

Hinweise zum ärztlich-psychotherapeutischen Befundbericht für Abhängigkeitskranke

Sehr geehrte Damen und Herren,

der **ärztlich-psychotherapeutische Befundbericht** richtet sich als Antragsunterlage zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke an **behandelnde Ärztinnen und Ärzte** sowie **Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten**.

Wir bitten Sie, den ärztlich-psychotherapeutischen Befundbericht zum **Antrag auf medizinische Rehabilitation für Abhängigkeitskranke** vollständig zu beantworten. Bitte kreuzen Sie jeweils die passende Antwortkategorie an. Sind Mehrfachantworten vorgesehen („Mehrfachnennungen möglich“), wählen Sie alle passenden Antwortmöglichkeiten aus. Wenn die Antwortmöglichkeit „Sonstige/s“ gewählt wird, konkretisieren Sie diese bitte. Offene Fragen füllen Sie bitte in den vorgesehenen Feldern aus.

Sollte die Antwort auf einzelne Fragen unbekannt sein und sich nicht erheben lassen, lassen Sie diese Fragen bitte offen. Einige Angaben können auch durch Personal (z.B. Medizinische Fachangestellte, Pflegepersonal) eingetragen werden, z.B. in den Kapiteln 0, 1 und 2. Die abschließenden Kapitel 7 (psychopathologischer Befund) und 8 (Teilhabe) sind fakultativ auszufüllen.

Beispielfragen

Beispiel 1: Geschlecht:

m w

Beispiel 2: Lebenssituation (Mehrfachnennungen möglich):

Alleinlebend Lebt zusammen mit: (Ehe-)Partner Kind(ern) Eltern(-teil) Sonstige: Cousin

Beispiel 3: Hauptsuchtmittel:

Alkohol

Ärztlich-psychotherapeutischer Befundbericht für Abhängigkeitskranke

0.1 Name des ausfüllenden Arztes/Psychotherapeuten	0.2 E-Mail
0.3 Ggf. Name der Einrichtung	
0.4 Anschrift	
0.5 Telefon	0.6 Telefax

1. Angaben zur Person (Versicherter)

Kapitel kann auch durch Personal ausgefüllt werden

1.1 Versicherten-Nummer: Rentenversicherung	1.2 Versicherten-Nummer: Krankenversicherung	
1.3 Rentenversicherungsträger	1.4 Name der Krankenkasse	
1.5 Name, Vorname	1.6 Geburtsdatum	1.7 Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
1.8 Adresse		
1.9 Telefon (Festnetz + Handy)	1.10 E-Mail	
1.11 Derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend von Meldeadresse, ggf. Name der Einrichtung)		
1.12 Gibt es Erziehungsberechtigte oder besteht ein Betreuungsverhältnis bzw. eine Vormundschaft?		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigter <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Vormund		
1.13 Name und Anschrift Erziehungsberechtigter/Vormund/Betreuer (Straße, Hausnummer, Ort, Telefon)		
1.14 Bei Betreuung: Art des Betreuungsverhältnisses		
<input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Andere: _____		
1.15 Auflagen durch Gerichtsbeschluss zur Abwendung freiheitseinschränkender Folgen?		
<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Psych-KG <input type="checkbox"/> Laufende/bevorstehende Verfahren (noch nicht entschieden) <input type="checkbox"/> BtMG <input type="checkbox"/> Unterbringung nach BGB <input type="checkbox"/> Andere strafrechtliche Grundlage (außerhalb BtMG)		

