REHABILITATIONSKONZEPT
TPS - THERAPIEZENTRUM PSYCHOSE UND SUCHT

Geschäftsbereich
„Medizinische Versorgung und Rehabilitation“

auxiliar GmbH
der Stiftung Freundeskreis, Hamburg

Autoren:
Frau Dr. med. Borchardt
Frau Dr. med. Wuensch
Herr Dipl.-Päd. Bruhn
Herr Dipl. Soz.-päd. Hacke

März 2023, Version 13

Stiftung Freundeskreis
Stark für psychische Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 4
2. Allgemeines 5
3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung 6

4. Rehabilitationskonzept 12
   - 4.1 Theoretische Grundlagen 12
   - 4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen 14
   - 4.3 Rehabilitationsziele 15
   - 4.4 Rehabilitationsdauer 17
   - 4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung 17
   - 4.6 Rehabilitationsprogramm 21
   - 4.7 Rehabilitationselemente 23
     - 4.7.1 Aufnahmeverfahren 23
       - 4.7.1.1 Antragstellung bis Aufnahme 23
       - 4.7.1.2 Verfahren ab der Aufnahme 24
     - 4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik 24
     - 4.7.3 Medizinische Therapie 25
     - 4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote 26
     - 4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen 27
     - 4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken 32
     - 4.7.7 Freizeitangebote 33
     - 4.7.8 Sozialdienst 33
     - 4.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung 33
     - 4.7.10 Angehörigenarbeit 34
     - 4.7.11 Rückfallmanagement 34

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege 34

4.7.13 Weitere Leistungen 35

4.7.13.1 Externe Nachsorgemaßnahmen 35

4.7.13.1.1 Soziale Rehabilitation 35

4.7.13.1.2 Berufliche Rehabilitation/Teilhabe am Arbeitsleben 35

4.7.13.1.3 Besuch von Suchtselbsthilfegruppe 35

4.7.13.1.4 Suchtnachsorge nach dem Rahmenkonzept der DRV und GKV zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter vom 31.10.2012 35

4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation 37

5. Personelle Ausstattung 37

6. Räumliche Gegebenheiten 38

7. Kooperation und Vernetzung 38

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung, Datenschutzkonzept 39

9. Kommunikationsstruktur, Therapieorganisation 43

10. Notfallmanagement 43

11. Fortbildung 44

12. Supervision 44

13. Therapievertrag/Hausordnung 44

14. Anhang 49

A1 Zertifizierungszertifikate
A2 Fragebogen zur Arbeitsdiagnostik (im Rahmen des Vorstellungsgespräches)
A3 Verfahrensbeschreibung Aufnahme
A4 Exemplarische Wochen- und Wochenendpläne (Stammtherapie- u. Adaptionsphase)
A5 Auswertungsbogen der externen Belastungserprobung
A6 Kooperationsvereinbarung
A7 Personalkonzept/Stellenplan
A8 Notfallmanagement
A9 Raumpläne (3. und 4. OG)
A10 Lageplan

1. Einleitung

Das Therapiezentrum Psychose und Sucht (TPS) in Hamburg ist eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation.

Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation sind die Deutschen Rentenversicherungen sowie die Krankenkassen. Träger der Einrichtung ist die auxiliar GmbH der Stiftung Freundeskreis.

Das folgende Konzept orientiert sich am Leitfaden „Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung“ und berücksichtigt die dort genannten gesetzlichen Grundlagen des SGB VI und SGB IX, sowie die vorgesehenen Strukturanforderungen, Leitlinien und Reha-Therapiestandards (Stand vom 10.02.2012).

Im Rahmen dieser stationären medizinischen Rehabilitation werden die Vorgaben der „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14.11.2014“ („BORA-Empfehlungen“) umgesetzt.

Grundlage des Rehabilitationsansatzes im Therapiezentrum Psychose und Sucht ist ein multifaktorielles Krankheitsmodell unter Einbeziehung der aktuellen Literatur zum Thema Abhängigkeitserkrankungen und Doppeldiagnosen (siehe Anhang). Die Arbeiten zum Thema Doppeldiagnosen von F. Moggi, J. Brodbeck und R. D`Amelio stellen die Forschungsergebnisse zu Problematik, Epidemiologie und Ätiologie gut dar und liefern diagnostische und therapeutische Ansätze. Erkenntnisse der Bindungsforschung, der Stress-Coping-Forschung und des Risikofaktorenmodells werden berücksichtigt, ein bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis liegt der Therapie zugrunde.

Die randomisierte klinische Studie von Gouzoulis-Mayfrank und Koautoren (2015) zeigt die Wirksamkeit einer integrativen Behandlung von Psychosen und einer komorbiden Suchterkrankung.

Die Studie besagt, dass die psychiatrische Therapieforschung noch viel zu häufig auf dem klinisch übersichtlicherem, aber praktisch seltenen Einzelfall des Vorliegens monodiagnostischer Funktionsbeeinträchtigungen ausgerichtet ist. Dem steht entgegen, dass etwa die Hälfte aller Patienten, die an einer Psychose erkranken, mindestens einmal im Leben komorbid eine Suchterkrankung erleiden.

Wie die Autoren zu Recht betonen, spricht ihre richtungsweisende Studie gegen einen weitverbreiteten therapeutischen Nihilismus und für die Etablierung personenzentrierter, langfristiger, integrativer Therapieprogramme mit psychosozialen und psychotherapeutischen Anteilen, die die komplexen Beeinträchtigungsmuster unserer Rehabilitand*innen ernst nehmen und entsprechend behandeln.

Um ein verbessertes Verständnis der krankheitsauslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen zu ermöglichen und den Behandlungsverlauf angemessen dokumentieren zu können, wird die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), verwendet.

Es existiert ein umfassendes Qualitätssicherungsprogramm für medizinische Rehabilitationseinrichtungen. Es stellt sicher, dass in allen von der Rentenversicherung in Anspruch genommenen Rehabilitationseinrichtungen ein vergleichbarer Qualitätsstandard eingehalten wird.

Wichtige Ziele der Qualitätssicherung sind:

- An Rehabilitand*innen orientierte Qualiltätsverbesserung der medizinischen Rehabilitation
- Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens.
- Erschließung von Leistungsreserven.
- Förderung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.
- Optimierung der Rehabilitation durch qualitätsorientierten Wettbewerb mittels systematischer Einrichtungsvergleiche.

Im Rahmen des zertifizierten Qualitätsmanagements ist das TPS nach DIN EN ISO 9001 und dem paritätischen Qualitätssiegel Reha zertifiziert, mit letzterem Siegel erfüllen wir die Kriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR). Es finden regelmäßige Qualitätszirkel mit breiter Mitarbeitereinbindung, interne Audits und kontinuierliche Verbesserungsprozesse statt. Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) der Einrichtung begleiten und beaufsichtigen die Qualitätsprozesse. Die seit 2011 jährlich durchgeführten externen Audits verliefen bislang ohne Abweichungen.

2. Allgemeines

Das Therapiezentrum Psychose und Sucht arbeitet seit 1991 anhand eines Konzeptes zur medizinischen Rehabilitation für Menschen mit Doppeldiagnosen (Psychische Erkrankung und Sucht).

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

<u>TPS: Anschrift & Kontakt</u>

Seit dem 07.01.2016:
Holstenkamp 119a, Haus 2, 22525 Hamburg
Tel: 040 - 89 71 47-0
Fax: 040 - 89 40 76
Email: tps.hamburg@sf.hamburg
URL: www.sf.hamburg.de

Medizinische Leitung:
Dr. med. Stephanie Wuensch (Ärztliche Gesamtleitung des Geschäftsbereiches Medizinische Versorgung und Rehabilitation),
Sarah Siebert (Therapeutische und ärztliche Leitung TPS)

Fachbereichsleitung:
Dipl.-Sozialarb./-päd. Wolfgang Hacke
IK-Nr.: 510 2010 03

Das Therapiezentrum Psychose und Sucht ist eine Einrichtung des Geschäftsbereiches Medizinische Versorgung und Rehabilitation der auxiliar GmbH, der Stiftung Freundeskreis (Leitende Ärztin Dr. Stephanie Wuensch).

<u>Stiftung Freundeskreis | Anschrift & Kontakt:</u>

Fuhlsbüttler Damm 83 - 85, 22335 Hamburg
Tel: 040 - 53 32 28 - 14 00
Fax: 040 53 32 28 - 14 90
Email: info@sf.hamburg
URL: www.sf.hamburg
Vorstandsvorsitzende: Dr. Stephanie Wuensch

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Im Jahr 1974 gründeten Mitarbeitende des Krankenhauses Ochsenzoll - des größten psychiatrischen Krankenhauses Hamburgs - und Angehörige psychisch Kranker den "Freundeskreis Ochsenzoll - Verein zur Hilfe für Behinderte und Alterskranke e.V.". Dieser gründete am 03. Januar 2005 die „Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll“. In der Folge der Stiftungsgründung hat sich der Verein am 11. Dezember 2006 aufgelöst. 2023 erfolgte die Stiftungsumbenennung in „Stiftung Freundeskreis“. Die auxiliar GmbH der Stiftung ist inzwischen ein großer Anbieter gemeindenaher psychiatrischer Dienstleistungen mit einem vielfältigen Leistungsangebot. In ihren Einrichtungen der medizinischen Versorgung und Rehabilitation, der ambulanten Eingliederungshilfe, ambulanten Jugend- und Familienhilfe und der Pflege unterstützt und betreut die Stiftung jährlich ca. 1000 Menschen.

Die Stiftung möchte die Lebensbedingungen von Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung verbessern und ihnen eine weitgehende Selbständigkeit und Wiedereingliederung in das soziale Leben ermöglichen. Dieses Ziel verfolgt die Stiftung, indem sie neue Wege zur Verbesserung in der noch immer unbefriedigenden Versorgungssituation dieser Menschen beschreitet.

Das Ziel der Teilhabe verfolgt sie zudem mit Projekten, die das Phänomen der psychischen Erkrankung mehr ins Bewusstsein der Öffentlichkeit rücken, um einer Stigmatisierung entgegen zu wirken. Die Stiftung verfolgt mildtätige gemeinnützige Zwecke und ist Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband.

Eine organisatorische oder wirtschaftliche Verbindung zur Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll besteht nicht. Das TPS besteht seit 1991 und befindet sich in Hamburg-Bahrenfeld, gut zu erreichen über den öffentlichen Nahverkehr und mit Anschluss an die Autobahnausfahrt Hamburg-Volkspark (Lageplan siehe Anhang). Das Einzugsgebiet umfasst den gesamten norddeutschen Raum, in Einzelfällen auch darüber hinaus, wobei allein in der Metropolregion Hamburg ca. 5 Millionen Menschen leben.

Die Einrichtung umfasst 26 Behandlungsplätze - davon neun mögliche Adaptionsplätze - die sich in drei Therapiegruppen (TG) gliedern. Die Rehabilitand*innen sind ausschließlich in Einzelzimmern mit eigenem Sanitärbereich untergebracht.

Die Therapiegruppen, sind als therapeutische Gemeinschaften, in denen die Rehabilitand*innen leben, zu verstehen. Die Gruppenstärke umfasst sechs bis neun Personen - je nach Rehabilitand*innen in der Adaptionsphase. In den Therapiegruppen finden neben dem Therapiegruppengespräch (TGG) die Vermittlung der arbeitstherapeutischen Grundlagen (ATG) sowie das angeleitete Kochen statt.

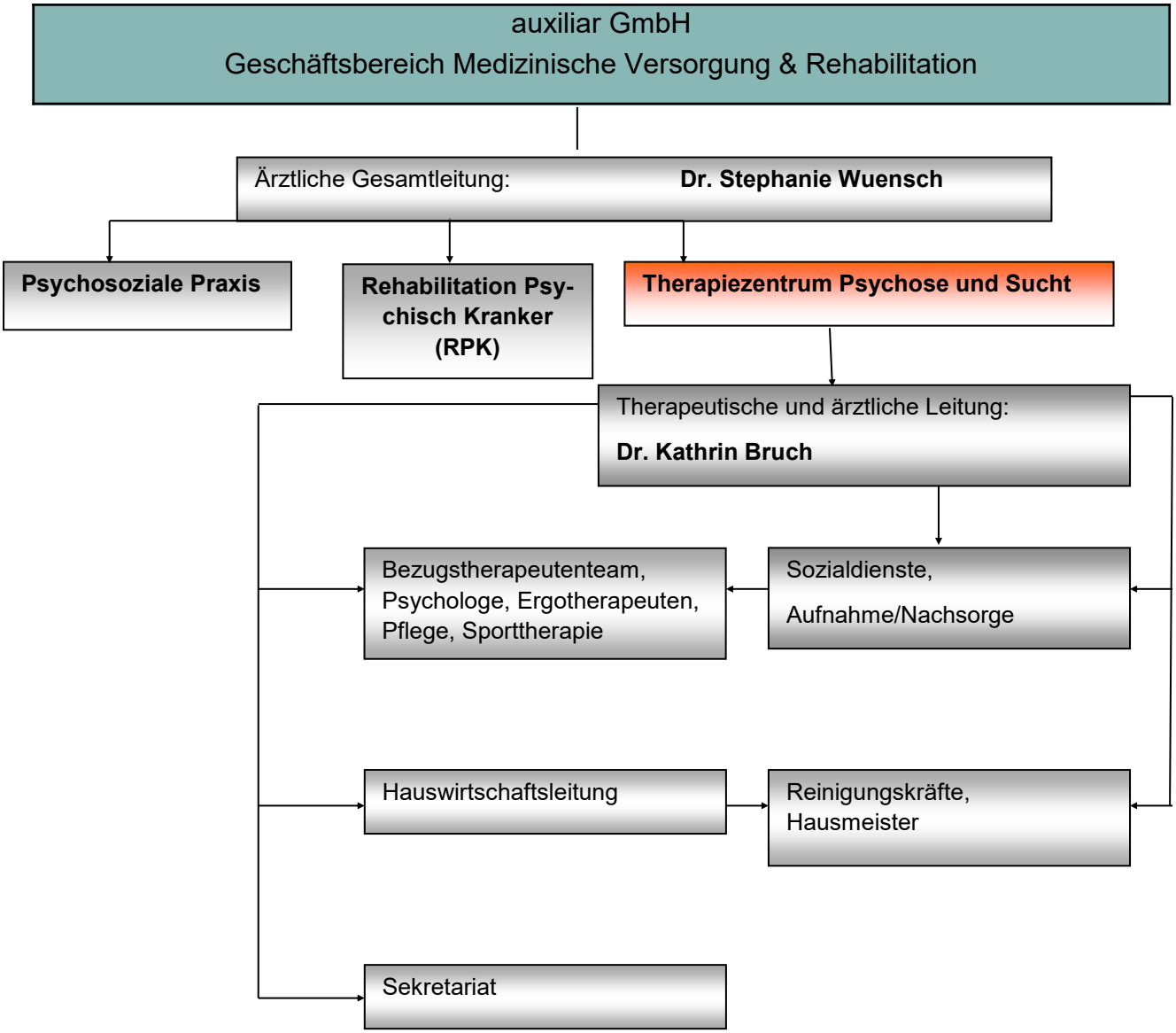
Da sich in jeder Therapiegruppe bis zu drei Rehabilitand*innen in der Adaptionsphase befinden können, ist davon auszugehen, dass in den wöchentlichen im Rahmen der Therapiegruppen stattfindenden Angeboten die maximale Gruppengröße von acht nicht überschritten wird. Jede Therapiegruppe verfügt über eine eigene Küche und einen großen Wohn- und Essbereich.

In den neun für die Adaption vorgesehenen Zimmern befinden sich „Pantry-Küchen“ zur selbstständigen Versorgung.

Die Räumlichkeiten des TPS sind über einen Fahrstuhl erreichbar. Auf jedem Stockwerk befinden sich drei rollstuhlgerechte Zimmer, wovon zwei auch Adaptionszimmer sein können.

Die stationäre Entwöhnungsbehandlung im TPS beträgt zehn Monate inklusive einer Adaptionsphase von vier Monaten.

Organigramm des Therapiezentrums Psychose und Sucht



Zielgruppe

Das TPS nimmt Rehabilitand*innen auf, bei denen einerseits eine schizophrene oder affektive Psychose oder eine Persönlichkeitsstörung mit psychotischen Episoden und andererseits ein Abhängigkeitssyndrom vorliegen. Zudem werden auch Rehabilitand*innen aufgenommen, bei denen im Querschnitt noch keine sichere Abgrenzung zwischen drogeninduzierter und endogener Psychose möglich ist. Hinsichtlich des stoffgebundenen Suchtmittels findet keine Differenzierung statt, da diese Personengruppe meist einen polyvalenten Suchtmittelmissbrauch betreibt. Eine Substitutionsbehandlung im Haus ist nicht möglich.

Insgesamt bedeutet die Behandlung von Rehabilitand*innen, die nicht nur an einer klassischen psychiatrischen Erkrankung leiden, wie einer Suchterkrankung, einer affektiven bzw. schizophrenen Psychose oder einer Persönlichkeitsstörung, sondern an einer sogenannten Doppeldiagnose im TPS, ein besonderes Angebot.

Viele Elemente der Arbeit mit abhängig erkrankten Menschen, wie sie im Rahmen der klassischen Suchtrehabilitation angeboten werden, kommen auch im Therapiezentrum Psychose und Sucht zum Einsatz. Aufgrund der Komplexität des Krankheitsbildes müssen aber insbesondere im einzeltherapeutischen Bereich von den Mitarbeitenden spezifische Leistungen erbracht und Kenntnisse vorgehalten werden sowie Qualifikationen bestehen.

Während der Behandlung muss dem Umstand Rechnung getragen werden, dass sich gegenseitig bedingende, regressive Krisen der erkrankten Menschen auftreten, die sich entweder in akuten Psychosen im Rahmen von Überforderungssituationen oder dem Rückgriff zum Suchtmittel abbilden. Der Doppeldiagnosepatient wird auf verschiedene Muster zurückgreifen und muss lernen, im Sinne von individuellen Bewältigungsstrategien eine positive Entwicklung in einem Erkrankungssegment nicht mit einer Verschlechterung in dem anderen zu beantworten.

Nachfolgend wird immer vorauszusetzen sein, dass beide Erkrankungsteile gleichzeitig beachtet werden müssen und den Besonderheiten - zum Beispiel auch bei der Anwendung typischer Rehabilitationseinheiten wie Psycho-Edukation, Abstinenzarbeit oder themenspezifischen Indikationsgruppen - für die gemeinsame Behandlung beider Erkrankungsteile Rechnung getragen wird.

Bei unserer Klientel handelt es sich meist um jüngere Menschen mit dem Altersschwerpunkt zwischen 25 und 35 Jahren. Das Mindestalter beträgt 18 Jahre.

Die Rehabilitand*innen lassen sich zu etwa je 45 % in die Zielgruppen gemäß Bora (Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker) 4 und 5 (= arbeitslose Rehabilitand*innen nach SGB II mit Bezug von ALG II und Nicht-Erwerbsrehabilitand*innen (z. B. Schüler*innen, Studierende, Hausfrauen, Zeitberente, die eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt anstreben) sowie selten (etwa 10%) der Zielgruppe 3 (= arbeitslose Rehabilitand*innen nach SGB III und Erwerbstätige, die während der Krankschreibung arbeitslos werden, sowie langzeitarbeitsunfähige Erwerbstätige) einordnen.

Die Aufnahme erfolgt auf freiwilliger Basis und beinhaltet das Akzeptieren der Therapieregeln und der Beschränkungen, die in der Hausordnung festgelegt sind.

In dem jetzt 30jährigen Bestehen der Einrichtung

hat sich eine hoch differenzierte medizinische und sozialtherapeutische Vernetzung im lokalen Umfeld entwickelt (Kooperationen auf dem 1. Arbeitsmarkt für externe Praktika, Vor- und Nachsorgeeinrichtungen), die eine am individuellen Bedarf orientierte medizinische Rehabilitation vor dem Hintergrund sich wandelnder Anforderungen gewährleistet.

Im Rahmen des gesamten medizinischen Rehabilitationsverlaufes nimmt die berufliche Orientierung eine wichtige Rolle ein. Für Klienten, die wieder dem ersten Arbeitsmarkt zugeführt werden können, bekommen die externen Praktika eine hohe Bedeutung. Da im TPS suchtkranke Menschen mit einer zusätzlichen komorbiden psychiatrischen Störung (einer sogenannten Doppeldiagnose) behandelt werden, wird zum einen ein personenzentriertes langfristiges und integratives Therapieprogramm angeboten. Zu anderen wird durch den bestehenden Personalschlüssel die nötige intensive individuelle Betreuung gewährleistet.

In der psychiatrischen Sprechstunde geht es um psychopathologische Befunderhebung, Verlaufsbeurteilung und psychiatrisch-diagnostische Einschätzung sowie Überprüfung und Optimierung der psychopharmakologischen Medikation.

Fortlaufend wird der individuelle Therapieplan im Rahmen von Fallbesprechungen (Indikationskonferenzen) überprüft und entsprechend angepasst.

So wie das Therapieprogramm individuell auf die einzelnen Rehabilitand*innen zugeschnitten wird, werden die einzelnen Krankheitsmerkmale, die durch unterschiedliche Komorbiditäten gekennzeichnet sind, auch bezüglich des strukturgebenden Reglements berücksichtigt.

Im Therapiealltag wird den durch Plus- und Minus-Symptomatik hervorgerufenen Einschränkungen der Rehabilitand*innen Rechnung getragen, indem zusätzliche motivierende Gespräche und Kriseninterventionen stattfinden.

Gegebenenfalls erfolgt eine Verlegung ins Klinikum Nord-Ochsenzoll zur Krisenintervention und Wiederaufnahme nach Stabilisierung.

Um ein stufenweises Erlangen der Eigenverantwortlichkeit zu erreichen, muss insbesondere bei der bei vielen Rehabilitand*innen vorliegenden Minussymptomatik (Antriebsschwäche, sozialer Rückzug, Isolationstendenzen, Affektverflachung, kognitive Defizite, vor allem Konzentrationsstörungen) mittels intensiver, individueller, symptombezogener Therapiearbeit entgegengewirkt werden, was immer wieder zusätzliche – über die regulär einmal wöchentlich vorgesehenen hinausgehende - Therapieeinheiten erfordert. Hier gilt es auch, die krankhafte Symptomatik von einer Widerstands- und Bequemlichkeitshaltung zu unterscheiden.

