

Adaptionseinrichtung „An der Bergstraße“

Fachabteilung der Klinik „Schloss Falkenhof“



Therapiekonzept

Not sehen und handeln.
C a r i t a s



Rehabilitationskonzept der Adaption für Frauen und Männer mit Suchterkrankungen

Adaptionseinrichtung „An der Bergstraße“
Heppenheim

Fachabteilung der Klinik Schloß Falkenhof

Träger: Caritasverband Darmstadt e.V.

Adaptionseinrichtung „An der Bergstraße“

Kalterer Straße 3 A

64646 Heppenheim

Telefon: 06252/9324-0

Fax: 06252/9324-24

E-mail: adaption@caritas-bergstrasse.de

Klinik Schoß Falkenhof

Nibelungenstraße 109

64625 Bensheim

Telefon: 06251/102-0

Fax: 06251/102-103

E-mail: falkenhof@caritas-bergstrasse.de

Internet: <http://www.klinik-falkenhof.de>

Träger:**Caritasverband Darmstadt e.V.**

Heinrichstr. 32 A

64283 Darmstadt

Telefon: 06151/999-0

Fax: 06151/999-150

Autoren

Dr. Carlo Schmid, Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Sozialmedizin, Leitender Arzt

Petra Vettel, Diplom-Sozialarbeiterin, Suchttherapeutin, Leitung/Organisation

Uwe Hofmann, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut

Dezember 2015

Überarbeitet Januar 2017 von Dr. Ursula Hebrank, Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,
Ärztliches Qualitätsmanagement, Leitende Ärztin

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
2. Beschreibung der Adaptionseinrichtung	6
3. Rehabilitationskonzept der Adaptionseinrichtung.....	7
3.1 Theoretische Grundlagen.....	7
3.2 Adaptionsindikationen und -kontraindikationen	8
3.3 Adaptionsziele	9
3.4 Dauer der Adaption.....	10
3.5 Individuelle Adaptionsplanung	10
3.6 Adaptionsprogramm.....	11
3.7 Rehabilitationselemente	12
3.7.1 Aufnahmeverfahren	12
3.7.2 Rehabilitationsdiagnostik	13
3.7.3 Medizinische Therapie.....	13
3.7.4 Psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	13
3.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen	14
3.7.6 Sport, Bewegung und Freizeitangebote	15
3.7.7 Klinische Sozialarbeit	15
3.7.8 Gesundheitsverhalten	17
3.7.9 Hauswirtschaftliche Selbstversorgung	17
3.7.10 Angehörigenarbeit	17
3.7.11 Rückfall- und Krisenmanagement	18
3.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege	19
4. Personelle Ausstattung und Therapieorganisation.....	19
5. Räumliche Gegebenheiten	21
5.1. Größe und Räumlichkeiten.....	21
5.2. Lage.....	21
5.3. Verkehrsanbindung.....	21
6. Kooperation mit zuweisenden Fachkliniken.....	22
7. Qualitätssicherung, Supervision und Fortbildung.....	22
8. Notfallmanagement	23
9. Therapiedokumente.....	23
10. Literaturverzeichnis.....	26

1. Einleitung

Das vorliegende Behandlungskonzept der Adaptionseinrichtung integriert weiter entwickelte Rahmenbedingungen und Anforderungen. Die Empfehlungen des Leitfadens der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Gesetzlich Krankenversicherungen (GKV) bezüglich der Erstellung von Konzepten (DRV, 2011c, 2012a), Entwicklungen im Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger und Arbeitsergebnisse aus dem Qualitätszirkel der Adaptionseinrichtungen im Bundesverband stationärer Suchtkrankenhilfe e. V. („buss“) fließen in die Konzeptgestaltung ein. Die gemeinsame Arbeitsgruppe „Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (AG BORA) empfahl Adaption als mögliche „letzte Phase einer stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ für „Rehabilitanden, die bereits lange Zeit nicht mehr am Erwerbsleben teilgenommen haben und ihren sozialen Bezugsrahmen inklusive Wohnung und Bekanntenkreis neu aufbauen müssen. Zur Überprüfung und Schärfung unseres Behandlungskonzepts beachten wir die Empfehlungen der AG BORA bezüglich empfohlener Leistungen und aktualisierten sie entsprechend der „KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation“, Ausgabe 2015 (DRV, 2014c).

Unser internes Qualitätsmanagementsystem entspricht den Vereinbarungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR, 2009). Es erlaubt stets neue Erkenntnisse und Entwicklungen aus den Abläufen. Außerdem berücksichtigen wir Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV, 2010) und achten auf Therapiestandards bei der Beurteilung unserer Therapieabläufe. Zuletzt haben wir uns mit der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der World Health Organization (WHO) befasst (DIMDI, 2005; WHO, 2010, 2013). Die ICF mit ihrer Systematik des bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgenmodells kann die Adaptionsziele, die Behandlungsplanung und die Schnittstellen zu Kooperationspartnern vollständiger abbilden, als die rein medizinische Orientierung an Krankheitsdiagnosen nach der ICD 10 (DIMDI, 2015).

2. Beschreibung der Adaptionseinrichtung

Die Adaptionseinrichtung „An der Bergstraße“ steht unter der Trägerschaft des Caritasverbands Darmstadt e.V., Heinrichstr. 32 A, 64283 Darmstadt.

Gegründet wurde sie 1997 und bietet 14 Behandlungsplätze für suchtkranke Frauen und Männer, die im Vorfeld eine stationäre Entwöhnungsbehandlung in einer Fachklinik durchgeführt und regulär abschlossen haben.

Konzeptionell ist unsere Einrichtung Teil der „Rehabilitation im Verbund“ des Caritasverbands Darmstadt, bestehend aus, der Klinik „Schloß Falkenhof“ in Bensheim, der Tagesreha „Am Birkenweg“ in Darmstadt und der Adaptionseinrichtung „An der Bergstraße“ in Heppenheim (s. *Gemeinsames „Leitbild...“*, Schmid, 2014, SS. 4-6). In enger Zusammenarbeit mit den Fachambulanzen für Suchtkranke unseres Trägers mit Haupt- und Außenstellen in Darmstadt, Dieburg, Erbach, Heppenheim (seit Ende 2012 mit uns im selben Gebäude), Bensheim, Wald-Michelbach und Mörlenbach bieten wir als Suchthilfeverbund des Caritasverbandes Darmstadt e. V. ein differenziertes regionales Versorgungsangebot in Südhessen.

Federführender Hauptbeleger der Adaptionseinrichtung ist die Deutsche Rentenversicherung Hessen. Ebenfalls belegen uns die DRV Bund, die DRV Nordbayern, Rentenversicherungen weiterer Bundesländer und im Einzelfall Krankenkassen.

3. Rehabilitationskonzept der Adaptionseinrichtung

3.1 Theoretische Grundlagen

Nach unserem **funktionalen Verständnis von Abhängigkeitserkrankung** haben chronisch Suchtkranke den Konsum der Suchtmittel oder – auch bei nicht stoffgebundenen Süchten - das jeweilige Suchtverhalten systematisch in ihre emotionale Selbstregulation „eingebaut“, so dass neben der oft erfolgten Entwicklung einer körperlichen Entzugssymptomatik auch eine psychische und neurophysiologisch nachweisbare Angewiesenheit auf das Suchtverhalten vorhanden ist (s. Böning, 2000; Grawe, 2004; Bauer, 2005 und 2015; Beck, 2012). Das Suchtverhalten als Symptom einer Krankheit, diagnostizierbar gemäß der anerkannten medizinischen Diagnosenmodelle (DIMDI, *ICD 10*, 2015, auch Falkai, Wittchen et. al., *DSM V*, 2014), hat somit nicht nur Auswirkungen auf Funktionsbereiche, Fähigkeiten und soziale Teilhabe des Patienten, sondern wird von den Patienten - meist unbewusst - aktiv als tatsächlich wirksames Regulativ in diesen Bereichen genutzt. Oft wird eine Suchterkrankung für und durch diesen Effekt aufrechterhalten. Die Anwendung des bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgenmodells entsprechend der Internationalen Klassifikation der Funktions-fähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (DIMDI, 2005) hilft, diese behandlungsrelevanten Faktoren zu erfassen und Hilfebedarf zu konkretisieren.

Geleitet vom funktionalen Ansatz ist der therapeutische Ansatz unserer Adaptionseinrichtung integrativ. Die gemeinsame Ausrichtung besteht in effizientem, lösungsorientiertem Vorgehen. Einseitiger Defizitorientierung, häufig vorhandenem Selbstwertverlust und Misserfolgsstrategien seitens der Patienten wird entgegen gewirkt und kooperativ mit den Patienten direkt potenzial- und entwicklungsorientiert gearbeitet zur Wahrnehmung eigener Ressourcen und der erfolgreichen Umsetzung gesteckter Ziele. Der Fokus der Behandlung wird nicht einseitig auf die Hintergründe der Suchterkrankung in der Vergangenheit ausgerichtet, sondern lösungsorientiert auf Zielperspektiven, Fähigkeiten und Umweltbedingungen für ein selbständiges, eigenverantwortliches und zufriedenes Leben ohne Suchtverhalten. Die Funktion des Therapeuten ist die eines Begleiters, dessen Aufgabe es ist, bei den Patientinnen und Patienten die bereits erfolgten Fortschritte zu sichern und bei der „Suche nach weiteren Lösungs- und Zielbildern behilflich zu sein“ (Kim Berg, 2009). Verhaltenstherapeutische Methoden dienen der Analyse und dem Erkennen gelernter Verhaltensfixierungen sowie - besonders bei erhöhtem Strukturbedarf und bei Krisen - dem Aufbau gesünderer und erfolgreicher Verhaltensmuster. Systemische Techniken sind praktikabel und hilfreich bei der Berücksichtigung der familiären, sozialen und beruflichen Umweltfaktoren. Adaption bedeutet auch zu berücksichtigen, ob psychosoziale und pädagogische Maßnahmen zur Unterstützung und Hilfestellung in individueller Weise notwendig sind, um entsprechende Anschlussmaßnahmen einzuleiten.

