



Therapiezentrum Brücke  
Rehahaus Gundelfingen  
Betreutes Wohnen Haus Hochburg

# Jahresbericht 2011





## Jahresbericht 2011

---

### **Therapiezentrum Brücke**

#### **Klärungs- und Intensivtherapeutische Phase**

Alter Brückleweg 12

79426 Buggingen

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

Email: [verwaltung@therapiezentrum-brueckle.de](mailto:verwaltung@therapiezentrum-brueckle.de)

[www.therapiezentrum-brueckle.de](http://www.therapiezentrum-brueckle.de)

---

### **Rehahaus**

#### **Adaptionsphase**

Gewerbestraße 6, 79194 Gundelfingen

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

Email: [verwaltung-rhg@rehaHaus-gundelfingen.de](mailto: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](mailto: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 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 zertifiziert.

---

### **Therapeutische Gesamtleitung:**

Martin Lüdeke

---

### **Ärztliche Leitung:**

Harald Dahmen

---

### **Verwaltungsleitung:**

Jutta Kleindienst

# Inhalt

<b>1. Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>2. Jahresauswertung der Daten</b>	<b>6</b>
<b>3. Das Tetralemma der stationären Drogenrehabilitation Abstinenz und Konsum</b>	<b>13</b>
<b>4. Veränderungen in der Behandlungskonzeption</b>	<b>15</b>
<b>5. Kombinationsbehandlungen im THC Modul</b>	<b>16</b>
<b>6. Psychoedukation bei Craving</b>	<b>18</b>
<b>7. Pathologischer PC / Internetgebrauch und pathologisches Glücksspielen</b>	<b>20</b>
<b>8. (Kriegs-) Traumatisierung und Sucht</b>	<b>21</b>
<b>9. Depressive Störungen</b>	<b>24</b>
<b>10. Abschiedsprozesse und Abschiedsrituale</b>	<b>26</b>
<b>11. Erlebnispädagogik in der Intensivphase</b>	<b>29</b>
<b>12. Perspektiven der Arbeitstherapie mit jungen Drogenkonsumenten</b>	<b>30</b>
<b>13. Schuldnerberatung zum neuen Kontopfändungsschutz</b>	<b>31</b>
<b>14. Ausländerrechtliche Beratung in der Behandlung</b>	<b>31</b>
<b>15. Bericht der Adaptionsphase</b>	<b>32</b>
<b>16. Neuorientierungsphase in der Adaption</b>	<b>34</b>
<b>17. Qualitätsmanagement in der Arbeitstherapie der Adaptionsphase</b>	<b>35</b>
<b>18. Haus Hochburg – Betreutes Wohnen</b>	<b>37</b>
<b>19. Mitarbeiter/innen und Teams</b>	<b>39</b>

*Martin Lüdeke*

In diesem Jahr hat sich Michael Rommelspacher aus seiner 24-jährigen Tätigkeit für den Arbeitskreis Rauschmittel und das Therapiezentrum Brückle in die passive Phase seiner Altersteilzeit verabschiedet. Dies ist für unsere Einrichtungen mit ihren langjährigen festen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen eine so zentrale Veränderung, dass wir nach den ersten drei Monaten erst langsam einschätzen können, welche Bedeutungen für die Einzelnen und die gesamte Einrichtungskultur damit verbunden sind.

Herr Rommelspacher war sowohl nach außen, wie auch nach innen mit seinen Ideen, Impulsen, Haltungen und auch besonders mit seinen menschlichen Seiten für uns immer eine Orientierung in der Arbeit und eine Leitungspersönlichkeit im besten Sinne. Diese vielen konstruktiven Erfahrungen weiterhin einzubringen und für die zukünftigen Anforderungen unsere neuen Antworten zu finden, ist die Herausforderung für unsere Einrichtungen, die neue Leitung, die fachlichen Teams und jeden/e Mitarbeiter/in. Für Herrn Rommelspacher bleibt uns an dieser Stelle nur

*„Michael, ein herzliches Danke schön,  
für die vielen gemeinsamen Jahre“*

Auch andere Veränderungen in den Teams haben uns beschäftigt. Sowohl in der Intensivphase im Therapiezentrum, als auch in der Adaptionsphase und im Betreuten Wohnen haben sich verschiedene Mitarbeiter/innen aus ihrer langjährigen Tätigkeit für uns verabschiedet. Die neuen **Mitarbeiter/innen** und ihre Zugehörigkeit zu den Fachteams werden am Ende zusammenfassend dargestellt.

In der **Jahresauswertung** berichten wir über die der Daten der Behandlungen in diesem Jahr. Insgesamt verzeichnen wir inhaltlich wenige Veränderungen bei unseren Klienten. Auffällig war der geringe Unterschied bei den juristischen Auflagen, da es in der Bewerberplanung einen deutlichen Rückgang bei Anfragen aus den Justizanstalten gab. Insgesamt war bei der Nachfrage im zweiten Halbjahr ein Rückgang zu verzeichnen und die Vermittlungen mit Justizaufgabe konnten in der Regel häufiger realisiert werden. Die Belegsituation des Therapiezentrums wurde dadurch in der zweiten Jahreshälfte zunehmend schwieriger. Dieser tendenzielle landesweite Rückgang in der Auslastung trifft auf inhaltliche Veränderungen in den Schwerpunkten und der Ausrichtung von Suchthilfe-

angeboten. In dem Artikel zum **Tetralemma der stationären Drogenrehabilitation** kommentieren wir diese Entwicklungen aus einer theoretischen Perspektive und hoffen, dass die Diskussion über die Ziele und Rahmenbedingungen der Suchthilfe und insbesondere der stationären Rehabilitation im nächsten Jahr weiter über die Grenzen der einzelnen Anbieter geführt wird.

Die konkreten inhaltlichen und strukturellen Veränderungen der letzten Jahre haben wir in einer Neufassung unserer **Behandlungskonzeption** eingearbeitet und der DRV zur Begutachtung vorgelegt. Die Neuformulierung folgte dem Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und den aktuellen Anforderungen der DRV zur Strukturqualität. Weiterhin waren wesentliche Schritte bisher nur in Ergänzungen formuliert, wie die Indikation als mänderspezifische Einrichtung oder die Differenzierung in zwei eigenständige Stationen für Abhängige von Opiaten oder von THC und Partydrogen.

Beispielhaft werden diese Veränderungen an der Teilkonzeption zur **Kombitherapie** (teil-)stationär – ambulant verdeutlicht. Bisher wurden nur vereinzelt Opiatabhängige mit diesem Modul erreicht. Mit dem Angebot für Abhängige mit Cannabis- und/oder Partydrogenkonsum werden seit Sommer 2008 die Kombimaßnahmen häufiger durch diese neue Patientengruppe genutzt.

Mit den neurobiologischen Erkenntnissen wurden auch die Methoden und Angebote der **Psychoedukation** und des Bewältigungstraining bei Craving erweitert. Wir beschreiben einige Aspekte dieser Informationsveranstaltungen, die nur den wenigsten Patienten zu Beginn der Behandlung bekannt sind, aber ein großes Interesse erzeugen, die eigenen Erfahrungen besser und differenzierter verstehen zu können.

Mit den verschiedenen Formen der **Spielsucht** kommen neben der chronifizierten Substanzabhängigkeit weitere stoffungebundene Formen der Sucht in den Auftrag der Rehabilitation. Am häufigsten der pathologische PC-/Internetgebrauch, das pathologische Glückspiel am Automaten und in Einzelfällen in der Spielbank. Wir beschreiben kurz Aspekte der Diagnostik und Interventionen.

Eine besondere Thematik sind in den letzten Jahren Traumatisierungen und Suchtprobleme infolge von

Kriegserfahrungen. Wir berichten hier über unser generelles Angebot für traumatisierte Suchtpatienten und die exemplarischen Besonderheiten bei kriegstraumatisierten Patienten.

Häufig berichten Patienten von depressiven Stimmungen und Symptomen in unmittelbarer Folge der körperlichen Entgiftung. **Depressive Störungen** als komorbide Störungen werden nur bei Wenigen unserer Patienten diagnostiziert (ICD-10: F32.–, F33.–) wurden. Depressive Symptome werden jedoch als belastende Themen bei vielen Patienten auffällig und sind somit im Fokus der Behandlungsplanung.

Da wir dieses Jahr durch die Verabschiedung von langjährigen Kollegen/innen auch persönlich mit **Abschiedsprozessen und Abschiedsritualen** beschäftigt waren, hatten wir auch eine besondere Aufmerksamkeit dafür, wie das Ende einer Behandlung mit Patienten gestaltet werden kann. Neben den strukturierenden Abläufen zum Ende der Therapie haben wir beispielhaft Abschiedsprozesse und -methoden aus Gruppen- und Einzelgesprächen skizziert.

Neben den regelmässigen freizeitpädagogischen Maßnahmen haben drei Studenten der Sozialen Arbeit ein **erlebnispädagogisches Projekt** im Therapiezentrum Brücke durchgeführt und in einen Artikel exemplarisch typische Teamaufgaben und Anforderungen dieser Angebote skizziert.

Die berufliche und persönliche Situation der jüngeren Patienten ist zu Behandlungsbeginn meist ungeklärt. Wir haben am Beispiel der Arbeitstherapie die Aufgaben der **medizinisch-beruflichen Rehabilitation** zu verschiedenen Schlüsselqualifikationen und realitäts-

nahen Arbeitsaufträgen dargestellt. Gerade für die Patienten, die in ihrem Leben wenig Gelegenheiten hatten, sich in ihren Fähigkeiten zu erproben und kennen zu lernen, kann hier am konkreten Handeln eine gangbare Perspektive aufgebaut werden.

