluchtwege und Rettungswegeschilder dürfen nicht verdeckt werden.

Fahrzeuge, die in Anfahrtzonen der Feuerwehr parken, müssen aus diesem Bereich entfernt werden.

Bei den gekennzeichneten Notausstiegen ist darauf zu achten, dass diese immer frei zugänglich bleiben.

Melde- und Löscheinrichtung

Alle Gebäudenutzer haben sich über die in ihrem Tätigkeits-/ Aufenthaltsbereich vorhandenen Fluchtwege, Feuerlöscheinrichtungen und Feuermelder zu informieren.

Verhalten im Brandfall

Bei Ausbruch eines Brandes ist mit Verwirrung und Panik zu rechnen.

Deshalb unbedingt Ruhe bewahren!

Nach der Brandmeldung ist sofort mit der Gebäudeevakuierung zu beginnen und sich am Sammelplatz separat als Adaptionseinheit aufzustellen.

Nur wenn es gefahrlos möglich ist, ist mit der Bekämpfung des Brandes unter Verwendung der verfügbaren Feuerlöschgeräte bis zum Eintreffen der Feuerwehr zu beginnen. Fenster und Türen sind zu schließen. Aufzüge dürfen nicht benutzt werden. Elektrogeräte ausschalten oder Netzstecker ziehen, soweit dies gefahrlos möglich ist.

Die Alarmpläne sowie die Anordnungen der Feuerwehr sind strikt zu befolgen.

Menschenrettung geht vor Brandbekämpfung – deshalb sofort erkunden, ob Menschen in Gefahr sind.

Brand melden

Wer einen Brand entdeckt, hat sofort

1. den nächstliegenden Alarmknopf zu betätigen
2. die Feuerwehr unter 112 anzurufen
3. den Diensthabenden unter 08326-311172 anzurufen

ohne den Erfolg eigener Löschversuche abzuwarten.

Dies gilt auch dann, wenn der Vorfall nur geringfügig erscheint und wenn Lösch- und Hilfsaktionen bereits eingeleitet sind.

Alarmsignale und Anweisungen beachten

Bis zum Eintreffen der Feuerwehr veranlasst die Betriebsleitung alle Maßnahmen zur Rettung von Menschen und zur Schadensbekämpfung.

Nach Eintreffen der Feuerwehr obliegt dieser die Leitung der Abwehrmaßnahmen.

In Sicherheit bringen

Bei drohender Gefahr:

- Gefahrenbereich verlassen und Personen mitführen.
- Gekennzeichneten Sammelplatz hinter der Arbeitstherapie aufsuchen.
- Löschversuche unternehmen.
- Menschenrettung geht vor Brandbekämpfung!
- Personen mit brennender Kleidung nicht fortlaufen lassen,
 - ➔ in Decken, Mäntel, Tücher hüllen, auf den Boden legen
 - ➔ und sie notfalls hin und her wälzen.

Verletzte aus dem Gefahrenbereich bringen

Literaturverzeichnis

Arbeitskreis OPD (1998) OPD Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik Grundlagen und Manual. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.

Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Bern: Hans Huber.

Altmannsberger W.: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe, 2004

Badinter, E. (1993) X Y-Die Identität des Mannes. München: Piper

Balint, M. (1988) Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. München:

Beutel, M (1999) Sucht und sexueller Missbrauch. In: Psychotherapeut 44, 313-319

Bilitza, K. W. (Hrsg.) (1993) Suchttherapie und Sozialtherapie. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht

Borowiak S.: ALK fast ein medizinisches Sachbuch. Frankfurt a. M.: Eichborn, 2006

Böning, J. (1999). Glücksspielsucht: Die reinste Form der Suchterkrankung. Psychopathologie und Neurobiologie der „Glücksspielsucht“. In: G. Alberti, & B. Kellermann (Hrsg.). Psychosoziale Aspekte der Glücksspielsucht. S. 39-50. Geesthacht: Neuland.

Brickenkamp, R. (1972) Test d2. Aufmerksamkeits-Belastungs-Test. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe.