Besonderen Stellenwert haben in der Adaption die betrieblichen Arbeitserprobungen. Sie erlauben eine klare und nachvollziehbare Überprüfbarkeit der Entwicklungsschritte unter realen Arbeitsbedingungen. Die Schwelle zur Rückkehr in Erwerbstätigkeit wird kleiner,

überschaubar und realistisch, im besten Fall sogar gleich überwunden, wenn aus der Arbeitserprobung eine Übernahme in eine Anstellung erfolgt.

3.2 Adaptionenindikationen und –kontraindikationen

Abhängigkeiten durch psychotrope Substanzen (F10 - F19, Ziffern nach *ICD 10*) sind Voraussetzung für eine Adaptionbehandlung:

- Alkoholabhängigkeit
- Medikamentenabhängigkeit
- Drogenabhängigkeit
- Mehrfachabhängigkeit

Folgende **komorbide Störungen** werden in der Adaption mitbehandelt (nach *ICD 10*):

- Depression und andere affektive Störungen (F30 bis F39)
- Soziale Ängste, Phobien und andere neurotische und psychosomatische Störungen (F40 bis F48)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60 bis F62)
- Psychotische Störungen (F20 bis F29)
- ADHS oder ADS im Erwachsenenalter und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit (F90 bis F92 und F98.8)
- Substanzungebundene Abhängigkeiten, wie Spielsucht, Kleptomanie, Medienabhängigkeiten, Arbeitssucht und andere Störungen der Impulskontrolle (F63).

Bei der **Indikationsstellung** zur Adaption kommt es auf die Bereitschaft der Patienten an, die noch bestehenden beruflichen, sozialen und individuellen Problemstellungen realistisch einzuschätzen und diese mit Hilfe der Adaption überwinden zu wollen. Wesentlich ist, dass bei der Zielgruppe trotz Arbeitslosigkeit oder Nicht-Erwerbstätigkeit (DRV, 2014b, SS. 20-21) in der sozialmedizinischen Einschätzung der überweisenden Klinik ein positives Leistungsbild für den ersten Arbeitsmarkt dargestellt wird. Adaptionpatienten benötigen ein ausreichendes Maß an Abstinenzstabilität sowie Interesse an sozialer Reintegration und Rückkehr in Erwerbstätigkeit. In der Klinik haben sie sich bereits mit den Hintergründen ihrer Suchterkrankung und dem funktionalen Ansatz auseinandergesetzt.

Eine **Indikation** für unsere Adaptionbehandlung sehen wir für:

- Personen, die ihre **Wohnung** verloren haben oder deren Wohnsituation riskant ist, zum Beispiel wenn sie in einem sozialen Brennpunkt leben
- Arbeitslose und **Langzeitarbeitslose**, die durch Praktika in Betrieben ihre berufliche Belastbarkeit wieder aufbauen und ihre Vermittlungschancen auf dem Arbeitsmarkt verbessern wollen

- Patienten, bei denen aus sozialmedizinischer Sicht eine berufliche Umorientierung notwendig ist, die jedoch noch unsicher sind und zur **Arbeitserprobung** und Umsetzung weiterer Entwicklungsschritte den stationären Rahmen der Adaption benötigen
- Suchtkranke, die in **soziale Isolation** geraten sind und bei denen Hilfestellungen zur Verbesserung der sozialen Kompetenz notwendig sind, um im persönlichen und beruflichen Bereich eine selbständige Alltags- und Lebensbewältigung aufzubauen
- Menschen, die durch Suchtdruck und komorbide Erkrankungen noch in ihrer **Abstinenz gefährdet** sind und die zum Aufbau eines stabilen beruflichen und privaten Lebens noch die Hilfe der Adaption benötigen
- Im Einzelfall suchtkranke Patienten, die nach längerer Behandlung in einer **forensischen Klinik** über eine mehrmonatige Adaptionsphase resozialisiert werden.

Kontraindikationen liegen vor:

- Wenn aufgrund der Einschätzung der überweisenden Klinik und in unserem Vorgespräch der Eindruck entsteht, dass eine Erwerbsfähigkeit nicht mehr hergestellt werden kann
- Wenn Patienten ohne ausreichende Motivation für Erwerbstätigkeit oder berufliche Belastungserprobung sind und passendere Unterstützung in betreuten Wohngemeinschaften erhalten können durch Einrichtungen der Eingliederungshilfe (§§ 53 bis 60 SGB XII) oder der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 bis 69 SGB XII)
- Wenn Patienten ein ausreichend stabiles soziales Umfeld haben und eine ambulante Maßnahme effizienter helfen kann.

3.3 Adaptionsziele

Das **allgemeine Rehabilitationsziel** ist vorgegeben durch den gesetzlichen Auftrag der Deutschen Rentenversicherung: „...von Erwerbsminderung bedrohte oder erwerbsgeminderte Menschen Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und insbesondere die Teilhabe am Arbeitsleben dauerhaft zu sichern...“ (§§ 1 und 4 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX sowie § 9 Abs. 1 SGB VI).

Ziele in der Adaptionsphase sind:

- **Arbeitstraining** auf dem ersten Arbeitsmarkt
- Erlangen einer **Erwerbstätigkeit**
- Erfolgreiche **Wohnungssuche** (eigene Wohnung oder betreute WG o.ä.)
- Fähigkeit zur **Freizeitgestaltung**
- Kompetenzen für Selbstfürsorge und **Haushaltsführung**
- **Abstinenzstabilisierung** unter realen Alltagsbedingungen

- **Soziale Verantwortlichkeit**, Rücksichtnahme, Kritikfähigkeit und Zuverlässigkeit
- Aufbau und Pflege eines **sozialen Umfeldes**

3.4 Dauer der Adaption

Die **Dauer** der Adaption ist abhängig von der Art des Suchtmittels, den persönlichen Ressourcen der Patienten sowie deren individuellen Zielsetzungen und wird in enger Zusammenarbeit zwischen Patient und therapeutischem Team bestimmt. Von den Rentenversicherungen sind entsprechend der Suchtmittelabhängigkeit Leistungsgenehmigungen zwischen 10 und 16 Wochen vorgesehen. Im Einzelfall ist eine Behandlungsverlängerung oder –verkürzung möglich.

Erfolgreich beendet wird die Adaptionsbehandlung, wenn die wesentlichen Therapieziele erreicht sind:

- Es besteht eine versicherungspflichtige Tätigkeit oder eine Perspektive bezüglich eines Arbeitsplatzes
- Abstinenzstabilität und soziale Kompetenzen sind ausreichend
- Die Wohnraumfrage ist geklärt (eigene Wohnung, betreute WG o. ä.)
- Nachsorgemaßnahmen sind geklärt, beantragt und der Kontakt hergestellt

3.5 Individuelle Adaptionsplanung

Partizipative Zielentwicklung gemeinsam mit dem Patient (DRV, 2015) und individuell passgenaue Lösungswege sind in der **Steuerung der Behandlung** an folgenden Stellen explizit mit schriftlicher Dokumentation verankert:

- Im ambulanten **Vorgespräch** zur Indikationsklärung durch Vergleich des Angebotsspektrums der Adaption mit den Zielerwartungen und Voraussetzungen des einzelnen Patienten
- Im therapeutischen **Aufnahmegespräch** zur Aktualisierung des Behandlungsauftrags des Patienten an uns
- In der **Fallbesprechung** im therapeutischen Team zur Therapieplanung auf der Basis der vorläufigen Diagnostik von Krankheiten, Ressourcen und Einschränkungen
- Bei Auswahl und **Organisation der ersten externen Arbeitserprobung** in der ersten Behandlungswoche
- Im **Zielfindungsgespräch** in der zweiten Behandlungswoche
- In der **Bilanz der Arbeitserprobung**, einem berufsbezogenen Bilanzgespräch in der externen Firma nach ca. vierwöchiger Arbeitserprobung

- In der **Zwischenbilanz**, einer Fallkonferenz mit Arzt, Bezugstherapeut und Patient, in der Mitte der Behandlungszeit zur Überprüfung des Behandlungsplans und der Fortschritte bezüglich der individuell angestrebten Behandlungsziele mit einvernehmlicher Planung der weiteren Maßnahmen bzgl. Berufsziel, Wohnungsziel, Nachsorgemaßnahmen, Behandlungsdauer sowie ggf. weiterer individueller Ziele, wie z. B. Einbeziehung von Angehörigen, Ämtern und Arbeitgebern
- In wöchentlichen **Einzelgesprächen** zur Überprüfung der gemachten Entwicklungsschritte und Festlegung weiterer Teilziele
- In der **Klärung des Nachsorgebedarfs** in der letzten Behandlungsphase (Selbsthilfegruppe, berufliche Fördermaßnahmen, ambulante Psychotherapie, weitere fachärztliche Behandlung, betreutes Einzelwohnen usw.)

3.6 Adaptionprogramm

Die besondere Behandlungsqualität der Adaption entsteht durch die Parallelität von praktischer Belastung einerseits sowie medizinischer und psychotherapeutischer Begleitung andererseits. (Jung, 1995)

Eine sinnvolle Verbindung von Anforderungen, Interessen, mitgebrachten Erfahrungen und beruflichen Grundlagen ist für die **Suche nach einer externen Arbeitserprobung** wesentlich. Bereits im Vorgespräch werden Rahmenbedingungen für die erste Arbeitserprobung erfragt, um sie dann in der Aufnahmephase zu konkretisieren und direkt umzusetzen. Dabei werden die eigenen Ideen der Patienten einbezogen, zum Beispiel wenn ein Patient aus dem hiesigen Landkreis stammt und noch Kontakte zu alten Arbeitgebern hat, oder wenn er etwas Neues, Berufsfremdes erproben möchte, da die Ausübung der letzten Tätigkeit aus gesundheitlichen oder Arbeitsmarktgründen als Perspektive unrealistisch geworden ist.

In der medizinischen Aufnahmeuntersuchung wird das individuelle Leistungsvermögen festgestellt und mit den persönlichen Zielen in Einklang gebracht. Der Patient nimmt in der ersten Woche mit geeigneten Firmen Kontakt auf. Dies kann persönlich oder als schriftliche Bewerbung erfolgen. Bei Bedarf bieten wir Unterstützung und Adressen von Firmen, die schnell und unkompliziert Arbeitserprobungen zur Verfügung stellen.