In der **ausländerrechtlichen Sozialberatung** während der Behandlung hat sich seit dem 1. September 2011 die Beantragung des Aufenthaltstitels deutlich erschwert. Es müssen nun alle Aufenthaltstitel, die während der Therapie ablaufen, von den betroffenen Patienten persönlich bei der Ausländerbehörde beantragt werden. Die Beantragung der Dokumente erfordert zukünftig für die Mitarbeiter und die Patienten einen erhöhten Aufwand.

Im **Bericht der Adaptionseinrichtung** werden inhaltliche und personelle Veränderungen und die Ergebnisse der Jahresauswertung dargestellt. Ein Beitrag skizziert die **Neuorientierungsphase** in der Adaption aus Sicht der integrativen Therapie und ein weiterer beschreibt das **Qualitätsmanagement in der Arbeitstherapie**.

In den letzten Jahren wurden die Prozesse und Konzepte in der **Arbeitstherapie im Qualitätsmanagementsystem** überprüft, verändert und den Alltagsanforderungen angepasst. Am Beispiel der Arbeitstherapie in der Adaptionsphase im RehaHaus Gundelfingen beschreiben wir, wie diese formalisierten Standards bei den alltäglichen Handlungsabläufen umgesetzt werden.

Im Bericht vom **Haus Hochburg – Betreutes Wohnen** werden die Ergebnisse der Jahresauswertung dargestellt und die Phasen eines Beratungsgesprächs mit Konzepten der Transaktionsanalyse dargestellt.



## Jahresauswertung der Daten

*Martin Lüdeke*

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

### Belegung

Die Belegung in der Intensivphase erreichte mit durchschnittlich 89,5% Auslastung nicht das Ergebnis der Vorjahre. Sie lag in den ersten sieben Monaten bei 90 bis 100%, danach absteigend von 90% auf zuletzt 72%. Die Adaptionsphase konnte erneut eine

hohe Belegung von 99,9% erreichen. Die Auslastung schwankte hier von 75% im August bis 131% im November. Die Belegung für beide Einrichtungen liegt in 2011 durchschnittlich bei 91,5%.

Belegung	IP	AP	gesamt
2009	96,9	97,2	97
2010	92,4	117,7	97,5
2011	89,5	99,9	91,5

IP = Intensivtherapeutische Phase  
AP = Adaptionsphase

## **Behandelte PatientInnen, Neuaufnahmen und beendete Behandlungen**

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
behandelte Patienten/innen	149	147	137
Neuaufnahmen	114	111	101
beendete Behandlungen	114	112	111

15 Behandlungen (11%) waren Wiederaufnahmen in unsere Einrichtung.

Die Zahlen sind im Vergleich zu den Vorjahren gesunken. Besonders im letzten Halbjahr war ein deutlicher Abfall in den Anfragen, Kostenzusagen und Aufnahmen feststellen. In der Bewerberplanung waren die Schwierigkeiten bei der Vermittlung aus den Haftanstalten deutlich mehr Vordergrund, zeigt sich jedoch nicht im juristischen Status der tatsächlich durchgeführten Behandlungen (siehe unten).

Die regionale Verteilung ist ähnlich wie in den Vorjahren mit einzelnen Vermittlungen von vielen unterschiedlichen Drogenberatungsstellen und einzelnen ungebundenen Beratungsstellen mit einer hohen Vermittlungsquote. Regional auffällig waren der Rückgang bei Vermittlungen aus Nordbaden und der Anstieg in Südwürttemberg.

## **Anzahl der Aufnahmen verteilt nach Regionen**

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Region</b>			
Freiburg + JVA, Landkreise B-H, Lö, Em, Ortenau	26	30	24
<b>Südbaden</b>	5	6	5
<b>Nordbaden</b>	9	17	8
<b>Südwürttemberg</b>	8	9	18
<b>Nordwürttemberg</b>	65	45	45
<b>Andere Bundesländer</b>	1	2	4
<b>gesamt</b>	<b>114</b>	<b>111</b>	<b>101</b>

## **Kostenträger und räumliche Zuordnung**

	<b>2009</b>		<b>2010</b>		<b>2011</b>	
	n	%	n	%	n	%
DRV BW Karlsruhe	60	40,3	66	44,9	65	47,4
DRV BW Stuttgart	70	47	62	42,2	56	40,9
Andere DRV	7	4,7	3	2	4	2,9
Krankenkassen	12	8	13	8,8	12	8,8
Sozialamt und andere	–	–	3	2,1	–	–
<b>Gesamt</b>	<b>149</b>	<b>100</b>	<b>147</b>	<b>100</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

Das Zahlenverhältnis in der räumlichen Zuordnung der Kostenträger verändert sich nur geringfügig. Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg ist mit 88,3% unser Hauptbeleger.

## Behandlungsmodule und Beendigung der Behandlung

Eine Auswertung der 121 Kostenzusagen von der DRV Baden-Württemberg zeigt die folgende Verteilung nach Modulen.

		2009	2010	2011
Langzeit mit/ohne Adaption	24+	72	73	59
Mittelzeit mit/ohne Adaption	16+	15	5	8
THC-Modul mit/ohne Adaption	20+	38	40	41
Kombi- oder Kurzzeittherapie	12+	5	9	13

Die Behandlungsindikationen zeigen eine stärkere Streuung der bewilligten Behandlungsdauer. Im Langzeitmodul bei Opiatabhängigkeit / Polytoxikomanie war besonders im zweiten Halbjahr ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen.

Weiter zugenommen haben die Kurzzeit- und Kombibehandlungen mit einer Kostenzusage für die Intensivphase von 12 Wochen und anschließender Adaptionstherapie oder ambulanter Rehabilitation. Durch die Sparvorgaben im Budget bis Mitte des Jahres wurden im Einzelfall wieder deutliche Verkürzungen der Behandlung umgesetzt.

## Behandlungsdauer

Die durchschnittliche Behandlungsdauer in der Intensivphase betrug 108 Tage. Sie ist damit um 10 Tage gegenüber dem Vorjahr verringert. Bei regulärem Abschluss betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer 138 Tage. Dies sind 12 Tage weniger als im Vorjahr. Bei den nicht regulären Beendern betrug die Verweildauer 48 Tage.

In der Adaptionstherapie betrug die durchschnittliche Verweildauer bei regulärem Abschluss 106 Tage (2009 - 89 Tage, 2010 - 100 Tage) bei nicht regulärem Abschluss 50 Tage. Das Mittel aller beendeten Behandlungen betrug in 2011 durchschnittlich 95 Tage.

Intensivphase	2009		2010		2011	
	n	%	n	%	n	%
planmäßige Beendigung	22	52,2	34	67,8	39	<b>67,6</b>
Weiterbehandlung in eigener AP	37		42		36	
Disziplinarische Beendigung	15	13,3	15	13,4	13	11,7
Selbstentlassung	36	31,5	18	16,1	23	20,7
Verlegung			3	2,7		
<b>Gesamt</b>	<b>113</b>	<b>100</b>	<b>112</b>	<b>100</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

Adaptionsphase	2009		2010		2011	
	n	%	n	%	n	%
planmäßige Beendigung	34	77,3	33	91,7	29	<b>80,6</b>
Disziplinarische Beendigung	9	20,5	3	8,3	3	8,3
Selbstentlassung	1	2,2	-	-	4	11,1
<b>Gesamt</b>	<b>44</b>		<b>36</b>		<b>36</b>	

Die planmäßigen regulären Beendigungen und damit die Haltequote waren im Berichtsjahr in der Intensivphase mit 67,6% und in der Adaptionstherapie mit 80,6% sehr hoch. Die beruhte letztlich auch auf der guten und engagierten Zusammenarbeit mit den Patienten für die Abstinenz in den Einrichtungen.

## Konsum während der Intensivphase

Art des Konsums	Anzahl	Behandlungsfolgen	Vorjahr
Alkohol	3	2 diszipl. Entl. 1 Angebot der RF-Bearbeitung	2
Drogen	2	2 diszipl. Entl.	1
Medikamente, Lösungsmittel, Sprays etc.	einmal fraglich	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>5</b>	-	<b>3</b>

## Konsum während der Adaptionphase

Art des Konsums	Anzahl	Behandlungsfolgen	Vorjahr
Alkohol	-	-	6
Drogen	-	-	1
Medikamente, Lösungsmittel, Sprays etc.	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>0</b>	-	<b>7</b>

36 Patienten setzten die Behandlung in der eigenen Adaption im RehaHaus Gundelfingen fort. Bei acht Patienten wurde die Adaption in einer externen Einrichtung fortgeführt, vier wechselten direkt in ein Betreutes Wohnen und 24 Patienten wechselten in die ambulante Nachbetreuung in der Regel am Heimatort.

Der Übergang in ein Betreutes Wohnen im Anschluss an die Adaption ist mit 24 Personen (66,7%) wieder angestiegen. Eine Person hat die Ambulante Nachbetreuung im RehaHaus und sieben an den zuständigen Beratungsstellen eingeleitet.

