



Adaptionseinrichtung für Abhängigkeitskranke

Rehabilitationskonzept

(7. überarbeitete und aktualisierte Auflage
Stand: August 2016)

Therapiezentrum Speyer
Wormser Landstraße 1, 67346 Speyer
Tel.: 06232-6727-0, Fax.:06232-672711
E-Mail: adaption@tz-speyer.de

Ltd. Arzt: R. Bauer, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Ltd. Psychologe: Dipl.-Psych. Markus Liebrich, Psychologischer Psychotherapeut

Träger: STZ Heide GmbH
Gfhr.: Dipl.-Psych. Martin Heide, Dipl.-Kfm. Jürgen Hörschläger

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. <u>Vorbemerkung</u>	5
2. <u>Das Therapiezentrum Speyer: Strukturmerkmale</u>	5
2.1. Das Haus	5
2.2. Die Umgebung	6
2.3. Die Mitarbeiter	6
2.4. Indikation	7
2.5. Rehabilitationsdauer	8
2.6. Der Weg zur Aufnahme	9
2.6.1. Aufnahmebedingungen	9
2.6.2. Antragsverfahren und Leistungsträger	9
3. <u>Die Adaptionenmaßnahme: Prozessmerkmale</u>	9
3.1. Rehabilitationsziele	9
3.2. Therapeutischer Ansatz	11
3.3. Therapeutische Maßnahmen bzw. Angebote	11
3.3.1. Diagnostik und Rehabilitationsplanung	12
3.3.2. Medizinische Versorgung	12
3.3.3. Gruppentherapie	13
3.3.4. Einzelgespräche	13
3.3.5. Sozialtherapie	13
3.3.6. Internes Arbeitstherapie / Belastungserprobung	13
3.3.7. Externe Belastungserprobung / Betriebspraktikum	14
3.3.8. Berufliche Wiedereingliederung, Berufs- und Sozialberatung	15
3.3.9. Realitätstraining	16
3.3.10. Indikative Angebote	17
3.3.11. Andere Angebote	17
3.4. Rehabilitative Phasen und Maßnahmen	18
3.4.1. 1. Phase: Eingewöhnung	18
3.4.2. 2. Phase: Kernphase	18
3.4.3. 3. Phase: Vorbereitung der Entlassung und Ablösung	19
3.5. Nachsorge	20
3.6. Vernetzung	21
3.7. Notfallmanagement	21
4. <u>Qualitätssicherung</u>	22
5. <u>Literaturverzeichnis</u>	23
6. Anhang	
6.1. Hausordnung	
6.2. Zusatzhausordnung für pathologische Glücksspieler	
6.3. Zusatzhausordnung bei pathologischem PC-Gebrauch	
6.4. Einverständniserklärung	
6.5. Merkblatt	
6.6. Behandlungsvertrag	
6.7. Exemplarischer Wochenplan	

1 Vorbemerkung

Das 1995 gegründete Therapiezentrum Speyer arbeitet als medizinischer Leistungserbringer der Rehabilitationsträger im Sinne des § 15 (2) SGB VI, sowie des § 5 SGB IX auf das Ziel hin, die Erwerbsfähigkeit von suchtkranken Menschen unter Beachtung der Grundsätze der Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit möglichst effektiv und nachhaltig zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Gesetzliche Grundlage ist das 1994 vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger verabschiedete „Rahmenkonzept für die Adaptionphase“, sowie die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001.

Als Adaptionseinrichtung hat sich das Therapiezentrum Speyer darüber hinaus der spezifischen Aufgabe gestellt, im Anschluss an die Behandlungsphase in der Fachklinik durch geeignete Maßnahmen einen besonderen Beitrag zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung insbesondere der arbeitslosen Rehabilitanden zu leisten. Wir führen unsere Rehabilitanden ein Stück weiter auf dem Weg „von der Erwerbsfähigkeit zur Erwerbstätigkeit“¹ Wir beabsichtigen damit, zusätzlich zur gebesserten oder weitgehend wiederhergestellten Erwerbsfähigkeit, zur Stabilisierung des Behandlungserfolges beizutragen und gleichzeitig den Forschungsergebnissen Rechnung zu tragen, die die Wichtigkeit der beruflichen Wiedereingliederung für die Abstinenzhaltung unterstreichen. Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit gilt als der wichtigste, positive Faktor für langfristige Abstinenz und soziale Eingliederung.^{2 3} In diesem Sinne begegnen wir nach der Rechtsprechung des BSG einem klar benennbaren Rückfallrisiko. Wir tun dies vorwiegend mit medizinischen, psychotherapeutischen und sozialarbeiterischen Mitteln - als Mitglied des Fachverbandes Sucht e.V. - vernetzt und eingebunden in den Gesamtverbund aller mit der Beratung und Behandlung Suchtkranker befasseter Stellen und Einrichtungen. Wir stehen ständig in Kontakt und kooperieren mit psychiatrischen Akutkrankenhäusern, Fachkliniken für Entwöhnungsbehandlungen, anderen Adaptionseinrichtungen, den nachsorgenden Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Abstinenzverbänden sowie den Agenturen für Arbeit, Jobcentern und Trägern von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation.

2. Das Therapiezentrum Speyer: Strukturmerkmale

2.1. Das Haus

Die Einrichtung befindet sich im ersten bis dritten Obergeschoss eines großen Mehrzweckhauses in der Innenstadt von Speyer. Wir verfügen über 22 Behandlungsplätze. Eine Gruppe ist im ersten Stock untergebracht, wo sich auch die Werkstatt, der EDV-Raum, die Mitarbeiterbüros und ein Gruppentherapieraum befinden. Dieser Bereich ist mit dem Aufzug erreichbar und barrierefrei. Hier finden sich insgesamt sieben Einzelappartements (durchschnittliche Größe ca. 22 qm) mit je eigener voll ausgestatteter Küchenzeile und eigenem Bad, samt Dusche. Eines der Appartements ist rollstuhlgerecht ausgebaut. In der zweiten und dritten Etage ist großzügig Platz für je zwei Rehabilitandengruppen von 3-5 Personen. Die Rehabilitanden wohnen ausschließlich in Einzelzimmern (durchschnittliche Größe ca. 14 qm). Die Zimmer (wie die Appartements) sind mit Bett, Kleiderschrank, Schreibtisch, Stuhl und Nachttischschrank, sowie einem eigenen Waschbecken ausgestattet. Jede Gruppe dort verfügt über ein eigenes Bad mit je zwei Duschen und zwei WCs, eine eigene vollausgestattete Küche von ca. 20 qm Größe und einen Gruppenraum als Aufenthaltsraum (ca. 25 qm) mit Fernseher und Bibliothek.

Das Entspannungstraining findet in einem 42 qm großen Mehrzweckraum statt, in dem auch die Gruppentherapie und die indikativen Gruppen angeboten werden.

Den EDV-Raum (13 qm) als Übungsbüro für den bürotechnisch-kaufmännischen Bereich haben wir mit vier EDV-Arbeitsplätzen und einem verkabelten Platz für die Nutzung eines eigenen Laptops incl. Internet und einem Netzwerkdrucker ausgestattet, um unseren trainie-

¹Vgl.: Barchewitz et.al., Berichte zur Fachtagung „Adaption“ vom 01.03.95, Fachklinik Holstein, Lübeck

² Vgl.: Missel et al (2009): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation, in: Sucht Aktuell 1-2009, S. 14

³Vgl.: Henkel, D. et al (2008) Arbeitslosigkeit und Sucht, S. 214 ff., Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main

renden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden den Zugang zu Personal-Computern, der sinnvollen Anwendung des Internets und der wichtigsten Standard-Software zu erleichtern.

Im Haus befindet sich ein Arztzimmer mit Liege, in dem die psychiatrisch neurologische Untersuchung des leitenden Arztes stattfindet. Darüberhinausgehende medizinische Untersuchungen finden in der nahegelegenen Konsiliarpraxis statt, wo die notwendigen Apparaturen vorgehalten werden.

Die gewerblich-handwerkliche Arbeitstherapie als ergotherapeutischer Teil der „internen Phase“ findet innerhalb der Einrichtung in einer kleinen Werkstatt (23 qm) Platz, in der vor der Aufnahme eines externen Praktikums zu diagnostischen Zwecken Arbeiten durchgeführt werden können. Die Werkstatt ist zweckmäßig ausgestattet mit Werkbänken, Werkzeugen und Maschinen zur Holzverarbeitung.

Neben dem Verwaltungsbüro teilen sich je zwei therapeutische Mitarbeiter insgesamt drei ca. 30 Quadratmeter große Büros. Diese verfügen für jeden Mitarbeiter über einen eigenen Büroarbeitsplatz, samt Telefon und PC. Die PCs sind miteinander vernetzt. Mehrere Netzwerkdruker sind von den verschiedenen PCs aus ansteuerbar. In jedem Büro befinden sich Sitzecken und zusätzliche Stühle für die Rehabilitanden. Ein zentrales Faxgerät und ein den Datenschutzrichtlinien entsprechender Shredder sind in einem für alle Mitarbeiter zugänglichen Teamraum untergebracht. Hier befinden sich in einem abschließbaren Schrank auch die Rehabilitandenakten.

2.2 Die Umgebung

Die Einrichtung liegt außerordentlich verkehrsgünstig zwischen der traditionsreichen und kulturell lebendigen Innenstadt der alten Kaiser- und Domstadt Speyer und dem großen Gewerbegebiet im Nordwesten Speyers.

In Speyer gibt es drei öffentliche Krankenhäuser mit allen üblichen Fachabteilungen und Ambulanzen. Für komplizierte Entgiftungsbehandlungen und psychiatrische Verlegungen sind die psychiatrischen Spezialkrankenhäuser Pfalzlinik Landeck und ZfP Wiesloch für uns jederzeit erreichbar.

In der unmittelbaren Nachbarschaft hat unser allgemeinmedizinischer Konsiliararzt seine Praxis; mehrere Fachärzte, u.a. für die Fachbereiche Hals-Nasen-Ohren, Chirurgie, Augen und Innere Medizin sowie zwei Zahnärzte praktizieren in der engeren Umgebung. Ebenfalls in der Nachbarschaft der Einrichtung gibt es zwei Sportplätze für Spiele, Sport und Freizeit. Der Weg zur Agentur für Arbeit und zum Jobcenter beträgt fünf Minuten, Sparkasse, Stadtbücherei und Volkshochschule sind nur eine Straßenecke weit entfernt. Die Hauptpost und die Fußgängerzone mit ihren Geschäften sind in wenigen Minuten erreicht.

Eine Bushaltestelle für mehrere städtische und regionale Linien befindet sich direkt vor dem Gebäude, der Bahnhof ist zu Fuß in fünf Minuten erreichbar. So erschließen sich für unsere Rehabilitanden nicht nur die anderen städtischen Gewerbegebiete direkt, sondern mit Bahn und Bus auch der Industrieraum Schifferstadt-Haßloch-Mutterstadt sowie der im Rhein-Neckar-Verkehrsverbund leicht erreichbare Ballungsraum Heidelberg-Mannheim-Ludwigshafen.

2.3 Die Mitarbeiter

Der Mitarbeiterschlüssel entspricht den Vorgaben des Sollstellenplans der Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz von 2012.

Der Einrichtung steht ein leitender Arzt (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) vor. Dieser trägt die Leitung und auch die Gesamtverantwortung für die Rehabilitationsleistung und die Entlassungsberichte mit der darin enthaltenen sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Für die allgemeinmedizinische Betreuung arbeitet ein Facharzt für Allgemeinmedizin konsiliarisch in der Einrichtung mit.