In der zweiten Behandlungswoche sollte jeder Patient eine externe Arbeitserprobung gefunden haben. Dabei geht es häufig um eine niederschwellige, nicht berufsbezogene Arbeitserprobung, um den Patienten mit der Tagesstruktur im Arbeitsleben und der gleichzeitigen Selbstversorgung zu konfrontieren. Zu einem späteren Zeitpunkt ist dann ein Wechsel in eine berufsbezogene Arbeitserprobung sinnvoll.

In der vierten Woche der externen Arbeitserprobung wird der Patient vom Bezugstherapeuten im Betrieb aufgesucht. In Anwesenheit des betrieblichen Arbeitsanleiters erfolgt eine Auswertung der bisherigen Arbeitsleistung. Hierbei geht es um eine Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung des Leistungsbildes. Im weiteren Verlauf wird die Frage der Übernahme in ein Arbeitsverhältnis thematisiert.

Kommt es zu einer **Übernahme** in eine versicherungspflichtige Tätigkeit, wird der Beginn des Vertrages festgelegt, mögliche Fördermaßnahmen geprüft und durch den Bezugstherapeuten bzw. Betrieb beantragt. Falls es nicht zu einer Übernahme kommt, können folgende Maßnahmen entschieden werden:

- Überprüfung der weiteren beruflichen Ziele
- Diskussion der Fortführung der aktuellen Arbeitserprobung oder Wechsel in eine weitere Arbeitserprobung
- Neufestlegung der Arbeitszeiten in der Arbeitserprobung zugunsten paralleler Arbeitssuche oder zum weiteren Ausbau der Arbeitsbelastung
- Überprüfung des Leistungsbildes, um ggf. Fördermaßnahmen umzusetzen

Der **Leistungskatalog** unseres Adaptionprogramms entspricht der Definition und Anforderung der KTL 2015. Die zeitliche Platzierung unserer Gruppenangebote ist im **Wochenplan** festgelegt (Anhang 1) und wird bei Bedarf durch zusätzliche Angebote per Aushang ergänzt. Maßnahmen im Einzelsetting werden mit den Patienten bzgl. Inhalt und Frequenz individuell abgesprochen und vereinbart. In der „**Zwischenbilanz**“, einer Fallkonferenz mit Patient, Arzt und Bezugstherapeut, werden die Fortschritte in der Mitte der Behandlung gemeinsam eingeschätzt und Konsequenzen für den weiteren Behandlungsverlauf gezogen. In der **Schlussphase** der Adaption werden erreichte Ziele gesichert sowie notwendige und geeignete weitere Maßnahmen geplant und eingeleitet, um sowohl Erfolge als auch weitere Ziele im nachstationären Leben umzusetzen.

Jeder Patient erhält einen Bezugstherapeuten, der ihn während der Adaptionenmaßnahme in allen Belangen begleitet.

3.7 Rehabilitationselemente

3.7.1 Aufnahmeverfahren

Die Indikationsstellung einer Adaptionenbehandlung erfolgt durch die überweisende Klinik. Der Patient oder Therapeut nimmt telefonisch oder schriftlich Kontakt mit der Adaptionen Einrichtung auf, um ein Vorgesprächstermin zu vereinbaren. Im Vorgespräch erhält jeder Interessent eine Führung durch die Einrichtung, ein Einzelgespräch und einen Bewerbungsbogen. Erwartungen und Voraussetzungen des Patienten werden mit unserem Angebotsspektrum verglichen. Bei positiver Indikation hat der Patient eine einwöchige Entscheidungsfrist. Nach seiner telefonischen Zusage erhält er eine verbindliche Auskunft über seinen Therapieplatz. Ca. 14 Tage vor der Aufnahme erhält der Patient über seinen Bezugstherapeuten eine schriftliche Einladung zur Aufnahme. Den Antrag auf Genehmigung der Adaptionenbehandlung stellt die zuweisende Klinik; wir erhalten eine Kopie des Adaptionenantrages. Die Genehmigung durch den Leistungsträger ist Voraussetzung für den Beginn der Adaption.

Im Rahmen des Aufnahmegespräches wird der Patient auf die Hausordnung und die wesentlichen Maßnahmen in der ersten Phase der Therapie hingewiesen. Dazu gehört auch die medizinische Behandlung in der Einrichtung wie auch im Einzelfall eine Mitbehandlung durch die nahe gelegene Institutsambulanz der Psychiatrischen Klinik.

3.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

In der Aufnahmewoche erfolgt die Aufnahmeuntersuchung durch den Arzt der Adaption. In diesem Rahmen werden notwendige weitere ambulante Arztbesuche ebenso festgelegt wie sozialmedizinische Gesichtspunkte der Leistungsbeurteilung für die Arbeitserprobung besprochen und mit dem Behandlungsteam rückgekoppelt werden.

Nur im Einzelfall werden testpsychologische Untersuchungen durchgeführt, wenn z.B. aufgrund des Entlassungsberichtes der vorbehandelnden Reha-Einrichtung bei spezifischen psychiatrischen Krankheitsbildern keine eindeutige Aussage zur Einschätzung des Arbeitstempos und der Konzentrationsfähigkeit gemacht werden kann.

Insgesamt gewährleistet die Adaptionseinrichtung eine ärztlich und therapeutisch begleitete berufsbezogene Arbeitserprobung, um eine realitätsnahe arbeits- und sozialmedizinische Verlaufs- und Entlassdiagnostik zu ermöglichen, so dass eine effiziente Förderung zur Rückkehr in die Erwerbstätigkeit gewährleistet ist.

3.7.3 Medizinische Therapie

Neben den oben beschriebenen Maßnahmen führt der Adoptionsarzt bei Erforderlichkeit im Verlauf weitere Untersuchungen durch. In Einzelkontakten bietet er Beratung zum persönlichen Gesundheitsverhalten (s. Kap. 3.7.8) und zu der sozialmedizinischen Einschätzungen an. Auch Maßnahmen der beruflichen Neuorientierung, die zur Beantragung zu Leistungen am Arbeitsleben (LTA) führen, werden über ihn gesteuert.

3.7.4 Psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Wöchentlich führt der Bezugstherapeut ein Einzelgespräch sowie weitere Kurzkontakte nach Bedarf durch. In diesem werden aktuelle Problemstellungen des Alltags ebenso wie die Besonderheiten im anstehenden Arbeitsprozess und der Entwicklung und Umsetzung von Alltagsanforderungen und Lebens- und Entwicklungskrisen besprochen. Kernbereich ist die Entwicklung einer selbstständigen Lebensführung in der der Patient lernt, mit eigenen Stärken und Schwächen bewusst umzugehen, um eigene Ressourcen zunehmend wahrzunehmen. Im Einzelfall können zusätzlich Gespräche mit Angehörigen indiziert sein.

Wöchentlich gibt es vier **Gruppenangebote**, wovon sich zwei in 14-tägigem Rhythmus abwechseln (*exemplarischer Wochenplan*, Dokument 1). Die Gruppenmaßnahmen sind „nach Feierabend“ platziert, um Patienten eine Vollzeitpräsenz in ihrer Arbeitserprobung zu ermöglichen. Die zentrale psychotherapeutische Gruppe findet donnerstags von 17:15 bis 18:45 Uhr statt. Entsprechend unserer Grundausrichtung ist sie integrativ-lösungsorientiert und erlaubt tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische und gestalttherapeutische Elemente oder Schwerpunktsetzungen. Diese Therapiegruppe dient dem Austausch rehabilitationsbezogener Erfahrungen, der gemeinsamen Reflexion und der persönlichen Integration neuer Erfahrungen und Sichtweisen. Hier stellen sich neue Patienten vor und werden in der Entlassphase mit Rückmeldungen von Mitpatienten und Therapeuten

verabschiedet. Ebenfalls wöchentlich findet dienstags von 17:00 bis 18:00 Uhr eine sozialtherapeutische Gruppe, in der das Zusammenwohnen und das Funktionieren der gemeinschaftlichen hauswirtschaftlichen Belange thematisiert werden. Alle zwei Wochen findet freitags von 16:00 bis 17:00 Uhr eine sozialberaterische oder edukative Gruppe statt mit wechselnden Themen, die auch von den Teilnehmern vorgeschlagen werden dürfen:

- Erfahrung bei der Arbeitserprobung
- Soziale Kompetenz im Umgang mit Kollegen, Arbeitgebern und Ämtern
- Sozialrechtliche Fragen, etwa zu Wohnungssuche, Jobcenter und Arbeitsamt
- Tagestruktur und Freizeitangebote

Im Wechsel zur Freitagsgruppe findet 14-tägig dienstags von 18:30 bis 20:00 Uhr eine interne Selbsthilfegruppe statt, die die Patienten unter Leitung eines ehemaligen Patienten eigenverantwortlich, ohne Therapeut, durchführen. Meist führt die Gruppe im Wechsel ein Gruppengespräch oder eine gemeinsame Freizeitaktivität nach Wahl der Teilnehmer durch. Bei Bedarf werden per Aushang themenspezifische Sondergruppen für alle oder Kleingruppen, zum Beispiel nur für Frauen, angeboten.

