



Therapiezentrum

Psychose und Sucht Hamburg
(TPS)

Eine Einrichtung der
gemeinnützigen auxiliar Gesellschaft mbH

Die Einrichtung:

Das Therapiezentrum Psychose und Sucht (TPS) ist eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation. Kostenträger sind die Rentenversicherungsträger sowie nachrangig die Krankenkassen.

Träger ist die auxiliar GmbH, eine Gesellschaft der Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll.

- Die Behandlungszeit beträgt 12 Monate.
- Die Einrichtung umfasst 25 Behandlungsplätze, die sich in drei Therapiegruppen gliedern.
- Die KlientInnen sind ausschließlich in Einzelzimmern mit eigenem Sanitärbereich untergebracht.

Personenkreis:

Das TPS nimmt KlientInnen auf, deren Krankheitsbild sowohl eine schizophrene oder affektive Psychose als auch einen Suchtmittelmissbrauch oder eine Suchtmittelabhängigkeit beinhaltet. Auch dann ist die Indikation für eine Behandlung im Therapiezentrum Psychose und Sucht gegeben, wenn im Querschnittsbild noch keine sichere Abgrenzung zwischen drogeninduzierter und endogener Psychose möglich ist oder eine Persönlichkeitsstörung mit nicht unerheblichem psychiatrischem Erleben vorliegt.

Die Art des bisher konsumierten Suchtmittels umfasst Alkohol sowie alle Drogen aus dem legalen und illegalen Bereich. Eine Substitutionsbehandlung im Haus ist nicht möglich.

- Das Mindestalter beträgt in der Regel 18 Jahre.

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

Behandlungsziele:

Ziel der Behandlung ist es, die KlientInnen bezüglich der Psychose und ihrer Suchterkrankung soweit zu rehabilitieren, dass sie ihr Leben wieder möglichst selbstverantwortlich gestalten können. Häufig ist dazu für einen längeren Zeitraum eine Nachsorgebehandlung notwendig.

Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass bei einigen KlientInnen aufgrund der Schwere und der langen Dauer der Erkrankung der Zeitraum von 12 Monaten zu kurz bemessen ist, um sie nach Ablauf der Kostenübernahme in eine eigene Wohnung entlassen zu können. In diesen Fällen muss insbesondere die Suchterkrankung soweit entaktualisiert werden, dass eine Verlegung in eine psychiatrische Komplementäreinrichtung zur weiteren Stabilisierung möglich ist.

Leistungsangebot:

Die Betreuung erfolgt im Rahmen eines Bezugstherapeutesystems mit einem Schlüssel von 1 : 3. Die BezugstherapeutInnen arbeiten im Schichtdienst (Früh-, Tages- und Spätdienst) inkl. Wochenende. Dauernachtwachen stellen in nächtlichen Krisensituationen eine Akutversorgung sicher.

Die Behandlung umfasst u. a.:

- Fachärztliche psychiatrische Behandlung
- psychotherapeutische Einzelgespräche
- Gesprächsgruppen (psychotherapeutisch, psychoedukativ, suchtedukativ)
- Ergotherapie
- Arbeitstherapie (Holzwerkstatt, Arbeit mit Textilien, Computertraining)
- Sport-, Bewegungs- und Entspannungstherapie
- Suchtakupunktur
- Gruppentraining sozialer Kompetenzen
- Angstbewältigungsgruppe
- Musik- und Kunsttherapie
- Ernährungslehre

Es finden regelmäßige Hausvollversammlungen statt. Im Rahmen der Gruppenaktivitäten sowie am Wochenende werden Ausflüge in die Umgebung organisiert. Im Haus stehen verschiedene Möglichkeiten der Freizeitgestaltung zur Verfügung, z. B. Sport und Fitness, Musikinstrumente, Fotolabor.

Jede Therapiegruppe 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 für jeden Klienten erlaubt es aber, dass zum einen zur Vermeidung von Überforde-

rung eine zeitweilige Befreiung von einzelnen Programmpunkten möglich ist, und zum anderen im Verlauf die Behandlung durch zusätzliche Angebote und Anforderungen erweitert wird. Letzteres gilt vor allem im Hinblick auf die Frage der beruflichen Wiedereingliederung. Im Rahmen der Arbeitstherapie findet in der Regel in der zweiten Therapiehälfte ein mehrwöchiges externes Praktikum zur Belastungsproberprobung statt.