Das Team setzt sich außerdem zusammen aus einem leitenden Diplom-Psychologen/ Psychotherapeuten mit Approbation, Diplom-Sozialpädagoginnen bzw. –Sozialarbeiterinnen mit therapeutischer Zusatzausbildung, Arbeitstherapeuten, der Hauswirtschaftsleiterin, zwei Verwaltungsangestellten, Reinigungskräften und den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des

Abend- und Nachtdienste. Dieser hat die Aufgabe, Ansprechpartner für Probleme in den Abend- und Nachtstunden zu sein, Krisenintervention zu leisten und Kontrollen durchzuführen. Hier ist sichergestellt, dass eine ausgebildete Fachkraft aus dem Bereich Pflege vorgehalten wird. Die regelmäßige Supervision (alle zwei Monate, Dauer 120 Minuten) erfolgt ortsnah durch einen erfahrenen externen Supervisor. Dieser ist Psychologischer Psychotherapeut, Lehrtherapeut und Lehrsupervisor. Hieran nehmen alle therapeutisch tätigen Mitarbeiter teil. Es finden wöchentliche Teamsitzungen mit allen Mitarbeitern statt.

2.4 Indikation

Aus zahlreichen katamnestischen Untersuchungen verschiedener Fachkliniken für Entwöhnungsbehandlungen und vielen anderen Veröffentlichungen wissen wir, welche negativen Auswirkungen auf die Prognose des Rehabilitationserfolgs die Faktoren Arbeitslosigkeit und soziale Desintegration haben.⁴

Das Therapiezentrum Speyer nimmt deshalb Personen zwischen 18 und 65 Jahren mit folgenden Indikationen auf, die auch nach der erfolgreich beendigten fachklinischen Behandlungsphase weiterer stationärer Hilfe zur Wiederherstellung bzw. wesentlichen Besserung der Erwerbsfähigkeit bedürfen:

- Abhängigkeit von Alkohol: (F10, ICD 10-GM)
- Abhängigkeit von Medikamenten (F11, F13, ICD 10-GM)
- Abhängigkeit von illegalen Drogen (F11-F19, ICD 10-GM)
- Pathologisches Glücksspiel (F63.0, ICD 10-GM)
- Pathologischer PC-Gebrauch (F63.8 bzw. F68.8, ICD 10-GM)

Mitbehandelbaren Komorbiditäten sind Persönlichkeitsstörungen (F69, ICD 10-GM), affektive Störungen ((F30-F39, ICD 10-GM), Angststörungen (F40, F41, ICD 10-GM), Zwangsstörungen (F42, ICD 10-GM), Belastungsstörungen (F43, ICD 10-GM), Psychosen in Remission (F2, ICD 10-GM), Essstörungen (F50, ICD 10-GM), sowie hyperkinetische Störungen (F90 ICD 10-GM).

Es handelt sich bei unserem Klientel in der Regel um Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die zusätzlich sozial desintegriert sind, d.h. die meist keinen eigenen festen Wohnsitz, keinen Arbeitsplatz, keine tragfähigen sozialen Bindungen usw. haben und die auch nach Abschluss der fachklinischen Behandlungsphase zur Entwöhnung nicht in der Lage sind, mit diesen Schwierigkeiten rückfallfrei umzugehen. Im Wesentlichen geht es dabei um zwei Rehabilitandengruppen:

Zum einen handelt es sich um junge Suchtkranke, die sehr früh in ihrer Entwicklung mit dem Suchtmittelmissbrauch begonnen haben. Die unvollständige Sozialisation hat das Fehlen vieler sozialer Kompetenzen, die zum selbständigen Leben notwendig sind, zur Folge. Das Hauptproblem dieser Suchtkranken ist, dass sie gesellschaftlich noch nie angemessen integriert waren.

Häufige ICF-orientierte Probleme dieser Rehabilitandengruppe sind:

- gravierende, d.h. über das übliche Maß hinausgehende Defizite in sozialen und emotionalen Kompetenzen (fehlende Frustrationstoleranz, geringes Durchhaltevermögen etc.)
- schlechte schulische und berufliche Ausbildung
- Fehlen beruflicher Qualifikationen
- unterentwickelte Kommunikations- und Interaktionsmechanismen
- defizitäre Problemlösefähigkeiten.

Eine zweite große Gruppe sind Rehabilitanden, die in der Regel schon älter sind und die in ihrem Leben einmal weitgehend gesellschaftlich integriert waren. Die Suchterkrankung hat

⁴ Vgl.: Henkel, D. et al (2008) Arbeitslosigkeit und Sucht, S. 214 ff, Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main

als eine ihrer Folgen zu einer starken sozialen Desintegration geführt, die durch eine normale Entwöhnungsbehandlung, auch aufgrund der zeitlichen Begrenzung der Maßnahme, nicht vollständig aufzufangen ist. In Einzelfällen können Rehabilitanden, wenn sie schon eine oder mehrere Entwöhnungsbehandlungen durchlaufen haben, auch ohne direkt vorangegangene Behandlungsphase in der Fachklinik direkt in die Adaptionseinrichtung aufgenommen werden. Voraussetzungen sind die Entgiftung, das Fehlen der Indikationen für die Auffangbehandlung und die Notwendigkeit von medizinischen Hilfen bei der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung.

Bei diesen Rehabilitanden gibt es häufig folgende Begleitphänomene:

- Mehrfachbehandlungen mit der Tendenz zur Hospitalisierung
- sehr lange Arbeitslosigkeit und entsprechende Defizite in der Ausdauer
- massive Verschuldungsproblematik
- lange Inhaftierung, Bewährungsauflagen, offene Verfahren etc.
- Fehlen tragfähiger sozialer Bindungen, zerstörtes oder kontraindiziertes soziales Umfeld
- sekundäre Persönlichkeitsveränderungen
- verlangsamte oder verminderte Lernfähigkeit

Eine Kontraindikation für die Aufnahme liegt bei mangelnden deutschen Sprachkenntnissen, akuter Suizidalität, akuten Psychosen und schweren hirnorganischen Störungen vor.

2.5 Rehabilitationsdauer

Die Behandlungsphase in der Fachklinik und in der Adaption im Therapiezentrum Speyer stellen zwei Phasen der gleichen medizinischen Rehabilitationsmaßnahme dar, der Entwöhnungsbehandlung. Die Adaptionsphase für die alkohol- und medikamentenabhängigen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dauert je nach Leistungsträger 12 bis 14 Wochen, für die drogenabhängigen 12 bis 17 Wochen. Es sind individuelle Verkürzungen (sollten die Rehabilitationsziele vor Ablauf der bewilligten Zeit erreicht sein) und auch Verlängerungen (wenn die bewilligte Dauer für das Erreichen der Rehabilitationsziele nicht ausreicht und eine Verlängerung Erfolg versprechend ist) möglich. Es gelten grundsätzlich die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

Wir möchten schon an dieser Stelle deutlich machen, dass „Wiedereingliederung in Beruf und Gesellschaft“ natürlich nicht bedeuten kann, dass die Maßnahme über das Erreichen des Status der Erwerbsfähigkeit hinaus verlängert wird. Andererseits führt die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht immer automatisch zu einer Beendigung der Reha-Maßnahme, nämlich z.B. dann nicht, wenn durch die Arbeitsaufnahme neue, rehabilitationsrelevante Probleme für den Rehabilitanden entstehen, die im ambulanten Rahmen (noch) nicht ausreichend bearbeitet werden können. Diese können z.B. darin liegen, dass durch den wegfallenden Praktikantenschutz die faktischen oder wahrgenommenen Anforderungen steigen und der Klient mit seinen Problemlösestrategien überfordert sein kann. Eine unklare Wohnsituation zu diesem Zeitpunkt kann sich ebenso destabilisierend auswirken, wie noch unklare finanzielle Verhältnisse wegen nun wechselnden Zuständigkeiten der entsprechenden Ämter. Eine psychische Krise bis hin zur Rückfälligkeit kann die Folge sein und weiteren Rehabilitationsbedarf begründen. Die vertraute Umgebung der Rehabilitationseinrichtung mit den entsprechenden Angeboten, wie ärztlich-psychiatrische Sprechstunde, psychotherapeutisches Einzelgespräch und Krisenintervention, sozialarbeiterische Begleitung und hauswirtschaftliche Unterstützung kann sich hier stabilisierend und rückfallprophylaktisch auswirken. Die Maßnahme sollte aber nach Rücksprache mit dem Leistungsträger innerhalb von bis zu vier Wochen danach abgeschlossen werden.

2.6 Der Weg zur Aufnahme

2.6.1 Aufnahmebedingungen

Die Voraussetzung für eine Aufnahme in das Therapiezentrum Speyer ist in der Regel die erfolgreich abgeschlossene Phase I der Entwöhnungsbehandlung. Falls schon früher eine oder mehrere regulär abgeschlossene Entwöhnungsbehandlungen stattgefunden haben und der zuständige Leistungsträger der Auffassung ist, dass ein weiterer Fachklinikaufenthalt als Auffangbehandlung therapeutisch nicht notwendig erscheint, genügt eine unmittelbar vorangegangene qualifizierte Entgiftungsbehandlung oder eine stationäre Orientierungsphase. Es gelten hier die Bestimmungen der einzelnen Leistungsträger.

Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bewerben sich mit Hilfe der zuständigen Mitarbeiter der Fachklinik oder ihrer Beratungsstelle schriftlich. Sie sollen dabei ihren Lebenslauf und ihre Suchtentwicklung beschreiben und darstellen, was sie sich persönlich von der Adaptionsmaßnahme versprechen.

Die vermittelnde Fachklinik soll eine ärztliche und psychologische Epikrise mit der Darstellung von Status, Möglichkeiten und Zielen der Adaptionsmaßnahme vorlegen.

Bei allen Beteiligten sollte Klarheit darüber bestehen, dass es für den Bewerber oder die Bewerberin eine realistische Chance gibt, das Ziel der Adaptionsmaßnahme zu erreichen. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden kommen freiwillig, nachdem sie sich die Einrichtung im Rahmen des obligatorischen ambulanten Vorgesprächs angeschaut haben und sich ein positives Urteil über den Sinn und das Ziel der Maßnahme gebildet haben.

Bei der Aufnahme muss die Erklärung der Kostenübernahme eines Leistungsträgers (Rentenversicherung, Krankenkasse oder Sozialhilfeträger) vorliegen.

2.6.2 Antragsverfahren und Leistungsträger

Der Übergang von der Entwöhnungsbehandlung in die Adaptionseinrichtung sollte nahtlos geschehen.

Der Antrag auf Gewährung einer Adaptionsmaßnahme sollte daher spätestens vier Wochen vor Beendigung der Fachklinikphase beim zuständigen Leistungsträger der Entwöhnungsbehandlung in der Fachklinik gestellt werden. Im Arzt- und Sozialbericht sollte differenziert die Indikation für die Adaptionsmaßnahme begründet sein. Es sollten die medizinischen und therapeutischen Zielvorgaben für die Adaption dargestellt und möglichst detaillierte Aussagen über die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit gemacht werden.

Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz als federführender Leistungsträger, die Deutsche Rentenversicherung Bund und andere Rentenversicherungsanstalten, Krankenkassen und Träger der Sozialhilfe übernehmen als Rehabilitationsträger nach Bedarf die Kosten der Adaptionsmaßnahme, wenn die notwendigen Voraussetzungen erfüllt sind. Entsprechend ist unser Einzugsgebiet bundesweit.

Lehnt der Rehabilitationsträger die beantragte Maßnahme wegen fehlender Zuständigkeit ab, so ist der Antrag mit dieser Ablehnung an den jeweils zuständigen Sozialhilfeträger zu stellen.

3. Prozessmerkmale: Die Adaptionsmaßnahme

3.1 Rehabilitationsziele

Als erstes Ziel einer medizinischen Rehabilitation gilt die Wiederherstellung oder der Erhalt der Erwerbsfähigkeit als Bestandteil der funktionalen Gesundheit (im Sinne des ICF) für eine erfolgreiche, d.h. möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.⁵ Wir ge-

⁵ Vgl.: Deutsche Rentenversicherung Bund (2007), Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung

hen davon aus, dass unseren Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ein maßvoller Gebrauch von Suchtmitteln auf Dauer unmöglich sein wird. Deshalb gilt als weiteres elementares Rehabilitationsziel die Suchtmittelabstinenz, auch, um die berufliche und soziale Integration nicht zu gefährden. Weiterhin zielt die Maßnahme, wie jede andere in der Rehabilitation Suchtkranker, auf die Verbesserung der Symptome, die zur Behandlung geführt haben. Die Adaptionphase dient der „Adaption“, d.h. der Anpassung an die gegebene soziale Realität und damit der Umsetzung der in der Fachklinik gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen, sowie der Erprobung der erreichten Verhaltensänderungen in der Praxis des Lebensalltags. Unter möglichst realen Bedingungen soll aus einem in der ersten Behandlungsphase gewissermaßen theoretisch angelegten Potential greifbare, beständige, tragfähige und belastbare soziale Wirklichkeit werden.

