

Konzeption
der medizinischen Rehabilitation
Drogenabhängiger

Therapiezentrum Lehre

Projekt Kaffeetwete e.V.

Projekt
Kaffeetwete e.V.

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Einleitung.....	8
1.1. Gesetzliche Zielvorgaben und Rahmenbedingungen	8
1.2. Grundlegende Modellvorstellungen und Strategien	8
1.2.1. Ausrichtung der Rehabilitation gemäß BORA	9
2. Allgemeines – Profil der Rehabilitationseinrichtung	10
3. Beschreibung der Rehabilitationseinrichtung	10
4. Rehabilitationskonzept	11
4.1. Theoretische Grundlagen.....	11
4.1.1. Leitbild und Therapieverständnis	11
4.1.1.1. Therapie mit Herz.....	12
4.1.1.2. Lebensfreude ohne Drogen.....	13
4.1.1.3. Leitende Zielvorstellungen	14
4.1.1.4. Das integrativ-differenzielle Modell	14
4.1.1.4.1. Der therapeutische Bezug.....	15
4.1.1.4.2. Qualitativ hochwertige Methoden	15
4.1.1.4.3. Multimodale Theorieanwendung	16
4.1.1.4.4. Gesellschaftlicher Kontext.....	17
4.1.1.4.4.1. Sucht und Entzugserfahrungen.....	17
4.1.1.4.4.2. Exploration neuer Freiräume	18
4.1.2. Das bio-psycho-soziale Modell.....	19
4.2. Rehabilitationsindikationen und Kontraindikationen gemäß ICD und ICF	19
4.2.1. Begleitkrankheiten und komorbide Störungen	21
4.3. Rehabilitationsziele	22
4.4. Rehabilitationsdauer.....	24
4.5. Individuelle Rehabilitationsplanung	24
4.5.1. Curricula des Lernens	24
4.5.2. Rehabilitationsphasen	26
4.6. Rehabilitationsprogramm	26
4.7. Rehabilitationselemente	28
4.7.1. Aufnahmeverfahren.....	28
4.7.2. Rehabilitationsdiagnostik gemäß BORA	29
4.7.2.1. Diagnostik und Therapieplanung.....	29
4.7.2.2. Zielsetzungen der Diagnostik	29
4.7.2.3. Methoden der Diagnostik	30
4.7.2.3.1. Psychologische Diagnostik.....	31
4.7.2.3.1.1. Testdiagnostik	31
4.7.2.3.1.2. Gruppenbezogene Diagnostik.....	31
4.7.2.3.1.3. Einzelfallbezogene Diagnostik	31
4.7.2.3.2. Arbeits- und Ergotherapie bezogene Diagnostik.....	32
4.7.2.3.2.1. Diagnostik in Bezug auf Aktivitäten und Teilhabe	33
4.7.2.3.2.2. Diagnostik in Bezug auf Ressourcen und Kontext	33
4.7.2.3.3. Diagnostik Klinischer Sozialarbeit	33
4.7.2.4. Medizinische Diagnostik.....	34
4.7.2.5. Dimensionen der Datenerhebung	34
4.7.3. Medizinische Therapie	35
4.7.4. Psychotherapeutische Angebote.....	35
4.7.4.1. Einzel- und Gruppentherapie	35
4.7.4.1.1. Zielsetzungen und Methodik	36
4.7.4.1.2. Maßnahmen bei komorbiden Störungen	36
4.7.4.1.3. Schematische Übersicht.....	38
4.7.5. Arbeitsbezogene Interventionen gemäß BORA	40
4.7.5.1. Ergotherapie.....	41
4.7.5.1.1. Ausrichtung und Zielsetzungen	41

4.7.5.1.2. Methoden	42
4.7.5.2. Arbeitstherapie	43
4.7.5.2.1. Ausrichtung und Zielsetzungen	43
4.7.5.2.2. Arbeitsbereiche und Methoden	44
4.7.5.2.3. Interventionsmodule - Besondere berufliche Problemlagen	45
4.7.6. Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	46
4.7.7. Freizeitgestaltung	47
4.7.8. Sozialdienst	48
4.7.8.1. Sozialberatung im Allgemeinen	48
4.7.8.2. Beratung in juristischen Angelegenheiten	48
4.7.8.3. Schuldnerberatung	48
4.7.8.4. Ausbildungs- und Berufsberatung	49
4.7.9. Gesundheitsbildung, -training und Ernährung	49
4.7.10. Angehörigenarbeit	50
4.7.11. Rückfallmanagement	50
4.7.12. Gesundheits- und Krankenpflege	52
4.7.13. Weitere Leistungen	52
4.7.13.1. Anschluss- und Vorbereitungsmaßnahmen	52
4.7.13.1.1. Adaptionphase	52
4.7.13.1.2. Ambulante Weiterbehandlung	53
4.7.13.1.3. Ambulant betreutes Wohnen	54
4.7.14. Beendigung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	54
5. Personelle Ausstattung	55
6. Räumliche Gegebenheiten	55
7. Kooperation und Vernetzung	55
8. Maßnahmen der Qualitätssicherung	56
9. Kommunikationsstruktur und Therapieorganisation	56
10. Notfallmanagement	58
11. Fortbildung	58
12. Supervision	59
13. Hausordnung/Therapievertrag	59
Literaturverzeichnis	60

**Konzeption
der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker
mit dem Schwerpunkt illegale Drogen**

Erstellungsdatum: Mai 2016

Autor: Dr. Gerhard Holst

Therapiezentrum Lehre
Eitelbrotstr. 53
38165 Lehre

Tel.: 05308 / 1710
Fax: 05308 / 1745
E-Mail: lehre@projekt-kaffeetwete.de

Ärztliche Leitung:

Claudia Grotzinger
Dr. Akram Iskandar

E-Mail: medizin@projekt-kaffeetwete.de

Leitung der Therapie:

Bernd Gehring, Dr. Gerhard Holst, Thomas Kolodziej

E-Mail: therapie@projekt-kaffeetwete.de

Sozialdienst und Informationsbüro

Olaf Hartjen
Tel.: 05308 / 1710
Fax: 05308 / 1745
E-Mail: info@projekt-kaffeetwete.de

**Qualitätsmanagement
und Geschäftsführung:**

Jürgen Zülch
Tel.: 05308 / 1710
Fax: 05308 / 1745
E-Mail: qualitaet@projekt-kaffeetwete.de

Die Trägerschaft liegt beim:

Projekt Kaffeetwete e.V.

Geschäftsstelle
Eitelbrotstr. 53
38165 Lehre
Tel.: 05308 961731
Fax: 05308 9619130
E-Mail: geschaeftsstelle@projekt-kaffeetwete.de

Gesamtleitung:

Bernd Gehring

Weitere Einrichtungen des Trägers:

Adaptionshaus Lehre

Windmühlenweg 2a
38165 Lehre

E-Mail: adaption-lehre@projekt-kaffeetwete.de

Therapiegemeinschaft

Haus Glentorf

Zum Schuntertal 11
38154 Glentorf

Tel.: 05365 / 2302

Fax: 05365 / 2316

E-Mail: glentorf@projekt-kaffeetwete.de

Drogenberatungsstelle & Kontaktcafé

Poststraße 6
38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 / 861318

E-Mail: drops-wob@projekt-kaffeetwete.de

1. Einleitung

1.1. Gesetzliche Zielvorgaben und Rahmenbedingungen

Nach intensiven Beratungen und Auseinandersetzungen mit Fragen der Rehabilitation haben die gesetzliche Rentenversicherung sowie die gesetzlichen Krankenversicherungen als Rehabilitationsträger Vereinbarungen getroffenen bezüglich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 6 SGB IX sowie § 26 SGB IX in Verbindung mit § 15 SGB VI bzw. § 11 Abs. 2 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5 SGB IX)²⁾, wobei die Deutsche Rentenversicherung für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen das Konzept der ‚Beruflichen Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker‘ (BORA) entwickelt und für verbindlich erklärt hat³⁾. In diesem Konzept ist der für MBOR gültige Indikationsbereich neu definiert worden. Die genannten Bestimmungen, Rahmenbedingungen und Konzepte verpflichten alle Beteiligten zu einem Handeln nach entsprechenden Zielvorgaben (§§ 11 und 27 SGB V, § 9 SGB VI und § 4 Abs. 1 SGB IX), die auch der von uns angebotenen Rehabilitation zugrunde liegen. In ihr haben wir gemäß vorliegender Konzeption die BORA-Bestimmungen umfassend und zentral umgesetzt.

Diese Vereinbarungen, Bestimmungen und Rahmenbedingungen räumen unserer Einrichtung bessere Möglichkeiten ein, den Abhängigkeitskranken angemessene Hilfe zukommen zu lassen. Sie hat zum Ziel, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft mittels frühzeitiger Einleitung erforderlicher Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Leitendes Ziel ist eine möglichst dauerhafte (Wieder-) Eingliederung in das Arbeitsleben. Sie fokussiert daher Maßnahmen, die auf die Erhaltung bzw. Wiederherstellung des Leistungsvermögens (Erwerbsfähigkeit) sowie auf die Förderung der Teilhabe in Beruf und Gesellschaft ausgerichtet sind.¹⁾ Im Hinblick auf eine Verwirklichung dieser Ziele kann es selbstverständlich nicht um grenzenlose Teilhabe gehen. Denn Beruf und Gesellschaft sind in vielen ihrer Bereiche selbst von Sucht betroffen. Auf Dauer kann eine solche Teilhabe nur gelingen, wenn zugleich die Abhängigkeitserkrankung erfolgreich behandelt ist.

Liegen rehabilitationsbedürftige Folge- und Begleiterkrankungen vor, werden diese soweit möglich im Rahmen der von uns vertretenen Rehabilitation zusammen mit der Abhängigkeitskrankheit behandelt (vgl. § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). Die von uns angebotenen Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden in stationärer Form erbracht und in der vorliegenden Konzeption nach Maßgabe der BORA-Bestimmungen und des Gemeinsamen Leitfadens der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Neueste Version Stand 10. Febr. 2012) dargestellt.

1.2. Grundlegende Modellvorstellungen und Strategien

Grundsätzlich ist die medizinische Rehabilitation in unserer Einrichtung am Gesundheits- bzw. Krankheitsfolgenmodell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) orientiert, wie es in der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) entworfen ist.²⁹⁾ Die Erkrankungen und ihre Folgen werden als Ergebnis sich wechselseitig beeinflussender biologischer, psychischer, sozialer und weiterer Faktoren verstanden und Diagnosen zunächst gemäß ICD-10-GM, im Weiteren nach ICF-Kategorien kodiert.

*Hinweis zu männlichen/weiblichen Wortformen: Soweit im Text Substantive verwendet werden, für die männliche und weibliche Wortformen existieren, sind je nach inhaltlichem Zusammenhang beide Formen gemeint, auch wenn aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit lediglich die männliche Form Anwendung findet.

Nach unserem Verständnis hat Therapie in etwa das Gegenteil von dem zu sein, was man - überspitzt formuliert - als ‚Abrichten‘ auf gesellschaftliche Funktionsabläufe bezeichnen könnte, zumal viele von ihnen selbst Sucht generieren bzw. krank machen. Auch als Mitarbeiter der Einrichtung verstehen wir uns nicht als Funktionäre von Systemen (s. zur Begründung Kap. 4.1.1.3 und 4.7.2.).

In sämtlichen Bereichen unseres Rehabilitationsprogramms kommen lediglich solche Theorien zum Tragen, denen im Rahmen wissenschaftlicher Diskurse mit Blick auf die Erreichung der eingangs genannten Ziele ein hoher Bewährtheitsgrad zuerkannt wird. Das sind vor allem naturwissenschaftlich fundierte Theorien, die auf experimentell gesicherte Forschung rekurrieren. Die vorrangig von uns eingesetzten Methoden haben daher einen engen Bezug zu Ergebnissen der Biologischen Psychologie, der Lern – bzw. Kognitiven Psychologie, der Neurowissenschaften sowie der Rehabilitationswissenschaften. ^{16) 23) 25) 27) 90)}

1.2.1. Ausrichtung der Rehabilitation gemäß BORA

Mit dem Transfer der BORA-Zielsetzungen und Methoden in das Konzept unserer Rehabilitation konstituiert sich eine Neufassung unserer Programm- Ausrichtung, die den arbeitsbezogenen Diagnose- und Therapieinhalten weitaus mehr Gewicht beimisst als in unseren vorherigen Konzepten – sie sogar hinsichtlich Relevanz und Stellenwert ins Zentrum rückt. Diese Neuausrichtung sei bereits hier einleitend skizziert, um davon ausgehend - insbesondere hinsichtlich einer Umgestaltung von Programmen der Ergo- und Arbeitstherapie – entsprechend neue Inhalte, Erweiterungen bzw. Differenzierungen einzuführen. In dem Maße wie die Umsetzung dieser theoretischen Ausrichtung in der Praxis gelingt, erwarten wir mit Blick auf die Rehabilitanden vor allem folgende Effekte (s. Wiegand, G.: Bora-Vorstellungen und Erwartungen, 14. Juli 2015)³⁾:

- Verbesserte Diagnostik hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit und ihres Förderbedarfs
- Verbesserte Prognostik hinsichtlich ihrer zukünftigen Fähigkeiten, Fertigkeiten, ihrer Belastbarkeit
- Stärkung der Motivation zur Auseinandersetzung mit erwerbsbezogenen bzw. berufsspezifischen Themen
- Stärkung erwerbsbezogener Förderfaktoren
- Abbau von Barrieren im beruflichen Erleben und Verhalten
- Verbesserte Prognostik hinsichtlich individueller Teilhabe-Hindernisse bzw. Vermittlungsmöglichkeiten
- Verbesserte Entwicklung individueller Perspektiven bzgl. der beruflichen (Re-) Integration

Sollen sich diese Effekte einstellen, ist eine möglichst umfassende und differenzierte Analyse der Ausgangssituation bzw. Diagnostik der Ausgangsbedingungen jedes Rehabilitanden unverzichtbare Voraussetzung, wobei vor allem folgende Instrumente zur Anwendung kommen:

- Eingangs- und Verlaufsdagnostik bzgl. Arbeitsverhalten und -kompetenzen
- Ausführliche Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese
- Prozessuale Behandlungs- und Teilhabeplanung
- Screening- und Assessmentverfahren

Sofern in unserer kleinen Einrichtung mit geringer Platzzahl jeweils situativ möglich, werden die Rehabilitanden BORA-Zielgruppen zugeordnet, um eine bedarfsgerechtere Diagnostik und Therapie zu gewährleisten. Erwerbsbezogene Fragestellungen und Therapieangebote sind von zentraler Bedeutung für die gesamte Rehabilitation und werden vom gesamten therapeutischen Team professionsübergreifend berücksichtigt. Sie sind grundsätzlich auch

Thema in der medizinischen Therapie sowie in den suchtspezifischen Einzel- und Gruppentherapien. Die Teilnahme an derartigen Angeboten ist für sämtliche Rehabilitanden verbindlich. Sämtliche therapeutische Angebote und Leistungen dienen immer auch einer realistischen Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten mit aktuellem Bezug zum Arbeits- bzw. Berufsleben. Während der Adaptionsphase - und mehr sogar bei einem Wechsel in die ambulante Rehabilitation - wird die Ausrichtung auf erwerbsbezogene Therapieanteile nochmals verstärkt (z. B. externe Arbeitserprobung/Praktika). Dabei kommt einer Kooperation mit den für die Vermittlung an konkrete Arbeitsplätze zuständigen Institutionen sowie unseren Partnerschaften mit potentiellen Arbeitgebern hohe Bedeutung zu. Die BORA-Diagnostik- und Therapieergebnisse gehen jeweils in die Evaluation und Dokumentation ein und sind Kernelemente der internen und externen Qualitätssicherung.

2. Allgemeines – Profil der Rehabilitationseinrichtung

Wir führen in unserem ‚Therapiezentrum Lehre‘ eine medizinische Rehabilitation für Drogenabhängige durch. Das vorliegende Konzept heißt entsprechend: ‚Konzeption der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger - Therapiezentrum Lehre‘ und wurde zum 26.08.2015 nach Maßgabe der BORA-Kriterien grundlegend überarbeitet. Die von der Neuausrichtung nicht betroffenen Inhalte wurden beibehalten, bei Bedarf erweitert oder modifiziert und entsprechend adaptiert. Der Verfasser ist Mitglied im Leitungsteam des Therapiezentrums. Träger ist das ‚Projekt Kaffeetwete e. V‘ (zu Lageplan und Beschreibung s. Kap.6).

Das Therapiezentrum Lehre ist vom federführenden Leistungsträger der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover seit 1986 als Einrichtung zwecks Durchführungen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation anerkannt. In Absprache mit ihm sind wir auf flexible und individuelle Behandlungsplanungen ausgerichtet. Kostenbewilligungen werden von der Deutschen Rentenversicherung und den übrigen Leistungsträgern (Krankenkassen, Knappschaft, Sozialämter) für sämtliche Schwerpunkte der Rehabilitation im Zusammenhang mit Drogenabhängigkeit erteilt wie z. B: Abhängigkeit von Opiaten, Amphetaminen, Benzodiazepinen, Kokain, Tetra-Hydro-Cannabinol (THC), Partydrogen, halluzinogenen Drogen (inklusive Polytoxikomanie). Eine Vielzahl von Komorbiditäten bzw. komorbiden Störungen kann mitbehandelt werden (s. Kap. 4.2.1.). Voraussetzungen für den Beginn einer Maßnahme sind: Kostenzusage und abgeschlossene Entzugsbehandlung.

Besonderer Schwerpunkt: Darüber hinaus richtet sich unser Therapieangebot speziell an **Bewerber mit Migrationshintergrund** (z. B. aus den ehemaligen GUS-Staaten) bzw. mit Zugehörigkeit zu religiösen Minderheiten (z. B. Muslime, Aleviten, Bahai) und/oder ethnischen Minderheiten (z. B. Sinti, Roma, Kurden). Einige Mitarbeiter sprechen neben Englisch fließend Spanisch, Portugiesisch, Französisch oder auch Russisch.

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

1971 wurde das ‚Projekt Kaffeetwete‘ in Braunschweig gegründet und dort nach jener Straße benannt, in der es seinen Anfang nahm – eine der ersten selbständigen Einrichtungen für Drogenabhängige in Deutschland. Im Laufe von nunmehr fast 45 Jahren seines Bestehens hat es sich sowohl räumlich als auch konzeptionell beträchtlich erweitert, differenziert und regional verzweigt, nicht zuletzt zahlreiche Wandlungen durchgemacht und manche Stürme überstanden. Es ist Mitglied im Diakonischen Werk der Evangelischen Landeskirche Braunschweig.

Ausgehend von diesem Projekt haben seither mehr als tausend Suchtkranke Hilfe auf ihrem Weg in ein neues Leben gefunden. Gegenwärtig bieten wir Patienten 23 Behandlungsplätze, davon 4 Adaptionsplätze. Die **Zielgruppe** umfasst männliche erwachsene Drogenabhängige ohne Altersbegrenzung. In Absprache mit den Leistungsträgern haben wir Regelbehandlungszeiten vereinbart. Diese können je nach Einzelfall flexibel gestaltet

werden. So benötigt etwa ein langjährig schwer Opiat-Abhängiger erfahrungsgemäß einen längeren Aufenthalt als ein kurzfristig Cannabis-Abhängiger. Unser Therapiezentrum befindet sich am Rande der kleinen Ortschaft Lehre in reizvoller Lage zwischen Wolfsburg und Braunschweig. Neue Wohngebäude im Schwedenstil, Werkstätten, Therapie-, Büro- und Verwaltungsgebäude gruppieren sich um das Haupthaus. Teichgrundstücke unter hohen Bäumen laden zum Verweilen ein.

Krankenhäuser mit sämtlichen medizinischen Abteilungen sind in den Städten Braunschweig und Wolfsburg in weniger als 20 Minuten erreichbar. Die der medizinischen Hochschule Hannover (MHH) angeschlossenen Kliniken sind etwa 60 km entfernt. Hinsichtlich Entzugsbehandlungen und psychiatrischer Versorgung besteht eine enge Kooperation mit dem AWO-Psychiatriezentrum in Königslutter (ca. 18 km entfernt). Der Chefarzt der dortigen Abteilung für Suchtkrankheiten ist für die psychiatrische Befunderhebung unserer Patienten zuständig und arbeitet eng mit unserer medizinischen Leitung ebenso wie mit dem übrigen Leitungsteam zusammen. Er hält regelmäßig Visite in unserem Haus. Seine Berichte gehen in die Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik ein. Es besteht eine gute ärztliche, zahnärztliche und physiotherapeutische Versorgung in der Ortschaft ‚Lehre‘ selbst. Mit den für unsere Einrichtung wichtigen Ärzten bestehen Konsiliarverträge. Ganz in der Nähe befinden sich moderne Sportstätten und Schwimmbäder mit Sauna und Fitnessräumen, die wir im Rahmen unseres Reha-Programms nutzen. Der Ort selbst hat eine gute Anbindung an den Regionalverkehr. Fernverbindungen sind über Braunschweig und Wolfsburg erreichbar.

4. Rehabilitationskonzept

4.1. Theoretische Grundlagen

4.1.1. Leitbild und Therapieverständnis

Die Beschreibung von Leitbild und leitenden Zielvorstellungen in ihrem theoretischen Zusammenhang sowie in Verbindung mit Maßnahmen (Methoden/Bereitstellung von Rahmenbedingungen), die uns geeignet erscheinen die mit den Zielen verbundenen Vorstellungsinhalte zu verwirklichen, bezeichnen wir als unser ‚Therapieverständnis‘. Dessen differenzierte und zugleich erweiterte Darstellung mit Ausrichtung auf die Zielvorgaben der medizinischen Rehabilitation nennen wir ‚Rehabilitationskonzept‘.

Hinsichtlich dessen, was uns in der Begegnung mit Suchtkranken am Herzen liegt, sehen wir im Leitbild des Diakonischen Werks ein überzeugendes Vorbild. Eine kurze Passage aus der entsprechenden Präambel mag verdeutlichen, was wir im Kern glauben - was uns wichtig ist:

„Gott will und liebt jeden Menschen, unabhängig davon, was er ist und was er kann. Er nimmt ihn an – auch und gerade im Scheitern und in Schuld. Wir versuchen besonders für die Menschen einzutreten, deren Würde missachtet wurde oder wird. Gott traut uns zu, solidarisch zu handeln, das Recht der Schwachen und Fremden zu achten und zu versuchen, jedem Gerechtigkeit zukommen zu lassen. In unserer diakonischen Arbeit fragen wir nicht nur nach dem, was der Mensch braucht, sondern auch nach dem, was er will. Menschen können zwar würdelos handeln, aber dennoch ihre Würde nicht verlieren.“

Grundlage unserer Arbeit ist der christliche Glaube und damit verbunden eine entsprechende Sicht des Menschen wie der Schöpfung insgesamt.^{121) 123)} Dieser Glaube ist nicht Leistung, sondern Geschenk. Er ist die wichtigste Voraussetzung unserer Arbeit und kann doch nirgends dokumentiert werden. Darin besteht seine Würde. Der ‚conceptio‘ dieser Gabe entspricht die Auffassung: Das All der Natur hat sich nicht selbst hervorgebracht – ist göttlichen Ursprungs und Wesens. Unzählige Erfahrungen im Raum dieses Glaubens bezeugen den Schöpfer zudem als denjenigen, der nichts sehnlicher als das Heil seiner Geschöpfe will. Er möchte heilen, ‚die zerstoßenen Herzens sind‘³¹⁾, hat uns Menschen dazu Gaben gegeben und fängt dabei ganz unten an – wo das Unheil seinen Ursprung nahm. Er vermag auch da noch zu heilen – oft gerade da, wo unsere Bemühungen am Ende sind. Dazu ist er frei. Diese Möglichkeiten Gottes haben wir erfahren. Sie begründen unsere Gewissheit, dass es für ihn keine hoffnungslosen Fälle gibt. Wir meinen, dass diese

Hoffnung auch die Atmosphäre unserer Einrichtung prägt. In dieser Sicht ist jeder Mensch einzigartig in seiner Persönlichkeit, seiner Geschichte, seinen Bedürfnissen, seiner Sehnsucht, seinen Stärken und Schwächen, grundsätzlich frei in seinem Glauben, seinem Tun und Lassen – Wesensbestimmungen, die wir insbesondere im Rahmen unseres Auftrags mit dem Ziel der Rehabilitation Drogenabhängiger achten möchten. Diese Bestimmungen verbieten jede Art von Indoktrination, sei sie religiös, wissenschaftlich oder anders motiviert. Wir sind überzeugt: wer Wesentliches der Schöpfung erfasst, der erfasst zugleich etwas vom Wesen des Schöpfers und damit auch Wesentliches von sich selbst.¹⁰⁵⁾ Auf die christliche Ausrichtung unserer Einrichtung weisen wir bereits die Therapiebewerber hin.

4.1.1.1. Therapie mit Herz

Bestimmte Phänomene von Abhängigkeit und Sucht verweisen auf einen ‚Hunger‘, der unserer Auffassung nach von Seiten des Menschen nicht gestillt werden kann - gleichsam anderer Nahrung bedarf – sowie auf Erfahrungen innerer Heimat- und Obdachlosigkeit, gegen die sich viele verzweifelt mit Hilfe von Drogen zu schützen versuchen. Drogenabhängige sehnen sich nach einem Ort, in dem sie wieder gesund werden, sich regenerieren können, Schutz finden vor den destruktiven Mächten im Inneren wie Äußeren. Eigenen Erhebungen zufolge sind Rehabilitanden mit Persönlichkeitsmerkmalen in Richtung ‚Hochsensibilität‘ überproportional häufig vertreten. Sie brauchen mehr Schutz und Zeit für die Rehabilitation als andere. In Anspielung an ein bekanntes Nachkriegsdrama möchten wir die von jener Sehnsucht Betroffenen nicht ‚Draußen vor der Tür‘ lassen, ihnen zunächst mal ganz praktisch einen Aufenthalt bieten, in dem sie sich nach oft jahrelangem Stress wieder wohl fühlen und bedingungslos angenommen wissen, mit anderen Worten: ein Zuhause, das mehr als komfortable Räumlichkeiten verspricht. Nicht selten entdecken Rehabilitanden mit einer neuen Geborgenheit¹⁰⁴⁾ zugleich eine Achtsamkeit für Erfahrungsbereiche, die in unserer reichen abendländischen Tradition als spirituelle Dimensionen des Wohnens überliefert sind (Franziskus, Augustinus u.v.a.m).

Ein solches Wohnen hat eine Mitte, ein Herz, das für die Armen, Schwachen, Kranken, Feinfühligen und entsprechend Begabten, mithin für jene schlägt, die in einer Welt zunehmender Kälte und Technisierung ‚aushäusig‘ geworden sind. Novalis, ein Kenner des Mohns aus eigener Erfahrung – während einer Zeit, als der Gebrauch von Opium über literarische Kreise in Mode kam – sprach in einem vergleichbaren Zusammenhang von ‚Heimweh‘.¹¹⁸⁾ Letztlich kann kein noch so gut durchgeführtes Leistungsprogramm einer medizinischen Rehabilitation dieses Herz ersetzen. Drogenabhängige sind in der Regel für Erfahrungen von ‚Kälte‘ sensibilisiert. Sie spüren schnell, ob es in dem Haus, wo sie Hilfe suchen, ein solches Herz gibt.

Um im Bild zu bleiben: Diese Zielsetzungen begründen unser Anliegen, mit den Hungrigen ein ‚Brot‘ zu brechen, das über wissenschaftliche Methodenanwendung hinausgeht, eine Gemeinschaft zu teilen, die Heilung überhaupt erst ermöglicht.

4.1.1.2. Lebensfreude ohne Drogen

Viele Drogenabhängige sind Arme, Schwache und (Lebens-) Hungrige ganz eigener Art - kennen über Jahre keine echte Freude mehr, sehen sich wesentlicher Lebensqualitäten beraubt und nicht in der Lage, dieser Beraubung ein Ende zu setzen bzw. ihren Begabungen entsprechend zu leben. Die anfangs mit dem Gebrauch von Drogen verbundene Euphorie schlägt leicht in Sedierung um. Drogen werden dann nur noch genommen, um sich zu betäuben – ein Kreislauf, aus dem die meisten eigenständig nicht mehr herausfinden.^{49) 64)} Werden mittels Drogenkonsum Erlebens- und Verhaltensweisen nachhaltig außer Kraft gesetzt, die – evolutionsbiologisch gesehen – über einen sehr langen Zeitraum unser (hirnphysiologisches) ‚Belohnungssystem‘ geprägt und geformt haben und die all jene Empfindungen auslösen, die wir als Freude und Wohlbefinden kennen, dann setzen Vorgänge kompensatorischer klassischer Konditionierung einen Suchtzzyklus in Gang, der zu

neuronalen Veränderungen (vorwiegend im Dopamin- und Opiatsystem) führt. Diese bewirken, dass Erlebens- und Verhaltensweisen, die normalerweise einen hohen Anreizwert für Freude bieten (incentive salience), keinerlei Verlangen mehr auslösen.¹⁶⁾ Betroffene müssen oft erst wieder mühsam lernen, sich Freude auf andere Weise zu erschließen. Dazu brauchen sie ein Lernfeld, das genügend Anreiz bietet solche Wege zu entdecken. Wir meinen, dass wir in dieser Hinsicht mit unserem Therapieangebot sehr gute Möglichkeiten vorhalten.