## Hauptdiagnose Sucht

Bei 101 der Patienten (73,7%) haben wir aufgrund der erhobenen Suchtanamnese die Diagnose Polytoxikomanie gestellt. Bei der „Hauptdiagnosesubstanz“ wurde jeweils von 54 Personen (39%) die Abhängigkeit von Opioiden, von 63 Personen (46%) von Cannabinoiden und von 19 Personen (13%) von Kokain/Amphetaminen angegeben. Mit dem Behandlungsschwerpunkt der THC-/Partydrogenstation ist der Anteil der Abhängigkeit von Opioiden (2008 – 65,7%, 2010 – 42%, 2011 – 39%) weiter zurückgegangen und im Kontext der Hausgemeinschaft nicht mehr die bestimmende Erscheinungsform der Abhängigkeitsproblematik. Auch unter den Opiatabhängigen sind die Konsummuster sehr unterschiedlich ausgeprägt, der klassische i.v. Heroinsüchtige ist dabei eher die Ausnahme geworden.

## Alter

	2009		2010		2011	
	n	%	n	%	n	%
bis 20 Jahre	4	2,7	4	2,7	5	3,7
20–24 Jahre	47	31,5	46	31,2	42	30,7
25–29 Jahre	39	26,2	43	29,3	37	27
30 Jahre und älter	59	39,6	54	36,7	53	38,7

Die Zahlen spiegeln eine nach wie vor heterogene Altersstruktur wider. Der jüngste Patient war gerade volljährig, die zwei ältesten waren 51 Jahre und der Altersdurchschnitt lag bei 28,4 Jahren. Die Altersgruppen bis 24 Jahre (34,4%), bis 30 Jahre und über 30 Jahre sind ähnlich stark vertreten.

Die Vorteile dieser altersheterogenen Zusammensetzung waren auch in diesem Jahr sichtbar.

## **Juristische Situation bei der Aufnahme**

---

	2009		2010		2011	
	n	%	n	%	n	%
keine aktuellen Auflagen bekannt	61	40,9	71	48,3	65	47,5
§§ 35 ff. BtMG	72	48,3	72	49	60	43,7
Andere strafrechtliche Grundlage	16	10,7	4	2,7	12	8,8

47,5% der Patienten waren ohne juristische Auflage bei der Aufnahme, 43,7% waren mit § 35 ff. BtMG und 8,8% waren mit anderen juristischen Auflagen. Betrachtet man die Zahlen über mehrere Jahre, sieht man eine Schwankung, aber keine grundsätzliche Änderung.

33 Personen (24,1%) kamen direkt aus der Haft zur Aufnahme. Die Zahl ist überraschend stabil gegenüber dem Vorjahr, obwohl die Klärung der juristischen Auflagen und die Anerkennung von § 35 ff. in vielen Fällen zu Verzögerungen in der Aufnahmeplanung geführt und den Zugang aus der Haft erschwert haben.

## **Zusammenarbeit mit Justiz und Ordnungsbehörden**

---

Die Zusammenarbeit mit Justizbehörden und den Regierungspräsidien beruhte wieder auf einer verlässlichen und stabilen Kooperation. Wir haben die regulären Informations- und Berichtspflichten erfüllt. In Einzelfällen stellten sich erhöhte Anforderungen z.B. durch eine noch laufende Begutachtung nach § 64 für ein Strafverfahren, eine nicht rückstellungsfähige Verurteilung mit Haftantritt direkt aus der Rehabilitation oder die Klärung der Strafaussetzung zur Bewährung für Reststrafen bei vorzeitigen Beendigungen, bei denen intensive Kontakte mit den Behörden im Interesse der Patienten erforderlich waren.

## **Ausländer und Aussiedler**

---

Im Berichtsjahr waren 21 Patienten (15,3%) in Behandlung, die keinen deutschen Pass haben. Die Zahl der Italiener (2) und Türken (2) war scheinbar gering, aber durch viele Personen in der dritten Generation mit deutscher Staatsangehörigkeit kulturell doch durchgehend stark vertreten. 15 Patienten (11%) waren in diesem Jahr Migranten aus den Balkanstaaten (Albanien, Bosnien-Herzegowina, Serbien) von denen die ethnischen und religiösen Unterschiede öfters thematisiert und zum Teil auch Konflikte geklärt werden mussten. Die Zahl der Spätaussiedler ist mit 10 Patienten (7,3%) weiter gesunken, seit 2008 von 17,5%. Besonders die Bewerbungen bei Spätaussiedlern aus Haftanstalten sind weiter rückläufig und Kostenzusagen kommen dann oft durch Umschreibungen der Rentenversicherung zustande.

## **Weitere soziale Merkmale**

---

Die Angaben beziehen sich jeweils auf die 137 dokumentierten Patienten im Berichtsjahr. Davon hatten sechs Personen (4,4%) keinen Schulabschluss erreicht. 101 Patienten (73,7%) verließen die Schule mit einem Hauptschulabschluss, 23 Personen (16,8%) erreichten einen Realschulabschluss. Drei Personen (2,2%) hatten wie im Vorjahr die Fachhochschulreife bzw. das Abitur.

85 Personen (62%) hatten bisher keine Ausbildung begonnen oder abgeschlossen. Daher bestand ein entsprechend hoher Bedarf, bei den Themen der beruflichen Orientierung und der Prüfung von Arbeitsinteressen, -motivation und Fähigkeiten auf einem basalen Niveau. Aktuell in Schul- oder Berufsausbildung befanden sich drei Personen und 49 Patienten (35,8%) haben eine abgeschlossene Lehrausbildung mit vorhandenen Kompetenzen. Dies musste in den Angeboten geprüft und gefestigt werden, um eine Integration in den 1. Arbeitsmarkt vorzubereiten.

110 Patienten (80%) geben an, noch ledig zu sein. Verheiratet und zusammenlebend sind 12 Patienten, verheiratet aber getrennt lebend sind sieben, geschieden acht Personen. 33% lebten mit Partnerin oder Familie zusammen. 23% der Männer haben ein oder zwei eigene Kinder und 17% leben mit ihren minderjährigen Kindern in einem Haushalt.

Von den 137 Patienten haben wir folgende Angaben zur Schuldensituation. 31 Personen (23%) gaben an, schuldenfrei zu sein. 75 Personen (55%) gaben an,

bis 10 000 € verschuldet zu sein und 19 Personen (14%) bis 25 000 €. Bei acht Personen betragen die Schulden bis 50 000 €, bei drei 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.

### **Unterschiede beim THC-/Partydrogenkonzept**

---

Bei den 56 Behandlungen, die nach dem THC-/Partydrogenkonzept durchgeführt wurden, sind die von der DRV bewilligten Behandlungen nach dem THC-/Partydrogenmodul berücksichtigt, als auch zusätzliche Indikationen bei Kombibehandlungen oder Kostenzusagen von Krankenkassen.

Von den Patienten in der Intensivphase schließen 64,6% die Behandlung regulär ab (67,6% Gesamtgruppe). Auffällig waren dieses Jahr, das 29,2% der THC/Partydrogenkonsumenten die Behandlung vorzeitig entgegen der therapeutischen Empfehlung beendet haben und dies besonders oft (22,9%) gleich in den ersten Tagen der Behandlung. Die Zahl der Frühabbrecher ist in dieser Gruppe ein wiederkehrendes Problem, da mehr Behandlungen auch ohne längere Vorbereitungsphase beantragt werden können als bei den Opiatabhängigen. Der spontane Entschluss für eine Behandlung kippt dann aber mit der erfolgreichen Entgiftung und der subjektiven Zuversicht, jetzt die Abstinenz auch alleine aufrechterhalten zu können. Diese Form der „jugendlichen Selbstüberschätzung“ war in 2011 leider so häufig, dass diese Kurzaufnahmen zu einer Belastung bei Personal und Gruppe geführt haben.

Bei der Altersverteilung zeigt sich ein deutlicher Unterschied zur Gesamtgruppe der behandelten Patienten. 57% waren bis 24 Jahre alt (Gesamtgruppe 34,4%). In der Gruppe 25–29 Jahre ist der Wert mit 25% zu 27% fast identisch. Dementsprechend befinden sich nur 18% in der Gruppe der über 30jährigen (38,7% in der Gesamtgruppe). Diese Zahlen zeigen wie die Ergebnisse der Vorjahre, dass diese Klienten im Durchschnitt jünger sind.

Bei den erreichten Schulabschlüssen unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht wesentlich. Die Abweichungen von der Gesamtgruppe sind in keinem Merkmal auffällig groß. 3% haben den Sonderschulabschluss, 70% den Hauptschulabschluss und 27% den Realschulabschluss. Die Anzahl der Patienten, die noch keinen Ausbildungsabschluss haben, ist mit 64,3% fast gleich mit der Gesamtgruppe.

In dieser Gruppe wurde bei 31 Personen (55,4%) die suchtspezifische Diagnose Polytoxikomanie (ICD 10 F 19) gestellt. Dies sind in diesem Jahr 19% weniger als in der Gesamtgruppe. Bei der „Hauptdiagnose-substanz“ wurde jeweils von 47 Personen (84%) die Abhängigkeit von Cannabinoiden, von 6 Personen (11%) von Stimulantien und von 3 Personen (5%) von Alkohol angegeben.