2. Biographische Angaben/Sozialanamnese

Kapitel kann auch durch Personal ausgefüllt werden

2.A: Wohn- und Lebenssituation:	
2.A.1 Wohnsituation: <input type="checkbox"/> In eigener Wohnung <input type="checkbox"/> Ambulant betreutes Wohnen/Einzelwohnen (BEW) <input type="checkbox"/> Stationäre Einrichtung	<input type="checkbox"/> Bei anderen Personen (Angehörige/Freunde) <input type="checkbox"/> (Übergangs-)Wohnheim/therapeutische WG <input type="checkbox"/> Notunterkunft/Übernachtungsstelle/ohne Wohnung <input type="checkbox"/> JVA <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
2.A.2 Lebenssituation (Mehrfachnennungen möglich):	
<input type="checkbox"/> Alleinlebend Lebt zusammen mit: <input type="checkbox"/> (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> Kind(ern) <input type="checkbox"/> Eltern(-teil) <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	
2.B: Soziale Situation/Einbindung:	
2.B.1 Partnerbeziehung: <input type="checkbox"/> Alleinstehend <input type="checkbox"/> Zeitweilige Beziehungen <input type="checkbox"/> Feste Beziehung <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	2.B.2 Wichtige Bezugspersonen (Mehrfachnennungen möglich): <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Kinder <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
2.B.3 Eigene Kinder: Anzahl: _____ Alter der Kinder: _____ Bei längerer Abwesenheit Betreuung gewährleistet? (für die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	2.B.4 Lebt mit einem Haustier zusammen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bei längerer Abwesenheit Betreuung gewährleistet? (für die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.B.5 Klient hat regelmäßige soziale Kontakte (Mehrfachnennungen möglich):	
<input type="checkbox"/> Zur Familie <input type="checkbox"/> Zu Freunden <input type="checkbox"/> Nein, lebt isoliert <input type="checkbox"/> Zu Arbeitskollegen <input type="checkbox"/> Beteiligt sich am gesellschaftlichen Leben (Hobbys, Vereine, ...)	

2.C: Schulbildung und Beruf:**2.C.1 Schulbildung: Höchster Schulabschluss:**

- Aktuell in Schulausbildung
- Kein Schulabschluss
- Sonderschulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule
- (Fach-)Hochschulreife/Abitur

2.C.3 Erlerner Beruf

2.C.2 Berufsbildung: Höchster Ausbildungsabschluss:

- Aktuell in Berufs- oder (Fach-)Hochschulausbildung
- Kein Berufs- oder (Fach-)Hochschulabschluss
- Abgeschlossene Berufsausbildung/Fachschulabschluss
- Meister/Techniker
- (Fach-)Hochschulabschluss, höhere Fachschule
- Anderer Berufsabschluss

2.C.4 Zuletzt ausgeübte Tätigkeit

2.D: Erwerbssituation**2.D.1 Erwerbsstatus:**

- Auszubildender Arbeitslos ALG I
- Arbeiter/Angestellter/Beamter Arbeitslos ALG II
- Schüler/Student
- Selbstständig/Freiberufler Rentner/Pensionär
- Sonstige Erwerbspersonen Hausfrau/Hausmann
(z.B. Wehrdienst, Elternzeit, Sonstige Nichterwerbs-
mithelfende Familienangehörige) personen (z.B. SGB XII)
- Berufliche Rehabilitation

2.D.2 Arbeitsverhältnis:

- Befristet Vollzeit
- Unbefristet Teilzeit

2.D.3 Aktueller Arbeitgeber (Name, Anschrift, seit wann):

Name:

Anschrift:

Seit:

2.D.4 Arbeitsunfähig?

- Nein
- Ja, seit: _____

2.E: Lebensunterhalt:**2.E.1 Lebensunterhalt mittelfristig gesichert?**

- Ja Nein

2.E.2 Problematische Schulden?

- Ja Nein

3. Für die Rehabilitation relevante Diagnostik der Erkrankung und belastender Faktoren:**3.1 Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung für die Rehabilitation:****3.1.1 Abhängigkeitserkrankungen:**

(ICD-10, ankreuzen bzw. vervollständigen)

Psych. und Verhaltensstörungen

- durch Alkohol : _____

F	1	0		
---	---	---	--	--
- _____

F	1			
---	---	--	--	--
- _____

F	1			
---	---	--	--	--
- _____

F	1			
---	---	--	--	--

3.1.2 Pathologisches Spielen,**pathologischer PC-/Internetgebrauch: (ICD-10, ankreuzen)**

- Pathologisches Spielen

F	6	3	0	
---	---	---	---	--
- Pathologischer PC-/Internetgebrauch

F	6	8	8	
---	---	---	---	--

3.1.3 Weitere psychische Störungen:

(ICD-10, ankreuzen und vervollständigen)