Wo es sinnvoll und möglich ist, werden die Familien der KlientInnen in den therapeutischen Prozess mit einbezogen.

Wochenplan (exemplarisch)					
Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.30 Uhr	Früh sport				
8.45 - 9.15	Früh st ü c k				
9.30 Uhr - 10.30 Uhr	Ernährungslehre	Einzelgespräch	Arbeitstherapie	Psychoedukative Gruppe	Suchtgruppe
11.00 Uhr - 12.00 Uhr	Beschäftigungstherapie	Psychotherapie-Gruppe	Gruppengespräch	Einkauf// Einzelgespräch	Sport I: (10.40-12.00) Sport II: (11.20-12.45)
Mittagessen/ -ruhe	Ärztl. Sprechstunde 11.30 - 13.30	Kochgruppe 12.00 - 13.15		Kognitionstraining 12.15 - 13.15	Küchenputz
			Vollversammlung alle 14 Tage 14.00	Kulturpäd. Angebot 13.30 - 15.30	
15.30 Uhr - 16.30 Uhr	Arbeitstherapie	Arbeitstherapie// Sport III (14.30 - 15.50)	Bewegungstherapie 15.15 - 16.15	Entspannungstraining 15.45 - 16.30	Zimmerputz
16.45 Uhr	Abschlußrunde	Abschlußrunde	Abschlußrunde: 16.15	Abschlußrunde	Abschlußrunde
	Ausgang/Freizeit	Ausgang/Freizeit	Musiktherapie 16.45 - 18.15	Ausgang/Freizeit	Ausgang/Freizeit





Therapeutische Struktur:

Die KlientInnen leben in therapeutischen Gemeinschaften, die 7 bzw. 9 Personen umfassen und jeweils über eine eigene Küche und einen großen Wohn-/Essraum verfügen. In den Gruppen wird eine unterstützte Selbstversorgung praktiziert, um einerseits alltagspraktische Fertigkeiten zu trainieren und andererseits das soziale Lernen durch das Einüben konstruktiver Auseinandersetzungen und die Übernahme von Verantwortung zu fördern. In den ersten 24 Tagen nach Aufnahme besteht eine Ausgangs- und Kontaktsperre, um einen Schnitt zur bisherigen Lebensführung deutlich zu machen und die Aufmerksamkeit auf die therapeutische Situation mit ihren grundlegenden Bedingungen zu konzentrieren.

Zunächst sollen die KlientInnen 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 Bewältigungsstrategien entwickeln zu können. Ziel ist es, dass die KlientInnen neben einer grundsätzlichen Krankheitseinsicht eine gute Selbstwahrnehmung entwickeln, die befähigt, persönliche Frühwarnsignale wahrzunehmen und sich entsprechende Hilfe zu holen.

Entscheidend für den therapeutischen Prozess ist, dass es gelingt, die bisher zur Konfliktbewältigung und Symptomreduktion eingesetzten Suchtmittel durch nichtstoffliche Mittel, nämlich tragfähige Beziehungen insbesondere zu Therapeuten und Mitklienten, 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 (Antriebs- und Konzentrationsdefizite, autistischer Rück-

zug, Anhedonie, Affektverflachung) werden durch den strukturierten Tagesablauf und besonders durch die Ergotherapie schrittweise reduziert, so dass Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit allmählich gesteigert werden können.

Nach ca. 6 Monaten beginnt die Phase der Neuorientierung und der Entwicklung neuer Lebenskonzepte für die Zeit nach der Therapie. Die KlientInnen müssen zu grundsätzlichen Entscheidungen hinsichtlich der Bereiche Wohnen, beruflicher Wiedereingliederung und Freizeitgestaltung kommen, damit in der verbleibenden Therapiezeit die entsprechenden Vorbereitungen wie Wohnungssuche, Praktikum und Aufbau von sozialen Kontakten eingeleitet werden können. Die Beschränkungen der Freizügigkeit werden nun allmählich vermindert und den KlientInnen wird zunehmend mehr Selbstverantwortung übertragen, wodurch aber auch Krisen und Rückfälle als Überforderungsreaktionen hervorgerufen werden können.

Bei akuten psychotischen Krisen, die nicht mehr im Therapiezentrum aufgefangen werden können (z.B. bei starker Suizidalität), erfolgt eine Verlegung in die I. Psychiatrische Abteilung des Asklepios Klinikums Nord, Ochsenzoll zur Krisenintervention, bis die Weiterbehandlung im TPS wieder möglich ist.