Brickenkamp, R. (Hrsg.) (1997), Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests,

BFW Hamburg (Hrsg): Assessment – Voraussetzung für erfolgreiche Teilhabe am Arbeitsleben. Hamburg: Feldhaus, 2003

Buchholz M.B.(1997): Krankheitstheorien und psychoanalytischer Prozess. In: Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. München. Heft 1 / 1997

Büchner, U. (1993): Sucht als artifizielle Ich-Funktion. Ich-psychologische Suchttheorien. In: Bilitza, K.W.(Hrsg.): Suchttherapie und Sozialtherapie. Göttingen/Zürich Vandenhoeck & Ruprecht

Burian, Wilhelm (1994) Die Rituale der Enttäuschung. Die Psychodynamik der Droge und die psychoanalytische Behandlung der Drogenabhängigkeit. Wien: Picus.

Czycholl D. (Hrsg): Sucht und Migration. Berlin: VWB, 1998 Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, 5. Auflage: Huber.

Dornes, M.(1994) Der kompetente Säugling. Frankfurt am Main: Fischer

DRV Bund (2011): Arbeits- und berufsbezogene Rehabilitation in der medizinischen Rehabilitation

DRV (2016): Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

DRV (2011): Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung

DRV (2008): Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“

Egartner, E., Holzbauer, S.(1994) „Ich hab’s nur noch mit Gift geschafft ...“ Frauen und illegale Drogen Pfaffenweiler: .Centaurus-Verlagsgesellschaft,

Emde, R.(1991) Die endliche und die unendliche Entwicklung. Psyche 45, S. 745-779

Fabrizius, B., Wernado, M.: Adaption- die 2. Phase der Rehabilitation. In: Rehabilitation Suchtkranker- Mehr als nur Psychotherapie. Geesthacht: Neuland, 2001.

Fachverband Sucht e. V. (Hrsg): Perspektive für Suchtkranke. Geesthacht: Neuland, 2005

Fachverband Sucht e.V. (2007). Wirksame Therapie. Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft

Fengler J. (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Landsberg/Lech: ecomed, 2002

Fengler, J.: Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung-Therapie-Prävention. Landsberg/Lech: ecomed, 2002.

Franke P., Schildberg F.: Gruppentherapie zur Abstinenz- und Motivationsstärkung bei opiatabhängigen Patienten. Tübingen: dgvt-Verlag, 2004

Gerkens, K., Maier, Ch., Wimmer, D.: Handbuch Sucht. Geesthacht: Neuland, 2009.

Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Grün, A. (1996) Der Verrat am Selbst. München: dtv

Hallwachs H.: Teilnehmerzentrierte berufliche Rehabilitation psychisch behinderter Menschen. Hamburg: BTZ Hamburg, 2002

Hartmann H. (3. Aufl.:1975): Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. Stuttgart: Klett

Hassfeld/Denecke Suchttherapie Konzept S. 24; in Thomäe, H., Kächele, H. (1986): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Verlag Berlin/New York/Tokio: Springer.

Heide, M. (Hrsg.): Wenn ich erst wieder Arbeit habe... Geesthacht: Neuland, 2001.

Heide, M.: Der Weg zur beruflichen Wiedereingliederung Suchtkranker in der Adaption. In: Rehabilitaton Suchtkranker- Mehr als Psychotherapie. Geesthacht: Neuland, 2001.

Heide, M.: Rehabilitation als Gesamtprozess. In: Suchttherapie unter Kostendruck. Geesthacht: Neuland, 1998.

Heigl, F., Heigl-Evers, A. & Ruf, W. (1980) Möglichkeiten und Grenzen einer psychoanalytisch orientierten Suchtkranken-Therapie. In: Soziotherapie in der Praxis. Kongressbericht. S. 16 – 29. Kassel

Heigl, F., Heigl-Evers, A., Schultze-Dierbach, E. (1983) Überlegungen zur Indikation von Einzel- und Gruppentherapie bei Suchtkranken, insbesondere Alkoholkranken. In: Sozialtherapie in der Praxis.

Heigl, F., Schultze-Dierbach, E., Heigl-Evers, A. (1984) Die Bedeutung des psychoanalytisch-interaktionellen Prinzips für die Sozialisation von Suchtkranken. Gruppenpsychother. Gruppendynamik 20, S. 152 – 167.

Heigl-Evers, A. (1977) Möglichkeiten und Grenzen einer psychoanalytisch orientierten Kurztherapie bei Suchtkranken. Kassel.