- _____

F				
---	--	--	--	--
- _____

F				
---	--	--	--	--
- _____

F				
---	--	--	--	--

3.1.4 Weitere für die Behandlung relevante Diagnosen:

(ICD-10, ankreuzen und vervollständigen)

- _____

--	--	--	--	--
- _____

--	--	--	--	--
- _____

--	--	--	--	--

**3.1.5 Infektionskrankheiten:**

- HIV
- HCV

Herkunft der unter 3.1.4 aufgeführten Diagnosen:

- Ärztlich diagnostiziert
- Aus ärztlichen Befundberichten
- Nach Angaben des Patienten

3.2 Ist die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben durch die Erkrankung bedroht?
 Ja Nein
3.3 Könnte es sich um eine besserungsfähige Leistungsminderung handeln, oder ist ein Dauerzustand anzunehmen?
 Besserungsfähige Leistungsminderung **Dauerzustand**
3.4 Besteht eine Rückfallgefahr durch Arbeitsbedingungen?
 Nein Ja, durch (Zutreffendes Ankreuzen):

<input type="checkbox"/> Griffnähe zu Suchtmitteln	<input type="checkbox"/> Arbeitsorganisation
<input type="checkbox"/> Beziehungen am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Arbeitsanforderungen
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

3.5 Beeinflusst die Erkrankung die Ausführung einer sicherheitsrelevanten Tätigkeit?

(z.B. bei Bedienung oder im Umgang mit Maschinen oder bei Beförderung von Personen oder Gütern)

 Ja Nein
4. Vorbehandlung:**4.1 Entzugsbehandlungen:**
 Anzahl gesamt: _____ Letzte in (Einrichtung): _____
 Von: _____ Bis: _____
4.2 Bisherige Entwöhnungsbehandlungen:
 4.2.1 Anzahl: _____ , davon:

Stationär: _____	Kombi: _____
Ganztägig ambulant: _____	Ambulant: _____

4.2.2 Letzte Entwöhnungsbehandlung in (Einrichtung):
 Von: _____ Bis: _____
 Art: Stationär Kombi Ganztägig ambulant Ambulant
4.2.3 Anschließende Adaption? Nein Ja, in:

Von: _____ Bis: _____

4.3 Substitutionsbehandlung in (Einrichtung):

Von: _____ Bis: _____

4.4 Weitere psychiatrische/psychotherapeutische/ärztliche Behandlung:

1. Letzte stationäre psychiatrische Behandlung (außer Entzug): _____

Von: _____ Bis: _____

2. Letzte ambulante psychiatrische Behandlung bei: _____

Von: _____ Bis: _____

3. Letzte psychotherapeutische Behandlung bei: _____

Von: _____ Bis: _____

4. Letzte sonstige stationäre Behandlung in (Einrichtung): _____

Von: _____ Bis: _____

5. Letzte weitere Behandlung bei (Fachrichtung): _____

Von: _____ Bis: _____

6. Zuletzt in hausärztlicher Behandlung bei: _____

Von: _____ Bis: _____

4.5 Weitere in Anspruch genommene erkrankungsbezogene Angebote:

<input type="checkbox"/> Ambulante Beratung	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe		
<input type="checkbox"/> Sozialtherapeutische Maßnahmen	Teilnahme:	<input type="checkbox"/> Regelmäßig	<input type="checkbox"/> Gelegentlich
<input type="checkbox"/> Therapeutisches Wohnen		Von: _____	Bis: _____

5. Suchtmittelanamnese:**5.1 Suchtmittel** (Mehrfachnennungen möglich):

- Alkohol
 Opioide
 Cannabis

- Kokain
 Stimulantien
 Halluzinogene

Hauptsuchtmittel: _____

- Flüchtige Lösungsmittel
 Tabak
 Sedativa/Hypnotika
 Andere psychotrope Substanzen