Um Suchtmittelrückfälle festzustellen, werden regelmäßig Drogen-Screenings, Alkoholkontrollen und auch Zimmerkontrollen durchgeführt. Rückfälle werden in Einzel und Gruppengesprächen thematisiert und bearbeitet. Verweigert sich der Klient jedoch hartnäckig dieser kritischen Auseinandersetzung, führt dies zur Entlassung, da die grundsätzliche Bereitschaft zur Abstinenz Basis für ein therapeutisches Arbeiten ist.

Bei einem Therapieabbruch wird den KlientInnen in der Regel eine Frist von 2 Tagen eingeräumt, innerhalb der sie diese Entscheidung revidieren und die Therapie unter bestimmten Umständen wieder fortsetzen können.



Personal:

Das Behandlungsteam besteht aus Mitgliedern verschiedener Berufsgruppen (Psychologen, Pädagogen, Sozialpädagogen, Suchttherapeuten, Ergotherapeuten). Die fachärztliche Behandlung erfolgt durch Ärztinnen für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie vor Ort. Die Einrichtung wird von einer Fachärztin geleitet.

Neben den täglichen Teambesprechungen finden regelmäßige Team-Supervisionen statt. Möglichkeiten zur Fortbildung werden innerhalb und außerhalb der Gesellschaften der Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll genutzt.

Informationsveranstaltung:

Für interessierte PatientInnen, Angehörige, Betreuer etc. findet 14tägig eine offene Informationsveranstaltung statt, in der über Inhalte und Rahmenbedingungen der Therapie Auskunft gegeben wird.

Aufnahmeverfahren:

Damit eine Bewerbung für einen Therapieplatz bearbeitet werden kann, benötigt die Einrichtung einen aktuellen ausführlichen psychiatrischen Arztbrief und einen aktuellen Sozialbericht, sowie eine formlose

Bewerbung. Sobald diese Unterlagen eingegangen sind, wird ein Termin für ein persönliches Vorstellungsgespräch vereinbart. Unmittelbar danach wird die Entscheidung des Aufnahmeausschusses den BewerberInnen schriftlich mitgeteilt.

In der Wartezeit bis zur Aufnahme findet 14tägig eine Vorbereitungsgruppe statt. Die Teilnahme daran ist für die KlientInnen aus Hamburg und Umgebung verbindlich. Auswärtige KlientInnen erhalten die Auflage, Tagesprotokolle zu führen, die sie wöchentlich an das TPS senden.

Bei einer körperlichen Abhängigkeit von einem Suchtmittel muss vor der Aufnahme eine Entgiftung durchgeführt werden. Ein Entgiftungsplatz wird auch kurzfristig durch das TPS im Asklepios Klinikum Nord, Ochsenzoll sichergestellt.

Schlussbemerkung:

Unsere Katamneseergebnisse zeigen, dass mehr als 50 % der aufgenommenen Klienten die Maßnahme regulär beenden. Von diesen erfolgreich abschließenden Klienten entwickeln auch noch bis zu 10 Jahre später 65 % keine erneute Suchtproblematik, 62 % mussten nicht wieder stationär psychiatrisch behandelt werden.

Kurze Zusammenfassung konzeptioneller Überlegungen zum Thema der Komorbidität Psychose und Sucht als Grundlage für die Entstehung und das therapeutische Arbeiten des Therapiezentrums Psychose und Sucht

Das Problem der Doppeldiagnosen, bestehend aus einer psychotischen Erkrankung und einer Suchtmittelabhängigkeit oder eines Suchtmittelabusus, hat in den vergangenen Jahren immer wieder zu Hilflosigkeit im Umgang mit diesen Patienten bei allen beteiligten Institutionen geführt.

Patienten, die sowohl eine psychotische Symptomatik als auch eine Drogenabhängigkeit aufwiesen, konnte keine entsprechende langfristige Therapie angeboten werden. Die psychiatrischen, rehabilitativen Übergangwohnheime lehnten diese Patienten aufgrund ihrer Drogenproblematik ab, die stationären Drogentherapieeinrichtungen ihrerseits nahmen keine Patienten mit einer zusätzlich bestehenden Psychose auf.