So ist die Adaptionphase eine Phase der Öffnung nach außen und damit die letzte stationäre Phase der medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 15 SGB VI.

Die Einzelziele werden im Rahmen der Einzeltherapie ausführlich mit den Rehabilitanden besprochen. Es findet eine schriftliche Vereinbarung statt, der beide Parteien zustimmen müssen. Nach etwa der Hälfte der Rehabilitationsdauer findet eine Zwischenbilanz statt. Diese kann auch dazu genutzt werden Ziele nochmals zu hinterfragen und gegebenenfalls zu modifizieren. Da Ziele insgesamt einem dynamischen Veränderungsprozess unterworfen sein können, sind Änderungen, wenn nötig und sinnvoll, jederzeit möglich.

Einzelziele, die in diesem Zusammenhang vereinbart werden können unter anderem sein:

- Vertiefung der Krankheitseinsicht und Festigung der Abstinenzentscheidung,
- weitere körperliche Stabilisierung, bzw. medizinische Weiterbehandlung und Genesung,
- Persönlichkeitsstabilisierung bei allmählich abnehmenden psychotherapeutischen Angeboten (Gruppen-, Einzelgespräche);
- Aufarbeitung belastender Arbeitsplatz- bzw. Arbeitslosigkeitserfahrungen
- Fortsetzung der Erarbeitung einer beruflichen Perspektive (in enger Kooperation mit der Arbeitsverwaltung);
- Wiederherstellung oder wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit durch:
 - Training beruflicher Fähigkeiten und Fertigkeiten (interne Arbeitstherapie);
 - Arbeitstherapie und Belastungserprobung in externen Betriebspraktika;
 - eventuell Aufnahme eines regulären Arbeitsverhältnisses oder einer beruflichen Qualifizierungsmaßnahme;
- bei Bedarf Training von grundlegenden lebenspraktischen Fertigkeiten (z.B. Haushaltsführung inkl. Einkauf, Kochen, Waschen, Wohnungsgestaltung etc.);
- weitere Regulierung evtl. vorhandener Schulden, sofern notwendig;
- Anschluss an eine Beratungsstelle und eine externe Selbsthilfegruppe;
- Aufnahme tragfähiger sozialer Kontakte;
- Planung und Einübung eines aktiven Freizeitverhaltens;
- Wohnungssuche und -bezug.⁶

Diese Ziele der Adaptionphase sind nur bei sehr enger Kooperation und Koordination zwischen Fachklinik und regional eingebundener Adaptionseinrichtung zu erreichen.

Damit wir möglichst nahtlos an die Arbeit der belegenden Fachkliniken für Entwöhnungsbehandlung anknüpfen können, bemühen wir uns um genaue gegenseitige Kenntnis und versuchen, konzeptionelle Abstimmungen zwischen Adaptionseinrichtung und Klinik zu gewährleisten. Hierfür sind Absprachen zwischen den Betreuern in jedem Einzelfall notwendig, ein oder mehrere Vorstellungsgespräche zum Kennenlernen der Einrichtung durch den Rehabilitanden oder ein kurzes, oft sehr hilfreiches, Probewohnen.

⁶ Vgl. Weissinger V, Missel P. (2006) Gesamtkonzept des Fachverband Sucht e.V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, Sucht aktuell 13, 44-71

Insgesamt ist die Arbeit der Adaptionseinrichtung als Hilfe zur Selbsthilfe anzusehen, wobei vorgegebene Strukturen und das Ausmaß der Verantwortungsübernahme durch die Mitarbeiter der Adaptionseinrichtung kontinuierlich während des Aufenthaltes nachlassen und einen nahtlosen Übergang in ein selbständiges sozial integriertes Leben ermöglichen.

3.2 Therapeutischer Ansatz

Wir verstehen die chronische Abhängigkeitserkrankung als bio-psycho-sozial bedingt. Nach dem heutigen Stand der Forschung müssen zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeitserkrankung kulturelle und soziale Faktoren (Verfügbarkeit des Suchtstoffes, Risikomilieu etc.) ebenso berücksichtigt werden, wie psychologische Faktoren (z.B. Suchtmittelkonsum als gelerntes Verhalten zur Spannungsreduktion, psychiatrische Komorbidität) und biologische Einflüsse (z.B. Genetik und Neurobiologie).

Unserem Auftrag gemäß ist dementsprechend das gesamte therapeutische Programm verhaltensmedizinisch orientiert. Hierzu ist ein multiprofessionelles Arbeiten unabdingbar. Unter ärztlicher Leitung arbeiten verschiedene Berufsgruppen, wie Dipl. Psychologe, Dipl. Sozialarbeiter und Arbeitstherapeut gleichberechtigt an den jeweils zugrunde liegenden Problemen. Medizinische und psychotherapeutische Interventionen, Betreuung und Fürsorge sind bei unseren Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unverzichtbar. (zu den einzelnen Maßnahmen siehe Pkt. 3.3).

Wir setzen hierzu verhaltens-, selbstmanagement- und ressourcenorientierte Verfahren ein. Die Interventionsstrategien sind handlungsorientiert und pragmatisch auf die Förderung der gesunden und aktiven Fähigkeiten jedes einzelnen Rehabilitanden ausgerichtet. Unsere Arbeitshaltung und Arbeitsweise orientiert sich in allen Phasen der Maßnahme an den Grundsätzen des ICF. So werden beispielsweise die Ressourcen und Möglichkeiten zur Teilhabe ebenso in den Blickpunkt gerückt, wie Hemmnisse und Störungen. Dies umfasst gemäß ICF eine Beeinträchtigung von Aktivitäten (z.B. vorhandene oder mangelnde Ressourcen im Bereich Selbstversorgung, Geldmanagement, Mobilität), Beeinträchtigung der beruflichen Teilhabe (Arbeitslosigkeit, strukturschwache Wohnsituation, arbeitsweltferne Ausbildung oder Qualifikation), sowie hemmende oder fördernde personen- und umweltbezogene Kontextfaktoren (Gesundheit, Soziale Bindungen, soziales Umfeld, Wohnsituation).

Unter Berücksichtigung der entsprechenden Fertigkeiten und Handlungsmöglichkeiten wird gemeinsam eine realistische Lebensperspektive erstellt, die vom Rehabilitanden selbst im Rahmen der Behandlung Schritt für Schritt umgesetzt und überprüft werden kann. Die Erfahrungen werden in der Gruppe und im Einzelgespräch gemeinsam erarbeitet und ausgewertet. Dies soll die Betroffenen befähigen ein später eigenständiges, teilhabeorientiertes, selbstverantwortliches und suchtmittelfreies Leben zu führen.

3.3 Therapeutische Maßnahmen bzw. Angebote

Gemäß des oben beschriebenen Auftrags und der Ziele unserer Arbeit liegt ein Schwerpunkt der Adaptionsbehandlung in der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) ⁷ Gemäß den BORA-Zielgruppenbeschreibungen finden sich in der Adaption hauptsächlich Rehabilitanden der Zielgruppen 4 (langzeitlose Rehabilitanden) und 3 (arbeitslose Rehabilitanden mit kürzerer Arbeitslosigkeit). Vereinzelt können auch Rehabilitanden der Zielgruppen 2 (Arbeitsplatz mit besonderer beruflicher Problemlage ist vorhanden) und 5 (Nicht-Erwerbsperson, die eine Reintegration in den Arbeitsmarkt anstrebt) behandelt werden. Die Zuordnung der Rehabilitanden zu einer BORA-Zielgruppe ist in der Regel bereits während der Entwöhnungstherapie erfolgt. Die Leistungen sind im Folgenden in den nächsten Kapiteln näher beschrieben und werden nach KTL Ausgabe 2015 entsprechend im ärztlichen Entlassbericht abgebildet und dokumentiert. (D552, D585, D562, D563, D564, D569, D573, D579, D584, D594, D572, D581, D582, D583, D585, D586, D589, D591,

⁷ Vgl. Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14.. November 2014

D592, D593, D595, D596, D599, D620, E630, E641, E651, L560, E601, E602, F552, G552, G605, G642, G676, E 621, E622).

3.3.1 Diagnostik und Rehabilitationsplanung

Für die bei der Aufnahme in die Adaptionseinrichtung und zur Rehabilitationsplanung notwendige leistungs- und berufsspezifische Diagnostik stehen dem leitenden Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dem leitenden Diplom-Psychologen, sowie den Arbeitstherapeuten, wenn möglich, sämtliche Berichte der vorbehandelnden Fachklinik, die Begutachtungunterlagen des Leistungsträgers, sowie eigene Untersuchungsergebnisse zur Verfügung. Ein in der Einrichtung konsiliarisch arbeitender Facharzt für Allgemeinmedizin führt die körperlichen Untersuchungen sowie die notwendigen Laboruntersuchungen durch.

Bei Rehabilitanden mit unklarer beruflicher Tendenz führt der Arbeitstherapeut den Berufs-Interessentest (BIT) und den Explorix, gegebenenfalls führt auch den MELBA durch. Unser Diplom-Psychologe ist (falls in der Fachklinik noch nicht geschehen) für die individuellen psychologischen Testungen zuständig. Hierbei können der Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B), das Trierer Alkoholismus-Inventar, der MALT, der Aufmerksamkeits-Belastungstest d2, das Beckische Depressionsinventar, die Symptomcheckliste SCL 90-R, der U-Fragebogen nach Ulrich und Ulrich, sowie das Diagnostikum für Cerebralschädigung (DCS) zum Einsatz kommen.

Nach der Bestimmung der individuellen Rehabilitationsziele wird gemeinsam mit jedem Rehabilitanden ein Behandlungsplan erstellt, der auf den persönlichen Bedürfnissen, Ressourcen und Defiziten jedes Einzelnen aufbaut und der nach den unten dargestellten therapeutischen Möglichkeiten der Einrichtung bausteinmäßig zusammengesetzt wird.

Die Durchführung der Behandlung folgt dabei zwar weitestgehend dem Behandlungsplan, dieser wird jedoch dem individuellen Verlauf jeder Rehabilitation angepasst⁸. In täglichen Teambesprechungen kann die Planung jederzeit durch neue Erkenntnisse ergänzt oder, wenn sinnvoll, verändert werden.

3.3.2 Medizinische Versorgung

Die fachärztliche Untersuchung und Befunderhebung, einschließlich der Dokumentation sind in der Regel am Aufnahmetag abgeschlossen. Neben der Anamneseerhebung, der allgemeinärztlichen, sowie psychiatrischen und neurologischen Untersuchung und der Indikationsstellung finden regelmäßige Sprechstunden des leitenden Arztes und des konsiliarisch mitarbeitenden Allgemeinarztes statt. Dessen apparative Ausstattung besteht aus EKG, Ultraschall und den üblichen Instrumenten der internistischen Untersuchung. Die Vorstellung kann auf eigenen Wunsch des Rehabilitanden aber auch von einem anderen therapeutischen Mitarbeiter, der Behandlungsnotwendigkeit vermutet, initiiert werden. Gegebenenfalls finden Zwischenuntersuchungen statt. Bei Bedarf werden Überweisungen zu Fachärzten in der Umgebung ausgestellt, um diagnostische Sicherheit zu erlangen oder eine speziellere Behandlung zu gewährleisten. Diese sind nach Vorlage einer Schweigepflichtsentbindung gehalten, uns einen Befund mit Diagnose und Therapievorschlägen zukommen zu lassen. Falls nötig findet ein telefonischer Informationsaustausch statt. Verordnete Medikamente werden auf Ihre Kompatibilität zur Suchterkrankung überprüft und gegebenenfalls verändert. Im Notfall erfolgt eine unverzügliche Verlegung in eines der umliegenden Krankenhäuser. Gegen Ende der Rehabilitationsbehandlung findet eine Abschlussuntersuchung statt. Die Ergebnisse fließen in die Erstellung des Entlassberichtes ein, der nach dem Leitfaden zum einheitlichen Entlassbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung verfasst wird und für den der leitende Arzt die Verantwortung trägt.