- Pathologisches Glücksspielen

- Pathologischer PC-/Internetgebrauch

5.2 Hauptkonsum: Konsumdauer: _____ Jahr(e)

Anzahl Konsumtage in den letzten 30 Tagen: _____ Tag(e)

5.3 Dosis (bei Alkoholproblematik):Wie oft trinkt der Patient Alkohol?

- Nie
 Etwa 1 mal pro Monat
 2 - 4 mal pro Monat
 2 - 3 mal pro Woche
 ≥ 4 mal pro Woche

Wie viele Standardgetränke konsumiert er dann an einem Tag typischerweise?

- 1 - 2
 3 - 4
 5 - 6
 7 - 9
 10 und mehr

Ein Standardgetränk entspricht:
 0,33 Liter Bier
 0,25 Liter Wein oder Sekt
 0,02 Liter Spirituosen

Wie oft hat er an einem Tag mehr als 6 alkoholische Getränke getrunken?

- Nie
 < 1 mal pro Monat
 1 mal pro Monat
 1 mal pro Woche
 Täglich oder fast täglich

5.4 Dosis (andere Suchtmittel):
_____**5.5 Aktuell abstinent (Hauptsuchtmittel)?**

- Nein
 Ja, seit: _____

5.6 Substitution?

- Nein Ja

Substitutionsmittel: _____

5.7 Abstinenzphasen (Hauptsuchtmittel):**1. Letzte Abstinenzphase:**

Von (Monat/Jahr): _____ Bis (Monat/Jahr): _____

Rückfallursache: _____

2. Längste Abstinenzphase:

Von (Monat/Jahr): _____ Bis (Monat/Jahr): _____

Rückfallursache: _____

5.8 Psychiatrische, neurologische und andere Auffälligkeiten in der Vorgeschichte im Zusammenhang mit demSuchtmittelkonsum:

- Suizidgedanken Psychose Delir
 Krampfanfälle Straftaten Sonstiges: _____

5.9 Suizidversuche:

Anzahl: _____ Art: _____

Wann zuletzt: _____

5.10 Spielformen (bei pathologischem Glücksspiel):

(Mehrfachnennungen möglich)

- Geldspielautomaten in Spielhallen, Gaststätten, etc.
 Kleines Spiel der Spielbank (Geldspielautomaten)
 Großes Spiel der Spielbank (Poker, Roulette, Black Jack, etc.)
 Wetten
 Spielen im Internet

5.11 Art des pathologischen PC-/Internetgebrauchs:

(Mehrfachnennungen möglich)

- Gaming
 Chatting
 Surfing
 Kombination
 Andere: _____

6. Angaben zur beantragten Rehabilitation

6.1 Motivation zur Rehabilitation gegeben?

- Ja Nein

6.2 Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit an der Rehabilitation gegeben?

- Ja Nein

6.3 Aussicht auf Rehabilitationserfolg gegeben?

- Ja Nach Entgiftungsbehandlung (ggf. in Rehabilitationseinrichtung) Nein

6.4 Empfohlene Rehabilitationsart:

- Stationär Ganztägig ambulant Kombi Ambulant

6.5 Übergeordnete Rehabilitationsziele (Mehrfachnennungen möglich):

- Wiederherstellung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit Behebung und Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen
 Erreichung und Erhaltung von Abstinenz Planung und Einleitung weiterer Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 Substitutionsgestützte Entwöhnungsbehandlung
 Umstellungsfähigkeit, Krankheitsverarbeitung
 Sonstige: _____

6.6 Empfohlene spezielle Merkmale der Einrichtung:

6.6.1 Psychotherapeutische Ausrichtung:

- Verhaltenstherapie
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/
 Psychoanalyse
 Sonstige: _____