Auch bei den juristischen Auflagen zur Behandlung sind die Unterschiede zur Gesamtgruppe nur geringfügig. Auch die THC-/Partydrogenpatienten kommen mit einer hohen strafrechtlichen Belastung in die Behandlung (57,1%). In der Gesamtgruppe waren diese 52,5%. Nur 42,9% hatten zu Behandlungsbeginn keinen juristischen Druck (Gesamtgruppe 47,5%). Mit einem Anteil von 23% lag der direkte Zugang aus der Haft geringfügig niedriger als in der Gesamtgruppe (24,1%). Auch diese Gruppe zeigt eine hohe strafrechtliche Belastung, auch wenn in der Regel aufgrund des jüngeren Alters, die kriminellen Verläufe noch nicht so lang und ausgeprägt sind.

### **Patientenzufriedenheit am Behandlungsende**

---

Die Patienten werden bei allen Entlassungen im Therapiezentrum und in der Adaptionsphase zum Verlauf und Abschluss der Rehabilitation, zur Zufriedenheit mit den Angeboten, zu den Problemen und den erreichten Veränderungen in der Behandlung befragt. An der internen Befragung in 2011 haben insgesamt 61 (55%) Patienten teilgenommen. 42 Patienten gaben an, das erste Mal in Rehabilitation zu sein und 18 als Wiederholer. Die Art der Beendigung war bei 65% planmäßig, bei 8% vorzeitig auf Veranlassung der Klinik und bei 24% vorzeitig durch den Patienten, ähnlich wie in der Gesamtgruppe der Behandelten. 43 der Patienten haben in der Aufnahme- und Intensivphase und 18 in der Adaptionsphase abgeschlossen.

Insgesamt wird die Rehabilitationsmaßnahme mit einem Durchschnitt von 7,7 auf einer Skala von 0 bis 10 (sehr schlecht bis ausgezeichnet) beurteilt. Die Auswertung der Aufenthaltsdauer ergab eine durchschnittliche Dauer der Behandlungen von 20 Wochen. Die positive Gesamtbewertung spiegelt sich auch in den Einzelurteilen und in den persönlichen Kommentaren wieder.

Die Zufriedenheit mit den Behandlungsangeboten ergibt insgesamt positive Bewertungen. Die Ergebnisse sind in der Tabelle zusammenfassend dargestellt.

	interne Befragung 2010 (eher/voll) positive Bewertungen	interne Befragung 2011 (eher/voll) positive Bewertungen
Beendete Behandlungen Rücklauf gesamt	N=112 N=63 (57,3%)	N=111 N=61 (55%)
Behandlungsdauer Mittel	23 Wochen	20 Wochen
Abschluss:		
Regulär	65%	68%
Disziplinarisch	16%	8%
Selbstentlassung	19%	24%
Gesamtbewertung	8,1	7,7
Zufriedenheit mit:		
Ärztl. Betreuung	71–72%	87–82%
Einzel / Kleingruppe	97/92%	95/88%
Indikative Gruppen	83–94%	82–95%
Freizeitangebote	79–87%	84–87%
Arbeitsbereiche	85–81%	70–88%
Sozialberatung	83%	90%
Berufsberatung	73%	82%
Körperlicher Zustand gebessert	87%	95%
Psychischer Zustand gebessert	91%	93%
Sozialer Zustand gebessert	82%	81%
Drogenprobleme gebessert	92%	92%
Suchtstoffe:	Geplante Abstinenzziele:	Geplante Abstinenzziele:
Nikotin	22%	16%
Alkohol	64%	54%
Cannabis	88%	93%
Synthetische Substanzen	100%	93%
Kokain	98%	96%
Opiate	100%	93%

Mit der ärztlichen Versorgung waren 84% der Patienten (eher / voll und ganz) zufrieden, sie fühlten sich gut verständlich über ihre Beschwerden informiert und betreut. Mit der psychotherapeutischen Betreuung und der Bearbeitung wichtiger Problembereiche waren 92% der Patienten (eher / voll und ganz) zufrieden. Dies wird auch in der qualitativen Auswertung sichtbar, wo besonders häufig der gute Kontakt zu den Bezugstherapeuten/innen und die Qualität der therapeutischen Gruppen benannt wurden.

Die Wertung der einzelnen Bereiche der Arbeitstherapie zeigt mehrheitlich (70–88%) „gute“ bis „sehr gute“ Bewertungen. Die Anzahl der abgegebenen Urteile verteilt sich unterschiedlich auf die einzelnen Bereiche (Küche, Garten, Hausinstand, Metallwerkstatt,

Schreinerei), da die Patienten meist in ein oder Bereichen längere Zeit tätig sind.

Die Freizeitangebote (84%) und der Sport (87%) werden insgesamt gut bis sehr gut bewertet. Dies wird auch in den Abschlussgesprächen und Bemerkungen sichtbar. Hier wird besonders das Freizeitprogramm, die Vielfalt und Auswahl in den Interessengruppen, den Sportaktivitäten und den kulturellen Angeboten benannt.

Die Sozial-/Rechtsberatung werden von 90% und die Berufsberatung von 82% als gut bis sehr gut bewertet.

Bei 95% der Patienten hat sich der körperliche Gesundheitszustand durch die Rehabilitation etwas

oder stark gebessert. Bei 93% Patienten hat sich der psychische Gesundheitszustand durch die Rehabilitation etwas oder stark gebessert. 81% der Patienten erleben ihre sozialen Kontakte etwas/stark gebessert und die Drogenprobleme mit deren Auswirkungen auf berufliche, persönliche und soziale Aufgaben haben sich für 36% der Patienten etwas bzw. für 56% stark gebessert.

Alle Patienten (N=61) berichten über ihre Vorstellungen zum Konsum von Rauschmitteln nach der Therapie. Der Abstinenzvorsatz für Opiate, Beruhigungsmittel, Kokain, Designerdrogen, Aufputzmittel und Haschisch ist für die meisten Patienten (93% - 96%) sehr hoch. Auf Alkohol wollen 41% teilweise und 54% ganz verzichten. Auf Nikotin wollen 21% teilweise und 16% ganz verzichten.



## Das Tetralemma der stationären Drogenrehabilitation Abstinenz und Konsum

*Martin Lüdeke*

In der stationären Drogenrehabilitation ist die Auseinandersetzung um die Abstinenzorientierung der Einrichtungen und dem Vorkommen von Rückfallepisoden ein Prozess, der nicht nur in der süchtigen Dynamik des Einzelnen bewältigt werden muss. Im Kontext von Jugendkultur, Sucht und Delinquenz sind zum Einen die Gruppe entscheidend für die Erfahrung, Auseinandersetzung und Bewältigung des Rückfalls und zum Anderen die institutionellen Rahmenbedingungen, die den theoretischen, strukturellen und personellen Rahmen für diese Thematik bieten.

Das Tetralemma ist eine Anwendung im Bereich von systemischer Beratung und Therapie. Dabei soll der Entscheidungs- und Handlungsraum beim Vorliegen eines so genannten „Dilemmas“ erweitert werden. Es ist ein Mittel der Dekonstruktion, das bei scheinbar gegensätzlichen Anforderungen eingesetzt werden kann. Ich möchte diesen Gedankengang nutzen, um die aktuellen Entwicklungen in der stationären Rehabilitation aus einer anderen Blickrichtung zu beschreiben und unsere Haltung darin zu verdeutlichen.

Wir sind in der Arbeit mit süchtigen Menschen mit dem grundlegenden Dilemma der Sucht konfrontiert, das sich zunächst mit zwei sich gegenseitig ausschließenden Positionen beschreiben lässt:

### 1. Position: Die Abstinenz

### 2. Position: Der Konsum

In den Anfängen der Drogentherapie wurden diese zwei Positionen meist polarisiert gegenübergestellt. Es gab lange Zeit nur ein Entweder-Oder in der professionellen Suchtarbeit. Aus diesem Dilemma heraus führen sollte im weiteren Verlauf die Einnahme einer Position, die „Beides“ ermöglichen konnte:

### 3. Position: beschrieben als der Kontrollierte Konsum oder die konstruktive Rückfallbewältigung

Eine Möglichkeit für eine solche „Beides“ Position ist der Kompromiss, mit dem polar erscheinende Positionen verbunden werden können. Andere Beispiele sind etwa Kategorien, die den Scheingegensatz oder den Kontextwechsel aufzeigen. So sind in der Praxis der Suchthilfe aus den anfänglich oft ideologisch begründeten Positionen viele neue professionelle Haltungen und Angebote entstanden, die einen fachlichen und am Ergebnis orientierten Zugang ermöglicht haben. Die erfahrene Dichotomie von Abstinenz und Konsum des Süchtigen konnte im Interesse der Klienten und eines effektiveren Hilfsangebotes überwunden werden.

Doch diese dritte Position hat in der Praxis auch Schwierigkeiten zur Folge, die mit der süchtigen Dynamik untrennbar verbunden sind. Die Fähigkeit zum Kompromiss, zur Differenzierung sind geistige Funktionen, die schnell in der emotional gefärbten Dynamik des Craving instrumentalisiert und für süchtige Ziele manipuliert werden. So erfordert dies im Hilfesystem eine fortlaufende Überprüfung und Korrektur eigener Strategien und Angebote, um nicht in den Sog der Suchtdynamik einbezogen zu werden. Dies zeigt sich in den Schwierigkeiten von harm-reduction, Substitutionsbegleitung, qualifizierter Entgiftung oder in der Rückfallbearbeitung der abstinenzorientierten Rehabilitation. Die grundsätzliche Differenzierung der Suchthilfe bietet hoch qualifizierte Angebote für unterschiedliche Problemlagen, die immer wieder mit den gleichen suchtbedingten Anstrengungen zu kämpfen haben.