⁸ Vgl. Missel, P. und Zemlin, U., Neuere Entwicklungen in der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Suchterkrankungen, S. 145, in: Zielke, M. und Sturm, J. (Hrsg.): Handbuch stationäre Verhaltenstherapie, Psychologie-Verlags-Union, Weinheim, 1994

3.3.3 Gruppentherapie

Alle Rehabilitanden des Therapiezentrums Speyer werden in eine der fünf Wohngruppen integriert. Diese werden in zwei Therapiegruppen zusammengeführt. Die Gruppentherapeuten vertreten sich als Co-Therapeuten gegenseitig. Die wöchentlichen, aus maximal 12 Rehabilitanden bestehenden, 120 Minuten dauernden gruppentherapeutischen Sitzungen dienen in erster Linie der Fortsetzung der Erreichung der während der Entwöhnungsbehandlung erreichten Einstellungs- und Verhaltensänderungen. Da der psychotherapeutische Prozess aber in der Regel während der Phase I der Entwöhnungsbehandlung weit fortgeschritten ist, liegt der Schwerpunkt der Gruppenarbeit auf der themenzentrierten Bearbeitung der anstehenden Schritte in die soziale Realität. Hierzu zählen die Aufarbeitung belastender Arbeitsplatz- bzw. Arbeitslosigkeitserfahrungen, die berufliche Perspektive, der Kontakt zu Angehörigen, Freunden oder neuen Bekannten, der Anschluss an eine Selbsthilfegruppe, die weitere Klärung notwendiger finanzieller oder juristischer Schritte, die Wohnungssuche, Bewerbungstraining, sinnvolle Freizeitgestaltung und vieles andere mehr.

Die Teilnahme an der Arbeitstherapie, an den verschiedenen Kursen und an den Praktika findet gruppenübergreifend nach indikativen Gesichtspunkten statt.

3.3.4 Einzelgespräche

Jedem Rehabilitanden wird ein Bezugstherapeut zugeteilt, der während der gesamten Adaptionsphase Hauptansprechpartner ist. Therapeutische Einzelgespräche (zwischen 20 und 60 Minuten) werden in der Adaptionsphase nach Bedarf (in der Regel einmal pro Woche) durchgeführt und dienen im Wesentlichen dem "Verstehen" und den Kriseninterventionen. Meistens setzen sie einen psychotherapeutischen Prozess fort oder bearbeiten ein sich aus dem laufenden Prozess entwickelndes neues Thema.

Darüber hinaus dienen Einzelgespräche mit den Bezugstherapeuten natürlich dem Herausarbeiten der individuellen Rehabilitationsziele sowie einer realistischen Rehabilitations- und Lebensplanung, der Unterstützung in Krisen und der Überprüfung des Erreichten.

3.3.5 Sozialtherapie

Die sozialtherapeutischen Angebote (als extra Termine oder im Rahmen der täglichen Sprechstunden) begleiten alle Rehabilitanden durch die gesamte Adaptionsphase. In erster Linie dienen sie dazu, relevante Kontakte, Termine und Formularbearbeitung vor- und nachzubereiten und den Rehabilitanden in die Lage zu versetzen, seine Angelegenheiten nach Ablauf der Adaption selbst zu regeln. Sie bestehen grundsätzlich aus jeder Art von Hilfestellung, die je nach individueller Notwendigkeit aus Begleitung (im Ausnahmefall) bei den Kontakten zu Arbeitsamt oder Ämtern schlechthin, Arbeitgebern oder Vermietern bestehen kann, aus Anregung und Unterstützung bei der Freizeitgestaltung, Schuldenregulierung bis hin zu der Vermittlung weiterführender Hilfen o.ä.. Als Sozialtherapeuten kommen alle therapeutischen Mitarbeiter der Einrichtung zum Einsatz, sie helfen konkret und als Hilfe zur Selbsthilfe in jeder Phase des therapeutischen Prozesses von der Aufnahme bis zur Entlassung.

3.3.6 Interne Arbeitstherapie / Belastungserprobung

Unter dem Begriff des internen Arbeitstrainings verbergen sich eine Fülle von Einzelaktivitäten und -interventionen, deren Ziele sich den allgemeinen Zielen der Adaptionsphase unterordnen. Es dient der Verbesserung oder Wiederherstellung allgemeiner Grundarbeitsfähigkeiten und der Erarbeitung einer beruflichen Perspektive. Es beginnt am Tag nach der Aufnahme und endet, sobald ein externer Trainingsplatz gefunden ist, möglichst innerhalb von zwei bis drei Wochen.

Einzelziele können sein:

- Beurteilung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit unter besonderer Berücksichtigung anamnestischer und diagnostischer Daten aus der Vorbehandlung,
- Erstellung eines Defizite und Ressourcen beschreibenden Fähigkeitsprofils,
- Ermittlung berufsrelevanter Kenntnisse und Fertigkeiten,
- Erfassung von sozialen Störungen und der Belastbarkeit im Arbeitsverhalten,
- Training schwach ausgeprägter und förderbarer Funktionen,
- Erarbeiten einer beruflichen Perspektive,
- Beginn der Belastungserprobung im berufsunspezifischen Bereich,
- Vermittlung und Durchführung eines berufsfeldspezifischen externen Praktikums zur Belastungserprobung unter realen Bedingungen.

Die eingesetzten Methoden sind Belastungserprobung, Testdiagnostik und Arbeitstherapie. Während in der Belastungserprobung die diagnostischen Aspekte wie die Ermittlung des arbeitsrelevanten Leistungsprofils und der sozialen Anpassungsfähigkeit überwiegen, stehen bei den arbeitstherapeutischen Interventionen Aspekte der Steigerung der Belastbarkeit, der Verbesserung und Stabilisierung der Arbeitsgrundfähigkeiten im Vordergrund. Gegenüber dem Hauptziel der Beseitigung krankheitsbedingter Störungen im Arbeitsverhalten durch das Training von Zuverlässigkeit, Durchhaltevermögen, Konzentrationsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit usw. tritt die Vermittlung spezieller beruflicher Fertigkeiten dabei eher in den Hintergrund.

Bei der Belastungserprobung geht es letztendlich um die Überprüfung der beruflichen Wiedereingliederungschancen. Durch eine differenzierte multimethodale Diagnostik wird geklärt, in welcher Art und in welchem Umfang der Rehabilitand beruflich verwertbare Leistungen erbringen kann, wo evtl. körperliche, kognitive oder psychische Einschränkungen eine Wiedereingliederung erschweren bzw. welche Einschränkungen durch geeignete Therapie- oder Trainingseinheiten gezielt verbessert bzw. abgebaut werden können.

In einer wöchentlichen Sitzung des interdisziplinären Teams werden die anamnestischen und diagnostischen Daten aus der Entwöhnungsbehandlung und aus der Belastungserprobung sowie die Ergebnisse der allgemeinärztlichen, neurologischen, psychiatrischen und psychologischen Untersuchung zusammengetragen, ergänzt durch arbeitstherapeutische Erkenntnisse und sozialarbeiterisch relevante Bereiche, und ausgewertet. Daraus wird eine berufliche und therapeutische Empfehlung für den Rehabilitanden erarbeitet und mit ihm besprochen.

Danach gibt es im Wesentlichen drei Wege:

- die Aufnahme eines externen Betriebspraktikums zur Erprobung und Erweiterung der berufsfeldspezifischen Kenntnisse und Fähigkeiten als Regelfall, natürlich auch vor dem Hintergrund der Verbesserung von Vermittlungschancen beim Praktikumsgeber oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt,
- die Aufnahme oder die Fortsetzung des internen Arbeitstrainings zur Steigerung der Belastbarkeit, der Verbesserung und Stabilisierung der Arbeitsgrundfähigkeiten mit dem Ziel, den Rehabilitanden zu einem späteren Zeitpunkt doch noch in ein externes Praktikum vermitteln zu können,
- die Vorbereitung des Weges in eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation in Absprache mit dem Leistungsträger bzw. dem Jobcenter oder der Agentur für Arbeit.

Als Trainingsfelder für die interne Arbeitstherapie dienen ein gewerblich-handwerklicher und ein kaufmännischer Bereich in einem mit PCs ausgestatteten Übungsbüro, aber auch die Hauswirtschaft und die Haustechnik.

3.3.7 Externe Belastungserprobung / Betriebspraktikum

Sobald ein Rehabilitand im noch risikofreien internen Rahmen deutlich gemacht hat, dass er über die für die Aufnahme einer regulären Arbeit notwendigen Fähigkeiten verfügt, soll un-

verzüglich mit einer externen Belastungserprobung oder einem Praktikum begonnen werden. Hierzu findet ein Koordinierungsgespräch zwischen dem Rehabilitanden, seiner Bezugstherapeutin und dem zuständigen Mitarbeiter der beruflichen Integration statt, in dem die Ziele des Praktikums besprochen und festgelegt werden. Wenn die Berichte aus der Fachklinik entsprechende Aussagen enthalten, kann das schon nach wenigen Tagen der Fall sein. Am Ende des Gesprächs werden die Ergebnisse in einer schriftlichen Vereinbarung dokumentiert und von allen Beteiligten unterschrieben.

Einzelziele können z.B. sein:

- (Wieder) Heranführen an die Arbeitswelt,
- Steigerung der Konfliktfähigkeit,
- Weitere Verbesserung und Stabilisierung der Arbeitsgrundfähigkeiten,
- Abgrenzung gegenüber Kollegen und Vorgesetzten,
- Training der berufsspezifischen Fähigkeiten,
- Praktisches Umsetzen des in der Fachklinik gelernten bzgl. Funktionalität des Suchtverhaltens,
- Kennenlernen eines bislang unvertrauten Arbeitsbereichs,
- Steigerung des Selbstwirksamkeitserlebens und Selbstvertrauens.

Dazu unterhält die Einrichtung Kontakte mit über 200 kleinen, mittelständischen und öffentlichen Arbeitgebern in der Region, um in möglichst vielen verschiedenen Berufen Übungsmöglichkeiten anbieten zu können. Wir arbeiten fast ausschließlich mit Firmen des sogenannten ersten Arbeitsmarkts zusammen um eine möglichst realistische Abbildung der Arbeitswelt mit all ihren Facetten zu erhalten.

Im Rahmen des Probewohnens können einzelne Rehabilitanden sogar schon vor der Aufnahme in die Adaptionseinrichtung mit Arbeitgebern Kontakt aufnehmen und sich um einen Trainingsplatz bemühen.

Während des Betriebspraktikums hält der zuständige Arbeitstherapeut der Einrichtung Kontakt zum Praktikumsgeber, berät diesen bei Bedarf und überprüft die Einhaltung der vereinbarten gegenseitigen Rechte und Pflichten. Am Ende des Praktikums erstellt der „Arbeitgeber“ ein arbeitsmarktgerechtes Zeugnis, das dem Rehabilitanden bei der Stellensuche helfen soll, falls er nicht übernommen wird.

Die Bezugs- und Arbeitstherapeuten haben auch weiterhin regelmäßigen Kontakt zu den Rehabilitanden, um den Praktikumsverlauf zu begleiten, Probleme zu besprechen und bei Schwierigkeiten gegebenenfalls eingreifen zu können.

Am Ende des Praktikums findet ein Bilanzierungsgespräch statt.

3.3.8 Berufliche Wiedereingliederung, Berufs- und Sozialberatung

Nachdem unsere Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der internen Arbeitstherapie und der externen Belastungserprobung ihre beruflichen Fähigkeiten und Fertigkeiten testen und möglicherweise ausbauen konnten, steht in einem nächsten Schritt die Hilfe bei ihrer beruflichen Wiedereingliederung an. Es kommt immer wieder vor, dass ein Praktikumsgeber mit der Arbeitsleistung eines Praktikanten so zufrieden ist, dass er ihn in ein Arbeitsverhältnis übernimmt.