Heigl, F., Heigl-Evers, A. (1983) Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Zeitschrift Psychosomatische Medizin 29. S. 1 – 14

Heigl-Evers, A., Volmer, H.C., Helas, I. Knischewski, E. (1988) Psychoanalyse und Verhaltenstherapie in der Behandlung von Abhängigkeitskranken- Wege zur Kooperation. Wuppertal: Blau-Kreuz-Verlag

Heigl-Evers, A. Helas, I., Volmer, H.C. (1997) Die Person des Therapeuten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Heide M. (Hrsg.): Wenn ich erst wieder Arbeit habe.... Geesthacht: Neuland, 2001

Henkel, D. (Hrsg.), Zemlin, U. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. Frankfurt: Fachhochschulverlag, 2007.

Henning, S.: Suchtrehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Zugangsvoraussetzung und gesetzliche Regelungen, Vortrag vom 14.07.2009.

Herwig-Lempp, J. (1994) Von der Sucht zur Selbstbestimmung Dortmund: borgmann publishing

- ICD-10.** Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation. Übersetzt und hrsg. Von H. Dilling u.a.m. (2. Aufl. 1993)
- Kafka, J.** (1998) Psychotische Realitäten und die Handhabung psychotischer Übertragungsphänomene. Vortrag gehalten in Bregenz, Psychoanalytisches Seminar Vorarlberg, 22.01.98
- Kaufmann E., Kaufmann P.N.:** Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Freiburg: Lambertus, 1983
- Kanfer, F.H.** (1996) Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin
- Kernberg, O.F.** (1985) Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart
- Kernberg, O.F.** (1988) Innere Welt und äußere Realität / Anwendung der Objektbeziehungstheorie. München, Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse
- Kielhofner, G., Marotzki, U., Mentrup, C.** (2005). Model of Human Occupation (MOHO). Springer-Verlag.
- Knischewski, E.** (Hrsg.) Diagnostik und Therapie bei Suchtkranken. Punktreihe 31. Nicol
- König K., Lindner W.-V.:** Psychoanalytische Gruppentherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1991
- König, K.** (4. Aufl.; 1997) Kleine psychoanalytische Charakterkunde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Krystal, H., Raskin, H.A.** (1983) Drogensucht - Aspekte der Ich-Funktion. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Kulick, B.** (1995): Konzeptqualität bei stationärer Entwöhnungsbehandlung. In: Fachverband Sucht E.V., Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Neuland-Verlagsgesellschaft, Geesthacht
- Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern** (2009): Handbuch.
- Lenfers H.:** Das ungebremste Risiko. Frankfurt a. M.: Kommentator-Verlag, 1988
- Lindenmeyer J.:** Lieber schlau als blau. Weinheim: Beltz Verlag, 2005
- Lindenmeyer J.:** Alkoholabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe, 1999
- Luborsky, L.** (1995) Einführung in die analytische Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mann K. (Hrsg.):** Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Lengerich: Pabst Science Publisher, 2002
- Meyer, G.; Bachmann, M.** (2005). Spielsucht. Heidelberg: Springer.
- Meyer, G. (2009).** Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2009. Geesthacht: Neuland.
- Miller W.R., Rollnick S.:** Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Behandlung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg: Lambertus, 1999
- Minkoff, K.** (1994) Programmbestandteile eines integrierten Behandlungssystems für schwer psychisch erkrankte Patienten mit gleichzeitig bestehendem Suchtmittelmissbrauch. In: Comorbidität Therapie von psychischen Störungen und Sucht, Freiburg: M. Kraus und T. Müller-Thomsen
- Mahler, M.** (1979) Symbiose und Individuation Stuttgart: Klett-Cotta.
- Miller, W.R., Rollnick, S.** (1999). Motivierende Gesprächsführung: ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg: Lambertus.