Neben der medizinischen Versorgung sind sozialtherapeutisch ausgerichtetes Wohnen, Arbeits-, Gruppen- und Einzeltherapie gleichsam die vier Säulen unseres Hauses. Besagtes Anliegen lässt sich unserer Auffassung nach gut mit unserem weiteren Anliegen verbinden, nämlich ein Höchstmaß an wissenschaftlich qualifizierter Therapie anzubieten.^{23) 26) 58)} In ihrem fruchtbaren Ergänzungsverhältnis konstituieren beide Ausrichtungen die Grundlage unserer Arbeit – Therapie mit Herz und Verstand.

In kleinen überschaubaren Gruppen erfahren Abhängige von illegalen Drogen Wertschätzung, Verlässlichkeit und Geborgenheit. Einige der Mitarbeitenden wohnen in Lebensgemeinschaft, z. T. mit ihren Familien, innerhalb der Einrichtung. Bekanntlich können auf der Basis wechselseitigen Vertrauens und tragfähiger Beziehungen Kritikfähigkeit, Frustrationstoleranz oder auch klärende Auseinandersetzungen besser trainiert, Stärken gefördert, Schwächen abgebaut werden.⁶²⁾ Diese Art Wohngemeinschaft ist ein äußerst vielfältiges - therapeutisch und prophylaktisch wichtiges - Übungsfeld. Das Verhalten Drogenabhängiger ist in hohem Maße von Dissozialisierung gekennzeichnet. Dem Lernen prosozialer Verhaltensweisen kommt daher hohe Bedeutung zu. Eine gute Stärkung der ‚Immunkräfte‘ (Prophylaxe) – insbesondere das Erleben von Freude ohne Drogen - ist bekanntlich der beste Schutz gegen Erkrankung bzw. Rückfälle in den Drogenkonsum.⁴⁶⁾

Ein strukturiertes Wochenprogramm mit geordnetem Tagesablauf hat sich als unerlässliche Voraussetzung erwiesen, um wieder Rhythmus im Leben zu finden und Fertigkeiten einzuüben, die hinsichtlich einer drogenabstinenten Lebensgestaltung unverzichtbar sind. Die Hausordnung hilft beim Erlernen von Kompetenzen für ein zufrieden stellendes Zusammenleben, Wahrnehmung und Achtung individueller Eigenarten, Freiheitsrechte, aber auch Pflichten.

Das mit dem Leitbild korrespondierende Menschenbild schließt aus, Rehabilitanden lediglich als Objekte von ‚Behandlung‘ zu betrachten. Um nahe liegende Assoziationen mit negativen Vorstellungsinhalten bezüglich dieses Begriffs von vornherein auszuschließen, vermeiden wir im Folgenden dessen Gebrauch in Bezug auf die Darstellung therapeutischer Methoden. Hinsichtlich der medizinischen Maßnahmen i.e. Sinne bleiben wir bei dem Wort ‚Behandlung‘. Im vorliegenden Zusammenhang hat therapeutisch motiviertes Handeln unserem Leitbild zufolge grundlegend die Aufgabe jene Menschen, die sich ihm anvertrauen, in der Weise zu begleiten, dass sie sich - selbständig handelnd – aus ihrer Abhängigkeitserkrankung befreien und (wieder) teilhaben können an zufriedenstellenden Arbeits- und Gesellschaftsprozessen (Hilfe zur Selbsthilfe).⁷¹⁾

4.1.1.3. Leitende Zielvorstellungen

Damit ist die Gesamtausrichtung unserer Zielvorstellungen bereits skizziert. Unsere drogen- bzw. mehrfachabhängigen Rehabilitanden sollen mittels breit gefächelter Diagnostik und Therapie gründlich insbesondere auf die Reintegration ins Erwerbsleben bzw. auf die Erlangung entsprechender Fähigkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gemeinschaft vorbereitet werden. Vorrangiges Ziel ist die – nach Möglichkeit versicherungspflichtige – Erwerbstätigkeit⁴⁵⁾ Es kann unserer Auffassung nach nur erreicht werden, wenn zuvor drogenabstinentes Verhalten ausreichend eingeübt und soziale Bezüge im näheren Umfeld genügend Halt geben, um einen befriedigenden Lebensstil ohne Drogenkonsum dauerhaft aufrechterhalten zu können.

Die mit jenen Zielvorstellungen verbundenen Inhalte, vereinfacht gesagt ‚Soll-Zustände‘, lassen sich nur verwirklichen, wenn auch die Begleitkrankheiten medizinisch behandelt und die mit der Drogensucht korrespondierenden Defizite bzw. Persönlichkeitsstörungen einer Klärung zugeführt und weitgehend behoben werden.¹⁰⁾ Die medizinische Rehabilitation zielt daher im Kern – wie schon das Wort ‚Therapie‘ besagt - auf den Gesundheitsprozess ab. Prägnant formuliert: Ohne Bewältigung der Abhängigkeitserkrankung keine Erwerbstätigkeit.

4.1.1.4. Das integrativ-differenzielle Modell

Das von uns in Anspruch genommene Modell von Rehabilitation ist sowohl integrativ als auch differenziell verfasst und kritisch-analytisch ausgerichtet.^{20) 26)} Eine Begründung für die Wahl dieses Modell ergibt sich aus den folgenden Kapiteln. Es integriert diagnostische, therapeutische und prophylaktische Vorgehensweisen ebenso wie die sie fundierenden Theorien, berücksichtigt dabei unterschiedliche programmatische Ebenen und differenziert diese wie jene zugleich in ihrem Gesamtzusammenhang nach Maßgabe der leitenden und jeweils individuell konkretisierten Zielvorstellungen. Dabei reflektiert es generelle wie individuelle Zielsetzungen und Methoden auch vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Entwicklungen.

Die Verwirklichung der mit dem integrativ-differenziellen Modell verbundenen Soll-Zustände erfordert Vorgehensweisen wie sie beispielsweise von der Humanistischen Psychologie⁵⁶⁾, Tiefenpsychologie⁷⁷⁾, Systemischen Psychologie⁶⁷⁾, der Verhaltenstherapie⁴³⁾ oder auch der Verstehenden Psychologie und Pädagogik¹⁰⁷⁾ seit Jahrzehnten formuliert worden sind und ebenso in vielen anderen Bereichen längst zum bewährten Standard gehören – theoretische Ausrichtungen, die unserem Verständnis von Rehabilitation besonders nahe stehen. Diesen Ausrichtungen zufolge kann Therapie insbesondere auf zwei Voraussetzungen nicht verzichten: zum einen auf eine Vertrauen stiftende ‚Atmosphäre‘, in der sich Rehabilitanden überhaupt erst trauen über das zu sprechen, was sie zutiefst erschüttert, traumatisiert, in Ängste und Zwänge, in Flucht und Sucht getrieben hat; zum anderen auf Formen der persönlichen Begegnung, die den pädagogischen bzw. therapeutischen Bezug kennzeichnen und besonders geeignet erscheinen individuelle Ressourcen zu fördern. Beide Voraussetzungen bedingen sich wechselseitig. Zusammen mit den übrigen Voraussetzungen, inklusive der Bereitstellung entsprechender Rahmenbedingungen, sowie den von uns in Anspruch genommenen diagnostischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Methoden konstituieren sie zugleich Modalitäten eines Zusammenwirkens, die je nach Vorgabe operationalisierter Zielsetzungen und situativer Bedingungen im Einzelfall (indikationsspezifisch) integrativ gesteuert werden.⁶¹⁾

Dabei ist zu beachten: der therapeutische bzw. pädagogische Bezug kann der Bestimmung seines Wesens gemäß nicht instrumentell herbeigeführt oder vertraglich vereinbart – schon gar nicht aufgedrängt werden. Ebenso wenig lässt sich eine entsprechende Atmosphäre planerisch ‚herstellen‘, wenngleich man einiges für sie tun kann. Sie wird sich aber erfahrungsgemäß einstellen, wenn alle therapeutisch relevanten Handlungen im Hinblick auf die genannten Ziele optimal aufeinander abgestimmt – in sich stimmig sind – und wenn es im Haus der Rehabilitation auch genügend methodenfreie ‚Räume‘ gibt. Die jeweilige Stimmung der Gruppe (wie auch diejenige ihrer Mitglieder) gibt gewöhnlich schon einen wichtigen Hinweis (unter vielen weiteren) für die Effizienz integrativer Therapiesteuerung. Sie ist eine wichtige Voraussetzung im Hinblick auf das Therapieziel: wieder mit sich im Einklang leben – ohne Drogen.

Wir sind des Weiteren der Meinung, dass die Konzeption einer Therapie nicht nur beiläufig eine Frage des Geschmacks ist, sondern dass eine ansprechende Ästhetik des Therapiedesigns und seiner Rahmenbedingungen die Erfolgsaussicht der Rehabilitation steigert. Ein vorwiegend technologisches Design liegt uns fern. Unsere konzeptionelle Gestaltung gleicht mitunter eher einer symphonischen Komposition. Dabei hängt viel von der Persönlichkeit des Therapeuten ab. Schon jedes Einzelgespräch lässt sich als diagnostische bzw. therapeutische Partitur lesen. Sie eröffnet zuweilen - über die struktur-

funktionalen Möglichkeiten hinaus – sogar poetische Räume, die sich ebenfalls diagnostisch wie therapeutisch nutzen lassen.^{95) 99)}

Auch der Zeitpunkt einer Methodenanwendung (z. B. in einem Einzelgespräch) kann wichtig sein. Wer gerade einen ‚Rückfall‘ erlebt hat, dem ist nicht nach Singen zumute. Das ‚pädagogische Taktgefühl‘ – eine etwas veraltete Kategorie – hat für uns nicht an Bedeutung verloren.

4.1.1.4.1. Der therapeutische Bezug

In dieser Hinsicht kommt dem Aufbau einer tragfähigen, Vertrauen stiftenden Beziehung zwischen Mitarbeitern und Rehabilitanden in sämtlichen Phasen und Dimensionen der Therapie besonderes Gewicht zu. Rehabilitation wie wir sie verstehen ist grundsätzlich dialogisch angelegt⁷¹⁾ und dabei nicht auf das rein Sprachliche beschränkt. Die philosophische Tradition kennt Methoden des (therapeutischen) Gesprächs, die besonders geeignet erscheinen in die ‚heilsame Wahrheit‘ zu führen und die wir deshalb in unsere Vorgehensweisen einbeziehen.¹¹⁷⁾ Jeder Rehabilitand bringt in die Begegnung mit uns Mitarbeitern und den übrigen Rehabilitanden einzigartige Gaben ein, die uns bereichern. Immer sind auch wir die Beschenkten, Lernenden, Bedürftigen sowie diejenigen, die im Spiegel dessen was sie nicht vermögen, ihre eigenen Schwächen und Unzulänglichkeiten erkennen. Solche Erfahrungen können einerseits davor bewahren die therapeutischen Leistungsfähigkeiten zu überschätzen, andererseits aber auch helfen sie zu verbessern. Nicht von ungefähr sind Echtheit, Empathie und Kongruenz unverzichtbare Voraussetzungen effizienter Therapie. Der therapeutische bzw. pädagogische Bezug ist daher wesentliche Grundlage unserer Arbeit. Der Begriff ‚Beziehungsarbeit‘ passt genau genommen nicht. Wir verwenden den Begriff ‚Beziehungsgestaltung‘.⁶¹⁾

Die in den folgenden Kapiteln beschriebenen Methoden und Modalitäten der Anwendung setzen einen solchen Bezug voraus, auch wenn sie ihn nicht immer eigens hervorheben. Ob - und wenn ja inwieweit – er jeweils gelingt, ist letztlich nie sicher vorhersehbar. Er bleibt grundsätzlich Wagnis, kann deshalb auch scheitern. Am wenigsten kann ein solches Wagnis (Therapierisiko) mittels rigiderer Vorgehensweisen minimiert werden. Den Rehabilitanden auf diese Weise ‚Druck machen‘ zu wollen, würde Assoziationen zu entsprechenden Vorerfahrungen verstärken und Widerstände hervorrufen, die demotivierend wirken. Langjährige Erfahrungen haben uns zudem gelehrt – und wir haben in all den Jahren mit einigen Therapieformen experimentiert -, dass ab einem bestimmten Grad differentieller Verdichtung therapeutisch intendierter Maßnahmen deren Erfolgsaussicht sinkt (‚Klinikcharakter‘). Dann trägt ein Übermaß an Strukturiertheit zur Qualitätsminderung bei (Gefahr der Übersteuerung). In ideeller Blickrichtung sehen wir den Rehabilitanden einzig seiner eigenen unvorgreiflichen Freiheit unterworfen – subjektiv frei (Kant).¹²⁰⁾ Wir verdanken unser Therapieverständnis daher auch zu einem großen Teil den grundlegenden Traditionen von Rationalität und Aufklärung, mithin jenen wissenschaftlichen Theorien im Bereich von Psychologie und Pädagogik, die ihnen nahe stehen. Erwähnt seien beispielsweise die Programme der kritisch-rationalen Erziehungswissenschaft/Klinischen Sozialarbeit^{110) 111)} und Psychologie.⁶⁶⁾ Historisch- philosophische Betrachtungen können verdeutlichen, wie die gegenwärtig dominierenden Theorien der Sozialwissenschaften, Psychologie und Therapie aus den theoretischen Positionen der Moderne erwachsen sind. Diese haben sich bekanntlich von denen der Metaphysik abgelöst – haben ihren Ort im Vernunft-Gefüge der Moderne und sind geradezu dadurch definiert, dass sie eine Bezugnahme auf die Metaphysik ausschließen.¹¹³⁾ Wir halten eine metaphysische Orientierung unseres Therapieprogramms – neben der modernen und submodernen – weiterhin für wichtig.

4.1.1.4.2. Qualitativ hochwertige Methoden

Unsere eigenen Erfahrungen im Bereich Therapiesteuerung haben uns gezeigt, dass die Erfolgsaussicht der zwecks Rehabilitation eingesetzten Methoden (von Diagnostik und Therapie) in dem Maße steigt als es gelingt, sie Ziel- und Zielgruppen adäquat sowie unter

entsprechend geeigneten Rahmenbedingungen (z. B. Struktur, Ausstattung, regionale Vernetzung der Einrichtung) einzusetzen und integrativ (Ziel-Mittel adäquat) zu vernetzen. Der Einsatz selbst einer großen Anzahl hoch bewährter Methoden an sich verbürgt noch keine Qualität. Hinsichtlich der Therapiesteuerung kommt es, wie gesagt, insbesondere jeweils auf das 'rechte Maß' an - zum einen was die übergreifende (programmatische), zum anderen was die Therapieplanung und Durchführung (Feinjustierung) im Einzelfall betrifft. Leicht könnte beispielsweise ein Übermaß an Testdiagnostik mit Vorgehensweisen kollidieren, die dem Aufbau eines therapeutischen Bezugs dienen.

Um hinsichtlich Indikationserstellung und Therapieplanung eine möglichst umfassende und differenzierte Kenntnis über die jeweilige Zielgruppe zu erhalten (hier männliche Drogenabhängige), sind unserer Ansicht nach auch geeignete Forschungsergebnisse insbesondere der Sozial- und Kulturwissenschaften, der Gender-Wissenschaften sowie der Geschichte und Philosophie einzubeziehen. Seit den 70 er Jahren des letzten Jahrhunderts hat die Rehabilitationsforschung enorme Fortschritte gemacht, viel zum Verständnis der Sucht sowie deren Folge- und Nebenwirkungen beigetragen und damit die Leistungsfähigkeit rehabilitativer Maßnahmen ständig verbessert. Dieser Forschungsarbeit fühlen wir uns dankbar verpflichtet und haben uns in unserer Einrichtung zum Ziel gesetzt nur diejenigen Methoden von Diagnostik und Therapie einzusetzen, denen im Rahmen gegenwärtiger wissenschaftlicher Diskurse ein hoher Bewährtheitsgrad zuerkannt wird.

4.1.1.4.3. Multimodale Theorieanwendung

Das integrativ-differenzielle Modell impliziert eine multimodale Theorieanwendung.^{26) 71)} Auch wenn seit dem Wechsel der Leistungsträgerschaft den pädagogischen bzw. sozialpädagogischen Methoden der Rehabilitation in geringerem Umfang Beachtung geschenkt wird, setzen wir sie über die erwarteten Standards hinaus fort, weil sie unserer Einschätzung nach im Gesamtzusammenhang der Rehabilitation von hoher Relevanz sind. Sie gehören teilweise zum Bereich der Sozialtherapie, zu einem anderen Teil weisen sie über diesen hinaus, vor allem hinsichtlich ihrer prophylaktischen Ausrichtung.^{106) 110)} Zusammen genommen kennzeichnen sie den Bereich der pädagogischen Therapie. Von besonderem Gewicht sind dabei die arbeitspädagogischen sowie die sport- und freizeitpädagogischen Maßnahmen. Analog zu den voraus genannten Auswahlkriterien kommen dabei lediglich solche Methoden zum Einsatz, die sich aufgrund ihrer wissenschaftlichen Überzeugungskraft in der Praxis bewährt haben.

Ein multimodal und zugleich differentiell ausgerichtetes Therapieangebot soll helfen, die Rehabilitanden sowohl vor dem Hintergrund ihrer vielfältigen sozialen und kulturellen lebensgeschichtlichen Bezüge als auch hinsichtlich ihrer jeweils ganz eigenen Problem- und Bedürfnislage anzusprechen, verschüttete Fähigkeiten, Ressourcen sowie suchtresistente Bereiche des Erlebens und Verhaltens zu erschließen. Viele haben verlernt sich von dem faszinierenden Text des Lebens ansprechen zu lassen, auf Sprache und Musik der Schöpfung zu hören, haben Freude, echte Freundschaft oder auch den Sinn für die Schönheit der Natur verloren bzw. zu wenig wahrgenommen – sind ‚taub‘ geworden. Diese Art von Betäubung geht meistens schon derjenigen mittels Drogenkonsum voraus.¹¹⁹⁾ Insbesondere die von uns in Anspruch genommenen Methoden der Hermeneutik, Phänomenologie und Daseinsanalyse^{14) 35)} können helfen die eigene Lebensgeschichte, die Schöpfung insgesamt neu zu ‚lesen‘, sich von Anästhesie zu lösen und an die Auslegung des Lebens neue Entwürfe zu knüpfen.¹⁰⁰⁾ Hier sind insbesondere pädagogische Zugangsweisen gefragt.¹⁰⁷⁾ Derartige Entwürfe glücken selten sofort, erfordern – oftmals harte - Auseinandersetzungen, schaffen aber erst die Voraussetzungen, um sich in der eigenen Haut wieder wohl zu fühlen. Unser Leib ist bekanntlich die erste und wichtigste Wohnung. Handwerker und andere Fachkräfte mit Ausbildungsberechtigung, einige von ihnen Ex-User, vermitteln den Rehabilitanden in unseren Werkstätten für Holz- und Metallverarbeitung, im Landschafts- und Gartenbau, Computer- und Elektronikbereich, in der Hauswirtschaft nicht allein grundlegende Fertigkeiten, Ausdauer, Durchhaltevermögen, das nötige Wissen, sondern meistens auch Freude an der Arbeit, an kreativer Gestaltung. Wir

bieten z. B. Schweißer-Kurse, Grundkurse in Bürokommunikation oder auch einen Computer-Grundkurs an.

Nicht unerheblich tragen auch die äußeren und inneren Rahmenbedingungen zum Gelingen der Therapie bei¹⁰³⁾ - sowohl was die verwaltungs- kommunikationstechnische als auch die räumliche Ausstattung betrifft. Die Häuser unserer Einrichtung sind komfortabel und stilvoll eingerichtet und liegen in landschaftlich reizvoller Umgebung. Vielfältige Sport- und Freizeitmöglichkeiten bieten sich an: z. B. Fahrrad- und Kanutouren, Sauna, Fitnesstraining, Schwimmbadaufenthalte, Gitarrenkurs, Besuch von Kino-, Event- und Musikveranstaltungen, Kunstausstellungen und Museen.

4.1.1.4.4. Gesellschaftlicher Kontext

Drogenabhängigkeit ist kein individuelles Schicksal. Sie entsteht vielmehr im Spannungsfeld gesellschaftlicher Machtverhältnisse mit allenthalben drohenden Gefahren die Freiheit des Einzelnen einzuschränken, ihn beispielsweise ökonomischen Interessen zu unterwerfen, Sucht generierend zu wirken - ihn abhängig zu machen. Diesem Spannungsfeld ist die Rehabilitation nicht entzogen. Im Gegenteil: Sie spürt die dort waltenden Zugkräfte besonders stark. Unser Leitbild fordert uns heraus derartige Zusammenhänge ständig kritisch zu reflektieren und das Ergebnis dieser Reflexionen in die Gestaltung unserer Arbeit einzubeziehen. Ihnen kommt vor allem in jener Phase der Rehabilitation hohe Bedeutung zu, in der es um die Wiedereingliederung in gesellschaftliche Bezüge resp. Arbeitsverhältnisse geht. Auch spielerische Elemente sind wichtig.

Ein Sozialarbeiter und Mitglied unseres Teams hat eine Ausbildung als ‚Clown‘ absolviert und tritt als solcher nebenbei in öffentlichen Veranstaltungen auf. Er bietet entsprechende Übungen an. Sie können helfen überhaupt wieder eine Kommunikation mit dem eigenen ‚inneren Kind‘ aufzunehmen. Therapie kommt nicht ohne Humor aus. Lachen befreit. Einige Patienten entdecken sogar gewisse Begabungen für Poesie, schreiben Gedichte, kleine Erzählungen, vertonen Songs, in denen sie eigene Erfahrungen im Gesichtskreis submoderner Extreme verarbeiten. Andere liefern Ideen für Entwurf und Erprobung kleiner Theaterstücke bzw. szenischer Sketsche, die sich therapeutisch nutzen lassen.^{96) 100)} Die musik-, poesie- und dramatherapeutischen Übungen geben vielfältig Anregungen, Freiräume einer spielerischen Gestaltung des Lebens jenseits von Zwängen zu erschließen.^{98) 99)} Diese Übungen finden außerhalb des KTL-Bereichs statt.

Gruppentherapien haben sich als besonders geeignet erwiesen eine Umstrukturierung bzw. Löschung von Einstellungen herbeizuführen, die gewöhnlich Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Drogenkonsum fundieren (z.B. kognitive Schemata, destruktive Heuristiken) und neue Abstinenz orientierte Einstellungen zu lernen. Sie motivieren zu einer schöpferischen Gestaltung alternativer Lebensentwürfe.^{47) 48) 59)} Die damit verbundenen Zielsetzungen sind im Blick auf Sucht generierende Tendenzen gesellschaftlichen Gegenwart von erheblicher Bedeutung. Allein schon die Sprachwelt hochkomplexer Industriegesellschaften hat in vielerlei Hinsicht die Wirkung von Drogen.⁸⁰⁾ Sich in ihr aufhalten zu können, ohne ihr zu verfallen, ist ein wichtiges, bereits sehr umfassendes Lernziel. Gruppentherapie bedeutet daher zu einem großen Teil auch Bildung, Aufklärung bzw. Lernen durch Einsicht.⁶⁰⁾

4.1.1.4.4.1. Sucht und Entzugserfahrung

Viele Menschen leiden nicht zuerst Entzug, weil sie Drogen nehmen - sie nehmen Drogen weil sie bereits Entzug erleiden. Gemeint sind Entzugserfahrungen im Einzugsbereich extremer sozialer Entfremdung, Kälte und Ungeborgenheit, die marginalisieren, traumatisieren - krank machen.^{83) 84)} Solche Erfahrungen lassen sich als Lernprozesse beschreiben, die sich wechselseitig verstärken, bis sich fast alles nur noch um die Droge dreht. Dann hat die Angst das Leben im Griff. Weitere Folgen sind: Verwahrlosung sinnlicher und spiritueller Erfahrungsbereiche.^{122) 123)}

Ergebnisse der Biologischen bzw. Neurologischen Psychologie zeigen, wie diese Lernprozesse bestimmten biochemischen/neuronalen Vorgängen korrespondieren – wie Suchtverhalten erlernt, aber auch wieder verlernt werden kann.¹⁶⁾²⁶⁾ Um gegen die starken - gesellschaftlich generierten - Sucht-Gedanken anschwimmen zu können, braucht man die Auslegung und Ausbildung noch stärkerer Gedanken, sozusagen ‚hermeneutischen Lachs‘. Insbesondere Kognitive Therapien können diesbezüglich einiges bewirken.⁵¹⁾

Die vor allem in westlichen Ländern progredierenden Bedürfnisse ‚sich-dicht-zu-machen‘, ‚sich-zu-betäuben‘ (nicht allein mit Alkohol und Drogen) in Einheit mit entsprechenden ökonomischen Strategien diese Bedürfnisse zu bedienen bzw. anzureizen sind wesentliche Kennzeichen submoderner Industriegesellschaften.^{82) 84) 88)} Erst nach Überwindung damit verbundener persönlicher Formen von Anästhesie finden Rehabilitanden wieder Freiraum den ‚Sinn der Sinne‘ ohne Drogenkonsum zu entdecken – auf die Sprache der Schöpfung zu hören.¹²²⁾ Wir verstehen u. a. auch Kunst als eine besondere Form der Auseinandersetzung mit den skizzierten Herausforderungen und nutzen sie therapeutisch. Erinnert sei an ein Wort von Paul Klee: ‚Kunst gibt nicht das Sichtbare wieder, sondern Kunst macht sichtbar‘ – z. B. Suchtgefahren, die sich gesellschaftlich wie individuell abzeichnen. Zugleich vermag sie hervorragende Möglichkeiten zu eröffnen, sich dieser Gefahren zu erwehren.

Die Programme unserer Angebote ‚Bibliotherapie‘ (Gruppentherapie an Hand literarischer Texte),¹⁰⁰⁾ ‚Kunsttherapie‘ (Gruppentherapie mit Mitteln künstlerischer Gestaltung),⁹⁹⁾ ‚Dramatherapie‘ (Gruppentherapie mit Mitteln szenischer Gestaltung)⁵²⁾ sowie ‚Kinowerkstatt‘ (Gruppentherapie in der Begegnung mit Werken der Filmkunst)¹⁰¹⁾ bieten wir außerhalb der abrechenbaren Leistungen (KTL) an. Sie laden zur Auseinandersetzung u. a. mit Texten, Filmen, Wegen bildender Kunst ein, die derartige Zusammenhänge thematisieren. Hier gehen wir z. B. folgenden Fragen nach: Was (welches Drama) spielt sich auf der inneren Bühne unseres Erlebens ab? Wer oder was führt da Regie? Wie könnten wir unser Leben anders inszenieren? Lebenssequenzen als Film betrachtet: Was kommt in den Blick oder wird ausgeblendet? Welche anderen Vorstellungen wären denkbar? Was stellen wir wo und wie – aus welchen Beweggründen (Motiven) – als ‚Movie‘ vor.

4.1.1.4.4.2. Exploration neuer Freiräume

Suchtkranke brauchen neue individuelle Spielräume ebenso wie gemeinschaftlich gestützte Freiräume des Erlebens und Verhaltens, auf die Verlass ist, wo sie sich nicht - auf der Flucht vor ihren eigenen, unkontrollierten Impulsen - in Süchte bzw. Zwänge flüchten müssen. Mit Hilfe von Angeboten der Kreativ-, Sport- und Freizeittherapie möchten wir unseren Rehabilitanden einen Lebensstil schmackhaft machen, der jenseits krank machender Einflussphären wieder Spaß macht. Diesem Ziel dienen z. B. auch die regelmäßig stattfindenden Kurse in der Lehrküche. Mindestens zweimal im Jahr sind die Patienten eingeladen zu Freizeiten unter therapeutischer Anleitung in der wunderschönen Landschaft Südschwedens – mit Lagerfeuer, Möglichkeiten zu Angeln, Boots-, Kanu- und Segeltouren sowie Outdoor-Exkursionen – Gelegenheiten, die sich selten jemand entgehen lässt. Dabei kommen insbesondere Vorgehensweisen der Reform- und Erlebnispädagogik^{108) 112)} zum Tragen.

Es dürfte inzwischen klar geworden sein: In Anbetracht unserer leitenden Zielsetzungen geht es uns nicht um abstrakte Glaubenssätze, sondern um konkretes therapeutisch motiviertes Handeln, das sich im Hinblick auf die Verwirklichung seiner Intentionen glaubwürdig erweist. Bekanntlich sind Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit wichtige Kriterien für erfolgreiches Lernen am Modell.