6.6.2 Ausstattungsmerkmale:

- Lehrküche
 Medizinische Trainingstherapie-Einheit (z.B. Ergometrie)
 Möglichkeit der Kinderbetreuung
 Möglichkeit der Unterbringung einer Begleitperson
 Möglichkeit der Unterbringung von Haustieren
 Fremdsprachige Angebote
 Sprache: _____
 Geeignet für Patienten mit:
 Starker Gehbehinderung (kein Treppensteigen)
 Gehunfähigkeit
 Sehbehinderung
 Starker Hörschädigung/Ertaubung
 Orientierungsstörung etc. (Überwachungsmöglichkeiten)
 Dialysepflichtigkeit (Dialysezentrum in 30 Min. erreichbar)

6.6.3 Angebotsmerkmale:

- Geschlechtsspezifische Angebote
 Kulturspezifische Angebote
 Berufsspezifische Angebote
 Altersspezifische Angebote
 Substitutionsgestützte Entwöhnung
 Spezielle therapeutische Angebote:

 Spezielle Freizeitangebote:

6.6.4 Sonstige spezielle Merkmale

6.7 Wunscheinrichtung des Antragsstellers:

Stempel/Datum/Unterschrift:

6.8 Rehabilitationsantrag wird befürwortet:

- Nein Ja → Eilantrag? Ja

Anlage 1: Psychopathologischer Befund (fakultativ auszufüllen)

Bitte ausfüllen, wenn der psychische Befund aus fachlicher Sicht für den Rehabilitationsantrag besonders relevant erscheint.

7.1 Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen (Mehrfachnennungen möglich):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Merkfähigkeitsstörung | <input type="checkbox"/> Konfabulation | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung |
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörung | <input type="checkbox"/> Paramnesien | <input type="checkbox"/> Auffassungsstörung |

7.2 Wahn (Mehrfachnennungen möglich):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eifersuchtwahn | <input type="checkbox"/> Schuldwahn | <input type="checkbox"/> Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn |
| <input type="checkbox"/> Beziehungswahn | <input type="checkbox"/> Verarmungswahn | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

7.3 Wahrnehmungsstörungen (Mehrfachnennungen möglich):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stimmenhören | <input type="checkbox"/> Optische Halluzinationen | <input type="checkbox"/> Andere Halluzinationen |
| <input type="checkbox"/> Andere akustische Halluzinationen | <input type="checkbox"/> Illusionen | |

7.4 Störungen der Affektivität (Mehrfachnennungen möglich):

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gereizt | <input type="checkbox"/> Ratlos | <input type="checkbox"/> Schuldgefühle | <input type="checkbox"/> Störung der Vitalgefühle |
| <input type="checkbox"/> Affektinkontinent | <input type="checkbox"/> Deprimiert/Hoffnungslos | <input type="checkbox"/> Insuffizienzgefühle | <input type="checkbox"/> Ambivalent |
| <input type="checkbox"/> Gesteigertes Selbstwertgefühl | <input type="checkbox"/> Affektarm | <input type="checkbox"/> Eindruck der Gefühllosigkeit | |
| | <input type="checkbox"/> Affektstarr | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

7.5 Störungen des Antriebs und der Psychomotorik (Mehrfachnennungen möglich):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antriebsgesteigert | <input type="checkbox"/> Motorisch unruhig | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Antriebsarm, -gehemmt | <input type="checkbox"/> Logorrhöisch | |

7.6 Andere häufige Störungen (Mehrfachnennungen möglich):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aggressivität | <input type="checkbox"/> Soziale Umtriebigkeit | <input type="checkbox"/> Mangel an Krankheitseinsicht |
| <input type="checkbox"/> Selbstbeschädigung | <input type="checkbox"/> Sozialer Rückzug | <input type="checkbox"/> Mangel an Krankheitsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Fremdgefährdung | <input type="checkbox"/> Ablehnung der Behandlung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

7.7 Orientierungsstörungen (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zeitlich | <input type="checkbox"/> Situativ |
| <input type="checkbox"/> Örtlich | <input type="checkbox"/> Zur Person |

7.8 Bewusstseinsstörungen (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verminderung | <input type="checkbox"/> Einengung |
| <input type="checkbox"/> Trübung | <input type="checkbox"/> Verschiebung |