- Miller, W.R., Tonigan, J.S.** (1996) Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford.
- Petry, J.** (1996) Alkoholismustherapie. Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien. Materialien für die psychosoziale Praxis. Weinheim: PVU.
- Petry, J.** (2003). Glücksspielsucht. Göttingen: Hogrefe
- Petry, J.; Bense, W.** (2009). Pathologisches Glücksspielen, Münchwieser Hefte Nr. 1, Neunkirchen.
- Petzold, H., Schay, P., Scheiblich, W. (Hrsg.):** Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, 2006.
- Pfannkuche, H.**(1997) Suchtkliniken und Hausordnungen - einige Anmerkungen zu einer problematischen Beziehung. In: Sucht 43 (2) 1997
- Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C.,** (1993) Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative mode of change. J. Consult Clin. Psychol. 51: S. 390 - 395.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C.** (1997). Jetzt fange ich neu an. München: Knaur.
- Rahmenkonzept für die Adaptionsphase der Rentenversicherungsträger und Krankenkassen,** März 1994. Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen 4. Mai 2001.
- Radice v. Wogau J., Eimmermacher H., Lanfranchi A. (Hrsg):** Therapie und Beratung von Migranten. Weinheim: Beltz Verlag, 2004
- Rieth, E.** (1996) Alkoholkrank? Bern: Blaukreuz
- Rohde-Dachser, Ch.**(1996): Aggression in weiblichen und männlichen Lebensentwürfen.
In: Bell, K., Höfeld, K.(1996)Aggression und seelische Krankheit. Psychosozial-Verlag, Gießen.
- Rost, W.D.** (1992) Psychoanalyse der Abhängigkeit. In: Heide, M.(Hrsg.):Abhängigkeiten zwischen biochemischem Programm und steuerbarem Verhalten. Beiträge des 4. Heidelberger Kongresses. Bonn, Nagel, 1992
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I.** (1998). Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM IV. Göttingen: Hogrefe.
- Schäfer, I., Krausz, M.** (Hrsg.) (2006): Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schaeff, A.W.**(1991) Im Zeitalter der Sucht. München: dtv
- Schallenberg, H.**(1996) Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Rahmen medizinischer Rehabilitation. In: Fachverband Sucht e.V.: Sucht und Erwerbsfähigkeit. Neuland Verlagsgesellschaft, Geesthacht
- Schwarz, U.** (2008) Management einer Kooperation in der Suchtkrankenhilfe. Freie wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Grades MBA, Hochschule Ravensburg/ Weingarten
- Schwoon, D., Krausz, M.** (1992) Psychose und Sucht. Freiburg: Lambertus
- Stern, D.**(1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stork, J.**(Hrsg.) (1986): Das Vaterbild in Kontinuität und Wandel. Stuttgart: frommann-holzboog
- Streek, U., Leichenring, F.** (2009): Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Thomäe, H., Kächele, H.** (1986): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Verlag Berlin/New York/Tokio: Springer.
- Trümper, J. und Arbeitskreis gegen Spielsucht** (2008). Angebotsstruktur der Spielhallen und Unterhaltungsautomaten mit Geldgewinnmöglichkeit in der BRD.

Volmer, H.C.(1995) Innere und äußere Realität und entwicklungspsychologische Aspekte der Abhängigkeit. Verhaltenstherapeutische Sicht. In: Heigl-Evers et al : Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität. Vandenhoeck & Ruprecht

Waibel, E. M. (1994) Erziehung zum Selbstwert. Persönlichkeitsförderung als zentrales pädagogisches Anliegen. Donauwörth: Ludwig Auer.

Wetterling, T. ,Veltrup, C. (1997) Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen - Ein Leitfaden.,Berlin, Heidelberg: Springer.

World Health Organization (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva. Deutsche Version: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg) (200): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Siehe im Internet unter: www.dimdi.de (Klassifikationen - ICF).

Wurmser, L.(1987) Flucht vor dem Gewissen. Berlin/New York/Tokio: Springer.

Wurmser, L.(1997) Die Verborgene Dimension. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht,

Schuhler P., Baumeister H.: Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1999

Thomasius R. (Hrsg): Psychotherapie der Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme, 2000

Tretter F., Müller A. (Hrsg): Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Hogrefe, 2001

Watzl H., Cohen R. (Hrsg): Rückfall und Rückfallprophylaxe. Berlin: Springer, 1989

Wienberg, Schünemann-Wurmthaler, Sibum (2003). Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen/PEGASUS. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Wilson-Schaef , A. (1991). Zeitalter der Sucht. München.