Durch die verfeinerte Diagnostik bezüglich dieser Komorbidität und durch die aufkommenden sozialpsychiatrischen Ansätze, die eine Öffnung gerade der Langzeitkrankenhäuser bewirkten und damit zu einem Verlust der Abschirmung der chronisch psychotischen Patienten auch bezüglich Drogen führten, erhöhte sich die Patientenzahl derer, bei denen eine Doppeldiagnose beschrieben wurde, ständig. In diesem Zusammenhang wurde die theoretische Auseinandersetzung über die Hintergründe der Komorbidität Psychose und Sucht mit sich daraus ergebenden Konsequenzen für den praktisch therapeutischen Bereich unumgänglich.

Grundlage für die Beschäftigung mit der Doppelproblematik ist einerseits ein Wissen um die die Psychose verstärkende Wirkung der verschiedenen Suchtmittel und die differentialdiagnostische Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen aufgrund von Suchtmittelmissbrauch, wie Nachhallzustände (Flashbacks) und Horrortrips (Intoxikationen), und das Wissen um

die inhaltliche Ausgestaltung der verschiedenen Psychoseformen andererseits.

Versucht man, die Entstehung einer Doppelproblematik in vereinfachter Form aufzuzeigen, so kann es sein, dass süchtige Patienten unter dem Konsum von Suchtmitteln oder auch während des Entzuges eine Psychose bekommen. Diese psychotische Episode kann ein einmaliges Ereignis bleiben, wenn die weitere Drogenzufuhr unterbrochen wird. Die bisher dafür gebräuchliche Bezeichnung war die einer sogenannten exogenen Psychose. Der Suchtmittelmissbrauch kann jedoch bei einem Menschen mit entsprechender Disposition (Veranlagung) dazu führen, dass eine Psychoseerkrankung getriggert (in Gang gesetzt) wird. Dabei handelt es sich dann im weiteren Verlauf häufig um die schizophrene Psychose und manchmal auch um die affektive (manisch-depressive) Psychoseerkrankung. Schließlich können beide Krankheiten auch getrennt verlaufen.

Es besteht die Schwierigkeit, dass im Querschnitt die Unterscheidung zwischen einer drogeninduzierten Psychose und einer endogenen Psychoseerkrankung kaum zu treffen ist. Häufig kann erst die Verlaufsbeobachtung näheren Aufschluss über die Zuordnung geben.

Ist der eine Weg zur Entstehung einer Doppelproblematik also der, dass süchtige Patienten unter dem Konsum von Suchtmitteln eine Psychose bekommen, so gibt es auf der anderen Seite den schizophrenen oder manisch-depressiven Patienten, der im Verlauf seiner Erkrankung einen Suchtmittelmissbrauch oder eine Suchtmittelabhängigkeit entwickelt (Selbstmedikation).

Gerade wenn ein Patient über längere Zeit an beiden Erkrankungen leidet, ist es manchmal nicht mehr eruierbar, ob zunächst die psychotische Erkrankung oder der Suchtmittelmissbrauch bzw. die Suchtmittelabhängigkeit vorhanden waren.

In den USA haben Studien ergeben, dass Patienten mit einer schizophrenen Psychose ein siebenfach erhöhtes Risiko zur Entwicklung eines Drogenabusus haben. Eine Untersuchung in München, bei der 440 schizophrene Patienten untersucht wurden, zeigte bei 14,3 % einen Drogenmissbrauch, bei 6,7 % eine Drogenabhängigkeit (illegale Drogen). 29 % betrieben einen Alkoholmissbrauch.

Die sich mit Suchtkranken oder Psychosekranken beschäftigenden Institutionen können es also nicht nur mit Menschen zu tun bekommen, die unter dem Suchtmittelmissbrauch eine Psychose entwickeln, sondern auch mit Patienten, die an einer schizophrenen oder affektiven Psychose leiden und zusätzlich suchtkrank sind.

Ein wesentliches Ergebnis einer Untersuchung der Psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg in den 80er Jahren zeigte, dass bei Patienten mit der Doppeldiagnose einer schizophrenen Psychose und eines Suchtmittelmissbrauchs oder einer Suchtmittelabhängigkeit das Lebensalter, in dem die erste psychiatrische Hospitalisierung stattgefunden hat, erheblich niedriger liegt als bei Patienten ohne Drogenmissbrauch. Die Krankheitsdauer bei den Doppeldiagnosepatienten ist verlängert. Die sogenannten Minus-symptome sind stärker ausgeprägt.