Zudem benötigen sogenannte Doppeldiagnose-Patienten aufgrund der oben beschriebenen Minus- oder Negativsymptome in der Regel eine intensive Betreuung bei der Wahrnehmung von Außenterminen bei (Behördengängen, Arztbesuchen aber auch im Kontext der sozialen und der beruflichen Rehabilitationsplanung) in Form von frühzeitiger Planung, Vor- und Nachbereitung sowie konkreter Begleitung.

Im Alltag aber auch im Kontext verschiedener Therapieangebote (Soziales Kompetenztraining und Angstbewältigung) sind externe Übungen zu begleiten.

Insgesamt ist die therapeutische Grundhaltung

ressourcenorientiert und ich-stärkend. Es wird stärker die verschiedenen Ich-Funktionen (Realitätswahrnehmung, Frustrationstoleranz, Impulskontrollvermögen) stabilisierend und unterschiedlich konfrontativ und konfliktzentriert mit den Rehabilitand*innen gearbeitet als in einer reinen suchttherapeutischen Einrichtung, um Dekomensationen zu vermeiden.

Als psychotherapeutische Interventionen finden gegebenenfalls häufigere psychotherapeutische Einzelgespräche statt.

Das individuelle Behandlungskonzept wird den Bedürfnissen der Rehabilitand*innen angepasst. So finden bei Bedarf häufiger als einmal wöchentlich stabilisierende Einzelgespräche statt.

Zudem erfolgen im Einzelfall störungsspezifische Testdiagnostiken bezüglich ADHS, Angststörungen, Depression, Aggression und Persönlichkeitsstörungen.

Im Rahmen der Psychoedukation (PE) werden der Schwerpunkt Sucht und komorbide Störungen sowie die Erarbeitung individueller Frühwarnsysteme bei psychotischen Störungen und die Erarbeitung individueller Risikofaktoren zur Abschätzung des Vulnerabilitätsrisikos besonders berücksichtigt.

Die Behandlung der Rehabilitand*innen erfordert eine enge und intensive Kooperation der einzelnen Therapiebereiche (medizinisch-psychiatrische Behandlung, Psychotherapie, sozialtherapeutische Behandlung, Arbeitstherapie), was tägliche interdisziplinäre Besprechungen erforderlich macht.

Das Therapiezentrum Psychose und Sucht ermöglicht als hoch spezialisierter Anbieter der medizinischen Rehabilitation von Doppeldiagnose-Patienten aufgrund seiner indikationsspezifischen Ausrichtung eine überregionale Versorgung. So besteht zudem eine überregionale kontinuierliche Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen der Vor- und Nachsorge sowie der medizinischen Versorgung, was eine optimierte Weiterbehandlung und -betreuung der Rehabilitand*innen weit über Hamburg hinaus ermöglicht.

Für Rehabilitand*innen aus der überregionalen Umgebung kann eine wohnortferne Unterbringung außerhalb der gewohnten Umgebung den Vorteil der Distanzierung und langfristigen Entwöhnung vom oft stark auf das Suchtmittel bezogenen Umfeld bieten und somit verbesserte Erfolgsaussichten auf eine dauerhafte Stabilisierung für die Rehabilitand*innen bedeuten.

Die Darstellung der konkreten Kooperationspartner des TPS sind unter Punkt 7 genannt.

Federführender Leistungsträger ist die DRV Nord. Grundlage ist der „Basisvertrag der Deutschen Rentenversicherung zur Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ zwischen der Deutschen Rentenversicherung Nord (DRV Nord) Ziegelstr. 150, 23556 Lübeck und dem Therapiezentrum Psychose und Sucht Holstenkamp 119a Haus 2, 22525 Hamburg, vom 18.07.2013

<u>Die apparative Ausrüstung umfasst:</u>

- Notfallkoffer, Notfallrucksack, Defibrillator
- Testgeräte für Alkohol- und Drogenscreening
- Blutdruckmessgeräte in den Therapiegruppenbüros und im Untersuchungsraum
- Raum für klinische Untersuchung und Medikamentenversorgung
- Notrufmöglichkeit in allen Rehabilitandenzimmern
- EKG-Ableitung
- Laborkontrollen

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

Der „Gemeinsame Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter vom 23.09.2011“ bildet die Basis für das Rehabilitationskonzept des TPS.

Nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) vom 31.07.2014 soll - mit dem Empfehlungsgrad A - bei Rehabilitand*innen mit Abhängigkeitserkrankungen und Psychose eine psychotherapeutische und psychosoziale Behandlung beider Störungen erfolgen.

Grundlage dieses Rehabilitationsansatzes ist ein multifaktorielles Krankheitsmodell unter Einbeziehung aktueller medizinischer und psychologischer Forschungsergebnisse wie z.B. der Stress-Coping-Forschung, des Risikofaktorenmodells und neuropsychologischer Erkenntnisse. Dabei wird die Suchterkrankung als komplexe, d.h. vielschichtige Erkrankung im Sinne eines bio-psycho-sozialen Rahmenmodells verstanden (Degkwitz, 1998, Vollmer, 1995), nach dem biologische, genetische, soziale und psychologische Faktoren ineinander wirken. So bietet z.B. die Bindungstheorie eine wissenschaftliche Erklärung dafür, dass die Fürsorge in der Kindheit einen weitreichenden Einfluss auf die seelische Entwicklung eines Menschen hat (Bowlby, 2014, Strauß u.a., 2002).

Zudem setzen komorbid erkrankte Rehabilitand*innen psychotrope Substanzen oftmals gezielt - im Sinne einer „Selbstmedikation“ - zur Affektregulierung ein, um Ängsten, mangelnder Impulskontrolle und emotionaler Instabilität als Folge von psychiatrischen Erkrankungen wie Schizophrenie, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen sowie sozialen Problemen zu begegnen.

In diesem multikausalen Entstehungsgefüge der Abhängigkeitserkrankung beeinflussen sich wechselseitig Persönlichkeitsfaktoren, soziale und kulturelle Faktoren sowie die Verfügbarkeit und Auswirkungen psychotroper Substanzen (Geschwinde, 1998).

Aufgrund der sich daraus ergebenden unterschiedlichen Persönlichkeiten sind in der therapeutischen Arbeit die einerseits suchtbegünstigenden Faktoren (Broken-Home-Situation, mangelnde Frustrationstoleranz, übersteigerte Sensationslust, traumatische Erfahrungen u.a.) sowie aber auch andererseits die ressourcenorientierten Fähigkeiten (Kompetenzen und Kreativität im Umgang mit problematischen Situationen, im Kontext von Herkunftsfamilie und Drogenszene) der Rehabilitand*innen zu berücksichtigen.

Das TPS arbeitet auf der Basis eines methodenintegrativen psychodynamisch-kognitiv verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzeptes.

Eine besondere Betonung kommt dabei, wie bereits oben erwähnt, den wöchentlich stattfindenden Einzelsitzungen und den indikationsspezifischen psychoedukativen und psychotherapeutischen Gruppenangeboten (u.a. in den Indikationen Psychose, Sucht, Angst, Depression, soziale Kompetenz) zu. Dies ermöglicht eine differenzierte, vertiefte therapeutische Bearbeitung problematischer Verhaltensmuster unter Berücksichtigung relevanter aktueller und vergangener Bindungserfahrungen sowie ein verbessertes Krankheitsverständnis, eine optimierte Krankheitsbe-

wältigung und die Möglichkeit einer gezielten Symptomreduktion.

Ein nicht unbedeutenden Teil der rehabilitativen Behandlung macht dabei das soziale Lernen im therapeutischen Milieu aus. Nicht nur strukturgebend durch Wochenplan und Hausordnung, transparent bezüglich der therapeutischen Interventionen sondern auch durch die Offenheit im Umgang miteinander und die dadurch entstehende Förderung einer kooperativen, therapeutischen Beziehung werden die Rehabilitand*innen angeregt und unterstützt im Sinne des „enriched environment“ (Solinas u.a. 2008).

Von großer Wichtigkeit ist zudem eine auf den Rehabilitationsprozess abgestimmte psychopharmakologische Behandlung (unter Verzicht auf Benzodiazepine vor dem Hintergrund der Suchtmittelabhängigkeit) durch die Fachärztin der Einrichtung.

Um ein verbessertes Verständnis der krankheitsauslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen zu ermöglichen und den Behandlungsverlauf angemessen dokumentieren zu können, wird die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), verwendet. Die Folgen von chronischen Erkrankungen werden im ICF-Modell der funktionalen Gesundheit als das Ergebnis einer Wechselwirkung von Krankheit, Individuum und dessen Kontext dargestellt. Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person ist das Ergebnis einer negativen Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem (Syndrom, klassifiziert in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD), der Person und ihren Kontextfaktoren (beides beschrieben und klassifiziert in der ICF). Dabei kann eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit (Beschreibung der Funktionsfähigkeit unter Berücksichtigung gesundheitlicher Einschränkungen: z.B. die Reduzierung der Konzentrationsfähigkeit im Rahmen einer Minussymptomatik) neue Gesundheitsprobleme nach sich ziehen, was gerade in der Komorbidität von psychotischen Erkrankungen und Suchtmittelabhängigkeit von zentraler Bedeutung ist. In der Krankheitsentstehung komplexer komorbider Störungen kann im individuellen Fall jedes Element als Ausgangspunkt für neue Probleme und Störungen herangezogen werden.

Die Einbeziehung von Kontextfaktoren (Umwelt) ermöglicht es, die Frage, welche Faktoren sich positiv (ICF: "Förderfaktoren") und welche Faktoren sich negativ (ICF: "Barrieren") auf die funktionale Gesundheit auswirken, d.h. die negativen Auswirkungen von Krankheiten auf das Leben eines Betroffenen, zu beantworten.

Wie im unten stehenden Schema dargestellt wird, sind die Funktionsfähigkeit und auch die Behinderung eines Menschen ein Produkt der komplexen Beziehung zwischen dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem und seinen Umwelt- und personenbezogenen Faktoren (Kontextfaktoren).

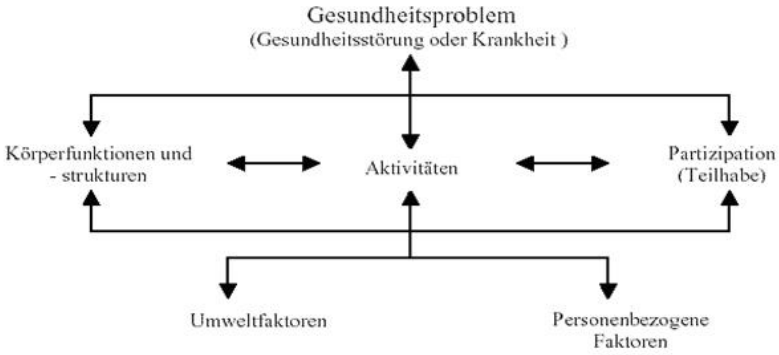
Das bio-psycho-soziale Modell verdeutlicht ferner, dass eine Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ein dynamischer Prozess ist und die Komplexität der Wechselwirkungen vielfältige Interventionsansätze zulässt.

Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen im Sinne der ICF werden nicht mehr als Probleme eines Einzelnen gesehen, sondern es werden die biographischen, sozialen, kulturellen und materiellen Lebensbedingungen berücksichtigt. Vor allem die Teilhabe (Partizipation) stellt die zentrale übergeordnete Zielkomponente für die Rehabilitation dar (SGB IX).

Dabei geht es konkret um eine Reduzierung der Beeinträchtigung der Teilhabe und/oder krankheitsbedingter Probleme, die eine betroffene Person beim Einbezug in einen Lebensbereich hat. Unter Berücksichtigung aller zur Verfügung stehenden Kontext- und Verlaufsfaktoren geht es im Rahmen der medizinischen Rehabilitation um eine gezielte Förderung der Leistungsfähigkeit des Rehabilitand*innen, eine Verbesserung der Gegebenheiten des Kontextes (Stärkung der Förderfaktoren und Beseitigung der Barrieren) und ggf. ein Einwirken auf die Leistungsbereitschaft. Vor dem Hintergrund der oft ausgeprägten Minussymptomatik der Doppeldiagnose-Patienten ist es notwendig, durch gezieltes Training und ergo- sowie psychotherapeutische Maßnahmen die Eigenaktivität der Betroffenen zu fördern und angemessene Bewältigungsstrategien unter Einbezug der Kontextfaktoren zu unterstützen. Mit Hilfe einer ICF-gestützten Verlaufsdiagnostik und regelmäßig stattfindenden (Zwischen-) Bilanzierungen durch das multiprofessionelle therapeutische Team wird der Rehabilitationsprozess (mit Unterstützung des/r Rehabilitand*in) fokussiert und gesteuert. Dieser Rehabilitations-Prozess wird auf den Ebenen des Funktionsbildes, des Aktivitätsbildes und des Teilhabebildes beschrieben.

Psychische Erkrankungen lassen nicht immer eine völlige Wiederherstellung der Gesundheit zu. Die Aufgabe der Rehabilitation liegt in diesen Fällen darin, eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erreichen, ein Fortschreiten des Krankheitsprozesses aufzuhalten, bereits eingetretene Funktions- und Aktivitätsstörungen weitestgehend zu reduzieren und einer Beeinträchtigung der Teilhabe vorzubeugen.

Die Komponenten der „funktionalen Gesundheit“ der ICF sind in folgender Abbildung im Überblick schematisch dargestellt:



Die jeweils gültigen AWMF-Leitlinien werden berücksichtigt: Leitlinien zu alkoholbezogenen Störungen und zum schädlichen und abhängigen Tabakkonsum, sowie die aktuellen Leitlinien der DGPPN zu Schizophrenie, bipolaren Störungen und zur psychosozialen Therapie bei schweren psychiatrischen Erkrankungen.

4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

Die sozialmedizinische Indikation hat einerseits die medizinische Diagnose nach ICD (WHO) zur Voraussetzung, andererseits die Analyse und Bewertung der Schädigungen und Beeinträchtigungen nach ICF (WHO). Die zugrundeliegenden sozialmedizinischen Kriterien beinhalten die Rehabilitations-Bedürftigkeit, die Rehabilitations-Fähigkeit und eine positive Rehabilitations-Prognose.

Da es sich bei der Beurteilung der Rehabilitations-Indikation um ein komplexes Geschehen handelt, werden neben dem bisherigen Krankheitsverlauf und prognostischen Parametern auch individuell relevante gesundheitsbezogene Aspekte und Kontextfaktoren berücksichtigt.

Für die Rehabilitationsindikation ist von entscheidender Bedeutung, welche funktionellen Störungen und Beeinträchtigungen vorliegen. Diese werden unter Berücksichtigung der ICF in Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussgutachten benannt.

Mit Einleitung der medizinischen Rehabilitation wird geprüft, welche geeigneten Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind und durchgeführt werden können.

Im TPS werden Personen ab 18 Jahren behandelt, der Altersschwerpunkt liegt zwischen 25 und 35 Jahren.

Aufnahmevoraussetzungen sind eine gute Motivationslage der Rehabilitand*innen, eine vorausgegangene Abstinenzzeit bzw. abgeschlossene Entzugsbehandlung sowie eine Kostenzusage.

Je nach Bedarf erfolgt eine Mitbehandlung komorbider somatischer Störungen, wie z. B. einer Hepatitis C oder einer HIV-Erkrankung, durch hierfür spezialisierte medizinische Einrichtungen.

Die Notwendigkeit einer stationären Therapiemaßnahme wird vor Aufnahme geprüft, insbesondere die Schwere der psychischen Erkrankung, Defizite in der sozialen Einbindung und der aktuellen Wohnsituation sowie die Sinnhaftigkeit der Herausnahme aus einem pathogenen sozialen Umfeld.

Diagnosen nach ICD 10

- Stoffbezogene Abhängigkeitserkrankungen, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 ff).
- Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20 ff).
- Affektive Störungen (F30 ff).

Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40 ff), sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60 ff) liegen bei unseren Rehabilitand*innen ebenfalls häufig vor und führen in Kombination mit dem Suchtmittelgebrauch oft zu psychosenahem Erleben. Diese Störungen werden mitbehandelt.

Sofern die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind, werden auch Rehabilitand*innen, die sich einer rehabilitativen Behandlung auf Grundlage der §§ 35/36 BtmG unterziehen müssen, aufgenommen.

Ausschlusskriterien:

- Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0 ff).
- Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (F60 ff).
- Intelligenzminderung (F70 ff).
- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84).
- Gerontopsychiatrische Krankheitsbilder.
- Vorrangige Pflegebedürftigkeit.

4.3 Rehabilitationsziele

Als Einrichtung der medizinischen Rehabilitation ist das TPS spezialisiert auf die Behandlung von Doppeldiagnosepatienten. Im Rahmen der stationären Therapiemaßnahme werden Menschen, die sowohl an einer schizophrenen oder affektiven Psychose erkrankt sind als auch an einer Suchterkrankung leiden, behandelt.

Zu den Zielen gehören zum einem die Erreichung und Erhaltung der Abstinenz, zum anderen die Behebung körperlicher und psychischer Störungen sowie eine möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

Unter aktiver Einbeziehung der Rehabilitanden den Prozess der Zieldefinition sind die wesentlichen Rehabilitationsziele im TPS:

- Entaktualisierung von psychotischen Symptomen,
- Reduzierung anderer krankheitsbedingter psychischer Symptome,
- Motivationsförderung und Befähigung zur Suchtmittelabstinenz,
- Erkennen, Vermeiden und Bewältigen von Rückfallsituationen,
- die berufliche Eignungs- und Neigungsfindung,
- die sukzessive Steigerung der Leistungsfähigkeit und die Vorbereitung auf die Wahrnehmung beruflicher Funktionen,
- die Überleitung in weiterführende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- die Rückkehr an den Arbeitsplatz,
- Problematisieren des Konsums von Nikotin und Koffein,
- Erlernen eines angemessenen Umgangs bei nicht stoffgebundenem Suchtverhalten bzw. Suchtmittelverlagerungen,
- grundsätzliche Nachreifungsentwicklung,
- Stabilisierung im subjektiven Befinden,
- allgemeine Aktivierung, körperliche und psychische Stabilisierung, mit Hinwendung zu einer gesunden Lebensführung,
- Verbesserung der sozialen Kompetenzen, insbesondere bezüglich Konflikt- und Krisenbewältigung,
- soziale Integration,
- Verhinderung einer Chronifizierung der psychischen Erkrankung,
- Entwicklung oder Wiedererlangung der Fähigkeit zum selbständigen Leben,
- Erkennen von Leistungsgrenzen und Überlastungssituationen,
- Erlernen von Krankheitsbewältigungsstrategien,
- selbständige Lebensführung und Reintegration in das Wohnumfeld.

Ziel der Behandlung ist es, die Rehabilitand*innen bezüglich ihrer Psychose und ihrer Suchterkrankung soweit zu stabilisieren, dass sie ihr Leben hinsichtlich Arbeit und Wohnung bzw. Tagesstruktur wieder möglichst selbstverantwortlich gestalten können. Häufig ist dazu für einen längeren Zeitraum eine entsprechende Nachsorge notwendig. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass bei einigen Rehabilitand*innen aufgrund der Schwere und der langen Dauer der psychotischen Erkrankung der stationäre Therapiezeitraum zu kurz bemessen ist, um sie nach dessen Ende in eine eigene Wohnung entlassen zu können. In diesen Fällen sollte aber die Suchterkrankung soweit entaktualisiert sein, dass eine Weiterbetreuung in einer Wohngruppen-Nachsorgeeinrichtung möglich ist.

Das Konzept des TPS fußt sowohl auf psychoedukativen, suchttherapeutischen, arbeitstherapeutischen und individual-psychotherapeutischen Maßnahmen, als auch auf Therapieangeboten, die die alltagspraktischen Fähigkeiten stärken. Dabei kommt es besonders darauf an, der illusionär stabilisierenden Wirkung der Droge ein nachhaltiges, verlässliches und klares therapeutisches Beziehungsangebot gegenüber zu stellen.

Im Rahmen der psychoedukativen Gruppenarbeit erhalten die Rehabilitand*innen umfassende Informationen über die Erkrankung und deren Folgen sowie über die erforderlichen aktuellen und langfristigen Behandlungsmaßnahmen. Es erfolgt eine Vermittlung von Wissen über Entstehung, Verlauf, Behandlung sowie Früherkennung und Bewältigungsmaßnahmen im Falle eines erneuten Auftretens der Erkrankung.

Sofern im Therapieverlauf deutlich wird, dass eine berufliche Wiedereingliederung nicht realistisch ist, wird der/die Rehabilitand*in je nach individueller Situation entweder kurzfristig in eine geeignete Nachsorgeeinrichtung vermittelt oder es wird ein Wechsel des Leistungsträgers (Übernahme der Leistungen durch die GKV) beantragt.

Zentral ist die Förderung einer aktiven Krankheitsbewältigung und die Erarbeitung einer Akzeptanz langanhaltender bzw. irreversibler Krankheitsfolgen sowie die Schulung eines eigenverantwortlichen Krankheitsmanagements. In diesem Zusammenhang ist das Einbeziehen von Angehörigen, die hinsichtlich eines adäquaten Umgangs mit der Erkrankung beraten und geschult werden, von großer Wichtigkeit.

Die Entlassung erfolgt ausschließlich in vorbesprochene, strukturierte Lebenszusammenhänge (ambulante sowie stationäre nachsorgende Einrichtungen nach SGB XII, psychiatrische Weiterbehandlung sowie Anbahnung von Kontakten zu Selbsthilfegruppen).

4.4 Rehabilitationsdauer

Die Dauer der stationären Entwöhnungsbehandlung im TPS beträgt zehn Monate. Darin enthalten ist die vier Monate andauernde Adaptionsphase.

Für die Zeit der Adaption werden unter anderem Einzelzimmer mit Küchenzeile vorgehalten, um eine selbständigere Lebensführung zu ermöglichen.

Mit den Rehabilitand*innen werden in regelmäßigen Abständen (alle 2 Monate) die Ziele und die Planungsschritte für die weitere Therapiedauer festgelegt.

Diese werden in der Gesamtdokumentation festgehalten .