In den abstinenzorientierten Angeboten sind in den letzten Jahren vielfältige Konzepte der konstruktiven

Rückfallbearbeitung entwickelt worden, die von rein klinischen Annahmen ausgehend, ein medizinisches Störungs- und Behandlungsmodell umsetzen wollten. Dies erfordert die idealtypische Konstellation eines einsichtigen, kooperativen Einzelkunden, der weitgehend unterstützt vom Kontext einer kritischen Gruppe mit Interventionen eines belastbaren Teams, seine individuelle Rückfallanalyse erstellt und zukünftig ähnlichen Risiken vorbeugen kann. Da diese Konstellation bei jugendlich, delinquenten Drogenkonsumenten jedoch nicht ohne arbeitsintensive Interventionen zu erreichen ist, scheitern diese Konzepte in dem Versuch die vermittelnde Position aufrechtzuerhalten, oft auf einer, zwei oder allen drei erforderlichen Ebenen der Akteure:

- › Der Klient bewältigt die subjektiv höheren Anforderungen nicht.
- › Die Teilnehmer der Gruppe können die belastenden Spannungen nicht integrieren.
- › Das Team überlastet sich unter dem Stress der zusätzlichen Aufgaben.

Diese Konzepte sind somit nicht dauerhaft richtig oder falsch. Sie sind eine Differenzierung, die ein zusätzliches Angebot ermöglichen, dass im Einzelfall sinnvoll und wünschenswert, aber aufgrund der damit verbundenen Anstrengungen nicht durchgehend leistbar ist.

In dieser Phase der konzeptionellen Entwicklung kommen mit den Strukturanforderungen einer medizinisch orientierten Rehabilitation neue Rahmenbedingungen zur Geltung. Die personelle Struktur der Einrichtungen zur Drogenrehabilitation wird zunehmend an dem Standard einer medizinischen Rehabilitation ausgerichtet, die das Grunddilemma des süchtigen Patienten in einer jugendlichen Peergroup nicht kennt und auch in den Angeboten nicht berücksichtigen muss. Eine stärkere Konzentration auf medizinische Angebote und Dienstleistungen kann hier sinnvoll sein. Die Patienten als Kunden einer orthopädischen oder kardiologischen Rehabilitation haben keine gemeinsame pathologische Krankheits-Beziehungs-Dynamik. Es ist nicht erforderlich, sowohl den Einzelnen als auch die Gruppe in den Fokus der Behandlung zu setzen, da die üblichen komorbiden Belastungen sich nicht mit einer gemeinsamen Dynamik gegenseitig verstärken und die Behandlungsangebote dadurch systematisch unterlaufen könnten.

Ein Reduktion der Personalkapazitäten der Sozialarbeit, Bezugstherapie und Arbeitstherapie in der medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen auf ein standardisiertes Niveau der medizinischen Reha-

bilitation, entzieht jedoch der stationären Suchtarbeit die personelle Kompetenz, die süchtige Dynamik am tagtäglichen Beispiel der Beziehungsgestaltung in jedem Fachangebot sichtbar und damit veränderbar werden zu lassen. Die Abhängigkeitserkrankung ist nur selten eine isoliert behandelbare psychische Verhaltensstörung. Im Kontext der Rehabilitation von Drogenkonsumenten mit frühen Bindungsstörungen, frühem jugendlichen und chronifiziertem Konsum und langjährigen delinquenten und persönlichkeitsverändernden Lebensstilen ist dies jedoch nicht mehr realistisch.

Doch die systemische Theorie denkt hier weiter und kann zumindest als bildhafter Vergleich weitere Impulse bieten. Der Druck zur Veränderung der personellen Struktur in den Einrichtungen wird zunächst mit finanziellen, fachlichen und personellen Schwierigkeiten verbunden sein. Die Realität bundesweiter Standardisierungsprozesse erfordert jetzt von uns erneuten Einfallsreichtum verbindende Lösungen zu finden. Ein zusätzlicher Schritt kann weiter zu einer

#### 4. Position führen, dem „Keins von Beidem“

Da sich hierbei der Kontext ändert, wird dieser Schritt „externes Reframing“ genannt. Dabei verlieren die Fragestellung insgesamt und damit auch die Positionen 1 und 2 ihre strikte Geltung.

Dies könnte im Kontext der Suchtbehandlung verschiedene Formen haben. Die stationäre Rehabilitation wird den bisher formulierten Abstinenzanspruch der Behandlung durch die Leistungsträger aufgrund der medizinischen Personalstrukturen nicht mehr durchgehend umsetzen können. Da diese Problematik auch den Leistungsträgern der stationären Rehabilitation bekannt ist, wird sich die Diskussion zunehmend differenzieren. Die medizinische Betrachtungsweise des Suchtproblems im Sinne einer chronischen Grunderkrankung öffnet auch Raum für andere medizinische Maßnahmen und Zielsetzungen. So wird es, ähnlich wie in den niedrigschwelligen Ansätzen der ambulanten Suchthilfe, auch in der Rehabilitation eine stärkere Diskussion geben z.B. bei Konzepten zur Substitution oder bei ambulanten Reha-Maßnahmen zur beruflichen Orientierung für Substituierte. Dies könnte aber auch in der Diskussion der stationären Rehabilitationsziele sichtbar werden, da die Abstinenz zwar für die längerfristige berufliche Integration sinnvoll ist, jedoch nicht für jeden Patienten und zukünftig auch nicht für jede Rehabilitationseinrichtung gleichermaßen erreichbar ist. Diese Differenzierung hat jedoch auch Kosten, sowohl für die bisherigen Standards der Suchttherapie als auch für die indikative Behand-

lungsplanung. Welche Einrichtung dann für welches Drogenproblem und welches Behandlungsziel geeignet ist, könnte weitaus spezifischer werden.

Unsere Haltung in diesem Wandlungsprozess wollen wir aber nicht auf einseitige Notwendigkeiten reduzieren lassen. Erstens können wir es uns nicht erlauben, immer wieder gruppenspezifische Rückfallwellen zu durchlaufen, die unsere ökonomische Grundlage als kleinere Einrichtung gefährden. Als erfahrenes Team kennen wir außerdem andere Zugangswege zum Dilemma der abhängigen Patienten, um eine Differenzierung und Bewältigung in der süchtigen Dynamik zu ermöglichen.

In der systemischen Aufstellung ist es möglich über die Sichtweise der

#### 5. Position, der „Nicht-Position“

das Problem (Abstinenz oder Konsum) und die Erweiterung der Fragestellung (Kontrolle oder Differenzierung) zu verlassen. Für die anfängliche „Entweder – Oder“ Sichtweise wird eine Musterunterbrechung

erreicht und der Fokus kann durch einen so genannten „kreativen Schritt“ auf eine neue Position gerichtet werden.

Die süchtige Dynamik mit ihrer scheinbaren Aussichtslosigkeit, ist doch nur eine Problemstellung menschlichen Lernens. Wir können lernen das Schädliche zu tun, so wie es uns möglich ist, auch das Heilsame zu lernen. In diesem Wechselspiel von Scheitern und Erfolg entwickelt sich unser menschliches Dasein. Auch in der Arbeit mit süchtigen Menschen können wir dieser menschlichen Fähigkeit nichts grundlegend Neues hinzufügen. Es gilt nicht nur das Ziel Abstinenz oder Konsum, auch nicht nur die Methode der Kontrolle oder der Vielfalt, sondern es bleibt weiterhin eine Aufgabe des lebenslangen menschlichen Lernens.

Stationäre Drogenrehabilitation bietet über ein dichtes und vergleichsweise langes Setting die Möglichkeiten intensiver Beziehungserfahrungen. Und in diesen komplexen, belastenden, anstrengenden und heilsamen Beziehungen liegt das Potential für grundlegende Lernerfahrungen, zunächst sicher in kleinen Schritten, auf Dauer immer wieder im Scheitern und mit Erfolg und am Besten in Achtsamkeit.

## 4

### Veränderungen in der Behandlungskonzeption

*Martin Lüdeke*

Die verschiedenen Entwicklungen in der Suchthilfe und in der stationären Rehabilitation geben uns Anlass, unser Behandlungskonzeption zu überarbeiten und Veränderungen zu integrieren.

Bereits in 2008 wurde die neue Station im Therapiezentrum mit Schwerpunkt zur Behandlung von jungen Männern mit Abhängigkeit von THC und Partydrogen von der DRV-BW als Ergänzung zur Behandlungskonzeption von 2006 bewilligt. Dies erforderte durch die räumliche Neugestaltung und Nutzung der Station, die Aufgabe der bisherigen Angebote für Frauen und hat in der Gesamtgruppe eine Weiterentwicklung der männerspezifischen Orientierung und Angebote möglich gemacht. Die neue Klientengruppe der THC- und Partydrogenkonsumenten hat mit ihren eigenen biographischen und suchtspezifischen Besonderheiten weitere Veränderungen in den Angeboten und Strukturen erforderlich gemacht (z.B. Diagnostik und Interventionen bei komorbiden Störungen, wie ADHS, PC- und Internetmissbrauch, Traumatisierung; pädagogische Anleitung im Alltag, in der Arbeit und in der Freizeit; familiäre Einbindung, Verselbstständigung

oder Nachsorge in Kooperation mit Jugendhilfe), die jetzt auch in der Gesamtkonzeption eingearbeitet sind.