Zielke M., Sturm J. (Hrsg): Handbuch der stationären Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1994

Anhang

Wochenstundenplan Adaption							
Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
07:00 - 07:30						gffs. Praktikum	gffs. Praktikum
07:30 - 08:00							
08:00 - 08:30		Praktikum	Praktikum	Ärztliche Visite	Praktikum		
08:30 - 09:00	Therapeutische Bezugsgruppe						
09:00 - 09:30							
09:30 - 10:00	Zimmervisite						
10:00 - 10:30							
10:30 - 11:00				Therapeutische Bezugsgruppe			
11:00 - 11:30							
11:30 - 12:00				Hausgruppe			
12:00 - 12:30							
12:30 - 13:00							
13:00 - 13:30							
13:30 - 14:00				Freizeitgruppe			
14:00 - 14:30							
14:30 - 15:00							
15:00 - 15:30							
15:30 - 16:00							
16:00 - 16:30							
16:30 - 17:00						Zusätzliche wöchentliche Termine werden nach Bedarf vereinbart und im aktuellen Wochenplan eingeplant und eingetragen: - Sozialberatung - Gruppen- und Einzelgespräche - Bewerbungstraining	
17:00 - 17:30							
17:30 - 18:00							
18:00 - 18:30							

Anmeldung Adaption

Personalien			
Name:		Vorname:	
Geburtsname		Geburtsort:	
Geburtsdatum:		Geschlecht:	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Telefon / Mobil:			
Straße, Nr.:			
PLZ:		Ort:	
Email:			
Familienstand:		Kinder:	
Aktueller Aufenthaltsort:			

Vermittelnde Stelle			
Name der Klinik:			
Straße. Nr.:			
PLZ:		Ort:	
Telefon:		Fax:	
Email:			
Name Bezugstherapeut:in:			

Ausbildung/Erwerbstätigkeit		
☐ Schule / Ausbildung	seit:	
Ausbildung als:		☐ mit Abschluss ☐ ohne Abschluss
Weitere Ausbildungen:		
☐ Erwerbstätig	seit:	
bei Arbeitgeber:		
Anschrift AG:		
☐ arbeitsunfähig	seit:	
☐ arbeitssuchend	seit:	
☐ berentet	seit:	
☐ Gelegenheitsjobs	seit:	

Einkommenssituation	
☐ Übergangsgeld	
☐ Bürgergeld	bewilligt bis:
☐ Sozialhilfe	
☐ Sonstiges	

Versicherungsstatus	
Ende derzeitiger stationärer Therapie (Zeitpunkt des Wechsels in die Adaption) Datum:	
Rentenversichert: ☐ nein ☐ ja, bei:	
Versicherungsnummer:	
Krankenkasse:	Ort (der Krankenkasse):
Versicherungsnummer:	Gültigkeit KV-Karte:
☐ selbst versichert ☐ familienversichert ☐ über Sozialhilfe versichert ☐ auslandsversichert	

Indikation	
Abhängigkeit von: ☐ Alkohol ☐ Medikamente ☐ Spielsucht	
Konsum seit:	Hauptdroge:
Substituiert: ☐ ja ☐ nein	Substitut:

Gesundheit	
Körperliche Erkrankungen:	
Aktuelle psychische Erkrankungen Bitte aktuelle Befunde vorlegen	
In psychiatrischer Behandlung: ☐ nein ☐ ja, seit:	

Dauermedikation: ☐ nein ☐ ja (dann bitte die unten aufgeführte Medikamentenliste ausfüllen)			
Medikamentenliste			
Medikament	Grund (z.B. Schilddrüse)	Dosierung (z.B. ½ Tablette täglich)	Behandelnder Arzt/Ort (z.B. Dr. Muster/Musterort)

Letzte Fragen				
Frühere Therapien:	☐ keine	☐ ambulant	☐ teilstationär	☐ stationär
Anzahl:				
Letzte Therapie: ☐ Kurzzeit ☐ Langzeit		Wie wurde die Therapie beendet? ☐ regulär ☐ abgebrochen		
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?		☐ Empfehlung	☐ Recherche	☐ Flyer
		☐ Sonstiges:		

Wichtig: Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig und leserlich aus.

Kontaktdaten: Adaption Hirtenstein, Hirtenstein 1, 87538 Bolsterlang; Telefon: 08326 311-0/-118, Mail: adaption.hirtenstein@deutscher-orden.de

Bitte beachten Sie: Wir benötigen einen **Lebenslauf**, einen **Suchtverlauf** und ein **Motivationsschreiben**. Bitte diese dem Anmeldebogen beifügen. Anschließend melden wir uns bei Ihnen bzgl. eines Vorstellungsgesprächs.