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation im TPS erfolgt eine umfassende medizinische, psychologisch-psychotherapeutische und arbeitstherapeutische Diagnostik der Erkrankung und der damit einhergehenden Funktionsstörungen. Darauf basierend erfolgt die Erstellung eines individuellen Therapieplanes unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Verlaufsdiagnostik.

Zu Beginn des Aufenthaltes steht eine Überprüfung und Förderung alltagspraktischer Tätigkeiten, um ein Training vorhandener (Rest-) Funktionen und die Ausbildung neuer Funktionen im Vordergrund. Dies geschieht zum Teil auch im Rahmen der therapeutischen Gemeinschaften, die in Form von Therapiegruppen eine angeleitete Selbstversorgung praktizieren, um soziales Lernen durch das Einüben konstruktiver Auseinandersetzungen und die Übernahme von Verantwortung zu fördern. Die Rehabilitand*innen übernehmen innerhalb der Wohngruppe Koch- und Reinigungsdienste und nehmen turnusmäßig an den Einkäufen für die Wohngruppe teil. (Näheres hierzu siehe Eingangsphase)

Im Folgenden bekommen die arbeitstherapeutischen Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung im engeren Sinne einen zunehmenden Stellenwert mit dem Ziel der beruflichen Reintegration.

Hierzu hält das TPS ein komplexes Angebot verschiedener erwerbsbezogener Leistungen vor, die für die individuelle Rehabilitationsplanung genutzt werden und nach dem individuellen Bedarf und den vorhandenen Möglichkeiten ausgerichtet sind. Das TPS orientiert sich strikt an den BORA-Zielgruppen, die den Rehabilitand*innen zugeordnet werden (meist 3-5), sowie an den individuellen Problemlagen der Rehabilitand*innen. Der Bezugstherapeut koordiniert diese, um individuelle erwerbsbezogene Therapieziele festzulegen.

Für alle Rehabilitand*innen, die davon profitieren können, gibt es das Angebot des berufsschulischen Wissens in dem eine berufsschulische Basiskompetenz vermittelt wird. Sowohl Basiswissen bzgl. Mathematik (z.B. Prozentrechnung, Kalkulation von Bruttoverkaufspreisen), Deutsch (Rechtschreibung, Grammatik, Textverständnis) als auch PWG (z.B. Grundlagen der EU) werden vermittelt. Für den Umgang mit Ängsten und Konflikten in schulischen oder Ausbildungssituationen gibt es ein psychotherapeutisches Angebot zur Reflektion, kognitiven Neuausrichtung und emotionalen Stabilisierung. Zusätzlich zur Arbeits-und Ergotherapie bieten wir PC-Training, Sozialberatung und Bewerbungstraining an um konkrete Schritte zur Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes vorzubereiten, gegebenenfalls unterstützen wir auch Gespräche mit einem Reha-Fachberater.

Rehabilitand*innen der Zielgruppe BORA 4, langzeitarbeitslose Rehabilitande*innn, bzw. BORA 5, Nicht-Erwerbspersonen, die eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt anstreben, erhalten zusätzliche edukative und individuelle Therapieangebote zur Motivierung der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit, bzw. des Umgangs mit Resignation oder Frustration. Weiter finden externe Praktika zur Belastungserprobung statt, sowie die Einleitung der Adaptionsbehandlung.

Hierzu wird ausführlich unter Punkt 4.7.5 (Arbeitsbezogene Interventionen) Stellung genommen.

Rehabilitand*innen erhalten einen individuellen Wochenplan. Die wöchentlichen Einzel-Therapiegespräche werden gesondert vereinbart.

Der **Behandlungsverlauf** lässt sich wie folgt in verschiedene Phasen gliedern:

Die Eingangsphase (die ersten 2 Monate)

Jede/r Rehabilitand*in wird einer der drei Therapiegruppen zugeordnet.

In den ersten 21 Tagen nach Aufnahme besteht eine Ausgangs- und Kontaktsperre, um einen deutlichen Schnitt zur bisherigen Lebensführung zu machen und die Aufmerksamkeit auf die therapeutische Situation mit ihren grundlegenden Bedingungen zu konzentrieren. Zunächst sollen die Rehabilitand*innen eine persönliche Standortbestimmung vornehmen, um zu einer realistischen Einschätzung ihrer Fähigkeiten und Schwierigkeiten zu kommen. Sie sollen erkennen, welche ihrer Lebens- und Verhaltensweisen immer wieder zu psychotischen Krisen und/oder süchtigem Verhalten führen, um entsprechende Coping-Strategien entwickeln zu können.

Gemeinsam mit den Rehabilitand*innen wird dann anhand der gewonnenen Einschätzung eine detaillierte Rehabilitationsplanung erstellt.

Im arbeitstherapeutischen Bereich werden Ein-

gangstrainingsaufgaben und Eingangswerkstücke erarbeitet.

Die Selbsteinschätzung der Grundarbeitsfähigkeiten und Handlungsfähigkeiten, sowie die Anamnese der schulischen, beruflichen und sozialen Entwicklung stehen im Fokus.

Es erfolgt die Zuordnung zu den BORA-Zielgruppen, anhand derer für Rehabilitand*innen die jeweils individuelle und bedarfsgerechte Planung der Therapie und die Entwicklung individueller erwerbsbezogener Ziele erstellt werden.

Die Rehabilitand*innen erhalten eine Einführung und den Zugang zum Klienten-PC, ein Kognitionstraining findet statt.

Die Aufarbeitungsphase (bis Ablauf 4. Monat)

Nach erfolgreicher Eingangsphase wird gemeinsam mit den Rehabilitand*innen das Ziel verfolgt, eine grundsätzliche Krankheitseinsicht und eine gute Selbstwahrnehmung zu entwickeln, um die persönlichen Frühwarnsignale wahrnehmen und sich entsprechende Hilfe holen zu können. Entscheidend für den therapeutischen Prozess ist, dass es gelingt, die bisher zur Konfliktbewältigung und Symptomreduktion eingesetzten Suchtmittel durch tragfähige Beziehungen zu Therapeuten und Mitpatienten zu ersetzen. Dadurch kann die meist extrem fragile Ich-Struktur vor allem hinsichtlich Selbstwertgefühl, Konfliktfähigkeit und Frustrationstoleranz gestärkt bzw. entwickelt werden. Die häufig sehr ausgeprägten Minussymptome (Antrieb und Konzentrationsdefizite, autistischer Rückzug, Anhedonie, Affektverflachung) werden durch den strukturierten Tagesablauf und besonders durch die Arbeits- und Ergotherapie im Rahmen der jeweils aktualisierten Rehabilitationsplanung schrittweise reduziert, so dass die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit allmählich gesteigert werden kann.

Arbeitstherapeutisch erfolgt die Fortsetzung der individuellen Betreuung in der Therapiegruppe, das Kognitionstraining, sowie weitere Arbeitsprojekte mit der Zielsetzung Gruppenarbeit und Belastungserprobung.

Die Konsolidierungsphase (bis Ablauf 6. Monat)

In der Phase der Konsolidierung sollen die Rehabilitand*innen mit therapeutischer Unterstützung zu grundsätzlichen Entscheidungen hinsichtlich beruflicher Perspektiven bzw. Wiedereingliederung, Wohnsituation und Freizeitgestaltung kommen, damit in der verbleibenden Therapiezeit die entsprechenden Vorbereitungen eingeleitet werden können. Die Beschränkungen der Freizügigkeit werden nun allmählich vermindert und den Rehabilitand*innen wird zunehmend mehr Selbstverantwortung übertragen, wodurch aber auch Krisen und Rückfälle als Überforderungsreaktion evoziert werden können.

In der Arbeitstherapie wird die individuelle Betreuung in der Therapiegruppe fortgeführt, Info-Termine zur beruflichen Rehabilitation (BTZ, BIZ, integrativer Arbeitsmarkt) und die Praktikumssuche mit Bewerbungstraining und Bewerbungsgesprächen finden statt.

Es folgen externe Praktika in Betrieben des ersten Arbeitsmarktes, um an realistischen Arbeitsbedingungen die Leistungs- und Belastungsfähigkeit der Rehabilitand*innen zu erproben.

Aktuell gibt es Praktikumsplätze in folgenden Bereichen: Hauswirtschaft und Wäscherei, Landschafts- und Gartenbau, Pflegeeinrichtungen, Kindergärten, Einzelhandel, Elektrotechnik, Autowerkstätten und Tankstellen, Schneidereien und Polsterer, Gemeinden, Haustechnik, Friseur, Tisch-

lerei, Gastronomie, und diverse Handwerksbetriebe.

Die Adaptionsphase (4 Monate)

In der Adaptionsphase geht es für die Rehabilitand*innen um die Erprobung unter realen Alltagsbedingungen. Sie sind mit Beginn dieser Phase in der Lage sich eigenständig zu versorgen. Sie leben in Einzelzimmern, die zusätzlich mit Pantry-Küchen ausgestattet sind.

Im Gegensatz zu den Rehabilitand*innen der Stammtherapie planen sie ihre Woche anhand des Adaptionswochenplanes.

Zu Beginn der Adaptionsphase und im weiteren Verlauf der Behandlung werden die Rehabilitand*innen nach ihrem individuellen Entwicklungsstand durch die ärztl. Leitung beurteilt. Sollte sich hierbei ergeben, dass Rehabilitand *innen mit den gesteigerten Anforderungen der Selbstversorgung während der Adaptionsphase noch überfordert sind, besteht die Möglichkeit, noch an einzelnen Angeboten der Stammtherapie teilzunehmen.

Neben der weiteren Festigung der Therapiefortschritte in wöchentlich stattfindenden Einzelgesprächen, der Adaptionsphasengesprächsgruppe (kurz: Adaptionsgruppe) sowie ggf. der Psychotherapiegruppe und der täglichen Erprobung im Alltag und im Praktikum geht es darum, mit den Rehabilitand*innen die weitere Perspektiventwicklung und Nachsorgeplanung abzuschließen.

Es ist sehr wichtig, dass die Rehabilitand*innen Zuversicht in das Gelingen der sich an die Therapie anschließenden Schritte gewinnen können und sich geordnet aus der hiesigen Therapie lösen können.

Ziele der rehabilitativen Angebote während der Adaptionsbehandlung im TPS sind:

- Erreichung der Integration in den Arbeitsprozess, insbesondere für Rehabilitand*innen der Zielgruppe BORA 3 und 4,
- eine zukünftig suchtmittelfreie Lebensführung,
- ausreichende Stabilität und eine realistische, tragfähige Lebensperspektive.

Gerade die in dieser Phase im Fokus stehende berufliche Zielsetzung ist auf Seiten unserer Rehabilitand*innen durch spezifisch Fertigkeiten bzw. Anforderungen gekennzeichnet, die wir mit folgenden Angeboten fördern:

- Vorbereitende Maßnahmen für Rehabilitand*innen, die eine Rückkehr in ihr altes Beschäftigungsverhältnis planen, wie Kontaktaufnahme, Arbeitsplatzanalyse, Bewertung der Umgebungsfaktoren oder sozial-rechtliche Beratung.
- Intensivierung von Leistungsbereitschaft und -fähigkeit inklusiv Umgang mit frustrierenden Situationen, sowie Belastbarkeit und Durchhaltevermögen als wesentliche Grundbedingungen zur beruflichen Wiedereingliederung.
- Unterstützung bei der Suche oder Vermittlung in weitere externe Praktika zur Arbeitserprobung und zum Arbeitstraining unter realen, betrieblichen Bedingungen zur Verbesserung der beruflichen Reintegration, sowie als Überprüfung alternativer beruflicher Arbeitsfelder.
- Überleitung von Praktika in Ausbildungs- oder Beschäftigungsverhältnisse.
- Vermittlung in Ausbildungs- oder Beschäftigungsverhältnisse.
- Unter Nutzung von PC-Programmen, Erstellung von aussagefähigen Bewerbungsunterla-

gen.

- Einführung über die Internetnutzung zur Recherche von Stellenangeboten.
- Einzelgespräche, sowohl mit Bezugsmitarbeitenden als auch psychotherapeutisch.
- Verbindliche Teilnahme an der wöchentlichen Adaptionsgruppe, um Erfahrungen oder Schwierigkeiten in der Außenorientierung und in den Praktika mit einem Therapeuten zu besprechen.
- Spezielle Fitnessprogramme zur körperlichen Leistungssteigerung und zur Vermeidung von einseitigen Belastungen im Rahmen körperlicher Anforderungen bei Praktika.

Zur weiteren Vertiefung des Gelernten stehen den Rehabilitand*innen ein PC mit Internetzugang zur Verfügung.

Durch die flankierende Teilnahme am Berufsschulischen Wissen (BSW), bei dem sowohl ein berufsschulisches Basiswissen vermittelt wird, als auch strukturell, ein künftiger Schulbesuch vorbereitet wird, soll es den Rehabilitand*innen ermöglicht werden, seine schulischen Fähigkeiten einzuschätzen, Ängste abzubauen und Kenntnisse zu verbessern.

Dabei finden die individuellen Wissensstände, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Rehabilitand*innen besondere Berücksichtigung, wodurch eine hohe Vermittlungsquote (z.B. in Pflegeberufe, Hausmeisterdienstleistungen etc.) erreicht wird.

Die während der gesamten Adaptionsphase eingeleiteten Maßnahmen zur selbständigen und unabhängigen Lebensführung werden bis zur Entlassung in die Praxis umgesetzt.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Die Betreuung im Therapiezentrum Psychose und Sucht erfolgt im Rahmen eines Bezugstherapeutensystems. Das therapeutische Angebot findet an fünf Tagen in der Woche statt, Mitarbeitende sind 24 Stunden täglich in der Einrichtung.

Die Berufsgruppen des Teams sind unter Punkt 5 dargestellt.

Die Kernzeit liegt dabei werktags zwischen 8:00 bis 17:00 Uhr. Die Einrichtung stellt sicher, dass die Bezugstherapeuten im Sinne des Case-Managements den Rehabilitand*innen als persönliche Ansprechpartner während des gesamten Rehabilitationszeitraums zur Verfügung stehen.

Das Arbeiten mit dem Bezugstherapeuten-System heißt, dass ab Aufnahme jede/r Rehabilitand*in eine Ansprechperson über den gesamten Therapieverlauf für das Alltagsmanagement zugewiesen bekommt. Die psychotherapeutischen Einzelgespräche, bzw. Gruppenangebote und der gesamte Bereich der Rehabilitationsplanung obliegen den Mitarbeitenden, mit der für diese Angebote befugten anerkannten Approbation bzw. Ausbildungen.

Nach dem Abschluss der Eingangsdiagnostik (durch Bezugstherapeuten, Psychologen, Ergotherapeuten) wird gemeinsam mit dem Rehabilitand*innen ein individueller Rehabilitationsplan erstellt. Voraussetzung dafür ist eine Auswertung der diagnostizierten funktionellen Einschränkungen und Behinderungen. Daraus ergibt sich das individuelle Verhältnis von ärztlichen, psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und weiteren rehabilitativen Maßnahmen.

Die Teilnahme am vereinbarten Therapieangebot ist für Rehabilitand*innen der Stammtherapie –

als auch der Adaptionsphase – verpflichtend, abgesehen von der Teilnahme an der Progressiven Muskelentspannung und der Akupunktur.

Verteilt auf die einzelnen Wochentage ergeben sich besonders für Rehabilitand*innen der Stammtherapiephase unterschiedliche Schwerpunkte der Behandlung. Von Montag bis Freitag, in der Zeit von 8:00 bis 17:00 Uhr, liegt der Fokus auf den ärztlichen, psychotherapeutischen, soziotherapeutischen, arbeits- und ergotherapeutischen Angeboten. Darüber hinaus finden in diesem Zeitfenster auch die zusätzlichen beruflich orientierten Maßnahmen statt. Nach 17.00 Uhr bzw. an Samstagen und Sonntagen gibt es freizeitpädagogische Angebote. Darüber hinaus wird ggf. Krisenintervention, auch im Rahmen der sozialen Belastungserprobung, angeboten.

Im Rahmen der, für die Rehabilitand*innen der Stammtherapiephase, praktizierten Selbstversorgung werden in den Therapiegruppen an den Wochentagen täglich wechselnd jeweils zwei Rehabilitand*innen durch Ergotherapeuten und die Ökotrophologin bei der Zubereitung der Mahlzeiten angeleitet. Dafür sind bis zu eineinhalb Stunden vorgesehen. Die Selbstversorgung beinhaltet zudem die angeleitete Planung der Mahlzeiten, den Einkauf mit Begleitung sowie die Reinigung von Küche und Essbereich, um alltagspraktische Fertigkeiten zu trainieren und das soziale Lernen durch Einüben konstruktiver Auseinandersetzungen und die Übernahme von Verantwortung zu fördern.

Jede/r Rehabilitand*in hat einen Wochenplan, in dem das Programm festgelegt ist, an dem verbindlich teilgenommen werden muss und durch den die allgemeine Tagesstruktur vorgegeben wird. Die individuelle Therapieplanung erlaubt es aber, dass zum einen zur Vermeidung von Überforderung eine zeitweilige Befreiung von einzelnen Programmpunkten möglich ist und zum anderen im Verlauf die Behandlung durch zusätzliche Angebote und Anforderungen erweitert werden kann. Letzteres gilt vor allem für Rehabilitand*innen während der Adaptionsphase und im Hinblick auf die Frage der beruflichen Wiedereingliederung. Wo es sinnvoll und möglich ist, werden die Angehörigen der Rehabilitand*innen in den therapeutischen Prozess mit einbezogen.

Im Anhang finden sich die Wochenpläne für die Stammtherapiephase und die sich anschließende Adaptionsphase. Während der Adaptionsphase werden die Rehabilitand*innen ihre erworbenen Fähigkeiten in selbständiger Lebensführung testen, haben aber ihre vertraute Therapeuten weiterhin als Ansprechpartner.

Es werden zudem regelmäßige Hausvollversammlungen, mit allen anwesenden Rehabilitand*innen durchgeführt, während dieser werden u.a. die pädagogisch begleiteten Gruppenaktivitäten an den Wochenenden (Ausflüge in die Umgebung und die Teilnahme an kulturellen Angeboten) organisiert.

Im Haus stehen verschiedene Möglichkeiten der Freizeitgestaltung zur Verfügung, wie z.B. Sport, Fitness oder Musikinstrumente.

Im Rahmen der Rehabilitationsplanung werden fortlaufend die Aspekte der Rehabilitations-Fähigkeit, die Rehabilitations-Ziele sowie die Rehabilitations-Prognose berücksichtigt und aktualisiert unter Einbeziehung der entsprechenden Planungsgespräche mit den Rehabilitand*innen. Dabei gilt es, die Rehabilitand*innen in ihrer Krankheitsbewältigung optimal zu fördern sowie eine Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft zu erreichen.

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

4.7.1.1 Antragstellung bis Aufnahme

In der Regel wird im Laufe einer Krankenhausbehandlung oder einer ambulanten Betreuung durch eine Suchtberatungsstelle bzw. im Rahmen einer ambulanten medizinischen Betreuung auf Anregung des dortigen Sozialdienstes oder der behandelnden Ärzte ein Antrag der Versicherten auf Rehabilitation gestellt.

Für interessierte Rehabilitand*innen findet 14tägig eine offene Informationsveranstaltung statt, in der über Inhalte und Rahmenbedingungen der Therapie Auskunft gegeben wird. Damit eine Bewerbung für einen Therapieplatz bearbeitet werden kann, benötigt die Einrichtung einen aktuellen, ausführlichen psychiatrischen Arztbrief und einen Sozialbericht. Sobald diese Unterlagen eingegangen sind, wird ein Termin für ein Vorstellungsgespräch vereinbart. In diesem werden u.a. die Motivation zur Therapie, die Rehabilitations-Fähigkeit, die Rehabilitations-Ziele sowie die Rehabilitations-Prognose geprüft.

Ein spezielles Assessment zum Erwerbsbezug und Abklärung der beruflichen Eignung vor Aufnahme im Vorstellungsgespräch mittels des Fragebogens zur Arbeitsdiagnostik ist in Verwendung. Eine Versendung bereits mit der Einladung hat sich als nicht praktikabel erwiesen, da noch keine Bindung bzw. Motivation aufgebaut werden konnte.

Der bisherige schulische und berufliche Werdegang werden erfragt, sowie die Wünsche und Ziele im beruflichen Bereich für die Zukunft.

Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wird durch ein Rating mittels arbeitsdiagnostischer Fragen erarbeitet.

Unmittelbar danach wird dem Bewerber die Entscheidung des Aufnahmeausschusses (Aufnahmeleiter und Fachärztin der Einrichtung) über die Aufnahme schriftlich mitgeteilt.

Sofern der Bewerber realistische Chancen auf eine Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt hat, wird dies der zuständigen DRV in einem Schreiben über das Vorstellungsgespräch mitgeteilt. Andernfalls wird die Weiterleitung der Kostenbeantragung an die zuständige Krankenkasse empfohlen.

Sollte aus medizinisch-psychotherapeutischen Gründen keine Behandlung im TPS durchführbar sein, findet eine Beratung bzgl. Behandlungsalternativen statt. Bei noch fluidem Suchtmittelkonsum muss vor der Aufnahme eine Entgiftung durchgeführt werden. Es besteht die Möglichkeit, einen

Entgiftungsplatz auch kurzfristig durch das TPS im Asklepios Klinikum Nord-Ochsenzoll zu vereinbaren.

Die Überprüfung einer ausreichenden Motivation sowie die Förderung einer eigenständigen Mitarbeit der Rehabilitand*innen sind entscheidende Voraussetzungen für den Rehabilitationserfolg. Mit der Aufnahme auf die Warteliste beginnt für den Rehabilitand*innen noch vor der Aufnahme eine aktive Teilnahme als Voraussetzung für eine spätere Aufnahme im TPS. Dabei nehmen Rehabilitand*innen in der Umgebung von Hamburg regelmäßig an der 14-tägig stattfindenden Vorbereitungsgruppe teil, während Rehabilitand*innen aus dem überregionalen Einzugsgebiet Tagesprotokolle schreiben, die der Aufnahmeleitung wöchentlich zugesandt werden.