4.1.2. Das bio-psycho-soziale Modell

Auch wenn infolge der WHO-Bestimmungen Modellvorstellungen von Therapie weithin Schule gemacht haben, die mit der Begriffs-Komplexion ‚bio-psycho-sozial-‘ einhergehen, insbesondere auch von den Leistungsträgern nahe gelegt werden, bleiben wir bei unserem Modell integrativ-differenzieller Therapie. Dies vor allem aus drei Gründen: Die begriffliche Aneinanderreihung zur Bezeichnung grundlegender Ausrichtungsdimensionen von Therapie ließe sich beliebig fortsetzen, etwa mit ‚Ethno-Öko-Kulturell-Spirituell.‘ u. s. w. Es dürfte in Fachkreisen hinlänglich Konsens darüber bestehen, dass bezüglich einer theoretischen Fundierung von Therapie möglichst viele relevante Dimensionen zu berücksichtigen sind. Warum sollte dieser Konsens eigens als besondere Modellvorstellung ausgewiesen werden? Zweitens: Besagte Ausrichtungsdimensionen lassen sich nicht deutlich genug voneinander abgrenzen. Neben einer Sozialpsychologie gibt es z. B. auch eine Biologische Psychologie. Es hat bereits Vorschläge gegeben die Psychologie als Teil-Disziplin der Biologie einzuführen. Unser Modell hält Optionen der Vielfalt und Konvergenz bewusst offen. Wir sind drittens der Meinung, dass ausufernde Begriffs-Komplexionen einer Ästhetik wissenschaftlicher Diskurse eher abträglich sind. Wir bekennen uns aber ausdrücklich zu dem, was mit ‚bio-psycho-soziales Modell‘ gemeint ist.

Nachdem wir unsere Einrichtung kurz vorgestellt, Leitbild, leitende Zielvorstellungen und die theoretischen Grundlagen zunächst etwas allgemeiner erläutert haben, kommen wir nun zu einer spezifizierenden - oft eher schematischen Darstellung - einzelner Inhalte des Rehabilitationsprogramms, wobei im Horizont der leitenden Zielvorstellungen sowie unterschiedlicher Ausrichtungs- und Verlaufsdimensionen zunächst Indikationen und Kontraindikationen, Rehabilitationsziele, Rehabilitationsdauer und individuelle Planungsmodi sowie anschließend die Rehabilitationselemente beschrieben werden. Die Beschreibung von personellen und räumlichen Gegebenheiten, von Kooperation und Vernetzung, Qualitätssicherung, Kommunikationsstruktur, Therapieorganisation, Notfallmanagement, Fortbildung, Supervision und Hausordnung schließt die Darstellung ab.

4.2. Rehabilitationsindikationen und Kontraindikationen gemäß ICD und ICF

Gemäß Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung legen wir in unserer Einrichtung bzgl. der medizinischen und psychologischen Diagnostik neben dem diagnosebezogenen medizinischen Dokumentationssystem ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) - im Sinne einer erweiterten und differenzierteren Klassifikation - die ‚Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit‘ (ICF; International Classification of Functioning, Disability and Health) zugrunde.⁵⁾ Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit einer Person, insbesondere relevante Kontextfaktoren sowie Aspekte der Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gemeinschaft, können mittels der international standardisierten Sprachregelung der ICF besser beschrieben werden. Diese wesentlich umfangreichere Erfassung von Komponenten der Gesundheit einer Person trägt dazu bei, Rehabilitationsmöglichkeiten besser nutzen zu können und die sektorenübergreifende Versorgung der Rehabilitanden zu optimieren.

Es würde über den Rahmen der vorliegenden Konzeption hinausgehen, die im Weiteren aufgeführten ICD-Klassifikationen in Richtung jeweils möglicher ICF-Klassifikationen darzustellen. Ein **Beispiel** mag genügen, um zu verdeutlichen was gemeint ist:

Klinische Diagnose des Gesundheitsproblems: Polytoxikomanie, ICD-10 Kodierung der Krankheit: F19.2	
ICF-Kapitel: Körperfunktionen	
Diagnose-Text	ICF-Item (ICF-Kode)
Vergesslichkeit	Funktionen des Gedächtnisses (b144)
Schlafstörungen	Funktionen des Schlafes (b134)
Stimmungsschwankungen	Emotionale Funktionen (b152)
Motivation	Motivation (b1301)

ICF-Kapitel: Körperstrukturen	
Diagnose-Text	ICF-Item (ICF-Kode)
Abhängigkeitserkrankung	Struktur des Gehirns (s110)
Leberzirrhose	Struktur der Leber (s560)
Polyneuropathie	Struktur der unteren Extremitäten (s750)
ICF-Kapitel: Aktivitäten	
Diagnose-Text	ICF-Item (ICF-Kode)
Haushalt wird vernachlässigt	Hausarbeiten erledigen (d640)
Einseitige Ernährung	Essen (d550), Mahlzeiten vorbereiten (d630)
Unpünktlichkeit, Termine werden nicht eingehalten	Elementare interpersonelle Aktivitäten (d710)
ICF-Kapitel: Teilhabe	
Diagnose-Text	ICF-Item (ICF-Kode)
soziale Isolation	Komplexe interpersonelle Interaktionen (d720)
Probleme mit Lebenspartnerin	Familienbeziehungen (d760)
ICF Kapitel: Personbezogene Faktoren (Kontextfaktoren)	
Diagnose-Text	ICF-Item (ICF-Kode)
kein Telefon, kein Fernsehgerät	Produkte und Technologien zur Kommunikation (e125)
Schulden	Vermögenswerte (e165)

Vorrangige **Indikation** hinsichtlich einer **Aufnahme in die Rehabilitation** ist die Diagnose ‚Abhängigkeitserkrankung mit dem Schwerpunkt illegale Drogen‘. Zwei Indikationsgruppen lassen sich unterscheiden:

- Abhängigkeit bzgl. Opiatkonsum und/oder Polytoxikomanie (ICD-10: F11, F19, F 19.2 mit Opiat, multipler Drogenkonsum mit Alkohol F10)
- Abhängigkeit bzgl. Cannabis- und/oder Partydrogenkonsum (ICD-10: F12, F 14, F15, F19 ohne Opiat, multipler Drogenkonsum mit Alkohol F10)

Aufgenommen werden volljährige Männer (aus beiden Indikationsgruppen). Darüber hinaus bestehen keine Altersbegrenzungen. Eine Mitaufnahme von Kindern ist nicht möglich. Die Bewerbung um einen Therapieplatz übernimmt der Bewerber selbst. Oder sie erfolgt über den Kontakt zur betreuenden bzw. vermittelnden Beratungsstelle. Mit Vorliegen der Kostenzusage schlagen wir einen Aufnahmetermin vor. Zwecks Abklärung der Indikation bieten wir ein Vorgespräch an. Bei wohnortsnaher Therapie ist ein solches Gespräch obligatorisch. Die Inanspruchnahme der Rehabilitation erfordert bereits in ihrem Vorfeld von Seiten des Leistungsträgers und der Beratungsstellen eine selektive Indikationsstellung. Diese wird im Bewerbungsverfahren, ausführlicher dann während der Aufnahmephase – vor allem bzgl. einer hinreichend günstigen Prognose im Hinblick auf Motivation und Mitwirkungsbereitschaft - geprüft.

In der Regel wird vor Aufnahme der körperliche Entzug in einer qualifizierten medizinischen Einrichtung durchgeführt und der nahtlose Übergang in die Rehabilitation gewährleistet. Bei Bewerbern aus der Haft erwarten wir eine entsprechende Abstinenzphase und ausreichende Behandlungsmotivation, insbesondere im Hinblick auf die Veränderung delinquenter Verhaltensmuster und zugehöriger Einstellungen.

Unser Therapieangebot richtet sich an Zielgruppen, die sich vor allem durch folgende Merkmale auszeichnen:

- Chronifizierter Konsum von illegalen Drogen mit Abhängigkeitsstatus
- Opiatkonsum und polytoxikomane Konsummuster

- Cannabiskonsum auf hohem Niveau und/oder polyvalente Konsummuster mit Alkohol-, Halluzinogen-, Kokain- oder Amphetaminkonsum
- Begleitende Suchtproblematiken (z. B. Essstörungen, Geldspiel, Internet/PC)
- Komorbide Problematiken (z. B. Persönlichkeitsstörungen, ADHS, Posttraumatische Störungen, Ängste, depressive Störungen)
- Geringe psychosoziale Ressourcen, Defizite bzgl. sozialer Kompetenzen
- Störungen im Bereich familiärer und sozialer Beziehungen
- Schwierigkeiten hinsichtlich kultureller Identität und Integration
- Defizite bzgl. schulischer und beruflicher Qualifikation bzw. Kompetenzen
- Delinquente Sozialisation und kriminelle Karriere

Kontraindikationen liegen vor allem hinsichtlich folgender Merkmale vor:

- akute psychotische und andere schwere psychiatrische Erkrankungen mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung
- akute somatische Erkrankungen, die grundlegende Rehabilitationskompetenzen einschränken

Eine ausreichende diagnostische Abklärung hinsichtlich der skizzierten Merkmale hat vor der Aufnahme zu erfolgen.

4.2.1. Begleitkrankheiten und komorbide Störungen

Infolge eines lange währenden Drogenkonsums bilden sich häufig Begleitkrankheiten und komorbide Störungen aus, die bzgl. der Therapieplanung im Einzelfall von besonderer Relevanz sein können.^{10) 24)} Diese im Hinblick auf die Indikationsstellung möglichst frühzeitig zu erfassen, ist ebenfalls Aufgabe der Diagnostik. Die dabei zugrunde gelegten Leitlinien haben wir in Kap. 4.7.2.3. expliziert. Wiederum beziehen sie sich hier zunächst auf die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“, insbesondere auf den ICF-Praxisleitfaden, BAR (Januar 2006) sowie auf den ICF-Praxisleitfaden, BAR (Februar 2008).⁵⁾ Abhängigkeitssyndrome werden vor allem als komplexe Verhaltens- und Einstellungsmuster betrachtet, die im Kontext biologischer, somatischer, persönlicher, sozialer und kultureller sowie weiterer Bedingungen erlernt werden. In dieser Perspektive sind komorbide Störungen häufig Ergebnis des dabei Mitgelernten.¹²⁾

Darüber hinaus beziehen wir Kriterien der zusätzlich von uns in Anspruch genommenen Theorien der Diagnostik ein. Sie erscheinen uns hinsichtlich einer Klassifikation von Komorbiditäten ebenfalls relevant. So kann z. B. Angst in existential-daseinsanalytischer Betrachtung auch auf Anderes hindeuten als auf eine dysfunktionale Störung (vorausgesetzt, entsprechende Diagnosen nach ICD-10 schließen eine Erkrankung aus). Gleiches gilt für Depressionen. In bestimmter Hinsicht können Angst und Depressionen sogar heilsam sein.²²⁾ Eine Beachtung solcher Unterschiede ist hinsichtlich einer Therapie Drogenabhängiger von nicht geringer Bedeutung, zumal viele von ihnen – insbesondere lange Zeit Opiatabhängige – tief greifende Erfahrungen im Zusammenhang mit Angst und Depressionen gemacht haben.

In der Regel liegt eine ausreichende Befunderhebung bei Therapiebeginn bereits vor, ansonsten lässt sie sich von den zuständigen Stellen – unter Wahrung der Schweigepflicht – leicht beschaffen. Hauptsächlich folgende Begleiterkrankungen bzw. psychische Störungen können in unserer Einrichtung mitbehandelt werden:

Somatische Erkrankungen:

- Virushepatitis (ICD-10: B15 - B19)
- HIV-Krankheit (ICD-10: B20 - B24)

Psychiatrische Erkrankungen bzw. psychische Störungen: ^{24) 33) 39) 41)}

- Psychotische Störungen nach Drogenkonsum (ICD-10: F1x.5)
- Depressive Störungen (ICD-10: F32.0 – 32.1)
- Angst- oder Posttraumatische Belastungsstörungen (ICD-10: F40.0 - F43.9)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10: F60.0 - F69)
- ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10: F90.0, F90.1, F98.8)

Hinsichtlich folgender Indikationen bieten wir ebenfalls therapeutische Interventionen an:

- Störungen des Essverhaltens (ICD-10: F50.0 – F50.8)
- Schlafstörungen (ICD-10: F51.0 - F51.3, F51.5, F51.8)
- Schädlicher Gebrauch von nicht Abhängigkeit erzeugenden Substanzen - z. B. Steroide und Hormone (ICD- 10: F55.0 – F55.8)
- Schädliches Glücksspiel (ICD- 10: 63.0)
 - Schädlicher PC-/Internetgebrauch⁵³⁾ ICD- 10: F63.8)
- Suchtverhalten sexueller Art (ICD-10: F52.7, F63.8)

Erfahrungsgemäß erhöht eine Mit-Behandlung derartiger Erkrankungen bzw. Störungen die Erfolgsaussicht der Therapie.¹⁰⁾ Allein schon im Vorblick auf eine erfolgreiche Nachsorge (Adaptionsphase/Ambulante Nachbetreuung) sind entsprechende Maßnahmen in hohem Maße indiziert. Unsere Abschlussberichte informieren ggf. über erforderliche Nachbehandlungen.

4.3. Rehabilitationsziele

Das vorrangige Ziel der von uns angebotenen medizinischen Rehabilitation besteht wie gesagt darin, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft mittels frühzeitiger Einleitung der erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll auf therapeutischem Wege (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, wie es einen Lebensstil (den eigenen Vorstellungen gemäß) fördert bzw. aufrechterhält, der auf Drogenkonsum (am besten auch Alkoholkonsum) verzichten kann.⁴⁴⁾

Übergreifende Ziele sind:

- Auf Dauerhaftigkeit angelegte (Re-) Integration ins Erwerbsleben und Teilhabe an der Gesellschaft
- Einübung und Stabilisierung drogenabstinenten Verhaltens
- Behebung oder Reduktion körperlicher und psychischer Störungen

Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe nach ICF können z.B. in folgenden Gebieten bestehen:

- Lernen und Wissensanwendung
- Kommunikation und Interpersonelle Interaktionen
- Beziehungen und Mobilität
- Erziehung und Bildung
- Arbeit und Beschäftigung

Grundlegende strategische Ausrichtung

Für nahezu sämtliche Bereiche unserer Rehabilitation haben wir wissenschaftlich begründete Strategien implementiert, die auf eine Aufhebung derartiger Beeinträchtigungen abzielen. Viele von ihnen fördern zugleich Bildung und Erziehung, Arbeitsverhalten, Begabungen, helfen verschüttete Fähigkeiten zu entdecken und auszubauen. Die gruppentherapeutischen Veranstaltungen sind auf Lernen und Wissensanwendung in mehrfacher Hinsicht ausgerichtet, auch auf Erwerb und Förderung von Kompetenzen im Hinblick auf Kommunikation und soziale Interaktionen.^{47) 48)} Ein Großteil unserer Strategien zielt auf die Förderung von Dispositionen und Fähigkeiten, die unerlässlich sind, um in der Arbeitswelt zu bestehen (u.a. Ausdauer, Konzentrationsfähigkeit, Leistungsbereitschaft, Durchhaltevermögen, Erlernen spezifischer sozialer und anderer Handlungskompetenzen).⁴⁵⁾

Unsere Strategieplanung ist bzgl. aller Anwendungsbereiche prinzipiell gleich: sie beruht auf zuvor definierten Hauptzielen, die dann für jeden Rehabilitanden in Kooperation mit dem jeweiligen Bezugstherapeuten und dem therapeutischen Team im Hinblick auf eine Hierarchie von Teilzielen sowie Schrittfolgen der Verwirklichung differenziert, modifiziert bzw. operationalisiert wird. Der Rehabilitand wird aktiv in den Prozess der Zieldefinitionen sowie der Planung und Evaluation von Verwirklichungsstrategien einbezogen (therapeutische Allianz). Wichtige Schritte der Strategieplanung und -evaluation werden protokolliert. Die Protokolle dienen bzgl. des weiteren Verlaufs u. a. der Effektivitätseinschätzung.⁶³⁾

Dabei achten die diagnostizierenden und zugleich therapeutisch handelnden Instanzen darauf, dass die Rehabilitanden damit verbundene Entscheidungsprozesse und Begründungen nachvollziehen können. Mögliche Folge- und Nebenwirkungen, insbesondere bei wichtigen Zielsetzungen bzw. Therapieschritten, werden ausgiebig mit in Betracht gezogen und dem Rehabilitanden gegenüber verdeutlicht. Er wird darauf hingewiesen, dass seine jeweilige Zustimmung einer Vereinbarung gleicht, deren Einhaltung im weiteren Verlauf der Therapie überprüft wird. Die Vereinbarungen sind jeweils Ergebnis eines Diskurses, der grundsätzlich auf Meinungs- und Entscheidungsfreiheit beruht. Er bietet dem Rehabilitanden eine hervorragende Möglichkeit Verantwortung für seine Entscheidungen und Schrittfolgen zu übernehmen, lösungs- und Ressourcen orientiertes Handeln in Bezug auf die eigene Lebensgestaltung zu lernen.

Die Anwendung derartiger Strategien soll der Verwirklichung folgender **Hauptziele** dienen:

- Berufliche Wiedereingliederung bzw. Rückkehr an den Arbeitsplatz
- Stabilisierung und Erhaltung der Abstinenzfähigkeit
- Förderung von Krankheitseinsicht und Änderungsmotivation
- Erkennung, Vermeidung und Bewältigung von Rückfallsituationen
- Entwicklung zufrieden stellender, selbst bestimmter Lebensführung
- Selbstverantwortung übernehmen (Selbstmanagement)
- Konflikt- und Krisenbewältigung
- Klärung von Sinn und Wertfragen
- Hinführung zu einer gesunden Lebensweise

Vorrangig relevant ist das Ziel, die Motivation für berufliche (Re-) Integration und dauerhafte Abstinenz zu stärken. Sie ist aber gerade zu Beginn der Therapie oft starken Veränderungen unterworfen und eine abstinente Lebensweise nach Abschluss der Rehabilitation nicht für alle erstrebenswert. Oft kann sie – selbst bei ausreichender Motivation bzgl. Abstinenz – nur in Kooperation mit nachsorgenden Einrichtungen langfristig stabilisiert werden. Unser Therapieverständnis legt nahe, entsprechende ambivalente Motive und damit verbundene dynamische Prozesse vorbeugend aufzugreifen und in die Therapie mit einzubeziehen (vor allem im Rahmen der Einzel- und Gruppentherapie). Therapeutisch motiviertes Handeln zwecks Vorbeugung von Rückfällen erscheint nur aussichtsreich, wenn begründet eine konstruktive Mitarbeit an einer Abstinenzkultur erwartet werden kann und eine Fortsetzung der Therapie sowohl für den Betroffenen als auch für die Gemeinschaft förderlich ist.³³⁾

4.4. Rehabilitationsdauer

Stammphase

Die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover sieht für die Zielgruppe unserer Rehabilitation - Personen mit gravierenden Abhängigkeitssyndromen bzgl. des Gebrauchs illegaler Drogen, insbesondere mit der Diagnose ‚Opiatabhängigkeit/Polytoxikomanie‘ (s. Kap. 4.2.) - in der Regel eine Rehabilitationsdauer von 22 Wochen vor. Diese wird bereits im Rahmen der Leistungsbewilligung beantragt und geplant. Sie umfasst nach unserem Phasenmodell die Zeitspanne der Stammphase. Die während dieser Phase von uns erhobenen eingangs- und verlaufdiagnostischen Daten geben Aufschluss darüber, ob sie ggf. verkürzt werden kann, ob eine Verlängerung erforderlich oder ggf. eine Anschlussmaßnahme indiziert ist.

Optionale Verlängerung und Verkürzung

Im Fall der Verlängerung ergeht rechtzeitig vor Abschluss der Stammphase ein Zwischenbericht mit entsprechendem Antrag an den Leistungsträger, in dem wir die Indikation ausführlich begründen und eine entsprechende Verlängerungsdauer vorschlagen. Im Hinblick auf eine mögliche Verkürzung erfolgt der Zwischenbericht mit Antragstellung entsprechend früher. Bei gravierenden Abhängigkeitsproblemen und/oder komorbiden Begleiterkrankungen bzw. Störungen reicht die übliche Verweildauer in der Regel nicht aus. Eine Anschlussmaßnahme in Form der **Adaptionsphase** - mit einer Regeltherapiezeit von 12 Wochen - ist meist unerlässlich (s. zur konzeptionellen Gestaltung 4.7.5. und 4.7.13.1.1.)

Nach Beendigung der Adaptionsphase lässt sich eine **ambulante Weiterbehandlung** von in der Regel 6 Monaten anschließen, die wir dringend denjenigen empfehlen, die aufgrund der im Verlauf der Adaptionsphase erhobenen diagnostischen Daten noch nicht ausreichend gefestigt sind, um das therapeutisch Erreichte in eigenverantwortlicher Lebensführung dauerhaft zu gewährleisten (s. zur konzeptionellen Gestaltung 4.7.13.1.2.). Der Entscheidungsprozess bzgl. der Antragstellung ist prinzipiell der gleiche wie bei den zuvor genannten Verfahren. Antragsstellungen für Anschlussmaßnahmen erfolgen jeweils an Hand der vorgesehenen Formulare. Optional sind Verlängerungen möglich.

Darüber hinaus bieten wir **Kurzzeit- bzw. Auffangtherapien** für diejenigen an, die nach erfolgreich absolvierter Rehabilitation und längerer Abstinenzdauer, ggf. Erwerbstätigkeit, wieder mit Drogen rückfällig geworden sind und/ oder Alkoholprobleme bzw. andere Schwierigkeiten vor sich sehen, die sie vorerst nicht bewältigen können. Falls nötig geht eine Entzugsbehandlung voraus. Dieses Angebot ist nur geeignet für Bewerber mit ausreichend Ressourcen sowie einem stabilen, unterstützenden Umfeld. Es gelten individuelle Regeln bzgl. Ausgang und Heimfahrten. Ggf. schließt sich eine ambulante Weiterbehandlung an. Für diese Form der Therapie avisieren wir maximal eine Dauer von 12 Wochen.

4.5. Individuelle Rehabilitationsplanung

4.5.1. Curricula des Lernens

Nach Aufnahme in das Therapiezentrum trifft der Rehabilitand mit dem Team eine Vereinbarung auf Basis der Hausordnung. Sie beinhaltet die maßgeblichen Verpflichtungen, vor allem zur Abstinenz von Alkohol, nicht ärztlich verordneten Medikamenten, zur kooperativen Mitarbeit sowie zum Gewaltverzicht etc. (s. Hausordnung). Im Weiteren führt er mit seinem Bezugstherapeuten ein Erstgespräch, das der Klärung aller wesentlichen Inhalte und Rahmenbedingungen der Rehabilitation dient. Es zielt ausdrücklich darauf ab, dass der Rehabilitand den Sinn der strukturellen und inhaltlichen Vorgaben des Therapieprogramms versteht. Denn ein solches Verstehen ist Voraussetzung für die individuelle Therapieplanung. Stets korrespondiert die individuelle Planung mit der Gesamtplanung.

Wichtigste Instanz der individuellen Therapieplanung ist der Bezugstherapeut. Ihm liegen nicht allein sämtliche Therapieergebnisse vor. Er kennt auch den Rehabilitanden aufgrund der Einzel- und Gruppengespräche am besten, ist sein Fürsprecher in Teamkonferenzen, weiß um seine Ängste, seine Schwächen und Hoffnungen, seine ganz individuellen Ziele. Insbesondere in vertrauensvoller Atmosphäre der Einzelgespräche werden hinsichtlich jeder Phase Ziele und Teilziele, Schrittfolgen der Verwirklichung miteinander abgesprochen und bzgl. unterschiedlicher Therapiebereiche ggf. modifiziert, korrigiert, evaluiert, neue erprobt.

Der Rehabilitationsprozess gliedert sich auf Makroebene in die Stamm-, Adaptions- und ambulante Weiterbehandlungsphase, wobei die beiden letzten Phasen nicht obligatorisch sind. Sie bedürfen jeweils einer besonderen Indikations- und Antragstellung beim Leistungsträger. Die Stammphase wiederum ist – auf ihrer Mikroebene – nach der Eingewöhnungsphase in eine Anfangs-, Klärungs- und Intensivphase unterteilt. Ihnen entsprechen die Stufen I bis III. Sämtliche Phasen sind als hierarchisch aufeinander abgestimmte Curricula konzipiert, die innerhalb des Rehabilitationsprogramms jeweils bestimmte Stufen des Fortschritts markieren und damit stets einen Anreiz bieten, möglichst gut voranzukommen. Mit jeder Höherstufung wachsen die individuellen Freiheitsspielräume und -rechte, zugleich aber auch die Verpflichtungen im Hinblick auf Eigen- und Mitverantwortung. Die Effizienz von Konzeptionen hierarchisch strukturierter Lerncurricula ist sowohl lern- als auch motivationspsychologisch überzeugend belegt.⁶³⁾

Jede Höherstufung auf Makro- und Mikroebene bedarf zuvor einer doppelten Antragstellung – nächst innerhalb der Therapiegruppe, sodann innerhalb des Leitungsteams. Dabei hat der Rehabilitand seinen Antrag ausführlich zu begründen und sich kritischer Rückfragen stellen, die nicht selten konfrontativ erfolgen und zu kontroversen Auseinandersetzungen führen. Möchte ein Antragsteller z. B. die zweite Stufe erklimmen, hat er im Plenum der Gruppe zunächst seine Lebensgeschichte zu erzählen (auf die dann kritisch Bezug genommen wird), des weiteren Stellung zu beziehen, was seine bisherige Teilnahme am Therapieprogramm betrifft. Die Gestaltung damit verbundener Gruppenprozesse ist am Modell des ‚Peer-Review‘ orientiert. Jedes Gruppenmitglied gibt anschließend einen Kommentar mit Bewertung ab und begründet diese. Der Gruppenleiter (Therapeut) moderiert den Verlauf dieser Veranstaltung und legt darüber hinaus die Ergebnisse aus den Therapieprogrammen vor, an denen der Antragsteller teilgenommen hat und aus denen hervorgeht, inwieweit dieser die vorgegebenen Therapieziele erreicht hat – z. B. in Bezug auf sein Arbeitsverhalten. Abschließend erfolgt eine Abstimmung bzgl. Annahme oder Ablehnung des Antrags.

Das Ergebnis der Abstimmung wird protokolliert und der nächsten Teamkonferenz vorgelegt. Diese entscheidet dann endgültig über den Antrag, wobei der Rehabilitand nochmals zu einer Stellungnahme eingeladen wird. Beim Antrag auf Stufe III ist das Prozedere am ausführlichsten, nicht zuletzt deshalb, weil das Durchlaufen der letzten Phase ggf. über eine Verlängerung bzw. Weiterführung der Maßnahme in der Adaptionsphase entscheidet und auf dieser Stufe erst Heimfahrten möglich sind. Diese müssen ebenfalls beantragt werden - ebenso wie die schon auf Stufe II möglichen Tagesfahrten. Unter anderem hat der Proband beim Antrag auf Stufe III die Aufgabe, ein Bild zu malen (oder eine Collage zu fertigen), das (die) sich lebensgeschichtlich thematisch auf Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft bezieht und dabei Fragen seitens der Mitarbeiter zu beantworten, die an das Dargestellte anknüpfen – etwa mit den Fragen: Wie bewerten Sie ihren Therapieverlauf bisher? Was ist gut gelaufen, was weniger? Wo gab es Schwierigkeiten? Woran lag das Ihrer Meinung nach? Was lernen Sie daraus für die Planung der nächsten Stufe? Was sind Ihre Nah- und Fernziele? Wie möchten Sie diese erreichen?

Vor diesem Hintergrund finden auch Rückfälle - ggf. Modifikationen therapeutischer Maßnahmen (z. B. Rückstufungen, Besinnungszeiten) - ihre Besprechung (s. Kap. 4.7.11. Rückfallmanagement). Die Team-Konferenzen regeln auch das Beschwerdemanagement. Die folgende Übersicht stellt noch einmal die Struktur der Phasen und deren ungefähre Dauer dar:

4.5.2. Rehabilitationsphasen

Makroebene

- Stammphase (22 Wochen)
- Adaptionsphase – optional (12 – 16 Wochen)
- Ambulante Weiterbehandlung optional (ca. 6 Monate)

Mikroebene – nur in der Stammphase

- Eingewöhnungsphase (2 Wochen)
- Anfangsphase (4 - 6 Wochen) = Stufe I
- Klärungsphase (6 – 8 Wochen) = Stufe II
- Intensivphase (8 – 10 Wochen) = Stufe III

4.6. Rehabilitationsprogramm

Das Element ‚Diagnostik‘ ist in unserer Konzeption vorrangig von Gewicht, weil die gesamte Therapieplanung auf den Ergebnissen der Diagnostik aufbaut. Gleichwohl dürfen diese im Zusammenhang mit den übrigen Elementen nicht über Gebühr Zeit und Leistungsaufwand beanspruchen. Gewichtung und Steuerung der Rehabilitationselemente in ihrem dynamischen Verhältnis zueinander obliegen zentral der medizinisch-therapeutischen Leitung. Diese bezieht sich dabei vor allem auf die Ergebnisse der Team-Konferenzen.