Information zum Datenschutz: Informationen, die das Aufnahmeverfahren betreffen, werden zwischen den Mitarbeitern der Beratungsstelle, der Rehabilitationseinrichtung und der Entzugsklinik ausgetauscht. Mit der Speicherung der angegebenen Daten, Namen, Anschriften, Telefonnummern und Versicherungsträgern in der Rehabilitationsdatei der Reha-Einrichtung bin ich einverstanden. Die MitarbeiterInnen unterliegen der Schweigepflicht und sind dazu verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen zum Sozialschutz einzuhalten.

Ort, Datum

Unterschrift

Anmeldung intern

Algorithmus Anmeldung Adaption Intern	Verantwortung
Die Ermittlung des Bedarfs an Adaptionsbehandlung erfolgt während des Therapieaufenthalts durch die MA der AT und BT.	BezugstherapeutIn, MA-Arbeitstherapie
Dokumentation des Bedarfs (s.o.) in Patfak im E-Bericht - im Textteil unter 4.1. Individuelle Reha-Ziele, Teilhabe <u>und</u> - Register E-Bericht, Blatt 1-2. Information (E-mail) an am Prozess beteiligte MA	BezugstherapeutIn
Besprechung der Indikation einer Adaptionsbehandlung in der PK (RK)	TN der PK
Dokumentation in der Patientenkonferenz-Maßnahmenliste (Patfak)	MA-Sport
Bei Wunsch nach Durchführung der Maßnahme in der Adaption Hirtenstein: Möglichkeit/Kapazität in der Adaption Hirtenstein erfragen.	BezugstherapeutIn
Eintragung des Patienten in die „Aufnahmeplanung“ der Adaption	BezugstherapeutIn AD
Erstellung Motivationsschreiben, Lebenslauf und Suchtverlauf und Abgabe bei MA Adaption	Patient
ggf. Unterstützung beim Ausfüllen Erstellen der Unterlagen	BezugstherapeutIn
Sobald die Unterlagen <u>vollständig</u> vorliegen: Terminvereinbarung Vorstellungsgespräch in der Adaption	BezugstherapeutIn AD
Vorstellungsgespräch	BezugstherapeutIn AD Patient
Rückmeldung des Gesprächsergebnisses an BezugstherapeutIn Ergänzung der Daten in der „Aufnahmeplanung“ (Ergebnis, evtl. Aufnahmedatum, ...)	BezugstherapeutIn AD
Wenn Adaption möglich: Antrag bei DRV sowie Information der Kostenzusage an die Adaptionseinrichtung.	BezugstherapeutIn
Übergabe vor Aufnahme in die Adaption	BezugstherapeutIn
Aushändigung der Einladung mit Termin und Uhrzeit sowie Informationen zur Aufnahme an den Patienten	BezugstherapeutIn AD

Anmeldung extern

Algorithmus Anmeldung Adaption extern	Verantwortung
Die Ermittlung des Bedarfs an Adaptionsbehandlung erfolgt während des Therapieaufenthalts durch die MA der AT und BT.	BezugstherapeutIn, MA-Arbeitstherapie der Hauptphase extern
Bei Wunsch nach Durchführung der Maßnahme in der Adaption Hirtenstein: Möglichkeit/Kapazität in der Adaption Hirtenstein erfragen.	BezugstherapeutIn der Hauptphase extern
Eintragung des Patienten in die „Aufnahmeplanung“ der Adaption	BezugstherapeutIn AD intern
Erstellung Motivationsschreiben, Lebenslauf und Suchtverlauf und Abgabe bei MA Adaption	Patient
ggf. Unterstützung beim Ausfüllen Erstellen der Unterlagen	BezugstherapeutIn der Hauptphase extern
Sobald die Unterlagen vollständig vorliegen: Terminvereinbarung Vorstellungsgespräch in der Adaption	BezugstherapeutIn AD intern
Vorstellungsgespräch	BezugstherapeutIn AD intern Patient
Rückmeldung des Gesprächsergebnisses an BezugstherapeutIn extern Ergänzung der Daten in der „Aufnahmeplanung“ (Ergebnis, evtl. Aufnahmedatum, ...)	BezugstherapeutIn AD intern
Wenn Adaption möglich: Antrag bei DRV sowie Information der Kostenzusage an die Adaptionseinrichtung.	BezugstherapeutIn der Hauptphase extern
Übergabe vor Aufnahme in die Adaption	BezugstherapeutIn der Hauptphase extern sowie der AD intern
Aushändigung der Einladung mit Termin und Uhrzeit sowie Informationen zur Aufnahme an den Patienten	BezugstherapeutIn AD intern