Seit 2009 haben wir unsere Konzeption am Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und dem Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation ausgerichtet sowie über externe und interne Schulungen unsere Mitarbeiter/innen qualifiziert. In der Folge wurden wesentliche Elemente der Behandlungsplanung, -intervention, -bewertung und -dokumentation verändert. Bei einer verstärkten Berücksichtigung von Ressourcen und Kontextfaktoren in der Anamnese und der Behandlungsplanung wurden die Behandlungsziele und -maßnahmen stärker auf die Aktivität und Teilhabe der Patienten ausgerichtet. In der Freizeitgestaltung werden bisherige Fähigkeiten für eine Vorbereitung der Adaptionsphase genutzt, in der Sozialberatung werden die Kompetenzen in formalen, rechtlichen oder finanziellen Anforderungen systematisch gefördert und in den arbeitsbezogenen Angeboten der Intensiv- und Adaptionsphase werden die berufsorientierten Maßnahmen weiter differenziert. Diese Veränderungen in der Gesamtkonzeption

haben wir in einem ersten Entwurf im März 2011 bei der DRV-BW vorgelegt.

Im selben Zeitraum wurden die Anforderungen der BAR zum Qualitätsmanagement und der gemeinsame Leitfaden der DRV und der Gesetzlichen Krankenkassen zur Erstellung und Prüfung von Konzepten zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker veröffentlicht. Dies erforderte die vollständig neue Gliederung unseres Rehabilitationskonzeptes mit der Aufgabe, unsere spezifischen Besonderheiten in die bundesweit einheitlichen Rahmenvorgaben einzuarbeiten.

Mit den vereinbarten Standards der DRV zur Strukturqualität von Rehaeinrichtungen sind weit reichende

Vorgaben und Anforderungen in der Ausgestaltung von personellen und inhaltlichen Merkmalen verbunden. Wir haben dann in Absprache mit der DRV-BW die erweiterten Anforderungen in den Bereichen der Medizin, der Gesundheitsbildung und der pflegerischen Betreuung integriert und den aktuellen Stand der personellen und räumlichen Ausstattung, der Organisationsstruktur und des Qualitätsmanagements in die Konzeption übertragen.

Über Fragen, Anmerkungen oder Rückmeldungen zur Konzeption, die Sie nach Bestätigung durch die Rentenversicherung direkt über [www.therapiezentrum-brueckle.de](http://www.therapiezentrum-brueckle.de) runterladen können, würden wir uns sehr freuen.



## Kombinationsbehandlungen im THC Modul

*Martin Lüdeke*

Im Sommer 2006 wurde mit der DRV Baden-Württemberg das Konzept zur Kombinationstherapie in der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker mit dem Schwerpunkt illegale Drogen vereinbart. In den folgenden Jahren wurde die Indikation für diese Behandlung nur in Einzelfällen beantragt und in Kooperation mit dem Therapiezentrum Brückle durchgeführt. Dies waren meist beruflich gut integrierte Konsumenten, die aufgrund juristischer Probleme eine stationäre Behandlung benötigten oder in stabiler Substitution eine weitergehende Abstinenzmotivation aufgebaut hatten.

Seit der Ergänzung der Behandlungskonzeption für die Stationäre Behandlung von erwachsenen Abhängigen mit Cannabis- und/oder Partydrogenkonsum im Sommer 2008 wird das Modell der Kombitherapie zunehmend häufiger für diese neue Zielgruppe genutzt.

Die Kombinationstherapie will abhängigkeitskranke Menschen erreichen, die während des (teil-)stationären Aufenthalts zur Fortführung der Therapie im ambulanten Rahmen befähigt werden sollen. Die Vermittlung wird mit den ambulanten Beratungsstellen in Baden-Württemberg in enger Kooperation vorbereitet, die für die ambulante Rehabilitationsbehandlung anerkannt sind.

Die Indikation für das Modul Kombitherapie stationär-ambulant ist gegeben, wenn:

- › eine kurze stationäre oder teilstationäre Behandlungsphase erforderlich und ausreichend ist, die Patienten in Ihrer Situation soweit zu stabilisieren, dass die anschließende ambulante Phase erfolgversprechend umzusetzen ist.
- › Die Motivation und Abstinenzfähigkeiten für eine rein ambulante Behandlung nicht ausreichend gefestigt sind.

Die Bedingung der eingeschränkten Abstinenzfähigkeit ist insbesondere für Abhängige mit substanzspezifisch eingegrenztem Konsum, z.B. Cannabis, Partydrogen oder Kokain gegeben, die zwar stabilisierende Faktoren wie Integration in Familie und soziales bzw. berufliches Umfeld aufweisen, die aber trotz langjährigem Konsum bisher keine nennenswerten Abstinenzzeiten aufrechterhalten wollten oder konnten.

Für den Patienten ist die Kombinationstherapie von Beginn an eine einheitliche Rehabilitationsmaßnahme. Sowohl bei der Aufnahme in die Reha-Klinik als auch beim Wechsel in die ambulante Phase finden Übergabegespräche statt.

Ambulante Vorbereitung	Kombinationstherapie (teil-)stationär – ambulant		Nachsorge
PSB	Reha-Klinik	PSB	PSB/Selbsthilfe
individuell	12 Wochen	32–40 Wochen	individuell
Information Beratung Motivation Diagnostik Indikation Kostenantrag	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Initialbehandlung</li> <li>› Krisenintervention</li> <li>› Behandlungsphase zur Vorbereitung der ambulanten Therapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Fortsetzung der Behandlung</li> <li>› ambulante Anschlussbehandlg.</li> <li>› als Ersatz für Adaption</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Sicherung des bisher Erreichten</li> <li>› Förderung der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung</li> </ul>

Zielsetzung der stationären Phase ist die körperliche und psychische Stabilisierung und die Umsetzung und Weiterentwicklung, der in der ambulanten Vorbereitung erarbeiteten Behandlungsaufträge. Bei den durchgeführten vier Kombibehandlungen im THC-Modul lagen die Zielsetzungen in spezifischen inhaltlichen Schwerpunkten der verschiedenen Angebotsbereiche.

In der medizinischen Behandlung sind generell keine oder geringe Beeinträchtigungen zu verzeichnen. Das allgemeine körperliche Wohlbefinden ist für die Zeit der körperlichen Entgiftung zunächst noch kurzfristig eingeschränkt. Die körperliche und psychische Leistungsfähigkeit konnte jedoch schnell wieder stabilisiert werden, da keine komorbiden Störungen vorlagen.

In den psychotherapeutischen Einzelgesprächen und Gruppentherapien war grundsätzlich eine klare Abstinenz- und Behandlungsmotivation sichtbar. Die Eingewöhnung in das stationäre Setting verlief individuell zwar sehr unterschiedlich, konnte jedoch aufgrund der Ressourcen in allen Fällen gut bewältigt werden. Es wurden individuelle Verhaltensanalysen erstellt und konkrete Behandlungsziele für die stationäre Phase erarbeitet, die sowohl persönliche als auch suchtspezifische Bedingungsfaktoren berücksichtigten. Positiv auffällig war hier die hohe Motivation, ein differenziertes Krankheitsmodell des eigenen Suchtproblems und damit verbundener psychosozialer Belastungen zu erarbeiten. Die Klienten waren als aktive Behandlungspartner sehr daran interessiert, ihre persönliche Problematik differenzierter zu verstehen und individuelle Fähigkeiten aufzubauen, die ihnen auch längerfristige Hilfen in Risikosituationen bieten können. In diesem Verständnis war das Erlernen von Rückfallpräventionsstrategien kein isoliertes Ziel, sondern wurde von den Patienten im Kontext ihrer bisherigen und zukünftigen Lebensführung betrachtet. Somit wurde in der stationären Phase der Transfer von Behandlungszielen und -fortschritten mitgedacht und meist in telefonischen Kontakten mit den Beratern bereits im Verlauf besprochen. Teilweise waren die Berater auch

in Krisensituationen tätig und begleiteten den Patienten bereits in der stationären Phase in schwierigen, aber damit auch wesentlichen Momenten. Die Angehörigen wurden mit therapeutischen Gesprächen nur vereinzelt in die Behandlung einbezogen, da hier die Patienten meist nicht sehr belastet waren oder sich eine selbstständige Umsetzung von Veränderungswünschen bei Heimfahrten oder in der ambulanten Phase zutrauten.

Im Rahmen der Sozial- und Berufsberatung waren kaum schwerwiegende soziale oder berufliche Problemlagen zu verzeichnen. Es war meist Unterstützung in akuten finanziellen oder strafrechtlichen Forderungen erforderlich. Der Erhalt der Arbeitsfähigkeit und die Klärung von Absprachen mit dem Arbeitgeber der Patienten verliefen meist in kurzer Zeit erfolgreich, sodass in allen Fällen eine Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt erfolgte. Stationäre Angebote in der Arbeitstherapie waren weniger für fachliche und berufliche Orientierung gefragt, sondern eher im Sinne der Belastungserprobung unter abstinenter Bedingungen erforderlich.

Die Anbindung der Patienten an Selbsthilfestrukturen ist in der kurzen Behandlungszeit nur im Einzelfall möglich. Da die Patienten stark für die ambulante Nachsorge motiviert sind, ist das Interesse an zusätzlichen Selbsthilfeangeboten teilzunehmen sehr unterschiedlich. Ebenso sind die Angebote für Freizeitaktivitäten oder für soziale Kontakte zu Menschen, die keine Suchtmittel konsumieren nicht so bedeutsam.