3.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Im Kernbereich der Adaptionsbehandlung steht die externe Arbeitserprobung. Sie stellt ein Training beruflicher Fähigkeiten dar und hilft Hemmschwellen und Ängste abzubauen. Die externe Arbeitserprobung gliedert sich in **zwei Phasen**. Im ersten Schritt soll die Anpassung an die allgemeinen Bedingungen des Arbeitslebens erreicht oder gesichert werden: Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Teamfähigkeit, Durchhaltevermögen und Belastbarkeit bei stabiler Abstinenz sind zu leisten oder zu trainieren. Der zweite Schritt berücksichtigt die individuellen beruflichen Fähigkeiten, gewünschte Berufsrichtung oder Neuorientierung und die aktuellen Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt mit dem Ziel der Vermittlung in Erwerbstätigkeit. Für einen zeitnahen Einstieg in das Praktikum werden bereits in der ersten Woche Bewerbungsgespräche vereinbart. Hierzu werden Zeugnisse, Lebenslauf und aktuelle Bewerbungsunterlagen von zu Hause mitgebracht bzw. erstellt. Arbeitserprobungen finden unsere Patienten in Betrieben und Einrichtungen verschiedenster Branchen meist im Raum Heppenheim, Bensheim, bei Notwendigkeit auch im Großraum Darmstadt, bis hin zu Heidelberg und Mannheim. Der Firmenpool ist mittlerweile so groß, dass diese Maßnahmen in praktisch allen Berufsbereichen durchgeführt werden können:

- Handwerklichen Betrieben (Metall, Holz, Elektronik, Gärtnerei, Bauwesen)
- Betrieben der Dienstleistung und Organisation (Behörden, Verwaltungen etc.), Banken, Versicherungen
- Pflege-, Erziehungs- und Gesundheitsdiensten (Altenpflegeeinrichtungen, Behindertenhilfe, Kindergärten, Krankenhäuser, Praxen etc.)
- Fach-, Einzel- und Großhandelsbetrieben (Lagerverwaltung, Bürotätigkeiten, Dienstleistungen und Verkauf)
- Produktions- und Kommunikationsbetrieben (Großbetriebe, Druckereien etc.)
- IT-Firmen (Computer- und Telefondienste, Web-Marketing etc.)

Nach vierwöchiger Arbeitserprobung findet mit dem Patient ein **Bilanzierungsgespräch im Betrieb** statt mit einer Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit, Rückmeldungen der Vorgesetzten, Informationen zum branchenspezifischen Arbeitsmarkt in der Region sowie zur Einstellungschance. Zu einem wesentlichen Teil sind die Zuverlässigkeit, der persönliche Einsatz und die vom Arbeitsanleiter registrierten Erfahrungen während der Arbeitserprobung ausschlaggebend für die Chance einer Übernahme in den Betrieb.

Daneben umfassen **arbeitsbezogene Behandlungsangebote** sozialmedizinische Beratung des Patienten durch den Arzt der Adaption sowie bei Notwendigkeit Fördermaßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung und den Einbezug des Reha-Fachberaters. Zum Team des Jobcenters „Neue Wege“ in Heppenheim und der Arbeitsagentur in Bensheim bestehen gute Arbeitsbeziehungen. Durch wechselseitige Besuche der Teams und fallbezogenen Austausch besteht eine fachlich kompetente und unbürokratische Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern des Jobcenters. Über langjährige persönliche Kontakte bestehen ebenso unbürokratische Kooperationswege zum Jobcenter Dieburg und zur Agentur für Arbeit in Darmstadt. Bei der Auswahl unserer erwerbsbezogenen Therapieleistungen berücksichtigten wir die Empfehlungen der AG BORA für die Adaptionsphase (DRV, 2014b, S. 21).

3.7.6 Sport, Bewegung und Freizeitangebote

Intern können die Patienten gegen eine Kautions Fahrräder bei uns leihen oder eigene Fahrräder mitbringen. Intern nehmen die Patienten vierzehntägig mit der Selbsthilfegruppe an der Planung und Durchführung gemeinschaftlicher Freizeitgestaltungen teil. Darüber hinaus werden zur Förderung der Selbstständigkeit externe Angebote empfohlen: Die Landschaft an der Bergstraße bietet sich an zum Wandern, Joggen, Mountainbike- oder Fahrradfahren. In 100 m Entfernung ist in der warmen Jahreshälfte das Freibad mit einer 50 m Sportschwimmbahn geöffnet, im Nachbarort Bensheim ganzjährig ein Hallenbad. Mehrere Fitnessstudios in Heppenheim und bei Interesse auch eine Vielzahl von Vereinen (Fußball, Tischtennis, Reiten und andere) ermöglichen sportliche Betätigung und soziale Kontakte. Ab der dritten Behandlungswoche können Patienten einen verlängerten Ausgang beantragen, um kulturelle Angebote der Region abends zu besuchen, neue Bekanntschaften zu knüpfen und nach beruflicher Belastung auch Freizeit und Spaß ohne Suchtverhalten zu erleben.

3.7.7 Klinische Sozialarbeit

Unsere Sozialarbeit dient im Sinne der ICF (DIMDI, 2005) der Erhebung, Analyse, Diskussion und gezielten **Verbesserung der Kontextfaktoren**, die relevant für die zukünftige Abstinenz, die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit sowie die tatsächliche berufliche und soziale Teilhabe sind. Nach Erhebung aufrecht erhaltender oder verursachender Faktoren in der Umwelt oder der Person des Patienten selbst wird Sozialberatung und beruflich orientierte Beratung gegeben zur Reduzierung von **Barrieren** des Erfolgs und zur verstärkten Nutzung vorhandener oder Implementierung neuer **Förderfaktoren**. Der überwiegende Teil unserer Sozialarbeit erfolgt orientiert an der individuellen Situation im Einzelsetting durch den Bezugstherapeut. Sie ist bedarfsorientiert und folgt dem Grundsatz der individuell passgenauen „Hilfe zur Selbsthilfe“. Typische Themen unserer klinischen Sozialarbeit sind:

- Aktuelle Einkommenssituation, deren Sicherheit und Zukunft
- Klärung von sozialrechtlichen Fragen und Ansprüchen (Arbeitslosengeld I und II, Übergangsgeld, Wohngeld, Unterhaltsansprüche, Krankenversicherung u.a.)
- Bei Schulden: Ordnen und Auflistung von Forderungen, Durchführung erster Lösungsschritte und Vermittlung zur Schuldnerberatungsstelle
- Beratung zur sozialen Einbettung, Partnerschaft, Familie, Freundeskreis
- Einbeziehung von Angehörigen in die psychosoziale Beratung
- Sicherung einer realistischen Wohnperspektive und Beratung zu erfolgreicher Wohnungssuche
- Beratung und Kontakthanbahnung zu betreutem Wohnen oder anderen Formen stationärer Nachsorge mit Organisation der dazu notwendigen Besichtigungstermine, Klärung der Kostenträger und Antragstellung bei den überörtlichen Sozialhilfeträgern
- Beratung zu beruflichen Perspektiven unter Berücksichtigung persönlicher Stärken und Vorerfahrungen sowie aktueller Arbeitsmarktchancen
- Beratung zu Bewerbung und Findung von Arbeit oder Ausbildung
- Klärung von Chancen und ggf. Beantragung von Leistungen zur Teilnahme am Arbeitsleben (LTA), Möglichkeiten für qualifizierende Maßnahmen (SGB II + III) über Rentenversicherung oder Arbeitsagentur
- Vermittlung und Kontakt zur Reha-Beraterin des Rentenversicherungsträgers
- Unterstützung beim Antragsverfahren beim Versorgungsamt zur Erlangung eines Schwerbehindertenausweises (GdB)
- Bei Indikation Beratung zu gesetzlicher Betreuung und Einleitung des Antragsverfahrens
- Beratung zu Freizeitangeboten und Tagesstruktur
- Unterstützung bei anstehenden Gerichtsverhandlungen, beim Umgang mit Bewährungshelfern oder zum Wiedererwerb des Führerscheins
- Schriftliche Bescheinigungen zu Vorlage bei relevanten Stellen
- Beratung zu ambulanten Nachsorgemaßnahmen und Anbahnung von Kontakten zu deren Trägern (Fachambulanzen, Selbsthilfegruppen, ambulante Psychotherapie, psychiatrische Ambulanzen)

Informationen und Beratung zu Arbeitserprobungen, Arbeitssuche, Branchen und Firmen der Region, zum Umgang mit Ämtern sowie zur Tagesstruktur und zu Freizeitangeboten gibt es auch im Rahmen unserer Freitagsgruppe.

3.7.8 Gesundheitsverhalten

Der Adaptionsarzt bietet indikative themenspezifische Einzelgespräche zum individuellen Gesundheitsverhalten an bei:

- Essstörungen
- Tabakabhängigkeit
- Weiteren individuellen Risikofaktoren
- Medizinischer Einschränkungen der Leistungsfähigkeit
- Einschränkungen der körperlich-geistig-seelischen Ressourcen im Hinblick auf die bevorstehende Arbeitsaufnahme

Gesprächsangebote und Rückmeldungen bezüglich des Gesundheitsverhaltens bieten den Patienten alle Mitarbeiter des therapeutischen Teams, an erster Stelle sein Bezugstherapeut. Selbstschädigende Verhaltensweisen oder Vernachlässigung der eigenen Gesundheit werden mit dem Patienten angesprochen und reflektiert.

3.7.9 Hauswirtschaftliche Selbstversorgung

Bezüglich Ernährung und hauswirtschaftlicher Versorgung werden Selbstständigkeit, Eigenverantwortlichkeit und Selbstfürsorge trainiert. Die Selbstversorgung mit Einkaufen, Kochen, Spülen, Zimmerreinigung, Waschen und Bügeln obliegt dem Patient selbst. Anstelle von Vollverpflegung wird ein Verpflegungsgeld ausgezahlt. In der Aufnahmewoche gibt unsere hauswirtschaftliche Fachkraft eine Einführung in unsere Reinigungstechnik und Hygienestandards und bei Unsicherheiten zusätzliche hauswirtschaftliche Anleitung im Einzelsetting. Jeder Patient erhält auch hauswirtschaftliche Verantwortung für einen Teil der gemeinsam genutzten Wohnräume. Fürsorglicher Umgang mit sich selbst und der Einrichtung werden erwartet. Vernachlässigungen werden mit dem Patienten thematisiert und sind häufig schon frühe Hinweise auf beginnende Krisen. Die Teilung der Hausarbeit wird als soziales Lernfeld genutzt und in der sozialtherapeutischen Hauswirtschaftsgruppe wöchentlich thematisiert. Kochen erfolgt auf Initiative der Patienten meist nur in Einzelfällen gemeinsam oder arbeitsteilig, gegessen werden soll jedoch immer in der Küche um das soziale Miteinander zu fördern.