Gegen Ende der Maßnahme kann ein Rehabilitand eine sich solcherart bietende Chance einer regulären Erwerbsarbeit schon vor der Entlassung ergreifen, d.h. er kann nach Absprache mit dem Leistungsträger für eine Übergangszeit von bis zu vier Wochen noch in der Einrichtung verbleiben. In dieser Phase liegt der Schwerpunkt der Therapie auf der Aufarbeitung aktueller, meist aus dem neuen Arbeitsverhältnis resultierender Probleme (s.o.)

Wenn eine direkte Übernahme nicht möglich ist, kann immerhin das Zeugnis, das der Praktikumsgeber i.d.R. ausstellt, die Chancen einer Vermittlung in ein festes Arbeitsverhältnis verbessern.

Wir bieten ein Einzel- und Gruppenbewerbertraining an, an dessen Ende eine aussagekräftige Bewerbermappe stehen soll. Mittels Basisinformationen, Rollenspielen und gezieltem PC-Einsatz sollen die Rehabilitanden wieder in die Lage versetzt werden sich auf Stellen zu bewerben und gut vorbereitet ein Vorstellungsgespräch zu führen. Wir stellen hierfür relevante

Infrastruktur, wie Tageszeitungen und PCs samt Drucker und kostenlosem Internet auch außerhalb der Therapiezeiten zur Verfügung.

Aber selbst bei Vorhandensein entsprechender Angebote gelingt es aus verschiedenen Gründen nicht immer ohne Weiteres, ein reguläres Arbeitsverhältnis aufzunehmen, z.B. wegen körperlicher oder psychischer Beeinträchtigungen als Folge bzw. Begleiterscheinung der Suchterkrankung. Mit den oben näher spezifizierten Maßnahmen versuchen wir schon während des Praktikums, und auch danach, im somatischen und psychotherapeutischen Bereich eine weitere Verbesserung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu erlangen und bestehende Beeinträchtigungen weiter zu reduzieren. Sind diese, incl. der Suchterkrankung an sich, bereits so chronifiziert und die Rückkehr in den erlernten Beruf (z.B. Bierbrauer) nicht mehr möglich, versuchen wir den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei der Erlangung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu helfen. Dies umfasst unter anderem die Sprechstunde des Rehabiliters der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz und die Hilfestellung beim Ausfüllen von Formularen.

Wir bemühen uns, in enger Zusammenarbeit mit den Abteilungen für berufliche Rehabilitation der zuständigen Rentenversicherungsträger und den Reha-Beratern der Agentur für Arbeit potentielle Arbeitgeber und unsere Rehabilitanden umfassend über ihre Möglichkeiten zu informieren, sie bei der Durchsetzung möglicher Ansprüche zu unterstützen und ihnen so berufsfördernde Leistungen zugänglich zu machen.

3.3.9 Realitätstraining

Das therapeutische Handeln soll in der Adaptionphase personenbezogen, handlungsorientiert und so konkret wie möglich sein⁹. Auf der konkretesten Ebene der Alltagsbewältigung werden nicht nur die Defizite, sondern auch die vorhandenen Ressourcen am deutlichsten. Auf den individuellen Ressourcen aufzubauen und dabei möglichst hoch auf den Grat zwischen anregenden, Erfolgserlebnisse vermittelnden Anforderungen und frustrierenden Überforderungen zu gelangen, das macht die Erfahrung und das Vermögen der therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus.

Mit der Adaptionmaßnahme wollen wir unsere Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf ein teilhabeorientiertes, eigenverantwortetes, selbständiges und abstinentes Leben vorbereiten. Deshalb stellen wir die Aktivitäten des Realitätstrainings gleichrangig neben die Belastungserprobung. Dazu gehören innerhalb der Einrichtung die Verrichtungen der lebenspraktischen Selbstversorgung wie Gestaltung und Reinigung des Wohnbereichs, Wäschepflege und Kochen, die während der internen Arbeitstrainingsphase unter der Anleitung der Hauswirtschaftsleiterin eingeübt werden können. Diese verfügt über eine Zusatzqualifikation im Bereich Ernährung und bietet bei Bedarf eine Ernährungsschulung und -beratung (einzeln oder in der Gruppe) an. Der Bedarf wird entweder vom Rehabilitanden selbst geäußert (wenn er beispielsweise bisher immer von der Mutter versorgt wurde) oder wir initiieren eine Beratung bzw. Schulung, wenn aus medizinischer (z.B. Gewicht, Blutwerte, Essstörung) oder therapeutischer (z.B. Förderung der Verselbständigung) Sicht eine Indikation vorliegt. Unsere Hygienebeauftragte schult die Rehabilitanden regelmäßig und erstellt bzw. aktualisiert fortlaufend die schriftlichen Hygienepläne, die z.T. öffentlich aushängen. Viele diese Dinge und darüber hinaus die notwendigen Außenaktivitäten wie Behördengänge, Wohnungssuche, Vorstellungsgespräche, Besuche von Selbsthilfegruppen, Einkaufen und Freizeitaktivitäten sollen in der Regel in der arbeitsfreien Zeit oder innerhalb des im Stundenplan festgelegten Rahmens erledigt werden.

Auch während der externen Belastungserprobung haben Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine ganze Reihe von Pflichten, die nicht mit der internen Phase enden. Dazu gehören Einkaufen und Kochen ebenso wie die Pflege des Wohnbereichs und natürlich die Außenori-

⁹ Vgl.: Heide, M (2001) „Wenn ich erst wieder Arbeit habe,....“ in Heide M.: „Wenn ich erst wieder Arbeit habe...“ Neuland-Verlagsgesellschaft, Geesthacht

entierung, die zunehmende Bedeutung gewinnt. Besonders wichtig ist dabei die Wohnungssuche, d.h. das Kennenlernen des Marktes, die Einschätzung verschiedener Angebote, das Stellen von Anträgen und das Schließen eines Mietvertrags - ein Feld, in dem Hoffnung und Entmutigung außerordentlich eng beieinander liegen.

3.3.10 Indikative Angebote

Immer wieder werden bei einzelnen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden abhängigkeitspezifische und andere Defizite deutlich, die einen besonderen, über das übliche Maß hinausgehenden Behandlungsbedarf anzeigen. Dazu gehören Störungen des Selbstwertgefühls, besonders geringe Frustrationstoleranz, fehlende soziale Kompetenzen etc.

Aufgrund unserer kleinen Fallzahlen können wir solche Themenbereiche oft nur einzeltherapeutisch angehen.

Zu den indikativen Gruppenbehandlungsangeboten zählen wir aber auch solche, die von der Bedarfsseite durchaus einen Regelfall darstellen (siehe 3.3.9). Hierzu zählen wir folgende regelmäßig stattfindenden, bei Vorliegen der Indikation verpflichtende indikative, 50 Minuten dauernde Gruppen:

- „Wohnungssuche“: Hier werden Grundlagen zur Finanzierung einer Wohnung, Wege der Wohnungssuche, sowie Strategien des Auftretens gegenüber potentiellen Vermietern besprochen und geübt.
- „Nachsorge“: In dieser Gruppe werden den Rehabilitanden die verschiedenen Nachsorgemöglichkeiten erläutert und Motivationsarbeit geleistet, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen. Des Weiteren soll ein Erfahrungsaustausch über bereits gemachte Erfahrungen in diesem Bereich angeregt werden.
- „Freizeitgestaltung“: Die Rehabilitanden sollen für die Wichtigkeit einer sinnerfüllten Freizeitgestaltung sensibilisiert werden. Es werden Adressen über Freizeitmöglichkeiten in und um Speyer herausgegeben, bzw. im PC-Raum Wege eigener Recherchen per Internet erläutert. Es sollen konkrete Freizeitplanungen besprochen, durchgeführt und später nachbereitet werden.
- „Bewerbertraining“: Bausteine dieser Gruppe sind das Erstellen einer aussagekräftigen Bewerbermappe, das Üben von Erstellen entsprechender Anschreiben, das Einüben von Bewerbergesprächen, sowie Möglichkeiten, Stellenangebote (per PC, Tageszeitung, Agentur für Arbeit) zu finden.
- „Berufliche Orientierung“: Hier besteht die Möglichkeit, sich über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und über das Schwerbehindertengesetz informieren

3.3.11 Andere Angebote

Angesichts der oben beschriebenen Schwerpunkte einer Adaptionstherapie und der Besonderheit des Klientels haben einige Kernelemente einer medizinischen Rehabilitation einen höheren, andere einen geringeren Stellenwert in einer Adaption als in anderen Rehabilitationsbereichen. So finden beispielsweise zwar bei Bedarf Angehörigengespräche statt. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass viele unserer Rehabilitanden über kein entsprechendes Umfeld verfügen, was hierfür in Frage kommen würde. Gestalterische Ergo- oder Sporttherapeutische Elemente versuchen wir im Rahmen der sozialen Wiedereingliederung zu bearbeiten, (z.B. als Freizeitkompetenztraining, durchgeführt von einer Sozialarbeiterin in der oben beschriebenen Indikativgruppe), indem wir z.B. im Einzel- oder Gruppensetting Motivationsarbeit leisten, sich beispielsweise einer Interessengemeinschaft oder Sportverein vor Ort anzuschließen und hier auch weitere therapeutische Begleitung anbieten.

Bei Bedarf und bei entsprechender Gruppengröße bietet eine Sozialtherapeutin ein Entspannungstraining wie Progressive Relaxation (wenn Rehabilitanden Schwierigkeiten haben sich entspannen oder das Suchtmittel hierzu funktionalisiert haben), Rückfallpräventionstraining, Genusstraining, MPU-Beratung (je durch eine Sozialtherapeutin mit entsprechender Weiterbildung) und ein Raucherentwöhnungstraining (durch den leitenden Psychologen) an. Zu

Letzterem finden regelmäßige Informations- und Motivationsveranstaltungen statt. Je nach Gruppengröße und Thematik variiert die Dauer dieser Maßnahmen zwischen 30 und 100 Minuten. Viele Elemente der Gesundheitsbildung wurden jedoch bereits in der Entwöhnungstherapie geleistet, so dass diese hier nur noch punktuell in ärztlichen oder therapeutischen Einzelgesprächen aufgegriffen und vertieft werden müssen.

Uns ist bewusst, dass wir als Adaptionseinrichtung die Leitlinien der Evidenzbasierten Therapiemodule in manchen Punkten übererfüllen aber dafür in anderen Modulen den Vorgaben nicht nachkommen (können), was aber auch als Spezifität der Adaptionsarbeit gesehen werden sollte. Dass es sich hierbei trotzdem um eine medizinische Rehabilitation handelt wurde aus dem bisher Beschriebenen bereits klar ersichtlich.

3.4 Rehabilitative Phasen und Maßnahmen

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Therapiezentrums Speyer stehen in engem kollegialem Kontakt mit den jeweiligen Bezugstherapeuten der belegenden Fachkliniken und der nachfolgenden Beratungsstellen, um eine möglichst große Kontinuität in der aus verschiedenen Phasen bestehenden gesamten Rehabilitationsmaßnahme zu gewährleisten. In Fortführung der Entwöhnungsbehandlung lässt sich der Aufenthalt in der Adaptionseinrichtung in drei therapeutische Phasen gliedern:

3.4.1 1. Phase: Eingewöhnung

Diese erste Phase, die i.d.R nicht länger als ein bis drei Wochen dauert, dient vor allem der Integration der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in die neue Einrichtung und der Orientierung, dem gegenseitigen Kennen lernen, evtl. zusätzlicher Diagnostik und der Überprüfung und Planung, wie die Zielvorgaben aus der Vorbehandlung umgesetzt werden können. Wichtiger Bestandteil dieser Phase ist der Abschluss eines individuellen Behandlungsvertrags (siehe Anhang 6). Am Tag der Anreise erfolgt ein Einführungsgespräch durch einen Sozialarbeiter oder dem leitenden Psychologen über den Rehabilitationsverlauf.

Die Eingewöhnungsphase kann beim Vorliegen entsprechender Entlassungsberichte indikationsgeleitet verkürzt werden.