Eine zentrale Schnittstelle für den Verlauf und das Ergebnis der Kombinationstherapie liegt in der Gestaltung der Übergangsgespräche beim Wechsel in die ambulante Phase. Die Gespräche wurden bei regionaler Vermittlung persönlich, sonst aber in telefonischen Konferenzen geführt. In diesen Übergangsgesprächen wurden die Situation der Patienten und der Stand der Behandlung reflektiert. Gemeinsam wurden die Therapieziele für die ambulante Phase festgelegt und nach dem Wechsel nochmals aktualisiert.

Die vier Behandlungsverläufe waren wie andere Rehabilitationsbehandlungen im Suchtbereich nicht ohne Krisen oder plötzlichen Veränderungen. Es ergaben sich:

- › ein nicht geplanter Wohnortwechsel zu einer neuen Beratungsstelle, aufgrund von geklärten familiären Beziehungen
- › eine belastende Persönlichkeitsdynamik, die wiederholt stabilisierende Gespräche mit der Beraterin erforderten
- › eine belastende Differenzierung und Vertiefung der Krankheitssicht, mit starken Ängsten vor dem Wechsel in die ambulante Phase
- › ein regulärer Verlauf.

Insgesamt zeigt sich mit diesen Erfahrungen, dass das Angebot der Kombibehandlung in der relativ neuen Patientengruppe der THC und Partydrogenkonsumenten häufiger indiziert sein könnte, als bisher wahrgenommen wird. Um dies mit den beteiligten Beratungsstellen und Klienten prüfen zu können, sind wir an frühen Kontakten vor Antragstellung, telefonischen Rückfragen und persönlichen Vorgesprächen interessiert.

## 6

## Psychoedukation bei Craving

*Martin Lüdeke*

Die Erfahrungen und Verläufe der Abhängigkeitsentwicklung sind bei unseren Patienten sehr unterschiedlich. Es gibt Patienten in einer Erstbehandlung, nach mehrfacher Wiederholungsbehandlung mit oder ohne Rückfällen in den Vorbehandlungen, Patienten mit der ersten Abstinenz in der Entgiftung bis zu mehreren Jahren selbstständiger Abstinenz, Patienten mit einfachem Konsummuster mit einer problematischen Substanz bis zu polytoxikomanem Konsum unterschiedlicher Substanzen. Ähnlich unterschiedlich sind auch die subjektiven Krankheitsmodelle der Patienten. Von oberflächlicher Selbstüberschätzung bis zu differenzierten Kenntnissen der Abhängigkeitsproblematik mit einer realistischen Problemsicht.

Neurobiologische Grundlagen und Kenntnisse der Sucht sind nur den wenigsten Patienten zu Beginn der Behandlung bekannt. Differenzierte Informationen zum Suchtgedächtnis und den neurobiologischen und psychologischen Mechanismen der Sucht erzeugen ein großes Interesse bei den Patienten. Sie wollen die eigenen Erfahrungen besser und differenzierter verstehen, um daraus praktische Ideen zu entwickeln, wie sie sich zukünftig vor den Rückfallrisiken der Abhängigkeit schützen können. Die psychologischen Komponenten des Rückfalls können in diesem

Rahmen wertfrei, ohne moralische oder ideologische Urteile mit medizinisch-biologischen Modellen vermittelt werden.

Zu Beginn der Behandlung nehmen alle Patienten an einer Informationsveranstaltung zu den neurobiologischen Mechanismen der Abhängigkeit teil. Die Veranstaltung soll einen Überblick über den aktuellen Wissensstand von körperlichen, hirnganischen und psychologischen Faktoren der Sucht vermitteln. Im Verlauf der Veranstaltung werden die Strukturen und Funktionen des Gehirns vermittelt, um den Teufelskreis der Sucht durch das Zusammenspiel und den Widerstreit zwischen den beteiligten Hirnregionen zu beschreiben. Das Hin und Her Gerissen sein zwischen Abstinenz oder Konsum ist im Gehirn fest verankert in den gelernten Handlungsprogrammen des vorderen Großhirns und den süchtigen Impulsen aus den Zellen des limbischen Systems.

Der anhaltende Missbrauch eines Suchtmittels kann charakteristische Veränderungen in den Zellstrukturen, in der Ausschüttung und dem Abtransport der neuronalen Botenstoffe bewirken. Es entsteht ein Netzwerk von Zellverbindungen, das den konkreten Substanzkonsum mit allen gleichzeitig stattfindenden Informationen und Aktionen (süchtige Situationen, Sinneseindrücke, Gefühle, Gedanken, Verhal-

tensweisen) verbindet. Es verarbeitet Eindrücke des Sinnessystems, Bewertungen aus dem emotionalen Gedächtnis und Inhalte aus dem Ortsgedächtnis und entscheidet dann über die folgende Verhaltensreaktion. Es trifft aus komplexen Informationen einfache „Stop“ und „Go“ Entscheidungen, die nicht bewusst werden müssen.

Für die Entwicklung einer Abhängigkeit, die das ganze psychische und soziale Erleben verändert, ist jedoch weniger der Stoff alleine von entscheidender Bedeutung, sondern die Verknüpfung mit den vielfältigen Erfahrungen und Eindrücken süchtiger Verhaltensweisen. Dies zeigt sich beim Menschen bereits durch die Möglichkeit der „nicht stoffgebundenen Abhängigkeit“, da hier durch bestimmte exzessive Handlungen ein süchtiges Gedächtnis und Verhaltensmuster aufgebaut wird. Beim Konsum einer psychoaktiven Substanz bekommen vorhandene Reize im Umfeld wie bestimmte Orte, Personen, Musik, etc. oder auch Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen der konsumierenden Person durch „klassisches Konditionieren“ einen gelernten Anreiz für die positiven Wirkungen der Droge. Die Reize im Umfeld werden dann zu Auslösern für den Drogenkonsum, indem sie auch beim Ausbleiben der Droge ein starkes Verlangen (Craving) auslösen.

Das Suchtgedächtnis ist aufmerksam für alle Gedanken, Gefühle, Objekte oder Ereignisse, die früher mehrfach mit belohnenden Rauschmittelerfahrungen verbunden waren. Als Reaktion wird verstärkt Dopamin im Belohnungssystem ausgeschüttet, das in einen unbewussten Zustand erhöhter Erregung und Motiviertheit versetzt. Das Dopamin energetisiert alle gut gebahnten Netzwerke der Zellstrukturen, die bisher für die Ausrichtung und Orientierung auf Rauschmittel ausgebildet wurden. Durch den früheren Konsum haben die rein äußeren Informationen (der Ort, die Personen, die Musik, die Situation, etc.) einen lustvollen Wert erhalten, was subjektiv zu Wohlbefinden führt. Das heißt, dass die Umstände unter denen Rauschmittel konsumiert wurden als Erinnerung im Suchtgedächtnis erhalten bleiben und damit auch später wieder die „Lust auf mehr“ auslösen können. Diese starke Konzentration der Wahrnehmung für Anreize, die mit Drogen verbunden sind, erklärt die Aufrechterhaltung und Intensivierung einer Sucht. Da sie auch nach erfolgreichem Entzug noch vorhanden ist, kann es auch nach längerer Abstinenz zu „Craving“ und Rückfall kommen.

Die Anreize, die Suchtdruck / Craving auslösen, unterscheiden sich in der Häufigkeit und ihrer Intensität. Je nach Situation und Person ist dieser Suchtdruck zu

bewältigen oder kann zu einem risikohaften Verhalten und zum Konsum von Rauschmitteln führen.

Drogenverlangen ist der Bereich von äußeren und inneren Anreizen, der über eine neutrale Beobachtung hinausgeht und die persönliche Stimmung und Motivation beeinflusst. Die „Lust auf mehr“ wird subjektiv als Craving erlebt. In diesem Ampelmodell des Craving können Patienten lernen, ihre eigenen Wahrnehmungen einzuordnen, für sich und andere vergleichbar zu kommunizieren und im weiteren Verlauf auch genauer wahrnehmen zu können. Hilfreich sind Fragen zur Intensitätsbewertung mit Skalierungsfragen nach gemeinsamer Betrachtung von unterschiedlichen Drogenbildern. Die Einschätzungen der Stärke von süchtigen Reaktionen und die Beschreibung der eigenen Wahrnehmungen liefert ein großes Spektrum von unterschiedlichen Merkmalen. Hier wird es möglich eine offene Diskussion über diese Unterschiede einzuleiten, die mit vielen Beispielen die individuelle Prägung der eigenen Suchtgeschichte verdeutlicht. Damit entsteht dann auch meistens eine Bereitschaft, die bisherigen Vorstellungen zur Rückfallvorbeugung nochmals zu überdenken und genauere und persönlichere Risikobeschreibungen zu erarbeiten.

Diese Aufgaben beinhalten zwei wesentliche Schwierigkeiten. Zum einen hat unsere Patientengruppe in großen Teilen Lern-, Sprach-, oder Bildungsdefizite, die es erschweren, sich medizinische Informationen anzueignen, die weit über ein Allgemeinverständnis vom menschlichen Funktionen hinausgehen. Dies ist grundsätzlich möglich, erfordert aber neben der geeigneten Didaktik auch die ausreichende Bereitschaft der Patienten. Zum anderen sind die Informationen in ihrer emotionalen Bedeutung für die einzelnen Patienten auch sehr zwiespältig. Die Aufklärung über neurobiologische Mechanismen entlastet von moralischen Verurteilungen und häufig erlebten Selbstzweifeln und Schuldgefühlen über das eigene Scheitern. Gleichzeitig ermöglicht und verpflichtet sie aber auch zur Übernahme einer Selbstverantwortung für eine Erkrankung und einen psychischen Konflikt, die nicht auf eine einfache und schnelle Art zu bewältigen sind.