Das niedrige Lebensalter bei Ersthospitalisation lässt sich mit der oben beschriebenen Hypothese, dass die schizophrene Psychose durch den Drogenkonsum getriggert wird und sozusagen bei einem Patienten, der eine entsprechende Disposition hat und dann Drogen nimmt, früher ausgelöst wird als bei einem Patienten, der keinen Triggermechanismus erlebte, erklären.

Bekannt ist, dass Psychose- und Suchtmittelmissbrauch nicht nur einmal kurzzeitig zusammen auftreten, sondern sich in der Regel über längere Jahre gegenseitig immer wieder auslösen und bedingen.

Es gibt für diese Tatsache mehrere Erklärungsmodelle: Die bekannteste Erklärung ist, dass die Patienten die Symptome ihrer Psychose (einerseits Wahn und Halluzinationen, andererseits vor allen Dingen auch Angst, Unruhe, Schlaflosigkeit) durch den Genuss von Suchtmitteln lindern wollen (Selbstmedikation). Am häufigsten werden hierzu Cannabis und Alkohol eingesetzt.

Dabei geht es vorrangig um die beruhigende, entspannende und angstreduzierende Wirkung. Zwar können z. B. akustische Halluzinationen unter Cannabiskonsum sogar verstärkt werden, für den Patienten steht jedoch die zugleich auch beruhigende Wirkung im Vordergrund. Zitat: „Die Stimmen gehen zwar nicht weg unter Cannabiskonsum, aber sie stören mich dann weitaus weniger.“

Die Drogen werden auch eingesetzt, um die ebenfalls bei Psychosen auftretenden Symptome wie Antriebslosigkeit, traurige Stimmung, Lustlosigkeit und Interessenschwund zu überwinden (sogenannte Minus-symptomatik).

Viele Patienten mit einer Psychose bekommen Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika. Als Nebenwirkung der Neuroleptika können zusätzlich Antriebsschwäche und Anhedonie (Mangel an Lustempfindung) verstärkt werden, so dass auch hier Drogen im Sinne einer Eigentherapie eingenommen werden.

Patienten, bei denen eine Psychoseerkrankung diagnostiziert worden ist, sind weiterhin in der Gesellschaft erheblich stigmatisiert.

Das Abdriften in die Gruppe der Drogenabhängigen führt zu einer relativen Verbesserung der Stellung in der Krankheitshierarchie. Zur Gruppe der Drogenab-

hängigen zu gehören, ist in der Selbstbewertung immer noch eine Stufe besser, als schizophren zu sein.

Gerade die Drogensubkulturen tolerieren abweichendes Verhalten, z.B. jenes, das der Psychotiker seiner Umgebung zumutet, erheblich besser als das übliche soziale Umfeld. Die Schaffung einer solchen Nische kann ebenfalls Motivation sein, einen Suchtmittelmissbrauch zu betreiben.

Nicht vergessen werden darf, dass es auch eine Gruppe von Patienten gibt, die die Psychose (die in diesen Fällen oft von Größenvorstellungen und Allmachtsgefühlen gekennzeichnet ist) als Rausch erleben und bewusst z.B. durch Schlafentzug oder Drogeneinnahme herbeiführen. Man muss hier also bedenken, dass nicht immer erlittenes Krankheitsschicksal, sondern auch etwas Intendiertes, Gewünschtes und Gesuchtes eine Rolle spielt. Es kommt zu einer Aufwertung des Selbstwertgefühls, Erhöhung des Leistungsgefühls und Erlösung des Patienten aus der Banalität des Alltages. Sekundäre, neurotische Fehlentwicklungen bei Psychotikern kommen hier nicht selten zum Ausdruck.

Das einzelne Krankheitsschicksal ist in der Regel in die verschiedensten Beziehungen eingebettet. Familien gehen auf die unterschiedlichste Weise mit der Krankheit oder auch mit dem Drogenkonsum des jeweiligen Patienten um. So kann der Drogenkonsum zum einen Widerstand gegen familiäre Erwartungen bedeuten, zum anderen jedoch auch den unausgesprochenen Wunsch erfüllen, die psychotischen Symptome, die der Umgebung soviel Angst machen, abzudecken.