Durch die dadurch stattfindende Auseinandersetzung mit der eigenen psychischen Befindlichkeit, mit Symptom- bzw. Suchtverlangen auslösenden Faktoren sowie der Beschreibung des sogenannten "Suchtdrucks" (Craving), werden die angehenden Rehabilitand*innen frühzeitig auf den Aufbau von gesundheitsförderndem und krankheitsadäquatem Verhalten hingewiesen und in ihrer aktiven Krankheitsbewältigung gefördert.

Mit der Festlegung des Aufnahmetermins wird bei entsprechender Notwendigkeit eine hinreichend lange stationäre Entgiftungsbehandlung organisiert, aus der die Rehabilitand*innen direkt in das TPS überführt werden, sodass eine ausreichende Suchtmittelabstinenz ohne Auftreten akuter Entzugssymptome gegeben ist. Bei einer Entgiftungsbehandlung in einer Hamburger Klinik wird der/die Rehabilitand*in dort von einer/m TPS-Mitarbeitenden abgeholt, was den Einstieg in die Therapie erfahrungsgemäß deutlich erleichtert.

Institutionen, die Rehabilitand*innen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht betreuen, werden auf Wunsch gerne patientenorientierte Faltblätter und Informationen über die Einrichtung zugesandt.

4.7.1.2 Verfahren ab der Aufnahme

Der/die Rehabilitand*in wird im TPS einer therapeutischen Wohngruppe und einem Bezugstherapeuten zugeordnet. Bei Aufnahme werden Therapieregeln und der Hausordnung erläutert. Nach Kontrolle des Gepäcks auf Suchtmittel wird der/die Rehabilitand*in der Wohngruppe vorgestellt und erhält eine/n Mitrehabilitand*in als Paten.

Im ärztlichen Aufnahmegespräch am Aufnahmetag wird die aktuelle Situation einschließlich der erforderlichen Medikation geklärt, die wesentlichen Daten zur Anamnese und den Rehabilitationszielen werden festgehalten.

In den folgenden Tagen erhalten die Rehabilitand*innen eine Einführung in den arbeitstherapeutischen Bereich.

Der Rehabilitationsablauf und die für den Rehabilitanden wichtigen Ziele werden mit ihm festgelegt und im Verlauf deren Erreichungsgrad fortlaufend dokumentiert.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Als Grundlage der Rehabilitationsbehandlung und zur individuellen Therapie- und Rehabilitationsplanung findet eine umfassende Diagnostik statt. Diese beinhaltet standardisierte medizinische und psychologische Testverfahren sowie eine umfassende Erhebung des bisherigen Krankheitsverlaufs.

Die folgenden diagnostischen Verfahren sind ein

verpflichtender Bestandteil der Eingangsdiagnostik für alle Rehabilitand*innen:

In der Eingangsdiagnostik wird vom Bezugstherapeuten eine Einschätzung mit Hilfe des Mini-ICF durchgeführt.

Zur Abschätzung der Intelligenz und der Konzentrationsfähigkeit werden von einer psychologischen Fachkraft der Grundintelligenztest (CFT 20), der Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B) sowie der Test d2 durchgeführt.

Ferner kommt der Fragebogen HEALTH-49 zum Selbstrating unterschiedlicher Aspekte von psychosozialer Gesundheit und Lebensqualität zum Einsatz.

Im Verlauf wird etwa in der Behandlungsmitte die Einschätzung nach MINI-ICF wiederholt.

Vom Bezugstherapeuten wird eine umfassende biographische Anamnese erhoben.

In der Abschlussdiagnostik werden nochmals der MINI-ICF und der Test d2 sowie der Fragebogen HEALTH-49 durchgeführt.

Zusätzlich kommen je nach Indikation psychodiagnostische Instrumente zur Erhebung der differenzialdiagnostischen Klassifizierung zum Einsatz: zur Abschätzung der Schwere der psychischen Beeinträchtigung u.a. der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS), sowie Sucht-, Psychose- und Depressionsspezifische Tests (u.a. MATE, ESI, PANSS, BDI-II und HAMD). Zur Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter werden die Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE) eingesetzt, um darauf basierend geeignete klinische Maßnahmen ergreifen zu können.

Im Rahmen der arbeitstherapeutischen Diagnostik kommen Eingangstrainingsbögen zur Überprüfung der kognitiven Fähigkeiten, der Wahrnehmung (räumlich-visuell, räumlich-konstruktiv) und der Kulturtechniken zum Einsatz. Das SIBAR-Screening wird gemäß den BORA-Empfehlungen verbindlich durchgeführt. Eine Testung der Arbeitsfähigkeiten sowie eine arbeitstherapeutische Selbsteinschätzung (nach Cumming & Cumming) während der externen Praktika findet in regelmäßigen Abständen statt. Zusätzlich findet ein kognitionspsychologisches Training (Cogpack) statt. Zusammenfassend geht es bei der arbeitstherapeutischen Diagnostik um die Einschätzung der vorhandenen alltags- und berufsbezogenen Fähigkeiten unter Berücksichtigung der jeweils gegebenen Anforderungen und der Kontextfaktoren der Rehabilitand*innen. Im Rehabilitationsverlauf finden regelmäßige Verlaufskontrollen statt.

Anhand der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik wird individuell in Absprache mit der/m Rehabilitand*in die Rehabilitationsplanung erstellt. Wichtige Ergebnisse und Entwicklungen zu den einzelnen Rehabilitanden werden in den täglichen Mitarbeitendenbesprechungen thematisiert.

In den wöchentlichen Fallbesprechungen werden die diagnostischen Daten und Einschätzungen zu-m/r jeweiligen Rehabilitand*in zusammengetragen, um daraus weitere Therapiestrategien und -planungen abzuleiten.

4.7.3 Medizinische Therapie

Die ärztliche Leitung der Therapieeinrichtung trägt die Verantwortung für den sachgerechten Ablauf der Rehabilitationsmaßnahmen.

Dies beinhaltet die Koordination von Diagnostik und Therapieplanung in der interdisziplinären Zusammenarbeit des Teams. Die wöchentlichen Fallbesprechungen werden ärztlich angeleitet.

Die Dokumentation und Erstellung der Entlassungsberichte stehen unter ärztlicher Verantwortung.

Die medizinisch-psychiatrische Behandlung umfasst die Behandlung durch eine Fachärztin für Psychiatrie, einschließlich der erforderlichen Anamneseerhebung, Diagnostik und Psychopharmakotherapie sowie medizinische Beratung bei Schlafstörungen und Motivation zur Reduktion des Nikotinkonsums bzw. Raucherentwöhnung in:

- einem ärztlichen Aufnahmegespräch am Aufnahmetag, im Rahmen dessen die psychopathologische Befunderhebung, die psychiatrische-diagnostische Einschätzung, die Beurteilung der psychischen Stabilität und der Rehabilitationsfähigkeit sowie der Festlegung der psychopharmakologischen Medikation erfolgen.
- regelmäßigen wöchentlichen individuell vereinbarten ärztlichen Visitengesprächen
- anlassbezogenen Gesprächen zur Motivationsförderung und Krisenintervention.

In den ärztlichen Visitengesprächen werden mit den Rehabilitand*innen individuelle Fragen zu ihrer Psychose und Suchterkrankung erörtert, häufig geht es auch um die Herstellung einer tragfähigen Compliance bezüglich der medikamentösen Therapie.

Etwaige Folgeerkrankungen, wie Hepatitis, HIV, Leberzirrhose, kognitiver Abbau, cerebrale Krampfanfälle sowie Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems werden im individuellen Kontext dargestellt und problematisiert.

In täglichen Teambesprechungen werden relevante Punkte aus den Visitengesprächen mit dem therapeutischen Behandlungsteam besprochen.

Zur Diagnostik und Behandlung somatischer Erkrankungen und zur Erhebung von Laborwerten arbeitet das TPS mit einer internistischen Hausarztpraxis zusammen. Gegebenenfalls erfolgt eine Kooperation mit weiteren niedergelassenen Fachärzten.

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Die psychotherapeutischen Angebote umfassen:

- wöchentliches Einzelgespräch mit dem Bezugstherapeuten
- individuell vereinbarte psychotherapeutische Einzelgespräche durch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten
- Psychotherapiegruppe (indikativ), tiefenpsychologisch orientiert durch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, einmal wöchentlich für eineinhalb Stunden
- Suchtgruppe durch Bezugstherapeuten, einmal wöchentlich
- Frauengruppe durch Bezugstherapeuten, einmal wöchentlich
- Durch den psychotherapeutischen Psychologen werden folgende psychotherapeutische, indikative Gruppen im Wechsel, einmal wöchentlich für eine Dauer von ca. 12 Sitzungen angeboten:
- Angstbewältigungsgruppe, verhaltenstherapeutisch orientiert, ggf. Expositionstraining bei Ängsten
- Depressionsbewältigungsgruppe, verhaltens-

therapeutisch orientiert

- Regelmäßiges Angebot eines Raucherentwöhnungstrainings
- Aggressionsbewältigung

Soziotherapeutische bzw. kreativ-therapeutische Behandlungsangebote:

- Psychoedukationsgruppe durch ärztlich/ psycholog. Psychotherapeuten und Bezugstherapeuten, einmal wöchentlich für eine Dauer von ca. 12 Sitzungen
- Soziales Kompetenztraining durch Bezugstherapeuten und Ergotherapeuten, einmal wöchentlich für die Dauer von ca. 12 Sitzungen
- Ernährungslehre durch Ökotrophologin, einmal wöchentlich für die Dauer von ca. 12 Sitzungen
- Therapiegruppengespräch (TGG) durch Bezugstherapeuten, einmal wöchentlich (sich aus dem Zusammenleben in der Gruppe, dem Therapiekontext ergebende und individuelle Fragestellungen)
- Einzelgespräche mit Rehabilitand*innen und deren Angehörigen, individuell vereinbart
- Sozialtherapeutische Einzelgespräche, einmal wöchentlich individuell vereinbart
- Sozialpädagogische Betreuung und Beratung und Förderung sozialer Kompetenzen
- Hilfen und Übungen zur Alltagsbewältigung (tägliche Kontrolle der Küchenreinigung, wöchentliche Kontrolle der Zimmerreinigung, Anleitung zur selbständigen Haushaltsführung)
- Vollversammlung, einmal wöchentlich
- Musiktherapie (indikativ) durch Musiktherapeuten, einmal wöchentlich

Sämtliche Gesprächsgruppen dauern in der Regel 60 Minuten, abgesehen von der Psychotherapiegruppe s.o.

Die Gruppengröße liegt zwischen 6 und 8 Rehabilitand*innen. Auch im Therapiegruppengespräch (TGG) wird die geforderte Gruppengröße nicht überschritten, da Rehabilitand*innen, die sich in der Adaptionsphase befinden, regelhaft nicht teilnehmen.

Neben dem oben genannten Gruppenangebot sowie den therapeutischen Einzel- und Visitengesprächen erfolgen bei auftretenden Krisen anlassbezogene Einzelgespräche.

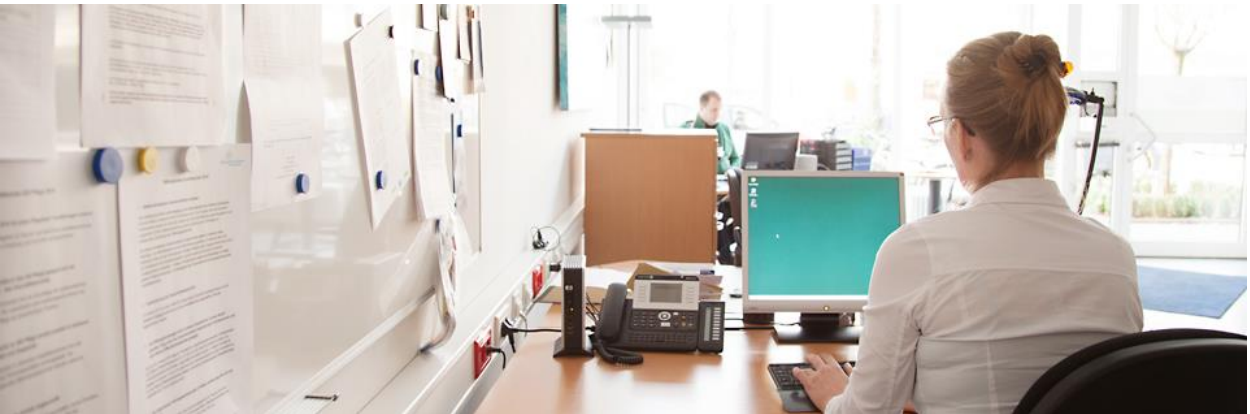
4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Folgende arbeitsbezogene Leistungen werden von den Ergotherapeut*innen der Einrichtung erbracht:

- Erhebung der Berufsanamnese mit Analyse der Stärken, Schwächen und Schwierigkeiten der/s Rehabilitand*in
- Bewerbungstraining
- Klärung von Ausbildungsplatzmöglichkeiten,

insbesondere im Nachgang zu erfolgreich verlaufenen Praktika

- Unterstützung bei Bewerbungen und zur Erlangung eines Arbeitsplatzes sowie Unterstützung und Vermittlung von Hilfen bei vorhandenem Arbeitsplatz (z. B. Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung)
- Berufsschulisches Wissen (indikativ) durch Berufsschullehrer einmal wöchentlich für ca. zehn Sitzungen, zweistündig. Durch "exemplarisches Lernen" soll berufsschulisches Wissen in Teilbereichen vermittelt werden. Dabei soll es neben schulischem Basiswissen um die Erfahrung des projektbezogenen Lernens in Kleinteams gehen. Aufgrund der deutlich geminderten Angstatmosphäre können Versagensängste und andere schulische Misserfahrungen kompensiert und das Selbstbewusstsein der Rehabilitand*innen aufgebaut werden.
- Psychosoziale Hilfen begleitend zu den Angeboten der beruflichen Orientierung und Belastungserprobung im Arbeitsleben.
- Hier sei auch auf das edukative Angebot „der Weg in die Arbeit“ unter der Überschrift „Berufs– und Sozialberatung“ in diesem Kapitel verwiesen.
- Beantragung weiterer Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen der letzten Behandlungsphase.
- In den drei Therapiegruppen werden an den Wochentagen täglich wechselnd jeweils zwei Rehabilitand*innen durch Ergotherapeut*innen und die Ökotrophologin bei der Zubereitung der Mahlzeiten angeleitet. Dafür sind bis zu eineinhalb Stunden vorgesehen.
- Arbeitstherapeutische Grundlagen (ATG): Innerhalb der jeweiligen Therapiegruppe, durch Anleitung eines Ergotherapeuten, werden die Rehabilitand*innen dabei gefördert, ein gemeinsames Projekt zu entwickeln. Grundarbeitsfähigkeiten, wie Pünktlichkeit, Sorgfalt, Kontaktfähigkeit werden geübt und angewendet. In den arbeitstherapeutischen Grundlagen sollen zum einen systematisch die Grundarbeitsfähigkeiten wie Pünktlichkeit, Sorgfalt, Kontakt- und Absprachefähigkeit geübt werden, außerdem eine Herangehensweise, wenn Schwierigkeiten in der Herstellung oder Verrichtung einer Arbeit auftreten. Es geht zum einen um individuelle Befähigungen, zum anderen aber auch um die im Arbeitsalltag auftretende Notwendigkeit der Absprache und des Trainierens gemeinsamer Tätigkeiten untereinander zu erlernen. Zum Beispiel geht es um den Einkauf der Materialien, die gemeinsam gebraucht werden, Bildung von Entwürfen, die übergeordnete Funktionen haben, so z.B. können in der Textilwerkstatt oder auch im Holzbereich einfache Gegenstände die dann in der gemeinsamen Wohngruppe genutzt werden, hergestellt werden (wie z.B. Sofakissen, Ablagen etc.). Nach dem Aufenthalt können diese Gegenstände mitgenommen und im eigenen Bereich weiter verwendet wer-



den. Es geht auch um die Zeitplanung, die mit entsprechenden Planungs- und Herstellungsschritten notwendig ist.

- Externe Belastungserprobung:
  Belastungserprobungen in Form von Praktika finden statt, um eine erwerbsbezogene Perspektive zu entwickeln, grundlegende und spezifische Fertigkeiten des Erwerbslebens zu trainieren sowie konkrete Schritte zur Förderung der beruflichen Teilhabe und Orientierung zu planen. Die Zielsetzung der Belastungserprobung stellt in erster Linie die berufliche (Re-) Integration dar. Insbesondere werden die psychische und die physische Belastbarkeit (intrinsische Belastbarkeit – Ausdauer, Konzentration, Körperkraft sowie weitere berufsspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten) erprobt, wobei es gilt:

⇒ gesundheitsassoziierte und erwerbsbezogene Problemlagen zu erkennen

⇒ mit neuen Arbeitsbereichen umzugehen

⇒ eine erwerbsbezogene Perspektive zu entwickeln

⇒ erwerbsbezogene Förderfaktoren zu stärken

⇒ eine Einschätzung individueller Vermittlungsmöglichkeiten sowie eine Zukunftsperspektive an der Teilhabe am Arbeitsmarkt zu schaffen.

Die externen Belastungserprobungen erfolgen in Form von mehrwöchigen Praktika in der Regel in einem Kooperationsbetrieb des TPS. Die Arbeitszeiten werden individuell an das Leistungsvermögen angepasst. Flankierend nehmen die Rehabilitand*innen weiterhin an einem ausgewählten Therapieprogramm teil. Die Belastungserprobung startet mit drei bis vier Tagen pro Woche à vier Stunden. Um etwaige Über- oder Unterforderung zu erkennen und diesen zu begegnen, werden die Arbeitsanforderungen entsprechend angepasst. Zur Steigerung des Leistungsvermögens wird unter Berücksichtigung der Belastbarkeit der Rehabilitand*innen die tägliche Arbeitszeit wöchentlich um ein bis zwei Stunden erhöht. Bei ausreichender Stabilität wird ein Praktikum in Vollzeit angestrebt. Hierbei kann der zeitliche Rahmen wochenweise verlängert werden oder auch eine weitere Belastungserprobung erfolgen.

Bei Bedarf unterstützen die Ergotherapeut*innen bei der Organisation der externen Belastungserprobung (Herstellung eines Kontaktes, Erstellung eines vollständigen Bewerbungsanschreibens und Einweisung in nötige EDV-Kenntnisse).

Während und zum Ende der externen Belastungserprobung (hier unter Berücksichtigung eines Auswertungsbogens, siehe Anhang) finden Bilanzgespräche unter Einbeziehung des Kooperationspartners vor Ort statt.

Des Weiteren unterstützen die Ergotherapeut*innen die Rehabilitand*innen in diesem Rahmen bei Vorstellungsgesprächen, bei der Organisation des Fahrweges sowie bei besonderen Anforderungen wie Gesundheitszeugnis und Arbeitskleidung.

Therapiephasen in der Arbeitstherapie

Die Phasen der Arbeitstherapie sind analog den vier Phasen des Behandlungsverlaufs gegliedert.

Die Gruppenangebote der Arbeitstherapie finden in erster Linie in Kleingruppen bis zu fünf Rehabilitand*innen gemäß KTL E56 statt. Weitere Gruppen werden gemäß KTL E57 (Arbeitstherapie in der Gruppe) und KTL E72 (Projektgruppe) angeboten. Zu Beginn und bei Bedarf auch während der

KTL – Arbeitstherapie nach BORA

E55	Arbeitstherapie einzeln
E552	EDV, Bürotechnik
E554	Handwerk
E56	Arbeitstherapie in der Kleingruppe
E562	EDV, Bürotechnik
E564	Handwerk
E57	Arbeitstherapie in der Gruppe
E572	EDV, Bürotechnik
E574	Handwerk
E630	Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum einzeln
E672	Arbeitsplatzbesuch einzeln
E601	Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezog. Leistungsbeurteil. nicht-standardisiert
E660	Ergotherapeutische Behandlung produktorientiert in der Gruppe
E622	Externe Belastungserprobung einzeln
D561	Beratung zu LTA einzeln
D569	Sonstige Beratung zur berufliche Integration einzeln
H842	Bewerbungstraining in der Gruppe
E720	Projektgruppe

Rehabilitation besteht die Möglichkeit gemäß KTL E55 Einzeltermine zu vereinbaren.
An zwei Tagen in der Woche bieten wir ein arbeitstherapeutisches Angebot bereits von 7.45 Uhr bis 8.45 Uhr an. Ziel ist es die Rehabilitand*innen mit den realen Bedingungen des Berufslebens (insbesondere für handwerkliche und pflegende Berufsgruppen) vertraut zu machen. So müssen die Rehabilitand*innen, die dieses Angebot wahrnehmen, etwas früher, strukturiert und vorbereitet in den Räumlichkeiten der Arbeitstherapie erscheinen. Die inhaltlichen Arbeitsschritte (wie Erlernen von Grundarbeitsfähigkeiten, Erarbeiten von Werkstücken, Trainingsaufgaben etc.) unterscheiden sich nicht von den AT-Einheiten zu anderen Zeitpunkten. Es geht hier insbesondere darum, Motivation und Konzentration für einen frühen Arbeitsbeginn zu entwickeln. Die Realität später stattfindender Praktika gibt oft einen frühen Arbeitsbeginn vor, insbesondere wenn noch Fahrtzeiten dazukommen. Aus diesem Grunde soll in den Früh-AT Stunden gelernt werden, pünktlich, konzentriert und gut vorbereitet die Arbeitstherapiestunde zu durchlaufen.

Phase 1 (Eingangsphase, die ersten zwei Monate):

Individuelle Einführung in die arbeitstherapeutischen Bereiche, Eingangstrainingsaufgaben und Eingangswerkstücke.

Das arbeitsbezogene Assesment orientiert sich an „SIBAR" (Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation 2008).

Selbsteinschätzung der Grundarbeitsfähigkeiten und Handlungsfähigkeiten, Anamnese der schulischen, beruflichen und sozialen Entwicklung.

Einführung und Zugang zum Klienten-PC, Kognitionstraining, Bilanzgespräch.

Phase 2 (Aufarbeitungsphase, bis Ablauf 4. Monat):

Fortsetzung der Betreuung in der Kleingruppe, Kognitionstraining, verschiedene Arbeitsprojekte mit der Zielsetzung Gruppenarbeit und Belastungserprobung, Bilanzgespräch.