Für diejenigen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die ohne vorangegangene Entwöhnungsbehandlung, z.B. direkt aus der Entgiftungsbehandlung, aufgenommen wurden, dauert die Eingewöhnungsphase naturgemäß länger, aber auch hier gehen wir davon aus, dass wir es mit Menschen zu tun haben, die in den vergangenen Jahren i.d.R. schon zwei oder drei Entwöhnungsbehandlungen durchlaufen haben, die mit grundsätzlichen Regeln der stationären Rehabilitation und des Zusammenlebens in Gruppen vertraut sind und die über Basisinformationen der Suchtmittelwirkungen verfügen.

3.4.2 2. Phase: Kernphase

Im Mittelpunkt dieser Phase, die mit 6-8 Wochen den weitaus größten Zeitraum der Maßnahme umfasst, steht die praktische Einübung der in der Phase I der Rehabilitationsmaßnahme neu erworbenen Verhaltensweisen und Einstellungen im realen sozialen und beruflichen Bereich.

Problem- und Trainingsfelder sind dabei unter anderem:

- Psychische und somatische Stabilisierung, Vertiefung von Krankheitseinsicht und Abstinenzmotivation;
- Ergänzung und Modifizierung von Fähigkeiten und Fertigkeiten im beruflichen Bereich (internes Arbeitstherapie unter möglichst realistischen Bedingungen);
- Belastungserprobung in externen Betriebspraktika;
- weitere Klärung sozialer und juristischer Probleme;
- Aufbau oder Wiederherstellung tragfähiger sozialer Kontakte außerhalb der Einrichtung;

- Realisierung eines aktiven, zufrieden stellenden Freizeitverhaltens (Volkshochschule, kulturelle Angebote, Sport etc.);
- Grundfertigkeiten im Kochen und in Haushaltsführung
- regelmäßige Teilnahme an einer externen Selbsthilfegruppe;
- Kontaktaufnahme zu einer weiter betreuenden Suchtberatungsstelle.

Die schrittweise Entwicklung dieser therapeutischen Ziele wird begleitet von ständiger medizinischer und therapeutischer Auswertung, Reflektion und Planung in der Gruppe und in der Einzelbetreuung.

Wir führen in unregelmäßigen Abständen Alkoholatemluft- und Urinkontrollen auf Alkohol, Medikamente und illegale Drogen durch. Ein positiver Befund bzw. möglicher Rückfall wird hierbei als ein schwerwiegender - jedoch zu integrierender - Bestandteil der Krankheit betrachtet und schließt in der Regel eine Weiterbehandlung per se nicht aus. Dies setzt allerdings die Bereitschaft der Rehabilitandin oder des Rehabilitanden voraus, sich mit dem Rückfall konstruktiv auseinanderzusetzen. In der Regel folgen dem Rückfall individuelle Konsequenzen, die der Spezifität des Einzelfalles gerecht werden müssen. Dies können Auflagen (z.B. Tagesberichte oder Einzelgespräche) oder Ausgangsreglementierungen (vor allem zum Schutz des Rehabilitanden) sein.

Praktisch bedeutet ein Rückfall, dass der zu Beginn der Maßnahme geschlossene Behandlungsvertrag einseitig beendet wird. Das Zustandekommen eines neuen Vertrags ist dann ggfls an neue, hilfreichere Bedingungen geknüpft. Nur wenn ein neuer Vertrag geschlossen werden kann, wird die Behandlung fortgesetzt.

Wenn sich - nicht nur im Zusammenhang mit Rückfällen - im Verlauf der Adaptionsphase herausstellen sollte, dass jemand mit der Maßnahme überfordert ist oder die Angebote nicht adäquat nutzen oder umsetzen kann, betreiben wir ggfls. eine Vermittlung in eine langfristige Betreuungseinrichtung, z.B. die Verlegung in ein soziotherapeutisches Heim.

3.4.3 3.Phase: Vorbereitung der Entlassung und Ablösung

Die Entlassungsvorbereitung beginnt, wenn die wesentlichen Ziele der Behandlung nahezu erreicht sind. Dazu gehören i.d.R. ein erfolgreich abgeschlossenes Praktikum, eventuell ein fester Arbeitsplatz oder die begründete Aussicht darauf, eine eigene Wohnung oder betreute Wohngemeinschaft, sowie private Kontakte und die Einbindung in eine Selbsthilfegruppe und ein soziales Umfeld. Wenn im Einzelfall eine Weiterführung der Behandlung über den genehmigten Zeitraum hinaus zur weiteren Stabilisierung erforderlich ist, kann die Maßnahme in Absprache mit dem Leistungsträger verlängert werden. (wenn die bewilligte Dauer für das Erreichen der Rehabilitationsziele nicht ausreicht und eine Verlängerung Erfolg versprechend ist) Andererseits ist natürlich auch eine Verkürzung der bewilligten Zeitdauer möglich, wenn die Ziele bereits früher erreicht sind.

Die Entlassungsphase ist sicher die schwierigste Zeit der gesamten Rehabilitationsmaßnahme. Dem vor dem herannahenden Entlassungstermin wachsenden Stress bei den Rehabilitanden kann aber wirksam nur begegnet werden, wenn die Vorbereitungen dafür bereits während der gesamten Maßnahme getroffen wurden. Dazu gehört auch, eventuell notwendige Leistungen außerhalb der medizinischen Rehabilitation mit den Rehabilitanden zu besprechen und bei den dafür zuständigen Leistungsträgern rechtzeitig zu beantragen. So können sachgerechte Lösungen gefunden, Zuständigkeitsstreitigkeiten mit anschließenden Kostenerstattungsproblemen vermieden und die Sorgen und Ängste der Rehabilitanden verkleinert werden.

Den wichtigsten Beitrag für einen problemlosen Übergang leisten natürlich erreichte Rehabilitationsziele, nämlich eine erfolgreiche Entwöhnungsbehandlung, die wiederhergestellte Erwerbsfähigkeit und nach Möglichkeit und eine gelungene berufliche und soziale Reintegration.

3.5 Nachsorge

Um den Rehabilitationserfolg zu sichern, werden alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über ihre Nachsorgemöglichkeiten beraten und Vorkehrungen für die Zeit nach der Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme getroffen.

Schon während der Adaption sind alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gehalten, Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe an ihrem künftigen Wohnort aufzunehmen und möglichst viele Beziehungen zu anderen Betroffenen herzustellen. Auch die Einbindung in andere Vereine oder Interessengemeinschaften ist hilfreich zur Strukturierung der freien Zeit. Sie wird von uns unterstützt und stellt eine wichtige Hilfe zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs dar.

Wenn der Anschluss an eine Selbsthilfe- oder Abstinenzgruppe für den Rehabilitanden nicht ausreicht, kommen weitere ambulante Leistungen in Betracht, die rechtzeitig vor der Entlassung vorbereitet und beantragt werden müssen. Denkbar ist hier bei planmäßiger Entlassung eine ambulante Nachsorge als ergänzende Leistung der Rentenversicherungsträger, aber auch eine ambulante Psychotherapie zu Lasten der Krankenversicherung kommt bei entsprechender Indikation in Frage.

Die ambulante Nachsorge kann entweder über eine zugelassene Beratungsstelle oder, wenn der Rehabilitand dies wünscht, von uns angeboten werden. Sie hat laut gemeinsamen Rahmenkonzepts der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Ambulanten Nachsorge vom 31. Oktober 2012 das Ziel der dauerhaften Erhaltung und Festigung der Abstinenz.

Die Nachsorge im TZ Speyer richtet sich in erster Linie an ehemalige Rehabilitanden des Therapiezentrums. Die Begründung und Empfehlung erfolgt unter Federführung unseres leitenden Arztes. Die Nachsorge findet im Rahmen von Gruppen- und Einzelgesprächen statt. Vorausgehen ein gemeinsam erarbeiteter, individueller Nachsorgeplan und die Förderzusage des Leistungsträgers. Themen sind u.a. die Erhaltung und Stabilisierung der Abstinenz, die Förderung von Eigenaktivitäten, sowie der Inanspruchnahme von Maßnahmen schulischer und beruflicher (Wieder) Eingliederung und die Erlangung angemessener Konfliktlösestrategien bei drohenden oder aktuellen Krisen. Die Einzelgespräche werden von der jeweiligen Bezugstherapeutin aus der Adaptionphase geführt. Die Gruppengespräche werden für alle Rehabilitanden von einem bestimmten therapeutischen Mitarbeiter (der nicht unbedingt der Einzeltherapeut sein muss) regelhaft durchgeführt. Bei der Terminvergabe versuchen wir Rücksicht auf die aktuelle Lebens- und Arbeitssituation des Rehabilitanden zu nehmen. Die Gruppensitzungen finden deshalb vierzehntägig zu einem festen Termin in den Abendstunden, die Einzelgespräche nach individueller Absprache (z.B. bei drohenden oder aktuellen Krisen) statt. Im Rahmen einer wöchentlichen Teamsitzung tauschen sich die beteiligten Mitarbeiter über die aktuelle Entwicklung aus. Bei akuten Krisen können die Rehabilitanden auch außerhalb eines geplanten Termins kommen. Im Rahmen der Termine finden stichprobenartig oder bei konkretem Verdacht Alkohol- oder Drogenscreenings statt. Bei Rückfälligkeit verschaffen wir uns gemeinsam mit dem Versicherten ein Bild darüber, ob weitere medizinische Maßnahmen (wie z.B. Entgiftung) nötig sind (die dann gemeinsam mit unserem Arzt eingeleitet werden) und ob eine Fortführung der ambulanten Nachsorge Erfolg versprechend zu sein scheint. Gegebenenfalls vermitteln wir an dieser Stelle an eine Beratungsstelle weiter.

Die durchgeführten Leistungen werden dokumentiert und es wird ein Abschlussbericht erstellt.

Trotz teilweise erfolgreich verlaufener Wiedereingliederung z.B. in ein Arbeitsverhältnis kann, falls noch Defizite in der Tagesstrukturierung oder im Kontaktbereich bestehen, auch die Weitervermittlung in eine andere Einrichtung z.B. des Betreuten Wohnens angezeigt sein.

Aufgrund der häufig vorkommenden Schwierigkeiten mancher Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, ungeachtet des vorhandenen Angebots angemessene Wohnmöglichkeiten zu

finden (z.B. wegen fehlenden Geldes für eine Kautions o.ä.)¹⁰, bietet das Therapiezentrum Speyer in zwei eigenen Wohngemeinschaften Wohnraum für die Zeit nach der Entlassung an. Dort können sie im Untermietverhältnis für einen begrenzten Zeitraum leben, bis sie eine eigene Wohnung gefunden haben. Diese Ehemaligen halten - wie übrigens auch viele andere, die sich im Raum Speyer niedergelassen haben - regelmäßigen Kontakt zur Einrichtung, berichten über ihre weitere Lebensgestaltung und holen sich Rat und Hilfe, wo es nötig ist.

3.6 Vernetzung

Gute Vernetzung beginnt bereits innerhalb der Einrichtung. Deshalb sind alle Mitarbeiter-PCs mit den elektronischen Rehabilitandenakten durch ein gemeinsames Laufwerk miteinander verknüpft. Bei den wöchentlichen Teamsitzungen werden die Rehabilitandenakten mittels eines Beamers projiziert und alle Mitarbeiter haben Einblick in die Einträge der anderen. Die Therapeutenbüros sind miteinander verbunden. Die Rehabilitanden haben so stets einen Ansprechpartner. Die übrigen Büros liegen auf derselben Etage, so dass kurze Kommunikationswege üblich sind.

Wie schon an anderer Stelle in dieser Konzeption erwähnt, macht die sinnvolle Ausgestaltung der Adaptionphase eine enge Zusammenarbeit mit allen Institutionen der Suchtkrankenhilfe notwendig. Um die Arbeit der Suchtberatungsstellen zu erleichtern und eine möglichst frühzeitig die Gesamtbehandlung umfassende Beratung von Suchtkranken zu ermöglichen, werden die dortigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßig über personelle und konzeptionelle Entwicklungen informiert und zu Besuchen in die Einrichtung eingeladen. Insbesondere mit zahlreichen regionalen und überregionalen Einrichtungen der Behandlungsphase, den Fachkliniken, unterhält das Therapiezentrum Speyer enge und lebendige Kontakte durch regelmäßige wechselseitige Besuche, durch Informationsaustausch und ausführliche Fallbesprechungen der gemeinsamen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.