Abbildung: Modell Diagnostik

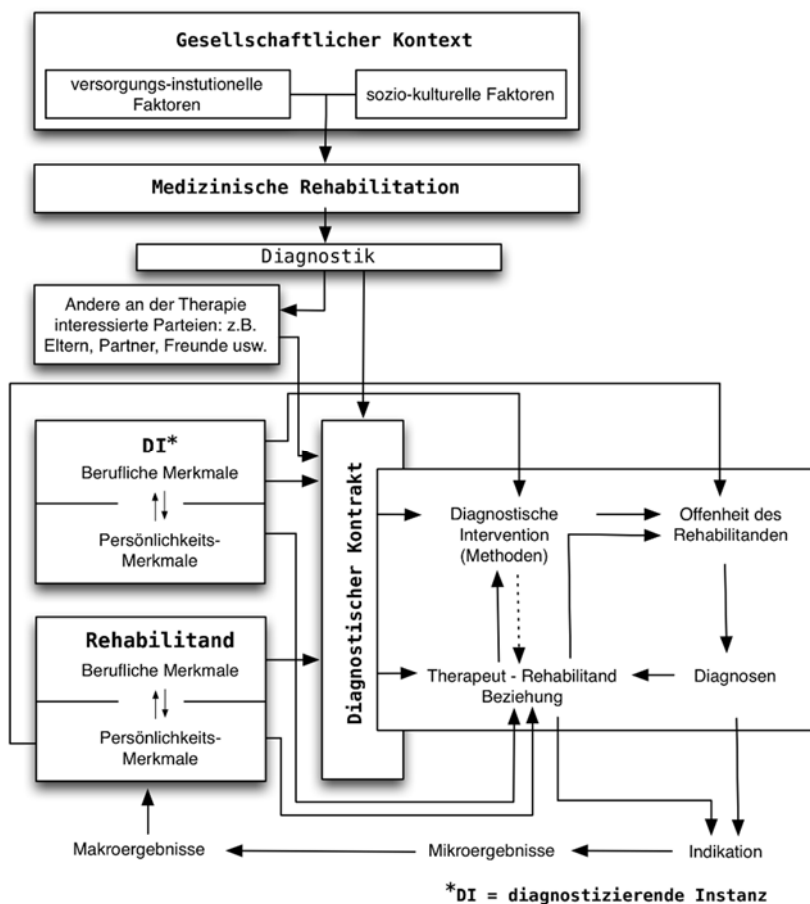
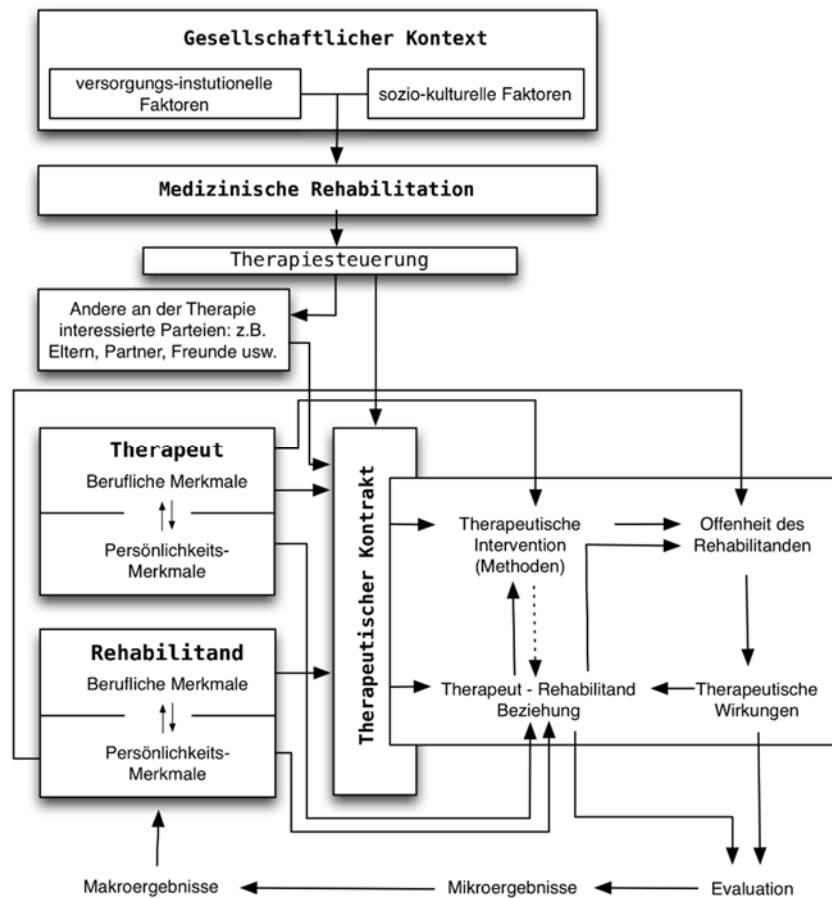


Abbildung Modell Therapiesteuerung



Das Rehabilitationsprogramm bezieht sich hauptsächlich auf folgende Bereiche (deren Inhalte werden in den Kapiteln 4.7.3 bis 4.7.12. ausführlicher dargestellt):

Medizinische Therapie

- Medizinische Behandlung und Beratung (durchgeführt von der ärztlichen Leitung in enger Kooperation mit den Konsiliarärzten)
- Medikamentenausgabe, Medikationskontrolle (täglich), Laborprüfungen, bei Bedarf pflegerische Handlungen - nach Anweisung der ärztlichen Leitung (durchgeführt von einer Krankenschwester)

Psychologische/Pädagogische Therapie

- Einzeltherapie
 - Vorwiegend klärungsorientiert (geleitet vom Psychologen bzw. Psychologischen Psychotherapeuten)
 - Vorwiegend therapeutisch orientiert (geleitet vom Sozialtherapeuten bzw. Psychologischen Psychotherapeuten)
- Gruppentherapie
 - Vorwiegend klärungsorientiert (geleitet vom Psychologen, Psychologischen Psychotherapeuten oder Sozialtherapeuten)
 - Vorwiegend therapeutisch orientiert (geleitet vom Psychologischen Psychotherapeuten oder Sozialtherapeuten)
 - Vorwiegend kreativitätsorientiert (geleitet vom Dipl. Pädagogen/ Psychologen)

- Im Rahmen von Gruppenveranstaltungen
 - Informationen zu medizinischen Themen (Gesundheitspflege/Ernährung etc.), vorwiegend schulungsorientiert (geleitet vom Therapeuten)
 - Arbeitsbesprechung im Plenum, 3x pro Woche jeweils 30 min. an den Tagen mit Arbeitsschwerpunkt (geleitet vom Psychologen, Ergotherapeuten oder Sozialtherapeuten)
 - Tagesschau täglich (werktags), jeweils ca. 30 min., nach Beendigung des Haupttherapieprogramms (geleitet vom Psychologischen Psychotherapeuten, Ergotherapeuten oder Sozialtherapeuten)
- Im Rahmen der Angehörigen-/Partnergespräche
 - Vorwiegend beratungs- und klärungsorientiert (geleitet vom jeweiligen Bezugstherapeuten, ggf. in Kooperation mit dem leitenden Team)
- Im Rahmen der Arbeitstherapie
 - Holz- und Metallwerkstätten, Garten- und Landschaftsbau, Hausrenovierung, Hauswirtschaft und Bürokommunikation (geleitet von Fachbereichsleitern z.T. mit Ausbildungsberechtigung und Sozialtherapeuten)
- Im Rahmen von Ergotherapie (geleitet vom Ergotherapeuten)
- Im Rahmen von Sporttherapie (geleitet von qualifiziertem Fachbereichsleiter)
- Im Rahmen von Freizeittherapie (geleitet von Sozialtherapeuten/Sozialarbeitern/qualifizierten Ex-Usern)
- Im Rahmen der Lehrküche inklusive Ernährungsberatung -1x in 14 Tagen jeweils etwa 4 Stunden (geleitet von der Oecothrophologin)
- Im Rahmen des hausinternen Sozialdienstes (Kooperation mit Ämtern/Behörden, Beratung und pädagogische Begleitung in sozialen Angelegenheiten, z.B. Justizangelegenheiten, Schuldnerberatung, Berufsklä rung, Bewerbungstraining) – geleitet vom Sozialpädagogen

Der spezifische Anteil jeder Leistungsform in Bezug auf den wochenzeitlichen Verlauf geht aus dem Wochenplan hervor.

4.7. Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Mit dem Antrag auf Kostenübernahme liegen medizinische Gutachten, Sozialbericht der vermittelnden Beratungsstelle sowie abschließende Befunde bzgl. der Entzugsbehandlung in der Regel bereits vor. Die in ihnen enthaltenen Informationen geben erste wichtige Anhaltspunkte für die Behandlungsplanung. Bei Bedarf werden Ergebnisse bisheriger Rehabilitationsbehandlungen angefordert. Im Hinblick auf Diagnosen von Störungen und/oder Begleiterkrankungen wird geprüft, ob diese mit den zur Verfügung stehenden Mitteln gebessert bzw. beseitigt werden können. Erste Hinweise ergibt die Auswertung des Fragebogens (SP 8) sowie des eingangpsychologischen Tests (SCL-90 –S) innerhalb der ersten drei Tage.

Motivationsschwankungen und Ambivalenzen bzgl. der Abhängigkeitserkrankung erfordern besonders in der Aufnahmephase klare Vereinbarungen und geregelte Strukturen, um sowohl die Therapieplanung als auch die persönliche Ausgangslage des Rehabilitanden nicht zu überfordern. Die Modalitäten der Aufnahme- und Eingewöhnungsphase sind im Qualitätsmanagementhandbuch beschrieben. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass der aktuelle allgemeinmedizinische sowie psychische Zustand am Aufnahmetag ausreichend diagnostiziert, die erforderlichen medizinischen Verordnungen festgelegt und – falls erforderlich - weitere fachärztliche Untersuchungen eingeleitet werden. Auch die bisherigen Prognosen und Indikationsstellungen werden einer Prüfung unterzogen, Erwartungen, Ziele und Fragen mit dem Rehabilitanden besprochen, ggf. besondere Hilfen gewährt.

4.7.2. Rehabilitationsdiagnostik gemäß BORA

Von zentraler Bedeutung für die Gesamtdiagnostik in unserer Einrichtung ist gemäß BORA die arbeitsbezogene Diagnostik. Die Diagnostik aller übrigen Reha-Bereiche ist auf sie hin ausgerichtet. Vorrangige Aufgaben der von uns angebotenen Diagnostik beziehen sich auf die gründliche diagnostische Abklärung arbeits- und berufsbezogener Ausgangsbedingungen sowie Kontextfaktoren, die Feststellung aktueller Beschwerden und problematischer Befindlichkeiten gleich zu Beginn (Eingangsdagnostik) sowie während der Rehabilitation (Verlaufsdagnostik) - in Einheit mit der medizinischen, psychologischen und pädagogischen Diagnostik. Gegen Ende der Maßnahme erfolgt eine Zusammenfassung der Ergebnisse im Sinne einer Bilanzierung mit prognostischer Einschätzung (Abschlussdiagnostik).

Die Ergebnisse der Eingangsdagnostik sind jeweils Grundlage einer ersten individuellen Rehabilitationsplanung, die im Verlauf der weiteren Diagnostik ständig modifiziert (optimiert) wird. Diese Vorgehensweise dient vor allem dem Ziel Fördermöglichkeiten und Ressourcen ebenso wie Hemmnisse und Beeinträchtigungen möglichst frühzeitig und differenziert zu erkennen bzw. hinsichtlich der unterschiedlichen Therapiebereiche handlungsleitend zu konkretisieren. Ein wichtiges Anliegen ist dabei, dem Rehabilitanden die Befunde, Ziele und Methoden von Diagnostik und Therapie verständlich zu machen sowie eingehend mit ihm zu erörtern, wie die jeweils nächsten Teil-Ziele über konkrete Schritte erreicht werden können.⁶⁰⁾

4.7.2.1. Diagnostik und Therapieplanung

Therapie und Diagnostik bedingen sich wechselseitig.^{25) 71)} Die pädagogisch bzw. therapeutisch handelnden Mitarbeiter (dazu gehören auch die beauftragten Ex-User) sind zugleich – etwas formal ausgedrückt – individuell diagnostizierende Instanzen. Sie bringen ihre Diagnosen in die Gespräche jenes Teams ein, das sich als übergreifende diagnostizierende, Therapie planende sowie steuernde Instanz versteht. Letztlich entscheidet stets die ärztliche Leitung. Bei Krisen ist eine verstärkte ärztliche Betreuung möglich. 2x pro Woche tagt als weitere diagnostizierende, Therapie planende und steuernde Instanz das kleinere therapeutische Leitungsteam (falls erforderlich ebenfalls öfter), bespricht auf der Basis von Ergebnissen aus dem Plenum die Situation der Rehabilitanden im Einzelfall (Case-Management),^{57) 75)} koppelt die Ergebnisse zurück an die Gespräche im großen Team und nimmt die Ergebnisse der Rückkopplung hinein in eine Fortsetzung der Therapieplanung und -evaluation, wobei auf allen Ebenen zugleich aktuell neue Diagnosen Berücksichtigung finden.

Sowohl die wichtigsten Ergebnisse der diagnostizierenden Instanzen im Einzelnen als auch diejenigen auf der Ebene ihres wechselseitigen Dialogs werden protokolliert und bilden jeweils die Grundlage für eine wechselseitige Bilanzierung der aktuellen Lage sowie für prospektive strategische Überlegungen und Entscheidungen (ggf. Korrekturen) – nicht zuletzt im Sinne einer internen Effektivitätskontrolle (Qualitätsmanagement).⁶⁾

4.7.2.2. Zielsetzungen der Diagnostik

So gesehen wird allein an einem Tag für jeden Therapieteilnehmer eine Vielzahl von Diagnosen erstellt – zum einen von Seiten der Mit-Teilnehmer, zum anderen von Seiten des therapeutischen Teams -, auch wenn sie nicht eigens expliziert, im Weiteren protokolliert werden. Insbesondere die klärungsorientierten Gruppenveranstaltungen bieten den Rehabilitanden ein geeignetes Forum sich selbst und die jeweils anderen in Bezug auf das Verhalten im täglichen Miteinander zu diagnostizieren. Sie fungieren dann ebenfalls als diagnostizierende Instanzen, wobei der sie unterstützende Therapeut diese Prozesse mehr oder weniger moderiert bzw. steuert. Die Ergebnisse dieser Gruppenveranstaltungen werden protokolliert und gehen wiederum in die Team-Konferenzen ein. Und schließlich diagnostiziert sich jeder Patient unablässig selbst – hat ein Bild von sich selbst -, oftmals

auch eigene Theorien hinsichtlich der Genese seiner Sucht entwickelt, modifiziert diese ständig, ob er es weiß oder nicht.

Derartige Theorien lassen sich sowohl in den Einzel- als auch in den Gruppentherapien thematisieren – im Einzelgespräch vor allem im Rahmen von Methoden, die auf eine Rekonstruktion subjektiver Theorien zielen. Unsere problem- bzw. klärungsorientierten Gruppentherapien eröffnen in dieser Hinsicht ebenfalls wichtige diagnostische Möglichkeiten. Ein vorrangiges Ziel unserer Datenerhebung besteht darin, die skizzierten vielfältigen Modi der Diagnostik für jeden Patienten möglichst umfassend, vielschichtig und zeitnah hinsichtlich der jeweiligen Bestimmung von Teil- und Gesamtzielen mit Schwerpunkt Arbeits- und Berufsorientierung (indikationsleitend) nutzbar zu machen (individuelle Therapieplanung).⁷⁰⁾

4.7.2.3. Methoden der Diagnostik

Im Zuge einer ersten arbeitsbezogenen sowie medizinisch-psychologischen Exploration der Suchterkrankung benutzen wir unterschiedliche Screening-, Assessment- und Testverfahren, Anamnese-, Gesprächs- diagnostische Methoden ⁹⁰⁾ – etwa auch den Deutschen Kerndatensatzes (KDS), der differenzierte Informationen vor allem hinsichtlich folgender Bereiche ermöglicht: Art, Umfang, Status und subjektive Relevanz des jeweiligen Substanzgebrauchs, typische Verlaufsmomente des Erlebens und Verhaltens in Verbindung mit bisherigen Arbeits- und Berufserfahrungen, Drogen-, Alkoholkonsum- und Suchterfahrungen, situativ relevante Bedingungen wie etwa Wohn- und Schulsituation, peer-group, belastende Lebensereignisse vor dem Hintergrund der biographischen Entwicklung und wichtiger soziodemographischer Daten. Die Ergebnisse lassen in der Regel bereits erkennen, inwieweit schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit vorliegt, in welchem Kontext das Suchtverhalten erfolgte, in welcher Hinsicht Sucht generierende bzw. stabilisierende Zusammenhänge mit bestimmten Lebensereignissen, psychischen Belastungen, Persönlichkeitsdefiziten, Arbeits- und Berufsbedingungen korrelieren, inwieweit Komorbidität vorliegt, wo auf schützende Faktoren und/oder Kompetenzen zurückgegriffen werden kann, inwieweit Problemeinsicht, Abstinenzmotivation und entsprechende Ressourcen vorhanden sind.

Insbesondere bzgl. einer diagnostischen Abklärung von Komorbiditäten wird schon während der ersten drei Tage nach Therapiebeginn sowohl eine medizinisch/psychiatrische als auch psychologische Untersuchung durchgeführt und ggf. eine weitere (z.B. internistische) Befunderhebung eingeleitet.^{41) 77)} Anschließend erfolgt in den Einzelgesprächen, die pro Rehabilitand einmal in der Woche stattfinden, zunächst die biographische Arbeits- und Berufsanamnese ^{15) 18)} sowie die Exploration der Suchtgenese mit Erstellung indikationsleitender Hypothesen, im weiteren nach ca. 6 Wochen die Fortsetzung der testdiagnostischen Datenerhebung mittels PSSI (s. Kap. 4.7.2.3.1), wobei die Auswertungsergebnisse bzw. Indikationsstellungen eingehend mit dem Rehabilitanden besprochen und auf dieser Basis Therapieziele sowie Schrittfolgen zwecks Erreichung damit verbundener Soll-Zustände erarbeitet werden. Parallel erfolgt die Diagnostik in der Arbeits- und Ergotherapie sowie in den anderen Bereichen.

In die Analyse einbezogen werden vor allem thematisch relevante motivationale, emotionale und kognitive Aspekte der Biographie ebenso wie aktuelle Aspekte subjektiver Befindlichkeit in arbeits- und berufsbezogener Perspektive. Im Verlauf der störungsspezifischen Verhaltensanalyse beispielsweise wird dann in Kooperation mit dem Rehabilitanden ein individuelles Modell bezüglich Therapieplanung, Durchführung und Überprüfung der vorgesehenen Maßnahmen abgesprochen, das wiederum zentral auf arbeitsbezogene Interventionen rekurriert. Vergleichbares erfolgt im Verlauf der Datenerhebung mit Hilfe der übrigen diagnostischen Methoden.²⁰⁾ Neben der psychologischen, arbeitsbezogenen und medizinischen Diagnostik kommt auch – wenngleich in geringerem Ausmaß – eine Diagnostik Klinischer Sozialarbeit zum Tragen.¹⁰⁶⁾

4.7.2.3.1. Psychologische Diagnostik

Erhebungsinstrumente stehen hinsichtlich dreier unterscheidbarer Richtungen zur Verfügung – in hohem Maße standardisierte, halbstandardisierte und weniger standardisierte diagnostische Methoden. Die Daten bzgl. der beiden letztgenannten Methoden werden hauptsächlich über teilnehmende Beobachtung (Protokollierung) erfasst.

4.7.2.3.1.1. Testdiagnostik

In hohem Maße standardisierte diagnostische Methoden

- Fragebogen zur Erfassung der subjektiven Befindlichkeit bei Therapiebeginn (SF-8)
- Symptom-Checkliste/Fragebogen mit 90 Items (SCL-90-S) von Derogatis et al.:
Die SCL-90-S misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person zu Beginn und am Ende der Therapie – das Ausmaß der psychischen Belastung. Sie bietet eine mehrdimensionale Auswertung mit der Möglichkeit der Messwiederholung.
- Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI):
Das PSSI ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen quantifiziert. Diese gelten als nicht-pathologische Entsprechungen der in DSM-IV und ICD-10 beschriebenen Persönlichkeitsstörungen. Das Inventar besteht aus 140 Items, die 14 Skalen zugeordnet sind
- Selbstachtsamkeitstest – ESV (Eigenschaften – Situationen - Verhaltensweisen) bei Bedarf
- Stress-Test (S-T) bei Bedarf

4.7.2.3.1.2. Gruppenbezogene Diagnostik

In geringerem Maße standardisierte diagnostische Methoden:
Im Rahmen der klärungsorientierten Gruppenveranstaltungen

- Verhaltensanalyse
- Gesprächsanalyse
- Diagnostik bzgl. Indikationskriterien der (Kognitiven) Verhaltenstherapie
- Diagnostik bzgl. Indikationskriterien der Rational Emotiven Therapie
- Daseinsanalytische Exploration von Befindlichkeit in Leib- und Weltbezügen (z.B. Drogenszene), kognitiven Schemata, Einstellungsmustern etc.

4.7.2.3.1.3. Einzelfallbezogene Diagnostik

Im Rahmen der Einzelgespräche und der Verhaltensbeobachtung ⁷⁰⁾

- Diagnostik bzgl. Indikationskriterien der ICF und ICD-10-GM Klassifizierungen
- Diagnostik bzgl. Indikationskriterien der Verhaltenstherapie
- Diagnostik bzgl. Indikationskriterien der Tiefenpsychologie
- Diagnostik bzgl. Indikationskriterien der Systemischen Therapie
- Diagnostik insbesondere bzgl.
 - Erhebung der biographischen Anamnese/ Suchtgenese
 - Erhebung subjektiver Theorien des Rehabilitanden zur eigenen Suchtgenese ¹⁰⁷⁾
 - Qualitativ-biographischer Interviews/narrativer Exploration und Hermeneutik ³⁶⁾
- Daseinsanalytische Exploration ³⁵⁾

4.7.2.3.2. Arbeits- und Ergotherapie bezogene Diagnostik

Drogenabhängigkeit kennzeichnet bereits an sich eine besondere berufliche Problemlage (BBPL) und erfordert eine spezifische Ausrichtung der Interventionen, die über allgemeine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) hinausgehen. Betroffene Rehabilitanden sind vorwiegend der Bora-Zielgruppe 5 zuzuordnen.

Ziele der berufsorientierten Diagnostik

Die berufsbezogene, anforderungsorientierte Diagnostik dient dazu, die physische und psychische Belastungsfähigkeit von Rehabilitanden einzuschätzen; d. h. zu klären, inwieweit das Fähigkeitsprofil dem Anforderungsprofil der Tätigkeit bzw. einem konkret in Aussicht stehenden Arbeitsplatz entspricht. Anforderungsorientiert heißt in diesem Zusammenhang, dass die individuelle Belastungssituation anhand eines Fähigkeits- und Anforderungsprofils sichtbar gemacht und analysiert wird. Die identifizierten Überforderungen, Engpässe oder Defizite sind Grundlage für die Festlegung konkreter individueller Rehabilitationsziele.

Screenings und Assessments zur besonderen beruflichen Problemlage

Nach Maßgabe des BORA-Konzepts besteht die Vorgehensweise zunächst darin, die **Ausgangsbedingungen**, insbesondere die mit Drogenabhängigkeit verbundenen besonderen beruflichen Problemlagen, möglichst umfassend und detailliert mittels klinischer Untersuchungen, arbeits- und berufsbezogener Anamnesen sowie Assessment- und Screening-Verfahren Zielgruppen adäquat für jeden Rehabilitanden individuell abzuklären bzw. Indikation leitend zu diagnostizieren und als Grundlage für die Teambesprechungen zu dokumentieren. Der Vergleich von Ergebnissen der eingangs- und verlaufdiagnostischen Verfahren erlaubt die Erstellung von Leistungs- bzw. Fähigkeitsprofilen. Bei dem Profilvergleich geht es darum, sowohl Überforderungen als auch Unterforderungen zu identifizieren. Mit den Rehabilitanden werden anschließend die Therapieziele sowie individuelle Therapiepläne vereinbart. Das Screening beruflicher Problemlagen ist mit Inanspruchnahme der im Folgenden aufgeführten Screening-Instrumente gewährleistet. Die Ergebnisse sind Voraussetzung für die Entwicklung individueller Interventionsstrategien. Folgende **Instrumente** der berufsbezogenen Diagnostik kommen zum Tragen:^{89)90) 92)}

Screening-Instrumente	Assessment-Instrumente
<ul style="list-style-type: none"> • SIMBO C • Würzburger Screening/ Klinik-Version • IRES (Indik. Reha Status) • WIR (Worker-Roll-Interview) • WAI (Work Ability Index) 	<ul style="list-style-type: none"> • AVEM -Standard (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster) • OSA (Occup. Assessment) • MELBA (1 + 2)

Weitere Instrumente
<ul style="list-style-type: none"> • Auswertung von Produkten der Ergotherapie (z.B. angefertigte Werkstücke) • Anforderungsorientierte Verlaufdiagnostik (Leistungsbeobachtung) • Arbeitsanalyse/ Teilnehmende Beobachtung – Protokollierung/Fragebögen/Auswertung • Gesprächskonferenz der an Ergo- bzw. Arbeitstherapie beteiligten Mitarbeiter (diagnostizierende Instanzen) im Sinne einer integrativen Diagnostik

4.7.2.3.2.1. Diagnostik in Bezug auf Aktivitäten und Teilhabe

- Diagnostik arbeitsbezogener Leistungsfähigkeit, beruflicher Qualifikation, Interessen und Kompetenzen (Strukturierte Anamnese im Statusbogen der Arbeitstherapie, Diagnostisches Inventar bzw. Befunderhebung seitens der Ergotherapie), aber auch bzgl. Teilnahme an Arbeiten im hauswirtschaftlichen Bereich, im individuellen Bereich (z.B. Pflege des eigenen Zimmers), an Rehabilitanden-Interessengruppen (z.B. Wahl des Gruppensprechers, Übernahme von ‚Patenschaften‘ für Neuankömmlinge), insbesondere in den Arbeitsbereichen (Teilnehmende Beobachtung, Verhaltensanal.)
- Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe in Anlehnung an ICF (zweite Ebene)
- Diagnostik der Motivation bzgl. zukünftiger Erwerbstätigkeit, Teilhabe an Gruppen- bzw. Freizeitaktivitäten, Mitwirkungs- und Veränderungsbereitschaft in den Hauptbereichen der Rehabilitation, Fähigkeiten und Interessen, Selbstbeschäftigung, Umgang mit Langeweile etc. (Teilnehmende Beobachtung, Verhaltensanalyse)
- Diagnostik im Hinblick auf Gesundheitsförderung während der Rehabilitation – körperliche bzw. sportliche Verfassung (Diagnosebereiche Sport- und Freizeitverhalten), Fähigkeiten, Leistungsvermögen, Defizite
- Diagnostik bzgl. der Erstellung des Sozialberichts, der Sozialanamnese, Erfassung und Bearbeitung weiterer Sozialdaten, der finanziellen, juristischen und beruflichen Situation sowie evtl. belastender Faktoren wie z. B. unsicherer Aufenthaltsstatus, Verschuldung, offene Gerichtsverfahren oder unklare berufliche Vorstellungen, Prüfung von Dokumenten, wie z.B. Schul- und Arbeitszeugnisse, Gesellenbriefe, Sozialversicherungsausweise, Aufenthalts- und Arbeitsgenehmigungen, Kontakte mit ‚Arge‘, Sozialberatern, Arbeitgebern

4.7.2.3.2.2. Diagnostik in Bezug auf Ressourcen und Kontext

- Diagnostik in Bezug auf Ressourcen und Fähigkeiten, evtl. verschüttete Begabungen, Leistungsvermögen, Kompetenzen im Hinblick auf unterschiedliche Arbeits- und Freizeitbereiche, selbstverantwortlichen Umgang mit Zeit, Finanzen etc. (Teilnehmende Beobachtung, Verhaltensanalyse)
- Exploration von Unterstützungsbereichen im sozialen Kontext wie etwa Freundeskreis, Familie, Partnerschaften, Vereine, aber auch von Defiziten

4.7.2.3.3. Diagnostik Klinischer Sozialarbeit

- Diagnostik der Erziehungs- und Bildungserfahrungen jedes Rehabilitanden im Rahmen der Biographischen Anamnese
- Diagnostik Klinischer Sozialarbeit in Bezug auf Ziel-Mittel-Relationen, Folge- und Nebenwirkungen des Handelns (im Rahmen der Rehabilitation insgesamt) - protokollierte Verhaltensbeobachtungen
- Evaluationsdiagnostik und Prognostik bzgl. des pädagogischen Handelns - im Rahmen von Konferenzen des therapeutischen Leitungsteams/Protokollierung und Dokumentation

4.7.2.4. Medizinische Diagnostik

Die medizinische Eingangsdiagnostik berücksichtigt bereits vorliegende Befunde bzw. Berichte von Haus- und Fachärzten, Einrichtungen der Akutmedizin und Rehabilitation⁷⁾ und ist **an den Klassifikationskriterien von ICD-10 und ICF orientiert** - ebenso wie die Diagnose körperlicher sowie psychischer Folge- und Begleiterkrankungen. Zu Beginn der Behandlung erfolgt eine umfassende medizinische Diagnostik um festzustellen, welche akuten oder chronischen Befunde aktuell vorliegen. Zu ihr gehört auch eine erste Befunderhebung im bzgl. Leistungskompetenzen und Defizite im Hinblick auf zukünftige Erwerbstätigkeiten. Anschließend wird der medizinische Behandlungsbedarf geklärt und ggf. eine weitere Diagnostik (z. B. bzgl. Laboruntersuchungen) durchgeführt und/oder

fachärztliche Differentialdiagnostik zur Abklärung von körperlichen und/oder psychiatrischen komorbiden Störungen eingeleitet.⁷²⁾ Die Ergebnisse der medizinischen Diagnostik werden im Bereich der Team-Konferenzen ständig mit denen der übrigen Diagnostik verglichen. Hinsichtlich der Rehabilitationsplanung sind insbesondere folgende Befunde von Bedeutung:

Körperliche Folge- und Begleiterkrankungen

Z.B. Virushepatitis (ICD-10; B15 - B19) oder HIV-Erkrankung (ICD-10; B20 - B24). Zwecks Abklärung der somatischen Befunde bzw. Weiterbehandlung erfolgt die Vorstellung bei zuständigen Fachärzten, wie z. B. in der Leberambulanz (Kliniken in Braunschweig und Wolfsburg/Medizinische Hochschule Hannover). Psychiatrisch zu behandelnde Störungen: bei Verdacht auf neurologische und/oder psychiatrische Erkrankungen werden Patienten zwecks diagnostischer Abklärung dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (Chefarzt der Abteilung für Suchterkrankungen im AWO-Psychiatriezentrums Königslutter) vorgestellt, der regelmäßig sowie bei aktuellem Bedarf in unserer Einrichtung Sprechstunde hält.

Psychische Folge- und Begleiterkrankungen

Die unter 4.2.1. dargestellten psychischen Folge- und Begleiterkrankungen kommen relativ häufig vor. Infolge jahrzehntelanger Abhängigkeit von illegalen Drogen sowie gravierender psychischer und sozialer Belastungen entstehen oftmals außerdem – häufig verstärkt während langer Haftzeiten - aggressiv-destruktive Verhaltensmuster in Verbindung mit stereotypen Männlichkeitsrollen,^{30) 42)} die einen entsprechenden Persönlichkeitsstil prägen⁸⁵⁾ und oft mit komorbiden Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10; F60 - F69) einhergehen. Erfahrungsgemäß belasten derartige Störungen in hohem Maße die Therapiegruppe und stellen die Gruppentherapie immer wieder vor erhebliche Herausforderungen.

4.7.2.5. Dimensionen der Datenerhebung

Sämtliche Therapiebereiche wie etwa Arbeits-/Ergo-, Sport-, Kreativ – und Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Gestaltung des privaten Umfeldes (z.B. der Außenbeziehungen – Freundschaften, Familienbeziehungen), der Heimfahrten und Praktika, der Kontakte mit relevanten Behörden (Arbeitsamt, Justiz etc.) sind zugleich diagnostisch relevante Bereiche. Es würde über den Umfang der vorliegenden Konzeption hinausgehen sie im Einzelnen aufzulisten oder gar deren methodische Implikationen zu beschreiben. Die Diagnostik versucht jeweils ein möglichst umfassendes Bild darüber zu erhalten, wie sich der Rehabilitand auf diesen Ebenen situationsspezifisch verhält, was er dabei erlebt, welche Schwierigkeiten, ggf. Defizite er dabei hat. Sie wird hauptsächlich von den diagnostizierenden Instanzen (Leitungs-, Bereichs- und Plenumsteams) erstellt, dokumentiert und für die weitere Therapieplanung genutzt. In diese Diagnosen geht z.B. auch ein, was die Mitarbeiter des Abend-, Nach- und Wochenenddienstes oder der Freizeitbegleitung dem therapeutischen Team mitteilen.

Erstellt wird für jeden Patienten eine:

- Eingangsdiagnostik und -prognostik
- Verlaufsdagnostik und -prognostik
- Abschlussdiagnostik und -prognostik

Jeweils während der folgenden Phasen:

- Stammphase (Eingangs- und Verlaufsdagnostik, ggf. Abschlussdiagnostik/-prognostik)

(Indikativ während der)

- Adaptionsphase (Verlaufs- und Abschlussdiagnostik/-prognostik)

- Ambulante Weiterbehandlung (Verlaufs- und Abschlussdiagnostik/-prognostik)

4.7.3. Medizinische Therapie

In der von uns angebotenen medizinischen Rehabilitation trägt die ärztliche Leitung (der Psychiater und Chefarzt der Abt. für Suchterkrankungen im AWO Psychiatriezentrum Königslutter, die Internistin/Sozialmedizinerin) die fachliche Verantwortung für die Gesamtbehandlung in einem multiprofessionellen Team. Die medizinische Versorgung wird von der leitenden Ärztin – bei Bedarf in täglicher Sprechstunde - und regelmäßigen Visiten sowie in verbindlichen Zwischen- und Abschlussuntersuchungen durchgeführt. Auch die medizinische Therapie ist nach Maßgabe der BORA-Kriterien zentral auf die (Re-) Integration ins Berufsleben ausgerichtet. Es besteht eine enge Kooperation mit niedergelassenen Fachkollegen (z. B. Zahnarzt, Internist, Augenarzt, HNO-Arzt, Orthopäde) zwecks besonderer fachärztlichen Abklärung und Behandlung. Bei medizinischen Notfällen greift das Notfallmanagement (s. Kap.10.).

Aufgrund der räumlichen Nähe und der vertraglich vereinbarten Kooperation ist eine sofortige, aufeinander abgestimmte Kooperation, die Erreichbarkeit in Krisenverläufen und die Vertretung in Abwesenheit gewährleistet. Regelmäßig finden im Therapiezentrum unter Leitung des kooperierenden Facharztes für Psychiatrie und Neurologie die Fachkolloquien zu psychiatrischen Maßnahmen mit der behandelnden Ärztin und den Therapeuten statt, wobei entsprechende Indikationen sowie Behandlungsstrategien abgesprochen und überprüft werden. Während der ärztlichen Sprechstunden erfolgt zugleich die Aufklärung über Begleit- und Folgeerkrankungen, die Behandlung interkurrenter Erkrankungen, die Beratung in Fragen gesundheitsfördernder Maßnahmen oder des Umgangs mit dauerhaften Beschwerden sowie beruflicher Leistungsfähigkeiten.

4.7.4. Psychotherapeutische Angebote

4.7.4.1. Einzel- und Gruppentherapie

Nachdem wir Stellenwert und Relevanz der einzel- und gruppentherapeutischen Interventionen im Gesamtzusammenhang von Diagnostik und Therapie erläutert haben, kommen wir nun zu einer spezifizierenden und zugleich übersichtlicheren Darstellung ihrer Methodik, theoretischen Ausrichtung und Anwendungsbereiche.

Vor dem Hintergrund von über vierzig Jahren Rehabilitationserfahrung zeigt sich ein gewisses Spektrum an allgemeinen Indikationen, das in der Regel zu erwarten ist, wenn man mit Drogenabhängigen therapeutisch arbeitet. An diesem Spektrum sind unsere Einzel- und Gruppentherapien grundlegend ausgerichtet. Diese Ausrichtung hat im Hinblick auf Zielsetzung und Methodik besonderes Gewicht. Als Indikationen bezeichnen wir Ist-Zustände (Ergebnisse von Diagnosen), die therapeutisches Handeln in Richtung einer Verwirklichung von Soll-Zuständen (gemäß leitender Zielvorstellungen) motivieren. Informationen darüber, welche Indikationen jeweils aktuell vorliegen, erbringen die Ergebnisse der Eingangs- und Verlaufsdiagnostik – einmal bezogen auf den Einzelnen, zum anderen bezogen auf die Gruppe (s. Kap. 4.7.2.3.1.2. u. 4.7.2.3.1.3.).

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse formulieren wir dann in Bezug auf die Einzel- und Gruppentherapien jeweils hierarchisch abgestufte Ziele und Teil-Ziele, die mit unseren leitenden Zielvorstellungen kompatibel sein müssen. Auf dieser Basis wählt der Einzel- bzw. Gruppentherapeut daraufhin situationsspezifisch Vorgehensweisen (Methoden) aus, die ihm aufgrund sämtlicher diagnostischer Ergebnisse, eigener Erfahrungen und theoretischer Präferenzen am besten geeignet erscheinen, die mit den Zielen verbundenen Soll-Zustände zu erreichen. Nochmals sei betont: diese Zielsetzungen beruhen auf normativen Entscheidungen. Nach den Prinzipien der analytischen Wissenschaftslogik können Diagnosen zwar der Begründung von Handlungszielen dienen, diese aber nicht selbst

begründen. Vereinfacht gesagt: aus diagnostizierten Ist-Zuständen lassen sich keine Soll-Zustände bzw. Indikationen (logisch) ableiten.^{102) 111)}

4.7.4.1.1. Zielsetzungen und Methodik

Die von uns angebotenen Einzel- und Gruppentherapien richten sich vorrangig auf die Verwirklichung folgender Ziele: fortschreitende Stabilisierung der Abstinenzmotivation, Rückfallvorbeugung, Aufbau entsprechender Vorbeugungs-, Bewältigungs- und Berufskompetenzen. Eine durchgängige Abstinenz während der Stammphase ist noch keine Gewähr, dass sie darüber hinaus aufrechterhalten werden kann. Sie ist aber Voraussetzung für eine tragfähige Abstinenzsicherheit im Hinblick auf die berufsbezogenen Ziele.

Die methodische Anwendung sieht sich dabei stets besonderen Herausforderungen gegenüber, etwa solchen, die sich aus der engen Verknüpfung von Drogenkarriere und krimineller Karriere ergeben. Einige Rehabilitanden kommen mit juristischer ‚Therapieaufgabe‘ zu uns. Die Gemeinsamkeiten von süchtigen und delinquenten Verhaltensweisen (Ehrencodex, Rituale der Haft und Subkultur) beeinflussen oft stark die Gruppe und sind häufig Thema der Gruppengespräche. Sie bilden nicht selten – meist nach der Haft - den Nährboden für Abbruchgedanken, Konsumphantasien, Vermeidungsstrategien und sind zu Beginn der Rehabilitation in vielen Fällen Ausdruck ambivalenter Behandlungsmotivation. In solchen Fällen kann die Gruppe enorm Halt geben.

Wie aus unserem Rehabilitationsprogramm hervorgeht (s. Kap. 4.6.), bieten wir wöchentlich drei unterschiedlich ausgerichtete Gruppentherapien (jeweils 100 min) sowie ein Einzelgespräch pro Rehabilitand (jeweils 50 min)- in zwei Formen (therapeutisch und klärungsorientiert) an. Im Folgenden listen wir bzgl. dieser drei Formen von Gruppentherapie sowie der zwei Formen von Einzeltherapie (s. nochmals 4.6.) die jeweils zugehörigen Methoden mit theoretischer Ausrichtung auf. Die drei Gruppentherapien werden von unterschiedlichen Mitarbeitern angeboten. Ihnen sind jeweils ca. 8 Rehabilitanden zugeordnet, für die sie die zentrale Bezugsperson im Rehabilitationsprozess sind. Vom Aufnahmegespräch über Anamnese, Therapieplanung und -durchführung begleiten sie den Rehabilitanden, sind Partner in den Einzelgesprächen und moderieren den Therapieverlauf. Die Gruppengröße ist entsprechend auf etwa 8 Teilnehmer beschränkt. Im Verhinderungsfall (z. B. Urlaub oder Krankheit) kann stets eine Vertretung sichergestellt werden.

Die wichtigsten Methoden kommen sowohl in den Einzel- als auch in den Gruppentherapien vor (im Sinne eines effizienten Lerntransfers). Sie erfordern jedoch unterschiedliche Modi der Anwendung („Settings“). Diese werden mit der Therapieleitung grundsätzlich abgesprochen, aber individuell gehandhabt. Ein Eklektizismus soll vermieden werden. Nach Vorgabe unseres Modells Integrativ-differenzieller Diagnostik und Therapie werden dabei auf Gruppen- und Einzelgesprächsebene stets einzelne Elemente aus dem Methoden-Repertoire ausgewählt und nach Bedarf - im Zyklus aufeinander abgestimmter Curricula - koordiniert. Sofern indiziert (s. Kap. 4.2.1.), werden komorbide psychische Störungen mit den suchtspezifischen Störungen zusammen therapiert – vor allem im Rahmen der Einzelgespräche. Sie erfordern jedoch gesonderte Vorgehensweisen.

4.7.4.1.2. Maßnahmen bei komorbiden Störungen

Ausgangslage und Interventionen

In Verbindung mit Drogenabhängigkeit kommen häufig insbesondere Depressionen, Angst- und posttraumatische Belastungsstörungen vor. Ebenso affektive Persönlichkeitsstörungen sowie Formen pathologischen Spielens. Und Nachwirkungen eines exzessiven Kokain und/oder ‚Speed‘-Konsums gleichen oftmals einem ADHS (s. 4.7.2.4.). Die Eingangs- und Verlaufsdagnostik erfolgt auch hier grundlegend nach den ICF und ICD-10 Kriterien. Exemplarisch seien einige Interventionen erläutert:

Wenn sich nach der Entzugsbehandlung Symptome von Depressionen und/oder Angststörungen nicht gleich zurückbilden, werden sie von den Patienten zumeist als sehr belastend erfahren, da sie noch keine angemessenen Strategien entwickeln haben diese ohne Drogengebrauch zu bewältigen. Sie müssen zunächst über geeignete Angebote entlastet und psychisch stabilisiert werden.¹²⁾ Dazu gehören vor allem zusätzlich unterstützende Einzelgespräche und Kriseninterventionen sowie Methoden körperlicher und psychischer Entspannung. Eine weitere diagnostische Abklärung – etwa im Gespräch mit dem Psychiater unserer Einrichtung – trägt zum Verständnis der jeweiligen Symptomatik bei, bewirkt in der Regel eine erste Entlastung und schafft die notwendige ‚Compliance‘ bzgl. nachfolgender psychotherapeutischer Interventionen, wenn nötig medikamentengestützt.

Im weiteren Therapieverlauf werden sukzessiv Bewältigungskompetenzen bzgl. der Störungssyndrome erarbeitet und im Gesamtzusammenhang der Rehabilitation erprobt. Anfangs brauchen manche Rehabilitanden mehrere Gespräche an einem Tag. Nicht immer kann deshalb strikt nach Therapieprogramm vorgegangen werden. Gelegentlich können Ex-User besser helfen als Professionelle. Schließlich haben sie Ähnliches durchgemacht. Zudem bietet die Gruppe der Mit-Betroffenen in derartigen Situationen Halt und Motivation. Genese und Verlaufsmomente der genannten Störungen sind daher auch regelmäßig Thema der Gruppentherapie. Diese bietet ein hervorragendes solidarisches Lernfeld, um die in der Einzeltherapie erarbeiteten Bewältigungsstrategien anzuwenden bzw. auszubauen. Vergleichbares gilt bzgl. posttraumatischer Belastungsstörungen und affektiver Persönlichkeitsstörungen, wenngleich die Interventionen anderen Zielsetzungen unterliegen und entsprechend anders zugeschnitten sind.³⁴⁾

Um ein weiteres Beispiel anzuführen: immer wieder berichten uns Rehabilitanden von oft tagelangen Aufenthalten in Spielhallen, meist unter ‚Coks‘ und wenig Schlaf. In der Folge treten häufig Störungen der Impulskontrolle, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeiten auf,⁴⁰⁾ insbesondere auch affektive Störungen sowie Entzugssymptome wie extreme Unruhe und Gereiztheit (ICD-10: F63), die zusammen genommen ein eigenständiges Krankheitsbild (Pathologisches Glücksspiel, ICD-10: F63.0) prägen. Nicht selten sind auch die sozialen und finanziellen Folgen erheblich.^{54) 73)} Darüber hinaus besteht eine hohe Affinität der genannten Störungsbilder untereinander – z. B. von Spielsucht und ADHS.¹⁰⁾

Bei pathologischem Glücksspiel richten sich die Interventionen auf entsprechend differenzierte Zielsetzungen wie z. B.:

- Aufbau und Stabilisierung der Glücksspielabstinenz
- Erwerb von Strategien zur Rückfallprävention und -bewältigung
- Aufbau angemessener Kompetenzen bzgl. Stressbewältigung
- Lernschritte bzgl. sinnvoller Freizeitgestaltung
- Lernschritte bzgl. eines angemessenen Umgangs mit Geld
- Einleitung von Schuldenregulierung

Aufgrund der Hausordnung ist die Glücksspielabstinenz für alle Rehabilitanden verbindlich. Sie wird ebenso wie die Alkoholabstinenz regelmäßig kontrolliert. Problematisches Spielverhalten in der Wohngemeinschaft – vor allem in Bezug auf PC- und Internetgebrauch – ist gleichfalls oft Thema in den Einzel- und Gruppengesprächen.^{50) 55)} Bei Bedarf werden besondere Maßnahmen vereinbart.

Neben den Hauptindikationen bzgl. Drogenabhängigkeit und komorbider psychischer Störungen erfordern weitere Formen pathologischer Abhängigkeit spezifische Interventionen (s. Kap. 4.2.1.), die hier nicht detailliert dargestellt werden können.¹²⁾

Sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie kommen zusätzlich Maßnahmen mit allgemeiner gehaltenen **Zielsetzungen** zur Anwendung:

- Einsicht in Krankheitsgenese und –verlauf, ggf. bzgl. medikamentöser Behandlung

- Erwerb von Fähigkeiten zur Früherkennung von Krankheitsprozessen
- Erwerb von Strategien zur Bewältigung von Risikosituationen
- Motivierung bzgl. weiterführender ambulanter Therapie
- Wahrnehmung auslösender/aufrechterhaltender Bedingungen von Suchtverhalten
- Aufbau und Stabilisierung von Abstinenzzuversicht und Rückfallprophylaxe
- Erlernen eines befriedigenden Lebensstils ohne Suchtmittel
- Einsicht in Zusammenhänge zwischen Suchtproblematik und psychischer Störung
- Aufbau von Kompetenzen bzgl. Stressbewältigung
- Aufbau von Kompetenzen bzgl. Förderung von Ressourcen
- Aufbau von stabilisierenden Alltagsstrukturen
- Einbeziehung von Angehörigen/Partnern in Aufklärung und Rückfallprävention
- Information über Möglichkeiten der Weiterbehandlung/Vermittlung an Fachdienste
- Information über Möglichkeiten der Nachsorge und Selbsthilfe

4.7.4.1.3. Schematische Übersicht

Einzelgespräch – vorwiegend klärungsorientiert

Methoden	Theoretische Ausrichtung
<ul style="list-style-type: none"> • Biographische Anamnese^{15)18) 35)} • Klärung der Suchtgenese^{18) 27) 36)} • Klärung von Schemata und Motiven der Alienation^{59) 60)} • Klärung von Therapiemotivation⁶²⁾ • Strategien der Problembeschreibung und –analyse¹¹⁾ • Problemlösetraining⁴³⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> • Klärungsorientierte Psychologie
<ul style="list-style-type: none"> • Klärung subjektiver Befindlichkeit ¹⁴⁾ • Deskription, Analyse und Interpretation von Stimmungen³⁵⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> • Daseinsanalytische Psychologie

Einzelgespräch – vorwiegend therapeutisch orientiert

Methoden	Theoretische Ausrichtung
<ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Therapie¹³⁾ • Rational Emotive Therapie¹⁹⁾ • Stressmanagement⁵⁰⁾ • Selbstinstruktionstraining⁵¹⁾ • Selbstmanagementtraining³²⁾ • Kognitive Umstrukturierung⁷⁶⁾ • Schematherapie⁵⁹⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> • Verhaltenstherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Zirkuläre Fragen⁶⁸⁾ • Skalenfragen⁶⁹⁾ • Reframing⁶⁷⁾ • Paradoxe Intervention⁷⁴⁾ • Narrative Kommunikation ¹⁵⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Systemische Therapie

<ul style="list-style-type: none"> • Psychoanalytische Exposition, Hermeneutik und Therapie⁷⁷⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiefenpsychologische Psychotherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Narrative Exploration, Hermeneutik und Therapie³⁵⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Daseinsanalytische Therapie

Gruppengespräch – vorwiegend klärungsorientiert

Methoden	Theoretische Ausrichtung
<ul style="list-style-type: none"> • Klärung von Schemata und Motiven der Alienation^{59) 60)} • Klärung von Therapiemotivation⁶²⁾ • Strategien der Problembeschreibung und –analyse¹¹⁾ • Problemlösetraining⁴³⁾ • Themenzentrierte Interaktion⁶⁵⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> • Klärungsorientierte Psychologie
<ul style="list-style-type: none"> • Deskription, Analyse und Interpretation von Stimmungen³⁵⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> • Daseinsanalytische Psychologie

Gruppengespräch – vorwiegend therapeutisch orientiert

Methoden	Theoretische Ausrichtung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kognitive Therapie¹³⁾ ▪ Rational Emotive Therapie¹⁹⁾ ▪ Stressmanagement⁵⁰⁾ ▪ Selbstinstruktionstraining⁵¹⁾ ▪ Selbstmanagementtraining³²⁾ ▪ Kognitive Umstrukturierung⁷⁶⁾ ▪ Schematherapie⁵⁹⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> • Verhaltenstherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Zirkuläre Fragen⁶⁸⁾ • Skalenfragen⁶⁹⁾ • Reframing⁸⁷⁾ • Paradoxe Intervention⁷⁴⁾ • Narrative Kommunikation¹⁵⁾ • Skulptur⁶⁷⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> • Systemische Therapie
<ul style="list-style-type: none"> • Psychoanalytische Gruppenanalyse und –therapie²¹⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiefenpsychologie
<ul style="list-style-type: none"> • Narrative Exploration, Hermeneutik und Therapie³⁵⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> • Daseinsanalytische Therapie

--	--

Gruppentherapie – vorwiegend kreativitätsorientiert

Methoden	Theoretische Ausrichtung
<ul style="list-style-type: none"> • Bibliothherapie -Therapie an Hand von literarischen Texten¹⁰⁰⁾ • Kunsttherapie - kreative Gestaltung mit Mitteln der Bildenden Kunst^{96) 97) 99)} • Filmwerkstatt - Therapie an Hand von Filmanalysen, Trickfilmgestaltung und künstlerischer Fotografie^{81) 101)} • Clown- und Musikschule^{98) 99)} • Dramatherapie⁵²⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> • Kreativitätstherapie

4.7.5. Arbeitsbezogene Interventionen gemäß BORA

Wie eingangs gesagt: übergreifende Ziele der medizinischer Rehabilitation beziehen sich auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die (Re-)Integration in den Erwerbsprozess – nach Maßgabe der BORA- Leitlinien. In Anbetracht der besonderen beruflichen Problemlage (BBPL) Drogenabhängiger kommen bei den meisten Rehabilitanden zunächst Basisangebote zum Tragen. Voraussetzung für die Einleitung arbeitsbezogener Interventionen ist eine entsprechende Diagnostik. Deren Programmatik haben wir in Kap. 4.7.2.3.2. dargelegt.

Abgesehen von den Phasen der Kindheit und Berufsausbildung dient die Arbeit dem finanziellen Unterhalt bezüglich der gesamten Lebensspanne. Forschungsergebnisse, Therapie- und Alltagserfahrungen belegen: in hohem Maße schützt bereits eine über längere Zeit befriedigende Arbeit vor Drogensucht.^{46) 91)} Arbeit ist in gesellschaftlicher wie auch individueller Hinsicht ein zentraler Bestandteil des Lebens, bietet soziale Absicherung und Integration sowie Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen, die es für gewöhnlich reich und interessant machen. Sie schafft überhaupt erst die Bedingungen für die Entwicklung und Förderung von Kompetenzen bzw. Begabungen, die gewöhnlich als beglückend erlebt werden, das Selbstwertgefühl steigern, nicht zuletzt Freiheitsentfaltung in anderen Bereichen (z.B. Freizeitgestaltung) ermöglichen.⁹⁴⁾ Einsichten dahingehend, dass die Befriedigung lebenswichtiger Bedürfnisse hauptsächlich über Arbeitsleistungen erfolgt, sind vielen Drogenabhängigen erfahrungsgemäß fremd. Mit dem Wort ‚Arbeit‘ verbinden sie keine freudigen Erwartungen. Sie im Zusammenhang mit Arbeit an ganz andere Gedanken bzw. Erfahrungen heranzuführen, ist daher ein vorrangiges Ziel und wichtiger Schwerpunkt unserer Rehabilitation.

Arbeitstherapie besagt: die Arbeit selbst als Mittel der Therapie einzusetzen. Da viele Drogenabhängige keine abgeschlossene Berufsausbildung und/oder jahrelang nicht gearbeitet haben, sieht sich gerade die Arbeitstherapie enormen Herausforderungen gegenüber. Zumeist müssen in diesem Bereich erst Basis-Kompetenzen trainiert werden. Mancher hat seine Fähigkeiten, Begabungen oder auch Interessen noch gar nicht entdeckt. Diesbezüglich können die Kreativitätstherapien der Arbeitstherapie wertvolle Dienste leisten, indem sie ein solches Entdecken fördern, vielfach sogar erst ermöglichen. Beide Bereiche kooperieren eng miteinander.

Obwohl die Begriffe ‚Arbeitstherapie‘ und ‚Ergotherapie‘ wörtlich dasselbe besagen (érgon gr. = Arbeit/Werk), werden sie z. T. mit unterschiedlichen Vorstellungsinhalten verbunden,

wobei Ergotherapie tendenziell eher auf Interventionen abzielt, die (indikationsgeleitet) der Behebung eng definierter gesundheitlicher Einschränkungen bzw. der Förderung von Dispositionen dienen, die in medizinisch-psychologischer Hinsicht geeignet erscheinen defizitäre Entwicklungen zu kompensieren. Arbeitstherapie hat zwar prinzipiell die gleiche Zielsetzung, fokussiert aber eher die Förderung all jener Dispositionen, die in normalen Arbeitsprozessen erwartet werden – gestaltet sich daher zum großen Teil nahe einer beruflichen Ausbildung unter therapeutischer Anleitung. Da sich besagte Unterscheidung inzwischen weitgehend institutionalisiert hat, behalten wir sie bei – auch wenn sie begrifflich keinen Sinn macht.

Die zentral arbeits- und berufsbezogene Orientierung innerhalb unserer Einrichtung betrifft sämtliche Phasen des Rehabilitationsprogramms. Wie bereits dargelegt kennzeichnen die Ergebnisse der arbeitsbezogenen Eingangs- und Verlaufsdiagnostik die Ausgangslage in Bezug auf die Entwicklung individueller Rehabilitationspläne. Die Vereinbarung über zugrunde gelegte Therapieziele sowie Schrittfolgen der Verwirklichung erfolgt wiederum gemeinsam mit den Rehabilitanden. Wegen des multifaktoriellen Bedingungsgefüges sind die therapeutischen Vorgehensweisen multimodal ausgerichtet, gestaltet von einem multiprofessionellen Team. Dabei können wir auf eine traditionell gute Kooperation mit am Rehabilitationsprozess beteiligten Institutionen zurückgreifen (z. B. Reha-Fachberatung der DRV, Arbeitgeber, Agentur für Arbeit). Am Ende der Maßnahme wird unter ärztlicher Leitung im Team eine abschließende sozialmedizinische Leistungsbeurteilung vorgenommen und mit dem Rehabilitanden besprochen.

Grundlegende Zielsetzungen

Die Interventionen zielen grundlegend darauf ab, arbeits- und berufsbezogene Problemlagen frühzeitig in die Therapie einzubeziehen bzw. weiterführende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einzuleiten. Wichtig ist die Förderung beruflicher Schlüsselqualifikationen und Handlungskompetenzen wie z. B. Kommunikations-, Konflikt-, Teamfähigkeit, berufsbezogene Belastbarkeit, Ausdauer und Motivation. Dabei bevorzugen wir Methoden, die sich z. T. mit denen der Ergotherapie überschneiden (s. 4.7.5.1.2.):

Die **Methoden** umfassen insbesondere das Training von:

- Kommunikations-, Konflikt- und Teamfähigkeiten
- Ausdauer, Motivation, Konzentration, Problemlöseverhalten
- Feinmotorik, Geschicklichkeit, Aufmerksamkeit
- Arbeitsplanung, Ergonomie, Arbeitsausführung, Sorgfalt
- Durchsetzungs- und Anpassungsvermögen, Pünktlichkeit
- Eigeninitiative, Selbständigkeit, Misserfolgstoleranz
- Selbsteinschätzung, Selbstwahrnehmung, Selbstvertrauen

sowie folgende weitere Maßnahmen:

- Arbeits- und berufsbezogene Einzelberatung
- Interne und externe Belastungserprobung (externes Arbeitspraktikum)
- Einzelgespräche als Vor- und Nachbesprechung des Praktikums
- Hospitation in Betrieben (Interessenfindung, Vermittlung von Kontakten)

4.7.5.1. Ergotherapie

4.7.5.1.1. Ausrichtung und Zielsetzungen

Das ergotherapeutische Programm der ‚Kaffeetwete‘ ist einerseits auf die Wiederherstellung, Erhaltung und Verbesserung funktionaler Fähigkeiten in Bereichen kognitiver und sensomotorischer Leistungen ausgerichtet, andererseits auf das Trainieren von Kompetenzen, die – gemäß BORA - als allgemeine Voraussetzungen für die Teilhabe am Erwerbsleben gelten können.⁹¹⁾ Teil dieses Programms ist das Einüben alltagstypischer

Arbeitssequenzen in häuslichen und berufsadäquaten Bereichen - mit präventiver Perspektive. Ein Aufgabenschwerpunkt besteht in der Förderung von Rehabilitanden mit spezifischen Krankheitsbildern – Folge- und Begleiterkrankungen/komorbiden Störungen.

Grundlage der Ergotherapie ist zunächst eine umfassende individuelle Befunderhebung gleich zu Beginn der Rehabilitation, die Screening- und Assessmentverfahren integriert.^{92) 93)} Sie beginnt mit einer Ausbildungs- bzw. Berufsanamnese, bezieht relevante Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen, Vorbefunde sowie Daten der Sozialanamnese mit ein und setzt sich methodisch vielfältig fort (s. nochmals Kap. 4.7.2.3.2.).