Phase 3 (Konsolidierungsphase, bis Ablauf 6. Monat):

Einzelbetreuung bzw. Betreuung in der Kleingruppe, Info-Termine: BTZ, BIZ, integrativer Arbeitsmarkt, beginn von Praktikumssuche mit Bewerbungstraining, Bewerbungsgesprächen, Praktika.

Phase 4 (Adaptionsphase vier Monate):

Einzelbetreuung bzw. Betreuung in der Kleingruppe, weitere Praktika, Bilanzgespräch und Klärung der Zukunftsperspektiven, Abschlussgespräch (Vgl. dazu auch Adaptionsphase, S. 20))

Beurteilung des Leistungsvermögens und Umgang mit der Prognose der Leistungsbeurteilung im Reha-Verlauf

Bei einem durchgängigen, individuell angepassten Therapieplan (Arbeitsplatzbezug), kommen über den gesamten Behandlungsprozess folgende Zieleformulierungen zum Tragen:

- Auseinandersetzung mit spezifischen erwerbsbezogenen Themen.
- Spezifische Abklärung der Fertigkeiten, Fähigkeiten und dazugehörigen Belastbarkeit.
- Erwerbsbezogene Förderfaktoren definieren und stärken .
- Innere Widerstände oder Vermeidungsstrategien im beruflichen Verhalten und Erleben reduzieren, auf der Handlungsebene sowie im kognitiven Erleben.
- Einschätzung der individuellen Vermittlungsmöglichkeiten.
- Realistische Perspektiven in Bezug auf die (Re-) Integration in den aktuellen Arbeitsmarkt entwickeln.

Je nach physischer und psychischer Belastungsfähigkeit besteht die Möglichkeit, auch übergreifend an zwei Therapiegruppen phasenweise teilzunehmen.

Die Dauer der Teilnahme wird individuell geregelt.

Ist die Belastungsfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit als stabil zu bezeichnen, wird der Übergang zu den externen Praktika eingeleitet. Die Praktikumsdauer beträgt in der Regel 6-8 Wochen und kann bei entsprechender Leistungsfähigkeit noch verlängert werden.

Anhand der gezeigten Leistungen, Fähigkeiten und Kompetenzen im Bereich der Grundarbeitsfähigkeiten und berufsspezifischen Fähigkeiten werden in Vorbereitung für die Nachsorge berufliche Reha-Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben angebahnt.

Individuelle Zielformulierung und individuelle Therapieplanung

Im Rahmen der Rehabilitationsplanung werden fortlaufend die Aspekte der Rehabilitations-Fähigkeit, die Rehabilitations-Ziele sowie die Rehabilitations-Prognose berücksichtigt und aktualisiert. Dabei gilt es, die Rehabilitand*innen in ihrer Krankheitsbewältigung optimal zu fördern sowie eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben zu unterstützen.

Berufs- und Sozialberatung

Vom TPS aus werden regelmäßig die in Hamburg vorhandenen berufsrehabilitativen Zentren zur Information und Beratung der Klienten in Kleingruppen besucht.

Es besteht ein edukatives Angebot der Ergotherapie mit dem Titel „Der Weg in die Arbeit“, dies wird eine zweimal 90 Minuten andauernde Veranstaltung sein, deren Ziel die Wissensvermittlung verschiedener beruflich-rehabilitativer, besonders

weiterführender Schritte ist.

Vermittelt werden auch Coping-Methoden um etwaigen Risiken oder gesundheitlichen Verschlechterungen adäquat entgegenzuwirken.

Auch Querverbindungen zu Finanzierungsfragen und Bundeslandspezifische rechtliche Grundlagen werden thematisiert.

Das gesamte therapeutische Team unterstützt die berufsbezogenen Ziele der Rehabilitand*innen durch die im Wochenplan zusammengestellten Angebote, die individuell ineinander greifen.

Berufsbezogene Darlegung spezieller therapeutischer Ansätze

Arbeitstherapie – Module**,** die individuell nach Leistungstand der Rehabilitand*innen eingesetzt werden und zusätzlich zum Standardtherapieprogramm übergreifend in den vier Grundtherapiephasen eingesetzt werden:

- Gruppenarbeitsprojekt 2 x Woche, á 2 Std.
  In diesem Projekt erarbeiten die ressourcenstärkeren Rehabilitand*innen unter Anleitung eigenständige Arbeitsprojekte. Es gilt, sich mit dem PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) vertraut zu machen und zu lernen, wie Projekte aufgebaut, geplant, modifiziert und abgeschlossen werden. Dabei geht es z.B. um ein Veranstaltungsprojekt für das benachbarte Pflegeheim oder das Herstellen von Freizeitutensilien (z.B. T-Shirts für ein externes Sportturnier).

Die Ergotherapie zur Förderung körperlicher, geistiger und psychischer Funktionen umfasst:

- kreatives Arbeiten
- Konzentrationstraining (in der Gruppe und am PC)
- PC-Office-Training (u. a. Anwendung berufsrelevanter Software)
- Holzwerkstatt
- Werkstatt für Textiles
- Fahrradwerkstatt
- Projektarbeit, Teamfähigkeitstraining

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

- Sport in zwei Gruppen unter Anleitung eines Sporttherapeuten, einmal wöchentlich
- Walking unter Anleitung eines Sporttherapeuten, einmal wöchentlich
- Laufgruppe unter Anleitung eines Sporttherapeuten, einmal wöchentlich
- Bewegungstherapie (indikativ) unter Anleitung einer Sporttherapeuten einmal wöchentlich
- Progressive Muskelentspannung (fakultativ) durch Sporttherapeuten, einmal wöchentlich
- Akupunktur nach dem NADA Protokoll

Bei der Akupunktur nach dem NADA Protokoll handelt es sich um eine Ohrakupunktur, für die fünf Punkte nach einer festgelegten Reihenfolge genadelt werden.

Diese Akupunktur wird eingesetzt, um das Suchtmittelverlangen zu senken und eine allgemeine Entspannung des/r Rehabilitand*in zu erzeugen.

Weitere positive Auswirkungen beziehen sich auf die Behandlung von Schlafstörungen und Unruhezuständen.

Ausgeführt wird die Akupunktur von entsprechend ausgebildeten Mitarbeitenden unter der Aufsicht einer Fachärztin. Die Akupunktur wird in

der Gruppe zu einer feststehenden Zeit täglich angeboten, ist aber bei Bedarf auch einzeln und zu individuell vereinbarten Zeiten möglich, damit jeder /die Rehabilitand*in in der Lage ist, dieses Angebot mindestens zweimal wöchentlich wahrzunehmen.

4.7.7. Freizeitangebote

An den Wochenenden und Feiertagen stattfindende Freizeit- und Kulturangebote ergänzen das therapeutische Wochenprogramm und fördern die Entwicklung einer eigenen Freizeitkultur.

Durchgeführt werden diese Angebote von pädagogischen Hilfskräften, die ein entsprechendes Studium (Dipl. Soz.-Päd., Dipl. Psych.) vorweisen können.

Ein Wochenendausflug dauert mindestens drei Stunden.

Diese Angebote werden in der wöchentlichen Vollversammlung aller Rehabilitand*innen und Mitarbeitenden gemeinsam besprochen und beschlossen.

Hierbei handelt es sich um ein reichhaltiges Freizeitkulturprogramm oder sportliche-, bzw. spielerische Angebote.

Beispielhaft genannt seien der Besuch von Museen, Ausstellungen wie auch der Besuch von Minigolfplätzen oder Schwimmbädern.

Unser Standort im Stadtgebiet von Hamburg ist hier ein großer Vorteil.

Der Freizeitgestaltung dienen weiter:

- Musikraum, Fitnessraum, Tischtennis
- Musikgruppe, 1x pro Woche, angeleitet durch Therapeuten mit Musikerfahrung
- Spielegruppe, Freizeitgruppe
- Gelegentliche Ausflüge der Therapiegruppen
- Anleitung für individuelle Unternehmungen (Planungen von Wochenenden u. Ausflügen)

4.7.8 Sozialdienst

Für die vielfältigen sozialdienstlichen Aufgaben stehen qualifizierte Mitarbeitende zur Verfügung. Diese unterstützen die Rehabilitand*innen insbesondere in Sozialrechtsfragen, gegenüber Institutionen und Behörden.

Eine besondere Spezialisierung existiert in den Bereichen der Aufnahme, sowie der Nachsorgeplanung, die in erster Linie bei der berufliche Rehabilitationsplanung, sowie der zukünftigen Wohnsituation beratend zur Verfügung steht.

Die Mitarbeitenden des Sozialdienstes müssen ein entsprechendes Studium (Dipl. Soz.-Päd.) vorweisen.

4.7.9 Gesundheitsbildung/ Gesundheitstraining und Ernährung

Ernährungslehre

Da einige Rehabilitand*innen an ernährungsbedingten Zusatzerkrankungen leiden, bietet das TPS die Ernährungslehre an.

Innerhalb dieser Gruppe werden acht Rehabilitand*innen durch die Ökothrophologin Kenntnisse über die einzelnen Nährstoffe vermittelt, in welchen Lebensmitteln sie enthalten sind, welche Funktion sie im Körper haben und welchen Bedarf der menschliche Körper hat.

Weiter wird der Stoffwechsel des Körpers thematisiert, dazu gehört die Verdauung und Resorption

der Nährstoffe unter Berücksichtigung der einzelnen Organe.

Die Feststellung des eigenen Energiebedarfes und die Auswirkungen von zu hoher Energieaufnahme werden thematisiert.

In diesem Zusammenhang werden bei gegebener Indikation (spezielle körperliche, individuelle Beeinträchtigungen, Schamgefühle, Lernrückstand) auch in Einzelgesprächen Themen behandelt, z.B. Möglichkeiten zur Gewichtsreduktion aufgezeigt, ggf. ein Diätplan erarbeitet und die Durchführung kontrolliert.

In der oben beschriebenen Gruppe wird das theoretisch Erarbeitete exemplarisch in die Praxis umgesetzt.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Im Rahmen der biographischen Einzelgespräche werden die für die Rehabilitand*innen wichtigen Bezugspersonen thematisiert. Häufig wird dann deutlich, dass zwischenmenschliche Probleme, Kontaktstörungen und Aufklärungsbedarf auf Seiten der Angehörigen bestehen.

Daher werden – je nach Bedarf und sofern der/die Rehabilitand*in dies wünscht – gemeinsame Gespräche mit Angehörigen im Beisein des/r Bezugstherapeut*in oder auch der ärztlichen Fachkraft angeboten.

4.7.11 Rückfallmanagement

Um Rückfälle festzustellen, werden regelmäßig täglich in Stichproben Drogenscreenings und Alkoholkontrollen sowie wöchentlich Zimmerkontrollen durchgeführt.

Rückfälle werden in Einzel- und Gruppengesprächen thematisiert und bearbeitet.

Entscheidend in der Rückfallbearbeitung ist, dass der /die Rehabilitand*in ehrlich und selbstkritisch in die Auseinandersetzung geht und ein klarer Abstinenzwunsch deutlich wird.

Verweigert sich der/die Rehabilitand*in jedoch dieser kritischen Auseinandersetzung, führt dies zur Entlassung, da die grundsätzliche Bereitschaft zur Abstinenz Basis für ein therapeutisches Arbeiten ist.

Sollte es im Rahmen der Rehabilitation zu einem zweiten Suchtmittelrückfall kommen, wird die Zustimmung des Leistungsträgers zur Fortsetzung der Behandlung eingeholt.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

Das Pflegepersonal ist für die Organisation und Umsetzung der Anordnungen aus der psychiatrischen Sprechstunde und den allgemeinärztlichen Konsilen sowie für das Stellen und die Kontrolle der verordneten Medikamente verantwortlich. Weitere Aufgaben sind: die Gabe der Depotmedikation, die Planung der Aufnahme- und Abschlussuntersuchung sowie die Terminierung der erforderlichen Blutentnahme. Zudem werden erforderliche Facharztbesuche organisiert (Terminierung, Begleitung, Krankenfahrt).

Auch die Durchführung von Verbandswechseln nach ärztlicher Verordnung, Erstversorgung bei Verletzungen und sonstigen medizinischen Beschwerden sowie die Koordination notwendiger Weiterbehandlung fallen in den Bereich des Pflegepersonals.

Durch die Pflegekräfte werden entsprechende Gesundheits- und Hygieneschulungen in den Bereichen Küchen- , Körper-, Wohnraum- und Wäschehygiene durchgeführt.

Im Rahmen der wöchentlichen Visitengespräche

wird auf die Gefahren des Nikotinkonsums und ungesunder Essgewohnheiten eingegangen, bei Schlafstörungen erfolgt Beratung und auf Begleit- und Folgeerkrankungen wird individuell eingegangen. In speziellen medizinischen Einrichtungen werden diese parallel zur Rehabilitation mit behandelt (z. B. Hepatitis C-Behandlung im IFI, AK-St. -Georg).

Mit den bereits oben genannten gesundheitsfördernden Angeboten, wie der Ernährungslehre, den in Abständen angebotenen Raucherentwöhnungskursen (durch den psychologischen Psychotherapeuten angeboten)und dem vorgehaltenen sportlichen Angebot (Fitnessraum, wöchentliches sporttherapeutisch angeleitetes Sportangebot) wird auf eine gesunde Lebensweise hin gearbeitet.

4.7.13 Weitere Leistungen

Weiterführende Leistungen (extern: soziale Rehabilitationsmaßnahmen/Nachsorge, berufliche Rehabilitationsmaßnahmen/Teilhabe am Arbeitsleben, Suchtselbsthilfegruppe; intern: ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung) werden frühzeitig im TPS vorbereitet und eingeleitet (Beantragung von Leistungen zum Lebensunterhalt, Durchführung von Hilfeplangesprächen, Beantragung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben).

4.7.13.1 Externe Nachsorgemaßnahmen

4.7.13.1.1 Soziale Rehabilitation (extern)

Noch während der medizinischen Rehabilitation im TPS werden nachsorgende Maßnahmen vorbereitet und eingeleitet. Es handelt sich hierbei um die Überführung der Rehabilitand*innen in eine Maßnahme der Eingliederungshilfe oder der sozialen Rehabilitation in Form eines betreuten Wohnens in therapeutischen Wohngemeinschaften, Wohnheimen oder einer ASP-Maßnahme/ Betreuung im eigenen Wohnraum.

4.7.13.1.2 Berufliche Rehabilitation/Teilhabe am Arbeitsleben (extern)

Vorrangig geht es bei der Nachsorgeplanung um die Anbahnung berufsrehabilitativer Maßnahmen (BTZ, BFW, BBW), weiterführender schulischer Bildung sowie auch um Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche.

4.7.13.1.3 Besuch von Suchtselbsthilfegruppen (extern)

Spätestens nach sechs Monaten des Aufenthaltes im TPS wird der Besuch einer externen Suchtselbsthilfegruppe, wie sie beispielsweise von den Narcotics Anonymous, den Anonymen Alkoholikern oder den Guttemplern angeboten werden, angeregt und der Kontakt hergestellt, um den Abstinenzwillen und die Abstinenzbefähigung zu unterstützen. Die Rehabilitand*innen gewöhnen sich schon während der medizinischen Rehabilitation an den Besuch einer Suchtselbsthilfegruppe und sollen diesen dann auch nach Beendigung der Therapie selbständig fortsetzen.

4.7.13.1.4 Suchtnachsorge nach dem Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter vom 31.10.2012

Nachsorge ist ein wichtiges Instrument zur Sicherung der Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation und ist bei Abhängigkeitserkrankungen wegen der komplexen Beeinträchtigungen von besonderer Bedeutung.

In der Nachsorge werden die in der Rehabilitation erworbenen Verhaltensweisen und Einstellungen erprobt, nachhaltig gesichert und weiter gefestigt sowie rückfallgefährdende Krisen durch erlernte Kompetenzen angemessen bewältigt. Die Nachsorge unterstützt Abhängigkeitskranke somit beim Transfer des Erlernten in den Alltag und bei der Sicherung des Rehabilitationserfolges.
Die Nachsorge kommt bei Abhängigkeitskranken, bei denen das Rehabilitationsziel erreicht ist, grundsätzlich im Anschluss an unsere stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung in Betracht.

Definition der Nachsorge

Die Nachsorge folgt den Dimensionen des bio-psycho-sozialen Modells der funktionalen Gesundheit der WHO, wie sie in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) niedergelegt sind.
Bei der Nachsorge handelt es sich um definierte Einzelgespräche, unter besonderen Voraussetzungen können auch Gruppengespräche (auch Paar- und Familiengespräche können im festgelegten Rahmen ein Bestandteil sein) stattfinden. Während dieser Gespräche treten die therapeutischen Elemente der Rehabilitation zu Gunsten der Förderung sozialer Kontakte und eigener Aktivitäten der Abhängigkeitskranken zurück.

Inhalte und Themen der Nachsorge

In den Einzelgesprächen der Nachsorge werden insbesondere folgende Themen bearbeitet:
Erhaltung und Stabilisierung der Abstinenz
Angemessene Konfliktlösungsstrategien bei drohenden oder aktiven Krisen
Anschluss an eine Selbsthilfegruppe.
Förderung von Eigenaktivitäten
Aufbau oder Stabilisierung eines suchtmittelfreien Freundes- und Bekanntenkreises
Förderung der Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft-
Förderung der Inanspruchnahme von Maßnahmen schulischer und beruflicher (Wieder)-Eingliederung
Inanspruchnahme medizinischer und psychotherapeutischer Hilfen
Nutzung anderer Hilfen wie Erziehungsberatung, Paarberatung, Schuldnerberatung, usw.

Anforderungen der Nachsorgebehandlung

Im TPS sind aktuell fünf Mitarbeitende mit der Durchführung betraut und durch die DRV-Nord anerkannt. Dabei handelt es sich ausnahmslos um therapeutische Mitarbeitende, die in der Regel auch für die vorangegangene medizinische Rehabilitationsbehandlung des/r einzelnen Rehabilitand*in zuständig waren. Durch diese personelle Fortführung können wir eine Kontinuität gewährleisten, die an die vorherige Behandlung nahtlos anknüpfen kann.
Die Nachsorgebehandlung findet in den Räumlichkeiten des TPS statt.

Einleitung/Durchführung der Nachsorge

Die Nachsorge wird bei Bedarf schon während der stationären Leistung der medizinischen Rehabilitation vorbereitet, beantragt und konkret eingeleitet.
Die Behandlung kann Regelhaft bewilligt werden, wenn die vorausgegangene stationäre medizinische Rehabilitation planmäßig beendet wurde und das ursprüngliche Rehabilitationsziel erreicht wurde.
Bei Entlassung aus der stationären Rehabilitation sollte eine Leistungsfähigkeit von mindestens drei Stunden bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bestehen.
In der Regel werden 20 Gesprächseinheiten (GE) plus zwei GE für Bezugspersonen für sechs Mona-

te bewilligt. Im begründeten Einzelfall ist eine Verlängerung um bis zu 20 plus zwei GE für weitere sechs Monate möglich. Die Dauer der Gespräche beträgt 100 Minuten für Gruppengespräche und 50 Minuten für Einzelgespräche.
Zum Ende der Nachsorge findet ein Abschlussgespräch zwischen dem Versicherten und dem Therapeuten statt.

4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Die anstehende reguläre Entlassung wird durch Verabschiedungsrunden in den einzelnen Gruppen thematisiert, wobei der Therapieverlauf nachvollzogen wird und die Erfolge angemessen gewürdigt werden.

In der wöchentlichen Vollversammlung findet eine Verabschiedung des/r Rehabilitand*in statt.

Ärztlicherseits finden eine Entlassungsuntersuchung und ein die Therapie reflektierendes Abschiedsgespräch statt.

Die Feststellung des positiven/negativen Leistungsbildes wird mit dem Rehabilitanden besprochen.

Die Erstellung des Entlassungsberichtes erfolgt zeitnah binnen 14 Tagen.

Bei der regulären Entlassung eines Rehabilitanden erfolgt die Überführung in das geplante Nachsorgesetting.

Bei vorzeitiger Entlassung eines Rehabilitanden aufgrund von wiederholter Rückfälligkeit, Verstößen gegen die Hausordnung oder auf dessen eigenen Wunsch, wird dieser zu weiteren Behandlungsmöglichkeiten und Versorgungsstrukturen beraten, es wird auch Kontakt zu eventuell vorhandenen gesetzlichen Betreuern und auf Wunsch zu externen Bezugspersonen hergestellt, damit der Rehabilitand nicht ohne Perspektive gehen muss.

Bei vorzeitiger Entlassung auf eigenen Wunsch des Rehabilitanden gegen ärztlichen Rat wird diesem eine Rückkehrfrist von 2 Tagen eingeräumt, um seinen Entschluss nochmals zu überdenken.

Sofern im Verlauf der Rehabilitation deutlich wird, dass eine berufliche Wiedereingliederung nicht erreicht werden kann, wird der Rehabilitand je nach individueller Situation vorzeitig entlassen bzw. kurzfristig in eine geeignete Anschlusseinrichtung vermittelt oder es wird ein Wechsel des Leistungsträgers (Übernahme der Leistungen durch die GKV) beantragt.

5. Personelle Ausstattung

Für die adäquate, handlungsorientierte Umsetzung der angebotenen Leistungen ist ein fachlich versiertes Rehabilitationsteam unverzichtbare Voraussetzung. Es setzt sich im TPS aus folgenden Berufsgruppen zusammen (siehe auch Stellenplan im Anhang):

- Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (eine volle Stelle)
- approbierter Psychologischer Psychotherapeut
- Dipl. Sozialpädagog*innen mit entsprechender suchttherapeutischer Ausbildung
- Dipl.-Pädagog*innen
- staatlich anerkannte Ergotherapeut*innen
- Examinierte Pflegekräfte
- Ökotropholog*n

- Sporttherapeut*in mit psychiatrischer Zusatzqualifikation
- Musiktherapeut*in
- Hauswirtschaftskräfte
- Nachtwachen
- Verwaltungskraft

Der „Aktuelle Personalstandsplan“ wird im halbjährlichen Turnus durch die DRV-Nord geprüft. Er benennt die geforderten Parameter und wird getrennt vom schriftlichen Reha-Konzept geführt. Er beinhaltet folgende Angaben:

- Mitarbeitende im medizinisch-therapeutischen und pflegerischen Bereich
- Ausbildung (Grundberuf)
- Berufliche Qualifikation (geeignete Zusatzausbildung)
- Berufliche Praxis
- Seit wann in der Rehabilitationseinrichtung
- Funktion
- Wöchentliche Arbeitszeit

6. Räumliche Gegebenheiten

Die Einrichtung umfasst 26 Behandlungsplätze, davon neun mögliche Adaptionsplätze. Die Rehabilitand*innen sind ausschließlich in Einzelzimmern mit eigenem Sanitärbereich untergebracht.