3.7.10 Angehörigenarbeit

Bei Bedarf werden Gespräche mit Angehörigen durchgeführt, um Konflikte auszuräumen und gemeinsam Strategien künftiger Lebensweisen zu erarbeiten. Unsere Angebote reichen von kurzen Absprachen und Telefonkonferenzen über psychosoziale oder sozialrechtliche Beratungen bis hin zu paar- oder familientherapeutischen Sitzungen. Die Kontakte erfolgen nur mit Einverständnis der Patienten und mit deren Beteiligung.

Ein weiteres wesentliches Element der Angehörigenarbeit sind private Kontakte an Wochenenden. Durch Heimfahrten können Beziehungen oder sogar das häusliche

Zusammenleben bereits vor Beendigung der stationären Maßnahme erprobt und geübt werden im Sinne von „Adaption“ an ein normales privates Leben. Sie sind ab der zweiten Woche jedes Wochenende möglich, soweit die Abstinenzstabilität dies erlaubt. Besuche in der Adaptionseinrichtung sind möglich während der Ausgangszeiten. Besuche über Nacht werden nach Rücksprache für die Kontaktpflege zu Kindern ermöglicht.

3.7.11 Rückfall- und Krisenmanagement

Krisen sind Situationen oder Entwicklungen, welche den Behandlungserfolg gefährden. Sie sind natürlicher Bestandteil jeder Behandlung und bergen in sich die konstruktive Chance, Schwachstellen und zukünftige Risiken schon während der Adaption zu erkennen und zu beheben (Körkel, 1988, 1991). Eine Behandlungskrise bedeutet häufig, dass der Patient Hilfestellung benötigt zur Umsetzung weiterer Behandlungsschritte und damit in der Reflexion der aktuellen Lebenssituation unterstützt werden muss. Unter diesen Voraussetzungen kann häufig ein Suchprozess ausgelöst werden, der den Patienten motiviert, seine Behandlung fortzusetzen, da es dann fast immer um eine neue Zielperspektive geht. Die häufigste Behandlungskrise ist der Suchtmittelrückfall. Um rückfälliges Verhalten konzeptionell angemessen zu verankern, bedarf es der Darstellung mehrerer Sichtweisen:

- Entsprechend der primären Rückfallprävention ist die **Aufrechterhaltung der Abstinenzfähigkeit** ein wesentliches Ziel. Dies bedeutet, dass die Fähigkeiten, die der Patient bereits in der stationären Rehabilitation erworben hat, im Rahmen der Adaptionsphase weiter ausgebaut und gesichert werden müssen. Auch der Umgang mit kritischen Situationen wie die Nichtübernahme in eine versicherungspflichtige Tätigkeit, hohe Frustration wegen erheblichen Problemen in der Umsetzung der Wohnsituation werden begleitet. Hierfür stehen dem Patienten Gruppengespräche und Einzelgespräche zur Verfügung. Auch kurzfristige Krisengespräche mit einem Mitarbeiter der Einrichtung haben sich bewährt.
- **Screeningmaßnahmen** und regelmäßige Kontrollen werden von den Patienten als notwendige Rückkopplungsmechanismen zur Aufrechterhaltung der Abstinenzfähigkeit erlebt. Durchgeführt werden Alkoholtests der Atemluft, Urinbestimmungen auf Ethylglucuronid und Drogenscreenings im Urin.
- Jeder **Suchtmittelrückfall** stellt eine Zäsur und eine kritische Reflexion des aktuellen Behandlungssettings dar. So müssen Patienten mit erheblicher Intoxikation vorübergehend zu einer Krisenintervention in die Psychiatrische Klinik verlegt werden, um dort stabilisiert zu werden. Sie kehren nach wenigen Tagen wieder zurück. Im weiteren Verlauf kommt es zu einer Rückfallanalyse und zu einer Festlegung weiterer Therapieschritte, wenn der Patient sich interessiert und motiviert für die Fortführung der Therapie zeigt.
Patienten, die von einem Suchtmittelrückfall im Rahmen einer Heimfahrt oder eines Ausgangs berichten oder bei denen durch ein Screeningverfahren ein Suchtmittelrückfall nachgewiesen wird, werden aufgefordert, sich kritisch mit der Situation auseinander zu setzen, ohne jedoch in die Psychiatrische Klinik verlegt zu werden. Auch mit diesen Patienten wird das weitere Vorgehen neu definiert und an die Vorkommnisse adaptiert.

- Im weiteren Verlauf geht es dann um eine erneute Stabilisierung und **Rückgewinnung der Abstinenzfähigkeit**, in der es den Patienten gelingt, ihre Behandlung angemessen und zielorientiert fortzusetzen. Eine zweiwöchige Probezeit ist Standard, um im weiteren Verlauf die engmaschigen Rückkopplungsmechanismen zu den Mitarbeitern der Einrichtung zu gewährleisten. Im günstigsten Fall erwirbt der Patient aus der Rückfallsituation heraus einen Erfahrungswert, den er fest in die weitere Therapie integriert und somit den Rückfall letztlich rückblickend als Chance wahrnehmen kann. Häufig gelingt es auch, aus der Rückfallsituation eine noch dichtere Beziehungsgestaltung zu dem Patienten aufzubauen, um gemeinsam an noch bestehenden Problemfeldern zu arbeiten. Aus der Rückfallsituation entsteht bei dem Patienten häufig rückblickend eine Selbsteinschätzung, die für Maßnahmen nach der Adaptionsphase eine realistischere Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung zulassen. Nicht selten gelingt es gerade diesen Patienten einen „Zwischenschritt“ zuzulassen, im Sinne der Akzeptanz des betreuten Einzelwohnens oder einer betreuten Wohngemeinschaft.

3.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

In der Adaption achten wir auf eine selbstständige Gesundheitsfürsorge. Dies bedeutet auch, dass die Patienten lernen, mit Krankschreibungen oder ärztlichen Behandlungen zunehmend selbstständig und angemessen umzugehen. Eine akute Erkrankung löst eine unmittelbare telefonische Krankmeldung an den Arbeitsanleiter im Arbeitspraktikum aus. Darüber hinaus erwarten wir, dass Patienten bereits am ersten Tag zum niedergelassenen Arzt gehen, um sich dort in Behandlung zu begeben. Das Team der Adaption achtet auf eine angemessene Umsetzung dieser Maßnahme.

4. Personelle Ausstattung und Therapieorganisation

Die fachliche Leitung der Adaptionseinrichtung ist Fachärztin für Psychiatrie/Psychotherapie und sozialmedizinisch qualifiziert. Sie steht dem Team zur Klärung diagnostischer und therapeutischer Fragen in der Vorgesprächs- und Aufnahmephase ebenso zur Verfügung, wie sie den Therapieverlauf mitsteuert und besonders in Krisensituationen einbezogen wird. Durch die Präsenz im Team und einer sechswöchigen Gruppenvisite ist die Leitung in den Behandlungsprozess integriert.

Der Arzt vor Ort ist Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Er führt die medizinische und sozialmedizinische Diagnostik durch und ist verantwortlich für die medizinische Diagnostik, Therapie und Gesundheitsberatung. Testpsychologische Untersuchungen führt der Psychologe/die Psychologin der Adaption durch, von der Ausbildung her ein Diplom-Psychologe/in bzw. MSc. Psychologe/in mit Approbation.

Die Leitung der Adaptionseinrichtung ist Diplom-Sozialarbeiter/in oder Sozialpädagoge/in mit suchttherapeutischer Zusatzqualifikation. Sie ist Mitglied im Qualitätszirkel der Adaptionseinrichtungen im „buss“ (Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.) in Kassel und ist Mitglied im Verbund von Beratungsstellen der Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu). Regional vertritt sie unsere Einrichtung in der AG Sucht, Bergstraße. Außerdem ist ein/e

weitere/r Sozialpädagoge/in alle sechs Wochen im Arbeitskreis „Regionalkonferenz Hessen Süd“ der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. tätig.

Ein/e Diplom-Sozialpädagoge/in in Teilzeit mit Schwerpunkt **Sozialdienst** erweitert das Team.

Insgesamt besteht das Team der Bezugstherapeuten derzeit aus drei Diplom-Sozialarbeiterinnen und –pädagoginnen und einem approbierten Psychologen in Teilzeit. Auf den aktuellen Personalstandsplan wird verwiesen.

Für hauswirtschaftliche Anleitung und Belange des Tagesablaufes im Adaptionshaus ist eine Hauswirtschafterin tätig. Eine beratende Hilfestellung beim Kochen und den notwendigen Reinigungsarbeiten ist gewährleistet.

Verwaltung und Sekretariat befinden sich, sowohl in der Adaptionseinrichtung als auch in der Klinik „Schloß Falkenhof“. Sie stehen für zentrale Dienstleistungen und Personalfragen zur Verfügung. Monatlich finden Team- und Organisationsbesprechungen zur Sicherstellung der Strukturqualität statt.

Ein Spätdienst (21:00 bis ca. 22:30 Uhr) ist eingerichtet, um das Einhalten der Ausgangszeiten ebenso zu gewährleisten wie die Umsetzung von Kontrollmaßnahmen.

Ein Dienstplan legt die stundenweise Anwesenheit der Bezugstherapeuten an den Wochenenden und Feiertagen fest. Während dieser Zeiten können Patienten Rückkopplungsgespräche ebenso führen wie vorher abgesprochene Angehörigengespräche stattfinden können.

Mit Beginn der Nachtruhe und an Wochenenden ist der in der Klinik „Schloß Falkenhof“ tätige Bereitschafts- und Hintergrunddienst für die Adaptionseinrichtung ständig erreichbar.

Feste Bestandteile der **Therapieorganisation** sind:

- Das **Dienstbuch** im Besprechungsraum der Mitarbeiter, das eine Informationshilfe für die Mitarbeiter in den unterschiedlichen Dienstzeiten (Tagdienst, Spätdienst und Wochenenddienst) darstellt
- Das **Ausgangsbuch**, in dem die Patienten ihre Abwesenheit und Rückkehr schriftlich dokumentieren müssen
- Wöchentliche **Teamsitzung**, in der aktuelle Problemstellungen, neu aufgenommene Patienten und Fallbesprechungen stattfinden
- 14tägige Rückkopplungsgespräche mit den Mitarbeitern des **Spätdienstes**
- Ein **diensthabender Mitarbeiter** für alle Werktage. Zu dessen Verantwortung gehört es, das Ausgangsbuch zu kontrollieren, UK-Auswertungen und -Versand zu organisieren, einen Rundgang durch alle Wohnbereiche durchzuführen und Auffälligkeiten entsprechend im Dienstbuch zu dokumentieren

Personelle Ausstattung und Therapieorganisation sind mit dem federführenden Leistungsträger abgestimmt.