Um den optimalen Verlegungszeitpunkt eines Rehabilitanden von der Behandlungs- in die Adaptionphase zu finden, ist eine möglichst genaue Kenntnis der Aufgaben, der Arbeit und der Möglichkeiten der Phase II wünschenswert. So kann einerseits eine bei zu früher Verlegung möglicherweise notwendige Rückführung eines Rehabilitanden in die Fachklinik vermieden werden, andererseits soll die Wiederholung einzelner Therapiebausteine ausgeschlossen und so die knapp bemessene Gesamtbehandlungszeit optimal genutzt werden.

Der Vollständigkeit halber soll an dieser Stelle aber auch nochmals auf die gute und notwendige ständige Zusammenarbeit mit den Reha-Beratern der Leistungsträger, mit dem Jobcenter, der Agentur für Arbeit in Speyer und an den Heimatorten der Rehabilitanden, mit den kooperierenden Betrieben, Geschäften und Institutionen verwiesen werden.

Gute Vernetzung bedeutet außer der systematisierten Zusammenarbeit mit medizinischen und psychosozialen Aufgabenpartnern auch die Einbindung in einen externen Qualitätszirkel mit anderen Adaptionseinrichtungen. Das Therapiezentrum Speyer gehört zu den Gründungsmitgliedern des „Qualitätszirkels Adaptionseinrichtungen im Fachverband Sucht e.V.“ und arbeitet seit 1998 in diesem Arbeitskreis mit (siehe auch Kapitel 4).

3.7 Notfallmanagement

Als zertifizierte Rehabilitationseinrichtung verfügen wir über ein klar geregeltes Notfallmanagement. Ein Notfall besteht, wenn unmittelbare Gefahr für einen Rehabilitanden, Mitarbeiter oder die Einrichtung droht (medizinische, psychische Krisen, Umweltschäden, z.B. Brand). Alle Mitarbeiter sind über die Sicherheitsvorschriften unterrichtet und in die notwendigen Verhaltensweisen beim Eintritt einer Bedrohung eingewiesen. Ein „Ordner Sicherheitsvorschriften“ steht für alle zugänglich im Therapeutenbüro, bzw. ein Exemplar (Kopie) befin-

¹⁰ Vgl.: Verstege, R., „Von der stationären Nachsorge zur Adaption“, In: Fachausschuß Soziotherapie des Wissenschaftsrates der AHG (Hrsg.), Verhaltensmedizin Heute, Heft 3, Düsseldorf, 1994

det sich in der Werkstatt. Die Rehabilitanden werden regelmäßig in die Fluchtwege und das Verhalten bei Brand eingewiesen.

Die Mitarbeiter wägen bei medizinischen/psychischen Notfällen ab, ob der/die Betroffene psychotherapeutische, notärztliche oder allgemeinmedizinische Hilfe benötigt und informieren die entsprechende Stelle. Notwendige Erstversorgung wird vom anwesenden Mitarbeiter, wenn möglich im Arztzimmer geleistet. Alle Mitarbeiter sind in erster Hilfe geschult. Diese Schulung wird regelmäßig in der Einrichtung von einem erfahrenen Rettungssanitäter aufgefrischt. Im Haus befinden sich ein Defibrillator, in den alle Mitarbeiter eingewiesen wurden, sowie ein Notfallkoffer. In jeder Wohngruppe befinden sich ein Telefon mit entsprechenden Telefonnummern, sowie ein Erste-Hilfe-Verbandskasten und ein Feuerlöscher. Falls kein Mitarbeiter im Hause ist (z.B. am Wochenende, tagsüber) können die Rehabilitanden über eines der öffentlich zugänglichen Telefone kostenlos den therapeutischen Bereitschaftsdienst (24h/Tag), sowie direkt den örtlichen Notarzt, die Feuerwehr oder die Polizei informieren. Falls notwendig kommt der Bereitschaftsdienst in die Einrichtung, um sich ein Bild vom Notfall zu machen und weitere Schritte einzuleiten. Entscheidungen über Verlegungen werden vom leitenden Arzt, der unmittelbar vom Bereitschaftsdienst verständigt wird, getroffen. Eine Notfallüberwachung findet dann im zuständigen Akutkrankenhaus statt.

4 Qualitätssicherung

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Therapiezentrums Speyer fühlen sich zu ständiger prozessorientierter Qualitätserzeugung und -sicherung¹¹ verpflichtet. Dazu werden alle Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit untersucht und die Ergebnisse dokumentiert. Unter Ergebnissen verstehen wir dabei nicht nur die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, die berufliche Integration und die Abstinenz, sondern auch die subjektive Einschätzung unserer Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über die erzielten Fortschritte. Letzteres erfassen wir in einem eigens entwickelten Fragenbogen, den sie am Ende ihres Aufenthaltes im Therapiezentrum Speyer beantworten.

Seit 2001 sind wir nach DIN EN ISO, aktuell: 9001: 2008 zertifiziert. Jährliche Überwachungsaudits und das alle drei Jahre stattfindende Rezertifizierungsaudit helfen den hohen Standart beizubehalten und weiter zu verbessern. Die Zertifizierung entspricht den BAR-Richtlinien.

Außerdem werden Konzept- und Programmqualität sowie die Personalstandards an den veröffentlichten Standards des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger und den Forderungen des Fachverbands Sucht e.V. gemessen, die sie in allen Punkten erfüllen.

Es wurde zusammen mit dem externen „Qualitätszirkel Adaptionseinrichtungen“ des Fachverbands Sucht e.V. ein Dokumentationssystem eingeführt, das den gängigen Standards in der Rehabilitation Suchtkranker entspricht und eine kontinuierliche, umfassende und wissenschaftlich nachvollziehbare Erfassung des Leistungsgeschehens und des Behandlungserfolgs ermöglicht. Dieses System ist EDV-gestützt und mit den Adaptionseinrichtungen im Fachverband Sucht e.V. und vielen anderen kompatibel.

Des Weiteren nehmen wir an dem Katamnesesystem des Fachverbands Sucht teil. Hier werden ein Jahr nach ihrer Entlassung die ehemaligen Rehabilitanden nach ihrem Werdegang befragt.

Ein weiteres wesentliches Element zur qualitativen Überprüfung und Bewertung unserer Arbeit hinsichtlich der Prozessqualität sehen wir in deren möglichst transparenten Darstellung nach außen. Eine regelmäßige Veröffentlichung der Ergebnisse und ein offenes Zur-Diskussion-Stellen unserer Arbeit in der Fachöffentlichkeit gibt Gelegenheit zur Rückmeldung und damit zur konstruktiven Auseinandersetzung mit dem eigenen Tun. Dieser Austausch findet statt im „Qualitätszirkel Adaptionseinrichtungen“, sowie bei den regelmäßigen gegen-

¹¹ Vgl.: Fachverband Sucht (Hrsg.), Weissinger, V., Qualitätsmanagement in der Entwöhnungsbehandlung, Bonn 1994

seitigen Besuchen in den belegenden Kliniken, in öffentlichen Diskussionsveranstaltungen, Kongressen, Vorträgen und bei selbst veranstalteten Tagungen.

Unser Verständnis von Qualität umfasst selbstverständlich auch die regelmäßige interne und externe Team- und Fallsupervision und die ständige Weiterbildung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Hierzu wird zu Beginn des Jahres der Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter ermittelt und ein Schulungs- und Fortbildungsplan erstellt. Die durchgeführten Weiterbildungen werden vom Mitarbeiter bewertet und die Ergebnisse dem Gesamtteam zur Verfügung gestellt. Der klinik-interne Qualitätszirkel gewährleistet das gemeinsame Qualitätsverständnis in der Einrichtung, hilft dabei, ein förderndes therapeutisches Milieu zu sichern und hinterfragt den bestehenden Behandlungsansatz in Bezug auf seine Wirksamkeit.

5. Literaturverzeichnis

- Barth, W. et al (2005) Sucht-Migration, Hilfe. Geesthacht: Neuland
- Beck, A.T. et al (1997) Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim; Psychologie Verlags Union
- Berg I.K. et al (2007) Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen, 6. Auflage, Heidelberg: Carl Auer Systeme
- Bowen, S. et al (2012): Aufmerksamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. Weinheim: Beltz-Verlag
- Buschmann-Steinhage et al (2011) Verhaltens- und Lebensstiländerung durch nachhaltige medizinische Rehabilitation. Wunsch und Wirklichkeit. In Sucht Aktuell 02/11 Rheinbach: Druckpartner Moser
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2012) Leitfaden zur Erstellung und Prüfung von Konzepten, Berlin
- Deutsche Rentenversicherung (2015) : KTL . Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Berlin
- Deutsche Rentenversicherung (2010) : Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung - Sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen
- Deutsche Rentenversicherung (2015) Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht - Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015
- Deutsche Rentenversicherung (2014) Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutsche Rentenversicherung – stationäre medizinische Reha-Einrichtung, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage
- Deutsche Rentenversicherung (2010) Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit
- Deutsche Rentenversicherung: (2009) Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung
- Deutsche Rentenversicherung: (2012): Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutsche Rentenversicherung und der GKV zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31.10.2012
- Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) (2014): Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker
- DIMDI/WHO (Hrsg.): (2005) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF); Genf
- Fachverband Sucht (Hrsg.), Weissinger, V., Qualitätsmanagement in der Entwöhnungsbehandlung, Bonn 1994
- Heide, M (2001) „Wenn ich erst wieder Arbeit habe,....“ in Heide M.: „Wenn ich erst wieder Arbeit habe...“ Geesthacht Neuland-Verlagsgesellschaft,
- Henkel, D. et al (2008) Arbeitslosigkeit und Sucht, Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main
- Kaluza, G. (2011) Stressbewältigung: Berlin: Springer-Verlag
- Kanfer, F.H. et al (2000) Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer

- Krausz, M. et al (2004) Kompendium Sucht Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Körkel et al (2003) Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.. Berlin: Springer
- Liebrich, M. (2005) Neues Umfeld? Langeweile am Feierabend. Adaption im Spannungsfeld zwischen Wunsch und Wirklichkeit, In Fachverband Sucht e.V.: Perspektiven für Suchtkranke. Geesthacht: Neuland
- Meulenbelt, A. et al (1998) Frauen und Alkohol, Reinbek: Rowohlt
- Meyers, R.J. et al (2007) CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Miller et al ((2009) Motivierende Gesprächsführung (3. Aufl.) Freiburg i.B.: Lambertus
- Missel et al (2009): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation, in: Sucht Aktuell 1-2009 Rheinbach: Druckpartner Moser
- Missel, P. und Zemlin, U., Neuere Entwicklungen in der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Suchterkrankungen, S. 145, in: Zielke, M. und Sturm, J. (Hrsg.): Handbuch stationäre Verhaltenstherapie, Psychologie-Verlags-Union, Weinheim, 1994
- Petry, J. (2003): Glücksspielsucht: Entstehung, Diagnostik und Behandlung, Göttingen. Hogrefe
- S3-Leitlinie (2015). „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. AWMF-Register-Nr.076-001
- Schallenberg, H. (2001) Adaption- Bestandteil der medizinischen Rehabilitation nach den Vorschriften des SGB VI, In Heide M.: „Wenn ich erst wieder Arbeit habe...“ Geesthacht Neuland-Verlagsgesellschaft
- Schmidt L.G. et al ((2006) Evidenzbasierte Suchtmedizin. Köln: Deutscher Ärzte Verlag
- Sobottka, B. (2011) Pathologischer PC-Gebrauch. Angewandte Verhaltenstherapie. Schriftenreihe der AHG Klinik Schweriner See. Heft 14
- Teigeler, H. (2005) Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben als besondere Aufgabe der Adaption, in Fachverband Sucht e.V.: Perspektiven für Suchtkranke. Geesthacht: Neuland
- Unland, H. (1995): Wir gewöhnen uns das Rauchen ab. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Raucherentwöhnungsprogramm. Tübingen, DGVT
- VDR Verband Deutscher Rentenversicherungen (1994) Rahmenkonzept für die Adaptionsbehandlung
- Verstege, R., (1994): Von der stationären Nachsorge zur Adaption, In: Fachausschuss Soziotherapie des Wissenschaftsrates der AHG (Hrsg.), Düsseldorf: Verhaltensmedizin Heute, Heft 3,
- Verstege R. (2008) Adaptionsbehandlung im Rahmen medizinischer Rehabilitation. In Henkel, D. et al: Arbeitslosigkeit und Sucht, Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main
- Weissinger V, Missel P. (2006) Gesamtkonzept des Fachverband Sucht e.V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, Sucht aktuell 13, 44-71
- Weissinger, V., Missel, P. (2012) Leitbild und Positionen zur Suchtkrankenhilfe und-behandlung. Sonderausgabe Sucht aktuell, Rheinbach: Druckpartner Moser
- Wiesbeck G.A. (2007) Alkoholismus-Forschung Aktuelle Befunde, künftige Perspektiven. Lengerich: Pabst