In den neun für die Adaption vorgesehenen Zimmern befinden sich „Pantry-Küchen“ zur selbstständigen Versorgung.

Die Räumlichkeiten des TPS sind über einen Fahrstuhl erreichbar. Auf jedem Stockwerk befinden sich drei rollstuhlgerechte Zimmer, wovon zwei auch Adaptionszimmer sein können.

Jede Therapiegruppe hat einen gemeinsamen Wohn- und Esszimmerbereich mit Küche. Zudem gibt es für die Rehabilitand*innen ein Badezimmer mit Badewanne. Des Weiteren gibt es hauswirtschaftliche Räume für Waschen und Trocknen.

Es gibt Büroräume für die Leitung, den Psychologen, die Verwaltung, die Ergo- und Arbeitstherapie sowie alle anderen Berufsgruppen. Ein Konferenzraum steht für den Teamaustausch zur Verfügung. Zur Durchführung von Einzelgesprächen stehen mehrere Räumlichkeiten zur Verfügung.

Der arbeitstherapeutische Bereich umfasst jeweils eine Werkstatt für Holz- und eine für Textilarbeiten mit entsprechenden Einzelarbeitsplätzen und der erforderlichen maschinellen Ausstattung.

Arbeitsmaterialien wie Holz und Textilien werden in entsprechenden Räumen gelagert.

Zudem werden EDV-Arbeitsplätze in einem PC-Schulungsraum vorgehalten.

Es sind zudem ein Gruppengesprächsraum, ein Sportraum und ein Musikraum vorhanden.

Ein Plan der Räumlichkeiten im Holstenkamp 119a, Haus 2 sind in der Anlage beigefügt.

7. Kooperation und Vernetzung

- Regelmäßige Teilnahme und Mitarbeit an den Arbeitsgruppentreffen in den Bereichen der psychiatrischen Versorgung und der Suchthilfe (z.B. Psychosozialer Arbeitskreis Hamburg-

Altona).

- Interdisziplinäre Kooperationen mit wissenschaftlichen Fakultäten zur Förderung, Weiterentwicklung und Integration von medizinisch-psychologisch-psychotherapeutischen Behandlungskonzepten (u.a. FB Neuropsychologie des UKE: Implementierung des Metakognitiven Trainings sowie MKT plus).
- Je nach Ausgangssituation der Klienten wird individuell mit Arbeitgebern bzw. berufsrehabilitativen Zentren (BTZ, BfW etc.) Kontakt aufgenommen, um weitere berufsrehabilitative Maßnahmen anzubahnen oder eine Rückführung an einen bereits bestehenden Arbeitsplatz zu klären. Zur Wiedereingliederung selbstständigerer Rehabilitand*innen bestehen Kontakte zu Arinet (Hamburger Fachdienst und Arbeitsintegrationsnetzwerk).
- In Kooperation mit der RPK Hamburg erfolgt die Vermittlung berufsschulischen Wissens durch einen Berufsschullehrer
- Sozialrehabilitative Einrichtungen der Nachsorge werden den Rehabilitand*innen vorgestellt und die soziale Rehaplanung in die Wege geleitet.
- Im Labor Fenner werden die regelmäßigen Testungen auf Suchtmittelkonsum durchgeführt.

  In nichtpsychiatrischen medizinischen Fragen arbeitet das TPS mit einer internistischen Hausarztpraxis (Hausärztliche Praxis Dr. Karatas, Bahrenfeld)
- zusammen zur Diagnostik und Behandlung bei somatischen Erkrankungen und zur Erhebung von Laborwerten. Gegebenenfalls erfolgt eine Kooperation mit weiteren niedergelassenen Fachärzten.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Zur Aktualisierung und Weiterentwicklung der zugrunde liegenden Leitlinien sowie der Qualitätssicherung erfolgen u.a. folgende Schritte:

- Den grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 20 SGB IX wird Rechnung getragen.
- Die medizinische Rehabilitation orientiert sich an den Behandlungsleitlinien Schizophrenie (DGPPN) sowie den Leitlinien zur Behandlung von stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (AWMF).
- Die Leitlinien der DRV zur Sozialmedizinischen Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen (August 2012) und die Leitlinien der DRV zur sozialmedizinischen Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen (April 2010) finden Berücksichtigung.
- Teilnahme an der „Peer Review Stichprobenziehung“ für die stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation der Indikationen: Psychosomatik, Sucht der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung.
- Die Entlassungsberichte werden fristgerecht und bei Rehabilitand*innen der DRV unter Berücksichtigung des Leitfadens zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung erstellt.
- Regelmäßig finden interne Konzepttage (mind. 1x/Jahr) zur Aktualisierung und Weiterentwicklung des Therapie- und Einrichtungskon-

zeptes statt.

- Es besteht ein Datenschutzkonzept des Trägers, das auch der DRV-Nord vorliegt.
- In Kooperation mit der Hygienebeauftragten der Stiftung wird ein spezifischer Hygieneplan umgesetzt.
- Regelmäßige interne und externe Fortbildungen sowie Weiterbildungen für die Mitarbeitende des therapeutischen Teams.
- Regelmäßige Teilnahme und Mitarbeit an den Arbeitsgruppentreffen in den Bereichen der psychiatrischen Versorgung und der Suchthilfe (z.B. Psychosozialer Arbeitskreis Hamburg-Altona).
- Interdisziplinäre Kooperationen mit wissenschaftlichen Fakultäten zur Förderung, Weiterentwicklung und Integration von medizinisch-psychologisch-psychotherapeutischen Behandlungskonzepten (u.a. FB Neuropsychologie des UKE: Implementierung des Metakognitiven Trainings sowie MKT plus).
- Durchführung, Auswertung und Veröffentlichung einer 10-Jahres-Katamnese zur Überprüfung des langfristigen Behandlungserfolges.
- Übergreifende Qualifizierungsmaßnahmen aller in der Einrichtung beschäftigten Mitarbeitende wie jährliche Erste-Hilfe-Schulungen, Seminare zur Arbeitssicherheit sowie Inhouse-Seminare zu prozessbezogenen Themen und Leitbildentwicklungen/ Leitbilddiskussionen.
- Mitgliedschaft in der Deutschen Fachgesellschaft für Psychose und Sucht (DFPS).
- Jährlich erfolgt querschnittsmäßig eine Rehabilitand*innenbefragung zur Zufriedenheit mit ihrer Therapiemaßnahme.
- Jede/r Rehabilitand*in erhält vor seiner regulären Entlassung einen Feedbackbogen zu seinem Therapieverlauf und dem erzielten Ergebnis.

Im Rahmen des zertifizierten **Qualitätsmanagements** nach ISO 9001 und der BAR finden regelmäßige Qualitätszirkel mit breiter Mitarbeitendeneinbindung, interne Audits und kontinuierliche Verbesserungsprozesse statt. Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) der Einrichtung begleiten und beaufsichtigen die Qualitätsprozesse.

Die seit 2011 jährlich durchgeführten externen Audits verliefen bislang ohne Abweichungen (siehe hierzu S.49 ff: Zertifizierungsurkunde Well-Done GmbH).

1. Datenschutz

Der Datenschutz besitzt einen besonders hohen Stellenwert. Der sichere und vertrauensvolle Umgang mit Kundendaten, Mitarbeiterdaten sowie sonstigen personenbezogenen Daten bildet eine wesentliche Grundlage für die Erbringung serviceorientierter Dienstleistungen.

Grundlagen des Datenschutzes

Die auxiliar Gesellschaft mbh unterliegt als „nicht-öffentliche Stelle“ den datenschutzrechtlichen Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des neuen Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Daneben gelten zahlreiche bereichsspezifische Vorschriften.

Zweck der DSGVO und des BDSG ist es, den Einzelnen davor zu schützen, dass er durch den Umgang mit seinen personenbezogenen Daten in seinem Persönlichkeitsrecht beeinträchtigt wird.

Im Datenschutzrecht gilt gesetzesübergreifend der Grundsatz eines generellen Datenverarbeitungsverbotes mit Erlaubnisvorbehalt. Das bedeutet, dass eine Verarbeitung personenbezogener Daten nur zulässig

ist, wenn eine Rechtsvorschrift die Verarbeitung erlaubt, zwingend voraussetzt oder der Betroffene in die Verarbeitung freiwillig eingewilligt hat. Personenbezogene Daten sind insofern Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person wie z.B. Namen, Kontaktdaten, Bankverbindung oder Angaben über den Gesundheitszustand eines Menschen.

Daten natürlicher Personen dürfen demnach nur erhoben und weiterverarbeitet werden, wenn die DSGVO oder das BDSG selbst die Verarbeitung gestattet oder eine andere Rechtsvorschrift dies erlaubt (z.B. Gesetze oder Verordnungen) oder der Betroffene aus freier Entscheidung eingewilligt hat.

Stellenwert des Datenschutzes

Durch den Datenschutz werden u.a. das Persönlichkeitsrecht bzw. das Recht auf informationelle Selbstbestimmung geschützt. Datenschutz ist daher ein Menschenrecht. Dies zeigt sich beispielsweise auch daran, dass Schutzvorschriften unter anderem in der Europäischen Menschenrechtskonvention geregelt sind und sich auch aus dem Grundgesetz ergeben.

Daneben ist die Einhaltung des Datenschutzes für Unternehmen wichtig, um den gesetzlichen und behördlichen Anforderungen nachzukommen Zudem existieren zahlreiche Buß- und Strafvorschriften, welche die Nichtbeachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften sanktionieren. Daneben drohen zivilrechtliche Ansprüche bei der Verletzung datenschutzrechtlicher Vorschriften.

Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften im Rahmen der von der auxiliar GmbH erbrachten Dienstleistungen ist selbstverständlich – und fließt in das Qualitätsmanagement mit ein.

Darüber hinaus nehmen auch die Vorschriften der ISO 9001 zum kundenorientierten Qualitätsmanagement ausdrücklich Bezug auf personenbezogene Kundendaten. So muss das Unternehmen sicherstellen, dass mit personenbezogenen Kundendaten sorgfältig umgegangen wird und diese Daten schützen. Bei Unregelmäßigkeiten müssen die Kunden vom Unternehmen informiert werden. Zudem muss sichergestellt sein, dass gesetzliche und behördliche Anforderungen erfüllt werden.

Verarbeitung personenbezogener Daten

Bei der Verarbeitung personenbezogener Daten sind insbesondere folgende Vorgaben einzuhalten:

Zulässigkeit des Umgangs mit Daten

Daten werden nur erhoben und weiterverarbeitet, wenn dies im Einklang mit den gesetzlichen Vorschriften geschieht.

1.1 Sicherheit der personenbezogenen Daten

Die auxiliar Gesellschaft mbh trifft Maßnahmen, um die Sicherheit der personenbezogenen Daten technisch und organisatorisch umzusetzen.

Dies schließt insbesondere angemessene Maßnahmen ein, die

Unbefugten den Zutritt zu Datenverarbeitungsanlagen, mit denen personenbezogene

Daten verarbeitet oder genutzt werden, verwehren (Zutrittskontrolle),

1. verhindern, dass Datenverarbeitungssysteme von Unbefugten genutzt werden können (Zugangskontrolle),

2. gewährleisten, dass die zur Benutzung eines Datenverarbeitungssystems Berechtigten ausschließlich auf die ihrer Zugriffsberechtigung unterliegen den Daten zugreifen können, und dass personenbezogene Daten bei der Verarbeitung, Nutzung und nach der Speicherung nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können (Zugriffskontrolle),

3. gewährleisten, dass personenbezogene Daten bei der elektronischen Übertragung oder während ihres Transports oder ihrer Speicherung auf Datenträgern nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können, und dass überprüft und fest-

gestellt werden kann, an welche Stellen eine Übermittlung personenbezogener Daten durch Einrichtungen zur Datenübertragung vorgesehen ist (sichere Datenübertragung/Pseudonymisierung, Verschlüsselung),

4. gewährleisten, dass nachträglich überprüft und festgestellt werden kann, ob und von wem personenbezogene Daten in Datenverarbeitungssysteme eingegeben, verändert oder entfernt worden sind (Eingabekontrolle),

5. gewährleisten, dass personenbezogene Daten, die im Auftrag verarbeitet werden, nur entsprechend den Weisungen des Auftraggebers verarbeitet werden können (Auftragskontrolle),

6. gewährleisten, dass personenbezogene Daten gegen zufällige Zerstörung oder Verlust geschützt sind (Belastbarkeit/Wiederherstellbarkeit),

7. gewährleisten, dass zu unterschiedlichen Zwecken erhobene Daten getrennt verarbeitet werden können.

Außerdem wird eine regelmäßige Überprüfung, Bewertung und Evaluierung der derzeitigen technischen und organisatorischen Maßnahmen sichergestellt.

Zur Einhaltung dieser Maßnahmen werden auch entsprechende Unternehmensrichtlinien und Anweisungen herausgegeben und Dokumentationen vorgehalten bspw.:

-- Verpflichtung der Mitarbeitenden auf den Datenschutz samt Merkblatt

- Erstinformation zum Datenschutz der auxiliar GmbH

- Merkblätter zum Verhalten bei Datenpannen sowie zum Verhalten bei Betroffenenanfragen.

- Verfahrensbeschreibungen zur Archivierung von Klienten- und Patientenakten

Außerdem werden im Rahmen des Qualitätsmanagementhandbuchs entstehende Dokumente, die datenschutzrelevante Regelungen beinhalten, mit dem Datenschutzbeauftragten abgestimmt. Es wird sichergestellt, dass den Mitarbeitenden die jeweiligen Vorgaben bekannt sind.

1.2 Vertraulichkeit

Mitarbeitende der auxiliar Gesellschaft mbh werden in einem Merkblatt über Rechte und Pflichten im Bezug auf den Datenschutz informiert und auf die Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet. Die Sensibilisierung der Beschäftigten auf den Datenschutz wird zudem durch regelmäßige Präsenzschulungen des betrieblichen Datenschutzbeauftragten gefördert.

1.3 Datensparsamkeit

Die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit, d.h., es werden nur solche Angaben erhoben und verarbeitet, die für die Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Bestimmungen zwingend vorgesehen sind.

1.4 Transparenz

Sämtliche Verfahren, in denen personenbezogene Daten als verantwortliche Stelle verarbeitet werden, sind in einem Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten gemäß Art. 30 DSGVO dokumentiert.

Dieses Verzeichnis sowie sämtliche weitere datenschutzrelevanten Prozesse/Dokumente werden im Datenschutzmanagementtool „privacy port“ gepflegt und regelmäßig aktualisiert.

Regelmäßigen Zugriff auf privacy port haben die Geschäftsführung sowie der Datenschutzkoordinator der auxiliar Gesellschaft mbH. Fachbereichsspezifisch datenschutzrelevante Prozesse/Dokumente werden gesondert in den entsprechenden Fachbereichen vorgehalten.

1.5 Auftragsverarbeiter

Sofern Auftragsverarbeiter eingesetzt werden, geschieht dies insbesondere in Übereinstimmung mit den Vorschriften des Art. 28 DSGVO. Es wird dabei jeweils versucht, mit dem Auftragnehmer einen ausgewogenen Vertrag zur Auftragsverarbeitung zu schließen. Auftragnehmer der Datenverarbeitung werden regelmäßig kontrolliert, die Ergebnisse dokumentiert.

Betrieblicher Datenschutzbeauftragte(r)

Mit der Wahrnehmung des Datenschutzes ist die Firma datenschutz nord GmbH beauftragt. Herr Dr. Uwe Schläger ist als externer betrieblicher Datenschutzbeauftragter gemäß Art. 37 DSGVO, § 38 BDSG bestellt und besitzt die erforderliche Fachkunde und Zuverlässigkeit. Die datenschutz nord GmbH berät in allen Fragen des Datenschutzes und der IT-Sicherheit und nimmt die Aufgaben gemäß Art. 39 DSGVO wahr. Weiterer Hauptansprechpartner bei der datenschutz nord GmbH ist Herr Dr. Sebastian Tausch und Herr Philip Kroll. Der externe Datenschutzbeauftragte wird bei datenschutzrelevanten und sicherheitskritischen Verfahrensänderungen oder bei einer Neukonzeption von Verfahren vorab informiert und um Stellungnahme gebeten. Die Ergebnisse einer solchen Datenschutzfolgenabschätzung fließen ein in die Verfahrensgestaltung und das Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten. Sofern Verträge mit externen Dienstleistern abgeschlossen

werden, in denen datenschutzrelevante Themen geregelt sind, wird der externe Datenschutzbeauftragte ebenfalls vorab um Stellungnahme gebeten.

Betroffene und Kunden können bei der auxiliar Gesellschaft mbh und insbesondere auch beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten Eingaben machen, welche datenschutzrechtliche Fragestellungen oder die Ausübung von Betroffenenrechten enthalten können. Soweit der betriebliche Datenschutzbeauftragte im Rahmen dieser Eingaben Optimierungsbedürfnisse erkennt, werden entsprechende Rückmeldungen an die auxiliar Gesellschaft mbh gegeben und auf eine Umsetzung hingewirkt.

Der externe Datenschutzbeauftragte berichtet in einem Tätigkeitsbericht über seine Aktivitäten zur Sicherstellung des Datenschutzes. Sofern sich aus dem Bericht noch offene Punkte ergeben, werden diese mit der Geschäftsführung priorisiert und entsprechend abgearbeitet.

9. Kommunikationsstruktur, Therapieorganisation

Das interdisziplinäre Behandlungsteam besteht aus Mitgliedern verschiedener Berufsgruppen (siehe Punkt 5). Die Einrichtungsleitung erfolgt durch eine Doppelspitze: Ärztliche Leitung und Gesamtverantwortung durch Frau Dr. med. Borchardt, Team- und Organisationsleitung durch Herrn Hacke.

Es finden täglich Teambesprechungen der Mitarbeitenden, die an der Behandlung beteiligt sind, statt, deren Inhalte protokolliert werden.

Wöchentlich finden patientenbezogene Fallbesprechungen statt, in denen die Rehabilitationsfähigkeit, die Rehabilitationsziele und -pläne sowie die Rehabilitationsprognose analysiert und angepasst werden.

Den Mitarbeitenden stehen regelmäßig interne und externe Fort- und Weiterbildungsangebote zur Verfügung, die auf die spezifischen und indikationsbezogenen Anforderungen der Behandlung von Doppeldiagnosen zugeschnitten sind.

Die Archivierung der Rehabilitanden-Akten erfolgt gemäß den Anforderungen des Datenschutzes.

10. Notfallmanagement

Alle Mitarbeitenden des TPS nehmen einmal jährlich an einer Ersthelferausbildung teil.

Es finden halbjährlich Notfallübungen statt, die durch die ärztliche Leitung angeleitet werden.

Differenzierte Notfallablaufpläne sind vorhanden (siehe Anhang)

Ein Notfallkoffer, Notfallrucksack und ein Defibrillator stehen für somatische Krisensituationen bereit.

Bei akuten psychiatrischen Krisen, die nicht mehr im Therapiezentrum aufgefangen werden können (z. B. bei starker Suizidalität, Intoxikationen), erfolgt in seltenen Fällen eine Verlegung in die psychiatrische Abteilung des Asklepios Klinikums Nord oder des Westklinikums Hamburg-Rissen zur Krisenintervention, bis die Weiterbehandlung im TPS wieder möglich ist.

11. Fortbildung

Die Ärzte und Psychologen des TPS führen zudem regelmäßig einen fachspezifischen Austausch (Intervision) mit den Kollegen der RPK Hamburg (Rehabilitation Psychisch Kranker) durch, sowie gemeinsame Konzepttage und Fortbildungen im Bereich des gesamten Geschäftsbereiches Medizinische Versorgung und Rehabilitation.

Bei Bedarf finden interne Fortbildungsveranstaltungen zu aktuellen Themen statt, zu denen interne oder externe Referenten geladen werden. Externe Fortbildungen werden gefördert und inhaltlich durch Referate ins Team gebracht.

Besonders für die Mitarbeitende der Ergotherapie fördern wir Fort- und Weiterbildungen, die sich mit beruflich- rehabilitativen Punkten (BORA-Bezug) auseinandersetzen.

Zwei Mitarbeitende besitzen die durch die DRV anerkannte Suchttherapieausbildung, eine weitere Mitarbeiterin befindet sich in Ausbildung.

Die theoretische Weiterbildung in Sozialmedizin und Rehabilitationswesen wurde von Frau Dr. Wuensch bereits absolviert, Frau Dr. Borchardt durchläuft diese aktuell.

12. Supervision

14tägig findet eine vorwiegend fallorientierte Supervision für alle Mitarbeitenden mit einem externen Supervisor statt.

Aktuell ist dies Frau Beatrice Havenstein, Dipl.-Sozialwirtin (Suchttherapeutin VdR, Supervision DGSv, Coaching KTC, Moderatorin QC), FührWerk GbR, Colonaden 13, 20354 Hamburg

In etwa 2-monatigen Abständen werden zusätzlich Teamsupervisionen durchgeführt.

13. Therapievertrag/ Hausordnung

Therapievereinbarung

1. Ich nehme am Therapieprogramm des Therapiezentrums Psychose und Sucht Hamburg regelmäßig teil.
2. Ich habe die Hausordnung des Therapiezentrums Psychose und Sucht Hamburg zur Kenntnis genommen und werde mich daran halten.
3. Ich nehme regelmäßig an einer ärztlichen Visite der Ärzte des Therapiezentrums Psychose und Sucht Hamburg teil.
4. Ich beteilige mich an der Erstellung meines persönlichen Rehabilitationsplanes.
5. Wir empfehlen Ihnen, auf das Autofahren während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu verzichten. Medikamente und psychische Erkrankungen können die Fähigkeit zur Teilnahme am Straßenverkehr beeinträchtigen.
6. Für die Akte wird ein aktuelles Foto benötigt. Ich willige ein, dass zu Beginn der Medizinischen Rehabilitation im Therapiezentrum Psychose und Sucht Hamburg eine digitale Fotoaufnahme von mir gemacht wird. Diese Foto-

aufnahme dient ausschließlich dem Zweck, in einem möglichen Krisenfall, der zu meinem unerlaubten Verlassen oder Fernbleiben des Therapiezentrums führt, zur Abwendung einer Selbstgefährdung eine dann mögliche polizeiliche Fahndung zu unterstützen.
Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die Verweigerung der Einwilligung hat keine relevanten Folgen für mich.
Die digitale Fotoaufnahme wird auf dem Server der auxiliar Gesellschaft mbH gespeichert und in ausgedruckter Form zur Rehabilitandenakte gegeben.
Darüber hinaus findet eine Veröffentlichung Ihres Fotos zu keinem Zeitpunkt statt.