Bei Patienten mit der Doppeldiagnose ist eine Zusammenarbeit aller beteiligten Institutionen unbedingt erforderlich. Gerade wenn bei einem bisher nur als süchtig bekannten Jugendlichen oder jungen Erwachsenen erstmalig eine psychotische Symptomatik auftritt, ist dies in der Regel für die Umgebung sehr beängstigend.

Die Ausgestaltung der psychotischen Symptomatik ist ja sehr vielfältig und zudem berichten die Patienten nicht einfach ruhig über ihre Stimmen, die sie hören oder die Verfolgungsgefühle, die sie spüren, sondern sind extrem geängstigt, verunsichert, denkgestört, verworren in den Angaben und nicht zuletzt auch verbal oder körperlich aggressiv.

Erhält der Patient keine ausreichende Hilfe, so besteht die Gefahr, dass er wiederum mit anderen Drogen (z.B. Opiaten) die Symptome unterdrückt.

Gerade bei ausgeprägter Symptomatik im Rahmen eines akuten Auftretens oder bei Selbst- und Fremdgefährdung ist die Behandlung auf einer psychiatrischen Station eines Krankenhauses angezeigt. Ein Teil der Patienten hat, wie auch die übrige Bevölkerung, Vorbehalte gegenüber den psychiatrischen Krankenhäusern. Die Patienten erleben sich als „verrückt“ und abgeschoben, stigmatisiert und ausgeliefert. Um so wichtiger ist es, dass die entsprechende Umgebung des Patienten diese Vorurteile nicht durch eine zögerliche und ambivalente Haltung verstärkt, sondern den Patienten, auch während er psychotisch ist, weiter begleitet.

Da die psychotische Symptomatik manchmal über Monate anhält und auch rezidivieren kann, ist eine auch legendäre, stationäre psychiatrische Behandlung zuweilen nötig.

An diesem Punkt kommen wir nun zu der eingangs beschriebenen Problematik zurück, die besagt, dass Patienten, die sowohl eine psychotische Symptomatik als auch eine Drogenabhängigkeit aufweisen, bisher keiner entsprechenden rehabilitativen langfristigen Therapie zugeführt werden konnten.

Aufgrund der eindeutigen komplementärrehabilitativen Nichtversorgung wurde dann Ende der 80er Jahre das Konzept für das Therapiezentrum Psychose und Sucht in Hamburg entwickelt.

Dr. Stephanie Wuensch

Hausordnung

im Therapiezentrum Psychose und Sucht

Die Hausordnung soll die Grundlage für die bestmögliche Stabilisierung und Genesung der PatientInnen schaffen und ein gutes Zusammenleben in der Einrichtung ermöglichen. Die darin festgelegten Beschränkungen sind aus therapeutischen Gründen sinnvoll und notwendig. Prinzipiell gilt, dass jede Handlung, Äußerung und Verwendung von Symbolen unterlassen werden muss, die andere in rassistischer oder sexistischer Form herabsetzt und in ihrer Menschenwürde verletzt. Auftretende Konflikte mit anderen PatientInnen oder MitarbeiterInnen können grundsätzlich nur in einer konstruktiven Weise gelöst werden.

1. Die Aufnahme erfolgt ausschließlich auf freiwilliger Basis. Sie beinhaltet die Verpflichtung zur Teilnahme am therapeutischen Programm sowie das Akzeptieren der in der Hausordnung festgelegten Regeln und Beschränkungen.

2. Nach der Aufnahme gilt zunächst eine 24-tägige Ausgangs- und Kontaktsperre. Nach deren Ablauf werden individuelle Ausgangsregeln festgelegt und es kann am Wochenende nach Absprache mit den BezugstherapeutInnen Besuch empfangen werden.

Die Haustür darf für PatientInnen ohne Haustürschlüssel sowie Besucher nur von MitarbeiterInnen geöffnet werden!

3. Post wird den PatientInnen von den MitarbeiterInnen ausgehändigt und muss in deren Beisein geöffnet werden.

4. In der Regel werden die PatientInnen bei Aufnahme körperlich untersucht und die mitgebrachten Gegenstände auf Suchtmittel, Waffen und Medikamente kontrolliert.

Die MitarbeiterInnen entscheiden, welche persönlichen Sachen ausgehändigt oder zur Aufbewahrung zurückgehalten werden. Generell dürfen keine Fernsehgeräte und keine großen Stereoanlagen mitgebracht werden.