5. Räumliche Gegebenheiten

5.1. Größe und Räumlichkeiten

Auf zwei Etagen des vierstöckigen Gebäudes stehen den Patienten insgesamt vierzehn Einzelzimmer zur Verfügung. Für Frauen gibt es einen separaten Bereich in der vierten Etage. Die Räumlichkeiten sind über einen Aufzug barrierefrei erreichbar.

Jede Etage verfügt über Wohnküche, Wohnzimmer und Bäder. Jede Patientin bzw. jeder Patient hat ein separates Fach im Küchenschrank zur Eigennutzung zur Verfügung. Im Hauswirtschaftsraum im vierten Stock befinden sich eine Waschmaschine, ein Wäschetrockner und eine Bügelstation. Zur Stellensuche, zur Bewerbung sowie zur Übung des Umgangs mit aktueller Anwendersoftware stehen den Patienten im dritten Stock ein kleines Netzwerk aus drei PCs mit Internetzugang, einem Scanner und einem Drucker zur Verfügung. Anleitung erfolgt durch die Bezugstherapeuten oder Mitpatienten.

Die Büroräume für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befinden sich auf denselben Etagen. Zusätzlich stehen zum Training der Verselbständigung oder in Einzelfällen zur zeitlich befristeten Überbrückung nach Entlassung weitere Einzelzimmer mit separatem Eingang im Erdgeschoss zur Verfügung.

5.2. Lage

Die Adaptionseinrichtung „An der Bergstraße“ befindet sich in zentraler Lage in der Kreisstadt des Landkreises Bergstraße in Heppenheim. Zu Fuß ist die Fußgängerzone der Innenstadt in fünf Minuten zu erreichen. Wesentliche Behörden, das Kreiskrankenhaus und die Vitos-Klinik mit psychiatrischer Ambulanz sind in maximal einer Viertelstunde erreichbar. Weitere Ämter befinden sich in Bensheim, in 4 km Entfernung. Zur Klinik „Schloß Falkenhof“ sind es 8 km. Im näheren Umfeld gibt es weitere Krankenhäuser und Spezialkliniken in Heidelberg und Darmstadt.

5.3. Verkehrsanbindung

Da sich der Bahnhof Heppenheim und die zentralen Bushaltstellen unmittelbar gegenüber der Adaptionseinrichtung befinden, kann die Verkehrsanbindung als optimal bezeichnet werden. So können von hier die umliegenden Städte, z.B. zur externen Arbeitserprobung und übergeordneten Ämter und Behörden problemlos aufgesucht werden.

Die Ballungsgebiete Main/Neckar (Mannheim, Ludwigshafen, Heidelberg) und Rhein/Main (Frankfurt, Wiesbaden, Mainz) sowie die Städte Lampertheim, Viernheim und Darmstadt können mit öffentlichen Verkehrsmitteln in 30-45 Minuten erreicht werden. Zusätzlich steht jedem Patient gegen eine Kautionszahlung ein Fahrrad zur Verfügung, die bei Rückgabe erstattet wird.

6. Kooperation mit zuweisenden Fachkliniken

Mit Beginn der Behandlung in unserer Einrichtung unterzeichnet der Patient eine Schweigepflichtentbindung die es uns erlaubt, mit wesentlichen Vorbehandlern Kontakt aufzunehmen. Wesentliche Informationen über die Einschätzung des Patienten entnehmen wir dem Adaptionantrag und dem ausführlichen Entlassungsbericht mit sozialmedizinischer Einschätzung der vorbehandelnden Klinik. Bei offenen Frage- und Problemstellungen erfolgt eine telefonische Rückkopplung mit dem dortigen Bezugstherapeuten oder dem medizinische Dienst der Klinik.

Durch eine erneute Schweigepflichtentbindung in der Entlassphase stellen wir sicher, dass die einweisende Klinik am Ende der Therapie eine Kurzinformation und einen ausführlichen Entlassungsbericht zugesandt bekommt.

Das Akquiseteam tagt zweimal pro Jahr, um Klinikbesuche in den einweisenden Fachkliniken festzulegen. Hierüber wird eine hausinterne Statistik geführt. Zu den Besuchen werden im Einzelfall aktuelle oder ehemalige Adaptionpatienten zur Verbesserung des Informationsaustausches in den dortigen Patientengruppen mitgenommen.

7. Qualitätssicherung, Supervision und Fortbildung

Jährlich wird ein **Qualitätsbericht** erstellt, der für Kooperationspartner und für Leistungsträger der Rentenversicherung, der Krankenversicherung und anderer Träger von Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX bestimmt ist und auch für andere Interessierte zur Verfügung steht. In diesem Qualitätsbericht werden Aussagen zur Behandlung von Suchtkranken gemacht, die einen Vergleich mit den Ergebnissen anderer Adaptionen ermöglichen.

Seit 2007 ist die Adaptionseinrichtung „An der Bergstraße“ nach DIN EN ISO 9001 und „deQus“ zertifiziert. Die **Zertifizierung** ist von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) im Sinne des Akkreditierungsverfahrens nach § 20 Absatz 2a SGB IX anerkannt.

Der hausinterne Lenkungskreis arbeitet vier- bis sechsmal im Jahr an der ständigen Verbesserung der Qualität, überwacht die Standards und sorgt für die Umsetzung der Qualitätsziele. Wichtige Standards für die **interne Qualitätssicherung** sind:

- Die Adaptionseinrichtung arbeitet im engen Verbund mit Partnern, regelmäßige Akquise wird umgesetzt
- Die Überleitung von der Entwöhnung in die Adaption wird reibungslos umgesetzt
- Die Integration in ein Praktikum erfolgt ab der dritten Adaptionswoche
- Die Überleitung in eigene Wohnung oder in betreute Wohnformen ist gesichert
- Ständige Überwachung der Inhalte und der Laufzeiten der Entlassungsberichte erfolgt

Zur kontinuierlichen Verbesserung werden die differenzierten **Berichte der Rentenversicherungsträger** zur Qualitätssicherung herangezogen. Die klinikeigene **Patientenbefragung** wird zur Verbesserung der Abläufe und ggf. nötigen Anpassungen an die sich verändernden Lebensbedingungen der Patienten genutzt. Wir nehmen an der bundesweiten Suchthilfestatistik und an der **Erhebung von Basisdaten und Katamnesen** nach den Vorgaben unseres Dachverband „buss“ teil und nutzen die Rückläufe hieraus für die kontinuierliche Überprüfung und Optimierung unserer Arbeit.

Darüber hinaus werden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für alle Mitarbeiter umgesetzt.

8. Notfallmanagement

In den Patientenzimmern und öffentlichen Räumen sind Verhaltensanweisungen für den Notfall ausgehängt. Über die Feuermelder, die in den Fluren der Einrichtung angebracht sind, besteht direkter Kontakt zur ortsansässigen Feuerwehr. Fluchtwege sind auf den Fluren beleuchtet gekennzeichnet und ausgeschildert. Jede Etage ist darüber hinaus mit Feuerlöscher und Brandschutzdecke ausgerichtet. Jeder Patient erhält am Aufnahmetag eine Einweisung.

Zweimal pro Jahr finden im Rahmen des ärztlichen Notfallmanagements ‚Erste-Hilfe-Kurse‘ statt.

Außerhalb der Dienstzeiten der Adaptionen Mitarbeiter besteht direkter Telefonkontakt zum diensthabenden Mitarbeiter der Klinik „Schloß Falkenhof“.

In psychiatrischen Krisen sind jederzeit Verlegungen in die Psychiatrische Klinik Heppenheim möglich.

9. Therapiedokumente

Dokument 1 Exemplarischer Wochenplan

Dokument 2 Hausordnung

Dokument 1:

Exemplarischer Wochenplan

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
vor 8 ⁰⁰	Aufstehen, Frühstück	Aufstehen, Frühstück	Aufstehen, Frühstück	Aufstehen, Frühstück	Aufstehen, Frühstück		
8 ⁰⁰	Haus- wirtschaft Arbeits- erprobung ¹	Haus- wirtschaft Arbeits- erprobung ¹	Haus- wirtschaft Arbeits- erprobung ¹ Facharzt- sprechstd. n. V. zw. 7 ⁴⁵ und 13 ³⁰	Haus- wirtschaft Arbeits- erprobung ¹	Haus- wirtschaft Arbeits- erprobung ¹	Wohnungs- suche/ Zimmer- reinigung/ Einkäufe	freie Gestaltung
13 ⁰⁰	Arbeits- erprobung	Arbeits- erprobung	Arbeits- erprobung	Arbeits- erprobung Bilanz- gespräche ² zw. 12 ³⁰ und 16 ⁴⁵	Arbeits- erprobung	freie Gestaltung	freie Gestaltung
17 ⁰⁰	Gruppe ⁴ bei Bedarf 17 ¹⁵ – 18 ⁴⁵	Hauswirt- schaft in der Gruppe 17 ⁰⁰ - 18 ⁰⁰ wöchentlich		Gruppen- therapie 17 ¹⁵ - 18 ⁴⁵ wöchentlich (6 wöchig mit leitend. Arzt)	Gruppe 16 ⁰⁰ - 17 ⁰⁰ 14-tägig siehe Aushang!		
18 ³⁰		Selbsthilfe- Gruppe 18 ³⁰ - 20 ⁰⁰ 14-tägig siehe Aushang!					
21 ³⁰	Rundgang des Spätdienstes 21 ⁰⁰ bis 22 ³⁰						
21 ³⁰	Rückkehr nach Heimfahrt 21³⁰						
22 ⁰⁰	Ausgang bis 22 ⁰⁰					Ausgang ³ bis 23 ³⁰	Ausgang bis 22 ⁰⁰

Einzelgespräche und Bilanzgespräche mit Vorgesetzten werden individuell vereinbart.

- 1 In der Regel externes Praktikum ab der zweiten Woche (Bewerbungsunterlagen/
Zeugnisse mitbringen)**
- 2 In Anwesenheit des Patienten, des Facharztes und des/r Bezugstherapeuten/in**
- 3 Ab 4. Woche nach Rücksprache 14-tägig „Open-end“ möglich**
- 4 Eine zusätzliche Gruppe, z. B. bei Rückfall o.ä. findet bei Bedarf am Mo. statt.**

Ihr Adaptionsteam

Dokument 2:

Hausordnung / allgemeine Informationen

Das vorliegende Informationsblatt ist als eine Hilfestellung gedacht, um das Zusammenleben in dieser Gemeinschaft zu überblicken. Mit den aufgestellten Regeln haben wir Interesse, einen Rahmen zu schaffen, der uns im gemeinsamen Umgang Sicherheit und Klarheit verschafft.

Die Adaption versteht sich als **suchtmittelfreie Einrichtung**. Dies gilt für Alkohol, Drogen und Medikamente, die nicht von einem Arzt verordnet wurden. Zu unserer Sicherheit behalten wir uns Alkohol- und/oder Urinkontrollen vor.

Was das **Rauchen** angeht, ist dieses nur im Wohnzimmer 4. OG oder auf den Balkons im 3. + 4. OG möglich. Sämtliche andere Räumlichkeiten gelten als **rauchfreie** Bereiche.

Um einen Überblick darüber zu haben, wer an- oder abwesend ist, tragen Sie bitte Ausgänge und Rückkehr in das Ausgangsbuch ein.

Eine allgemeine **Nachtruhe** ist von 23⁰⁰ Uhr bis 6⁰⁰ Uhr früh vorgesehen.

Ihnen steht ein **Einzelzimmer** zur Verfügung. Sie dürfen Handy, Kassettenrekorder, Videogerät, PC, auch ein Fernsehgerät und Radio mitbringen, die Sie allerdings bei der GEZ anmelden müssen. Im PC-Raum stehen Ihnen mehrere PC's mit Surfstation zur Verfügung.

Eine Mitbeteiligung von Ihnen an der Reinigung und Pflege unserer **Gemeinschaftsräume** wird erwartet.

Für das Waschen Ihrer **Wäsche** steht Ihnen ein eingerichteter Waschraum mit Waschmaschine und Trockner zur Verfügung.

Es stehen genügend **Fahrräder** zum Ausleihen, zur Verfügung. Natürlich können Sie auch Ihr eigenes Fahrrad mitbringen, für das wir keine Haftung bei Verlust oder Beschädigung übernehmen können.

Beachten Sie bitte, dass **Tiere** in der Adaptionseinrichtung weder gehalten noch mitgebracht werden dürfen.

Der eigene **Pkw** oder **Motorrad** kann nach Rücksprache mitgebracht werden.

In **Notfallsituationen** wenden Sie sich bitte sofort an den diensthabenden Mitarbeiter in der Adaption oder telefonisch an die Klinik Schloß Falkenhof, die Sie jederzeit mit dem Telefon im Flur gebührenfrei unter der Nummer **06251/102-0** anrufen können.

Bei **Rauchentwicklung oder Feuer** erwarten wir die sofortige Umsetzung der ausgehängten Sicherheitsbestimmungen (an jeder Infotafel und in jedem Patientenzimmer).

Sollten Sie weitere Informationen benötigen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Wir wünschen Ihnen einen erfolgreichen Aufenthalt.

Ihr Adaptionsteam

10. Literaturverzeichnis

AMANN, Klaus, 2012: *ICF in der Suchttherapie. Die Entwicklung eines ‚Core Sets Sucht‘*, in: KONTUREN 6-2012, SS. 22–24

BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V., Hrsg.), 2008: *ICF - Praxisleitfaden 2 Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen*, Frankfurt a. M.

BAR , 2009: *Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX*, Frankfurt a. M., 01.10.2009

BAUER, Joachim, 2005: *Warum ich fühle was du fühlst - Das Geheimnis der Spiegelneurone*, Hoffmann und Campe, Hamburg

BAUER, Joachim, 2015: *Selbststeuerung - Die Wiederentdeckung des freien Willens*, Karl Blessing Verlag, München

BECK A. et al., 2012: *Bessere Versorgung von Suchtkranken – was die Neurowissenschaften beitragen*, Ärztliches Journal Neurologie/Psychiatrie 3, SS. 48-50

BECK, Peter, 2008: *Konzeptionelle Überlegungen zur Anwendungsrelevanz von neuen Erkenntnissen der Neurobiologie bei Suchtprozessen*, unveröffentlichtes Manuskript in der ganztagsambulanten Behandlung Suchtkranker, Fachklinik „Am Birkenweg“, Darmstadt

BERGER, Hartmut; FRIEDRICH, Jürgen; GUNIA, Hans, 2004: *Psychoedukative Familienintervention. Manual zu Grundlagen und Praxis*, Schattauer, Stuttgart

BILKE-HENTSCH, Oliver; WÖLFLING, Klaus; BATRA, Anil (Hrsg.), 2014: *Praxisbuch Verhaltenssucht: Symptomatik, Diagnostik und Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*, Thieme, Stuttgart 2014

BÖNING, Jobst, 2000: *Warum muss es ein „Suchtgedächtnis“ geben? Klinische Empirie und neurologische Argumente*, Sucht 40, Hans Huber (Hogreve), Göttingen, SS. 281-283

BREUER, Marcus, 2015: *ICF in der Suchttherapie*, Blog auf der Internetseite der Deutscher Orden Ordenswerke, URL: <http://blog.ordenswerke.de/icf-in-der-suchttherapie>, München, veröffentlicht: 5. Februar 2015

BOWEN, Sarah; CHAWLA, Neha; MARLATT, G. Alan; LINDENMEYER, Johannes (Einleitung); MUNDLE, Goetz (Einleitung), HILDEBRANDT, Angelika (Übersetzerin), 2012: *Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit: Das MBRP-Programm*, Beltz, Weinheim

DE SHAZER, Steve; HOFMEISTER, Sally und Bernd (Übersetzer), 2015: *Der Dreh: Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*, Carl Auer Verlag, Heidelberg, 13. unveränd. Auflage

DEUTSCHER CARITASVERBAND E.V. (Hrsg.), 1997: *Leitbild des Deutschen Caritasverbandes*, Freiburg, 6. Mai 1997 beschlossen durch den Zentralrat des Deutschen Caritasverbandes in Limburg

DILLING, Horst; MOMBOUR, Werner; SCHMIDT, Martin H. (Hrsg.); WHO - World Health Organization WHO Press, Ian Coltart, 2015: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) - Klinisch-diagnostische Leitlinien*, Bern

DIMDI, 2005: *ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*, Stand Oktober 2005, Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen World Health Organization, Genf

DIMDI, 2015: *ICD-10-GM, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*, 10. Revision, - German Modification -, Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Version 2016, Stand: 25.09.2015, www.dimdi.de > Klassifikationen > Terminologien > Standards > ICD-10-GM

DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund), 2001: *Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“*, Berlin, 04.05.2001

DRV, 2007: *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*, Berlin

DRV, 2010: *Peer Review: Psychosomatik und Sucht, Checkliste und Manual der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale*, Berlin

DRV, 2011a: *Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit*, 01.01.2011, www.deutsche-rentenversicherung.de > Infos für Experten > Sozialmedizin & Forschung > Reha-Qualitätssicherung > Reha-Therapiestandards > Aktuelle Reha-Therapiestandards > Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

DRV (Hrsg.), 2011b: *Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung*, Springer, Heidelberg, 7. Auflage, 12. August 2011

DRV, 2011c: *Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23. September 2011*, www.deutsche-rentenversicherung.de > Infos für Experten > Sozialmedizin & Forschung > Reha-Konzepte > Konzepte > Rahmenkonzepte

DRV, 2012a: *Arbeitshilfe für die Gliederungsstruktur von Rehabilitationskonzepten im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen**, Stand Februar 2012, www.deutsche-rentenversicherung.de > Infos für Experten > Sozialmedizin & Forschung > Reha-Konzepte > Konzepte > Sucht-Rehabilitation

DRV, 2012b: *Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung*, Stand: August 2012, www.deutsche-rentenversicherung.de > Infos für Experten > Sozialmedizin & Forschung > Reha-Konzepte > Konzepte > Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)

DRV, 2014a: *Strukturqualität von RehaEinrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung*, 2. Auflage, Berlin, Juli 2014,, www.deutsche-rentenversicherung.de

bund.de > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Reha-Qualitätssicherung > Strukturqualität

DRV, 2014b: *Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014, erarbeitet von der gemeinsamen Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA)*, Online-Publikation, www.deutsche-rentenversicherung.de > Infos für Experten > Sozialmedizin & Forschung > Reha-Konzepte > Konzepte > Sucht-Rehabilitation

DRV, 2014c: *KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen, Ausgabe 2015*, Berlin

DRV, 2015: Glattacker, Manuela; Dibbelt, Susanne; et al., *Arbeitsbuch Reha-Ziele – Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation*, Berlin, 03/2015

ERMANN, Michael, 2007: *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage*, Kohlhammer, Stuttgart, 5. überarbeitete Auflage

FALKAI, Peter; WITTCHEN, Hans-Ulrich; RIEF, Winfried; SASS, Henning; ZAUDIG, Michael (Hrsg.), 2014: *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen - DSM-5*, von American Psychiatric Association, Hogrefe, Göttingen

FISCHER, Hans Rudi; RETZER, Arnold; SCHWEITZER, Jochen (Vorwort, Hrsg.), 1992: *Systemische Praxis und Postmoderne*, Suhrkamp, Berlin

GRAWE, Klaus; DONATI, Ruth; BERNAUER, Friederike Bernauer, 1994: *Psychotherapie im Wandel*, Hogrefe, Göttingen, 5. Auflage

GRAWE, Klaus, 1998: *„Psychologische Psychotherapie“*, Hogrefe, Göttingen

GRAWE, Klaus, 2004: *Neuropsychotherapie*, Hogrefe, Göttingen

HEINZ, Andreas; BATRA, Anil; SCHERBAUM, Norbert Scherbaum; GOUZOULIS-MAYFRANK, Euphrosyne, 2012: *Neurobiologie der Abhängigkeit: Grundlagen und Konsequenzen für Diagnose und Therapie von Suchterkrankungen*, Kohlhammer, Stuttgart

HENKEL, Dieter; ZEMLIN, Uwe (Hrsg.), 2009: *Arbeitslosigkeit und Sucht: Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis*, Fachhochschulverlag Frankfurt a.M.