7. Die Rehabilitanden/innen verpflichten sich, die Hausordnung zu lesen und sich an die darin formulierten Hausregeln zu halten. Anderenfalls ist mit Konsequenzen bis hin zur disziplinarischen Entlassung zu rechnen.

Hamburg, den

_____

Unterschrift des Rehabilitanden/
der Rehabilitandin

Hamburg, den

_____

Unterschrift des Mitarbeiters/
der Mitarbeiterin

Informatuionen zum Datenschutz

1. *PS verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten einschließlich Ihrer Gesundheitsdaten nur, soweit sie zur Durchführung des Therapievertrags und Ihrer medizinischen Rehabilitation im Therapiezentrum Psychose und Sucht Hamburg erforderlich sind. Die Daten werden in der EDV-Anlage und der Behandlungsdokumentation gespeichert, automatisch verarbeitet und genutzt. Die personenbezogenen Daten werden nur den Mitarbeitern/innen zugänglich gemacht, die diese für die Erfüllung*

2. *ihrer Aufgaben im Rahmen der medizinischen Rehabilitation brauchen. Die Mitarbeiter/innen, die zur Aufgabenerfüllung personenbezogene Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, erheben, speichern, verarbeiten und nutzen, sind zur besonderen Verschwiegenheit verpflichtet.*

3. *Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen (Art. 15 DSGVO). Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO) sowie unter den Voraussetzungen des Art. 17, 18 DSGVO deren Löschung oder Einschränkung verlangen. Nach Art. 20 DSGVO haben Sie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Erteilte Einwilligungen können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.*

Einwilligung zur Datenweitergabe

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass darüber hinaus meine Daten für die folgenden Zwecke nur im erforderlichen Umfang an Dritte übermittelt werden:

a. Übermittlung von Abrechnungsdaten an die jeweiligen Kostenträger oder Abrechnungsstellen zum Zwecke der Abrechnung erbrachter Leistungen

b. Übermittlung von erforderlichen Daten im Rahmen von Maßnahmebewilligungen an die zuständigen Dienststellen der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Hamburg, den

Unterschrift des Rehabilitanden/

der Rehabilitandin

Hausordnung

Die Hausordnung dient als Grundlage für eine bestmögliche Stabilisierung und Genesung der Rehabilitand*innen. Durch ihre Einhaltung soll ein möglichst konfliktfreies Zusammenleben in der Einrichtung ermöglicht werden. Mit der Aufnahme, die ausschließlich auf freiwilliger Basis erfolgt, stimmen die Rehabilitand*innen den in der Hausordnung festgelegten Regeln und der Teilnahme am therapeutischen Programm zu.

Auftretende Konflikte mit anderen Rehabilitand*innen oder Mitarbeitenden können nur in konstruktiver Weise gelöst werden. Die nachfolgenden Beschränkungen ergeben sich aus therapeutischen Gründen. Verstöße gegen die Hausordnung ziehen Konsequenzen nach sich.

1. Mit jedem/r Rehabilitand*in wird ein individuelles Therapiekonzept erarbeitet. Die Teilnahme an den darin festgelegten Gruppen- und Einzelaktivitäten ist verbindlich. Die Rehabilitand*innen verpflichten sich, die nervenärztliche Behandlung und Betreuung in der Einrichtung wahrzunehmen und die Medikamente - wie verordnet - einzunehmen.

2. Mit der Aufnahme im TPS tritt zunächst eine dreiwöchige Ausgangs- und Kontaktsperre in Kraft. Nach deren Ablauf werden individuelle Ausgangsregeln festgelegt. Am Wochenende kann dann nach Absprache mit den Bezugstherapeuten/innen Besuch empfangen werden.

3. Das mitgebrachte Gepäck wird auf Suchtmittel, Waffen, Medikamente und andere unerlaubte Gegenstände kontrolliert. Die Therapeuten/innen entscheiden, welche persönlichen Gegenstände ausgehändigt oder zur Aufbewahrung zurückgehalten werden. Generell dürfen keine Fernsehgeräte mitgebracht werden, auch große Stereoanlagen und Computer sind in den Zimmern der Patienten/innen nicht erlaubt.

4. Handel, Besitz und Einnahme von Suchtmitteln sind in der Einrichtung grundsätzlich verboten. Verstöße dagegen werden bis hin zur disziplinarischen Entlassung sanktioniert.

5. Wer Kenntnis davon hat, dass Mitpatienten/innen gegen das Verbot verstoßen, ist aufgefordert, dieses dem Therapeutenteam mitzuteilen, anderenfalls ist mit Konsequenzen zu rechnen.

6. Während des Aufenthaltes finden sowohl Atemluftkontrollen als auch Urinkontrollen statt. Die Abgabe des Urins muss ohne Aufforderung bis spätestens 11:00 Uhr des jeweiligen Kontrolltages bei einer/m Therapeutin/en erfolgen, die verspätete Abgabe kann als Rückfall behandelt und entsprechend sanktioniert werden.

7. Jegliche Anwendung oder Androhung von Gewalt sowie Diebstahl oder die mutwillige Zerstörung von Gegenständen führen in der Regel zur sofortigen Entlassung. Bei Beschädigungen, die durch grobe Fahrlässigkeit entstanden sind, werden die Verursacher zum Schadenersatz herangezogen.

8. Alle Rehabilitand*innen erhalten gegen ein Pfand von 15,00 € einen Schlüssel für ihr Zimmer. Die Mitarbeitenden verfügen über einen Zweitschlüssel, mit dem sie sich im Notfall Zutritt verschaffen können.
   Die persönliche Gestaltung des Zimmers kann nur in Absprache mit den Bezugstherapeuten/innen erfolgen.
   Die wöchentliche Reinigung des Zimmers sowie andere Dienste innerhalb der Therapiegruppe sind Aufgabe der Rehabilitand*innen.

9. Das Geld der Rehabilitand*innen wird mittels Treugeldkonto von der Einrichtung verwaltet. Alle Rehabilitand*innen erhalten wöchentlich in der Regel 20,00 € ihres Geldes ausgezahlt. Nach Absprache mit den Bezugstherapeuten/innen sind gelegentliche Sonderauszahlungen möglich.
   Das Verleihen von Geld sowie der Verkauf von

privaten Dingen oder der Tausch und der Handel damit sowie weitere ähnliche Geschäftshandlungen sind nur in Absprache mit den Therapeutinnen/en möglich. Spiele um Geld sind strikt untersagt.

10. Eingehende Post wird den Rehabilitand*innen von den Mitarbeitenden ausgehändigt und muss in deren Beisein geöffnet werden.

11. Das Rauchen ist innerhalb des Gebäudes strikt untersagt. Während der täglichen Spaziergänge, des Walken und der Begleitung zu externen Terminen im Rahmen des Therapiealltags (z.B. zum Sport, zum Arzt) ist das Rauchen ebenfalls nicht erlaubt.

12. Der Genuss von koffeinhaltigen Getränken wie z.B. Cola, Energydrinks, Eistee etc. ist im TPS verboten. Lediglich morgens wird dem Frühstücksdienst in der Woche zwischen 08:20 und 08:30 Uhr Kaffee bzw. Tee für das gemeinsame Frühstück ausgehändigt - am Wochenende um 9:30 Uhr. Der Kaffee muss bis spätestens 14:00 Uhr getrunken sein, übrig gebliebener Kaffee wird wieder zurückgegeben. Ausnahmen (z.B. an Geburtstagen) werden ausschließlich in Absprache mit dem Therapeutenteam geregelt.
    Der Verzehr von Fast Food oder Fertigprodukten jeglicher Art ist im TPS nicht gestattet.

13. Im gesamten Haus herrscht zwischen 22:00 Uhr und 08:00 Uhr Nachtruhe. In dieser Zeit müssen alle Aktivitäten in der Lautstärke soweit gedrosselt werden, dass die anderen Patienten/innen nicht gestört werden. Zwischen 0:00 Uhr und 07:30 Uhr dürfen sich die Rehabilitand*innen nicht in den Zimmern von Mitrehabilitand*innen aufhalten.

14. Fernsehgeräte dürfen werktags von 17:00 bis 24:00 Uhr in Betrieb genommen werden.
    Am Wochenende ist die Nutzung der Fernsehgeräte von 08:00 bis 24:00 Uhr gestattet.
    Sämtliche Geräte im Haus dürfen nur in Zimmerlautstärke betrieben werden. Bei Verstößen wird die Musikanlage bzw. die Fernbedienung der Fernseher eingezogen.

15. Am Freitag, Samstag und Sonntag kann der DVD-Player für je einen Film ausgeliehen werden. Verantwortlich für die Rückgabe ist der Ausleihende. Es dürfen nur Original-DVDs geschaut werden.
    Filme, die erst ab 18 Jahren freigegeben sind, Filme mit gewaltverherrlichenden, rassistischen und sexistischen Inhalten sowie Drogenfilme sind verboten. USB-Sticks und externe Festplatten dürfen nicht an die Fernsehgeräte angeschlossen werden.

16. Der Rehabilitand*innen-PC darf nach Beendigung der Kontaktsperre genutzt werden. Auch hier ist es untersagt, USB-Sticks oder externe Festplatten anzuschließen. Bei Zuwiderhandeln wird der PC eingezogen.

17. Die Nutzung privater Laptops und PCs ist nach Absprache mit den Bezugstherapeut*innen gestattet. Das Anschauen von Filmen sowie das Spielen von Computerspielen ist dabei untersagt.

18. Das Musikhören über Kopfhörer ist im Haus ausschließlich in den Patientenzimmern gestattet. Auf den Fluren oder in den Gemeinschaftsräumen ist die Nutzung von Kopfhörern nicht erlaubt. Bei Zuwiderhandeln ist mit dem Einzug der Kopfhörer zu rechnen.
    Die Nutzung von Kopfhörern während der einzelnen Therapien ist, auch wenn sie außerhalb des Hauses stattfinden (z.B. Sport, Walking etc.), nicht gestattet.

19. Die Räumlichkeiten der Arbeitstherapie dürfen nach Absprache mit den Arbeitstherapeuten/innen und unter Einhaltung der Lautstärkeregelung von 07:45 bis 24:00 Uhr genutzt werden.

20. Der Sportraum ist ausschließlich zu dritt zu nutzen, sodass im Notfall Hilfe vor Ort ist bzw. zudem auch noch weitere Hilfe geholt werden kann.
    Insbesondere ist bzgl. der Hantelbank aus Si-

cherheitsgründen darauf zu achten, dass sich links und rechts neben der auf der Hantelbank liegenden Person jeweils jemand befindet, um im Notfall die Hantel zu greifen und zu halten.

21. Bei einer Krankschreibung hat der/die Rehabilitand*in für den datierten Krankheitstag keinen Ausgang und bleibt im Haus, um die Genesung zu unterstützen. Sofern eine Krankschreibung vorliegt, hat sich der/die Rehabilitand*in bei den jeweiligen Therapeut*innen für das Therapieprogramm des Krankheitstages abzumelden, dafür muss die Krankschreibung in schriftlicher Form vorgelegt werden.

22. Bei einer Befreiung vom Sport tritt die gleiche Regelung wie bei einer regulären Krankschreibung ein. Ein unentschuldigtes Fernbleiben vom Sportprogramm wird mit einer Ausgangssperre für Freitag, Samstag und Sonntag sanktioniert.

23. Am Wochenende haben sich die Rehabilitand*innen spätestens zwischen 10:45 und 11:00 Uhr bei dem jeweiligen diensthabenden Therapeuten zu melden und die Morgenmedikation einzunehmen.
Die Mittagmedikation muss bis 14:00 Uhr eingenommen werden, die Abendmedikation bis 17:00 Uhr.
Die Rehabilitand*innen verpflichten sich, eigenständig zur Medikamenteneinnahme zu erscheinen.

24. Die Regelung bzgl. der Mobiltelefone wird den Rehabilitand*innen bei der Aufnahme mitgeteilt bzw. ausgehändigt: In den ersten drei Wochen der Kontakt- und Ausgangssperre wird das Mobiltelefon eingezogen und von der Einrichtung im Tresor verwahrt. Nach dieser Zeit erhält der/die Rehabilitand*in sein/ihr Mobiltelefon zur freien Verfügung außerhalb der Therapiezeiten und außerhalb der Räumlichkeiten des TPS. Ausgenommen davon ist die Nutzung im eigenen Zimmer. Bei Zuwiderhandeln kann das Gerät eingezogen werden.

25. Die im Hause herrschende Kleiderordnung wird den Rehabilitand*innen bei der Aufnahme mitgeteilt bzw. ausgehändigt.

26. Eine Therapieverweigerung kann zur disziplinarischen Entlassung führen.

27. Es soll insgesamt auf ein gepflegtes Äußeres geachtet werden.

Hiermit bestätige ich, dass ich die Hausordnung erhalten habe und die darin aufgeführten Regeln und Beschränkungen akzeptiere.

Hamburg, den

_____

Unterschrift des/r Rehabilitand*in

☐

14. Anhang

A1 Zertifizierungszertifikate (Geltungsbereich: TPS)

ZERTIFIKAT

Die ZERTPUNKT GmbH
bescheinigt mit diesem Dokument,
dass das Unternehmen

Therapiezentrum Psychose und Sucht Hamburg
Holstenkamp 119a / Haus 2,
22525 Hamburg

IK-Nummer:
510201003

auxiliar GmbH
der Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll
Fuhlsbütteler Damm 83-85
22335 Hamburg

ein Qualitätsmanagementsystem eingeführt hat und anwendet.

Dieses Verfahren ist von der BAR anerkannt und erfüllt somit die Anforderungen nach § 37 SGB IX.
Das Zertifikat ist nur gültig in Verbindung mit dem Zertifikat DIN EN ISO 9001:2015.

Durch ein Audit wurde der Nachweis erbracht, dass dieses Qualitätsmanagementsystem die Anforderungen erfüllt DIN EN ISO 9001:2015 und Paritätisches Qualitätssiegel Reha.

Zertifikat Registrier-Nr.: PQReha-1908005-01

Dieses Zertifikat ist gültig: 05.05.2020 – 04.05.2023

Bad Oldesloe, 28.02.2020

Leitung Zertifizierungsstelle
Inge Appel

ZERTPUNKT GmbH
Kurparkallee 1
23843 Bad Oldesloe
FON: 04531 88099-0
FAX: 04531 88099-32

A1 Zertifizierungszertifikate
(Geltungsbereich: auxiliar GmbH/Unternehmenseinheiten)

ZERTIFIKAT

Die ZERTPUNKT GmbH
bescheinigt mit diesem Dokument,
dass das Unternehmen

auxiliar GmbH
der Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll
Fuhlsbütteler Damm 83-85
22335 Hamburg

mit den im Anhang gelisteten Unternehmenseinheiten
für den Geltungsbereich

Medizinische Rehabilitation, Eingliederungshilfe, Psychosoziale Praxis, Ambulante Pflege, Kinder- und Jugendhilfe, Verwaltung

ein Qualitätsmanagementsystem eingeführt hat und anwendet.

Durch ein Audit wurde der Nachweis erbracht, dass dieses Qualitätsmanagementsystem die Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2015 erfüllt.

Zertifikat Registrier-Nr.: I-1908005-V1

Dieses Zertifikat ist gültig: 05.05.2020 – 04.05.2023
Datum der Änderung: 06.07.2020

Bad Oldesloe, 06.07.2020 Leitung Zertifizierungsstelle

ZERTPUNKT GmbH
Kurparkallee 1
23843 Bad Oldesloe
FON: 04531 88099-0
FAX: 04531 88099-32

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ZM-16040-01-01

ZERTPUNKT

A1 Zertifizierungszertifikate
(Geltungsbereich: auxiliar GmbH/Unternehmenseinheiten)

ZERTPUNKT GmbH
Kurparkallee 1
23843 Bad Oldesloe

Anlage zum Zertifikat
Registrier-Nr.: I-1908005-V1

Zertifiziert nach ZERTPUNKT DIN EN ISO 9001:2015

Das Zertifikat ist gültig für nachfolgend gelistete Unternehmenseinheiten:

Bereich	Standort	Straße	PLZ	Ort
auxiliar GmbH (Zentrale) GB Zentrale Dienste	Zentralverwaltung	Fuhlsbütteler Damm 83-85	22335	Hamburg
Geschäftsbereich Eingliederungshilfe	SozialPsychiatrisches Zentrum Fuhlsbüttel	Fuhlsbütteler Damm 83-85	22335	Hamburg
	SozialPsychiatrisches Zentrum Langenhorn	Buurredder 34	22419	Hamburg
	SozialPsychiatrisches Zentrum Niendorf	Adlerhorst 15	22459	Hamburg
	Wohnhaus am Buurredder	Suckweg 7c	22419	Hamburg
	Wohnhaus am Kesselflickerweg	Kesselflickerweg 13	22420	Hamburg
Geschäftsbereich Jugend- und Familienhilfe	Ambulante Hilfen für Familien, Jugendliche und junge Erwachsene	Langenhorner Chaussee 92-94	22145	Hamburg
Geschäftsbereich Medizinische Versorgung und Rehabilitation	Rehabilitation Psychisch Kranker (RPK) Hamburg	Soltstücken 6	22335	Hamburg
	Therapiezentrum Psychose und Sucht (TPS) Hamburg	Holstenkamp 119a / Haus 2	22525	Hamburg
	Psychosoziale Praxis auxiliar	Hufnerstraße 110	22305	Hamburg
	Praxis für Ergo- und Arbeitstherapie	Buurredder 28-32	22419	Hamburg
Geschäftsbereich Pflege	Ambulanter Pflegedienst	Fuhlsbütteler Damm 90	22335	Hamburg

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ZM-16040-01-01

Diese Anlage ist nur gültig in Verbindung mit dem o. g. Zertifikat
Gültigkeitsdauer: 05.05.2020 – 04.05.2023
Datum der Änderung: 06.07.2020
Bad Oldesloe, 06.07.2020

A2 Fragebogen zur Arbeitsdiagnostik (im Rahmen des Vorstellungsgespräches)

Name:_____Datum:_____

- Höchster Schulabschluss:_____

- Ausbildung zum/ zur:_____

◊ Abgeschlossen oder abgebrochen, Grund:_____

-Ausbildung zum/ zur:_____

◊ Abgeschlossen oder abgebrochen, Grund:_____

Berufsbezeichnung/ Praktika/ Tätigkeit/ Firma	Von	bis

Zeitlicher Umfang der letzten Tätigkeit:____Std./Tag _____Tage/ Woche

Aktueller beruflicher Status:

◊ In Arbeit	◊ Krank/AU	◊ Berentet/Frührente
◊ In Ausbildung	◊ arbeitslos	

Wo sehen Sie Ihre Stärken im Berufsleben?

_____

_____

Wo sehen Sie Ihre Schwächen oder haben Schwierigkeiten im Berufsleben?