7.9 Formale Denkstörungen (z.B. Denkverlangsamung, Denkhemmung, eingegängtes Denken, Perseveration, Grübeln, Ideenflucht, Gedankenabreißen):

- Nein Ja, _____

7.10 Befürchtungen und Zwänge (z.B. Hypochondrie, Phobien, Zwangsdanken, Zwangsimpulse, Zwangshandlungen):

- Nein Ja, _____

7.11 Ich-Störungen (z.B. Derealisation, Depersonalisation, Gedankenausbreitung, Gedankenentzug, Gedankeneingebung):

- Nein Ja, _____

7.12 Relevanteste psychische Auffälligkeiten der vorliegenden Auflistung (Bitte Unterpunkte entsprechend obiger Auflistung ergänzen):

(1) Wichtigster Befund:

(2) Zweitwichtigster Befund:

(3) Drittwichtigster Befund:

Anlage 2: Teilhabe—Aktivitäten, Partizipation und Kontextfaktoren (fakultativ auszufüllen)

Bitte ausfüllen, wenn die Teilhabeorientierung aus fachlicher Sicht für den Rehabilitationsantrag besonders relevant erscheint.

8.1 Bestehen Beeinträchtigungen in folgenden Teilhabebereichen (Aktivitäten und Partizipation laut ICF)?

(Zutreffendes bitte unterstreichen oder auf dafür vorgesehener Linie ergänzen)

- d1 Lernen und Wissensanwendung** (z.B. Lernen, Anwendung des Erlernten, Denken, Probleme lösen, Entscheidungen treffen)
- _____
- d2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen** (z.B. die tägliche Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen)
- _____
- d5 Selbstversorgung** (z.B. sich waschen, pflegen, kleiden, essen und trinken, auf seine Gesundheit achten)
- _____
- d6 Häusliches Leben** (z.B. Wohnraum beschaffen, Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten erledigen)
- _____
- d7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen** (z.B. Elementare interpersonelle Aktivitäten, Formelle Beziehungen, Informelle soziale Beziehungen, Familienbeziehungen, Intime Beziehungen) _____
- d8 Bedeutende Lebensbereiche** (z.B. Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, Wirtschaftliche Eigenständigkeit)
- _____

8.2 Welche förderlichen und hemmenden Kontextfaktoren spielen bei der Betrachtung der zu behandelnden Problematik des Betroffenen eine Rolle? (Bitte zutreffende förderliche Kontextfaktoren mit „+“ und hemmende mit „-“ kennzeichnen)

Förderlicher Faktor: (+)

Hemmender Faktor: (-)



- Unterstützung und Beziehungen** (z.B. engster und erweiterter Familienkreis, Freunde, Bekannte, Kollegen, Peers, Nachbarn etc.)
- Einstellungen/Gesellschaftliche Einstellungen** (z.B. Überzeugungen und Meinungen von Fremden, Verwandten, Fachleuten, Arbeitskollegen, gesellschaftliche Einstellungen, Normen, Konventionen, Weltanschauungen)
- Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze:**
- Dienste der Rechtspflege** (z.B. Kontakte oder Maßnahmen im juristischen Kontext, positiver oder negativer Einfluss, Jugendhilfe etc.)
- Dienste des Wohnungswesens** (z.B. Wohnungsvermittlung, betreutes Wohnen)
- Dienste der sozialen Sicherheit** (z.B. Sozialamt, Sozialhilfe)
- Dienste der allgemeinen sozialen Unterstützung** (z.B. häusl. Pflege, Obdachlosenhilfe, Streetworker, Tagesstrukturierung, Jugendhilfe)
- Dienste des Gesundheitswesens** (z.B. Beratung/Behandlung bei der eigenen Gesundheitsvorsorge)
- Dienste des Bildungs- und Ausbildungswesens** (z.B. Schule, Ausbildung, Fort- und Weiterbildung)
- Dienste des Arbeits- und Beschäftigungswesens** (z.B. Arbeitsvermittlung)