HINSCH, Rüdiger; PFINGSTEN, Ulrich, 2015: *Gruppentraining sozialer Kompetenzen, GSK Grundlagen, Durchführung, Materialien für die klinische Praxis*, 5. Auflage, Beltz, Weinheim, 6. überarbeitete Auflage

JUNG, Carl Gustav, 1995: *Die transzendente Funktion*. Vorwort. In: *Die Dynamik des Unbewußten. Gesammelte Werke. Band 8*, Walter-Verlag, Düsseldorf 1995, Sonderausgabe, Band 8

KANFER, Frederick H.; REINECKER, Hans; SCHMELZER, Dieter Schmelzer, 2011: *Selbstmanagementtherapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*, Springer, Heidelberg, 3. Auflage

KERNBERG, Otto F.; DULZ, Birger; SACHSSE, Ulrich (Hrsg.); THOMASHOFF, Hans-Otto (Übersetzer), 2004: *Handbuch der Borderline-Störungen*, Schattauer, Stuttgart

KERNBERG, Otto F.; STEINMETZ-SCHÜNEMANN, Helga (Übersetzer), 2006: *Schwere Persönlichkeitsstörung: Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*, Klett-Cotta, Stuttgart, 7. Auflage

KERNBERG, Otto F.; SCHULTZ, Hermann (Übersetzer), 2009: *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*, Suhrkamp, Berlin, 17. Auflage

KIM BERG, Insoo; Miller, Scott D., 2000: *Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz*, Carl-Auer-Systeme, Heidelberg

KLEIN, Michael, 2010: *Suchtkranke Eltern – was bedeutet dies für die Kinder?*, Vortrag und Diskussion, Caritas Innsbruck, März 2010

KLEIN, Michael; MOESGEN, Diana; BRÖNING, Sonja; THOMASIUS, Rainer, 2013: *Kinder aus suchtblasteten Familien stärken: Das "Trampolin"-Programm*, Hogrefe, Göttingen

KÖRKEL, Joachim (Hrsg.), 1988: *Der Rückfall des Suchtkranken: Flucht in die Sucht?*, Springer, Heidelberg

KÖRKEL, Joachim, 1991: *Praxis der Rückfallbehandlung*, Blaukreuzverlag, Wuppertal

KÖRKEL, Joachim; SCHINDLER, Christine, 2003: *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.*, Springer, Heidelberg

KLEIN, Rudolf, 2002: *Berauschte Sehnsucht - Zur ambulanten systemischen Therapie süchtigen Trinkens*, Carl-Auer, Heidelberg

KRAUSE, Johanna; KRAUSE, Klaus-Henning; TRESS, Wolfgang (Vorwort), 2013: *ADHS im Erwachsenenalter: Symptome, Differentialdiagnose, Therapie*, 4. überarb. Auflage, Schattauer, Stuttgart

LINDENMEYER, Johannes, 2005: *Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie*, Hogrefe, Göttingen, 2. überarb. Auflage

LÜDECKE, Christel; SACHSSE, Ulrich; FAURE, Hendrik, 2010: *Sucht-, Bindungs-, Trauma Psychotherapie von Sucht- und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext*, Schattauer, Stuttgart

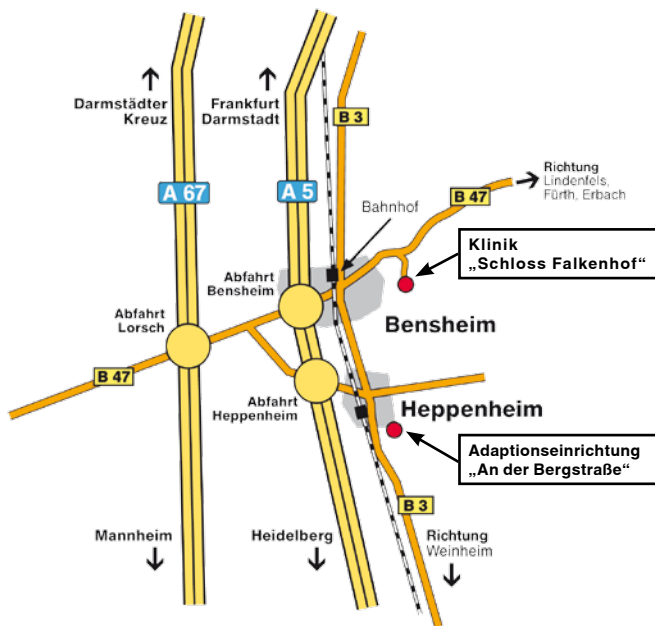
MENTZOS, Stavros, 2011: *Lehrbuch der Psychodynamik*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 5. Auflage

NIEDERSÄCHSISCHES MINISTERIUM FÜR SOZIALES, FRAUEN, FAMILIE UND GESUNDHEIT (Hrsg.), 2008: *Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und –prävention*, In: *Berichte zur Suchtkrankenhilfe*, 18. Niedersächsische Suchtkonferenz, Hannover, 09.2008, URL: <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/suchtbroschuere2008web.pdf>, letzter Zugriff: 03.12.15

OHLMEIER, Martin D., 2007: *Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und komorbide Suchterkrankungen bei Jugendlichen und Erwachsenen*, in: Möller, Christoph (Hrsg.): *Drogenmissbrauch im Jugendalter, Ursachen und Auswirkungen*, Vandenhoeck, Ruprecht, Göttingen (SS. 187-200)

OHLMEIER, Martin D.; Roy, Mandy, 2012: *ADHS bei Erwachsenen - ein Leben in Extremen: Ein Praxisbuch für Therapeuten und Betroffene*, Kohlhammer, Stuttgart

- OSTERHOLD, Gisela; MOLTER, Haja (Hrsg.), 1992: *Systemische Suchttherapie, Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext*, Asanger, Heidelberg
- REDDEMANN, Luise, 2004: *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT - das Manual Broschiert*, Stuttgart
- ROBERT KOCH INSTITUT, 2014: *Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland*, Reihe: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin
- SCHMID, Carlo, 2006: *Arbeitslosigkeit führt in die Sucht*, im Caritas-Jahrbuch des Deutschen Caritasverbandes (S. 261-271), Hofmann, Emmendingen
- SCHMID, Carlo; REICHEL, Markus; HEBRANK, Ursula, SCHÖN, Karl-Heinz, 2014: *Rehabilitationskonzept Klinik „Schloß Falkenhof“, Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen*, Heppenheim, Mai 2014
- SCHMIDT, Gunther, 1992: *Sucht - "Krankheit" und/oder Such(t) – Kompetenz*, in: RICHELSHAGEN, Kordula: *Süchte und Systeme*, Lambertus-Verlag, Freiburg
- SCHÖN, Karl Heinz, 2014, *Qualitätsberichte, Klinik „Schloß Falkenhof“*, Caritasverband Darmstadt e. V.
- SUCHTHILFEVERBUND, 2012: *Leitbild des Suchthilfeverbandes der Caritasverbände in Hessen*, Darmstadt
- VON SCHLIPPE, Arist; SCHWEITZER, Jochen, 2013: *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I: Das Grundlagenwissen*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2. Auflage
- WHO, 2010: *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule, WHODAS 2.0*, T. B. Ustun, N. Kostanjsek, S. Chatterji (Herausgeber), WHO, 30. April 2010
- WHO, 2013: *How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment*, October 2013, Genf
- WEISS, Thomas; HAERTEL-WEISS, Gabriele, 1991: *Familientherapie ohne Familie*, Piper, München
- YALOM, Irvin D., 1989: *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie, Ein Lehrbuch*, Pfeifer, München
- YALOM, Irvin D.; ZELIDKO, Gabriele (Übersetzer), 2005: *Im Hier und Jetzt: Richtlinien der Gruppenpsychotherapie Taschenbuch*, btb, München



So erreichen Sie uns

Von der Autobahn A 5 nehmen Sie die Ausfahrt Heppenheim. Von der Autobahn A 67 nehmen Sie die Ausfahrt Lorsch. Fahren Sie von hier in Richtung Heppenheim, Stadtmitte. Danach folgen Sie bitte dem Wegweiser zum Bahnhof. Schräg gegenüber des Bahnhofs liegt die Adaptionseinrichtung.

Heppenheim ist gut an das Verkehrsnetz der Deutsche Bahn angebunden. Größere Städte wie Mannheim, Ludwigshafen, Heidelberg, Darmstadt, Frankfurt, Wiesbaden, Mainz und Worms sind in weniger als einer Stunde zu erreichen.

Adaptionseinrichtung

„An der Bergstraße“

Kalterer Straße 3A, 64646 Heppenheim
 Telefon 06252 9324-0
 Fax 06252 932424
 E-Mail adaption@caritas-bergstrasse.de
 Internet www.adaption-heppenheim.de

Anmeldung/Sekretariat: Gabriele Gerhard
 Telefon 06252 9324-0

Aufnahme: Petra Vettel
 Telefon 06252 932421
 E-Mail p.vettel@caritas-bergstrasse.de

Leitung der Adaptionseinrichtung

Ärztliche Leitung:
 Dr. med. Ursula Hebrank
 Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
 - Ärztl. Qualitätsmanagement -

Träger: Caritasverband Darmstadt e. V.
 Heinrichstraße 32A, 64283 Darmstadt
 Internet www.caritas-darmstadt.de

Mitglied im Suchthilfeverbund der Caritasverbände in Hessen



Gabriele Gerhard