_____

_____

A2 Fragebogen zur Arbeitsdiagnostik (im Rahmen des Vorstellungsgespräches)

Wünsche oder Ziele im Bereich Arbeit für Ihre Zukunft:

◊Schulabschluss nachholen

◊Ausbildung beginnen zum/ zur _____

◊Umschulung beginnen zum/ zur _____

◊Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit

◊Wiederaufnahme der alten beruflichen Tätigkeit

◊Wiederaufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit

◊Neuorientierung

◊Berufsfindung

◊Sonstiges:_____

_____

Quelle: Auszüge aus dem Aufnahmebogen der Ergotherapie des TPS

A2 Fragebogen zur Arbeitsdiagnostik (im Rahmen des Vorstellungsgespräches)

Angaben zur Arbeitsfähigkeit

1= stark eingeschränkte Fähigkeit 2= teilweise eingeschränkte Fähigkeit 3= durchschnittliche Fähigkeit 4= überdurchschnittliche Fähigkeit 5= weit überdurchschnittliche Fähigkeit

ARBEITSFÄHIGKEIT	1	2	3	4	5
Arbeitsplanung:					
Handlungsschritte zur Durchführung einer Tätigkeit können in sinnvoller Reihenfolge durchgeführt werden.					
Materialien, die für eine Arbeit benötigt werden, können rechtzeitig und vollständig organisiert werden					
Aufmerksamkeit:					
Es gelingt 30 Minuten am Stück sich auf eine Tätigkeit zu konzentrieren					
Auch auf unbekannte Arbeiten und Themen kann sich 30 Minuten am Stück konzentriert werden					
Ausdauer:					
Projekte (Werkstücke/ Arbeiten) können i.d.R. vollständig fertig gestellt werden					
Jeden Tag regelmäßig zur Arbeit zu kommen bereitet keine Probleme					
Feinmotorik:					
Auch kleinteilige Werkstücke können problemlos bearbeitet werden					
Fingerfertigkeit ist auch bei komplizierten Aufgaben ohne Probleme					
Kontaktfähigkeit:					
Mit Arbeitskollegen kann schnell ein Gespräch zustande kommen und aufrechterhalten werden					
Der Kontakt zu Vorgesetzten bereitet keine Probleme					
Kritikfähigkeit:					
Verbesserungsschläge können angenommen und umgesetzten werden					
Dinge die von mir hergestellt werden, werden eigentlich immer gut					
Lernen/ Merken:					
Schon in der Schule hatte ich Schwierigkeiten mir den Unterrichtsinhalt zu merken					
Es gelingt schnell neue Dinge zu verstehen und im Gedächtnis zu behalten					
Pünktlichkeit:					
Termine werden immer genau eingehalten					
Zur Arbeit oder zur Schule rechtzeitig anwesend zu sein, bereitet schon immer Probleme					

Quelle: Auszüge aus dem „Melba“ Fähigkeitsprofil

A2 Fragebogen zur Arbeitsdiagnostik (im Rahmen des Vorstellungsgespräches)

ARBEITSFÄHIGKEIT	1	2	3	4	5
Selbständigkeit:					
Alltägliches wie z.B. aufstehen, putzen, kochen kann ohne fremde Hilfe bewältigt werden					
Beim Arbeiten/ in der Schule werden Aufgaben größtenteils eigenständig erledigt.					
Sorgfalt:					
Lieber etwas mehr Zeit für ein gutes Ergebnis investieren, als hinterher kein perfektes Ergebnis zu haben					
Es ist wichtiger schnell mit einer Aufgabe fertig zu sein					
Teamarbeit:					
Mit anderen Menschen zusammen zu arbeiten bereitet Freude					
Ohne Kollegen an einem Projekt zu arbeiten ist wesentlich angenehmer					
Verantwortung:					
Für getane Dinge und getroffene Entscheidungen können die Konsequenzen getragen werden					
Wenn die Verantwortung von mir übernommen wird, wird es wenigstens vernünftig gemacht					

Quelle: Auszüge aus dem „Melba“ Fähigkeitsprofil

A3 Verfahrensbeschreibung Aufnahme (Seite 1)

auxiliar GmbH

Prozess-beschreibung	**Aufnahme**

Prozessauslöser: (Was ist notwendig, damit der Prozess startet?)	→	**Prozessergebnis:** (Was soll am Ende des Prozesses passiert sein?)
Eine Person wird in das Therapiezentrum Psychose und Sucht aufgenommen		Aufnahme in die Rehabilitationsmaßnahme ist erfolgt

Prozessziel /-zweck	• Handlungssicherheit für die prozessbeteiligten Mitarbeitenden • Transparenter Ablauf der Aufnahme • Sicherheit für die Aufzunehmenden			
Verantwortung / Zuständigkeit	**Verantwortlich ist:**	**Zuständig ist:**	**Es wirkt mit:**	**Zu informieren:**
	• EL / AL	• AL / EL	• Prozessbeteiligte Mitarbeitende	• Leistungsabteilung • Kostenträger • Evtl. gesetzliche Betreuer/innen
Begriffe	GBL	Geschäftsbereichsleitung		
	EL	Einrichtungsleitung		
	AL	Aufnahmeleitung		
Indikatoren/ Kennzahlen (Woran kann erkannt werden, dass der Prozess wirkt?)	• Interne Audits • Belegung • Vollständig ausgefüllte Aufnahmeformulare			
Prozesskunde *(direkt von den Auswirkungen betroffen)*	• Kostenträger • Aufzunehmende Personen • Gesetzliche Betreuer/innen			
Festlegungen (Was ist grundsätzlich zu beachten?)	• Das Bewerbungsverfahren ist erfolgreich abgeschlossen • Eine Kostenübernahme liegt vor • Eine Einladung ist erfolgt • Prozessbeteiligte Mitarbeitende und Arbeitsbereiche (u.a. Sekretariat, Hauswirtschaft, behandelnde Ärztin/Arzt, Bezugsmitarbeitende) sind informiert • Die Aufnahme folgt einem regelhaften Ablauf • Die Aufnahme wird dokumentiert			
Prozess-beschreibung (Ablauf des Prozesses)	• Eine Einladung mit Aufnahmetermin ist erfolgt • Wenn möglich erfolgt eine telefonische und persönliche Klärung weiterer Fragen u.a. nach der aktuellen Medikation • Die Aufnahmeunterlagen sind elektronisch und als Handakte durch das Sekretariat und die Nachtwachen bereitgestellt • Das Zimmer ist durch die Hauswirtschaft vorbereitet • Ein Pate/eine Patin aus der Therapiegruppe ist benannt • Die Aufnahmegespräche sind terminiert • Die Begrüßung und Einführung in die Therapiegruppe erfolgt durch Mitarbeitende der Bezugstherapie • Das Aufnahmeformular wird ausgefüllt • Der Wochenplan wird ausgeteilt und individualisiert. • Die Medikation wird nach ärztlicher Verordnung gestellt • Die Aufnahme wird dokumentiert • Die Aufnahme wird dem Kostenträger mitgeteilt			

A3 Verfahrensbeschreibung Aufnahme (Seite 2)

auxiliar GmbH

Prozess-beschreibung	**Aufnahme**

	• Die Aufnahme wird der Leistungsabteilung mitgeteilt • Ggfls. Wird der/die gesetzliche Betreuer/in informiert.	
Risiken & Chancen (die sich aus diesem Prozess ergeben)	**Risiken**	**Maßnahmen**
	• Fehlende oder fehlerhafte Information von Kostenträgern • Fehlende oder fehlerhafte Information der Leistungsabteilung • Rehabilitandin/Rehabilitand erscheint nicht	• Versuch, sie/ihn zu erreichen (telefonisch, über Angehörige etc.)
	Chancen	**Maßnahmen**
	• Belegungssicherheit • Gutes Image bei Kostenträgern • Gutes Image bei Zuweisern	•
Schnittstellen (zu anderen Abteilungen, Externen oder Organisationen, an die vermittelt wird)	• Leistungsabteilung • Kostenträger • Überweisende Institutionen • Gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer • Ggf. Angehörige	
Wechsel-wirkungen (zu anderen Prozessen/ Verfahren)	• VB Planung und Durchführung • VB Beendigung und Überleitung • Leistungsabteilung • AA Hauswirtschaft • Konzept Aufnahmeassessment	
Mitgeltende Dokumente, ***ggf. mit Angabe des Standorts*** (Interne und/oder externe Dokumente wie z.B. Verträge, gesetzliche und behördliche Vorgaben, Arbeitsanweisungen , Standards, etc.)	• SGB IX • Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX • Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit psychosomatischen und psychischen Störungen • Strukturqualität von Reha- Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung • Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung • Aufnahmeformular TPS	

A4 Exemplarischer Wochenplan - Stammtherapiephase -

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7:45 - 8:45		AT		AT	
8:45 – 9:00	Medikamentenausgabe				
9:00 – 9:30	Frühstück				
9:30 – 10:30	BWT/PT (09:30-11:00)	Nordic Walking (09:30-10:30)	ATG (9:30-10.30)	TGG (09.30—10.30)	Ärztl. Sprechstd. (9:30-10:00)
					Sport (10:20-11:45)
10:30 – 13:00		Suchtgruppe (11:00-12:00)	Einkauf 10:45—12:15	EL (11:00-12:00)	
	AT	Taschengeldaus-zahlung	Kochbegleitung (12:00-13:00)	PTE (12:00-13:00)	Kochen (12:00-13:00)
13:00 – 13:30	Mittagessen				
13:30 – 16:30	ZK (13:45-14:00)		KR (13:30-14:00)		KR (13:30-14:00)
	AT 14:30—15:30	AT 14:00—15:00	AT 13:30—14:30	AT 13:30—14.30	
					PME (14:30-15:00)
	BSW (15:00-16:30)	AT (15:15-16:15)	AT		
			BZG (15.30-16:30)	PE (14:30 - 15:30)	
16:30 – 16:45	Abendrunde				
17:00-18:00	Abendbrot und Medikamentenausgabe				

LEGENDE

AT: Arbeitstherapie
ATG: arbeitstherapeutische Grundlagen
BSW: Berufsschulisches Wissen
BWT: Bewegungstherapie
BZG: Bezugstherapeutengespräch
EL: Ernährungslehre
KR Küchenreinigung
PE: Psychoedukative Gruppe
PME: Progressive Muskelentspannung
PT: Psychotherapie Gruppe
PTE: Psychotherapeutisches Einzelgespräch
TGG: Therapiegruppengespräch
VV: Vollversammlung
ZK: Zimmerkontrolle

A4 Wochenendplan bestehende Möglichkeiten – Stammtherapiephase –

Zeit	Samstag	Sonntag
9:00 – 10:30	Frühstück und Medikamentenausgabe	
9:00 – 19:00 Individuelle Angebote im Tagesverlauf	Krisengespräche Angehörigengespräche Ergotherapeutische Sonderangebote (Fahrradwerkstatt, Maschinenkunde, angeleitetes autogenes Training)	
12:00 – 13:30	Mittagessen und Medikamentenausgabe	
14:00 – 17:00	pädagogisch begleiteten Ausflüge (Bsp. kulturelle Angebote, sportliche Angebote, freizeitpädagogische Angebote)	
17:00 – 18:00	Abendbrot und Medikamentenausgabe	

A4 Exemplarischer Wochenplan - Adaptionsphase -

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7:45 - 8:15	Frühstück (eigenständige Zubereitung)				
9:30 – 13:00	PTE (9:45-10:45) VV (11:00-11:15) PT (11:15-12:45)	Praktikum (9:30-13:00)	Praktikum (9:30-13:00)	AG (9:30-10:30) Ärztl. Sprechstd. (10:45-11:00) Praktikum (11:00-13:00)	Praktikum (9:30-13:00)
Ab 13:00	Eigenständige Zubereitung des Mittagessens		Mittagspause im Praktikumsbetrieb		Zubereitung des Mittag-essens; anschließend eigenständige Haushaltsfüh-rung/Einkäufe
13:45– 16:15	Praktikum (zwischen 14:00-18:00)	SF (14:30-16:00)	Praktikum	Praktikum	BZG (15:00-16:00)
16:30 – 16:45	Abendrunde				
18:00 – 20:00				SHG	

LEGENDE:

AG: Adaptionsgruppe
BZG: Bezugstherapeutengespräch
SF: Spezielles Fitnessprogramm zum körperlichen Ausgleich
SHG: Selbsthilfegruppe (extern)
PT: Psychotherapie Gruppe
PTE: Psychotherapeutisches Einzelgespräch

A4 Wochenendplan bestehende Möglichkeiten – Adaptionsphase –

Zeit	**Samstag**	**Sonntag**
9:00 – 10:30	Frühstück	
9:00 – 19:00 Individuelle Angebote im Tagesverlauf	Angehörigengespräche Ergotherapeutische Sonderangebote (Fahrradwerkstatt, Maschinenkunde, angeleitetes autogenes Training)	
12:00 – 13:30	Selbständige Planung und Zubereitung der Mahlzeit	
14:00 – 17:00	Trainingsprogramm selbständiges Kultur- und Freizeitprogramm, Vorbereitung bzw. Nachbesprechung	
17:00 – 18:00	Selbständige Planung und Zubereitung der Mahlzeit	
Ab 20:00	Selbständiges Stellen der Wochenmedikation	

A5 Auswertungsbogen der externen Belastungserprobung

Praktikant/in (Name/ Vorname): _____Geb.: _____

Praktikumsbereich: _____

Praktikum vom _____ bis _____

Arbeitsbereich:_____

Beurteilung (bitte die zutreffende Spalte ankreuzen)	+ +	+	o	-	--
Arbeitsfähigkeiten					
Arbeitsplanung					
Aufmerksamkeit					
Ausdauer					
Äußeres Erscheinungsbild					
Bedürfnisse äußern					
Entscheidungsfähigkeit					
Feinmotorik					
Kontaktfähigkeit					
Kreativität					
Kritikfähigkeit					
Lernen/ Merken					
Lesen/ Schreiben/ Rechnen					
Logisch-/ Analytisches Denken					
Pünktlichkeit					
Problemlösefähigkeit					
Räumliches Vorstellungsvermögen					
Reale Selbsteischätzung					
Selbstvertrauen					
Selbstständigkeit					
Selbstwahrnehmung					
Sorgfalt					
Teamarbeit					
Umstellungsfähigkeit					
Verantwortung					
Arbeitet in einem zügigen Arbeitstempo					
Zeigt Eigeninitiative					

(Quelle: Auszüge aus „Melba“ sowie dem „Arbeitsfähigkeitenkreis“ nach „Cummings“)

Zusätzliche Bemerkungen:

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Betrieb

_____

Unterschrift Rehabilitand

A6 Kooperationsvereinbarung

Therapiezentrum Psychose und Sucht, Holstenkamp 119a Haus 2, 22525 Hamburg

Geschäftsbereich
Medizinische Versorgung
und Rehabilitation

TPS
Holstenkamp 119a Haus 2
22525 Hamburg

Telefon 040 89 71 47 - 0
Fax 040 89 40 76
tps.hamburg
@freundeskreis-ochsenzoll.de
www.freundeskreis-ochsenzoll.de

IK Nr. 510 2010 03

Kooperationsvereinbarung

Sehr geehrte/r (*Praktikumsbetrieb*),

hiermit wird vereinbart, dass (*Name des Rehabilitanden*), geb. am (*Geburtsdatum*), vom (*Datum Beginn*) bis (*Datum Beendigung*), in Ihrer Einrichtung eine sechs bis acht wöchige Belastungserprobung absolvieren wird. Falls möglich und erwünscht, kann das Praktikum zeitlich verlängert werden.

Die bei Ihnen stattfindende Maßnahme ist Bestandteil des Rehabilitationskonzeptes des TPS. (*Rehabilitand*) ist während dieser Zeit durch das TPS unfall- und haftpflichtversichert. Die Kooperationsvereinbarung kann jederzeit Ihrerseits aufgelöst werden.
Eine entsprechende Begründung wäre wünschenswert.
Die Arbeitszeit beschränkt sich auf max. (*Anzahl der Tage*) Tage in der Woche.
Die tägliche Stundenzahl soll wöchentlich festgelegt werden und soll zur Belastungserprobung im Verlauf gesteigert werden. Sie ist mit dem/r Praktikanten/in und Ergotherapeuten/in abzusprechen.
(*Rehabilitand*) beginnt mit (*Anzahl der Stunden*)Stunden die Woche an folgenden Wochentagen:

Montag: (von – bis) Uhr Dienstag: (von – bis) Uhr Mittwoch: (von – bis) Uhr Donnerstag: (von – bis) Uhr Freitag: (von – bis) Uhr

Im Rahmen des Praktikums finden zwei Besuche durch Ergotherapeuten statt.
Zum Ende des Praktikums soll ein Abschlussgespräch zwischen der Anleiter/in, dem Praktikanten und dem/r Ergotherapeuten/in stattfinden; ein entsprechender Beurteilungsbogen wird vom TPS gestellt.
Das Praktikum findet im Rahmen einer externen Belastungserprobung statt.
Ziele sind:
1. Stärkung erwerbsbezogener Förderfaktoren
2. Entwicklung einer erwerbsbezogenen Perspektive
3. Umgang mit einem neuen Arbeitsbereich
4. Erkennen von gesundheitsassoziierten und erwerbsbezogenen Problemlagen
5. Belastungserprobung (psychisch und physisch)

Sollten Fragen oder Probleme bezüglich der Belastungserprobung bestehen, stehen wir Ihnen gerne unter der Telefonnummer **040/ 89 71 47-0** zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

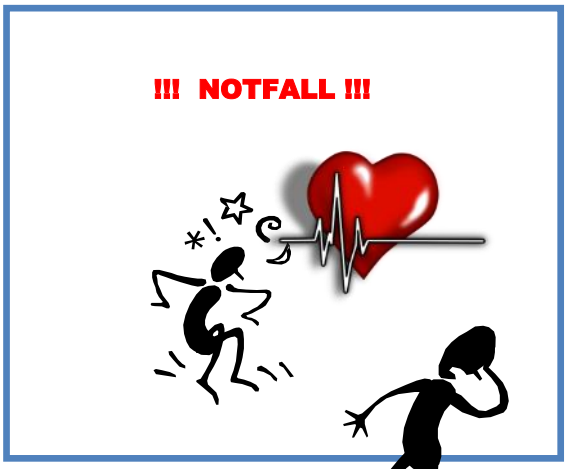
(Ergotherapeut/in)	(Betrieb)		(Rehabilitand/in)

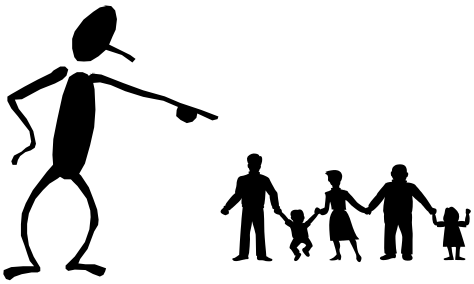
A7 Personalkonzept/ Stellenplan

Die aktuelle Personalausstattung umfasst folgende Stellen:

Verwaltung:	0,63
Facharzt/Fachärztin:	1,0
Psychol. Psychotherapeut*in:	1,25
Bezugstherapeut*innen:	2,85
Dipl.-Sozialpäd. und Dipl.-Päd./Teamleitung:	2,35
Arbeits- und Ergotherapeut*innen:	3,07
Pflege:	1,5
Hauswirtschaftsleitung (Ökotropholog*in):	0,5
Hauswirtschafts- und Reinigungskräfte:	1,5
Nachtwachen:	2,52
Pädagogische Hilfskräfte & Freizeittrainingsbegleitungen:	0,15
Diplom Sportlehrer*in:	0,63
Gesamtergebnis:	17,95

A8 Notfallmanagement



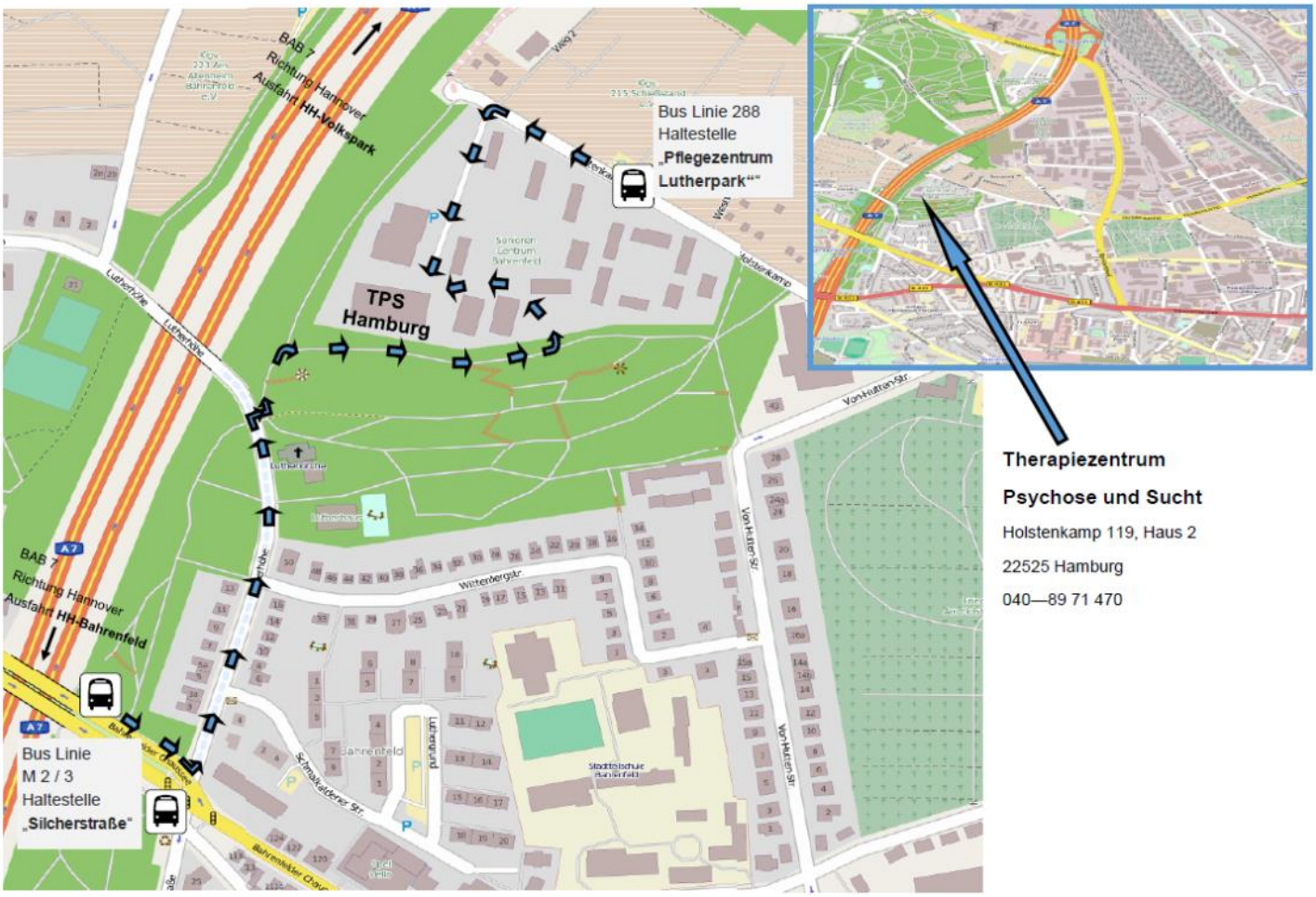


1. Der diensthabende Mitarbeitende hat in seinem Dienst das Mobiltelefon stets bei sich, den Notfallrucksack inkl. Defibrillator nimmt er zum Notfall mit.
2. Der diensthabende Mitarbeitende verständigt Polizei und/oder Rettungskräfte, sowie die Leitung der Einrichtung per Mobiltelefon, zusätzlich den Hintergrunddienst der Unternehmensleitung (040-533228-1447)
3. Die Einrichtungsleitung und der Diensthabende des Hintergrunddienstes der ULK kommen dem Mitarbeitenden zur Hilfe
4. Im Falle eines Brandes koordiniert der Mitarbeitende, dass alle Rehabilitanden die Einrichtung verlassen und sich am Sammelplatz einfinden.
5. Im medizinischen Notfall koordiniert der Mitarbeitende und die herbeigerufenen Kollegen die Erstversorgung des/r Verletzten und die Einweisung der Rettungskräfte.
6. Im psychiatrischen Notfall bei Fremdaggressivität bringt der Beschäftigte sich und andere Gefährdete in Sicherheit und wartet auf das Eintreffen der Polizei.

A9 Raumplan (3. OG)

A9 Raumplan (4. OG)

A10 Lageplan



Herausgeber:

Therapiezentrum für Psychose und Sucht (TSP)
auxiliar GmbH der Stiftung Freundeskreis

Fotos:
Stiftung Freundeskreis
(sofern nicht anders angegeben)

Stand März 2023

Stiftung Freundeskreis

Stark für psychische Gesundheit