Alle PatientInnen erhalten gegen ein Pfand von 5 € einen Schlüssel für ihr Zimmer. Die MitarbeiterInnen verfügen über einen Zweitschlüssel, mit dem sie sich im Notfall Zutritt verschaffen können.

Die persönliche Gestaltung des Zimmers kann nur in Absprache mit den BezugstherapeutInnen erfolgen. Die Reinigung des Zimmers ist Aufgabe der PatientInnen.

5. Alle PatientInnen erhalten zur freien Verfügung ein Taschengeld von z. Zt. 17,- €/Woche ausgezahlt. Darüberliegende Beträge werden von den MitarbeiterInnen verwaltet und nur in Absprache für besondere Anschaffungen ausgezahlt. Das Verleihen von Geld sowie Verkauf, Tausch und Handel mit privaten Dingen und weitere ähnliche Geschäftshandlungen sind nur in Absprache mit den Bezugstherapeuten möglich. Spiele um Geld sind strikt untersagt!

6. Die PatientInnen verpflichten sich mit der Aufnahme, die nervenärztliche Behandlung und Betreuung in der Einrichtung wahrzunehmen und die verordneten Medikamente (und nur diese) regelmäßig einzunehmen. Die Medikamente werden zunächst von den MitarbeiterInnen verwaltet und ausgegeben.

7. Mit jedem Patienten, jeder Patientin wird ein individuelles Therapiekonzept erarbeitet. Die Teilnahme an den dort festgelegten Gruppen- und Einzelaktivitäten ist verbindlich.

8. Das Rauchen ist ausschließlich in den abgetrennten Raumbereichen gestattet, in allen anderen Räumen dagegen strikt untersagt!

9. Werktags dürfen Fernseh- und Videogeräte erst ab 17.00 Uhr in Betrieb genommen werden, zudem müssen in den Wohnzimmern die Radio- und Musikgeräte zwischen 9.30 und 14.00 ausgeschaltet werden.

10. Handel, Besitz und die Einnahme von Suchtmitteln sind bis auf den von den Therapeuten ausgegebenen Kaffee und Tee grundsätzlich strikt verboten und Verstöße dagegen werden bis hin zur disziplinarischen Entlassung sanktioniert. Der Genuss von Kaffee, Tee und Cola außerhalb des Therapiezentrums ist in Maßen erlaubt. Die Verweigerung von entsprechenden Kontrollmaßnahmen (z. B. Alkoholtester, Urin- und Zimmerkontrollen) gilt als Beweis für Suchtmittelkonsum. Das Mitwissen und Verschweigen derartiger Vorfälle bei Dritten werden mit Sanktionen belegt.

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

12. Im gesamten Haus herrscht von 13.30 bis 15.00 Uhr Mittagsruhe und von 22.00 bis 8.00 Uhr Nachtruhe. In diesen Zeiten müssen alle Aktivitäten in der Lautstärke soweit gedrosselt werden, dass die anderen PatientInnen nicht gestört werden.

13. Verstöße gegen die Hausordnung werden von den MitarbeiterInnen thematisiert und ggf. mit Sanktionen belegt.

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

Kontakt und Anfahrt

Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll, auxiliar Gesellschaft mbH
Therapiezentrum Psychose und Sucht Hamburg

Theodorstraße 41 b II
22761 Hamburg
Telefon 040 89 71 47 - 0
Fax 040 89 40 76
Internet www.freundeskreis-ochsenzoll.de
E-Mail tps.hamburg@freundeskreis-ochsenzoll.de

Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln

- Metrobus Linie 3 von S-Bahn Station „Holstenstraße“ bis Haltestelle „August-Kirch-Straße“ oder
- Metrobus Linie 2 von S-Bahn „Altona“ bis Haltestelle „August-Kirch-Straße“

Wünschen Sie weitere Informationen?

Im Rahmen einer offenen Informationsveranstaltung

- führen wir Sie durch die Einrichtung
- beantworten wir Ihre Fragen zur Rehabilitation und zur Alltagsgestaltung
- informieren wir Sie über den Weg der Aufnahme und wie Sie die Kosten bei Ihrer Krankenkasse oder Rentenversicherung beantragen können.

Die **Informationsveranstaltung** findet alle zwei Wochen, jeweils donnerstags um **11.00 Uhr** statt (außer an Feiertagen; erfragen Sie bitte die Ausweichtermine bei uns unter Telefon 040 89 71 47 - 0). Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen!