



Therapiezentrum Brücke
Rehahaus Gundelfingen
Betreutes Wohnen Haus Hochburg

Jahresbericht 2009



Jahresbericht 2009

Therapiezentrum Brücke

Klärungs- und Intensivtherapeutische Phase

Alter Brückleweg 12

79426 Buggingen

Tel.: 07631/936260, Fax: 07631/9362610

Email: verwaltung@therapiezentrum-brueckle.de

www.therapiezentrum-brueckle.de

Rehahaus

Adaptionsphase

Gewerbestraße 6, 79194 Gundelfingen

Tel.: 0761/584873, Fax: 0761/581509

Email: verwaltung-rhg@rehaHaus-gundelfingen.de

Betreutes Wohnen

„Haus Hochburg“

Hochburger Straße 52, 79312 Emmendingen

Tel.: 07641/933578-0, Fax: 07641/933578-1

Email: verwaltung@haushochburg.de

Geschäftsstelle und Verwaltung des Trägers AKRM e.V.

Spitalstraße 68, 79539 Lörrach

Tel.: 07621/2087, Fax: 07621/14556

Das Therapiezentrum mit Rehahaus verfügt über 45 Betten. Aufgenommen werden Männer ab 18 Jahren, in der Adaptionsphase auch Frauen. Es ist als Einrichtung zur stationären medizinischen Rehabilitation anerkannt. Das Therapiezentrum wird von Krankenkassen, Rentenversicherungs- und Sozialhilfeträgern belegt. Das Sozialministerium Baden-Württemberg hat das Therapiezentrum im Sinne des BtMG § 35 staatlich anerkannt.

Das Betreute Wohnen ist in der Rechtsnachfolge des Landeswohlfahrtsverbands Baden durch das Sozialamt des Landkreises Emmendingen und von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg für stationäre und ambulante Nachbetreuung von Suchtkranken anerkannt.

Träger ist der Arbeitskreis Rauschmittel (AKRM) e.V. Lörrach, ein eingetragener und gemeinnütziger Verein, der dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband angeschlossen ist.

Das Therapiezentrum, einschließlich der Adaption im Rehahaus Gundelfingen und dem Betreuten Wohnen Haus Hochburg, ist nach DIN ISO 9001:2008 zertifiziert.

Therapeutische Gesamtleitung:

Michael Rommelspacher

Ärztliche Leitung:

Harald Dahmen

Verwaltungsleitung:

Jutta Kleindienst

Inhalt

1	Einleitung	5
2	Daten und Fakten	6
3	Katamnesebefragung	12
4	Qualitätsmanagement und Zertifizierung	13
5	Befragung zur Arbeitszufriedenheit	15
6	Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Leitkonzept der Rehabilitation	16
7	Behandlung von Patienten mit primärer THC-/Partydrogenabhängigkeit	18
8	Das Therapiezentrum — eine rückfallfreie Zone	25
9	Weihnachten und Silvester	27
10	Eignungsanalyse und Berufsfindung	28
11	Schulung in Arbeitssicherheit als Angebot der Arbeitstherapie	28
12	Pharmakotherapie in der stationären Behandlung	30
13	Die Gruppe für suchtmittelauffällige Jugendliche in der JVA Freiburg	31
14	Bericht der Adaptionsphase	33
15	Arbeitstherapeutische Angebote in der Adaptionsphase	38
16	Bericht des Betreuten Wohnens	39
17	Mitarbeiter/innen und Teams	42

Michael Rommelspacher

Wie in jedem Jahresbericht wollen wir einen Einblick in Themen, die uns im Berichtsjahr besonders beschäftigt haben oder die für uns zukunftsweisend sind, geben. Zentrale Prozesse werden durch Merkmale und Kennziffern gekennzeichnet, die wir im Kapitel Daten und Fakten dokumentieren und kommentieren. Im Berichtsjahr war die Intensivphase erstmals seit Jahren wieder zufriedenstellend belegt, was auch eine wirtschaftliche Entlastung darstellt. Ausschlaggebend war die Belegung mit THC-/Partydrogenpatienten und eine gute Haltequote sowie die Zuweisungspraxis der DRV Baden-Württemberg.

Die Schlüsse, die aus der 2009 durchgeführten Katamnesebefragung gezogen werden können, sind leider wegen der niedrigen Rücklaufquote nicht sehr aussagekräftig, zeigen jedoch, dass es Personen gibt, die durch die Behandlung eine stabile Abstinenz und die berufliche Wiedereingliederung erreichen. Aufschlussreich wäre ein einrichtungsübergreifender Vergleich.

In einem Beitrag beschreiben wir den Weg zur Zertifizierung, den wir im April des Berichtsjahres mit dem Audit abgeschlossen haben sowie die weitere Entwicklung.

Die im Rahmen des Qualitätsmanagements durchgeführte Befragung zur Arbeitszufriedenheit wurde dagegen von allen Mitarbeiter/innen – bis auf eine krankheitsbedingte Ausnahme – auf freiwilliger Basis angenommen. Die leider nur pauschalen Ergebnisse zeigen im Vergleich zur Vorerhebung in einigen Merkmalen eine Verbesserung und werden positiv bewertet.

Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) stellt als Leitkonzept der Rehabilitation einen Paradigmenwechsel dar. In einem Beitrag stellen wir die zentralen Aussagen der ICF vor. Sie werden die Orientierung für eine Überarbeitung der Behandlungskonzeption sein, die wir im nächsten Jahr in Angriff nehmen wollen.

Im Berichtsjahr haben wir die Teilkonzeption „Behandlung von Patienten mit primärer THC-/Partydrogenabhängigkeit“ umgesetzt und ausgewertet. Die Ergebnisse sind ermutigend. Zum einen erreichen wir diese Zielgruppe mit unseren Angeboten mit guten Erfolgen, zum anderen ist eine Behandlung auch gemeinsam

mit der Gruppe der Opioidkonsumenten sinnvoll, auch wenn diese Klientel in Teilbereichen und -aufträgen in besonderem Maß unterstützt werden muss.

Seit Jahren ist der Konsumvorfall während der intensivtherapeutischen Behandlungsphase die absolute Ausnahme. Wir sehen dies als ein Merkmal von Prozessqualität, das nicht nur die Behandlung als abstinent Phase markiert, sondern darüber hinaus auch als Modell für nachstationäre Abstinenz dient.

Weihnachten und der Jahreswechsel stellen kritische Zeiträume in der Behandlung dar. Wie wir diese ohne Rückfälle oder Krisen konstruktiv bewältigen, berichten wir in einem Beitrag.

Wir behandeln zunehmend jüngere Patienten, die noch keine Erfahrung mit Ausbildung oder Arbeitswelt haben. Für sie beginnt die Orientierung auf die Berufsausbildung mit dem Erarbeiten eines Profils als ersten Schritt in den weiteren Beratungs- und Klärungsprozess.

Im Zuge der Zertifizierung wurden auch alle Angebote der Arbeitstherapie und Hausvorsorgung auf das Einhalten der bestehenden Hygiene- Sicherheitsbestimmungen, Verordnungen und Gesetzen überprüft. Da Patienten in diesen Bereichen arbeiten, gehört die strukturierte und systematische Schulung mittlerweile zu den Standards, von denen sie auch im späteren Arbeitsleben profitieren können.

Ärztlich verordnete Medikamente sinnvoll einsetzen zu können, gehört auch für Abhängigkeitskranke zu den Basiskompetenzen. Die Praxis der Medikamentierung hat sich über die Jahrzehnte in der stationären Rehabilitation, zumindest im Therapiezentrum, verändert. Wir beschreiben die aktuelle Praxis und die Hintergründe.

Seit Jahren werden von Mitarbeiter/innen des Therapiezentrums und Rehahaus in Kooperation mit der externen Beratung der PSB KOBRA, Müllheim, in der JVA Freiburg Gruppen zur Vorbereitung einer stationären Behandlung durchgeführt. In einem Beitrag wird eines dieser Angebote beschrieben und ausgewertet.

Auch für die Mitarbeiter/innen der Adaptionsphase war das Berichtsjahr, was Prozesse und Behandlungserfolge betrifft, ein durchaus erfolgreiches Jahr, auch wenn die Grenzen des in der Behandlung

Erreichbaren akzeptiert werden müssen. Ein besonderes Augenmerk gilt der Integration in Arbeit und Ausbildung, der Folgebetreuung und dem Sichern der Abstinenz.

Am Beispiel der Fahrradwerkstatt im RehaHaus wird dargestellt, wie Projekte der Arbeitstherapie in der Adaptionphase umgesetzt werden.

Der Mitarbeiter/innenwechsel im Betreuten Wohnen ist im Berichtsjahr ohne Qualitätsverlust umgesetzt worden. Auch hier steht die Sicherung der Abstinenz

unter alltagsnahen Bedingungen und die berufliche Integration im Mittelpunkt des Auftrags. Dazu ist die Zusammenarbeit mit zahlreichen Kooperationspartnern erforderlich.

Kontinuität in der Zusammenarbeit und Kompetenz in den jeweiligen Fachaufträgen sind die Voraussetzung für Qualität und Erfolge im Rahmen des Möglichen. Dies kennzeichnet die Teams in den verschiedenen Betriebsteilen. An dieser Stelle sei allen Mitarbeiter/innen für ihr hohes Engagement und die gute Kooperation gedankt.



Daten und Fakten

Michael Rommelspacher

Die hier vorgestellten Daten beziehen sich auf die Auswertung des Deutschen Kerndatensatzes und der Daten, die mittels PATFAK, der Software zur Patientenverwaltung und Leistungsfakturierung, erhoben werden.

Belegung

Erstmals war im Berichtsjahr die Intensivtherapeutische Phase im Therapiezentrum Brückle wieder ausreichend belegt. Dies entspannt nicht nur die ökonomische Situation, sondern setzt in der Existenzsicherung gebundene Energien für andere Aufgaben frei. Schon gegen Ende des Jahres war die Zahl der Bewerbungen leider wieder deutlich rückläufig. Nach wie vor stellt sich die Frage, wie eine solitäre Einrichtung sich zwischen den Verbänden in Baden-Württemberg so positionieren kann, dass sie zum einen ihre Existenzberechtigung nachweist, zum anderen wahrgenommen und auch belegt wird. Seit Jahren tun wir dies durch besondere Qualität und Angebote. Auch in Zukunft sehen wir so die Chance, uns langfristig zu behaupten.

Belegung	IP	AP	gesamt
2005	90,9	104,5	93,6
2006	81,4	124,7	90,1
2007	93	92,5	92,9
2008	89,9	103	92,5
2009	96,9	97,2	97

IP = Intensivtherapeutische Phase

AP = Adaptionphase

Nach wie vor lebt die Belegung von eher wohnortfernen Vermittlungen. Hier sichert vor allem Nordwürttemberg mit einem Anteil von 57% die Auslastung. Andere Regionen, wie der Bodenseeraum und Oberschwaben, sind mittlerweile „weiße Flecken“. Die Kooperationen der früheren Jahre bestehen nicht mehr. Gerne würden wir unser Verständnis als Einrichtung für die Region und den Nahbereich, was für alle Beteiligten mit Vorteilen verbunden ist, deutlicher vermitteln.

In den Kommunalen Sucht Hilfenetzwerken ist die wohnortsnah stationäre Rehabilitation derzeit kein Thema. Zuvor werden Grundsatzfragen oder tagesaktuelle Themen geklärt. Wünschenswert wäre, dass das Potential des Therapiezentrums dort aus verschiedenen Perspektiven wahrgenommen wird. Auch wenn wir den Kernauftrag nicht verlassen, zeigen viele Initiativen, wie zum Beispiel regelmäßige Präventionsveranstaltungen für Schulklassen und Auszubildende oder das Angebot der Gruppenarbeit in der JVA Freiburg, 2009 fanden dort vier regelmäßige Gruppenangebote von Mitarbeiter/innen des Therapiezentrums außerhalb ihrer Arbeitszeit statt, dass die Region von der Anwesenheit der Einrichtung profitiert. Über die Dienstleistung der stationären Rehabilitation hinaus kann sie in manchen Fragen eine „Lotsenfunktion“ übernehmen.

	2005	2006	2007	2008	2009
Regio	11	22	23	27	26
Freiburg + JVA, LK Breisgau-Hochschwarzwald, LK Lörrach, LK Emmendingen, LK Ortenau		davon 5 aus JVA Freiburg	davon 8 aus der JVA Freiburg	davon 13 aus der JVA Freiburg	davon 6 aus der JVA Freiburg
Südbaden	4	7	8	9	5
Nordbaden	6	5	7	16	9
Südwürttemberg	20	9	7	1	8
Nordwürttemberg	46	39	49	49	65
Andere Bundesländer	4	1	2	4	1
gesamt	91	82	96	106	114

Tab.: Anzahl der Aufnahmen verteilt nach Regionen

Eine differenzierte Auswertung zeigt, dass nach wie vor die wohnortnahe Rehabilitation nicht in dem Maße, wie sie möglich wäre, wahrgenommen wird. Zieht man die Patienten aus der Haft ab, die über die Vermittlung der aufsuchenden Drogenberatung in das Therapiezentrum kamen, liegt der Anteil aus der Region bei 20%, aus ganz Baden bei knapp einem Drittel.

Behandelte PatientInnen, Neuaufnahmen und beendete Behandlungen

	2005	2006	2007	2008	2009
behandelte Patienten/innen	131	118	130	144	149
Neuaufnahmen	95	83	97	106	116
beendete Behandlungen	88	89	93	108	114

Entsprechend der Belegung hat sich auch die Zahl der Aufnahmen und Behandlungen erhöht.

Behandlungsmodule und Beendigung der Behandlung

Die DRV erteilt Kostenzusagen getrennt nach Modulen. So entstehen verschiedene Behandlungszeiträume, von 12 Wochen-Kombi- oder Auffangtherapie bis 24 Wochen Langzeitmodul, mit oder ohne Adaptionphase von 16 Wochen. Die Mehrzahl der Behandlungen im Therapiezentrum wird immer noch nach dem Langzeitmodul durchgeführt. Dort unterscheiden wir mittlerweile in das sog. THC-Modul mit 20 Wochen und das Modul für Opiatkonsumenten mit 24 Wochen. Bei Wiederholern wird oft ein Mittelzeitmodul bewilligt. Für THC-/Partydrogenpatienten wird in der Regel die Kostenzusage für die Adaptionphase in der Behandlung beantragt und bei Indikation auch komplikationslos bewilligt.

Eine Auswertung von 130, von der DRV Baden-Württemberg nach dem Modulverfahren, erteilten Kostenzusagen in 2009 zeigt die nachfolgende Verteilung.

Langzeit mit Adaption	24+16 Wochen	65
Langzeit ohne Adaption	24 Wochen	7
Mittelzeit mit Adaption	16+16 Wochen	3
Mittelzeit mit Adaption	16+12 Wochen	9
Mittelzeit ohne Adaption	16 Wochen	3
THC-Modul ohne Adaption	20 Wochen	35
THC-Modul mit Adaption	20+16 Wochen	3
THC-Kombi	12 Wochen	1
Kurzzeit mit Adaption	12+12 Wochen	4

Auch wenn die Hälfte der Behandlungen noch als Langzeittherapie (40 Wochen) geplant werden kann, zeigt die Aufstellung, wie flexibel Behandlungszeit individuell gestaltet werden muss. Dabei entspricht die Behandlungsdauer oft nicht dem Behandlungsbedarf. Die Budgetregelung gibt uns die Möglichkeit, Behandlungszeiträume nochmals individueller zu gestalten. Die flexible Handhabung hat sich bewährt. Generell sind Behandlungszeiten, wenn ein stabiles Arbeitsbündnis besteht, eher zu kurz. Wir müssen dann den Auftrag in der Behandlungskette verankern und auf eine gute Vernetzung achten.

Immer noch gehen die meisten Patienten nach Ende der Intensivphase in ein weiteres stationäres oder teilstationäres Angebot. Dies ist auch indiziert und notwendig, um den begonnenen Prozess mit einer stärker arbeits- und alltagsorientierten Perspektive fortzusetzen. In wenigen Fällen vermitteln wir in Ambulante Rehabilitation oder Nachsorge am Heimatort.

Um ausreichend lange Behandlungszeiträume zu erhalten, ist nach der Adaptionphase das Betreute Wohnen für viele der nächste Schritt in ein autonomes

Leben. 20 Patienten haben dieses Angebot wahrgenommen. Wir sehen es als Erfolg unserer Arbeit, dass 45,5%, also fast die Hälfte aller regulären Beender, in der Adaptionphase die Behandlung im Betreuten Wohnen fortsetzen. Zur Folgebetreuung nach der stationären Rehabilitation siehe auch den Bericht der Adaptionphase.

Ein Blick auf den Jahresprozess zeigt, dass es in diesem Zeitraum keine manifeste Subkultur mit dissozialer Prägung gab, wie wir sie in Vorjahren öfters erlebten. Latent ist diese Strömung immer vorhanden. Im Zuge der Auftragsklärung verließen drei Spätaussiedler mit deutlicher krimineller Prägung das Therapiezentrum, da für sie das Leitziel „Legalbewährung“ nicht akzeptabel war. Gefährlicher sind Personen, die unter dem Deckmantel einer gewissen Sozial- und Strukturkompetenz beständig durch destruktives und abwertendes Verhalten gegenüber der Behandlung auffallen. Welche Bedeutung die Leitkultur für alle Behandlungsprozesse und deren auftragsorientierte Wirksamkeit hat, wird weiter unten beschrieben. Kulturnähe oder -ferne hat wenig mit der Suchtmittelpräferenz, sondern mehr mit Sozialisation und sozialem Milieu zu tun.

Beendigung der Behandlung

Intensivphase	2007		2008		2009	
	n	%	n	%	n	%
planmäßige Beendigung	23	65,6	13	49,1	22	52,2
Übergang in eigene AP	38		40		37	
nichtplanmäßige Beendigung	15	16,1	19	17,6	15	13,3
Selbstbeendigung	17	18,2	36	33,3	36	31,5
Gesamt	93	100	108	100	113	

Adaptionphase	2007		2008		2009	
	n	%	n	%	n	%
planmäßige Beendigung	35	89,7	13	49,1	22	52,2
Übergang in Betreutes Wohnen			21	72,4	20	58,8
nichtplanmäßige Beendigung	4	10,3	8	20,5	9	20,5
Selbstentlassung	-		2	5,1	1	2,2
Gesamt	39	100	39	100	44	100

Die planmäßigen Beendigungen bewegen sich in der Intensiv- wie Adaptionphase auf dem Niveau des Vorjahres. In der Intensivphase musste nur ein Patient nach Rückfall entlassen werden, in der Adaptionphase waren dies immerhin neun. Die Entscheidung, ob eine Entlassung als Endpunkt gescheiterter Kooperation disziplinarisch erfolgt oder seitens des Patienten aus unterschiedlichen Gründen selbst beendet wird, verläuft oft auf einem schmalen Grad. Nur eine differenzierte Auswertung erlaubt eine Aussage, wie ein Prozess prognostisch zu bewerten ist. Nicht immer ist ein Rückfall in der Behandlung das Ende einer Integration und ausreichend Abstinenz oder bedeutet der erfolgreiche Abschluss eine günstigere Prognose.

Ob eine Behandlung erfolgreich verläuft oder nicht, ist in großem Maß von Kontextfaktoren abhängig. Ein Klima der Abwehr stimuliert entsprechende Energien und Strategien bei allen Patienten. Im Gegenzug profitieren alle, wenn vor allem suchttypische und deviante Verhaltensmuster in den Auftrag kommen und nicht (teilweise) subkulturell gelebt werden. Auch wenn wir Aufträge wegen fehlender Erfolgsaussicht und/oder fremdschädigenden Verhalten beenden müssen, versuchen wir Teilerfolge zu sichern oder weitere Behandlungsschritte aufzuweisen. Nicht jedes Scheitern ist unproduktiv. Einzelne haben sich für dauerhafte Angebote, wie sie z. B. die Suchthilfe Hof Fleckenbühl bietet, entschieden.

Behandlungsdauer

Die durchschnittliche Behandlungsdauer in der Intensivphase betrug 106,7 Tage (im Vorjahr 110 Tage). Bei regulärem Abschluss dauerte die Behandlung 155,6 Tage (im Vorjahr 161 Tage), bei den nicht regulär entlassenen Patienten 47,3 Tage (im Vorjahr 62). Bis auf die Reduzierung bei nicht regulären Beendigungen sind die Schwankungen geringfügig. Bei diesen wirkt sich aus, dass wir Behandlungsmotivation und Kooperation bei andauernden Störungen früher auf den Prüfstand stellen, auch um die dadurch für Mitpatienten gegebenen Belastungen zu reduzieren.

In der Adaptionsphase betrug die durchschnittliche Verweildauer bei regulärem Abschluss 88,7 Tage (im Vorjahr 93 Tage) bei nicht regulärem Abschluss 49,5 Tage (im Vorjahr 46 Tage). Das Mittel aller durchgeführten 44 Behandlungen betrug 78,9 Tage.

Hauptdiagnosen

Die Hauptdiagnose begründet für den Kostenträger Art und Umfang der Rehabilitationsleistung. In den

Kostenzusagen der DRV Baden-Württemberg ist sie dort als Zuweisungsdiagnose vermerkt. Im Zuge der Auswertung der THC-/Partydrogen fiel auf, dass das medizinische Gutachten zur Antragsstellung, die Diagnose und der Suchtverlauf, die diagnostische Zuordnung der DRV und die im Therapiezentrum durchgeführte suchtspezifische Diagnostik zu völlig unterschiedlichen Ergebnissen führt. Wir dokumentieren hier die Ergebnisse nach dem Deutschen Kerndatensatz.

Die suchtspezifische Diagnose ist für Behandlungsauftrag und -umfang sowie die Prognose nicht ausschließlich ausschlaggebend. Genauso relevant sind psychosoziale Störungen, psychische und physische Komorbidität und Bildungsgrad. Für die Behandlung bedeutet dies, dass sie alle relevanten Aufgaben mit berücksichtigen und in den Auftrag einbinden muss.

Substanzpräferenz übergreifend müssen wir bei 108 Patienten (72,5%) die suchtspezifische Diagnose Politoxikomanie (ICD 10 F 19.2) feststellen. Nur bei 39 (26,2%) beschränkt sich das Konsummuster auf eine Leitsubstanz. Bei zwei Personen lagen zu diesem Merkmal keine Informationen vor.

Nach wie vor stellen bei der Frage nach der Hauptsubstanz, die Personen mit der Hauptdiagnose F 11.2, Abhängigkeit von Opioiden mit 75 (50,3%) die Mehrzahl unserer Patienten. Die Anzahl hat sich im Vergleich zum Vorjahr jedoch um 15% deutlich verringert. Am zweithäufigsten sind die Personen mit der Hauptsubstanz Cannabinoide (F 12.2) mit 56 Nennungen (37,6%). Hier sehen wir im Vergleich zum Vorjahr eine deutliche Steigerung (2008 – 20,3%), Bei jeweils 7 Personen (4,7% – 2008 – 7,7%) wurde als Hauptsubstanz Alkohol, bzw. Kokain benannt. Bei jeweils zwei Personen (1,3%) waren Stimulantien, bzw. Hypnotika die Hauptsubstanzen.

Kostenträger und räumliche Zuordnung

	2006		2007		2008		2009	
	n	%	n	%	n	%	n	%
DRV BW Karlsruhe	47	39,8	51	39,2	60	41,4	60	40,3
DRV BW Stuttgart	46	39	64	49,2	64	44,1	70	47
Andere DRV	5	4,2	4	3,1	10	6,9	7	4,7
DRV Bund	1	0,8	1	0,8	–	–	–	–
Krankenkassen	17	14,4	7	5,4	9	6,2	12	8
Sozialamt und andere	1	0,8	3	2,3	2	1,4	–	–
gesamt	118	100	130	100	144	100	149	100

Das Zahlenverhältnis hat sich über die Jahre nur geringfügig verändert. Nach wie vor ist die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg mit fast 87,3% unser Hauptbeleger.

Alter

	2006		2007		2008		2009	
	n	%	n	%	n	%	n	%
bis 20 Jahre	2	1,7	14	10,8	2	1,4	4	2,7
20–24 Jahre	27	22,9	26	20	36	25	47	31,5
25–29 Jahre	40	33,9	41	31,5	46	31,9	39	26,2
30 Jahre und älter	49	41,5	49	37,7	60	41,6	59	39,6

Vor allem durch die THC-Behandlungen hat sich der Anteil der bis 25-jährigen deutlich erhöht. Wir behandeln im Therapiezentrum auch altersgruppenspezifisch. Es ist ein Unterschied, ob adoleszentes Verhalten bearbeitet wird oder sich Verhaltensmuster über viele Jahre verfestigt haben. Ebenso sind die Aufträge und Ziele unterschiedlich. Da Peergroupverhalten nur schwer aufzulösen ist wenn Modelle fehlen, schätzen wir weiterhin eine altersheterogene Gruppe.

Juristische Situation bei der Aufnahme

	2006		2007		2008		2009	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine aktuellen Auflagen bekannt	52	44,1	59	45,4	67	46,2	61	40,9
§§ 35, 36, 37, 38 BtMG	57	48,3	57	43,8	64	44,1	72	48,3
Andere strafrechtliche Grundlage	5	4,2	13	10	13	9	16	10,7
Fehlende Angaben	4	3,4	1	0,8	1	0,7	0	0

Nach wie vor ist der Kontakt mit der Justiz für viele unserer Patienten keine Ausnahme. Auch wenn aktuell keine Auflagen bestehen, bedeutet dies nicht, dass mehr oder weniger Erfahrung mit Gerichten und Haft die Biographie begleitet. Nach wie vor müssen wir der delinquenten Problematik und dem Ziel der Legalbewährung eine hohe Bedeutung zumessen. Das Fehlen von devianten Verhaltensmustern und Delinquenz und ein gesundes Rechtsverständnis erleben wir eher selten.

Fast die Hälfte aller Patienten beginnt ihre Behandlung unter der Maßgabe „Therapie statt Strafe“. Hier gilt es in der Regel aus der Haftvermeidungsmotivation eine Veränderungsmotivation zu entwickeln.

Überrascht hat uns die hohe Delinquenzbelastung der THC-/Partydrogenklientel. Sie ist jedoch vor allem bei jüngeren Patienten noch nicht so verfestigt wie bei den Älteren.

Unterschiede bei Suchtmittelpräferenz

Um festzustellen, ob sich Patienten in wesentlichen Merkmalen unterscheiden, haben wir 59 Behandlungen, die nach dem THC-/Partydrogenkonzept durchgeführt wurden, gesondert ausgewertet.

Bei der Altersverteilung zeigen sich die deutlichsten Unterschiede zur Gesamtgruppe der behandelten Pa-

tienten. 61% waren bis 24 Jahre alt. In der Gesamtgruppe waren dies nur 34,2%. Dennoch gab es auch in dieser Gruppe 20,3% der Patienten, die über 30 Jahre alt waren.

Beim höchsten erreichten Schulabschluss unterscheiden sich die beiden Gruppen kaum. Ebenso ist die Anzahl der Patienten, die noch keinen Ausbildungsabschluss haben, mit 59,3% nur geringfügig erhöht.

Die Anzahl der planmäßigen beendeten Behandlungen ist mit 60,9% im Korridor der Gesamtgruppe. Auch hier ergibt sich kein gravierender Unterschied.

In dieser Gruppe wurde bei 36 Personen (61,7%) die suchtspezifische Diagnose Politoxikomanie (ICD 10 F19) gestellt. Dies sind gut 10% weniger als in der Gesamtgruppe, aber immer noch eine deutliche Mehrheit und ein Hinweis auf den umfassenden Behandlungsauftrag. Bei der sog. Haupt- oder Leitsubstanz lag Cannabis mit 80% mit Abstand an erster Stelle, gefolgt von Alkohol mit 8,3% und Kokain, Hypnotika sowie Stimulantien mit jeweils 3,3%. Diese Aussage bleibt jedoch fragwürdig, da bei über 60% mit der Diagnose Politoxikomanie mehrere Substanzen in abhängiger Form konsumiert wurden.

Bei den juristischen Auflagen zur Behandlung zeigt sich kaum ein Unterschied zur Gesamtgruppe. Auch die THC-/Partydrogenpatienten kommen mit einer hohen strafrechtlichen Belastung in die Behandlung

(52,5%). Nur 47,5% hatten zu Behandlungsbeginn keinen juristischen Druck.

Insgesamt zeigt die getrennte Auswertung, dass es sich bei der Gruppe der THC-/Partydrogenkonsumenten nicht um eine Zielgruppe handelt, die aufgrund besonderer Bedingungen und Merkmale eine besondere Behandlung benötigt, sondern sehr gut in eine gemeinsame Behandlung mit anderen Konsumtypen integriert werden kann. Ebenso ergibt sich bei den multiplen Problemlagen keine Begründung für eine verkürzte Behandlungsdauer in der Intensivphase von 24 auf 20 Wochen (THC-Modul). Im Gegenteil muss bei den in der Mehrzahl der jüngeren Patienten aufgrund der zusätzlichen vielfältigen Entwicklungsthemen mit einem erhöhten Zeitbedarf gerechnet werden. Die Annahme, dass bei dieser Zielgruppe eine Behandlung in der Intensivphase ausreicht und die Patienten dann wieder am Heimatort oder in ihren Familien ihre Entwicklung fortsetzen können, hat sich ebenfalls nicht bestätigt. In den meisten Fällen beantragen wir, wenn wir die Patienten dafür motivieren können, eine Fortsetzung der Behandlung in der Adaptionsphase. Da auch dieser Zeitraum vor allem bei jüngeren Patienten nicht ausreicht, um genügend Orientierung und Stabilität zu erreichen, versuchen wir die Bereitschaft zur Fortschreibung der Behandlungsprozesse im Betreuten Wohnen zu erreichen. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass dort mit den verfügbaren personellen Ressourcen, die Begleitung nur bedingt ausreichend ist. Wir lösen dieses Dilemma durch eine Kompensation zu Lasten des Personals und Trägers, in dem über den eigentlichen Auftrag des Betreuten Wohnens hinaus das therapeutische Milieu in diese Betreuung fortgeschrieben wird.

Die implizite Grundannahme, dass es sich bei der Gruppe der THC-/Partydrogenkonsumenten um eine Zielgruppe handelt, die mehr Ressourcen in die Behandlung mitbringt und deshalb eine kürzere Behandlungszeit benötigt, bestätigen sich aus unseren Erfahrungen nicht. Häufiger sehen wir Kinder drogenabhängiger Eltern, die sich zwar, was den Opiatkonsum betrifft, von ihren Eltern abgrenzen, aber schon früh in eine süchtige Entwicklung hineinsozialisiert werden oder Personen, die schon früh verwahrlost sind und ihre Defizite über Drogenkonsum und Kriminalität kompensieren.

Zusammenarbeit mit Justiz und Ordnungsbehörden

Zu den Berichtspflichten gehört die Bewertung der Zusammenarbeit mit Justiz und weiteren Ordnungsbehörden wie Regierungspräsidium und anderen. Eine verlässliche und stabile Kooperation ist dauerhaft vorhanden. Wir kommen Informations- und Be-

richtspflichten nach, ohne dabei Datenschutz oder Persönlichkeitsrechte der Patienten zu gefährden.

Ausländer und Aussiedler

Traditionell ist das Therapiezentrum eine multinationale und -kulturelle Einrichtung. Im Berichtsjahr waren 28 Patienten (18,8%) in Behandlung, die keinen deutschen Pass haben. Die Gruppe der Italiener (10) und Türken (8) sind dabei die größten. Da auch Personen, die in Migrationsmilieus sozialisiert wurden, aber die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, sich mit dieser Thematik auseinandersetzen müssen, ist Integration beständiges Thema auch im Behandlungsalltag. Der Anteil der Spätaussiedler (23, 15,5%) ist im Vergleich zum Vorjahr (17,5%) etwas gesunken.

Weitere Daten

Die Angaben beziehen sich jeweils auf die 149 dokumentierten Patienten im Berichtsjahr. Davon hatten 22 Personen (14,8%) keinen Schulabschluss erreicht. 88 (59,1%) hatten einen Hauptschul-, 30 (20,1%) einen Realschulabschluss, fünf (3,4%) einen Förderschulabschluss. Drei (2%) hatten die Fachhochschulreife bzw. das Abitur. Ein Schulabschluss konnte keiner dieser Kategorien zugeordnet werden.

80 (53,7%) gaben an, noch keine Berufsausbildung begonnen oder abgeschlossen zu haben. Dies verweist auf den hohen Bedarf bei den Aufgaben der beruflichen Integration. 62 (41,6%) hatten eine abgeschlossene Lehrausbildung. Eine Person hatte einen Meisterabschluss, fünf befanden sich zum Zeitpunkt der Behandlung in Ausbildung. Von einer Person haben wir keine Angaben.

120 Patienten (80,5%) geben an, noch ledig, zu sein. Verheiratet und zusammenlebend sind 11 Patienten (7,4%), verheiratet aber getrennt lebend sind zwei (1,3%), geschieden 16 (10,7%). Als alleinlebend bezeichneten sich 60 Patienten (40,3%). 89 (59,7%) lebten mit Partnerin oder Familie zusammen.

15 Behandlungen (10,1%) waren Wiederaufnahmen in unsere Einrichtung. Dabei können Jahre oder aber auch nur wenige Monate zwischen den Behandlungen liegen.

Von 147 Personen haben wir Angaben zur Schulden-situation. Davon gaben 41 (27,9%) an, schuldenfrei zu sein. 73 (49,7%) gaben an, bis 10.000 € verschuldet zu sein, 20 (13,6%) bis 25.000 €. Bei 10 Personen (6,8%) betragen die Schulden bis 50.000 €, bei drei (2%) war die Verschuldung noch höher. Nach wie vor sind damit die Auseinandersetzung mit Verschuldung, Schuldnerberatung und Schuldentilgung oder Privatinsolvenz für viele Patienten ein behandlungsrelevantes Thema.

Linda Lorenz, Michael Rommelspacher

Einleitung

Alle Patienten, die im Verlauf des Behandlungsjahres 2007 behandelt wurden, wurden ein Jahr nach Behandlungsende angeschrieben und gebeten, einen Katamnesebogen auszufüllen. Wenn wir nach vier Wochen keine Antwort erhalten, erfolgt eine weitere Erinnerung. Weiterführende Nachforschungen, vor allem bezüglich des aktuellen Aufenthalts oder Wohnorts, die vermutlich den Rücklauf deutlich erhöhen würden, erfolgen nicht. Eine Schwierigkeit besteht darin, dass wir nicht nur bei Kurzverweilern, sondern auch bei Patienten, die ihre Behandlung in einer anderen Einrichtung fortgesetzt haben – externe Adaption, Tagesklinik, Betreutes Wohnen eines anderen Trägers – keine Rückmeldung über Abschluss und neue Wohnanschrift erhalten. Besonders bei regulärem Abschluss kehren viele Patienten nicht mehr an ihren alten Wohnort zurück. Wir konnten deshalb nur 69 Katamnesebögen verschicken. Auch von diesen kamen viele mit dem Vermerk „nicht zustellbar“ zurück. Der Rücklauf war mit 20 Bögen (29%) unbefriedigend. Da die Stichprobe relativ klein ist, ist davon auszugehen, dass die Daten eher einen Trend aufweisen und nicht repräsentativ sind. Es ist auch davon auszugehen, dass Patienten, die mehr von der Behandlung profitierten, eher dazu bereit waren, an der Befragung teilzunehmen. Wir stellen nachfolgend die wichtigsten Ergebnisse vor.

Abstinenzstatus

Abstinenzstatus	Anzahl	Prozent
Abstinent (Tabakkonsum unbeachtet)	13	65%
Abstinent mit gelegentlichem Alkoholkonsum	2	10%
Abstinent nach Rückfall	1	5%
Rückfällig	4	20%

Mit 70% ist der Anteil der dauerhaft oder aktuell abstinenten Personen recht hoch. Wir gehen aber davon aus, dass überwiegend abstinent lebende ehemalige Patienten bereit waren, den Katamnesebogen auszufüllen und zurückzuschicken. Auch bei den ehemaligen Patienten mit gelegentlichem Alkoholkonsum (10%) kann von einer deutlichen Verbesserung ihrer Suchtproblematik ausgegangen werden.

Lebenssituation/ Wohnsituation in den letzten 12 Monaten

Lebenssituation/ Wohnsituation	Anzahl	Prozent
Selbständiges Wohnen (eigene/gemietete Wohnung)	13	65%
Ambulant betreutes Wohnen	5	25%
JVA, Maßregelvollzug	1	5%
Bei anderen Personen	1	5%

Ca. zwei Drittel (65%) der ehemaligen Patienten leben selbständig in eigenen oder gemieteten Wohnungen. Fünf Personen (25%) befinden sich noch in ambulant betreutem Wohnen. Nur eine Person hält sich derzeit in der JVA auf. Ein ehemaliger Patient (5%) lebt außerdem bei anderen Personen.

Erwerbssituation in den letzten 12 Monaten

Erwerbssituation	Anzahl	Prozent
Auszubildender	2	10%
Sonstige Nichterwerbspersonen	2	10%
Arbeiter/Angestellter/Beamter	11	55%
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	2	10%
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	3	15%

65% derjenigen, die den Katamnesebogen ausgefüllt haben, befinden sich in einem sozialversicherungspflichtigem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis. Hier gilt vermutlich ebenso, dass überwiegend beruflich integrierte ehemalige Patienten bereit waren, sich an der Befragung zu beteiligen.

Erleben von Verbesserung oder Veränderung

Veränderung in den Lebensbereichen

1 = viel besser; 7 = viel schlechter

Partnerbeziehung	2,7
Wohnsituation	2,8
Straftaten, Delikte	2,5

Suchtmittelgebrauch	1,8
Alltagsbewältigung	2,2
Verhältnis zu Eltern, Geschwistern, Verwandten	2,5
Verhältnis zu eigenen Kindern	2,4
Verhältnis zu Bekannten und Freunden	3,3
Freizeitgestaltung	3,0
Arbeitssituation	2,9
Körperliche Gesundheit	2,7
Seelischer Zustand	2,3
Finanzielle Situation	3,1
Durchschnitt	2,6

Die durchschnittliche Bewertung der selbst erlebten Verbesserung oder Veränderung streut zwischen 1 = sehr zufrieden, 2 = zufrieden und 3 = eher zufrieden. Eine differenzierte Auswertung nach Abstinenzstatus zeigt, dass abstinent lebende Patienten deutlich zufriedener in allen abgefragten Merkmalen sind. Ihre Bewertungen liegen zwischen sehr zufrieden und zufrieden.

Zufriedenheit in den Lebensbereichen

1 = sehr zufrieden, 6 = sehr unzufrieden

Partnerbeziehung	2,5
Wohnsituation	2,5
Straftaten, Delikte	2,1
Suchtmittelgebrauch	2,2
Alltagsbewältigung	2,3
Verhältnis zu Eltern, Geschwistern, Verwandten	2,4
Verhältnis zu eigenen Kindern	2,5
Verhältnis zu Bekannten und Freunden	2,9
Freizeitgestaltung	3,1
Arbeitssituation	2,7
Körperliche Gesundheit	2,3
Seelischer Zustand	2,5
Finanzielle Situation	3,6
Durchschnitt	2,6

Auch bei der Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen zeigt sich ein ähnliches Bild. Die abstinent lebenden ehemaligen Patienten beschreiben durchweg eine deutlich verbesserte Situation in allen Merkmalen. Der Durchschnittswert, der bis auf die finanzielle Situation zwischen besser und etwas besser liegt, wird durch die nicht abstinent lebenden ehemaligen Patienten, die naturgemäß ihre Situation nicht so gut einschätzen, in Richtung weniger Verbesserung beeinflusst.

4

Qualitätsmanagement und Zertifizierung

*Martin Lüdeke,
Qualitätsmanagementbeauftragter*

Mit der Neuregelung des § 20 des SGB IX im April 2007 wurden wir als Leistungserbringer verpflichtet, unser bisheriges internes Qualitätsmanagement an den gesetzlichen Vorgaben auszurichten und von einer externen Prüfungsstelle zertifizieren zu lassen. Vor diesem Hintergrund haben wir mit Dipl.-Ing. Jörg Mittag eine zweijährige Projektplanung erstellt, wie unsere bisherigen Strukturen und Abläufe in den Einrichtungen des AKRM e.V. (Beratungsstelle in Lörrach, Intensivphase im Therapiezentrum Brückle, Adaptionsphase im RehaHaus Gundelfingen und Betreutes Wohnen in Emmendingen) nach den Grundlagen der DIN ISO 9001 in einem standardisierten Qualitätsmanagementsystem dargestellt und überprüft werden können. Dieses Projekt wurde in den stationären Betriebsteilen an 25 Projekttagen mit den jeweils

zuständigen Mitarbeiter/innen in den letzten zwei Jahren schrittweise umgesetzt und im Januar 2009 mit dem Vorbereitungsaudit für die externe Zertifizierung abgeschlossen.

In der ersten Phase haben der Vorstand und die Gesamtleitung des AKRM die erforderlichen finanziellen und personellen Ressourcen bereitgestellt, um die zusätzlichen Aufgaben bearbeiten zu können. Neben der externen Unterstützung durch Herrn Mittag wurde die interne Stabsstelle des Qualitätsbeauftragten mit 20% geschaffen. Dies erforderte eine Umverteilung von bisherigen Arbeitsaufgaben auf andere Mitarbeiter. Die Leitung der einzelnen Betriebsteile und Fachteams wurde in diese Planung einbezogen und der Projektplan und die einzelnen Inhalte für die jeweiligen Teams aufeinander abgestimmt.

Im Juni 2007 wurde diese Planung in einer MitarbeiterInnenversammlung vorgestellt und die Hintergründe,

Inhalte und Ziele dieses Verfahrens erklärt und diskutiert. Aufgrund der langjährigen Erfahrung im internen Qualitätsmanagement war die Akzeptanz und Mitwirkungsbereitschaft von Beginn an sehr hoch und verlief auch in den folgenden Monaten ohne bedeutsame Schwierigkeiten auf kollegialer Ebene.

Im nächsten Schritt wurden die Grundlagen des Qualitätsmanagementsystems mit den normbezogenen Regelungen für die Dokumentation und die regelmäßige Prüfung in internen Audits definiert. Dazu gehörte auch die Festlegung der Zuständigkeit und die Umsetzung von gesetzlichen Anforderungen der Arbeitssicherheit, der Hygienebestimmungen, der Medikamentenverordnung, der Arbeitsmedizin und Notfallhilfe, des Brandschutzes, der Datenschutzbestimmungen und des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes.

In der folgenden Projektphase wurden an jeweils ein bis zwei moderierten Teamtagen mit den zuständigen MitarbeiterInnen die inhaltlichen Prozesse und Strukturen der fachlichen Arbeit in der Leitung, der Verwaltung, der Medizin, der Arbeitstherapie, der Sozialberatung, der Freizeit- und Bildungsangebote und der Psychotherapeutischen Einzel- und Gruppenangebote jeweils in den drei stationären Betriebsteilen analysiert, definiert und dokumentiert. Dies wurde in der Regel in übersichtlichen Flussdiagrammen zusammengefasst, in denen alle wesentlichen Kernprozesse der Arbeit für die Patienten beschrieben wurden. Dabei wurden die erforderlichen Arbeitsmittel, Dokumentationsanforderungen und relevanten Schnittstellen zu anderen Fachbereichen festgelegt und letztlich als Dokumentationsgrundlage für das Qualitätsmanagementhandbuch (QM-HB) zusammengefasst.

In der Abschlussphase des Projektes wurden ab April 2008 die erarbeiteten Ergebnisse im QM-HB nochmals mit den Normanforderungen abgeglichen, überprüft und korrigiert bzw. ergänzt. Die erste Fassung des QM-HB in Papierform wurde dann im November 2008 fertig gestellt. Auf dieser Grundlage wurde dann im Januar 2009 das erste interne Audit als Vorbereitungsaudit für die externe Zertifizierung durchgeführt. Der Abschluss dieser fast zweijährigen Qualitätsentwicklung mit Herrn Mittag verlief für die beteiligten Kollegen und Kolleginnen ebenso auf- und anregend, wie auch im Ergebnis für die Einrichtung positiv und sehr zufrieden stellend.

Anfang April wurde dann an zwei Tagen in den drei stationären Betriebsteilen das Zertifizierungsaudit von EQ Zert in Ulm durch Herrn Oliver Kaiser durchgeführt. Das Audit fand in einer sehr offenen und kon-

struktiven Atmosphäre statt. Im Bereich der Kern-/Rehaprozesse wurde der Einrichtung eine gute Transparenz in Planung, Erbringung, Messung und Ergebnisorientierung bescheinigt. Von daher zeigten sich auch keine kritischen oder unkritischen Abweichungen zu den Vorgaben der standardisierten Norm. In einigen Bereichen ergaben sich durch die Gespräche der MitarbeiterInnen mit dem Auditor Hinweise (15-mal) oder Empfehlungen (9-mal) für die Änderung bei Schwachstellen. Aufgrund der Empfehlung von Herrn Kaiser und der Entscheidung der Zertifizierungsstelle wurde das Verfahren zur Zertifizierung des Managementsystems erfolgreich abgeschlossen.

Im laufenden Berichtsjahr wurde das erste interne Auditprogramm eingeführt und in den verschiedenen Fachbereichen umgesetzt. Zwei Mitarbeiterinnen aus den Fachteamleitungen wurden in die Kriterien der Auditcheckliste zur Durchführung und Dokumentation der internen Audits eingearbeitet und haben zusammen mit dem QM-Beauftragten wechselweise mit der Prüfung der Abläufe begonnen. Bisher wurden fünf Bereiche jeweils einen Vormittag in einer Stichprobe analysiert und die jeweiligen Schwachstellen (eine kritische, 12 unkritische Abweichungen, 23 Hinweise) in internen Maßnahmenlisten dokumentiert und notwendige Maßnahmen festgelegt. Der zusätzliche Arbeitsaufwand für diese standardisierten Überprüfungen ist zwar noch nicht problemlos mit den Kernaufgaben zu vereinbaren, aber es zeigen sich auch deutlich positive Effekte der zunehmenden Routine einer regelmäßigen Selbstüberprüfung. Es ergeben sich sowohl inhaltliche Anstöße für eine sinnvolle Weiterentwicklung von Arbeitsprozessen, als auch neue Formen der interdisziplinären Rückmeldung und Kooperation.

Das Selbstverständnis, als Mitarbeiter/in einer sich weiterentwickelnden Organisation bestimmte Aufgaben verantwortlich umzusetzen und die Ergebnisse dieser Arbeit beständig zu prüfen, hat in den regelmäßigen internen Audits eine neue Erscheinungsform erhalten. Dies ist nichts grundlegend Neues. Aber es steckt auch ein kreatives Potential in dieser Form der Selbstüberprüfung, die äußeren Vorgaben entsprechen muss. Ob dieses Potential den bisherigen Aufwand begründet, wird sich in der weiteren Umsetzung des standardisierten Qualitätsmanagements noch beweisen müssen.

Linda Lorenz, Michael Rommelspacher

Regelmäßig werden im Rahmen des Qualitätsmanagements die Mitarbeiter/innen zu ihrer Zufriedenheit mit den Arbeitsanforderungen und -bedingungen befragt. Die aktuelle Befragung wurde im September/Oktober 2009 mit einem standardisierten Fragebogen in den Betriebsteilen des Therapiezentrums Brückle, der Adaptionsphase und des Betreuten Wohnen durchgeführt. Die Befragung erfolgt freiwillig und anonym.

25 Fragen können zu Arbeitsinhalten, Arbeitsklima, Leistungsmerkmalen, beruflichen Kategorien von 1 =

„sehr unzufrieden“ bis 5 = „sehr zufrieden“ beantwortet werden. Von 26 Mitarbeiter/innen haben 25 (96%) den Bogen beantwortet. Dieser Rücklauf ist deutlich höher als bei der letzten Befragung (65%) und zeigt, dass die Maßnahme akzeptiert wird.

Die Bewertung ergibt eine hohe Gesamtzufriedenheit mit der Arbeitssituation (im Mittel bei 4,04). Die Verteilung der Antworten zeigt nur geringe Abweichungen.

Aus den 25 Fragen konnten jeweils fünf als besonders bedeutsam für den/die Mitarbeiter/in benannt werden. Dabei ergibt sich folgende Rangreihe.

Nennungen	Nummer der Frage	Durchschnittl. Zufriedenheit bei:
13	14. Kooperation und Kommunikation im Team	3,8
11	2. Sinnhaftigkeit der Arbeit	4,2
11	7. Spielraum für eigenverantwortliches Handeln	4,1
11	9. Finanzielle Entlohnung	3,4
9	3. Eigene Fähigkeiten u. Fertigkeiten einsetzen können	4,2
9	20. Kollegiale Unterstützung	4,2

Unter den „wichtigsten Fragen“ war der Zufriedenheitswert der Frage zur „Kooperation und Kommunikation“ unter dem Durchschnitt und noch geringer ist der Wert bei dem Item „Finanzielle Entlohnung“ bewertet. Von über der Hälfte der Kollegen wurde dieses Item genannt. Unter den sechs als wichtigsten bewerteten Fragen liegt die Zufriedenheit dieses Items jedoch an zweitletzter Stelle.

Die Antworten zur Zufriedenheit ergeben folgende Mittelwerte für die einzelnen Kategorien. Hohe Werte der Zufriedenheit zeigten sich wieder wie in der letzten Befragung bei den Fragen zur „Fachlichen Qualität“, zur „Arbeit der Leitung“ und zur „Leitung des direkten Vorgesetzten“. Deutlich angestiegen ist diesmal die Zufriedenheit mit der „Sicherheit meines Beschäftigungsverhältnisses“. Der niedrigste Wert ergab sich erneut bei der Frage zur „Ausreichenden Arbeitszeit“. Dies spiegelt die anhaltenden Diskussionen in den Fachteams zur hohen Arbeitsbelastung, eben auch durch zunehmenden Dokumentationsbedarf und weniger Zeit für den direkten Kontakt mit den Patienten.

Nr.	Frage	Mittelwert
12	Fachliche Qualität in der Arbeit	4,2
11	Sicherheit meines Beschäftigungsverhältnisses	4,2
16	Arbeit der therapeutischen Gesamtleitung	4,2
17	Arbeit der Verwaltungsleitung	4,2
2	Sinnhaftigkeit meiner Arbeit	4,2
3	Eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten einsetzen können	4,2
13	Persönliche Gestaltung meiner Arbeitszeiten	4,2
20	Kollegiale Unterstützung	4,2
5	Leitung des direkten Vorgesetzten	4,1
7	Spielraum für eigenverantwortliches Handeln	4,1
25	Gesamtzufriedenheit mit der Arbeitssituation	4,0

1	Abwechslungsreiche Tätigkeiten	3,9
4	Etwas dazulernen und sich weiterentwickeln	3,9
18	Förderung der Fort- und Weiterbildung	3,9
22	Würdigung und Anerkennung meiner Arbeit	3,9
24	Personalführung/Fachliche Anleitung	3,8
14	Kooperation und Kommunikation im Team	3,8
23	Mitbestimmung in der Einrichtung	3,8
6	Organisation der für mich relevanten Arbeitsabläufe	3,6
19	Möglichkeiten zur Verbesserung der Einrichtung beizutragen	3,5
8	Qual. der Arbeitsräume o. Ausstattung m. den erforderlichen Arbeitsmitteln	3,4
9	Finanzielle Entlohnung	3,4
15	Möglichkeiten beruflich voran zu kommen	3,4
10	Sozialleistungen des Vereins	3,3
21	Ausreichende Arbeitszeit für die Aufgaben	3

Insgesamt ergibt sich eine relativ hohe Arbeitszufriedenheit. 80% der Items werde im Durchschnitt mit „zufrieden“ bewertet. Auf einige Fragestellungen, die eine niedrigere Bewertung erhielten, hat der Arbeitgeber relativ wenig Einfluss. Da es sich um eine anonyme Befragung handelt, konnte auf einzelne Antworten, in denen sich Unzufriedenheit äußert, nicht gezielt eingegangen werden. Die Befragung ersetzt nicht differenzierte Maßnahmen der Personalführung.

6

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Leitkonzept der Rehabilitation

Kerstin Handloser

Das weit über die Aspekte der Krankheit im engeren Sinne hinausgehende Aufgabenspektrum der medizinischen Rehabilitation erfordert ein abgestimmtes Handeln zwischen den an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen, Institutionen und Versorgungsbereichen. Dafür ist ein gemeinsames Rehabilitationsverständnis auf der Basis einheitlicher, träger- und berufsgruppenunabhängiger Begrifflichkeiten erforderlich. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, abgekürzt ICF, gehört zu der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten „Familie“ von Klassifikationen für die Anwendung auf verschiedene Aspekte der Gesundheit.

Sie ist als Orientierungsrichtlinie im Leitkonzept zur Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung festgeschrieben. Vor diesem Hintergrund erarbeiten wir in den interdisziplinären Berufsgruppen der verschiedenen Betriebsteile unserer Einrichtung ein gemeinsames Verständnis dieses Modells, um im folgenden Jahr sowohl unsere Behandlungskonzeption zu überarbeiten, als auch die fachliche Zusammenarbeit an diesem theoretischen Modell auszurichten. Im Folgenden werden die Kernaussagen dieses Modells kurz skizziert.

Die ICF ist ein bio-psycho-soziales Modell, das neben der (Grund-)Erkrankung, der Art und dem Ausmaß der Funktionsstörungen, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe als Folgen eines Krankheitsprozesses, sowie Umwelt- und personenbezogene Faktoren berücksichtigt. Nicht nur für die Arbeit der Fachkräfte hat die Verwendung der ICF in der Rehabilitation Nutzen, sondern auch für den Rehabilitanden. Mit dem Schwerpunkt der Aktivität und Teilhabe wird der Patient ausdrücklich als aktiver Partner gefragt.

„Die ICF stellt auf Aspekte der funktionalen Gesundheit und ihre Zusammenhänge ab. Danach gilt eine Person als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren):

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), und
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten

kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).“

Die bio-medizinische Betrachtungsweise (Körperfunktionen und -strukturen) wird erweitert durch die ICF Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) und als selbstbestimmendes und gleichberechtigtes Subjekt in der Gesellschaft (Teilhabe). Dabei werden immer die Komponenten in Wechselwirkung mit Kontextfaktoren gesehen. Die Folgen einer Erkrankung spiegeln damit nicht nur ein individuelles Schicksal, sondern auch das Ergebnis möglicher Wechselwirkungen von krankheitsbedingten und kontextuellen Faktoren wieder. Zum Kontext zählen alle Umweltfaktoren, sowie ihre persönlichen Eigenschaften (personenbezogene Faktoren). Kontextfaktoren können sich positiv oder negativ auf die funktionale Gesundheit auswirken. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zur in der Rehabilitation gebräuchlichen ICD-10.

Durch die „Philosophie“ der ICF kommt es zu einem Paradigmenwechsel, weg von einer diagnose- und defizitorientierten Sicht, hin zu einer umfassenden Betrachtung des ganzen Menschen. Sie stellt dafür eine Systematik und eine gemeinsame Sprache zur Verfügung. Die gemeinsame Sprache spiegelt diese Philosophie wieder. Sie ist allgemeinverständlich und keine spezifische Fachsprache. Betroffene und ggf. Angehörige können somit besser in die Therapie eingebunden werden. Ihre Beteiligung schon bei der Hilfeplanung verbessert die Qualität, die Ergebnisse und

die Bereitschaft und Möglichkeiten der Betroffenen zur Mitwirkung und Gestaltung ihrer Therapien und sonstige Maßnahmen. (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008, 10 und 24f.)

Alle modernen Definitionen des Begriffs der Rehabilitation basieren heute auf der ICF. „Das Konzept der ICF ist schon heute aktueller Maßstab im Bereich von Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien. Kaum ein entsprechendes Dokument kommt ohne Bezug auf die ICF aus. Dies gibt berechtigte Hoffnung auf eine bessere Abstimmung der Akteure im Feld von Richtlinien und Verordnungen, die nun auf ein gemeinsames und anerkanntes Konzept zurückgreifen können.“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2008, 45f.)

Die Bedeutung der ICF für die Rehabilitation lässt sich wie folgt skizzieren: Eine zentrale Aufgabe der Rehabilitation ist die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit, insbesondere auf der Ebene der Aktivitäten (Leistungsfähigkeit, Leistung) bei bedrohter oder eingeschränkter Teilhabe an Lebensbereichen einer Person. Daher ist die ICF für die Rehabilitation für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs, der funktionalen Diagnostik, des Rehabilitationsmanagements, der Interventionsplanung und der Evaluation rehabilitativer Leistungen nutzbar. (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006, 12).

„Die ICF fördert die Einbeziehung der individuell relevanten Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personenbezogene Faktoren) in den Rehabilitationsprozess: Barrieren sind abzubauen und Förderfaktoren sind auszubauen oder zu stärken.

Ansatz der Menschenrechte des Teilhabekonzeptes	Umgang des Reha-Teams mit dem Rehabilitanden: Selbstbestimmung des Rehabilitanden beachten.
Ansatz der subjektiven Erfahrung des Teilhabekonzeptes	Aus der Sicht des Rehabilitanden: <ul style="list-style-type: none"> ■ Bestimmung der Reha-Ziele ■ Präferenzstruktur der Reha-Ziele
Konzept der Körperfunktionen und -strukturen (einschließlich des mentalen Bereichs)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verhütung von Verschlimmerung der Funktionsstörungen ■ Wiederherstellung oder Verbesserung beeinträchtigter Körperfunktionen und -strukturen, ■ Stärkung nicht beeinträchtigter Körperfunktionen und -strukturen, soweit erforderlich.
Konzept der Aktivität	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wiederherstellung oder Verbesserung der Leistungsfähigkeiten in Lebensbereichen, in Abhängigkeit von den Reha-Zielen ■ Verhütung einer Beeinträchtigung von Leistungsfähigkeit, die mit den bereits beeinträchtigten Leistungsfähigkeiten im Zusammenhang stehen.

Konzept der Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personen- bezogene Faktoren)

- Abbau von Barrieren, die die Leistung bzw. Teilhabe (subjektive Erfahrung) verhindern oder erschweren,
- Aufbau von Förderfaktoren, die die Leistung bzw. Teilhabe (subjektive Erfahrung) ermöglichen oder verbessern.

Philosophie und Sprache der ICF bewähren sich vielerorts bereits jetzt in der praktischen Rehabilitation. Sie erleichtert in den Einrichtungen die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team. Es wird von einem besseren Verständnis für die Aufgaben und Möglichkeiten der jeweils anderen Berufsgruppen, einer besseren Kooperation und Erleichterung der inhaltlichen und formalen Planung des Rehabilitationsprozesses berichtet. Mit der Einführung eines auf der ICF basierten Rehabilitationsmanagements wurde eine gemeinsame Verständigungsbasis für die an einer beruflichen Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen gefunden, die von allen Berufsgruppen akzeptiert werden kann. Besonders vorteilhaft erwies sich, dass die ICF durchgängig auf pathologisierende Begriffe verzichtet und alle Funktionen und Aktivitäten bewertungsneutral formuliert und somit die Akzeptanz bei den Mitarbeitenden sehr hoch ist.

Die Nutzung der ICF wird im Moment von den Leistungsträgern der medizinischen Rehabilitation noch nicht vorgeschrieben, weshalb bei den Einrichtungen kein Druck besteht, die ICF praktisch umzusetzen. Allerdings wird die Orientierung der medizinischen Rehabilitation an der ICF-Konzeption zunehmend

vorausgesetzt. (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der Rehabilitation, 2008, 6). Wirft man einen Blick auf die Gesetze, die mit der medizinischen Rehabilitation in Verbindung stehen, wird deutlich, dass die ICF sehr wohl gesetzlich verankert und somit verpflichtend ist.

Rehabilitative Leistungen zielen darauf ab, für Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu fördern. Das Sozialgesetzbuch (SGB IX) ist die übergreifende rechtliche Grundlage für die verschiedenen Leistungen. Dieser Leistungsanspruch ist mit dem Teilhabekonzept der ICF eng verbunden. Er wird in Abhängigkeit von den jeweiligen Zielen der Träger durch trägerspezifische Regelungen in den Sozialgesetzbüchern (z.B. für die Bundesagentur für Arbeit in SGB II, die gesetzliche Krankenkasse und SGB V, die gesetzliche Rentenversicherung in SGB VI, die gesetzliche Unfallversicherung in SGB IX) ergänzt.

Literatur:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.), Frankfurt am Main, ICF-Praxisleitfaden, 2006 und ICF-Praxisleitfaden 2, 2008

7

Behandlung von Patienten mit primärer THC-/Partydrogenabhängigkeit

Michael Rommelspacher

Im Sommer 2008 hat die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg das Therapiezentrum für die Behandlung von Abhängigen von THC- und Partydrogen anerkannt, im Folgenden kurz genannt THC-Behandlung. Für diese Zielgruppe wurde die Behandlungskonzeption modifiziert und ein eigenes Behandlungsmodul von der DRV (20 Wochen) bewilligt, im Folgenden kurz genannt THC Modul. In dieser Auswertung wurden alle Patienten berücksichtigt, die entweder mit ihrer Kostenzusage oder mit ihrer suchtspezifischen Indikationsstellung auch bei anderer Kostenzusage dieser Klientengruppe zuzurechnen sind.

Räumlich sind diese Patienten in einem abgetrennten Wohnbereich in Doppelzimmern untergebracht. Die Patienten werden indikativ zwei Therapiegruppen zugewiesen. Die Gruppentherapeuten (m/w) sind gleichzeitig als Einzeltherapeuten der Patienten in der Gruppe tätig und vertreten sich im Tandem. Diese Gruppen bilden einen eigenen Bezugsgruppenkontext. Eine Trennung der Patienten in den weiteren Angeboten gibt es nicht.

Wir haben die Behandlungsprozesse aller Patienten, welche im Zeitraum vom 1.7.2008 bis 30.6.2009 im Therapiezentrum mit den Behandlungsangeboten der Teilkonzeption „Cannabis und Partydrogen“ behan-

delt wurden, ausgewertet und relevante Merkmale mit den opiatkonsumierenden Patienten verglichen.

Insgesamt ist das Fazit, was Behandlungsergebnisse, Halte- und Abschlussquote, Erreichbarkeit und Abstinenz in der Behandlung sowie das Implementieren differenzierter Angebote und Abläufe betrifft, positiv. Es bestätigt, dass wir mit unseren Angeboten und Strategien die Zielgruppe erreichen.

Die Patientengruppe erweist sich als sehr heterogen. Die Schnittmengen zur Gruppe der Opioidabhängigen sind teilweise überraschend hoch, was psychosoziale

Belastung, fehlende Arbeitspraxis und soziale Integration betrifft. Behandlungsthemen und Behandlungsauftrag orientieren sich darüber hinaus an der Bewältigung altersangemessener Entwicklungsthemen und -aufgaben. Besonders bei jüngeren Patienten fehlen oft Problembewusstsein und Krankheitseinsicht. Ein wichtiger und zeitaufwändiger Teil des Behandlungsauftrags ist dann das Erarbeiten der Einsichtsfähigkeit in die Notwendigkeit der Behandlung.

Verteilung nach Altersgruppen

Die folgenden Daten beziehen sich auf die Behandlungen im Zeitraum 1.7.2008 bis 30.6.2009.

Alter	THC-Behandlung		THC-Modul		Vergleichsjahr 2007 alle Indikationen
bis 20	3	6,4%	1	4%	10,8%
bis 24	25	53,2%	15	60%	20%
bis 29	9	19,1%	4	16%	31,5%
30 +	10	23,1%	5	20%	37,7%

Die Altersverteilung weist eine Streuung von 19 bis 53 Jahre auf. Der hohe Anteil von Patienten über 30 Jahre und älter war nur zu Beginn des Behandlungsangebotes im Sommer 2008. Mittlerweile liegt der Schwerpunkt in der Gruppe von Patienten in einer Altersphase, die von adoleszenter Thematik und Dynamik geprägt ist.

Bildungsniveau, Berufssituation

	THC-Behandlungen		THC-Modul		Vergleich 2007
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	
kein Schulabschluss	4	8,5%	3	12%	15,4%
Sonderschulabschluss	4	8,5%	2	8%	5,6%
Hauptschulabschluss	26	55,3%	15	60%	70,8%
Realschulabschluss	10	21,3%	4	16%	16,9%
Fachhochschulreife/Abitur	2	4,3%	0		2,3%
Anderer Schulabschluss	1	2,1%	1	4%	
ohne Berufsausbildung	28	59,6%	15	60%	57%
derzeit in Berufsausbildung	1	2,1%	1	4%	1,5%
mit Berufsausbildung	17	34,2%	8	32%	45,3%
keine Angabe	1	2,1%	1	4%	1,5%

Der Bedarf, den Behandlungsauftrag an den Themen und Aufgaben der Arbeitswelt zu orientieren, ist substanzunabhängig in allen Patientengruppen sehr hoch.

Lebensmilieu

Fast alle Patienten kommen aus Milieus mit hoher psychosozialer Belastung und erheblichen Belastungsfaktoren. Dies bedeutet, dass sie teilweise schon sehr früh mit ungünstigen Entwicklungseinflüssen in allen Lebensbereichen konfrontiert wurden.

Auffallend bei den jüngeren Patienten (< 25 J.) ist, dass eine altersangemessene Ablösung vom Elternhaus und die damit verbundene Verselbständigung in der Regel nicht gelungen sind. Außerdem fehlen Erfahrungen der Arbeitswelt und die damit verbundenen Kompetenzen. Entwicklung braucht Zeit. Sieht man die zu bewältigenden Aufgaben, welche die zeitli-

chen Behandlungsmöglichkeiten deutlich überschreiten, müssen Prioritäten gesetzt werden. Notwendige Anschlussmaßnahmen sind die Adaptionsphase mit anschließendem Betreutem Wohnen oder manchmal auch eine tagesklinische Behandlung oder Ambulante Rehabilitation.

Auch in diesem Merkmal kann keine eindeutige Differenzierung nach Substanzgruppen und Konsumformen festgestellt werden. Milieutypische und subkulturelle Normen entscheiden, welche Substanzen verfügbar und attraktiv sind. Konsumententscheidungen werden in der Peergroup getroffen.

Juristischer Status/Aufnahme aus Haft

	THC-Behandlungen		THC-Modul		Vergleich 2007
Keine Auflagen	22	46,8%	9	36%	45,4%
§ 35 BtMG	22	46,8%	14	56%	43,8%
Andere Auflagen	3	6,4%	1	4%	10%
Fehlende Angabe	–	–	1	4%	0,8%
Aufnahme aus der Haft	16	34%	6	24%	32,4%

Bezüglich juristischen Auflagen oder Haftdruck unterscheiden sich Opiat- oder andere Abhängige nur geringfügig. Das hohe Vorkommen von Delinquenz in der Zielgruppe hat uns überrascht und steht womöglich in Zusammenhang mit selektiven Indikationsentscheidungen in der Zuweisung und Vermittlung.

Bei der Kriminalitätsbelastung in der THC/Partydrogengruppe zeigt sich ein Spektrum von Straftaten, das über Körperverletzung und Eigentumsdelikte bis zum Handel in großem Umfang und Beteiligung an organisierter Kriminalität reicht. Haftaufenthalte sind per se ungünstige Entwicklungsmilieus, welche negative Entwicklung begünstigen (Ehrencodex, hafttypische Rituale und Subkultur). Besonders bei Patienten mit juristischen Behandlungsaufgaben muss konsummusterunabhängig der Behandlungsauftrag die delinquente Entwicklung und ihre Folgen mit berücksichtigen.

Die differenzierte Betrachtung der delinquenten Personen im Vergleich zu opiatabhängigen Patienten zeigt eine Entwicklung mit unterschiedlichen Hintergründen. In der Gruppe der Opiatkonsumenten treffen wir häufiger auf narzisstisch-dissoziale Persönlichkeiten. In der Gruppe der Cannabis-/Partydrogenkonsumenten mit delinquenter Karriere überwiegen selbstunsichere und emotional instabile Persönlichkeiten.

Aufenthaltsdauer

Die Aufenthaltsdauer streut von 2 bis 208 Tagen. 12,2% der Patienten beenden die Behandlung innerhalb der ersten vierzehn Tage, weitere 9,8% bis zum 43. Behandlungstag. Über 60% beenden die Behand-

lung regulär. Die Ergebnisse bestätigen die Erfahrung, dass die Zielgruppe durchaus erfolgreich in der Behandlung gehalten werden kann.

Hauptdiagnose

In über der Hälfte der Behandlungen wurde die Diagnose F 19 gestellt (Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen). Oft war dies auch die auf der Kostenzusage der DRV angegebene Zuweisungsdiagnose. In der Regel bedeutet dies einen umfassenden Behandlungsbedarf in allen Aufgaben der Rehabilitation, wie

- **Abstinenzentscheidung treffen und Stabilisierung der Abstinenz**
- **Persönliche und soziale Thematik**
- **Akzeptanz der Legalbewährung**
- **Akzeptanz von Ausbildung oder Arbeit**
- **Übernahme angemessener Verantwortung für die Lebensführung**

Bei der anderen Hälfte war die Diagnose auf eine Hauptsubstanz begrenzt. Auch diese Patienten weisen oft einen polyvalenten Konsum auf, in denen aber der Konsum einzelner Substanzen nicht die Merkmale einer Abhängigkeitsdiagnose nach ICD 10 zeigten. Differenziert nach der konsumierten Hauptsubstanz ergibt sich folgende Verteilung:

Hauptsubstanz	Anzahl der Patienten	Prozent	Vergleich 2007
Cannabinoide	35	74,5%	12%
Kokain	6	12,8%	10%
Alkohol	2	4,3%	6%
Sedativa/Hypnotika (GLB/GHB)	2	4,3%	–
Stimulantien (MDMA)	2	4,3%	3%
Opiode	–	–	69%

Die diagnostische Fokussierung auf eine sog. Hauptsubstanz unterschlägt, dass auch unterhalb einer Politoxikomanie polyvalente Konsummuster die Regel sind.

In der Gruppe der Cannabiskonsumenten sehen wir häufig sozial auffällige Patienten mit amotivationalem Syndrom. Im Gegensatz zu dissozialen Patienten, die bei guter Anpassungsleistung eine delinquente Subkultur installieren, sind die Defizite, wie z.B.: Verschlafen, Vergessen, „Null-Bock-Haltung“, nicht in vergleichbarem Maß sozial schädigend. Oft beobachten wir, dass diese Patienten über die Zeit „aufwachen“ und wieder besser zurechtkommen. Durch strukturiertes, systematisches Training und Lernen (Verhaltensprotokolle und -verträge, Terminkalender, Merkheft u. a.) sind drogeninduzierte kognitive Defizite meist weitgehend kompensierbar.

Unabhängig von Hauptsubstanz und Abhängigkeitsyndrom sehen wir bei manchen Patienten hochriskante Konsumformen mit extremer Selbst- und Fremdgefährdung. Dem stehen andere Abhängigkeitsverläufe gegenüber, bei denen eine gewisse Steuerungs- und Kontrollkompetenz erhalten geblieben ist.

Komorbidität

Bei über der Hälfte der Patienten bestehen eine oder mehrere behandlungsrelevante Diagnosen wie z.B.:

- Posttraumatische Belastungsstörung
- Multiple Traumatisierung
- AD(H)S.

In weiteren Fällen liegen auch Merkmale einer Persönlichkeitsstörung vor, wie z.B. eine:

- Selbstunsichere Persönlichkeitsentwicklung
- Emotional-instabile Persönlichkeitsentwicklung
- dissoziale Entwicklung

Andere komorbide Auffälligkeiten sind die Störung der psychosexuellen Entwicklung, genetische Erkrankung mit psychosozial belastenden Folgen und zusätzliche Diagnosen, wie z.B. Adipositas Per magna. Konsummusterbedingte Erkrankungen von Virusinfektionen, wie Hepatitis B und C oder HIV fehlen.

Bei Patienten, die hochdosiert Amphetamine und Cannabis konsumieren, kann es zu drogeninduzierten Wahnvorstellungen kommen, die die Merkmale einer paranoiden Psychose zeigen. Unsere Kontraindikation schließt die Aufnahme von Patienten mit akut positiver Symptomatik aus. Vorhandene Restsymptome verschwinden entweder im Entzug oder unter Medikation im Verlauf der Behandlung. Wir erleben diese Patienten nicht als primär psychotisch. In der Behandlung sind sie unauffällig und belastbar. Bei Bedarf findet die medizinische Behandlung in enger Abstimmung unseres Arztes und unseres konsiliarischen Psychiaters statt. Zur Abklärung und Unterstützung der Gruppen- und Einzeltherapeuten findet regelmäßig ein psychiatrisches Konzil in der Einrichtung statt.

Abstinenz während der Behandlung

Grundsätzlich halten wir einen abstinenten Behandlungskontext für grundlegend in der stationären Arbeit mit Suchtkranken. Dies kann durch einen konsequent auf die umfassende süchtige und delinquente Thematik gerichteten Fokus erreicht werden. Seit Jahren sind Konsumvorfälle im Therapiezentrum eine seltene Ausnahme. Im untersuchten Jahreszeitraum kam es in der Zielgruppe nur zu einem Konsumvorfall mit Alkohol und zu einem Konsumvorfall mit THC in der Adaptionsphase. In der Gruppe der Opioidabhängigen gab es einen „verdeckten“ Alkoholrückfall, der erst nach Behandlungsabschluss des Patienten bekannt wurde und einen Konsumvorfall mit Fentanylpflaster (Opioid). Dies zeigt, dass es möglich ist, auch mit dieser Patientengruppe einen abstinenten Behandlungskontext aufrecht zu erhalten, was für die Personen und die Institution eine nicht zu unterschätzende Leistung ist.

Folgebetreuung und weiterführende Behandlung

In vielen Behandlungsfällen stehen wir substanzübergreifend vor dem Dilemma, dass Behandlungsbedarf und Behandlungszeitraum nicht im Verhältnis zueinander stehen. Sieht man die zu bewältigenden Entwicklungsschritte und -aufgaben, welche die zeitlichen Behandlungsmöglichkeiten deutlich überschreiten, müssen Prioritäten gesetzt werden. Es müssen Prozessphasen, welche die wichtigsten Behandlungsschritte und -themen enthalten, definiert werden.

Die Einsicht über die Dauer der Behandlung und die Notwendigkeit, Behandlungsangebote anzunehmen, wächst mit der Zeit und ist ein valides prognostisches Kriterium. Dass sich die Behandlung nur an den verfügbaren Ressourcen (Kostenzusagen, Angebote, gesetzliche Regelungen) orientieren kann, ist eine Realität, die Behandler wie Patient akzeptieren müssen. Nicht alles, was an Angeboten und Hilfen notwendig wäre, ist verfügbar. Bei vielen Personen dieser Zielgruppe erleben wir häufig die Einstellung, die Behandlungszeit möglichst kurz zu halten. In der Regel sind die Vorstellungen der Patienten unrealistisch und sind Resultate von Vermeidungsverhalten bei gleichzeitiger Selbstüberschätzung.

Bei Behandlungen nach dem THC-Modul (20 Wochen) ist in den wenigsten Fällen zu Beginn der Behandlung die Bereitschaft vorhanden, Behandlungszeiten an den zu bewältigenden Aufgaben zu messen. Ein nicht geringer Teil unserer Ressourcen und Energie wird in der Aufgabe gebunden, den Patienten in seinen Behandlungsvorstellungen zu frustrieren und einen angemessenen Behandlungsauftrag zu erreichen. Wir begrüßen die Entwicklung, dass die DRV Stuttgart bei entsprechender Indikation dazu übergegangen ist, THC-Modul-Kostenzusagen (20 Wochen) mit Adaptionskostenzusagen (16 Wochen) zu erteilen.

In den Fällen von delinquenter Entwicklung und/oder riskantem, polytoxikomanem Konsumverhalten steht nach einer 20-wöchigen Behandlung selten ein unterstützendes Umfeld (Familie, drogenfreies Umfeld, soziale und berufliche Perspektive) zur Verfügung und der Patient ist auch nicht in der Lage, die anstehenden Aufgaben selbständig zu lösen. Mögliche Anschlussmaßnahmen sind daher die Adaptionphase mit anschließendem Betreutem Wohnen, manchmal auch eine tagesklinische Behandlung oder Ambulante Rehabilitation. Erfahrungsgemäß haben Patienten, die diese Behandlungsplanung akzeptieren, mittel- und langfristig gesehen wesentlich bessere Prognosen, was eine dauerhafte Abstinenz und das Erreichen persönlicher Ziele angeht.

Anschlussmaßnahme Adaption

In der Adaptionbehandlung zeigt sich, dass die anspruchsvollen Strukturen und Erwartungen an soziale und berufliche Integrationsleistung vor allem von jüngeren Patienten nur bedingt zu realisieren sind. Ihre Entwicklung und Veränderung braucht Zeit und intensive Begleitung, die durch den Behandlungszeitraum und die personellen Ressourcen nur teilweise abgedeckt werden können. Die Arbeit konzentriert sich in der Adaption darauf, den Entwicklungsprozess weiter konstruktiv zu begleiten. Ein zentrales Ziel ist es, für die in der Regel notwendige Weiterbetreuung Akzeptanz und Einsicht zu schaffen.

Unterscheiden sich die Patienten nach Substanzpräferenz?

Die beiden Gruppen (THC/Partydrogen + und Opioid/Mischkonsum) unterscheiden sich nicht grundsätzlich im Erfolg der Abstinenzsicherung, im Bewältigen von phasentypischen Aufgaben und Entwicklungsthemen und der delinquenten Belastung, sowie nicht im Bildungsniveau bzw. in der Anzahl der Berufsabschlüsse.

Einen Unterschied sehen wir jedoch in der gesellschaftlichen Bewertung unterschiedlicher Substanzen. THC- und Amphetaminkonsum sind Bestandteil einer Jugendkultur und bestimmter Subkulturen, die überwiegend (noch) sozial integriert sind. Sie erfahren eine gewisse Akzeptanz als jugendtypisches Phänomen und nur ein geringer Teil der Konsumenten entwickelt eine chronische Drogenbindung. Opioidkonsum dagegen ist ein Randgruppenphänomen. Das hohe toxische Potential und die Illegalität führen dazu, dass ein Großteil der Konsumenten auffällig wird.

Unterschiede in der Behandlung zeigen sich eher in den verschiedenen Altersgruppen und bei der persönlichen Kompetenz aufgrund sozialer Herkunft und Förderung. Deutliche Unterschiede zeigen sich beim Craving (Suchtdruck) zwischen den THC/Partydrogen- und Opiatkonsumenten. Letztere leiden oft lange und wiederkehrend massiv unter Suchtdruck und Konsumphantasien. Dies war bei den THC/Partydrogenpatienten nicht der Fall; wenn überhaupt, entwickelten sich Konsumphantasien in Richtung Alkohol. Verstärkt tritt vor allem in der jüngeren THC-/Partydrogengruppe der schädliche Online/PC-Gebrauch oder süchtige Spielformen auf.

Wachsen THC/Partydrogenkonsumenten leichter aus der Drogenbindung?

Wir konnten bei diesen Patienten kein „leichteres“ Herauswachsen aus der Drogenbindung erkennen,

obwohl es vermutlich auch in dieser Gruppe diesen Effekt gibt (maturing out). Wir sehen in der Behandlung Personen mit hohen Risikopotentialen in verschiedenen Lebensbereichen. Daher müssen wir davon ausgehen, dass sich in vielen Fällen der Prozess unbehandelt verschlechtert und auch eine Tendenz bzw. ein Risiko zum späteren Missbrauch von Opiaten besteht. In der Gruppe der Opioidabhängigen sehen wir Patienten mit vorgängig hohem Cannabis- und Amphetaminmissbrauch, die die sedierende Wirkung der Opiate zum „Herunterkommen“ nutzten und wegen hochriskanter Konsummuster relativ rasch zusätzlich eine Opiatabhängigkeit entwickelten. Etliche Patienten der Zielgruppe THC/Partydrogenkonsum hatten schon kurzfristigen oder episodischen Opiatkonsum.

Erfahrungen mit getrennten Wohnbereichen

Ab Beginn des Untersuchungszeitraums wurden die Patienten substanzbezogen zwei Wohnbereichen zugeordnet. Dabei zeigten sich folgende Auffälligkeiten:

- Im THC-Stock gibt es dauerhaft Hygiene- und Ordnungsprobleme. Zeitweilig muss eine zusätzliche Kontroll- und Putzroutine abends und an Wochenendtagen installiert werden.
- Besonders die Gruppe der jüngeren Erwachsenen zeigt oft eine geringere Sozialkompetenz.
- Die Zimmer sind weniger aufgeräumt und der eigene Gemeinschaftsraum wird von den THC-/Partydrogen-Patienten in der Freizeit fast nicht genutzt.
- Es besteht eine geringe Bezogenheit untereinander. Gemeinschaftsaufgaben werden schlecht organisiert und umgesetzt.

Ein Großteil dieser Merkmale muss der alterstypischen Entwicklung zugeschrieben werden und bedarf des Lernens von Sozial- und Alltagskompetenz.

Im Alltag wurde eine spezielle Gruppenbildung von den Patienten nach Substanztypen nicht beobachtet. Aus- oder Abgrenzungstendenzen zeigen sich selten in jugendtypischen „dummen Sprüchen“. Sie stellen aber kein Behandlungshindernis dar und geschehen ebenso in der eigenen Subgruppe. Wir befürchten eher, dass sich in einer Monokultur negatives Peer-group-Verhalten verstärkt und kein Korrektiv erfährt. Unsere Erfahrungen sprechen nicht nur in dieser Beziehung für eine heterogene Gruppenbildung, in

der jeder Behandlungsauftrag individuell formuliert wird. Im Sinne einer flexiblen Behandlungsgestaltung halten wir eine Subgruppenbildung in Wohnbereichen daher eher für nachteilig. Sie erhöht nach unserer Erfahrung die Erfolgsprognose nicht.

Erfahrungen mit getrennten Bezugsgruppen

Die Trennung der Patienten in der Bezugsgruppenarbeit bewerten wir positiv. Besonders jüngere Patienten benötigen einen für sie spezifischen Behandlungsraum, der für ihre Lebenslagen, ihre typischen Themen und Entwicklungen einen konsistenten Rahmen bietet. Die meisten dieser Patienten zeigen, bei allen Defiziten, eine gute Beziehungsfähigkeit, in der sich auch die Sehnsucht nach positiven Idealen ausdrückt.

Zwischen den substanztypischen Bezugsgruppen gibt es keine Rivalitäten oder behindernden Konkurrenzen. Da im Alltag (Arbeit, Freizeit, Funktions- und Indikationsgruppen) übergreifend Beziehungen geknüpft werden und Kooperationen bestehen, bekommen die THC-/Partydrogenkonsumenten keinen besonderen Status. Sie sind in der Regel in die Gemeinschaft gut integriert.

Diskussionsanregungen zur THC/Partdrogenbehandlung

Die suchtmittelspezifische Diagnose und die Datenlage unterscheiden sich im ärztlichen Gutachten zur Antragstellung, im Sozialbericht der Beratungsstelle, auf der Kostenzusage der DRV und nach der im Therapiezentrum erhobenen Suchtanamnese. Allein die suchtspezifische Diagnose macht keine Aussage über den zeitlichen Behandlungsbedarf. Belastende Kontextfaktoren, Komorbidität und Teilhabekompetenzen bzw. -defizite sind mindestens genauso bedeutsam. Bei der Bewilligung von Modulen sollte dies stärker berücksichtigt werden.

Wir sehen bei vielen behandlungsrelevanten Merkmalen eine große Übereinstimmung beider Konsumentengruppen, stellen bei den persönlichkeitsbezogenen Merkmalen jedoch auch Unterschiede fest. Auf die für beide Gruppen zutreffenden Merkmale der fehlenden Schul- oder Ausbildungsabschlüsse oder zahlenmäßiger Delinquenzbelastung oder Abstinenz- und Haltequote in der Behandlung, haben wir hingewiesen. Persönlichkeitsbezogene Merkmale sind eher sozialisations- und milieubestimmt. So sehen wir z.B. anteilig deutlich weniger Spätaussiedler in der THC/Partydrogengruppe oder haben türkischstämmige Patienten dieses Konsumtyps aufgrund

ihrer kulturellen Einstellungen ein höheres Risiko an selbstüberschätzenden Tendenzen. In der THC/Partydrogengruppe sehen wir vermehrt Kinder von drogenabhängigen Eltern. In beiden Gruppen ist das Merkmal „broken home“ häufig.

Bei der „THC/Partydrogenklientel“ kristallisiert sich eine Gruppe von „jungen Erwachsenen“ (19-25 Jahre) heraus, die bezüglich altersphasentypischer Themen eine hohe Affinität hat. Ca. ein Drittel war besonders zu Beginn dieses Behandlungsangebotes teilweise deutlich älter (bis 52 Jahre). Diese Klienten haben in ihrem Erfahrungshintergrund und ihrer Persönlichkeitsentwicklung häufiger eine große Schnittmenge mit der „älteren Opiatklientel“.

Die jüngere „THC/Partydrogenklientel“ – diese Bezeichnung ist irreführend, da sie den Lebenswelten der Klienten selten gerecht wird – kann in Subgruppen unterschieden werden. Den Kern bilden die Patienten, die teilweise eine angemessene Sozialisationserfahrung haben, die Bildungs- oder Ausbildungsabschlüsse erreicht haben und die an den Heimatort und die ambulante Betreuung zurückkehren können, da ein ausreichend unterstützendes Umfeld, Ausbildungs- oder Arbeitsangebote vorhanden sind und der Patient ausreichend Fähigkeiten hat, sich gegen Drogenkonsum und -milieu abzugrenzen. Dies erfordert die Kompetenz, Risiken zu erkennen und Hilfen rechtzeitig annehmen zu können.

Nach unseren bisherigen Erfahrungen, die durch Selektionsprozesse beeinflusst sind und nicht verallgemeinert werden können, ist dies in unserer Einrichtung eine relativ kleine Gruppe. Diese Patienten profitieren vor allem in ihren altersangemessenen Entwicklungsaufgaben (Themen der Adoleszenz). Das Herauswachsen aus abhängigen Lebensstrukturen schafft auch eine Distanz zum Substanzkonsum. Für diese Gruppe erleben wir das THC-Modul (20 Wochen) für ausreichend, zumal wir über die Budgetregelung diese Behandlungen verlängern oder verkürzen können.

Eine größere Gruppe bilden die Patienten, die aufgrund von psychosozialer Verwahrlosung, fehlender Sozialisierung in tragfähigen Bindungen oder ungünstiger Milieuerfahrung oft schon früh persönliche und Teilhabedefizite entwickelt haben. Hier sind Drogenbindung und deviante Lebensstile oft der missglückte Versuch einer angemessenen Autonomie und Identität. Diese Gruppe hat eine Delinquenzbelastung und unterscheidet sich in vielen substanzunabhängigen Merkmalen nicht von der altersgleichen „Opiatklientel“. Die Dauer der Abhängigkeit begünstigt den Übergang zum „Opiattyp“. In dieser Gruppe ist die Ten-

denz zu polytoxikomanen Konsummustern hoch. Die Grenzen zwischen den „Konsumtypen“ werden fließend. Diese Patienten haben einen hohen Bedarf an Klärung und Unterstützung in allen Lebensbereichen und -aufgaben. 20 Wochen reichen oft nicht aus, eine tragfähige Basis für weitere Schritte im Anschluss an die stationäre Rehabilitation zu machen. Die Akzeptanz der Adaptionsphase ist gering oder muss mit viel Aufwand, der an anderer Stelle fehlt, erarbeitet werden.

Eine indikative Unterscheidung bei der Zuweisung zu Behandlungsmodulen, auch in der Gruppe der „THC-Partydrogenkonsumenten“, ist nach Teilhabemerkmalen (ICF) und den dazu erforderlichen Sozial- und Alltagskompetenzen möglich und sinnvoll. Je höher der Bedarf oder je größer die Defizite, umso mehr Behandlungszeit ist erforderlich. Diese Perspektive orientiert sich am Konzept der Rentenversicherungsträger mit dem Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.

Da wir mit unseren Patienten grundsätzlich neben der abstinenteren eine legale Lebensführung anstreben, lässt sich an letzterem Konzept eine Unterscheidung treffen. Bei den „jungen THC/Partydrogenkonsumenten“ sehen wir öfters eine jugendtypische Kriminalitätskarriere, in der dissoziale Strukturen noch nicht so verfestigt sind, dass sie einen tragfähigen Behandlungsauftrag verhindern. Auch wenn Patienten oft mit Störungen imponieren, bleiben sie in Beziehung zu ihrer/ihrer Bezugstherapeuten/in und bilden keinen stabilen, behandlungsschädigenden Untergrund, wie wir dies von (oft älteren) Patienten mit dissozialer Persönlichkeitsstörung kennen. Über Beziehung und korrigierende Erfahrungen werden Entwicklungsschritte möglich, die Wissensbildung und angemessene Risikobewertung begünstigen. So geschieht ein Herauswachsen aus pathologischen Mustern und Milieus und die notwendigen Entwicklungsaufgaben können in Angriff genommen werden. Wir vermuten, dass auch dieses Muster eher alters-, milieu- und sozialisationstypisch ist und nicht ursächlich substanzbezogen.

Die gemeinsame Behandlung von Substanztypen erscheint uns möglich und erfolgreich. Die bisherigen Erfahrungen zeigen eine hohe Abstinenzakzeptanz und eine vergleichbare Erfolgsquote bei der regulären Beendigung und der sozialen und beruflichen Integration in beiden Gruppen und keine wechselseitige Labilisierung (z.B. „Spaßkultur und Untergrund“). Entscheidend sind für beide Gruppen die Qualität der Behandlungsangebote und die Kultur des Behandlungsmilieus.

Zur Festlegung der Behandlungszeiten wünschen wir uns die Möglichkeit, bei nachgewiesenem indikativem Bedarf, Module in beide Richtungen verändern zu können, als Umwandlung eines Langzeitmoduls in ein THC-Modul und umgekehrt. Wir begrüßen die Praxis der DRV Stuttgart, bei der Bewilligung schon eine Kostenzusage für die Adaption zu erteilen, da

dies die Akzeptanz dieses Angebots erhöht. Sollten wir den Bedarf nicht sehen oder sich während der Behandlung eine ambulante Option ergeben, haben wir die Kostenzusage schon in der Vergangenheit nicht wahrgenommen bzw. eine Umwandlung für teilstationäre oder ambulante Rehabilitation beantragt.

8

Das Therapiezentrum – eine rückfallfreie Zone

Michael Rommelspacher

Auch im Berichtsjahr waren Konsumvorfälle in der Intensivphase die seltene Ausnahme. Im März konsumiert ein neu aufgenommener Patient Opioide durch Lutschen von Fentanylpflaster, die bei der Aufnahmekontrolle nicht entdeckt worden waren. Dies geschieht nach der Bettruhe. Noch in der Nacht meldete sein Zimmerkollege dem Nachtdienstmitarbeiter, dass N. sich auffällig verhalte. Eine Urinprobe ist negativ. Erst der Labortest gibt Aufschluss über Substanz und Ergebnis. Da der Patient nicht kooperativ ist, erfolgt die Entlassung.

Im Frühjahr sorgt ein verdeckter Alkoholkonsum nachhaltig für Unruhe. Ein Patient hat am Tag vor dem Wechsel in die Adaptionphase im RehaHaus Gundelfingen Mitpatienten offenbart, dass er Wochen zuvor abends im nahegelegenen Supermarkt Alkohol gekauft und konsumiert habe. Ganz in der Nähe des Therapiezentrums sind ein Edeka-Markt und ein Tankstellenshop bis 22 Uhr geöffnet. Der Patient trinkt in der Adaptionphase in Gundelfingen nach wenigen Tagen erneut Alkohol. In einer Freiburger Bar hört ein ehemaliger Brücklepatient, wie über die Einrichtung gesprochen wird. Per Handy informiert er den Leiter der Adaptionphase, der in Rufbereitschaft kurz darauf den Patienten noch in dem Lokal vor einem Gin Tonic antrifft. Die Behandlung wird vorzeitig beendet. Der Patient hat unter Auflagen und zeitlich befristet die Möglichkeit, aus der Adaptionphase die Folgebetreuung zu organisieren.

Im Therapiezentrum führt die Gerüchteküche um den ersten Rückfall dazu, dass dieses Wissen als Information gehandelt wird. Besonders ältere Patienten beteiligen sich an einem Subsystem, in dem eine Schweigeverpflichtung nach dem Muster: „Wenn du dein Wissen preis gibst, berichte ich über deine Regelverstöße“ vor der Loyalität zur Behandlungsvereinbarung und der Kooperation mit den Mitarbei-

ter/innen steht. Diese „Mauer des Schweigens“ führt zu einer massiven Vertrauenskrise mit Folgen für die Behandlung der beteiligten Patienten. Bei einem wird seine Funktion in diesem System erst nach der Beendigung bekannt. Einem anderen, mit ebenfalls unklarer Abstinenzmotivation, verwehren wir das Angebot der Adaptionphase wegen dauerhaftem fremdschädigenden Verhaltens und fehlender Abstinenzabsicht. Wegen einer Gerichtsauflage muss er eine ambulante Nachsorge an der Beratungsstelle seines Heimatorts akzeptieren. Ein weiterer Patient findet nicht mehr in die Kooperation und bricht kurz vor dem Wechsel in die Adaption die Behandlung ab. Insgesamt belastet ein Klima der Spaltung und das Leben in Parallelwelten die Behandlungsatmosphäre erheblich über mehrere Wochen.

In den letzten Jahresberichten haben wir die Methoden und Strategien vorgestellt, die wir für die Sicherung der Abstinenz während der stationären Behandlung einsetzen. Dies sind in Stichworten:

- **Konsequentes Einfordern der Bearbeitung der süchtigen und delinquenten Problematik von Beginn der Behandlung an.**
- **Verständnis schaffen für süchtige und delinquente Verhaltensmuster.**
- **Die Motive in den Behandlungsauftrag holen.**
- **Bereitstellen von Übungsfeldern für korrigierende Erfahrung und Lernen**
- **Orientierung auf konstruktive Werte und Kulturen.**

Um diese Forderungen mit Sinnhaftigkeit zu füllen, ist die Umsetzung in der jeweilig aktuellen Gruppenkon-

stellation erforderlich. Die Analyse, Bewertung und Zielorientierung des Gruppenprozesses und damit die Überprüfung des Behandlungsauftrags, hat im Therapiezentrum eine lange Tradition. Überraschenderweise funktioniert das 1996 eingeführte Struktur-schema mit geringen Modifikationen noch heute. Wir erleben im Gruppenprozess auf- und absteigende Zyklen mit korrespondierenden persönlichen Entwicklungen und Verhaltensweisen. Im aufsteigenden Zyklus werden Kräfte der Veränderung mobilisiert, im absteigenden steigt die Vermeidung und alle Pathologien nehmen zu.

Die Einflussnahme auf den Behandlungskontext ist eine zentrale therapeutische Maßnahme. Folgen wir den Phänomenen der Störung, geraten wir bald in einen inflationären Sog. Da der Gruppenkontext normbildend und wertgebend ist, gelten Interventionen nicht nur einzelnen Personen, sondern genauso der Gruppenkultur. Je mehr sich der Gruppenprozess der „Talsohle“ nähert, müssen aufgrund der aktuellen Erfahrungen die Grundlagen und Rahmenbedingungen der Behandlung und deren Ziele geklärt werden. In der Regel sind dazu neben der Tagesreflexion weitere sogenannte Großgruppen, an denen neben allen Patienten mehrere Mitarbeiter/innen mit einer vorbereiteten Strategie teilnehmen, notwendig. Die Verortung des Prozesses auf einer kurz- bis mittelfristigen Zeitperspektive spiegelt die Begrenztheit der Ressourcen. Normalerweise erleben wir Zyklen von zwei bis drei Monaten, was auch mit der natürlichen Fluktuation des Kommen und Gehens der Patienten zu tun hat. Aber auch Phasen der Stagnation im Krisenhaften sind möglich. Aufgrund der vielfältigen Pathologien unserer Patienten sind dies Phasen, in denen süchtige, delinquente oder verwahrloste Positionen eine hohe Präsenz und teilweise auch Faszination haben. In Formen der Teil- und/oder Scheinanpassung werden manipulative Beziehungsstile etabliert.

Die Entwicklung, Rückfälle in der Behandlung zu minimieren, wird aus zwei Quellen gespeist. Die neunziger Jahre waren unter anderem geprägt durch eine Versachlichung von Themen und Angeboten (siehe Substitutionsbehandlungen) und dem Einzug von Methoden des Managements in die Behandlungen. Dazu gehörten auch die maßgeblich von KÖRKELEL beeinflussten Konzepte des Rückfallmanagements in stationären Einrichtungen. Die Akzeptanz von Sucht als chronifizierten Prozess, mit Phasen des Ein- und Ausstiegs und das Wissen, dass es neben dem Erreichen einer stabilen und dauerhaften Abstinenz noch weitere durchaus positive Effekte einer stationären Behandlung gibt, führt zur Konzeption von Angeboten

zur „Rückfallaufarbeitung“. Im Therapiezentrum waren diese Angebote in der Regel wenig effektiv. Soweit wir sie überhaupt machen konnten, da in den meisten Fällen die zentralen Kriterien, wie aktives Offenlegen und Abstinenz- und Veränderungsmotivation, nicht gegeben waren. Sie führten zur Labilisierung der Grenzen und zu einem übermäßigen Binden von Ressourcen an Angebote mit fragwürdigem Ergebnis, zulasten der Versorgung loyaler Patienten. Dies führte zur Entscheidung, die Zeit und Energie nicht mehr in unproduktive Angebote zu investieren, sondern auf die Sicherung des abstinenten Behandlungsraums.

Die zweite Quelle war die Veränderung der Träger- und Angebotslandschaft, die zu veränderten Zuweisungspraxen führt und in der das Therapiezentrum, aus verschiedenen Gründen, an den Rand rutschte. War bis Anfang 2000 die Belegung kein relevantes Thema, da die Nachfrage gleichbleibend hoch war, hatten wir auf einmal keine Nachfrage mehr und das stabil über Jahre. In dieser Zeit wären die üblichen zwei bis drei „Rückfallkrisen“ im Jahr, in denen wir immer auch etliche Patienten entlassen mussten oder durch Behandlungsabbruch verloren, eine weitere ökonomische Belastung gewesen. Die Krise der Institution wurde produktiv genutzt und die Behandlungsqualität gesteigert.

Die Sicherung der Abstinenz ist ein alltäglicher Prozess, der den Grad loyaler und kooperativer Behandlung ausdrückt. Diese herzustellen erfordert Geschick, Standvermögen und Unabhängigkeit. Jeder Patient profitiert davon, da er sich beständig und systematisch mit seiner süchtigen Disposition auseinandersetzt und im alltäglichen „Als ob“ für sich wie als Teil einer Gemeinschaft eine Lebenspraxis konstituiert, die auf Gesundheit, Selbstständigkeit und Verantwortung gerichtet ist.

Die Akzeptanz der Abstinenz während der Behandlung reicht bis in die Adaptionsphase und das Betreute Wohnen. Dort sind Rück- oder Vorfälle nicht zu vermeiden, aber eher selten. Für Patienten ist jeder abstinente Tag ein Erfolg. Zu Anfang der Behandlung haben viele vielleicht den Wunsch nach einem cleanen Leben, aber wenig Vorstellung und Zuversicht. Diese wächst von Tag zu Tag, indem sie erleben, dass sie trotz Suchtdruck und Verführungssituation clean bleiben und damit auch einen Beitrag zu cleanen Beziehungen und einem cleanen Milieu leisten.



Michael Rommelspacher

Traditionell gelten Weihnachtszeit und Jahreswechsel als kritische Zeiten für persönliche Krisen und eine labile Gruppensituation bis hin zu Rückfallgeschehen. Seit Jahren nutzten wir im Therapiezentrum eine eingespielte Strategie. Schon in der ersten Novemberhälfte wird prospektiv auf dem Hintergrund der aktuellen Gruppensituation dieser Zeitkorridor fokussiert. Da Gruppenprozesse zyklisch verlaufen und durch Prozessmerkmale gekennzeichnet sind, lassen sich einzelne Schritte über den Zeitraum der nächsten sechs Wochen planen. Welche Patienten wechseln noch in die Adaptionsphase und Folgebetreuung, was bedeutet dies für das soziale Gefüge der Gemeinschaft, wie viele Patienten werden wann noch aufgenommen und müssen integriert werden, welche Merkmale kennzeichnen Einzel- und Gruppenprozess? Für diese und andere Fragen werden Ziele und Lösungsstrategien formuliert.

Konkret wird das Thema „Weihnachten“ mit den Patienten angesprochen, was in der Regel eine Welle unterschiedlich gefärbter Abwehr auslöst. Die einen können sich diese Feste nicht ohne Drogenwirkung vorstellen, andere verbinden traumatische Erfahrungen mit diesen Tagen oder sie sehnen sich stark nach ihren Angehörigen. Offen gelegte Themen der Patienten können in den Auftrag einbezogen und bearbeitet werden. Regelmäßig müssen aber auch Themen abgearbeitet werden wie „Warum bekomme ich keine Heimfahrt“ oder „Muss ich das alles mitmachen?“. Je nach Entwicklungsstand der Gruppenkultur treten Phänomene wie eine „Neiddebatte“ oder eine differenziertere und damit reifere Bearbeitung in den Vordergrund.

Die sorgfältige, auch themenorientierte Begleitung von Patienten und Prozessen stellt keine besondere Situation dar, sondern gehört zur Routine der Behandlungssteuerung und des Konflikt- und Krisenmanagements. Im Behandlungsalltag bedeutet dies zum Beispiel das Level des Sozialverhaltens und die Loyalität zum Behandlungsauftrag beständig gemeinsam mit den Patienten zu evaluieren und Zielvereinbarungen zu treffen, die zu individuellen wie gruppenbezogenen Bewältigungen von Entwicklungsschritten und Aufgabenstellungen führen. Dass mit den vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen auch diese Situationen bewältigt werden können, gibt Erfahrungs- und

Planungssicherheit. Weihnachten und der Jahreswechsel werden entmystifiziert. Vor diesem Hintergrund können diese Themen entspannter verhandelt und gestaltet werden.

Wenn die Diskussion bei der Höhe des Werts der Weihnachtsgeschenke angelangt ist, zeigt dies, dass ein wichtiger Schritt vollzogen ist. Es wird nicht mehr das Grundsätzliche verhandelt, sondern das Wie. Schritt für Schritt nähern wir uns mit den Patienten einer Arbeitsbasis, die seitens der Einrichtung mit positiven Erfahrungen besetzt ist und die Patienten einlädt, diesen zu folgen. Die Tage selbst sind lange und gut mit den Patienten geplant. Angebote und Rückzug, die Möglichkeit für jeden, mindestens einmal zusätzlich Besuch von Angehörigen zu bekommen, das Essen, die Freizeitangebote, alles ist gut vorbereitet. Mit persönlichen Zielvereinbarungen, die über die Gruppenarbeit mit den Abläufen verbunden ist, werden Strukturen abgesichert und Emotion und Erfahrung geordnet. Selbst die größten Kritiker können danach zugeben, dass ihre Ängste nicht bestätigt wurden. Viele berichten, dass sie noch nie oder lange nicht mehr so ein Weihnachten und Silvester erlebt haben.

Erfahrungsgemäß ist dann im Januar das Reservoir an Strukturkompetenz, manchmal auch Motivation seitens der Patienten verbraucht. Paradoxerweise führt die konstruktive Bewältigung einer schwierig definierten Situation nicht zu einer Verstärkung oder einem Motivationsschub, sondern zu einer gewissen Müdigkeit. Die folgende Zeit ist eine große Herausforderung für die Einrichtung, Auftragsorientierung und Leitkultur aufrecht zu halten. Der nächste Fixpunkt kann dann z.B. Ostern werden oder ein größerer Wechsel in der Patientengruppe, voraussehbar durch viele Neuaufnahmen oder reguläre Wechsel, dieses Mal nicht wegen der emotionalen Bedeutung, sondern zur Beurteilung des zyklischen Niveaus im Gruppenprozess.



Hanne Drexlmaier

Ein neues Konzept für Patienten im Übergang von Schule zum Beruf

Durch die Erweiterung unseres Behandlungskonzepts mit dem THC-Modul hat sich die Altersstruktur im vergangenen Jahr sehr verändert. Wir haben überdurchschnittlich viele Patienten im Alter von 18 bis 24 Jahre. Ein zentrales Thema dieser Personengruppe ist der Übergang von Schule zum Beruf. Dieser hat bei vielen Patienten häufig gar nicht stattgefunden, da nach der Schule eine Integration in den Arbeitsmarkt gescheitert ist.

Die jungen Menschen haben durch ihre Suchterkrankung einen brüchigen Lebenslauf der geprägt ist durch fehlende Schulabschlüsse, abgebrochene Ausbildungen oder aber es fand nach der Schule überhaupt noch keine Berufsintegration statt. Meist haben die Jugendlichen nach etlichen Negativerfahrungen aufgegeben, überhaupt noch einen Fuß in die Arbeitswelt zu bekommen. Sie sehen aufgrund fehlender Qualifikationen für sich keine Chancen mehr. Hierdurch sind sie geprägt von Orientierungslosigkeit, mangelndem Selbstbewusstsein und haben keine Idee, in welche berufliche Richtung es für sie gehen könnte.

Ein wichtiger Bestandteil der Berufswegeplanung ist die Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten. Vielen Patienten fällt eine solche Selbsteinschätzung sehr schwer. Ein geringes Selbstbewusstsein kann dazu führen, eigene Fähigkeiten zu unterschätzen. Um dem entgegenzuwirken, wurde ein Instrument entwickelt, welches dazu dient, eigene Fähigkeiten sichtbar zu machen, richtig einzuschätzen und selbstbewusst mit diesen umzugehen. Ziel ist die Feststellung der vorhandenen Kenntnisse und Fähigkeiten

und dadurch auch eine gute Selbsteinschätzung für welches Berufsfeld man geeignet wäre.

Angelehnt an den „Profilpass“ wurde ein Fragebogen entwickelt, mit dem die Stärken des Einzelnen herausgearbeitet werden. Dies kann sowohl in einer Gruppenarbeit als auch in Einzelgesprächen erarbeitet werden. Es werden neben den schulischen und beruflichen Qualifikationen (Noten) unter anderem Kompetenzen, die man sich z. B. in der Familie, durch Hobbys oder durch besondere Lebensumstände angeeignet hat, abgefragt.

Durch diese Übung beschäftigen sich die jungen Menschen mit ihren Fähigkeiten und Wünschen und bekommen dadurch genauere Vorstellungen, in welche Richtung es beruflich gehen könnte. Sie können ihre Fähigkeiten besser einschätzen und diese nach Außen z.B. in Vorstellungsgesprächen selbstbewusster präsentieren.

Im Anschluss wird mit den Ergebnissen der Kompetenzanalyse an der Berufswegeplanung weitergearbeitet. Gemeinsam wird überlegt, was mit den Fähigkeiten angefangen werden kann, welche Berufe geeignet sind und wie die Fähigkeiten weiter ausgebaut werden können. Als hilfreich erweist sich die Kompetenzanalyse auch für Bewerbungsverfahren. Arbeitgeber wollen wissen, wo Fähigkeiten erlangt wurden, welche etwa in einer Bewerbung oder bei einem Vorstellungsgespräch genannt werden. Patienten gaben an, dass sie sich den Bogen, bevor sie eine Bewerbung schreiben, als Stütze zur Hand nehmen.

In Kleingruppen kann im Anschluss ein Besuch im BIZ in Freiburg wahrgenommen werden, wo mit den Patienten ganz konkret nach Ausbildungsmöglichkeiten und die dafür nötigen Voraussetzungen geschaut wird.



Michael Rommelspacher, Claudia Köppler

Im Zuge der Zertifizierung wurden auch alle Angebote der Arbeitstherapie und Hausvorsorgung auf das Einhalten der bestehenden Hygiene- Sicherheitsbestimmungen, Verordnungen und Gesetzen überprüft.

Neben den Vorschriften der Berufsgenossenschaften sind dies vor allem EU-Verordnungen und Bundesgesetze, für spezifische Situationen, wie Arbeit an Maschinen, Umgang mit Gefahrstoffen oder Hygieneauflagen im Rahmen der Lagerung und Verarbeitung von Lebensmitteln. Weiterhin betrifft dies aber auch viele Bereiche des alltäglichen Lebens.

Gerade hier können Grundkompetenzen wie Lernfähigkeit und Befähigung zur Teilhabe überprüft und systematisch in den Angeboten der Arbeitstherapie und Hausversorgung trainiert werden. Besonders im Versorgungsbereich der Küche, mit der Lagerung und Verarbeitung von Lebensmitteln, die in Vorgaben und Abläufen hohen Standards unterliegen, ist die systematische Dokumentation und Überprüfung gängige Praxis. Da viele der Vorgaben mit und von Patienten umgesetzt werden, ist neben der Praxisbegleitung die Schulung und das Training ein Schwerpunkt der Aufgabenstellung.

Wöchentlich werden alle Patienten, die in der Lebensmittelverarbeitung tätig sind, in der Hygiene geschult. Außerdem wird die Dokumentation der Lebensmittelkontrollen von der Warenannahme über die Lagerung bis zur Ausgabe der Mahlzeiten erläutert und trainiert. Hygienebelehrungen und ärztliche Informationen über Infektionsschutz sind weitere Leistungen. Auch in den anderen Arbeitsbereichen und in den Aufgaben der Hausversorgung werden Leistungen nach den Vorgaben der Arbeitssicherheit erbracht, die ebenfalls nach Maßgabe dokumentiert werden. Hierzu gehören Information über die Brandschutzverordnung, die in regelmäßigen Abständen erfolgt, aber auch Einweisung in die Maschinenbedingung, Einhalten unterschiedlicher Sicherheitsbedingungen und Umgang mit Gefahrstoffen.

Unsere Klientel ist oft gekennzeichnet von hochriskantem Verhalten, nicht nur beim Drogenkonsum. Dies zeigt sich im Alltagsverhalten, in der Kompetenz Aufgaben zu lösen oder Grenzen zu erkennen und zu akzeptieren. Defizite wie Kompetenzen zeigen sich auch in den Lernfeldern der Arbeitstherapie. Neben Informationsdefiziten fällt bei vielen Patienten eine jugendtypische oder narzisstische Selbstüberschätzung auf. Dem „das kann ich schon“ folgt regelmäßig „das war ich nicht“, als Ablehnung der Übernahme von Verantwortung.

Arbeitstherapie hat neben der spezifischen Orientierung auf die Integration in die Arbeitswelt die Vermittlung von Grundkompetenzen der Teilhabe und Befähigung zur Aufgabe. Daraus resultieren unterschiedliche spezifische Anforderungen der fachlichen Leistungserprobung und Kompetenzvermittlung sowie eine in allen Bereichen bedeutsame pädagogische Anleitung. Da sich dieser Prozess des Lehrens und Lernens in einem pädagogischen Kontext mit pathologischer, süchtiger Beeinflussung bewegt, erfordert er in der Auftragsgestaltung wie der Umsetzung Kenntnis der relevanten Kontextfaktoren und von differenzierten Lösungsstrategien.

Über die Regelung der Dienstleistungen der Arbeitstherapie im Qualitätshandbuch und -management sind Anforderungen und die erforderlichen Prozessgestaltungen vorgegeben. Die einzelnen Aufgaben und Maßnahmen sind auch über die Schnittstellen zu Verordnungen und Gesetzen beschrieben. Dies führt im Arbeitsalltag zu strukturierten Vorgaben und Abläufen. Über Dokumentation und Auswertung ist dieser Prozess darstell- und steuerbar.

Arbeitstherapie erbringt jedoch nicht nur konkrete Dienstleistungen für die Hausgemeinschaft, die unmittelbar im Alltag der Patienten sichtbar werden, sondern sie vermittelt auch die Grundlagen und Kompetenzen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Diesen Aspekt der Schulung in Arbeitssicherheit und besonderer Regeln, werden wir übergreifend in Zukunft noch stärker gewichten. Strukturkompetenz in Arbeitszusammenhängen, sei es der Erwerbs- wie der Hausarbeit, stellt ja keine isolierte Fähigkeit dar, wie zum Beispiel eine handwerkliche Fähigkeit. Sie begleitet in allen Lebenszusammenhängen. Das Erkennen, Zuordnen und Einhalten von Regelungen betrifft nicht nur Arbeitszusammenhänge, sondern ist allgemeine soziale Kompetenz.

Dieses Lernen stößt an die Grenzen der Lernfähigkeit und Lernbereitschaft. Diese zu stimulieren und zu fördern ist eine grundsätzliche Aufgabe. Die Verantwortung der Lehrenden ist es, Information und Sinnhaftigkeit zu verknüpfen und zu vermitteln. Dies ist auch eine Frage der Präsentation. Da die Vorgaben, wie zum Beispiel Hygienestandards in der Gastronomie, nicht diskutierbar sind, gilt es die Information auch bei begrenztem kognitivem Niveau oder eingeschränkter Motivation so zu vermitteln, dass sie erkannt werden können. Einem Patienten mit geringer deutscher Sprachkompetenz nur ein Merkblatt in die Hand zu drücken, wäre eine Überforderung. Es stellt sich eine didaktische Herausforderung, die vom Lehrenden und Lernenden bewältigt werden muss.

Der Arbeitsaufwand, nicht nur in der internen Umsetzung der vielfältigen Bestimmungen in der Einrichtung, die für die Betriebsgenehmigung notwendig sind, sondern auch die Schulung der Patienten, stellt einen nicht unerheblichen Zeitfaktor dar. Dies erfordert eine sehr sorgfältige Ressourcenplanung beim Umgang mit einem begrenzten Zeitbudget. In Kauf genommen werden muss, dass in einigen Bereichen die Produktivität zurückgeht. So kann z. B. von einer Lehrwerkstatt keine kontinuierliche Produktion von Gütern bei gleich bleibend hoher Qualität erwartet werden.



Michael Rommelspacher

In den frühen Jahren bestand Nulltoleranz gegenüber jeglicher Medikamentierung während eines stationären Aufenthalts in der Drogentherapie. Aus heutiger Sicht tragen ein striktes Rückfall- und umfassendes Abstinenzkonzept, das auch jede Form der Medikation einschließt, eher rigide Züge. In den letzten Jahren nimmt der Einsatz von Medikamenten im Therapiezentrum deutlich zu. Werden die Patienten kränker oder ändern sich Einstellungen? Die Entwicklung verläuft parallel zur Bedeutung medizinischer Strategien in stationären Einrichtungen, aber auch der ambulanten Versorgung Suchtkranker. Die Verordnung von Medikamenten gehört in den Bereich ärztlicher Therapien und Verantwortung. Sie hat jedoch für den gesamten Behandlungsprozess in verschiedener Weise eine nicht zu unterschätzende Bedeutung.

Neben der Behandlung interkurrenter Erkrankungen, die nicht selten keine oder wenig Pharmakotherapie benötigen, gibt es Patienten die dauerhaft auf Medikamente angewiesen sind, z. B. Insulin, blutdrucksenkende oder antivirale Präparate. Hier ist Compliance gefragt. Der Patient muss, soweit er dies nicht schon beherrscht, das Management der Einnahme selbstständig und zuverlässig übernehmen und in seiner Alltagsroutine stabil zeitlich und ggf. auch räumlich verorten.

Zunehmend behandeln wir im Therapiezentrum Schmerzzustände unterschiedlicher Art. Dabei hat sich im therapeutischen Verständnis die Akzeptanz einer qualifizierten Schmerztherapie etabliert, auch wenn bei einzelnen Substanzen psychotrope Effekte und ein Suchtpotential nicht zu vermeiden sind. War früher die Strategie der externen chemischen Steuerung sehr rückfallnah angesiedelt, wissen wir heute, dass es unklug wäre, Schmerzen auszuhalten. Schmerz nach Zahnbehandlung, die für viele Patienten umfassend ansteht, aber auch Schmerzzustände durch Verspannung oder Kopfschmerzen werden routinemäßig behandelt.

Dabei gilt: keine Einnahme ohne ärztliche Verordnung. Im Einzelfall ist die Zuverlässigkeit bei der Medikamenteneinnahme gering, was meistens mit weiteren Defiziten des Patienten korrespondiert. Hier greift der ärztliche in den pädagogischen Auftrag über.

Auch die Verordnung mit Psychopharmaka hat bereits in den Entzugsbehandlungen zugenommen. Wir behandeln immer mehr Patienten mit komorbiden Zuständen. Bei einer psychiatrischen Grunderkrankung wird die Medikamentierung der vorbehandelnden Stelle übernommen. Problematisch sehen wir bis zum Ende des stationären Entzugs eingesetzte stabilisierende und stimmungsaufhellende Präparate bei Entzugssymptomatik, ebenso wie bei psychiatrischen Symptomen eine Einstellung weit oberhalb der Wirksamkeitsgrenze. Besonders bei neuen Medikamenten, die teuer und in ihrer Wirksamkeit umstritten sind, wird der Nutzen für den Patienten zweifelhaft. Letztendlich liegt die Entscheidung hierfür jedoch im medizinischen Bereich. Ob und wann eine Abdosierung oder Einstellung auf niedrigerem Niveau möglich ist, wird von Fall zu Fall unter Hinzuziehung unseres konsiliarischen Facharztes für Psychiatrie entschieden. Depressive oder präpsychotische Krisen im Behandlungsprozess können mit einer medikamentösen Behandlung abgefangen werden. Auch hier spielt die Compliance eine große Rolle. Ist der Patient zuverlässig in der Einnahme, benennt er rechtzeitig seine Probleme?

Wie ist nun der Anstieg der Medikamentenverordnung therapeutisch zu bewerten? Zu einer Aufweichung der Abstinenzgrenze hat er auf keinen Fall geführt. Weder kam es zu missbräuchlichem Gebrauch verordneter Medikamente, noch stieg die seit Jahren in der Einrichtung sehr niedrige Rückfallwahrscheinlichkeit mit Alkohol oder Drogen.

Die Belastungen sollen nicht verschwiegen werden. Auch Pharmakotherapie ist eine Dienstleistung, nicht nur des Arztes. Ausgabe, Dokumentation, Hilfe zur Selbsthilfe, Begleitung zu externen Arztbesuchen, Kommunikation und Integration in die Gesamtbehandlung, benötigen Zeit. Patienten, die mit Psychopharmaka behandelt werden, sind oft zusätzlich instabil und brauchen in mehreren Lebensbereichen umfassende Unterstützung.

Einen „kontrollierten Konsum“ von Arzneien bei Bedarf sinnvoll einzusetzen, gehört mit zur Alltagskompetenz, die auch ehemals Abhängigkeitskranke beherrschen müssen. Dazu gehört die „Entmystifizierung“ ebenso wie der Blick auf Risiken des Missbrauchs.



Astrid Müller

Das Projekt startete im August 2008 mit einer Gruppe von zehn männlichen Jugendlichen/Heranwachsenden im Alter von 14–21 Jahren und wurde im 14-tägigen Rhythmus, für 90 Minuten, angeboten. Die Gruppengröße variierte im Verlauf zwischen 3 und 10 Teilnehmern. Es handelte sich um fortlaufende Gruppen, in deren Verlauf neue Mitglieder hinzukamen oder ausschieden. Im August 2009 wurde die Gruppe beendet.

Im Jahresverlauf zeichneten sich drei Gruppenphasen ab, die sich auf Grund der veränderten Gruppengröße und Nachfrage ergaben:

1. Phase: Anfangsgruppe mit 10 Jugendlichen, die sich auf Grund des Weggangs von Jugendlichen schließlich auf drei Personen reduzierte.

2. Gruppenphase: Drei Patienten, die in der kleinen, mittlerweile vertrauten Gruppe an persönlichen Themen arbeiteten.

3. Gruppenphase: Nach einer mehrwöchigen Pause startete eine neue Gruppe mit 4 bis 6 Teilnehmern.

Die Teilnehmer wurden über die zuständige Sozialarbeiterin der U-Haft in die Gruppe vermittelt. Die Teilnahme war grundsätzlich freiwillig aber nicht beliebig. Hatte ein Jugendlicher sich für die Gruppe entschieden, wurden mit ihm die regelmäßige Teilnahme und die Einhaltung der Gruppenregeln schriftlich vereinbart. Die Zusammensetzung der Gruppe hing von der aktuellen Belegsituation in der U-Haft und dem aktuellen Bedarf und Interesse der Insassen ab. In der ersten Gruppenphase war die Gruppe vom Alter, Herkunftsort und Nationalität sehr heterogen (14–21 Jahre). In der zweiten homogeneren Gruppe waren alle Teilnehmer etwa 19 Jahre alt, teilweise langjährig befreundet und stammten vorwiegend aus demselben Stadtteil.

Die erste Gruppeneinheit diente dazu, das Angebot, die Gruppenregeln und sich gegenseitig kennen zu lernen. Da die Gruppe zu Beginn mit 10 Teilnehmern sehr groß war, wurde diese im Freizeitraum der Jugend-U-Haft durchgeführt. Dies ermöglichte viel Spielraum für die Anwendung aktionsorientierter - psychodramatischer Methoden. Soziometrische Übungen zur persönlichen Vorstellung und zur ersten Einschät-

zung der eigenen Problemlagen sowie Rollenspiele und Aufstellungen zu verschiedenen Themen wurden von den Jugendlichen gerne angenommen. Für die kleineren Gruppen wurde der Schulraum genutzt, der räumlich begrenzter war und nach weniger raumgreifenden Methoden (wie z.B. Skalierungen, Doppeln, Spiegeln, Arbeit mit Symbolen) verlangte.

Themen der Gruppenabende waren:

- Persönliche Vorstellung, Kennen lernen der Regeln für eine therapeutische Gruppenarbeit, Vorstellung der möglichen Inhalte und Zielrichtung der Gruppe, Motivation und Zielsetzung der Gruppenmitglieder
- Erarbeiten von Merkmalen der Sucht, Unterscheidung zwischen missbräuchlichem und abhängigem Konsum
- Eigene Konsummuster und das Ausmaß des eigenen Gefährdungspotenzials erkennen, Selbst- und Fremdeinschätzung
- Zusammenhang zwischen Suchtmittelkonsum und delinquentem Verhalten
- Erarbeiten der Funktion der Suchtmittel. Welche Wirkungen haben die Drogen, welche Bedürfnisse stehen hinter dem Konsum von Suchtmitteln
- Reflexion der aktuellen persönlichen Situation, Veränderungs- und Verzichtsbereitschaft, Leidensdruck überprüfen
- Entwerfen von abstinent orientierten und legalen Zukunftsperspektiven. Was müsste sich verändern, welcher Hilfebedarf steht an
- Information über Angebote der Jugend- und Suchthilfe. Information über unterschiedliche Therapieformen
- Biographische Arbeit: Lebens- und Suchtverlauf, relevante Lebensereignisse, biographische Besonderheiten und Herstellen von Zusammenhängen mit krimineller Entwicklung und dem Suchtmittelkonsum
- Wie wirkt sich missbräuchlicher Konsum und eine Abhängigkeitserkrankung auf die Gestaltung von Beziehungen aus. Erarbeiten typischer süchtig geprägter Verhaltensweisen wie z.B. Doppelgesichtigkeit, Lügen, Manipulieren, Ichbezogenheit etc.

- Familiäre Situation, Erfahrungen mit Sucht und Gewalt in Familien, Merkmale gestörter Familiensysteme, Folgen für die Familienmitglieder, Aufzeigen von Lösungswegen
- Auseinandersetzung mit den kriminellen Taten, Verantwortungsübernahme für das eigene Handeln entwickeln, Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Werten und Normen, Hinterfragen des kriminellen Wertesystems und des Ehrenkodex

Alle Themen unterlagen der Klärung der grundsätzlichen Fragen:

- **Was hat mich in diese Lage gebracht?**
- **Möchte ich etwas verändern?**
- **Was muss/will ich verändern?**
- **Welche Veränderungsmöglichkeit und welcher Hilfebedarf bestehen?**

Die Gruppe sollte dazu dienen, eine realistische Einschätzung der aktuellen Lebenslage zu entwickeln, eigene Ressourcen und Defizite zu erkennen, Verantwortungsübernahme für das eigene Handeln zu entwickeln (Aufgeben der Opferhaltung und Rechtfertigung) und eine Korrektur der bisherigen dysfunktionalen Verhaltensweisen anzuregen.

Als externe Mitarbeiterin waren mir die Abläufe und aktuellen Begebenheiten in der Haft nur wenig vertraut. Gruppenbildungen, Feindseligkeiten, Gewalt und Ausgrenzungsbestrebungen gegen einzelne Gefangene waren mir nicht bekannt. Es war deutlich, dass sich die Teilnehmer je nach ihrer aktuellen Stimmungslage, aber auch abhängig von der Gruppenkonstellation, mal in einem destruktiven, mal im konstruktiven Modus zeigten. Für die Arbeit mit der Gruppe war eine hohe Achtsamkeit und Klarheit der Leitung erforderlich, um in der Haftkultur bestehende Machthierarchien zu erkennen und Spaltungsversuche und Ausgrenzungsbestrebungen zu unterbinden und eine geschützte Gruppenarbeit zu ermöglichen.

Die meisten Jugendlichen hatten Schwierigkeiten, sich in der Gruppe an einen geordneten Ablauf und an respektvolle Umgangsformen zu halten. So waren die Einhaltung der Gruppenregeln (Vertraulichkeit und Verschwiegenheit, sich gegenseitig aussprechen lassen, sich zuhören, Rückmeldungen geben und nehmen, einen respektvollen Umgang wahren)

in fast jeder Gruppe Thema. Dennoch ist insgesamt zu erkennen, dass das Angebot von den Jugendlichen und Heranwachsenden gut angenommen wurde. Die meisten Teilnehmer nahmen regelmäßig und engagiert an der Gruppe teil und bemühten sich um angemessenes Verhalten. Viele brachten sich mit persönlichen Themen ein und zeigten sich an den angebotenen Inhalten interessiert. Die psychodramatische Methodenvielfalt in der Gruppe bewerteten die Jugendlichen als abwechslungsreich und anschaulich. Vieles sei ihnen erst durch die Übungen klar geworden. Als Beispiele möchte ich hier folgende Übungen anführen.

Konkrete Einblicke

Ein Jugendlicher leugnete sein riskantes Verhalten hinsichtlich des Gebrauchs von Suchtmitteln. Als er in einem Rollenspiel die Rolle des Drogenberaters übernahm, vollzog er in der Rolle einen Perspektivenwechsel und setzte die Argumente des zu beratenden uneinsichtigen Klienten außer Kraft, bis er bemerkte, dass dieser Klient seine eigene persönliche Position vertrat und er sich durch Übernahme der Rolle des Beraters seiner eigenen Ausreden und Rechtfertigungen bewusst wurde.

Die Jugendlichen sollten ihre persönliche Vorstellung so gestalten, dass sie sich einmal aus der Rolle eines Familienmitglieds und einmal aus der Rolle eines Freundes, mit dem sie gemeinsam kriminelle Taten verübten und Suchtmittel konsumierten, beschrieben. Die Teilnehmer waren selbst erstaunt, wie deutlich dabei das Leben in zwei Welten und die einhergehende Doppelgesichtigkeit deutlich wurden. In einem Falle stellte sich ein Jugendlicher, der selbst seinen problematischen Konsum leugnete, in der Rolle des Freundes so vor: „Der H. hat ein Problem mit Haschisch, das würde er selbst aber niemals zugeben.“

Bei der Bilanzierung mit den Fragen: „Was hat mir die Befriedigung meiner Sucht gegeben?“ dafür wurde ein Symbol aufgestellt und „Was hat mir die Befriedigung genommen?“ dafür wurde ein Symbol weggenommen, wurde für die meisten deutlich sichtbar, dass unter dem Strich mehr Nachteile entstanden sind. Bei einer Skalierung zu Lebenssituation, krimineller Handlung und Drogengebrauch wurden Zusammenhänge der einzelnen Entstehungs- und Bedingungsfaktoren sichtbar und gaben Anlass zu reger Diskussion.

Rückmeldungen von Gruppenteilnehmern

Mehrfach kam die Rückmeldung, dass es von den Teilnehmern als angenehm empfunden wurde, dass eine außen stehende Person die Gruppe leitete, die mit

dem sonstigen Haftalltag nichts zu tun hat. Für manche bedeutete dies zum Beispiel von der Welt nicht vergessen zu sein, es wert zu sein, dass sich jemand kümmert. Die Gruppe wurde mehrfach als interessant bewertet. Die Jugendlichen fanden es positiv, dass die Schweigepflicht der Gruppenleiterin ermöglichte, über Schuld- und Schamgefühle im Zusammenhang mit verübten Straftaten zu sprechen, ohne juristische Folgen fürchten zu müssen. Schwierig für die Jugendlichen war die Konfrontation mit der eigenen Verantwortung und der Bewertung der Taten.

Manche bedauerten, dass die Gruppenleiterin nicht auch für Einzelgespräche zur Verfügung stand. Sie hätten gerne Themen, die in der Gruppe aufkamen im persönlichen Gespräch vertieft. Manch einem fiel es schwer, sich in der Gruppe zu öffnen, andere hingegen zeigten sich wenig gruppenfähig und hätten am liebsten die ganze Aufmerksamkeit nur für sich gehabt und taten sich schwer, auch andere zu Wort kommen zu lassen. Wieder andere waren mit persönlich brisanten Themen sehr belastet.

Insgesamt zeigten sich die Teilnehmer erstaunt darüber, wie viel Offenheit (z.B. auch Schwachpunkte zeigen, sich ernsthaft unterhalten) und konstruktive Zusammenarbeit möglich war. Die Gruppe würde sich nach Einschätzung der Teilnehmer positiv auf das soziale Verhalten in der Haft auswirken, da auch Themen wie Konfliktlösung, Abwertung, Ausgrenzung zur Sprache kamen.

Resümee

Mit diesem Projekt wurde eine wichtige Arbeit begonnen, die ins gesellschaftliche Abseits geratenen Jugendlichen und Heranwachsenden helfen kann, die eigene Situation zu reflektieren. Auch wenn viele erst einmal teilnehmen, um eine Abwechslung im tristen Haftalltag zu erleben oder weil sich vor Gericht die Teilnahme an einer Suchttherapiegruppe strafmildernd auswirken könnte, besteht die Möglichkeit Denkanstöße zu geben, Auswege aufzuzeigen und Veränderungsbereitschaft zu entwickeln.



Bericht der Adaptionphase

*Michael Rommelspacher, Jutta Schill,
Wolfgang Schneider*

Auch im Berichtsjahr war die Adaptionphase mit einer Belegung von 97,2% fast voll ausgelastet. Insgesamt wurden 46 Patienten behandelt. Neun wurden aus dem Vorjahr übernommen, zwei wechselten in das Folgejahr.

Von den 44 Patienten, die die Behandlung 2009 abgeschlossen, taten dies 34 regulär. Neun Patienten mussten nach Konsumvorfällen disziplinarisch entlassen werden, einer beendete die Behandlung aus eigener Entscheidung vorzeitig. Mit den Patienten wurden jeweils individuelle Anschlussmaßnahmen vereinbart und vorbereitet. Die Haltequote, bzw. Quote der regulären Beender war mit 79,5% vergleichbar mit den Vorjahren. Wir bewerten dies als einen Erfolg für Patienten wie Mitarbeiter/innen.

Im April 2009 wurde das RehaHaus mit Adaptionphase und dem Betreuten Wohnen zertifiziert. Es unterliegt nun einer Routine der internen Audits und der Rezertifizierung, die 2010 erfolgen wird.

Integration in Arbeit oder Ausbildung

Eine wesentliche Aufgabe der Adaptionphase ist die Orientierung auf die Arbeitswelt. Die berufliche Wiedereingliederung wird nicht nur in der Theorie vorbereitet, sondern in verpflichtendem Betriebspraktikum eingeübt. Wie ein Patient an die Praktikumsuche und mit welchem Erfolg herangeht, zeigt, wo und wie er Unterstützung benötigt. Diese beginnt bei der Klärung der Sinnhaftigkeit von Arbeit und reicht bis zu Bewerbertraining und Hilfen bei der Suche einer geeigneten Branche und den möglichen Betrieben. Nur in Einzelfällen gelingen hier keine tragfähigen Lösungen, die zeigen, dass die Grundvoraussetzungen der Erwerbsfähigkeit nicht gegeben sind. Dies spiegelt sich in den schriftlichen Auswertungen der Praktikumbetriebe, die in der Regel in allen relevanten Merkmalen positiv ausfallen. Über den Praktikumbetrieb ergab sich für mehrere Patienten ein Ausbildungs- oder Beschäftigungsangebot.

Von den 41 im Berichtsjahr entlassenen Patienten hatten über die Hälfte (22) eine konkrete Erwerbs- oder Ausbildungs-/Schulperspektive, davon 13 (31,8%) durch Anstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt. Nur



bezogen auf die regulären Beender erhöht sich diese Quote auf über zwei Drittel. Auch in einem schwierigen Wirtschafts- und Arbeitsumfeld erreichen wir mit unseren Patienten sehr respektable Ergebnisse. Im Vergleich zu 2008 sind die Zahlen jedoch, vor allem was sozialversicherungspflichtige Beschäftigung betrifft gesunken, als noch 43,6% aller Beender in Arbeit entlassen werden konnten.

Mit dem Schuljahresbeginn begannen zwei Patienten die Abendrealschule, um dort die Mittlere Reife zu erreichen. Ein Patient besucht ein Berufskolleg für Assistenten der Kommunikations- und Informatonstechnik. Alle wechselten in das Betreute Wohnen „Haus Hochburg“ und setzten den Schulbesuch fort. Die Abendrealschüler stehen vor der Doppelbelastung, ihren Schulbesuch durch Teilzeitarbeit mitfinanzieren zu müssen.

Finanzielle Unzulänglichkeiten und sozialrechtliche Probleme

Weiterhin bleibt die finanzielle Situation vieler Patienten auch während der Adaptionphase prekär. Auf die Schwierigkeiten wie fehlender Krankenversicherungsschutz, keine zu ermittelnde Zuständigkeit bei der Sozialhilfe, Anträge zur Befreiung der Zuzahlung oder eine Lebensgestaltung mit sehr geringem Budget haben wir schon mehrfach hingewiesen.

In der Adaptionphase setzt sich der schon in der Intensivphase begonnene sozialrechtliche Beratungsprozess fort. Dies bindet Ressourcen und ist auch für den Patienten sozial wie emotional belastend. Um auf die andauernde Notlage hinzuweisen, übernehmen wir eine Passage des letztjährigen Jahresberichts im Wortlaut.

„Die Kenntnis von Rechtsgrundlagen und von Zuständigkeiten für anfallende Kosten sowohl für den stationären Aufenthalt, als auch für ambulante Modelle und die Kenntnis der üblichen Verwaltungsabläufe, ist für die Begleitung und Beratung unserer Klientel eine wesentliche Grundlage. Es bestand und besteht weiterhin erheblicher Klärungsbedarf, welcher potentielle Kostenträger für Therapienebenkosten, also für den Bezug von ALG II nach dem SGB II oder für den Bezug von Sozialhilfe durch die Landratsämter nach dem SGB XII zuständig ist.

Trotz der hervorragenden Arbeit der Sozialberatung im Therapiezentrum kommt es immer wieder vor, dass Patienten nach einem halben Jahr in die Adaption wechseln und ohne bestehende Krankenversicherung sowie ohne finanzielle Mittel für eine freiwillige Versicherung ihre Integrationsleistungen erbrin-

gen sollen. Dies betrifft auch die Quartalsgebühr bei einem niedergelassenen Arzt oder Arzneimittel, die zwar verschrieben werden, aber selbst bezahlt werden müssen. Mit der entsprechenden Antragsstellung und der beständigen Interessenvertretung gegenüber der Arbeitsgemeinschaft vor Ort oder gegenüber der Kommune des letzten gewöhnlichen Aufenthalts, waren Patienten in aller Regel überfordert. Hieraus, wie auch für die Motivierung der Betroffenen, resultierten zusätzliche Anforderungen für die Mitarbeiter.“

Die Patienten erleben ihren meist geringen sozioökonomischen Status als besonders belastend hinsichtlich der Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben. Unsere Patienten werden angeregt, ihren Interessen, Begabungen und Fähigkeiten entsprechend, ein externes Freizeitangebot wahrzunehmen. Um unsere Patienten, die mit sehr wenig Geld auskommen müssen, darin zu unterstützen, haben wir einen so genannten „Freizeitfond“ eingerichtet, der aus einer Spende im Jahre 2002 in Höhe von 3000 € entstand. Auf Antrag erhalten unsere Patienten, vor allem jene, die nur über ein wöchentliches Taschengeld von 18 € verfügen, bis zu 70 Prozent der Freizeitkosten aus diesem Budget.

Patienten, die im letzten Monat ihrer Adaption eine Arbeit aufnehmen erleben diese Zeitspanne als belastend, da die bisherige finanzielle Unterstützung gestoppt wird und ihr Lohn erst am Monatsende zu erwarten ist. Diese Finanzierungslücke wird in aller Regel durch einen Hartz IV- Bezug aufgefangen.

Folgebetreuung

Bei regulärem Abschluss ist die Planung und Vorbereitung der nachfolgenden Betreuung zentrales Thema der Adaptionbehandlung. Die Einsicht in die Notwendigkeit von unterstützenden Strukturen und Begleitung in den wesentlichen persönlichen Entwicklungsthemen, wie auch die Hilfestellung bei der Integration in Schule oder Arbeitswelt, der Regulierung von Schulden, Unterhaltsverpflichtungen oder juristischer Verfahren, Gestaltung von Alltag, Zusammenleben und Freizeit und dies alles unter der Voraussetzung der Abstinenz, ist immer eine anspruchsvolle Aufgabe und Herausforderung. Die verbindliche Akzeptanz einer zielorientierten Nachsorge ist ein prognostisch günstiges Merkmal.

Mit den Patienten, die die Behandlung vorzeitig beenden, versuchen wir, wenn möglich, die unmittelbare Zeit danach vorzubereiten. Hierzu gehören die weitere Anbindung an das Hilfesystem, in der Regel die Beratungsstelle am Heimatort und eine mündliche wie

schriftliche Übergabe, falls der Patient uns von der Schweigepflicht entbunden hat.

Am häufigsten entscheiden sich die Patienten für ein Betreutes Wohnen. Dorthin wechselten 2009 20 Patienten – siehe auch Bericht des Betreuten Wohnens. Mit 14 Patienten wurde eine Ambulante Nachsorge eingeleitet.

Ein Patient entschied sich für ein ambulant betreutes Einzelwohnen an seinem alten Wohnort. Gleichzeitig wurde mit ihm eine ambulante suchtherapeutische Nachsorge vereinbart, sowie eine Beratung über ein Projekt für Kinder suchtkranker Eltern. Weiterhin wurde eine Kooperation zwischen der Familienhilfe und Jugendamt mit den zuständigen Stellen besprochen. Dieses Beispiel zeigt, wie mit Patienten, die Folgebetreuung als möglichst individuelles Unterstützungsnetzwerk erarbeitet wird.

Mit drei Patienten wurde eine ambulante Nachsorge im RehaHaus durchgeführt. Diese Patienten wohnen selbständig und nehmen regelmäßig Gesprächstermine bei ihrem ehemaligen Bezugstherapeuten wahr. Diese Nachbehandlung eignet sich für Personen, deren Wille es ist, dauerhaft ein suchtmittelfreies Leben zu führen und die sich weitgehend gegen konsumierende Personen und die Subkultur des Milieus abgrenzen. Dazu gehört ein Maß an Struktur- und Sozialkompetenz, die Fähigkeit, selbständig ein soziales Netzwerk aufzubauen und eine berufliche Perspektive. Ein Großteil der Patienten, die einer geregelten Arbeit nachgehen, sieht sich nicht in der Lage, eine ambulante Nachbetreuung zeitlich in ihren Tagesablauf zu integrieren. Als noch aufwändiger erscheint vielen Patienten eine ambulante Psychotherapie bei einem niedergelassenen Therapeuten. Die Termenschwierigkeiten werden auch in unserem Angebot der ambulanten Nachsorge sichtbar.

Die ambulante Nachsorge im RehaHaus, die wir seit 2008 ehemaligen Patienten anbieten, hat sich bisher als Erfolg versprechend erwiesen. Sie kommt denjenigen zugute, die den Weg in das oft niedrigschwellige Milieu der Beratungsstellen scheuen, wo sie mit konsumierenden Personen und Erinnerungen aus der Vergangenheit konfrontiert werden, die sie hinter sich lassen wollen. Da wir die Themen und Prozesse der Patienten kennen, entfällt die Schwelle, einen neuen Kontakt aufbauen zu müssen. Allerdings erfordert dieses Angebot hohe Kompetenzen seitens des Patienten und eine realistische Einschätzung seitens der Einrichtung.

Nach unserer bisherigen Erfahrung konsumierten die Patienten laut ihren eigenen Angaben, mit einer

Ausnahme, kontrolliert Alkohol. Ein Patient nutzte die ambulante Nachbetreuung nach einem schweren Alkoholrückfall zur Stabilisierung und unterzog sich einer stationären Entgiftung. In aller Regel halten die Patienten nach Beendigung ihrer ambulanten Nachbetreuung den Kontakt zum RehaHaus aufrecht. In diesen Gesprächen stellen sie oftmals ihre derzeitige Lebensgestaltung und Zukunftsplanung zur Diskussion.

Abstinenz in der Adaptionsphase

Abstinenz ist das prognostisch relevante Merkmal für das Behandlungsergebnis. Wem es in der Behandlung gelingt, an seiner Krankheitseinsicht und an seinem destruktiven, süchtigem Verhalten zu arbeiten, hat nach unserer Erfahrung gute Chancen, dauerhaft einen abstinenten Lebensstil zu führen. Eine chronische Suchterkrankung geht oftmals auch nach stationärer Rehabilitation mit rückfälligen Episoden einher. Die Patienten, die einen vollständigen Verzicht auf Alkohol und illegale Drogen einhalten, haben nach unserer Erfahrung, größere Chancen ihre Gesundheit aufrechtzuerhalten und ein zufrieden stellendes Leben zu führen.

Bei den psychosozialen Entwicklungsdefiziten und den chronifizierten Suchterkrankung unserer Klientel ist Teilabstinenz oder kontrollierter Konsum in aller Regel selten eine stabile Perspektive. Den Abstinenzwillen aufrechtzuerhalten ist eine große und dauerhafte Aufgabe, die beständig im Focus des Behandlungsauftrags stehen muss. Konsum während der Behandlung ist nicht nur „Einzelschicksal“, sondern bedroht Mitpatienten, aber auch die Sinnhaftigkeit der Einrichtung. Etablieren sich Doppelstrukturen dauerhaft, wird der Rückfall zur Regel. Es zieht der süchtige Modus als Leitorientierung in die Behandlung ein. Deshalb ist es erforderlich, die destruktiven Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und ihnen im gesamten therapeutischen Setting entgegenzuwirken. Das nachfolgende Beispiel aus dem Berichtsjahr soll dies veranschaulichen.

Mitte November findet ein Mitarbeiter in den Mülltonnen zehn gut verpackte Bierflaschen versteckt unter anderem Müll. Eine zeitnahe Alkoholkontrolle aller Patienten und auch der Labortest auf Ethylgluconid, der einen Nachweis bis 72 Stunden erlaubt, sind negativ. In einer ersten persönlichen und in der Gruppe aller Patienten vorgenommenen Klärung zeigen alle Patienten deutlich Anzeichen von Vermeidung, Verharmlosung oder Reaktionsbildung, also regressive Verhaltensmuster. Unabhängig von der Faktenlage zeigt dies, wie rückfallnah und rückfallfördernd diese

Situation ist. Der Prozess wird auf den Ebenen der persönlichen Betroffenheit, des aktuellen Kontextes und der Leitkultur gleichzeitig bearbeitet, um über den Einzelfall hinaus die Qualität der Behandlung nicht zu gefährden.

In der nächsten Patientengeneration, die Anfang Dezember von der Intensivphase in die Adaption wechselte, mussten kurz vor Weihnachten drei Patienten wegen Rückfalls entlassen werden. Da sie in der Aufklärung der Vorgänge unkooperativ sind, ist eine Weiterarbeit nicht möglich. Der Nachweis ihres Konsums musste über den Labortest auf Ethylgluconid erfolgen. Diese Patienten waren zuvor nicht durch Strukturverlust oder mangelhafte Kooperation aufgefallen. Nun gilt es, mit der nächsten Generation, die Anfang Januar in die Adaption kommt, die Abstinenz als Grundlage der persönlichen Entwicklung, aber auch des institutionellen Auftrags und Rahmens stabil zu verankern. Kontext und Verhalten bedingen sich. Wenn die Institution die Botschaft der Abstinenz nicht in ihren Strukturen repräsentiert, sind häufige Rückfälle die Folge.

Auch in rückfallfreien oder -fernen Phasen ist dieser Prozess beständiger Fokus der Behandlung. So erkennen wir Zyklen, Phasen und die dazugehörigen Merkmale und Verhaltensmuster, auch seitens der Mitarbeiter/innen. Dies ist die Voraussetzung für Planung und Steuerung. Unter den beschriebenen Bedingungen steht nicht nur, aber auch, das Behandlungsziel Abstinenz auf dem Prüfstand. Im Schutz der hochstrukturierten und -kontrollierenden Intensivphase können nur Grundlagen gelegt und Entscheidungen getroffen werden. Die Überprüfung unter den wesentlich offeneren Bedingungen der Adaption stellt an die Patienten wie auch Mitarbeiter/innen neue und hohe Anforderungen. Für den Patienten treten Selbstorganisation und der Umgang mit riskanten Situationen, die Entscheidung, vermeintliche Freiräume nicht im süchtigen Sinne zu gebrauchen und die weiterhin hohe Ambivalenz, die ein Grundmuster ihrer Erkrankung ist, in den Behandlungsauftrag einzubringen, in den Vordergrund. Dazu braucht er beständige Unterstützung und Angebote, die er sinnhaft und bedeutsam für seine persönliche Situation erlebt. Nur so kann Konsumgeschehen beschränkt bleiben, die Abstinenzzuversicht steigen und die Kompetenz der Adaption als cleaner Lebensraum erhalten werden.

Abstinenz oder Rückfall sind wesentliche Merkmale der therapeutischen Kultur, die täglich mit jedem Patienten persönlich wie im Kontext der Gruppe überprüft und erarbeitet werden. Regelakzeptanz, Verbindlichkeit in den Aufträgen und eine tragfähige Beziehung zu den Mitarbeiter/innen sind dabei prognostisch günstige Merkmale.

In der Vergangenheit konnten wir in Einzelfällen Patienten nach isoliertem Konsum von Alkohol in einem für beide Seiten aufwändigem Verfahren in der Behandlung halten und diese auch regulär beenden. Oftmals fehlen aber die Voraussetzungen für eine Rückfallbearbeitung, nämlich selbständiges und umfassendes Offenlegen des Konsumvorfalls und die Bereitschaft, sich auf das Angebot der Bearbeitung einzulassen.

Seit drei Jahren ist die „Abstinenzgruppe“ als fester Angebotsschwerpunkt eingeführt. Sie schließt an die Konzepte der Indikationsgruppen „Abstinenz“ und „Rückfallaufarbeitung“ an, die jeder Patient in der Intensivphase besucht hat. Die Patienten üben im Alltagskontext einen abstinenten Lebensstil ein und erhalten Gelegenheit, über ihre Erfahrungen zu sprechen. Ziel ist das Einüben neuen Verhaltens, das im günstigsten Fall auch nach Beendigung der Behandlung weiter trainiert wird.

Die Abstinenzzuversicht der Patienten wird innerhalb der Adaption gefördert, durch:

- das Entdecken neuer Erlebnismöglichkeiten im Bereich Freizeit
- das offene Gespräch über Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung zum Beispiel hinsichtlich Sexualität ohne Konsum
- die Prozessbegleitung bezüglich Erfahrungen im verlängerten Ausgang, bei Heimfahrten und im Praktikum
- Solidaritätserfahrungen innerhalb der Hausgemeinschaft und beim Besuch einer Selbsthilfegruppe
- das Lernen, restriktive Maßnahmen auszuhalten bzw. durchzustehen
- die Bewältigung von Krisen ohne Suchtmittel
- Sportliche Aktivitäten wie beispielsweise Lauftraining
- das Anstoßen persönlicher Lernprozesse

Kooperation mit der Selbsthilfe

Auch im Berichtsjahr wurde die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe, vor allem der Ex User Support Group — EUSG, deren Angebote die Patienten schon aus der Intensivphase kennen und die diese auch in zwei Veranstaltungen im RehaHaus vorstellte, fortgeführt. Patienten können von der Adaption die Selbsthilfegruppen besuchen. Die stabile Verankerung beginnt in der Adaption und setzt sich im Betreuten Wohnen fort. Den Patienten, die an der Selbsthilfegruppe teilnehmen, ist die Bedeutung eines abstinenten

Bekanntenkreis und einer Bezugsgruppe einsichtig. Weiterführende Angebote in der Freizeitgestaltung der EUSG, wie Hüttenwochenenden, Wanderungen, Kanufahrten etc., werden von den Patienten gerne angenommen. Die Selbsthilfegruppe ermöglicht den Patienten Solidaritätserfahrungen. Sie erfahren ein engagiertes Eintreten für ihre Person, z.B. auch durch finanzielle Hilfen.

THC-/Partydrogenklientel

Erstmals haben wir im Berichtsjahr eine größere Anzahl und Gruppe, insgesamt 12 Patienten, aufgenommen, die in der Intensivphase nach dem mit der DRV vereinbarten Teilkonzept für diese Zielgruppe behandelt wurden. Wie in einer ersten Auswertung im Sommer 2009 festgestellt wurde, sind besonders jüngere Patienten mit den anspruchsvollen Zielen der sozialen und beruflichen Integration in einem kurzen Zeitraum oft überfordert. Sie brauchen beständige Unterstützung im Aufbau von Alltagskompetenz und -bewältigung. Ein zentrales Ziel ist es, für die in der Regel notwendige Weiterbetreuung Einsicht und Akzeptanz zu schaffen. Die Angebotsinhalte wie -strukturen müssen dem Entwicklungsstand und -prozess der Patienten folgen. In Stichworten sind die Merkmale, Interventionen und Strategien benannt.

Die jüngeren THC-/Partydrogenpatienten weisen eine geringe Ressourcendichte (Schule, soziale Fähigkeiten, Beziehungsgestaltung, Kommunikation, Werte und Normen, sozioökonomisch) sowie aufgrund der Identitätsproblematik eine inkonsistente innere Entscheidungsmatrix auf. Dies zeigt sich auch in einem Mangel an Realitätssinn (Beruf, Leben und Wohnen, Beziehungen). Sie verfügen über ein geringes Selbstmanagement (Konzentration, Struktur, Kontinuität) mit der Folge von Motivationseinbrüchen. Hinzu kommen mangelnde kulturtechnische Fähigkeiten (z. B. Straßenbahn fahren, Stadt erkunden, Infrastruktur entdecken). Die Zusammenarbeit im Rahmen der Adaption beginnt mit einer differenzierten Ressourcendiagnostik und Suche nach protektiven Faktoren. Für die Mitarbeiter/innen bedeutet dies eine stützende und annehmende Grundhaltung und „liebvolle Nachbeterung“. Entsprechend der prozessualen Diagnostik werden individuelle Lernmodule erstellt.

Die Praxis zeigt, dass diese Patienten schneller von Belastung überfordert sind und daher Intervallbelastung mit Erholungszeiten abwechseln müssen. Das Training von Basiskompetenzen und Alltagsfähigkeiten durch Kochprojekte, angeleitete Haushaltsführung und Geldeinteilung sowie das Übernehmen einer psychoedukativen Elternrolle bekommt eine große Bedeutung. In der Gruppenarbeit bedeutet dies,

Lernfelder zu eröffnen und Trainingseinheiten anzubieten. Insgesamt muss der erzieherische Focus in der Alltagsbewältigung stärker gewichtet werden.

Weitere Daten

Diese Daten markieren Merkmale, die für den Auftrag relevant sind.

- Das Durchschnittsalter aller behandelten Patienten hat sich auf 31 Jahre erhöht. Die Streuung reicht von 21 bis 58 Jahren. Allein 19 Patienten waren 30 Jahre und älter, 15 bis 25 Jahre alt. Im Behandlungsalltag bedeutet dies, dass wir Angebote und Begleitung für Menschen in unterschiedlichen Altersgruppen und Lebensphasen anbieten.
- 18 Patienten (39,1%) waren ohne juristische Auflage in der Behandlung. Bei den Auflagen ist nach wie vor der Aufenthalt gemäß § 35/36 mit 18 (39,1%) die häufigste Form. Der Rest betrifft Bewährungsauflagen.
- Keinen Schulabschluss hatten fünf Patienten (10,9%)
- Keinen Ausbildungsabschluss oder noch nie eine Ausbildung begonnen hatten 24 Patienten (52,2%)
- Hafterfahrung hatten 18 Patienten (39,1%)
- Deutliche familiäre Suchtbelastung ist für 15 Patienten (32,6%) eine bedeutsame Erfahrung.
- Die durchschnittliche Verschuldung betrug 7112€, besagt aber wenig über den Einzelfall. Nur acht Patienten waren schuldenfrei, weitere vier hatten geringfügige Schulden bis 1000€. Immerhin 24 Patienten sind erheblicher verschuldet, davon vier bis 5000 €, acht bis 10000 €, sieben bis 20000 € und fünf bis 40000 €. Besonders bei höherer Verschuldung ist eine qualifizierte Schuldnerberatung erforderlich.
- Elf Patienten (23,9%) waren Spätaussiedler, acht weitere ebenfalls eine Migrationbiographie.

Verweildauer

Die Verweildauer, bezogen auf alle Entlassungen, lag bei durchschnittlich 82,4 Tagen. In den vergangenen Jahren hat sich die Verweildauer immer nur unwesentlich verändert. Mit der Einführung des Verweildauerbudgets ist die Behandlungsdauer insgesamt flexibler und individueller geworden.

Die durchschnittliche Verweildauer der regulär entlassenen Patienten betrug 88,6 Tage, die der disziplina-

risch entlassenen 59,3 Tage. Ein Patient beendete die Behandlung in der Adaptionsphase vorzeitig nach neun Tagen, da er am Heimatort ein Arbeitsangebot

erhalten hatte. Mit ihm wurde die nahtlose Fortführung der Betreuung in der ambulanten Nachsorge eingeleitet.



Arbeitstherapeutische Angebote in der Adaption

Uwe Hupp

Die Arbeitstherapie im RehaHaus in Gundelfingen versucht sich an der Alltags- und Arbeitsrealität zu orientieren. Der Wechsel von der Intensivphase in die Adaptionsphase, verlangt von den Patienten eine beachtliche Anpassungsleistung an die neue Lebenswirklichkeit im RehaHaus.

Die Fahrradwerkstatt

Da viele unserer Patienten wenig Geld und größtenteils keinen Führerschein mehr besitzen, sind sie, um mobil zu bleiben, auf die Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs oder auf die Benutzung eines Fahrrads angewiesen. Zum einen bringen die Patienten ihre Fahrräder von zu Hause mit, zum anderen werden Fahrräder von der Einrichtung über einen Fahrradverleih zur Verfügung gestellt. Die Fahrräder wurden über Spendenaufrufe im örtlichen Gemeindeblatt der Gemeinde Gundelfingen gesammelt. An dieser Stelle möchte ich mich bei den Fahrradspendern aus der Gemeinde für ihr Engagement und ihrem Interesse an unserer Arbeit herzlich bedanken. Bisher wurden unserer Einrichtung 18 gut erhaltene Fahrräder gespendet.

Zur Instandhaltung dieser Fahrräder wurde eigens die Werkstatt zu einer Fahrradwerkstatt umgestaltet. Hierfür wurden spezielle Fachliteratur, Werkzeuge und ein Fahrradmontagegeständer gekauft. Die Werkstatt befindet sich im Keller unsere Einrichtung. Die Reparaturen und Instandhaltungen gehen von Reifen flicken, Bremsen erneuern, die Lichtanlage reparieren, bis hin zu komplexeren Aufgaben, wie zum Beispiel dem Austausch eines Tret- oder Steuerlagers. Also insgesamt weitgehend alles, was man selbst reparieren kann. Bei fachlichem Rat kontaktieren wir eine örtliche Fahrradwerkstatt, zu der wir einen guten Kontakt aufgebaut haben.

Für die Arbeitstherapie können folgende Ziele abgeleitet werden:

- **Überprüfung von Basiskompetenzen**
- **Förderung des Selbstvertrauens**

- **Technisches Verständnis entwickeln**
- **Einsparung von Geld für Reparaturen**
- **Verantwortung für die eigene Arbeit übernehmen**
- **Mobilität erhalten**
- **Hilfe zur Selbsthilfe**

Patienten, die eine Ausbildung als Zweiradmechaniker anstreben, können in der Fahrradwerkstatt überprüfen, ob sie für den Beruf geeignet sind. Durch Beobachtung, anschließender Auswertung der Montagearbeiten und Reparaturen, die unter Anleitung stattfinden, kann festgestellt werden, ob die Patienten die notwendigen Voraussetzungen mitbringen, um den Beruf des Zweiradmechanikers zu erlernen. In diesem Jahr hatten wir zwei Patienten in der Behandlung, die den Beruf des Zweiradmechanikers erlernen wollten. Beide absolvierten während ihrer Behandlung in der Adaption ein sechswöchiges berufspraktisches Training in einem örtlichen Fahrradladen mit internem Werkstattservice. In der Adaption wurden diese Patienten auf eigenen Wunsch vor und nach dem Praktikum zur Überprüfung ihrer Eignung im Bereich Fahrradwerkstatt eingesetzt. Unsere Auswertungen ergaben, dass beide Patienten die notwendigen Basiskompetenzen mitbrachten und für die Berufsausbildung geeignet waren. Durch die Praktikumsgeber wurden unsere Beobachtungen und Auswertungen bestätigt. Beiden Patienten wurden von ihren Praktikumsgebern ein Ausbildungsplatz angeboten. Ein Patient hat Anfang des Jahres mit der Ausbildung begonnen.

Ausblick auf das kommende Jahr

Im kommenden Jahr möchten wir die Fahrradwerkstatt mit Werkzeugen, Arbeitsmaterialien, Ersatzteilen und technischem Know-how weiter ausbauen. Ein Ziel wäre es, mehrere neue hochwertige Fahrräder für den internen Fahrradverleih anzuschaffen und diese mit Hilfe der uns bekannten Fahrradhändler zu pflegen und in Stand zu halten.



Carmen Reinbold, Thomas Martin

Auftrag

Der Aufenthalt im Betreuten Wohnen soll der weiteren Stabilisierung einer abstinenten Lebensführung dienen. Den KlientInnen wird ein Umfeld geboten, in dem sie unter realen Bedingungen eine eigenverantwortliche, abstinenten Lebensführung erproben können. Das Betreute Wohnen für Suchtkranke unterstützt die KlientInnen im Hinblick auf Gestaltung einer geregelten Tagesstruktur und einer umfassenden sozialen und beruflichen Integration bzw. Reintegration. Wir bieten dabei Hilfestellung, indem wir gemeinsam mit den KlientInnen Kontakte zu den relevanten Stellen aufnehmen. Das Betreute Wohnen unterstützt neben der Erweiterung von lebenspraktischen Fähigkeiten auch die Aufnahme und Pflege von sozialen Kontakten sowie die Verfolgung von individuellen Interessen und einer sinnvollen Freizeitbeschäftigung.

Mitarbeiterwechsel

Im Jahr 2009 hat im Betreuten Wohnen ein Mitarbeiterwechsel stattgefunden. Susanne Laubengaier und Beate Malaschitz haben Mitte des Jahres das Betreute Wohnen verlassen. Das Team besteht seitdem aus Carmen Reinbold (Dipl. Sozialpädagogin, 50%), Thomas Martin (Dipl. Sozialpädagoge, 50%) und Edmund Haas (Arbeitstherapie, 20%), der dem Betreuten Wohnen erhalten geblieben ist. Somit war das Jahr vor allem auch dadurch geprägt, die neuen Mitarbeiter in das Arbeitsfeld einzuarbeiten und in die bestehenden Netzwerke zu integrieren. Dazu gehörte vor allem die Kontaktaufnahme der neuen Mitarbeiter zu den unterschiedlichsten Kooperationspartnern.

Bewerbungen

Insgesamt haben sich im Jahr 2009 37 KlientInnen für das Betreute Wohnen beworben. Die Bewerbungen kamen aus folgenden Einrichtungen:

26 KlientInnen bewarben sich aus dem Therapiezentrum Brückle und der Adaption Gundelfingen. Drei der BewerberInnen aus der Adaption Gundelfingen haben die Intensivtherapeutische Phase in einer anderen Einrichtung absolviert. Aus der Adaptionseinrichtung in Lahr (Freiolsheim) bewarben sich fünf Klienten. Fünf Frauen bewarben sich aus der Therapieeinrichtung Lindenhof. Ein Klient bewarb sich aus der JVA.

Belegungssituation

Im Berichtsjahr 2009 nahmen 24 KlientInnen, 3 Frauen und 21 Männer, im Alter von 22 bis 40 Jahren das Betreute Wohnen wahr. 16 KlientInnen waren im Alter von 20 bis 30, acht KlientInnen im Alter von 30 bis 40 Jahren. Aus 2008 wurden 11 KlientInnen übernommen, in 2009 hatten wir 13 Neuaufnahmen.

Zwei der Frauen kamen aus der Rehaklinik Lindenhof in Schallstadt und eine Frau aus der Rehabilitationsklinik Eiterbach und anschließenden Adaptionsphase in Gundelfingen.

Bei den Männern kamen mit 21 Bewohnern die meisten aus dem Therapiezentrum Brückle bzw. dem Rehakhaus in Gundelfingen. Ein Bewohner kam aus der Rehabilitationsklinik Eiterbach.

Das Betreute Wohnen schlossen im Berichtsjahr insgesamt 14 KlientInnen ab, davon mussten wir fünf disziplinarisch aufgrund von Rückfälligkeit entlassen. Bei einem Bewohner wurde die bevorstehende Vertragsverlängerung aufgrund unterschiedlichster Schwierigkeiten, die eine Weiterarbeit unmöglich machten, nicht verlängert.

Die durchschnittliche Verweildauer der disziplinarisch entlassenen KlientInnen belief sich auf 3,55 Monate, wobei ein Bewohner 8 Monate im Betreuten Wohnen verbrachte, einer 7 Monate, einer 2 Monate, einer bereits nach 2 Wochen entlassen wurde und eine Bewohnerin bereits nach einer Woche.

Demgegenüber standen neun reguläre Entlassungen, von denen vier in unsere Clean-WG wechselten. Sechs der regulär Entlassenen nahmen das Betreute Wohnen für ein ganzes Jahr in Anspruch. 3 Bewohner beendeten das Betreute Wohnen nach 7 bzw. 6 Monaten.

Bei den regulären Entlassungen lag die durchschnittliche Verweildauer somit bei 10,3 Monaten. Von den regulären neun Beendigungen haben sechs nach den ersten sechs Monaten Aufenthalt einen Antrag auf Verlängerung der Kostenzusage für weitere sechs Monate von ihrem zuständigen Landratsamt bewilligt bekommen. Eine Klientin bekam bereits von Anfang an eine Zusage für ein ganzes Jahr.

Auch in diesem Jahr konnten wir keine Belegung von 100% erreichen, was vor allem daran lag, dass meh-

rere KlientInnen disziplinarisch entlassen werden mussten. In den Monaten von August bis Oktober erreichten wir daher nur eine durchschnittliche Belegung von 77%. Die erreichte Durchschnittsbelegung lag 2009 wie im Vorjahr bei 98%.

Berufliche Integration

Für eine nachhaltige Stabilisierung der KlientInnen ist die berufliche Integration im Raum Emmendingen und Freiburg eine elementare Voraussetzung. Aus diesem Grund bildet sie nach wie vor einen zentralen Baustein im Hilfsangebot des Betreuten Wohnens, insbesondere für KlientInnen, denen im Anschluss an den stationären Aufenthalt ein unmittelbarer Übergang in Ausbildung oder Beschäftigung nicht gelingt. Die Anforderungen in der Arbeit mit den KlientInnen sind dabei sehr individuell ausgerichtet, da sie mit unterschiedlichen Voraussetzungen in das Betreute Wohnen kommen. Gerade bei KlientInnen, die keine Ausbildung abgeschlossen haben, nahmen Hilfen bei der Berufsorientierung einen beträchtlichen Umfang ein. Dadurch wurden auch im Berichtsjahr 2009 die

Kooperation mit Einrichtungen der Berufshilfe, Arbeitgebern und der ARGE weiter intensiviert.

Von den neun regulär Entlassenen befanden sich zum Zeitpunkt ihrer Entlassung:

zwei in einer Ausbildung, zwei in fester Anstellung, einer in einer Umschulung, einer in einem freiwilligen sozialen Jahr, zwei in einer Arbeitsgelegenheit (1 Euro-Job) und einer war arbeitslos.

Ausblick auf das Jahr 2010:

Bemerkenswert ist, dass zum Ende des Berichtsjahres 2009 alle KlientInnen, die nach 2010 übernommen werden, sich entweder in Aus- oder Fortbildung oder in einem Arbeitsverhältnis befanden. Von den neun KlientInnen hatten im Dezember 2009 vier eine feste Anstellung, zwei besuchten eine Schule, einer befindet sich in Ausbildung, einer fängt 2010 seine Ausbildung an und übt momentan ehrenamtliche Tätigkeiten aus. Einer bekommt nach erfolgreichem Praktikum Anfang 2010 eine Festanstellung.

Die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern



Zur Realisierung der mit den KlientInnen individuell vereinbarten Ziele ist die Zusammenarbeit mit vielen relevanten Personen und Organisationen im Versorgungsnetz erforderlich. Das neue Team konnte dabei an bestehende Kontakte, die durch langjährige Kooperationen aufgebaut wurden, anknüpfen und die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichsten Kooperationspartnern fortführen. Somit nahm auch im Berichtsjahr 2009 der telefonische und persönliche Kontakt mit Mitarbeitern der Kostenträger, DRV und Landratsämtern, Arbeitgebern, Schuldnerberatungsstellen etc. einen beträchtlichen Umfang ein. Neben den Kontakten seitens der Mitarbeiter werden die KlientInnen zusätzlich dazu motiviert, entsprechende Stellen selbständig aufzusuchen bzw. Kontakt mit ihnen aufzunehmen.

Beispiele der Zusammenarbeit:

Kontakt mit Landratsämtern

Die Kosten der Hilfeleistung werden von den zuständigen Landratsämtern übernommen, sofern die Hilfesuchenden nicht selbst für diese aufkommen können. In jedem Einzelfall wird eine Überprüfung vorgenommen. Übersteigen die Einkommens- und/oder Vermögensverhältnisse die Freigrenzen, werden die KlientInnen anteilig oder ganz zur Kostendeckung herangezogen. Gerade weil im Jahr 2009 ein Großteil der KlientInnen einer Beschäftigung nachging, entstanden oft Unklarheiten bezüglich der Eigenbeteiligung. Über bestehende Kontakte zu den zuständigen Landratsämtern konnten diese jedoch schnell gelöst werden.

Die Länge der Betreuung insgesamt variiert nach den individuellen Notwendigkeiten. In der Regel bekommen die BewohnerInnen eine Kostenzusage für ein halbes Jahr. Im Jahr 2009 war bei sechs BewohnerInnen jedoch eine Verlängerung notwendig, da sie nach einem halben Jahr noch nicht ausreichend stabilisiert waren oder ihre Ziele noch nicht erreicht hatten. Bei der Antragsstellung hat sich die enge Zusammenarbeit mit den MitarbeiterInnen der Landratsämter als sehr hilfreich erwiesen.

Kontakte mit MitarbeiterInnen der Agentur für Arbeit

Auch in diesem Jahr gab es einen regen, vorwiegend telefonischen Kontakt zu den dortigen MitarbeiterInnen. Notwendig wurde dies vor allem, um bei unklaren Informationen seitens der KlientInnen Rücksprache zu halten. Bei einem Klienten ergab sich aufgrund seiner psychischen Erkrankung der Kontakt zum

psychologischen Dienst der Agentur für Arbeit. Die Zusammenarbeit hat sich in diesem Fall bei Fragen der Berufsreife als sehr hilfreich erwiesen. Für viele KlientInnen ist die Begutachtung eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Beratungs- und Vermittlungsbemühung (zum Beispiel besondere Ausbildungs- oder Arbeitsplatzbedingungen).

Vermittlung in ambulante Psychotherapie

Bei zwei Klienten kam es 2009 zu schweren Krisen, die eine Vermittlung in eine ambulante Psychotherapie erforderlich machten.

Kontakt mit MitarbeiterInnen anderer Betreuungseinrichtungen

Neben den telefonischen Kontakten zu MitarbeiterInnen anderer Therapieeinrichtungen, kam es auch in diesem Jahr bei einer Bewerberin aus dem Lindenhof zu einem persönlichen „Übergabegespräch“.

Kontakt zur Schuldnerberatung

Viele unserer KlientInnen kamen mit einem hohen Schuldenberg in das Betreute Wohnen, was eine umfassende soziale und berufliche Rehabilitation oft erschwert. In diesem Punkt konnten wir vor allem Vermittlungsarbeit leisten und bestehende Kontakte zu entsprechenden Schuldnerberatungsstellen nutzen. Neben der Schuldnerberatungsstelle „A ray of hope“ in Freiburg haben wir auch zu Beratungsstellen im Landkreis Emmendingen und zu Rechtsanwälten mit Tätigkeitsschwerpunkt Verbraucherinsolvenz vermittelt.

Arbeitstherapie

Wir sind sehr glücklich darüber, dass Herr Haas sich dazu entschieden hat, die Arbeitstherapie auch im Jahr 2009 fort zu führen. Mit seiner langjährigen Erfahrung hat er gemeinsam mit den KlientInnen dazu beigetragen, die Attraktivität des Hauses zu bewahren und eine behagliche Wohnatmosphäre zu schaffen. Dazu gehören die Renovierung der einzelnen Wohnräume, die Pflege des Geländes und eine Vielzahl kleinerer Reparaturen und Neuerungen. Für KlientInnen, die keiner geregelten Beschäftigung nachgehen, hat die Arbeitstherapie nach wie vor eine strukturierende und stabilisierende Wirkung. Für das kommende Jahr sind auch Projekte bei anderen Trägern oder in der direkten Nachbarschaft geplant, die von den KlientInnen des Betreuten Wohnens durchgeführt werden.



Michael Rommelspacher

Folgende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren zum 31.12.2009 in den verschiedenen Teams und Funktionen beschäftigt:

Therapeutische Gesamtleitung

Michael Rommelspacher

Ärztliche Leitung

Harald Dahmen

Verwaltungsleitung

Jutta Kleindienst

Klärungs- und Intensivphase Buggingen

Verwaltung

Susan Braun (100%)

Verwaltungsangestellte, Sekretariat, Aufnahmeplanung

Gudrun Geuder (50%)

Verwaltungsangestellte, ärztliches Berichtswesen, Sekretariat

Ute Schubert (25%)

Verwaltungsangestellte, Fachbereich Psychotherapie

Fachbereich Psychotherapie

Martin Lüdeke (80%)

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, stellvertretender Therapieleiter, Fachteamleiter, QM-Beauftragter

Arnold Hepp (100%)

Sozialtherapeut

Karl Kübler (100%)

Diplom-Pädagoge, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Familientherapeut

Astrid Müller (100%)

Diplom-Sozialpädagogin (FH), Psychodrama-Suchttherapeutin FDR

Bärbel Wahlig (80%)

Diplom-Sozialarbeiterin (FH), Suchttherapeutin Psychodrama VDR

Carina Weisser (65%)

Diplom-Sozialpädagogin (FH), Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeutin, Psychodramaleiterin

Fachbereich Arbeitstherapie

Claudia Köppeler (85%)

Fachteamleitung, Ergotherapeutin, Agraringenieurin, (Garten und Gelände)

Klaus Gebele (90%)

Arbeitserzieher, (Metallwerkstatt)

Thomas Keller (100%)

Erzieher am Arbeitsplatz (Hausversorgung, Instandhaltung)

Bernd Rolle (75%)

Schreiner (Schreinerei), Sicherheitsbeauftragter

Margit Merk (90%)

Hauswirtschaftsleiterin (Hauswirtschaft)

Fachbereich Sozialtraining u. -beratung

Hanne Drexlmaier (85%)

Diplom-Sozialpädagogin, Fachteamleitung, Schuldner- und Sozialberatung

Kerstin Handloser (100%)

Diplom-Sozialpädagogin, Schuldner- und Sozialberatung

Dorothea Lau (80%)

Diplom-Sozialarbeiterin und Kunsttherapeutin, Freizeitpädagogik und Bildung

Michael Scholz (20%)

Sportpädagoge, Sport und Fitness

Abend-/Nacht- und Wochenenddienste

Tina Kleindienst-Löffler (50%)

Benjamin Sautter, (Honorar)

Isabel Friebe, (Honorar)

Katharina Fräulin (Honorar)

Honorarmitarbeiter/innen

Udo Claushues

Systemadministrator EDV

Sandra Klein-Gißler

Improtheater-Workshops

Tina Kleindienst-Löffler

Feldenkraislehrerin

Isabel Friebe

Deutschunterricht

Ingrid Sturm

Psychologische Psychotherapeutin, Supervision

Günter Wirminghaus

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie,
Psychiatrische Versorgung und Fachcolloquium

Ehrenamtliche Mitarbeiter/innen

Ernst Erler

EDV-Kurse

Christian Geitner

Lauffreiweg

Kerstin Handloser

Freizeitangebote

Claudia Imbery

Lauffreiweg

Tina Kleindienst-Löffler

Wandern

Gerhard Kolbe

Astronomiegruppe

Marlies Schmidt-Nussbaum

Arbeitsgruppe für religiöse Fragen

Wolfgang Schmidt

Arbeitsgruppe für religiöse Fragen

Friedhelm Staenke

Fußballtraining, Gitarrenunterricht

Hans Wölfle

Kultur Café

Rehahaus Gundelfingen

Adaptionsphase

Jürgen Schulz (80%)

Diplom-Pädagoge Leitung,
Einzel- und Gruppentherapie

Uwe Hupp (90%)

Arbeitstherapie, Sozialtherapie und Freizeitangebote

Jutta Schill (50%)

Diplom-Sozialpädagogin,
Einzel- und Gruppentherapeutin

Wolfgang Schneider (75%)

Diplom-Sozialarbeiter, Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeut, Einzel- und Gruppentherapie

Betreutes Wohnen

Carmen Reinbold, (50%)

Diplom-Sozialpädagogin (ab 16. 4. 2009)

Thomas Martin, (50%)

Diplom-Sozialpädagogin (ab 1. 6. 2009)

Edmund Haas Kfz-Meister und Ausbilder (20%)

Arbeitstherapie

Verwaltung und Sekretariat

Ute Schubert (50%)

Honorarmitarbeiter

Rüdiger Berg

Diplom-Psychologe, Supervision

Einen Mitarbeiterinnenwechsel gab es im Berichtsjahr im Betreuten Wohnen „Haus Hochburg“. Susanne Laubengaier und Beate Malaschitz beendeten zum 31. 5. bzw. 31. 7. 2009 ihre langjährige Mitarbeit wegen beruflicher Neuorientierung bzw. Wohnortwechsels. Beide haben die Klienten im Betreuten Wohnen über viele Jahre kompetent begleitet. Der Abschied fiel allen schwer. An dieser Stelle nochmals einen herzlichen Dank an beide. Ihre Aufgaben übernahmen Carmen Reinbold und Thomas Martin. Carmen Reinbold kennt Klientel und Auftrag aus ihrem Praktikum in der Adaptionsphase. Aus ihrer vorherigen Beschäftigung als Integrationsfachkraft bei der Agentur für Arbeit bringt sie wertvolle Erfahrungen aus diesem Arbeitsfeld mit. Thomas Martin kennt die Thematik von Drogenabhängigen aus seiner mehrjährigen Arbeitserfahrung im niedrigschwelligen Angebot eines Kontaktladens. Beide haben sich rasch in ihr neues Aufgabenfeld eingearbeitet, unterstützt in einer Übergangsphase von den ausscheidenden Kolleginnen und dauerhaft durch die engere Vernetzung mit dem Team der Adaptionsphase im Rehahaus. Der Wechsel ist gut und ohne Qualitätsverlust gelungen.

Ansonsten setzte sich die hohe Kontinuität in den Teams fort. Dies ist ein nicht zu unterschätzendes Kapital der Einrichtungen. Erfahrungswissen und Prozesskompetenz sowie die Qualität der Zusammenarbeit sind für Effektivität wie Effizienz grundlegend. Die Ergebnisse der im Berichtsjahr durchgeführten Mitarbeiter/innenbefragung lassen auf eine hohe Zufriedenheit am Arbeitsplatz und ein wertschätzendes Betriebsklima als Voraussetzungen dafür schließen.