Die **Zielsetzungen der Ergotherapie** beziehen sich vor allem auf die Förderung von

- Grundleistungsfunktionen und Arbeitskompetenzen
- Motivations-, Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsleistungen
- Sensomotorik, Kognitionen und Emotionen
- Selbstvertrauen, Kontakt- und Interaktionsfähigkeiten
- Selbst-, Fremd- und Körperwahrnehmung
- Kooperationsbereitschaft, Kreativität, Belastbarkeit
- Ausdauer, Flexibilität, Selbstständigkeit
- Kompetenzen der Stress- und Angstbewältigung

Sofern Einschränkungen vorliegen, finden diese bezüglich der Therapieplanung besondere Berücksichtigung. In derartigen Fällen implementiert der Ergotherapeut in Absprache mit der Ärztin zusätzlich geeignete Trainings- bzw. Förderprogramme. Die Planungsergebnisse werden protokolliert und fließen in die Teamsitzungen ein. Sie sind auch im Hinblick auf berufsorientierende und weiterführende Leistungen bzw. Weiterbildungsmaßnahmen nach Abschluss der Rehabilitation relevant. Die Teams von Ergo- und Arbeitstherapie kooperieren eng mit der medizinischen Leitung wie auch untereinander.

Hinsichtlich der allgemeinen Ziele sowie der spezifischen Indikationen entwickelt der Ergotherapeut zusammen mit dem jeweiligen Rehabilitanden detailliert Nah- und Fernziele, gewichtet diese entlang einer Hierarchie nach Bedeutsamkeit und vereinbart im Vorblick auf das Stufenprogramm der Rehabilitation konkrete Schrittfolgen bezüglich einer Verwirklichung der Ziele (Verhaltensverträge). Dabei ist wiederum unerlässlich, dass der Rehabilitand diesen nicht nur ausdrücklich zustimmen - sie aus eigener Überzeugung nachvollziehen kann -, sondern auch mit entsprechenden Effektivitätskontrollen einverstanden ist. Die Vereinbarungen werden mit denjenigen der Arbeitstherapie in gemeinsamen Teamsitzungen aufeinander abgestimmt und im Rahmen entsprechender Pläne sowohl koordiniert als auch beständig evaluiert, ggf. modifiziert bzw. korrigiert oder erweitert. Die folgende schematische Übersicht fasst die wichtigsten Methoden der Ergotherapie zusammen. Sie werden indikationsspezifisch eingesetzt und betreffen sowohl die Einzel- als auch die Gruppentherapie – sind also von vornherein interaktionsorientiert:

4.7.5.1.2. Methoden

Kompetenzorientiert:

- Training ausgewählter handwerklicher Techniken
- Training von Motivations-, Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsleistungen
- Training kognitiver und sensomotorischer Leistungen
- Training von Dispositionen im Hinblick auf Grundarbeitsfähigkeit
- Training sukzessiver Vorgehensweisen (Arbeitsschritte)
- Training sozialpraktischer Arbeitsverrichtungen

Gestaltungsorientiert:

- Kreativ-gestalterische Übungen (z. B. mit Holz, Ton, Farben, Leder, Metall)

- Kreativ-gestalterische Übungen im Bereich der Garten-/Landschaftspflege
- Kreativ-gestalterische Übungen im Bereich der Textgestaltung und Fotografie
- Kreativ-gestalterische Übungen im Bereich der Musik

4.7.5.2. Arbeitstherapie

4.7.5.2.1. Ausrichtung und Zielsetzungen

Relevanz und Stellenwert: Mit Blick auf die Gesamtkonzeption unserer Rehabilitation ist die Arbeitstherapie von zentraler Bedeutung. Alle übrigen Therapiebereiche sind auf sie hin ausgerichtet. Im Rahmen des Rehabilitationsprogramms stehen der Arbeits- und Ergotherapie insgesamt immerhin etwa die Hälfte der Wochenstunden zur Verfügung. Das zeigt deren Relevanz. Entsprechend bemisst sich ihr Stellenwert. Die individuellen Zielsetzungen sind abhängig von den Ergebnissen der arbeitsbezogenen Diagnostik bzw. Indikationsstellung (s.4.7.2.3.2.). Für die Durchführung der Aufgaben in den Arbeitsbereichen trägt jeweils ein entsprechend qualifizierter Mitarbeiter die Verantwortung. Koordination und Kontrolle sämtlicher Bereiche obliegen dem Gesamtleiter der Einrichtung. An den drei Wochentagen mit Schwerpunkt ‚Arbeits- und Ergotherapie‘ (s. Wochenplan) finden jeweils vor Beginn der Arbeit sowie nach deren Abschluss Arbeitsbesprechungen in der Großgruppe unter Anleitung der zuständigen Mitarbeiter statt, in denen Arbeitsaufgaben und -abläufe nach Maßgabe individueller sowie gemeinschaftlicher Zielsetzungen zugeteilt, aufeinander abgestimmt und am Ende die Ergebnisse ausgewertet werden. Im Rückblick auf den Tag – wir nennen ihn ‚Tagesschau‘ - erhält jeder Rehabilitand Gelegenheit sein eigenes Arbeitsverhalten sowie dasjenige der anderen zu bewerten, weitere ihm wichtige Anliegen, Verbesserungsvorschläge anzubringen, Kritik (Selbstkritik) zu üben und/oder entgegenzunehmen, wobei die Ergebnisse wiederum in die Plenums-Teamsitzungen eingehen.

Ausrichtung: Die Arbeitstherapie ist grundlegend ausgerichtet auf die Förderung von Selbst-Sozial- und Sachkompetenzen bzw. Verantwortungsbereitschaft sich selbst, den anderen und den Sachen (Material/Werkzeug) gegenüber - jeweils im Rahmen gemeinschaftlicher Arbeitsprozesse.⁸⁹⁾ Im Mittelpunkt steht der Gedanke der Teilhabe. Wichtige Ziele sind z.B.: das Erlernen effizienter Strukturplanung und Durchführung bzgl. Arbeitsaufgaben, von Zuverlässigkeit, Kooperationsbereitschaft, Achtsamkeit und Zielorientierung oder auch von Techniken der Selbstmotivierung.

Arbeitstherapie umfasst im Wesentlichen die fachliche Planung, Anleitung, Begleitung und Auswertung solcher Fördermaßnahmen. Lernpsychologisch gesehen erbringt eine Verwirklichung dieser Ziele zugleich den Transfer für die Herausbildung entsprechender Dispositionen in weiteren Bereichen. Wer hier Grundlegendes begriffen hat, kriegt im Allgemeinen sein Leben auch darüber hinaus ‚besser in den Griff‘. Die von uns konzipierte Arbeitstherapie leistet somit einen zentralen Beitrag sowohl für das Einüben der im Erwerbsleben vorauszusetzenden sozialen und fachlichen Kompetenzen als auch für das Einüben drogenabstinenten Verhaltens überhaupt.

Die **Haupt-Zielsetzungen** beziehen sich auf die Förderung von:

- berufsspezifischen Kenntnissen und Kompetenzen
- Sach- und Materialkenntnissen
- Handhabung, Pflege und Wartung der Arbeitsgeräte
- Kenntnissen bzgl. der Sicherheitsbestimmungen
- Leistungskompetenzen unter berufsnahen Bedingungen
- Interessen und Begabungen
- Qualifizierungsmaßnahmen (z. B. Schweißer-Kurs)
- Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit
- Selbstmotivierungskompetenzen
- Kompetenzen selbstständiger Arbeitsplanung und -durchführung

- solidarischem Verhalten in Arbeitsprozessen

4.7.5.2.2. Arbeitsbereiche und Methoden

Die Arbeitstherapie bezieht sich auf folgende **Arbeitsbereiche**:

- Holzwerkstatt
- Metallwerkstatt
- Haussanierung
- Gartenbau/Landschaftspflege
- Bürokommunikation
- Kursprogramm EDV
- Hauswirtschaft
- Lehrküche

Mit Hilfe der Arbeitstherapie werden zugleich, wiederum im Sinne eines Lerntransfers, alltagspraktische Lebensbewältigung und Selbstversorgung trainiert. Wer in der ersten und zweiten Stufe z. B. im Bereich der Hauswirtschaft grundlegende Reinigungsarbeiten wie z.B. Putzen und Staubsaugen oder Aufgaben der Wäschepflege bewältigt oder im Bereich der Küche unter Zeitdruck und hohen Hygieneanforderungen für die Hausgemeinschaft das Essen bereitstellt und nachher für den Abwasch sorgt, der leistet einen sichtbaren solidarischen Beitrag, der in der Regel auch entsprechend gewürdigt wird. Gleiches gilt für die übrigen Arbeitsbereiche. Bekanntlich hat Lernen am Erfolg die besten Aussichten erwünschtes Verhalten zu stabilisieren bzw. auszubauen. Das ist insbesondere für Rehabilitanden wichtig, die in ihrem Leben bisher wenig Gelegenheit hatten, sich in ihren Fähigkeiten zu erproben und für ihre Tätigkeiten gelobt zu werden. Eine solche Anerkennung steigert das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen in Bezug auf zukünftige Aufgabenstellungen – Dispositionen, die unmittelbar suchtprophylaktisch wirken.

Derartige Lernerfahrungen in Verbindung mit der Entdeckung spezifischer Begabungen und Interessen, deren Förderung zusätzlich ermutigt, bereiten in der Regel den geeigneten Boden dafür, dass in der Intensivphase des Stufenprogramms (Stufe III), insbesondere nach gelungener interner **Belastungserprobung**, Ausbildungs- bzw. Weiterbildungsmaßnahmen sondiert und ggf. eingeleitet werden können, evtl. in Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit, dem Reha-Berater und den der Einrichtung nahestehenden Firmen. Die erfolgreiche Teilnahme an der Arbeitstherapie erhöht nicht allein die Chancen drogenfrei zu bleiben, sondern auch die Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Die Aufnahme einer regelmäßigen Arbeit hilft außerdem von familiärer oder staatlicher Unterstützung unabhängig zu werden.

Hinsichtlich der Kompetenzschulung sind die Methoden über diejenigen der Ergotherapie hinaus an grundlegenden Standards der Berufsausbildung orientiert. Eine Übersicht fasst die wichtigsten zusammen.

Methoden

- Vermittlung von Berufskennnissen (Berufsbildanalyse)
- Vermittlung bereichsspezifischer Sach- und Materialkenntnisse
- Vermittlung von Kenntnissen bzgl. bereichsspezifischer Aufgabenfelder
- Einführung in die Bedienung, Wartung und Pflege der Arbeitsgeräte, insb. der Maschinen
- Aufsichtsführung über die Arbeitsprozesse, insb. der Maschinenbedienung
- Einführung in die Sicherheitsbestimmungen und deren Kontrolle
- Arbeitsanleitung unter realitätsnahen Bedingungen
- Förderung und Erprobung von Interessen und Begabungen

- Einzel- und Gruppengespräche zwecks Analyse und Auswertung der Arbeitsergebnisse
- Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen – z. B. Schweißer-Kurs
- Förderung von Ausdauer und Konzentrationsleistungen
- Anleitung zu selbstständiger Arbeitsorganisation und -durchführung
- Anleitung zu solidarischem Verhalten
- Einzel- und Gruppengespräche zwecks Vorbereitung von Berufs- bzw. Ausbildungswegen nach der Rehabilitation

4.7.5.2.3. Interventionsmodule – Besondere berufliche Problemlagen

Die in den Bereichen der Arbeits- und Ergotherapie eingesetzten Instrumente sind zugleich integrative Elemente unseres berufsorientierten Partizipationsmanagements, wobei die bei Drogenabhängigen überproportional vorhandenen besonderen beruflichen Problemlagen besondere Vorgehensweisen erfordern. Um diesen Erfordernissen zu entsprechen, haben wir zusätzlich zu den genannten Methoden Interventionsmodule implementiert, wie sie im Kern auch von der Deutschen Rentenversicherung empfohlen werden ⁹⁰⁾. Die wichtigsten listen wir im Folgenden auf:

Interventionsmodule – Besondere berufliche Problemlagen	
Methode	Thema/Übungselement
Psychoedukative Gruppenarbeit (Dauer ca. 60 – 90 Min.)	Stressbewältigung
Psychoedukative Gruppenarbeit (Dauer ca. 60 – 90 Min.)	Konflikte am Arbeitsplatz/Mobbing
Psychoedukative Gruppenarbeit (Dauer ca. 60 – 90 Minuten)	Arbeitsplatzbezogene Ängste
Einzelgespräch mit dem Arbeitstherapeuten (Dauer ca. 30 – 45 Min.)	Realistische Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit
Einzelgespräch mit dem zuständigen Sozialarbeiter (Dauer ca. 30 – 45 Min.)	Arbeits- und sozialrechtliche Beratung
Psychoedukative Gruppenarbeit (Dauer ca. 60 – 90 Minuten)	Training kommunikativer und sozialer Kompetenz/Bewerbungstraining

Interne und externe Belastungserprobung – Kooperationspartner

Interne Belastungserprobung heißt: die Rehabilitanden übernehmen Aufgaben in einem Arbeitsbereich unserer Reha-Einrichtung (z. B. Küche, Handwerk, Verwaltung), die weitgehend den Anforderungen im Berufsleben entsprechen. Auf diese Weise kann besser eingeschätzt werden, inwieweit die individuellen Voraussetzungen und Belastungskompetenzen mit den zu erwartenden Anforderungen im Beruf konvergieren bzw. divergieren. Ein Abschlussgespräch mit dem Arbeitstherapeuten dient der Evaluation. Das Ergebnis geht in die Teambesprechung ein. Die interne Belastungserprobung findet in der Regel während der Stufe III statt und vollzieht sich an den 3 Tagen mit Arbeitstherapie ganztägig über einen Zeitraum von mindestens 3 Wochen.

Externe Belastungserprobung heißt: während der Adaptionphase soll außerhalb der Einrichtung erprobt werden, ob der Versicherte den Anforderungen des Erwerbslebens und der eigenverantwortlichen Lebensführung gewachsen ist (4.7.13.1.1.). Eine wichtige Probe ist das Absolvieren eines Praktikums unter normalen betrieblichen Arbeitsbedingungen von mindestens 6 Wochen Dauer. Als Bestandteil der medizinischen Leistung zur Rehabilitation dient die Adaptionphase der Öffnung nach außen und Erprobung der Therapieergebnisse mit dem Ziel der Hinführung auf einen Entwicklungsstand, der den Versicherten in die Lage

versetzt, sich eigenständig im Erwerbsleben und im Alltag zu behaupten – mit Hilfe von spezifischen Elementen der Einzel- und Gruppentherapie in begleitender und in ihrer Intensität abnehmender Form. Diese Phase soll die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit nochmals verbessern.

Erfreulicherweise finden sich ortsnah immer wieder Firmen bzw. **Betriebe** bereit, Patienten unserer Einrichtung als Praktikanten einzustellen. Im Laufe der Jahre hat sich ein tragfähiges Netzwerk von Kooperationspartnern ergeben (s. bereits Abschnitt 7.) Beispielhaft seien genannt: der Mühlenbetrieb in Flechtorf, Lebensmitteleinzelhandelsgeschäfte sowie ein großer landwirtschaftlicher Betrieb in Lehre, das Alten- und Pflegeheim in Lehre, eine Kfz-Werkstatt sowie Graphik-Design-Firma ebenfalls in Lehre. Und nicht zuletzt die Firma ‚Tatendrang‘ in Glentorf (Trockenbau, Hausrenovierungen, Umzüge, Garten- und Landschaftspflege etc.). Sie untersteht dem Trägerverein der ‚Kaffeetwete‘.

4.7.6. Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Sport- und Bewegungstherapie: Drogenabhängigkeit bedeutet in der Regel: Abstinenz von Sport bzw. äußerst eingeschränkte körperliche Bewegung. Ähnlich wie im Bereich der Freizeitgestaltung ist auch hier das entsprechende Verhalten in hohem Maße von Passivität gekennzeichnet. Bekanntlich zeitigt Sport bzw. körperlich auslastende Bewegung – in zuträglichen Maßen ausgeübt – gesundheitsdienliche bzw. -stabilisierende Effekte sowohl in somatischer, psychischer als auch sozialer Hinsicht.⁹⁾ Diese Effekte fördern wir im Rahmen geeigneter therapeutisch/pädagogischer Methodenanwendung. Das heißt, wir setzen Sport und Bewegung gezielt (insbesondere indikationsgeleitet) als Mittel der Rehabilitation ein. In Anbetracht der Ausgangslage zeigen sich vor allem zu Beginn der Therapie erhebliche Motivationsprobleme. In der Regel schwindet der Widerstand auf Seiten der Rehabilitanden, wenn sie die Erfahrung machen, dass bereits regelmäßige leichte Übungen zum Wohlbefinden beitragen. Schon erste Erfolge motivieren zu Einsatzsteigerungen. Die Transferleistungen im Hinblick auf andere Therapiebereiche sind enorm. Ein Beispiel: im Unterschied zu Strategien des Glücksspiels kann man hier nur gewinnen.

Um die Motivation in Schwung zu halten und weiter anzuregen, ist die Methodik grundsätzlich darauf ausgerichtet Sport und Bewegung mit spielerischen Elementen zu verbinden. Erfahrungsgemäß erhöhen diese den Anreiz das Engagement fortzusetzen. Neben Frühsport und Sport im Rahmen der Freizeitgestaltung – die Wahrnehmung dieser Angebote ist nicht obligatorisch – gehört die Teilnahme an der Sport- und Bewegungstherapie an einem Nachmittag in der Woche (s. Wochenplan) zum Pflichtprogramm. Für diesen Zeitraum haben wir eine Sporthalle angemietet. Unter Anleitung eines sporttherapeutisch geschulten Mitarbeiters werden insbesondere Ballspiele (Fußball, Volleyball, Handball) bevorzugt eingesetzt. Diese sind zudem ausgezeichnete Mittel psychischer Entlastung und Stressbewältigung. Einmal mehr fördern sie Ausdauer, Belastbarkeit, Kreativität und wichtige Dispositionen des Sozialverhaltens, machen einfach Spaß und tragen zum Wohlbefinden bei. Der Mitarbeiter erklärt die Regeln, führt in Bestimmungen der Verletzungsprophylaxe ein und achtet darauf, dass sie eingehalten werden. Den Spielen gehen Aufwärmphasen, Dehn- und Bewegungsübungen sowie Spielinstruktionen voraus – ggf. fungiert der Mitarbeiter als Schiedsrichter. Im Sommer findet der Sport im Freien statt. Alternativ werden Jogging, Schwimmen, Badminton, Fahrrad- und Kanutouren sowie Segeln bzw. Surfen unter therapeutischer Anleitung angeboten.

Entspannungstechniken

- Meditative Entspannungstechniken auf christlicher Basis
- Singen mit vorbereitenden Atemübungen

4.7.7. Freizeitgestaltung

Pädagogische Ausrichtung

Wir unterscheiden individuelles und gemeinschaftliches Freizeitverhalten. Optionen bestehen für beide Varianten. Im Allgemeinen verfügen Drogenabhängige diesbezüglich allerdings über wenig Kompetenzen und Ressourcen. Hinzu kommt: viele können Langeweile oder auch Zeiten besinnlicher Muße kaum ertragen. Nach jahrelanger eher passiver – vorwiegend an Konsum orientierter Freizeitgestaltung - oft entlang weniger, zudem einseitiger Interessen, müssen sie in pädagogischer Weise an alternative Möglichkeiten überhaupt erst herangeführt werden. Wir bevorzugen dabei vor allem Methoden der Reform- und Erlebnispädagogik.^{108) 112)} Insbesondere Konsumenten halluzinogener Drogen haben als faszinierend erlebte ‚innere Welten‘ gleichsam von ihrem Außenwelt bezogenen Erleben abgekoppelt. Dieses erscheint ihnen vergleichsweise öde und leer. Pädagogische Initiativen beziehen sich entsprechend darauf, wieder eine Faszination für alternatives Freizeitverhalten zu wecken – zum einen in aktiver, zum andern in kontemplativer Hinsicht. Dies gelingt nur, wenn zugleich die negativen Folgewirkungen drogeninduzierten/passiven Freizeitverhaltens deutlich in Betracht kommen. Sie sind deshalb auch Thema der Gruppentherapie. Sich einfach auch mal der Stille auszusetzen, um innerlich zur Ruhe zu kommen, in sich hineinzuhören, auf die ‚Sprache‘ des Körpers/der Seele abseits lärmender (rauschender/betäubender) Umgebung zu hören – ein schon seit dem Altertum bewährtes Heilverfahren und in Klöstern gepflegtes Exerzitium - ist vielen fremd geblieben.

Gestaltungsprinzipien und Angebote

In von ihnen selbst einberufenen Gruppenkonferenzen – den Vorsitz hat der gewählte Gruppensprecher - sondieren die Rehabilitanden jeweils Mitte der Woche nach dem Mehrheitsprinzip Freizeitangebote, die sie jeweils, meist am Wochenende, wahrnehmen möchten. Diese Konferenzen sind zugleich Lernfelder demokratischen Verhaltens. Die Teilnahme an dem Geplanten ist allerdings freiwillig. Oft schließen sich spontan auch Kleingruppen für bestimmte Aktivitäten zusammen. Manche Veranstaltungen finden parallel statt. Dass die gemeinschaftliche Freizeitgestaltung neben dem Lernen prosozialen Verhaltens auch einen wichtigen Beitrag zur Bildung leistet, muss nicht eigens ausgeführt werden. Die Palette verfügbarer Angebote reicht von klösterlichen Exerzitien bis zu Achterbahnfahrten im Vergnügungspark. Die folgende Übersicht zeigt eine Auswahl:

- Teilnahme an klösterlichen Exerzitien
- Spaziergänge, Wanderungen und Radtouren (z. B. im Harz)
- Kanu- und Segeltouren (auf dem Steinhuder Meer)
- Schwimmen (Freibad, Halle oder See)
- Saunabesuch
- Besuch kultureller Veranstaltungen (z. B. Museum, Theater, Ausstellungen)
- Besuch des Planetariums oder der Autostadt in Wolfsburg
- Besuch von Sport- und Musikveranstaltungen
- Besuch von Bildungsveranstaltungen (z. B. Vorträge)
- Zoobesuch
- Stadtbesichtigungen (z. B. Quedlinburg, Goslar, Wernigerode)
- Filmabende
- Hausfeste
- Gitarrenkurs
- Gesellschaftsspiele
- Besuch des Vergnügungsparks (Heidepark Soltau)

Darüber hinaus finden zweimal im Jahr zehntägige Freizeiten in der wunderschönen Natur Südschwedens statt – mit Lagerfeuer, Angeln, Kanu-, Segeltouren, Outdoor-Exkursionen u. v. a. m.

4.7.8. Sozialdienst

4.7.8.1. Sozialberatung im Allgemeinen

Bezeichnend für den Lebensstil Drogenabhängiger ist meistens, dass man sich um soziale Angelegenheit selbst dringender persönlicher Relevanz nicht gekümmert – gleichsam ‚auf Durchzug geschaltet‘ hat. Infolge dessen sieht sich der hausinterne Fachdienst auf Seiten des Rehabilitanden oft einem ‚Wust‘ unerledigter Aufgaben gegenüber. Nicht selten fehlen Schriftstücke, sogar wichtige Nachweise und Dokumente. Vielfach wird das Ausmaß des Versäumten nach der Entzugsbehandlung überhaupt erst bewusst. Ein solches ‚Erwachen‘ untergräbt nicht selten die Therapiemotivation. Betroffene müssen erst wieder lernen ‚den Kopf frei zu kriegen‘. Der Fachdienst leitet zu entsprechenden Lernschritten an.³²⁾

Beratung und Begleitung in sozialen Angelegenheiten - etwa bzgl. Wohnungswechsel, Asyl, Kontakte mit Ämtern und Behörden, Entwicklung, Planung und Vorbereitung beruflicher Anschlussmaßnahmen oder Ausbildungen - gehören daher zu den zentralen Aufgaben der Rehabilitation.³⁾ Zunächst wird der individuelle Bedarf in Gesprächen mit dem zuständigen Fachteam ermittelt, das dann zusammen dem Rehabilitanden entsprechende Ziele und Wege zu ihrer Verwirklichung vereinbart – ggf. wird der Bezugstherapeut über die Ergebnisse informiert und in die Strategieplanung eingebunden. Ohnehin ist eine enge Kooperationen mit anderen Fachbereichen (vor allem Arbeits- und Ergotherapie, Psychotherapie und Medizin) unerlässlich. Die Mitarbeiter des Sozialdienstes sind hinsichtlich ihres Aufgabenbereichs besonders qualifiziert (Sozialarbeiter, Industriekaufmann, Ergotherapeut) und achten darauf, dass die Vereinbarungen eingehalten werden. Exemplarisch seien folgende **Aufgabenbereiche** hervorgehoben:

Beratung und Begleitung im Hinblick auf:

- Verwaltung wichtiger persönlicher Angelegenheiten
- Berufliche (Re-)Integration
- Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen
- Wohnungswechsel, Asyl
- Kontakte mit Ämtern und Behörden
- Schuldnerberatung
- Sozialrechtliche Fragen

Weitere wichtige Aufgabe: Herstellung und Pflege von Kontakten zu Arbeitgebern

Die **methodische Ausrichtung** dieser Aufgabenbereiche ist an den Bestimmungen des ICF bzgl. Teilhabe sowie am Konzept des Case-Managements⁷⁵⁾ orientiert. Sie bezieht dabei insbesondere auch die mit dem Therapiezentrum verbundenen sozialen Netzwerke ein.

4.7.8.2. Beratung in juristischen Angelegenheiten

Immer wieder belasten zudem gerichtliche Verfahren bzw. noch ausstehende Verhandlungen die Therapiemotivation. Beratung in diesen Angelegenheiten schafft Entlastung und ist daher schon zu Beginn der Therapie dringend erforderlich. Dabei ist zuvor stets der strafrechtliche Status zu klären – ggf. in Rücksprache mit zuständigen Stellen der Justiz. Der Rehabilitand wird in juristischen Verfahren wie z. B. Verhandlungsterminen oder anstehender Vollstreckung von uns begleitet und unterstützt.

4.7.8.3. Schuldnerberatung

In regelmäßigen zeitlichen Abständen sowie bei dringendem Bedarf kommt ein professioneller Schuldnerberater ins Therapiezentrum. Er berät und unterstützt die Rehabilitanden in Angelegenheiten finanzieller Schuldentilgung bzw. Schuldenregulierung und kooperiert diesbezüglich mit dem Fachdienst. Im Vordergrund steht dabei zunächst die

umfassende Exposition der Schuldenlage, im Weiteren die Rekonstruktion der individuellen Schuldenbiographie und -genese. Die Ergebnisse bilden dann die Grundlage für die Entwicklung von Sanierungskonzepten. Wiederum werden mit dem Rehabilitanden konkrete Ziele und Wege zu ihrer Verwirklichung vereinbart und die Vereinbarungen in Kooperation mit dem Bezugstherapeuten überprüft, ggf. modifiziert. Stehen dem Rehabilitanden keine finanziellen Ressourcen zwecks Regulierung seiner Verbindlichkeiten zur Verfügung, dann werden Maßnahmen des Schuldnerschutzes durchgeführt.

4.7.8.4 Ausbildungs- und Berufsberatung

Der Beratungsprozess in Sachen anschließender Ausbildungs- und Berufsmaßnahmen bzw. Teilhabe am Erwerbsleben/ggf. Reha-Maßnahmen impliziert Leistungen unterschiedlicher Fachbereiche (Sozialdienst, Arbeits- und Ergotherapie, Medizin, Psychotherapie) und koordiniert sie in Richtung optimaler Strategien der (Re-) Integration ins Erwerbsleben gemäß BORA. Die Moderation dieses Prozesses obliegt in erster Linie dem jeweiligen Bezugstherapeuten – in enger Abstimmung mit den genannten Fachbereichen. Von besonderer Bedeutung sind dabei folgende **Strukturelemente**:

- Ausbildungs- und Berufsanamnese/Beratung (Ergotherapie)
- Arbeitsbezogene Diagnostik/Beratung (Arbeitstherapie)
- Sozialmedizinische Begutachtung/Beratung (Medizin)
- Psychologische Diagnostik/Beratung (Psychotherapie)
- Sozialdienstliche Diagnostik/Beratung (Sozialdienst)
- Berufsberatung bei der Agentur für Arbeit (vermittelt durch Sozialdienst)
- Das vorrangige Ziel der sozialdienstlichen Ausbildungs- und Berufsberatung besteht darin, vor dem Hintergrund realistischer Berufswünsche eine sinnvolle und für den Rehabilitanden befriedigende berufliche Perspektive zu erarbeiten, ggf. Einschränkungen der Leistungsfähigkeit rechtzeitig zu erkennen und in diesem Fall alternative Berufswege vorzubereiten. Sofern sich eine Adaptionsphase anschließt, wird die erarbeitete Perspektive zunächst entlang vorher zu vereinbarenden Teilschritten sowie im Rahmen eines externen Praktikums weiter erprobt.

4.7.9. Gesundheitsbildung, -training und Ernährung

Programmatik

Gesundheitsbildung und Gesundheitstraining unterstützen die medizinische Behandlung i.e.S. und zielen auf die Förderung gesundheitsdienlicher Verhaltensweisen und Ressourcen im Rahmen hausinterner Schulungen. Diese sind am Programm ‚Aktiv Gesundheit fördern‘ (DRV) orientiert und didaktisch dahingehend konzipiert Kompetenzen eigenverantwortlicher Gesundheitspflege und –vorsorge zu stärken, auszubauen und zu stabilisieren. Infolge z.T. erheblicher somatischer, psychischer und sozialer Beeinträchtigungen sind Drogenabhängige von erheblichen Risiken betroffen. Oft erfordern sie einschneidende Veränderungen des Lebensstils, zu denen die Schulungen motivieren möchten.

Wichtige Lernziele beziehen sich insbesondere auf einen verantwortungsbewussten Umgang mit diesen Risiken bzw. Einsichten in die mit Drogenkonsum verbundenen gesundheitlichen Gefahren. Einen solchen Umgang einzuüben setzt nicht nur entsprechende Sachkenntnisse und Motivation, sondern auch ein Trainieren zugehöriger Modi der Anwendung voraus.⁷²⁾ In regelmäßig stattfindenden Veranstaltungen, deren Teilnahme verbindlich ist, vermittelt das medizinische Team ein entsprechendes Wissen, informiert über sachgerechte Anwendung, Risikofaktoren sowie wichtige Maßnahmen der Gesundheitspflege und –vorsorge, insbesondere über notwendige Hygienemaßnahmen und implementiert Strategien der Umsetzung in Kooperation mit relevanten Fachbereichen (Hauswirtschaft, Küche/Lehrküche, Sport-, Ergo- und Arbeitstherapie). Dabei kommen auch psycho-soziale Aspekte in Betracht. Übergreifende Ziele beziehen sich auf Körpererleben und Bewegungstherapie.⁹⁾

Mitglieder des Teams kontrollieren regelmäßig die Einhaltung jener Maßnahmen und protokollieren die Ergebnisse im Hinblick auf Standards wie sie im Handbuch ‚Qualitätsmanagement‘ dargelegt sind. Sie verstehen ihr Engagement in erster Linie als Werbung für die positiven Wirkungen gesunder Lebensweisen. Die Gruppenveranstaltungen finden ihre Entsprechung auf individueller Ebene (persönliche Sprechstunde), die eher geeignet ist intimere Angelegenheiten aufzugreifen. Weitere wichtige Themen dieser Veranstaltungen sind z. B.: Umgang mit Hepatitis, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Essstörungen, Depressionen, Schlafstörungen, Allergien. Darüber hinaus werden Anschlussmaßnahmen - z. B. in Verbindung mit Selbsthilfegruppen – vorgestellt. Die Schulungsmethoden sind lernpsychologisch fundiert.

Lehrküche

Viele Abhängigkeitskranke haben sich über Jahre falsch bzw. einseitig ernährt und damit ihre Gesundheit zusätzlich gefährdet. Im Rahmen regelmäßig in der Lehrküche stattfindender Kochkurse informiert eine Ökotrophologin in Korrespondenz mit dem medizinischen Team über gesundheitsfördernde Ernährung, besondere Kost bei Gesundheitsproblemen (z.B. Diabetes, Über-/Untergewicht), Nahrungszubereitung und Esskultur, bereitet mit den Rehabilitanden schmackhafte Gerichte zu und bringt ihnen Grundkenntnisse im Backen bei. Anschließend hat jeder Teilnehmer die Aufgabe das Gelernte eigenständig umzusetzen. Die Teilnahme ist verbindlich.

4.7.10. Angehörigenarbeit

Unter dem Begriff ‚Angehörige‘ fassen wir alle wichtigen Bezugspersonen, insbesondere Eltern, Ehe- und Lebenspartner sowie Kinder zusammen. Zum einen spielen sie in Bezug auf Entstehungs- und Verlaufsbedingungen von Abhängigkeitserkrankungen oft eine wichtige Rolle. Nicht selten ergeben sich Co-Abhängigkeiten. Zum anderen können sie helfen, aus derartigen Bedingungen auszusteigen und neue, suchtabstinente Formen des Zusammenlebens einzuüben. In jedem Fall versuchen wir die Angehörigen in unsere therapeutischen Bemühungen einzubeziehen - zunächst indem wir sie zu Gesprächen einladen. Meistens bahnen sich diese telefonisch, online oder anlässlich erster Besuche an. In der Regel erleben wir diesbezüglich große Aufgeschlossenheit und dankbare Resonanz, zumal viele Angehörige schon aus eigenem Interesse hoch motiviert sind, die Rehabilitation nach Kräften zu unterstützen. Manche haben unter der Abhängigkeitserkrankung erheblich mit gelitten, fühlen sich erschöpft, ratlos – nicht selten verzweifelt. Die Gespräche haben daher vorrangig das Ziel, entlastend zu wirken, den Angehörigen Mut zu machen, ihr Engagement fachlich zu begleiten, jeweils die nächsten Schritte im Horizont des Therapieprogramms zu erläutern und gemeinsam mit ihnen tragfähige Perspektiven bereits für die Zeit nach der Rehabilitation zu entwickeln. Unter gravierenden Umständen raten wir externe ambulante therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

4.7.11. Rückfallmanagement

Ausgangslage und Diagnostik

Drogenabhängigkeit – vor allem in Verbindung mit delinquenten Erlebens- und Verhaltensmustern - lässt sich nicht allein mittels Einüben von Suchtmittelabstinenz therapieren. Da der Konsum (hier relevanter) Drogen juristisch unter Strafe gestellt ist und viele Drogenkonsumenten diese Gesetzeslage nicht akzeptieren, ist ihre Drogenkarriere von ständigen Auseinandersetzungen mit der Justiz geprägt – von Strafverfolgung und Haft. Der überwiegende Anteil von Straftätern in deutschen Vollzugsanstalten sitzt dort wegen Drogendelikten ein. Einige kommen zu uns mit gerichtlicher Auflage (Aussetzung der Strafvollstreckung zwecks Therapie - § 35 BtMG). Wer in seiner Haltung illegalen Drogen gegenüber ambivalent ist, wird diese Haltung zu Beginn der Therapie nicht einfach ablegen,

auch wenn er mit seiner Unterschrift die Hausordnung akzeptiert, die den Konsum von Drogen und Alkohol während der Rehabilitation untersagt. Er wird geneigt sein, die eigenen Widersprüche zu verheimlichen, Gelegenheiten und Gleichgesinnte suchen, um die Abstinenzgebote zu unterlaufen. Meistens zeigt sich eine solche Neigung schon unterhalb der Schwelle eines eigentlichen Verstoßes - generell in einer wenig motivierten Haltung den sonstigen Anforderungen der Therapie gegenüber, insbesondere auf der Ebene der Beziehungsgestaltung. Die dem Rückfallmanagement integrierte Diagnostik setzt bereits ‚niedrigschwellig‘ an, indem sie ihre Erhebungsinstrumente auf Kriterien einer Erfassung derartiger Neigungen einstellt (Kriterien der Rückfallgefährdung), die Ergebnisse im therapeutischen Team kommuniziert und ggf. geeignete therapeutische Interventionen einleitet (Rückfallprophylaxe).³³⁾

Zielsetzung und besondere Schwierigkeiten

Wie bereits dargelegt erfordern komplexe Abhängigkeitsentwicklungen komplexe multimodale therapeutisch/pädagogische Vorgehensweisen, die insbesondere die Motivation der Betroffenen ansprechen und auf kognitive Veränderungen entsprechender Einstellungen (zum Drogenkonsum) abzielen. Hinsichtlich der Verwirklichung dieser Zielsetzung sieht sich die Therapie allerdings selbst einem Dilemma gegenüber, insofern sie Verstöße gegen das Abstinenzgebot (ähnlich wie die Justiz) ebenfalls mit Sanktionen belegt – von Rückstufungen bis hin zur Entlassung – und dabei Gefahr läuft lernpsychologisch (assoziativ) gerade jene Widerstände zu verstärken, die sie aufbrechen möchte. Unser Lösungsansatz favorisiert eine Doppelstrategie mit der Zielsetzung dieses Dilemma für die Therapie selbst fruchtbar zu machen. Zum einen, indem wir derartige Verstöße zum Anlass nehmen Motivation und kognitive Einstellungen Betroffener einer intensiven Überprüfung zu unterziehen – sie mit ihrer Ambivalenz, ihrer Krise zu konfrontieren. Zum anderen, indem wir Drogengesetzgebung und gesellschaftliche Einstellungen zum Drogenkonsum vor dem Hintergrund geschichtlicher Entwicklungen in den themenzentrierten Gruppentherapien reflektieren.

Vorgehensweisen

Das Rückfallmanagement³³⁾ ⁷³⁾ vollzieht sich auf drei Ebenen. Im Rahmen der klärungsorientierten Gruppentherapie⁶⁰⁾ sind von Rückfall Betroffene zunächst herausgefordert, sich entsprechend zu ‚erklären‘ – sich insbesondere kritischen Rückfragen der übrigen Therapieteilnehmer zu stellen. Die Chancen im Therapieprogramm zu verbleiben erhöhen sich, wenn der Rehabilitand seinen Suchtmittelkonsum aus eigener Initiative offen legt, Problemeinsicht und Veränderungsbereitschaft zeigt. Anschließend sieht unser Management vor, dass sich Betroffene im Mitarbeiter-Plenum der kritischen Analyse ihrer Problemlage stellen. Parallel finden klärende Sondergespräche mit dem Bezugstherapeuten statt. Die Ergebnisse der Gespräche auf allen drei Ebenen dienen als Grundlage der Entscheidungsfindung bzgl. korrigierender bzw. fördernder Maßnahmen.

Mögliche disziplinarische Konsequenzen sind: Verweis, Rückstufung sowie Vereinbarung über eine Probephase (Besinnungszeit) und deren Durchführung - in der die Glaubwürdigkeit der Rückfallbearbeitung entlang bestimmter Kriterien unter Beweis zu stellen ist - oder Entlassung. In Anbetracht der Ausgangslage und Zielsetzungen halten wir es in zuträglichem Maße für therapeutisch sinnvoll mit Rückfällen zu arbeiten – nicht zuletzt im Sinne effektiver Rückfallprophylaxe. Rückfälle bieten stets Anlass sich mit der eigenen Suchtproblematik intensiver auseinanderzusetzen – sich hinsichtlich Therapiebedürftigkeit und Motivation nichts vorzumachen, sich engagierter in die Therapie einzubringen. Jeder Fall wird aber sorgfältig geprüft, wobei stets abzuwägen ist, inwieweit die Gruppe mit Rückfällen verbundene Belastungssituationen selbst verkraftet. Als Grundsatz gilt: der Schutz der Gruppe hat Vorrang vor der Hilfe für Einzelne. Ein wichtiger Indikator für die Abstinenzmotivation sind die Messergebnisse bzgl. Drogen- und Alkoholkonsum. Wir führen täglich für alle Therapieteilnehmer verbindlich Atemalkoholkontrollen sowie wöchentlich mehrmals ‚Drogenscreenings‘ durch. Bei Bedarf (etwa nach Heimfahrten oder Rückfällen) auch öfter.

4.7.12. Gesundheits- und Krankenpflege

Die allgemeinmedizinische Versorgung Abhängigkeitskranker erfordert ergänzende Maßnahmen der Gesundheits- und Krankenpflege, insbesondere was die Behandlung häufig auftretender Begleit- und Folgeerkrankungen betrifft.¹⁰⁾ Diese Maßnahmen werden in unserem Therapiezentrum von einer Krankenschwester grundsätzlich nach ärztlicher Anweisung durchgeführt. Bei Unklarheiten hält sie mit der ärztlichen Leitung Rücksprache. In geringem Umfang führt sie bei Bedarf Versorgungsmaßnahmen eigenständig durch (gibt z. B. nicht verschreibungspflichtige Medikamente aus oder behandelt leichtere Verletzungen). Zu ihren Aufgaben gehört auch die medizinische Versorgung in Notfällen, Instruktion des Nachdienstes sowie die Einleitung von Erste Hilfe Maßnahmen. Hinsichtlich dieser Aufgaben wird sie von der ärztlichen Leitung geschult und intensiv unterstützt. Zu den **Aufgaben der Pflege** gehören insbesondere:

- Umsetzung ärztlicher Anordnungen und Verschreibungen
- Ausgabe von Medikamenten und Applikationskontrolle
- Abnahme von Urin- und Blutproben
- Management der Laboruntersuchungen
- Blutdruckmessungen
- Anlegen bzw. Erneuern von Verbänden
- Mitgestaltung des Gesundheitstrainings
- Unterstützung bei der Nikotinentwöhnung
- Dokumentation der Pflegemaßnahmen
- Kontrolle der Suchtmittelfreiheit
- Koordination der konsiliarärztlichen Behandlungen
- Bereichsspezifische eigenständige Diagnostik
- Kooperation mit Arbeits-, Sport- und Freizeittherapie
- Beratung und Begleitung der Patienten in Fragen alltagstypischer Gesundheitspflege, Sicherheit am Arbeitsplatz, Gesundheit gefährdender Verhaltensweisen und Einstellungen

Diese Aufgaben stehen unter der **Zielvorgabe**, auf Seiten der Patienten insbesondere Kompetenzen der Selbstfürsorge und Selbsthilfe im Zusammenhang mit Gesundheitspflege anzuregen und aufzubauen sowie die Eigeninitiative in diesem Bereich zu fördern.

4.7.13. Weitere Leistungen

4.7.13.1. Anschluss- und Vorbereitungsmaßnahmen

Da die (Re-) Integration ins Erwerbsleben einen wesentlichen Schwerpunkt unserer Therapie bildet, beginnen berufsbezogene Diagnostik und Eignungsabklärung bereits ab der zweiten Stufe des Rehabilitationsprogramms. Sie haben u. a. das Ziel, Anschlussmaßnahmen zwecks sozialer und/oder beruflicher Teilhabe frühzeitig zu klären und schon während der Therapie mittels geeigneter Fördermaßnahmen vorzubereiten – vorzugsweise im Rahmen der Ergo- und Arbeitstherapie. Schon in dieser Phase werden Kontakte zum Reha-Fachberater der Rentenversicherung oder zur Agentur für Arbeit hergestellt, um eine Beratung hinsichtlich derartiger Anschlussmaßnahmen (etwa schulische oder berufliche Ausbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen) in Anspruch zu nehmen mit dem Ziel, diese rechtzeitig über Antragsverfahren einzuleiten.

4.7.13.1.1. Adaptionphase

Zeigt sich gegen Ende der Maßnahme die Notwendigkeit einer Verlängerung der Therapie über die Stammphase hinaus, bietet sich der unmittelbare Übergang in die Adaptionphase an – entweder in unsere eigene oder eine andere Einrichtung nach Wahl. Dabei ergeht rechtzeitig vor Abschluss der Stammphase ein Zwischenbericht mit entsprechendem Antrag

an den Leistungsträger, in dem wir die Indikation ausführlich begründen und eine entsprechende Verlängerungsdauer vorschlagen. Die Begründung bezieht sich jeweils auf die während der Stammphase erhobenen Daten. Sie werden wöchentlich in den Teamkonferenzen einer Prüfung unterzogen und ggf. korrigiert bzw. modifiziert. Diese entscheiden dann auch über die jeweilige Antragstellung im Einzelfall. Hat jemand beispielsweise ausschließlich Cannabis oder Partydrogen – und das auch nur über eine relativ kurze Zeit – konsumiert, dann reicht meistens eine kürzere Verweildauer.

Sofern ‚Opiatabhängigkeit‘ bzw. ‚Abhängigkeitssyndrom bzgl. Polytoxikomanie‘ diagnostiziert wurde und der Therapieanwärter erstmalig eine Rehabilitation antritt, ist erfahrungsgemäß davon auszugehen, dass die Regeltherapiezeit von 22 Wochen nicht ausreicht. Die Rehabilitationsdauer für die Adaptionphase beträgt in der Regel 12 – 16 Wochen (s. 4.5.2.). Rehabilitanden mit dieser Diagnose sind oft jahrelang abhängig und von schwerwiegenden körperlichen, psychischen, sozialen und materiellen Folgeschäden betroffen. Ihr Verhalten unterliegt einer starken Suchtdynamik.³⁹⁾ Viele traumatische Ereignisse in Verbindung mit sozialer Desintegration und Kriminalisierung haben sie nachhaltig geprägt, ihre Persönlichkeit verkümmern lassen³⁵⁾. Veränderungsmotivation und persönliche Ressourcen sind meist sehr gering. Die vorrangigen Ziele der Rehabilitation können in der zunächst vorgesehenen Zeit nicht erreicht werden. Das Rückfallrisiko ist selbst nach der Stammphase noch relativ hoch.

In der Adaptionphase kommen **hauptsächlich erwerbsbezogene Therapieangebote** als therapeutisch/pädagogische Unterstützung in folgender Ausrichtung zum Tragen:

- Vorbereitung/Durchführung (möglichst externer) Arbeitsplatzpraktika bzw. Integration in berufliche Bildungsmaßnahmen/Nachholen von Schulabschlüssen etc.
- Wohnungssuche und Alltagsbewältigung
- Stabilisierung der Persönlichkeit, insbesondere der Abstinenz
- Krisenbewältigung und -prophylaxe
- Beratung bzgl. Teilhabe am Arbeitsleben inkl. sozialrechtlicher Beratung
- Vorbereitung von Nachsorgemaßnahmen/erwerbsbezogen/psychoedukativ
- Hilfe zur Selbsthilfe/Aufbau und Festigung sozialer Kompetenzen
- Sozialtherapeutische Einzel- und Gruppengespräche/Bilanzierungsgespräche

Einmal pro Woche findet eine sozialtherapeutische Gruppenveranstaltung statt, in der vor allem Erfahrungen der internen und externen Belastungserprobung thematisiert werden. Die Teilnahme ist verbindlich. Auch die therap. Einzelgespräche werden (pro Rehabilitand 1x in 14 Tagen) fortgesetzt. Schwerpunkte sind hier ebenfalls die erwerbsbezogenen Interventionen. Ggf. müssen die diagnostischen Einschätzungen ergänzt werden.

4.7.13.1.2. Ambulante Weiterbehandlung

In dieser Form der Nachsorge stehen Leistungen zur Sicherung des während der Rehabilitation erfolgreich Erlernten im Mittelpunkt. Sie ist ein wichtiges Instrument zur Stärkung der Nachhaltigkeit bisheriger Maßnahmen und kommt für Abhängigkeitskranke in Frage, deren Rehabilitationsziele erreicht sind. Noch weitaus spezifischer werden die in den Phasen zuvor erworbenen, auf eine Erwerbstätigkeit bezogenen Verhaltensweisen und Einstellungen der Rehabilitanden erprobt, gesichert und weiter gefestigt. Sie unterstützt Abhängigkeitskranke mittels Gespräche über den Transfer des in der Rehabilitation Erlernten vor allem in Bezug auf neue Perspektiven der Erwerbstätigkeit und Teilhabe. Ein zentrales Anliegen ist die Förderung der Inanspruchnahme von Maßnahmen schulischer und beruflicher (Wieder)-Eingliederung, wobei die therapeutischen Elemente zu Gunsten einer Unterstützung eigener Aktivitäten der Rehabilitanden zum Erhalt des Arbeitsplatzes oder zur möglichst dauerhaften Wiedereingliederung ins Erwerbsleben zurücktreten. Bei drohenden oder akuten Krisen werden mit den Rehabilitanden angemessene Konfliktlösungsstrategien erarbeitet.

4.7.13.1.3. Ambulant betreutes Wohnen

Im Falle einer wohnortsnahen Wiedereingliederung bieten wir nach Abschluss der Stamm- oder Adaptionsphase bzw. der ambulanten Weiterbehandlung Möglichkeiten eines betreuten Wohnens an – sowohl in unserer Einrichtung in Glentorf, als auch in diversen kleineren Wohngemeinschaften (Clean-WGs). Die Einrichtung in Glentorf, ein ehemaliger Bauernhof mit Nebengebäuden, in aufwendiger liebevoller Arbeit hauptsächlich von einstigen Therapieteilnehmern renoviert - nahe Königslutter – ist einerseits konzipiert zum Zwecke eines ambulant betreuten Wohnens nach Abschluss der Rehabilitation, andererseits im Sinne einer ‚Motivationsphase‘ vor Therapiebeginn. Diese dient vor allem der Rehabilitationsvorbereitung und wird vielfach von Personen genutzt, die sich dringend eine Therapie wünschen, bei denen aber Fragen der Kostenübernahme noch nicht ausreichend geklärt sind (z. B. wegen mehrfach abgebrochener Reha-Maßnahmen, besonderen Problemen nach der Haft, ungeklärtem Asylstatus). Grundsätzlich helfen wir jedem, der aus seiner Drogensucht heraus möchte – selbst wenn abzusehen ist, dass er eine versicherungspflichtige Tätigkeit nicht mehr ausüben kann. Die Anschluss- und Vorbereitungsmaßnahmen in Glentorf unterhalten wir außerhalb des Leistungsbereichs der medizinischen Rehabilitation.

Darüber hinaus vermitteln wir Anschlussmaßnahmen in Form ambulanter Nachsorge am Heimat- oder zukünftigen Wohnort und stellen den Kontakt zu Selbsthilfegruppen her. Die Angebote des Betreuten Wohnens können für eine Dauer von maximal zwölf Monaten in Anspruch genommen werden – im Einzelfall auch länger. Sie richten sich an Interessenten, die nach erfolgreich abgeschlossener Rehabilitation während der ersten Phase der (Re-) Integration ins Erwerbsleben die Unterstützung einer drogenfreien und zugleich fachlich betreuten Wohngemeinschaft wünschen. Erfahrungsgemäß ist die Phase des Übergangs in das Erwerbsleben nochmals besonders krisenanfällig. Und wer dabei nicht in einigermaßen starken sozialen (familiären/partnerschaftlichen) Beziehungen verankert ist, der ist eher von Gefahren des Rückfalls bedroht.

Mit dem betreuten Wohnen dieser Art verbinden wir **Zielsetzungen**, wie sie bereits der Adaptionsphase und der Ambulanten Weiterbehandlung zugrunde liegen. Die Verwirklichung dieser Ziele wird im Rahmen wöchentlicher Einzel- und Gruppengespräche überprüft und ggf. modifiziert. Wiederum bildet die Gruppe ein wichtiges Lernfeld. Übergreifende Ziele beziehen sich darauf, dass die Bewohner einer geregelten Arbeit oder Beschäftigung bzw. Umschulung oder Ausbildung nachgehen und eine entsprechende Alltagsstruktur aufrechterhalten sowie die Grundprinzipien der Selbstfinanzierung und Selbstverwaltung wahren. In unregelmäßigen Abständen oder bei Bedarf werden Alkoholkontrolluntersuchungen und Drogenscreenings durchgeführt. Liegen Rückfälle vor, werden unmittelbar Maßnahmen des Rückfallmanagements eingeleitet. Voraussetzung für deren Erfolg ist, dass der Betroffene die nötige Veränderungsbereitschaft zeigt. Ggf. wird im Sinne einer Probezeit eine periodische Unterbringung in einer anderen WG durchgeführt.

4.7.14. Beendigung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Schon im Rahmen von Heimfahrten zu den Angehörigen und/oder Besuchen von Nachsorgeeinrichtungen bzw. Stellen weiterführender medizinisch/ therapeutischer Versorgung wird das Ende der Rehabilitation vorbereitet und ein Transfer der Rehabilitationsergebnisse in nachfolgende soziale und berufliche Strukturen – ggf. zunächst mit Übergang in die Adaptionsphase oder ambulante Weiterbehandlung - eingeleitet.

Die Rehabilitation kann beendet werden, wenn die vereinbarten, auftragsbezogenen Ziele in zufrieden stellendem Maße erreicht sind. Die dabei zugrunde gelegten Kriterien entnehmen wir der medizinischen und pädagogisch-psychologischen Abschlussdiagnostik, in der die Ergebnisse der eingangs- und verlaufdiagnostischen Datenerhebung zusammengefasst sind. Diese bilden auch die Grundlage für die prognostischen Einschätzungen und

prospektiven Handlungsempfehlungen. Abschlussgespräche in sämtlichen Therapiebereichen, insbesondere im Leitungsteam, gehen ihnen voraus.

Ist schon während der Therapie absehbar, dass jene Ziele nicht erreicht werden können – etwa wegen nicht ausreichender Mitarbeit bzw. Therapiemotivation oder wiederholten gravierenden Verstößen gegen die Hausordnung (negative Prognose) - wird die Rehabilitation vorzeitig beendet. Der erfolgreiche Abschluss der Rehabilitation ist hingegen stets Anlass für eine kleine Feier im Rahmen der Großgruppe. Sie bietet Gelegenheit die gemeinsam verbrachte Zeit – erfahrungsgemäß mit Höhen und Tiefen – einer abschließenden Betrachtung zu unterziehen. Selten fehlt es an humorvollen Rückblenden. Solche Abschlussfeiern können bereits erheblich die Therapiemotivation derjenigen stärken, die mit der Therapie gerade begonnen haben.

Im Interesse unmittelbar anschließender Maßnahmen erfolgt eine zeitnahe Übermittlung des Entlassungsberichts an die Leistungsträger (in der Regel innerhalb einer Woche) sowie relevanter Informationen an andere Stellen (z. B. Justiz, Agentur für Arbeit).

5. Personelle Ausstattung

In Anbetracht ihrer Komplexität erfordert die Therapie von Abhängigkeitskranken die Kooperation eines multidisziplinären Teams, das sich aus dem medizinischen Personal (Ärzte, Krankenschwester), dem psycho- und sozialtherapeutischen Personal (psychologischer Psychotherapeut, Psychologen, Sozialarbeiter/-pädagogen, Sozialtherapeuten), dem Personal der Arbeits-, Ergo- und Kreativtherapie (Arbeits-, Ergotherapeuten), der Sport- und Freizeittherapie (Sporttherapeut) sowie der Hauswirtschaft, Technik und Verwaltung zusammensetzt. Die Leitung der Lehrküche obliegt einer Diplom Oecotrophologin (Honorartätigkeit), die auch für die Diät- und Ernährungsberatung zuständig ist. Ein Koch und Konditor steht für Koch- und Backkurse zur Verfügung. Er ist zugleich Bürokaufmann und leitet die Grundkurse in Bürokommunikation und Netzwerkkompetenz..

Die personelle Ausstattung entspricht den Vorgaben des federführenden Leistungsträgers - der DRV Braunschweig-Hannover - und wird mit dieser in regelmäßigen Abständen abgestimmt. Zusätzlich bieten wir derzeit 2 Plätze für den Bundesfreiwilligendienst an. Eine detaillierte Gesamtübersicht im Hinblick Qualifikation und Stellenanteile der Teammitglieder sowie deren Funktionsbereiche bietet die Anlage „KT-L IA VK Anteile für Stammphase Stand 08-2011.BM“.

6. Räumliche Gegebenheiten

Die räumlichen Ausstattungen im Therapiezentrum sowie in der Adaptionseinrichtung (beide in Lehre) entsprechen den strukturelevanten Ausstattungsmerkmalen der DRV. Eine Übersicht bezüglich Anzahl und Funktion der Räumlichkeiten auf dem Gelände bietet die „KT-L Übersicht der Gebäude 02-2013“.

Die Einrichtung verfügt über einen barrierefreien Zugang gemäß den Vorschriften des SGB I und IX sowie des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG). Die Adaptionseinrichtung bietet 4 Einzelzimmer für die Rehabilitanden, moderne Bäder, einen Gruppen- und Freizeitraum, ein Gesprächszimmer, ein Gästezimmer, ein Mitarbeiterzimmer. Der Garten hinter dem Haus dient der Freizeitgestaltung.

7. Kooperation und Vernetzung

Rehabilitation gemäß der Vielfalt ihrer Zielsetzungen und Aufgabenbereiche erfordert – insbesondere unter dem Aspekt der (Re-) Integration ins Berufsleben und nachhaltiger Stabilisierung von Suchtabstinenz - ein breites und verlässliches Netzwerk kooperativer Partnerschaften außerhalb der Einrichtung. Befreundete Firmen stellen Praktikums- und Ausbildungsplätze zur Verfügung. Immer wieder helfen Mitglieder und Freunde des Vereins

z. B. bei der Wohnungsbeschaffung, beteiligen sich an Freizeitveranstaltungen. Andere bieten Fahrdienste, Begleitung bei schwierigen Heimfahrten, Hilfestellung bei Amts- und Behördengängen, Entschuldungsverfahren etc. an. Mehrere Kirchengemeinden laden zu Gottesdiensten, Gemeindeveranstaltungen ein. In diesem Umfeld haben sich bereits viele Freundschaften ergeben. Besonders wertvoll ist uns ein Kreis drogenabstinenter ehemaliger Therapieteilnehmer, die Patenschaften für Therapieabsolventen übernehmen sowie unsere Vor- und Nachsorgeeinrichtung in Glentorf. Das Therapiezentrum Lehre ist Mitglied in der ACL (Arbeitsgemeinschaft christlicher Lebenshilfen), in der sich bundesweit Therapieeinrichtungen mit ähnlicher Zielsetzung zusammengeschlossen haben, gemeinsame Tagungen abhalten und einen professionellen Austausch pflegen.

Wir unterhalten medizinisch-fachliche Kooperationen mit:

- Haus- und Fachärzten, niedergelassenen Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken, insbesondere mit
 - dem AWO Psychiatriezentrum Königslutter
 - der Hausarztpraxis Destedt-Königslutter-Schapen
- Suchtberatungsstellen
- der Agentur für Arbeit, insbesondere dem ärztlichen und psychologischen Dienst sowie der Arbeits- und Berufsberatung
- Selbsthilfegruppen
- Ehe-, Familien-, Erziehungs-, Sozial- und Schuldnerberatungsstellen
- Vereinen und kulturellen Einrichtungen
- Kirchengemeinden

Zwecks Pflege und Weiterentwicklung dieser Kooperationen bzw. der genannten Netzwerke beteiligt sich das Therapiezentrum Lehre an Arbeitskreisen der regionalen Suchtkrankenhilfe (AK Sucht Landkreis Helmstedt) sowie an der Verbandsarbeit auf Landesebene (Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen) und Bundesebene (GVS Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.)

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Extern: Das Therapiezentrum Lehre nimmt am Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung teil. Es umfasst neben dem Instrument der Rehabilitandenbefragung auch die regelmäßige Erhebung der Strukturqualität auf dem Wege

einer Überprüfung von Qualität und Quantität des Personals sowie Teilnahme an Visitationen durch den federführenden Leistungsträger DRV Braunschweig-Hannover.

Intern: Das Therapiezentrum Lehre ist nach DIN ISO 9001:2008 in Verbindung mit dem Standardverfahren der deQus zertifiziert. Grundlage der deQus-System bildet die Normenreihe der ISO 9000ff. sowie der Exzellenz-Ansatz des EFQM-Modells. Dieses Verfahren ist nach den Standards der BAR anerkannt. Somit erfüllt das Therapiezentrum Lehre die Anforderungen des § 20 Abs. 2a SGB IX.

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Die Durchführung der medizinischen Rehabilitation in unserer Einrichtung liegt zentral in den Händen der Medizinischen Leitung und der Gesamtleitung. Von diesen beiden Instanzen geht die Steuerung der Therapieprozesse und Teamkonferenzen auf ihren unterschiedlichen Ebenen aus - inklusive einer Dienst- und Fachaufsicht für die Teams der Medizin, Psychotherapie, Arbeits-, Sozial- und Freizeittherapie, des Sozialdienstes und Qualitätsmanagements. Die Hauptverantwortlichen dieser Bereiche gewährleisten im Rahmen regelmäßiger Leitungsbesprechungen die Aufrechterhaltung der erforderlichen fachlichen, personellen und organisatorischen Standards unserer interdisziplinären Gesamttherapie.

Rehabilitationsprogrammatik und –planungen werden in Kurzform täglich von den Fachbereich-Teams besprochen und Interventionen aufeinander abgestimmt. Während der wöchentlichen Gesamtteambesprechung (Plenum) werden unter Aufsicht der ärztlichen Leitung therapierrelevante Informationen aus sämtlichen Fachbereichen zusammengetragen, bewertet, übergreifende Strategien der Rehabilitation geplant, koordiniert und auf den Weg gebracht. Liegen besondere Schwierigkeiten vor, etwa im Patientenkontakt, werden die therapeutische Prozesse diesbezüglich eingehend reflektiert, ggf. modifiziert bzw. korrigiert und z. B. Entlastungsstrategien entwickelt.

Ziele, Prozesse und Elemente der Therapiesteuerung im Zusammenhang ihrer grundlegenden Organisations- und Kommunikationsstruktur wurden bereits in Kap.4.7.2.1. ausführlich erläutert und dargestellt. Das folgende Schema bildet die wichtigsten Ebenen im Rahmen einer Hierarchie der dabei maßgeblich beteiligter Instanzen noch einmal ab.

Die Hauptverantwortlichen dieser Bereiche gewährleisten im Rahmen regelmäßiger Leitungsbesprechungen die Aufrechterhaltung der erforderlichen fachlichen, personellen und organisatorischen Standards unserer interdisziplinären Gesamttherapie.

Rehabilitationsprogrammatik und –planungen werden in Kurzform täglich von den Fachbereich-Teams besprochen und Interventionen aufeinander abgestimmt. Während der wöchentlichen Gesamtteambesprechung (Plenum) werden unter Aufsicht der ärztlichen Leitung therapierrelevante Informationen aus sämtlichen Fachbereichen zusammengetragen, bewertet, übergreifende Strategien der Rehabilitation geplant, koordiniert und auf den Weg gebracht.

Weiterentwicklung der Berufsbezogenheit: Hinsichtlich der gesamten Ausrichtung unserer Rehabilitation besteht ein wichtiges Ziel der gesamten Therapieorganisation darin, die Weiterentwicklung der Berufsbezogenheit auf allen Ebenen fortzuentwickeln. Wir haben

insbesondere damit begonnen, die Kontakte zu Arbeitgebern, Arbeitsämtern sowie Fachberatern zu intensivieren und auszubauen, den internen und externen Belastungserprobungen noch mehr Gewicht beimessen, die Adaptionsphase stringenter auf die Wiedereingliederung ins Berufsleben ausrichten.

10. Notfallmanagement

Es werden bis zu 23 Patienten medizinisch betreut. Bei Notfallsituationen in unserem Therapiezentrum erfolgt die Erstversorgung umgehend durch das anwesende ärztliche bzw. medizinische Personal. Alle Mitarbeiter, auch das nichtmedizinische Personal, werden 2x jährlich in einer Notfallschulung nach den Statuten der zuständigen Berufsgenossenschaft BGW mit den aktuellen Standards der Ersthilfe und Reanimation vertraut gemacht.

An apparativer Ausrüstung steht ein Notfallkoffer und Defibrillator mit integriertem EKG zu Verfügung. Aufgrund der zentralen Lage der Ortschaft Lehre ist im Bedarfsfall per Notruf über die Rettungsleitstelle Helmstedt aus der Nachbarortschaft Wendhausen binnen 5-8 Minuten ein Rettungs- oder Notarztwagen vor Ort, um eine umgehende adäquate Weiterversorgung und bei Bedarf den Transport in eine Klinik durchzuführen. Das medizinische Personal sichert die medizinische Erstversorgung bei medizinischen Notfällen und fordert ggfs. notärztliche Versorgung an.

Da sämtliche Räume des Therapiezentrums weniger als 50 Meter auseinander liegen, sind alle Mitarbeiter (auch des therapeutischen Teams) jederzeit erreichbar und zur Notfallversorgung einsatzfähig. Räume, in denen sich Patienten alleine aufhalten (Toiletten, Duschen), sind mit Notfallklingeln versehen. Dieses zentrale Notfallsystem ist jederzeit über eine Alarmzentrale in Hannover erreichbar. Die jeweils leitenden Mitarbeiter, auch des Nachtdienstes, sind hinsichtlich einer Betätigung des Notfallsystems entsprechend geschult.

Bei Aufhalten der Patientengruppe außerhalb des Klinikgebäudes (z.B. bei sportlichen Außenaktivitäten und Freizeitaktivitäten) ist der begleitende Therapeut jederzeit in der Lage, per Mobil-Telefon das medizinische Personal des Therapiezentrums Lehre zu konsultieren oder eine notärztliche Versorgung herbei zu führen.

Im Rahmen des mit dem QM System der Einrichtung verbundenen Notfallmanagements erfolgen zudem regelmäßige Begehungen und Sicherheitsüberprüfungen auf der Basis brandschutz- und feuerwehrtechnischer Leitlinien. Die nächste zuständige Feuerwehrwache ist nur rund 300m vom Einrichtungsgelände des Therapiezentrums entfernt. Im neu errichteten Therapiegebäude befindet sich eine Brandmeldezentrale (BMZ), die über die Alarmzentrale eines Dienstleisters aufgeschaltet ist und über Brandmelder in jedem Patientenzimmer verfügt.

11. Fortbildung

Um die fachliche Qualität der Mitarbeiter nicht allein zu sichern, sondern weiter auszubauen, nehmen sie regelmäßig an externen und internen Fortbildungsveranstaltungen teil. Die wachsende Komplexität im Bereich der Suchtkrankenhilfe sowie die steigenden Qualitätsstandards erfordern nicht nur eine ständige Erweiterung der Sachkenntnisse, sondern auch der Kenntnisse und Kompetenzen in methodischer und personaler Hinsicht (z. B. Organisations-, Kommunikations-, Kooperations-Analyse- und Gestaltungskompetenzen), außerdem Fähigkeiten, sich Informationen zu beschaffen und diese fachspezifisch zu nutzen bzw. zu transferieren. Deshalb werden regelmäßig übergreifende und ressortspezifische Fortbildungen für die beteiligten Berufsgruppen organisiert bzw. gefördert.

Interne Fortbildungen wie Fachtage, Qualitätszirkel, Teamkonferenzen und Intervisionen gewährleisten eine praxisnahe und auftragsbezogene Kompetenzförderung. Externe Fortbildungen zu Themen der Suchthilfe bzw. fachspezifischer Qualifizierung sichern die Orientierung an wissenschaftlichen Standards und bieten Anregungen für die fachliche und

persönliche Weiterentwicklung. Die Fortbildung der Mitarbeiter wird mittels finanzieller Förderung und Fortbildungsurlaub entlang vereinbarter Fortbildungsrichtlinien geregelt und unterstützt.

12. Supervision

Mit zunehmender Diversifizierung, Differenzierung und Verdichtung der an der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger beteiligten Prozesse erhöht sich potenziell die Gefahr von Fehlsteuerungen. Im Zuge der wachsenden Dynamik können Handlungs- bzw. Entscheidungssituationen hinsichtlich ihrer Voraussetzungen, Folge- und Nebenwirkungen von den beteiligten Akteuren kaum noch vollständig übersehen werden. Zugleich steigt die Gefahr unkritischer Selbstreflexion, einseitiger Therapieausprägung, lähmender Konflikte unter den Mitarbeitern – kurz gesagt: von Störungen im Rehabilitationsprozess. Eine Übersicht von außen ist erforderlich. Neben der Fortbildung ist die Implementierung von Supervisionen ein wichtiges Mittel derartigen Gefahren entgegen zu wirken und effiziente Maßnahmen der Gegensteuerung einzuleiten.

Indem regelmäßig eine entsprechend fachlich qualifizierte Person extern hinzugezogen wird, ermöglichen die von ihr geleiteten Supervisionen einerseits Reflexionen in Bezug auf die mit den skizzierten Zusammenhängen verbundenen Gefahren (kritischer, weil gleichsam von außen), andererseits die Entwicklung verbesserter Instrumente der Therapieplanung und -steuerung sowie die Förderung therapeutisch relevanter Kompetenzen und Dispositionen. Darüber hinaus tragen sie erheblich zur Lösung von Konflikten, Entlastung der Mitarbeiter – mithin zu einem guten ‚Betriebsklima‘ bei.

An den externen Supervisionen nimmt stets das gesamte Mitarbeiter-Team teil. Sie finden viermal pro Jahr jeweils an einem Vormittag (Dauer mind. 3 Stunden) statt. Die interne Supervision (Intervision) erfolgt auf zwei Ebenen. Zunächst besprechen die Mitglieder des therapeutischen Leitungsteams einmal pro Woche Rehabilitationsverläufe, Planungen und Interventionen untereinander, sodann mit den Mitarbeitern der Fachteams (z. B. der Ergo- und Arbeitstherapie). Auf der weiteren Ebene werden unter Fachaufsicht der ärztlichen Leitung jeweils alle sechs Wochen Rehabilitationsverläufe, Planungen und Interventionen mit dem gesamten therapeutischen Team thematisiert, koordiniert und ggf. korrigiert. Wichtige Themen sind z. B. Kontaktschwierigkeiten mit Rehabilitanden, Konflikte innerhalb des Teams und der Therapiegruppen, Reflexion therapeutischer Prozesse oder auch Strategien der Entlastung. Ebenfalls etwa alle sechs Wochen werden bzgl. der Patienten mit Doppeldiagnosen in einem zweistündigen Fachkolloquium unter ärztlicher Leitung Therapieplanung und -steuerung aufeinander abgestimmt und die Medikationen geprüft. Unter Vorsitz des Psychologen findet 1x pro Monat eine interne Supervision statt – bei Bedarf öfter.

13. Hausordnung/Therapievertrag

Eine gemeinsam gestaltete Therapiezeit erfordert sowohl von den Patienten untereinander, als auch im therapeutischen Umgang klare Vereinbarungen. Zu diesem Zweck wurde für das Therapiezentrum Lehre auch eine entsprechende Hausordnung erlassen.

Das erfolgreiche Bestehen einer Rehabilitationsmaßnahme ist von klaren Zielvorgaben abhängig, die im Therapievertrag bzw. der s.g. Aufnahmevereinbarung gemeinsam mit dem Patienten festgehalten werden.

Literaturverzeichnis

(Der Übersicht halber sind die Literaturangaben nach Sachgebieten unterteilt)

Gesetzliche Grundlagen – Kommentare – Leitlinien - Empfehlungen

- 1) BAR: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Heft 12, 2006,
http://www.bar-frankfurt.de/upload/Arbeitshilfe_Abhaengigkeit_172.pdf
- 2) BAR: Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX vom 27.03.2003
http://www.barfrankfurt.de/upload/Gemeinsame_Empfehlung_Qualitaetssicherung_79.pdf
BAR: Gemeinsame Empfehlungen zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe (Reha-Prozess), August 2014.
BAR: Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen (Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“) vom 08.11.2005
http://www.bar-frankfurt.de/upload/Gemeinsame_Empfehlung_Sozialdienste_82.pdf
- 3) Wiegand, G.: BORA-Vorstellungen und Erwartungen. Konzept vom 14.07.2015
Deutsche Rentenversicherung: Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014
- 4) BAR: Grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 20 SGB IX, Oktober 2009
[http://www.bar-frankfurt.de/upload/Vereinbarung_Korrektur_\(2\)_1401.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/upload/Vereinbarung_Korrektur_(2)_1401.pdf)
- 5) BAR: ICF-Praxisleitfaden 1+2. Frankfurt am Main (2008)
- 6) BAR: Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX, Oktober 2009
http://www.barfrankfurt.de/upload/Vereinbarung_Korrektur_%282%29_1401.pdf
- 7) Deutsche Rentenversicherung: Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung - Sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen April 2010,
<http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Sozialmedizin > Sozialmedizinische Begutachtung
- 8) SCHUNTERMANN, M. F.: Grenzen der ICD und Ansatz der ICF. In: SCHMID-OTT, G., WIEGAND-GREFE, S., JACOBI, C., PAAR, G., MEERMANN, R., LAMPRECHT, F. (Hrsg.) Rehabilitation in der Psychosomatik. Stuttgart: Schattauer (2008). S. 9-20.

Psychologie – Psychotherapie - Medizin

- 9) ABRAHAM, A. & MÜLLER, B. (HRSG.) (2010): Körperhandeln und Körpererleben. Multidisziplinäre Perspektiven auf ein brisantes Feld. Bielefeld: transcript.
- 10) BARTH, V. (2011): Sucht und Komorbidität. Grundlagen für die stationäre Therapie. Heidelberg: ecomed MEDIZIN
- 11) BARTLING G. (2005): Problemanalyse im therapeutischen Prozess. Stuttgart: Kohlhammer.
- 12) MOGGI, F, DONATI, R. (2003): Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. Göttingen: Hogrefe.
- 13) BECK, A.T., WRIGHT, F.D. NEWMAN, C.F., LIESE, B.S. (1997): Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Union.
- 14) CONDRAU, G. (1999): Daseinsanalyse. Dettelbach: Röhl.

- 15) BOOTHE, R. (2011): Biografisches Erzählen im psychotherapeutischen Prozess. Stuttgart: Schattauer.
- 16) BIRBAUMER, N. & SCHMIDT, R.F. (2010): Biologische Psychologie. Heidelberg: Springer., s. insbesondere S. 670 – 682.
- 17) DILLING, H., MOMBOUR, W. (Hrsg.) (2006): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Bern: Verlag Hans Huber.
- 18) DÜHRSEN, A. (2011): Die biografische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. Stuttgart: Schattauer
- 19) ELLIS, A. (2008): Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- 20) FIEDLER, P. (2000): Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- 21) FOULKES, S.H. (2007): Praxis der gruppenanalytischen Psychotherapie. Magdeburg: Klotz.
- 22) FRICK, E. (2009): Psychosomatische Anthropologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- 23) GAUGGEL, S. & HERRMANN, M. (2008): Handbuch der Neuro- und Biopsychologie. Göttingen: Hogrefe.
- 24) GOUZOULIS-MAYFRANK, E. (2003): Komorbidität Psychose und Sucht. Von den Grundlagen zur Praxis. Darmstadt: Steinkopf Verlag.
- 25) GRAWE, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- 26) GRAWE, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- 27) GRIESEHOP, H.R., RÄTZ, R., VÖLTER, B. (2012): Biografische Einzelfallhilfe. Methoden und Arbeitstechniken. Weinheim und Basel: Beltz
- 28) Hartje, W., Poeck, K. (2006): Klinische Neuropsychologie. Stuttgart: Thieme
- 29) ICF (Hrsg. DIMDI) (2006): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln.
- 30) JACOB J., STÖVER H. (2006): Sucht und Männlichkeiten. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- 31) JAEGGI, E. (1995): Zu heilen die zerstoßnen Herzen. Die Hauptrichtungen der Psychotherapie und ihre Menschenbilder. Reinbek: Rowohlt, s. Zitat S.298.
- 32) KANFER, F.H., REINECKER, H., SCHMELZER, D. (1996): Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer.
- 33) KLOS, H., GÖRGEN, W. (2006): Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit. Ein Trainingsprogramm. Göttingen: Hogrefe.
- 34) KRAUS, Z. M., SCHÄFER, I. (Hrsg.) (2006): Trauma und Sucht – Konzepte, Diagnostik, Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- 35) LÄNGLE, A. & HOLZEY-KUNZ, A. (2007): Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: Fakultas
- 36) LAMNEK, S. (2010): Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz
- 37) LEITLINIEN der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde - DGPPN (2004): Diagnose und Therapie der ADHS im Erwachsenenalter. www.awmfleitlinien.de
- 38) LEITLINIEN der DGPPN (2006): Posttraumatische Belastungsstörung. www.awmfleitlinien.de
- 39) LEITLINIEN der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie – DGKJP (2007): Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: www.awmfleitlinien.de
- 40) LEITLINIEN der DGKJP (2008): Störungen der Impulskontrolle: www.awmfleitlinien.de
- 41) LEITLINIEN der DGPPN (2008): Persönlichkeitsstörungen. www.awmf-leitlinien.de
- 42) LWL-Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.) (2011): Männlichkeiten und Sucht - ein Handbuch für die Praxis. Detmold: Landschaftsverband Westfalen-Lippe.
- 43) LINDEN, M. & HAUTZINGER, M. (2011): Verhaltenstherapiemanual. Berlin: Springer
- 44) LINDENMEYER, J. (2004). Abstinenz als Orientierung in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken. In: Rink, J. (Hrsg.), Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhängigkeit zur Kontrollabhängigkeit – Beiträge zum Wandel der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe. Geesthacht: Neuland Verlag S. 40-55.

- 45) LINDENMEYER, J. (2005b). Teilhabe von Suchtkranken nach SGB IX – Anspruch und Wirklichkeit. In Fachverband Sucht (Hrsg.), Perspektiven für Suchtkranke – Teilhabe fördern, fordern, sichern. Geesthacht: Neuland S. 45-60.
- 46) LINDENMEYER, J. (2007). Rückfallprävention. In J. Margraf (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1 (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- 47) LINDENMEYER, J. (Hrsg.) (2010). Therapie-Tools: Offene Gruppen 1. Weinheim: Beltz.
- 48) LINDENMEYER, J. (Hrsg.) (2011). Therapie-Tools: Offene Gruppen 2. Weinheim: Beltz.
- 49) LÜDECKE, C., SACHSE, U., FAURE, H. (2010): Sucht - Bindung - Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer.
- 50) MEICHENBAUM, D. (2012): Intervention bei Stress, Bern: Huber.
- 51) MEICHENBAUM, D. (1995): Kognitive Verhaltensmodifikation. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- 52) MORENO, J.L. (2008): Gruppenpsychotherapie und Psychodrama, Stuttgart: Thieme.
- 53) NAJAVITS, L.M. (2009): Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch – Das Therapieprogramm - Sicherheit finden. Göttingen: Hogrefe.
- 54) PETRY, J. (2003): Glücksspielsucht: Entstehung, Diagnostik und Behandlung. Göttingen: Hogrefe.
- 55) PETRY, J. (2010): Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internet-Gebrauch. Göttingen: Hogrefe.
- 56) QUITMANN, H. (1996): Humanistische Psychologie. Göttingen: Hogrefe:
- 57) RAIFF, N., SHORE, B. (1997): Fortschritte im Case Management. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- 58) REINECKER, H. (Hrsg.) (2003): Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen (4.Aufl.): Göttingen: Hogrefe.
- 59) ROEDIGER, E. (2011): Praxis der Schematherapie. Stuttgart: Schattauer.
- 60) SACHSE, R., FASBENDER, J., BREIL, J. PÜSCHEL, O. (2009). Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- 61) SACHSE, R. (2006): Therapeutische Beziehungsgestaltung. Göttingen: Hogrefe.
- 62) SACHSE, R., LANGENS, T. A., SACHSE, M. (2012): Klienten motivieren. Therapeutische Strategien zur Stärkung der Änderungsbereitschaft. Bonn: Psychiatrie.
- 63) SACHSE, R., SACHSE, M., FASBENDER, J. (2010): Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- 64) SCHNEIDER, R. (2011): Die Suchtfibel. Hohengehren: Schneider
- 65) SCHNEIDER-LANDOLF, M., SPIELMANN, J., ZITTERBARTH, W. (2010) (HRSG.): Handbuch Themenzentrierte Interaktion TZI. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- 66) SCHMIED, W. & KOWARZIK, R. (2012): Umriss einer neuen analytischen Psychologie und ihr Verhältnis zur empirischen Psychologie. Galway: Ulan Press.
- 67) SCHWING, R. & FRYSZER, A. (2010): Systemisches Handwerk. Werkzeug für die Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- 68) SIMON, F.B. & RECH-SIMON, C. (2012): Zirkuläres Fragen. Systemische Therapie in Fallbeispielen. Ein Lernbuch. Heidelberg: Carl-Auer.
- 69) STRASS, U. (2007): Hilfreiches Fragen. Praxishandbuch für hilfreiche Gespräche in Lern- und Veränderungsprozessen. Norderstedt: Books on Demand
- 70) SULZ, S.K.D. (2009): Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. München: CIP-Medien.
- 71) TRETTER, F., MÜLLER, A. (Hrsg.) (2001): Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Hogrefe.
- 72) WALLER, H. (2007): Sozialmedizin. Stuttgart: Kohlhammer.
- 73) WATZL, H. & COHEN, R.(Hrsg.) (1989): Rückfall und Rückfallprophylaxe. Berlin: Springer.
- 74) WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. H., JACKSON, D.D. (2011): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Huber

- 75) WENDT, W.R. (2001): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- 76) WILKEN, B. (2006): Methoden der Kognitiven Umstrukturierung. Stuttgart: Kohlhammer.
- 77) WÖLLER, W. & KRUSE, J. (2010): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. Stuttgart: Schattauer.

Soziologie- Systemtheorie – Wissenschaftstheorie

- 78) ALBERT, H. (1986): Theorie und Realität. Tübingen: Mohr.
- 79) BAECKER, D. & LUHMANN, N. (2004): Einführung in die Systemtheorie. Heidelberg: Carl-Auer.
- 80) BARTHES, R. (2005): Das Rauschen der Sprache: Kritische Essays IV. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- 81) BARTHES, R. (2009): Die helle Kammer. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- 82) BAUDRILLARD, J. (1992): Transparenz des Bösen. Ein Essay über extreme Phänomene. Berlin: (Merve)
- 83) BAUDRILLARD, J. (2010): Kool Killer oder Der Aufstand der Zeichen. Berlin: Merve.
- 84) BOURDIEU, P. (2009): Das Elend der Welt. Stuttgart: UTB.
- 85) BOURDIEU, P. (2012): Die männliche Herrschaft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- 86) FOUCAULT, M. (2011): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt a. M.: Fischer.
- 87) VIRILIO, P. (2008): Rasender Stillstand: Essay. Frankfurt a. M.: Fischer.
- 88) VIRILIO, P., ENGELMANN, P., MAERCKER, P. (2011): Die Verwaltung der Angst. Wien: Passagen.

Ergo- und Arbeitstherapie – Arbeitspsychologie

- 89) DVE (Hrsg.) (2011): Indikationskatalog Ergotherapie. Heilmittel-Richtlinie, Ambulante Versorgung, Stationäre Versorgung, Leistungsbeschreibungen, Diagnosen nach ICD-10, Assessment-Instrumente. Idstein: Schulz-Kirchner.
- 90) Deutsche Rentenversicherung (Löffler, S. et al.): Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. Praxishandbuch (3. erweiterte Aufl.)
- 91) KÖHLER, K. & STEIER-MECKLENBURG, F. (HRSG:) (2008): Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation. Stuttgart: Thieme.
- 92) KÖSER, P. (2010): Hilfen zur Befunderhebung/Arbeitsdiagnostik. Idstein: Schulz-Kirchner.
- 93) MÜNK, D. & SCHELLEN, A. (2010): Kompetenzermittlung für die Berufsbildung. Bielefeld: Bertelsmann.
- 94) ULICH, E. (2005): Arbeitspsychologie. Stuttgart: Schaeffer-Poeschel.

Kreativitätstherapien – Kunst- und Musiktherapie

- 95) BACHELARD, G. (1975): Poetik des Raumes. Frankfurt a. M.: Ullstein.
- 96) FUHR, R., SRECKOVIC, M., GREMLER-FUHR, M. (HRSG.) (2001): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe.
- 97) HANUS, O. (2003): Kognitive Kunsttherapie. Norderstedt: Books on Demand.
- 98) KAPTEINA, H. & HÖRTREITER, H. (1993): Musik und Malen in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken. I: Bolay, V. & Bernius, V. (Hrsg.) (1993): Praxis der Musiktherapie. Stuttgart: Fischer.
- 99) PETZOLD, H. G. & ORTH, I. (HRSG.) (2007): Handbuch der Kunsttherapie. Theorie und Praxis. Bde I und II. Bielefeld und Locarno: Aisthesis.
- 100) PETZOLD, H. G. & ORTH, I. (HRSG) (2005): Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliothherapie, Literarische Werkstätten. Bielefeld und Locarno: Aisthesis.
- 101) POLTRUM, M. & LEITNER, R. (2009): Existenzanalytische Kinotherapie. Filme als Balsam für die Seele. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 32/Nr.1, S. 47 – 52.

Erziehungswissenschaft/Pädagogik – Klinische Sozialarbeit

- 102) ALISCH, L.-M. & RÖSSNER, L. (1982). Grundlagen einer generellen Verhaltenstheorie. Theorie des Diagnostizierens und Folgeverhaltens. München: Reinhardt.
- 103) BOLLNOW, O. F. (1984): Mensch und Raum. Stuttgart: Kohlhammer.
- 104) BOLLNOW, O.F. (1979): Neue Geborgenheit. Stuttgart: Kohlhammer
- 105) BUBER, M. (1999): Reden über Erziehung. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- 106) DELOIE, D. (2011): Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit. Gießen: Psychosozial.
- 107) HOLST, G. (1985): Heroinabhängigkeit junger Erwachsener. Eine Perspektive des Verstehens aus erziehungswissenschaftlicher Sicht. Braunschweig: One Way.
- 108) MICHL, W. (2011): Erlebnispädagogik. München: Reinhardt.
- 109) MOLLENHAUER, K. (1986): Erziehung und Emanzipation. Polemische Skizzen. Weinheim: Juventa.
- 110) RÖSSNER, L. (1982): Erziehungs- und Sozialarbeitswissenschaft. München: Reinhardt
- 111) RÖSSNER, L. (1986): Einführung in die analytisch-empirische Erziehungswissenschaft. Freiburg: Herder.
- 112) RETTER, H. (Hrsg.) (2004): Reformpädagogik. Neue Zugänge – Befunde – Kontroversen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Philosophie- Theologie

- 113) BOEDER, H. (1988): Das Vernunft-Gefüge der Moderne. Freiburg/München: Alber.
- 114) BOEDER, H. (1980): Topologie der Metaphysik. Freiburg/München: Alber.
- 115) BOEDER, H. (2006): Die Installationen der Submoderne: Zur Tektonik der heutigen Philosophie. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- 116) GADAMER, H.-G. (2010): Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- 117) GADAMER, H.-G. (2011): Wahrheit und Methode. Berlin: Akademie.
- 118) HOLST, G. (1999): Der Weinstock und die Tränen des Mohns. Von der nüchternen Trunkenheit in den Rausch der Moderne. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- 119) HOLST, G. (2009): Der Weinstock und die Tränen des Mohns. Von der nüchternen Trunkenheit in die Triebwerke der Submoderne. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 32/ Nr.1, 5 – 15.
- 120) KANT, I. (1784/1999): Was ist Aufklärung? Hamburg: Meiner.
- 121) RATZINGER, J./BENEDIKT XVI. (2006): Gott ist die Liebe: Deus caritas est. Freiburg: Herder.
- 122) SERRES, M. (1994): Die fünf Sinne. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- 123) THIELICKE, H. (1985): Mensch sein. Mensch werden. Entwurf einer christlichen Anthropologie. München: Piper.