Anhang 1

Hausordnung

Das Leben in einer Gemeinschaft und das Erreichen des Rehabilitationsziels machen das Einhalten einiger wichtiger Grundregeln und Gebote unverzichtbar. Diese Regeln, die wir Sie zu beachten bitten, sind:

1. Abstinentes Leben. Der Besitz, die Einnahme und die Weitergabe zustandsverändernder Substanzen jeglicher Art sind verboten. Dies gilt auch für sogenanntes alkoholfreies Bier und vergleichbare Getränke. Atemluft- und Urinkontrollen sind jederzeit möglich.
2. Jeder Suchtmittelrückfall bedeutet für den Betroffenen eine schwerwiegende Bedrohung seiner Gesundheit und seines bisherigen Behandlungserfolgs. Es ist daher unbedingt erforderlich, im Falle eines Rückfalls unverzüglich einen Mitarbeiter zu benachrichtigen.
3. Spielen und Wetten um Geld, Gegenstände oder Dienstleistungen sowie das Spielen an Spielautomaten sind in der Adaption nicht erlaubt.
4. Alle Medikamente, sowohl die bei der Aufnahme mitgebrachten, als auch die vom Arzt verordneten, sind dem therapeutischen Personal unverzüglich bekannt zu geben.
5. Gewaltverzicht. Das Androhen oder Anwenden von Gewalt ist verboten, ebenso der Besitz von Gegenständen, die als Waffen benutzt werden könnten.
6. Die aktive Teilnahme an allen therapeutischen Maßnahmen und an den Gemeinschaftsdiensten ist Pflicht. Sollte Ihnen die Teilnahme an einer Maßnahme nicht möglich sein, sind Sie verpflichtet sich bei dem zuständigen Mitarbeiter befreien zu lassen.
7. Für Sauberkeit und Instandhaltung aller Räume und Anlagen sind die Rehabilitanden/innen selbst verantwortlich. Unangemeldete Zimmerkontrollen auf Sauberkeit und Suchtstoffe sind jederzeit möglich.
8. Ausgang und Heimfahrten sind reglementiert. Näheres entnehmen Sie bitte dem entspr. Aushang.
9. Jeder trägt sich unmittelbar beim Verlassen des Hauses und der Rückkehr selbst in das Ausgangsbuch ein.
10. Von 23.00 Uhr bis 06.00 Uhr ist die Nachtruhe einzuhalten, vor arbeitsfreien Tagen ab 24.00 Uhr.
11. Das Rauchen ist nur in dem dafür vorgesehenen Bereich gestattet.
12. Offenes Feuer (Kerzen, Räucherstäbchen etc.) ist in der gesamten Einrichtung verboten.
13. Für die Zubereitung und Lagerung von Speisen sind die Küchen zu benutzen, Kochen etc. in den Zimmern ist nicht erlaubt, die Appartements ausgenommen.
14. Waschen und Trocknen sind nur in dem dafür vorgesehenen Raum erlaubt.
15. Für Gegenstände, die während des Aufenthalts oder danach im Therapiezentrum Speyer abhanden kommen, wird keine Haftung übernommen. Bei der Entlassung zurückgelassener persönlicher Besitz wird spätestens nach zwei Wochen entschädigungslos weitergegeben oder entsorgt.

Verstöße gegen diese Grundregeln können disziplinarische Maßnahmen bis hin zur sofortigen Entlassung zur Folge haben.

.....

Anhang 2

Zusatz zur Hausordnung bei pathologischem Glücksspielen

Name:.....

Während der gesamten Rehabilitationsdauer sind folgende Glücksspiele nicht erlaubt:

- a) Spiele an Geldautomaten
- b) Casinospiele (Roulette, Blackjack etc.)
- c) Kartenspiele wie Skat, Poker, Romée etc.
- d) Würfelspiele wie Kniffel, Chicago, Zehntausend etc.
- e) Wetten (Oddset, Toto, Buchmacher, aber auch persönliche Wetten)
- f) Lotterien (Lotto, Klassenlotterien)
- g) Börsenspiele (Day-Trading, etc.)

Ein Verstoß dagegen wird als „Rückfall“ bewertet und muss unmittelbar gemeldet werden.

- Ich verpflichte mich, während der Behandlungsdauer auf jegliche Video- u. Computerspiele (z.B. Gameboy, Playstation, PC/Notebook) zu verzichten.
- Der Umgang mit Ihrem eigenen Geld ist selbst bestimmt. Sie können zu Ihrer Sicherheit unser Rehabilitandenkonto nutzen. Das Leihen und Verleihen von Geld, auch von Kleinbeträgen, ist nicht erlaubt.
- Ein wiederholter Regelverstoß kann zur Entlassung führen.

Es gelten die folgenden weiteren Absprachen:

.....
.....
.....
.....

Datum.....

Unterschrift des Rehabilitanden

Unterschrift des Bezugstherapeuten

Anhang 3

Zusatz zur Hausordnung bei pathologischem PC-Gebrauch

Name:.....

- Es ist mir nur nach Absprache gestattet einen eigenen PC oder einen Laptop in die Einrichtung zu bringen.
- Ich verpflichte mich, während der Behandlungsdauer generell auf jegliche Online-Aktivitäten zu verzichten. Dies gilt auch während der Heimfahrten. Ebenso verzichte ich auf den Besuch des Computerraums. Sollte es während meiner Behandlungszeit erforderlich sein, einen PC zu nutzen, werde ich Zweck und Art vorher mit meinem Bezugstherapeuten besprechen und ein Protokoll darüber führen. Die Nutzung des Computerraumes erfolgt dabei nur als einmalige, zeitlich begrenzte Genehmigung.
- Ich verpflichte mich, während der Behandlungsdauer auf sämtliche Video- u. Computerspiele (Gameboy, PlayStation, Handy etc.) zu verzichten.

Es gelten die folgenden weiteren Absprachen:

.....
.....
.....
.....

Datum.....

Unterschrift des Rehabilitanden

Unterschrift des Bezugstherapeuten

Anhang 4

THERAPIEZENTRUM SPEYER

Einverständniserklärung

Name

geb.
am:

- Im Rahmen meiner Behandlung im Therapiezentrum Speyer ist es notwendig, dass die Mitarbeiter persönliche Informationen über mich erheben und diese dokumentieren. Diese Daten unterliegen den gesetzlichen Anforderungen des Datenschutzes und der beruflichen Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass diese Informationen innerhalb des Behandlungsteams weitergegeben werden. Außerdem stimme ich zu, dass ein Schild mit meinem Namen an meiner Zimmertür angebracht wird.
- Ich selbst verpflichte mich, über sämtliche persönlichen Informationen, die ich über andere Rehabilitanden erfahre, absolute Vertraulichkeit zu wahren.
- Ich bin damit einverstanden, dass der therapeutische Entlassungsbericht des Therapiezentrums Speyer an die einweisende Therapieeinrichtung weitergeleitet werden darf.
- Ich bin damit einverstanden, dass Daten zu meiner Person – unter Beachtung der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes - in anonymisierter Form zu statistischen und wissenschaftlichen Zwecken erhoben und weitergegeben werden können, und dass die Einrichtung mich zur Durchführung einer wissenschaftlichen Nachbefragung (Katamnese) nach der Entlassung anschreibt.

Speyer, den

.....
Unterschrift Rehabilitand/in

Anlage 5

Umgang mit eigenen Computern

Sie dürfen während Ihres Aufenthalts im Therapiezentrum Ihren eigenen PC benutzen.

Für die Nutzung bestehen folgende Regelungen:

Eine private Nutzung ist nur außerhalb der üblichen Arbeitstherapiezeiten erlaubt.

Es besteht die Möglichkeit, seine Bewerbungsunterlagen o. ä. auch während der AT-Zeit zu erledigen, dies ist jedoch immer mit dem Arbeitstherapeuten abzusprechen.

Eine Internetnutzung ist nicht erlaubt, hierzu stehen Ihnen die PCs im Computerraum zur Verfügung.

Das Therapiezentrum verfügt nicht über einen WLAN-Zugang. Sollte es möglich sein, sich in andere Netze einzuwählen, z. B. weil Nachbarn ihr WLAN-Netz nur unzureichend absichern, ist dies nicht erlaubt. Jede unerlaubte Einwahl, auch bei unzureichend abgesicherten Netzen, ist als Einbruch zu bewerten und kann strafrechtlich verfolgt werden.

Wir bitten Sie darum, dies zu beachten.

O.g. Regelung habe ich zur Kenntnis genommen.

(Unterschrift Rehabilitand)

Umgang mit Mohnprodukten

Ich verpflichte mich, während der Adaptionsbehandlung auf den Genuss von Mohnprodukten zu verzichten, da diese ein Drogenscreening verfälschen können. Mir ist bekannt, dass ein positives Testergebnis auf Opiate in jedem Fall als Beweis eines Rückfalles gewertet wird.

(Unterschrift Rehabilitand)

Anlage 6

Behandlungs-Vertrag

Ich,

schlieÙe mit dem Therapiezentrum Speyer folgenden Behandlungs-Vertrag ab:

Ich verpflichte mich, an allen Behandlungs- und Trainingsangeboten aktiv teilzunehmen und den Anordnungen der Mitarbeiter des Therapiezentrums Folge zu leisten.

Die Mitarbeiter des Therapiezentrums verpflichten sich, mir vorurteilsfrei, klar und offen zu begegnen und mir ihre Erfahrungen und ihr Wissen für meine Neuorientierung zukommen zu lassen. Sollten die Therapeuten ihren Verpflichtungen meiner Meinung nach nicht nachkommen, werde ich offen mit Ihnen meine Beschwerden besprechen.

Sollte ich von mir aus beabsichtigen, die Behandlung vorzeitig abubrechen, verpflichte ich mich, diese Absicht frühzeitig auszusprechen. Danach werde ich eine Wartezeit von mindestens 24 Stunden einhalten um meine Entscheidung noch einmal überdenken zu können. Das Therapiezentrum verpflichtet sich, mich vor einer Verlegung oder vorzeitigen Entlassung anzuhören, um mir diese wichtige Entscheidung durchschaubar zu machen.

Ich verpflichte mich zur Abstinenz, zur Einhaltung der Hausordnung, zur Einhaltung des Gruppengeheimnisses und zum Verzicht auf körperliche Gewaltanwendung.

Sollte ich die Absicht haben, mich während der Rehabilitationszeit tätowieren zu lassen, werde ich dies vorher mit meinem Bezugstherapeuten besprechen.

Zusätzliche Vereinbarung(en) zwischen mir und meinem Bezugstherapeuten:

- 1.
- 2.
- 3.

Wenn ich gegen einen oder mehrere der oben festgelegten Punkte verstoÙe, so ist die gesamte Therapievereinbarung aufgehoben. Die Behandlung ist beendet, falls nicht der Abschluss einer neuen Vereinbarung möglich ist.

Speyer, den

.....

Rehabilitand

.....

Bezugstherapeut