Ein Ergebnis dieser Veranstaltung ist daher regelmäßig eine Ernüchterung und Enttäuschung von unrealistischen Risikoeinschätzungen. Die Bewältigung einer Suchterkrankung erfordert eine langfristige Bereitschaft, sich auf wiederkehrende Risiken und Überforderungsmomente gefasst zu machen und auch das wiederholte Scheitern und erneute Hilfssuchen als zukünftige Anforderung zu erkennen.

*Michael Rommelspacher, Martin Lüdeke*

Neben den stoffgebundenen Abhängigkeiten treten häufig die Formen des schädlichen PC / Internetgebrauchs und des Glücksspielens an Automaten bei unseren Patienten auf. Diese Störungsformen, Diagnosen und Behandlungsmaßnahmen werden im folgenden beschrieben.

Der übermäßige PC-/Internetgebrauch zeigt sich mit Onlinespielen wie World of Warcraft, PC-Spielen wie Ego-Shooter oder Surfen und Glücksspielen im Internet hat durch die Behandlung der meist jüngeren Männer mit THC- und Partydrogenkonsum deutlich zugenommen. Neben der übermäßigen Computernutzung sind die psychischen Auffälligkeiten für die Diagnose entscheidend:

- › überwertiges Immersionserleben
- › ausgeprägte Selbstwertstörungen
- › starke Vermeidungstendenzen in sozialen und beruflichen Anforderungen
- › reduzierte Handlungskontrolle
- › zwischenmenschliche Probleme und sozialer Rückzug

Bei schweren Formen finden wir alle Merkmale abhängigen Verhaltens bis hin zu psychischen Entzugssymptomen bei Abstinenz vom Computergebrauch. Bei weniger gravierenden Formen sind nur einzelne Merkmale, wie z. B. die Vernachlässigung der sozialen Kontakte zu beobachten.

Insgesamt zeigen sich durchschnittlich bei 5% der Patienten die Merkmale im Online-/PC-/Internetgebrauch, die als Störung der Impulskontrolle nach ICD-10 F 63.8 diagnostiziert werden. Weitere 5–10% zeigen auffällige Merkmale, die aber noch nicht als pathologische Störung diagnostiziert werden. Es handelt es sich in der Mehrzahl um jüngere Patienten in der Altersgruppe von 18 bis ca. 28 Jahren. Mit den Abhängigen von THC und Partydrogen wird damit eine neue Generation von Patienten in der Suchtrehabilitation erreicht. Aus einer veränderten Konsumhaltung distanzieren sie sich von den stark sedierenden Opiaten und nutzen gleichzeitig mit einer eigenen Selbstverständlichkeit die veränderten Unterhaltungspotentiale der Medien. Der Drogen- und Medienkonsum

erhalten eine neue funktionale Bedeutung und wechselseitige Verstärkungsmöglichkeit. Der Cannabiskonsum fördert das überwertige Immersionserleben, die vollständige Versunkenheit und Identifikation in den virtuellen Charakteren. Die leistungssteigernden und anregenden Substanzen begünstigen die extrem langen Wachphasen und die Konzentration, die für dieses Verhalten erforderlich sind.

Die Störungen im Sinne des pathologischen Glücksspielens an Geldautomaten (Störung der Impulskontrolle nach ICD-10 F 63.0) haben mit 10% unserer Patienten in den letzten Jahren ebenfalls zugenommen. Hier sind jedoch weder die Altersgrenzen noch das Konsummuster der stoffgebundenen Abhängigkeiten eindeutig. Das Vorkommen streut über alle Altersgruppen und die Abhängigkeit von unterschiedlichen Substanzen. Das Spielverhalten zeigt alle Merkmale süchtigen Verhaltens und geht in der Regel mit hoher Verschuldung einher (10 000 € und mehr). Diese Patienten erleben häufig Craving, wenn sie z. B. im Ausgang in Gaststätten Spielautomaten sehen oder an Spielhallen vorbei kommen. Die persönlichen Behandlungsziele sind in der symptomatischen Behandlung abstinenzorientiert und müssen die dysfunktionalen glücksspielspezifischen Kontrollillusionen verändern. Das pathologische Glücksspiel in der Spielbank ist in unserer Patientengruppe meist nur in Einzelfällen von Bedeutung. Hier handelt es sich um Personen, die auch mit narzisstischen oder delinquenten Verhaltensmustern auffallen.

Der pathologische PC-/Internetgebrauch oder das pathologische Glücksspiel sind in unterschiedlicher Form und Intensität eine der komorbiden Störungen, die bei unseren Klientel auftreten. Diese Störungen sind gut in die stationäre Rehabilitation der stoffgebundenen Abhängigkeit zu integrieren. In der Einzeltherapie werden die funktionalen Zusammenhänge und die wechselseitigen Rückfallrisiken erarbeitet und neue Handlungsalternativen zur Vorbeugung aufgebaut. Je nach Problematik ist hier die Klärung der Veränderungsmotivation, der Verlauf und die Funktion des Verhaltens, internaler und externaler Verstärker und der Zusammenhänge mit persönlichen oder interaktionellen Schwierigkeiten erforderlich. Bei jüngeren Patienten ist der Einbezug der Eltern oder wichtiger Bezugspersonen notwendig und hilfreich.

In thematischen Einheiten werden die Besonderheiten und Risiken dieser süchtigen Verhaltensweisen in den

Bezugsgruppen vertieft. In den Fachstellen werden im Einzelfall weitere spezifische Maßnahmen abgeprochen.

### **Einzeltherapie:**

Spezielle Anamnese zum Pathologischen Glücksspiel oder PC-/ Internetgebrauch, funktionales Störungsmodell mit Zusammenhängen zur Drogensucht und Persönlichkeit, Verhaltensabsprachen für neue Entlastungs- und Bewältigungsstrategien, Selbstbeobachtungsprotokolle und Veränderung von dysfunktionalen Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen, Selbstakzeptanz und soziale Beziehungsfähigkeit fördern, Vereinbarungen zur Glücksspielabstinenz oder geregelte Internetbeschränkungen mit Risikoeinschätzungen und -überprüfungen, Aufbau von Medienkompetenz und funktionaler Mediennutzung, begleitete Rituale zur Distanzierung wie Kontaktverabschiedung oder Accountlöschung, Eigenverantwortung und Konsumverzicht in der finanziellen Planung, Motivierung zur Teilnahme an spezifischen Angeboten der Nachsorge und Selbsthilfe, etc.

### **Sozialberatung:**

Vereinbarungen zum Geldmanagement, Haushaltsplanung und zur Schuldenregulierung, schriftliche Regelungen mit Gläubigern, Information oder Vorbereitung zur Privatinsolvenz, geregelte Internetnutzung für Ziele der beruflichen und sozialen Integration, etc.

### **Freizeitpädagogik:**

Verbesserung der Körperwahrnehmung, Aufbau von körperlicher Aktivität und Durchhaltevermögen, Festlegung und Aufbau von neuen Freizeit- und Entspannungsmöglichkeiten, geregelte Beschränkungen für Gesellschafts-, und Kartenspiele mit Selbstüberprüfungen, Alternativen für Stressbewältigung und -abbau, etc.

Der Umgang mit den „neuen Medien“ ist eine dynamische, gesellschaftlich noch offene Entwicklung. Die technischen Veränderungen ermöglichen ständig neue kulturelle und gesellschaftliche Trends. Welche Auswirkungen dies für Persönlichkeit, Kultur und Gesellschaft hat und welche Verhaltensmuster sich in Zukunft als Standards und Norm etablieren, bleibt abzuwarten. Die Besonderheit bei unseren jüngeren Klienten ist, dass die chronifizierte Substanzabhängigkeit und der übermäßige PC- / Internetgebrauch oder das pathologische Glücksspiel sich gegenseitig verstärken und zu pathologischen Verzögerungen und Entwicklungen der Persönlichkeit und des Sozialverhaltens führen.

Die Erfahrungen zeigen, dass besonders in der Gruppe der jüngeren Patienten diese Störungen mit gutem Erfolg behandelbar sind und die wechselseitige Beeinflussung und Gefährdung in der Rückfallvorbeugung bearbeitet und verändert werden kann. Die Bewältigung der stoffgebundenen Abhängigkeit und die Aufrechterhaltung der Abstinenz sind die notwendigen Bedingungen für die Bewältigung der psychischen Probleme und der weiteren Entwicklungsaufgaben.

## **8**

## **(Kriegs-) Traumatisierung und Sucht**

*Karl Kübler, Martin Lüdeke*

Traumatische Erlebnisse sind Ereignisse, die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können und die außerhalb der normalen Erlebenswelt der meisten Menschen liegen. Dazu gehören:

- › in der Kindheit erlebte psychische oder körperliche Gewalt,
- › das Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt,

- › gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme,
- › Terroranschlag, Krieg, politische Haft oder Folterung,
- › Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen,
- › Unfälle oder lebensbedrohliche Krankheiten.

Die traumatisierende Gewalterfahrung versetzt den Körper in Alarmzustand mit einer erhöhten Stressreaktion, der physiologischen Kampf-/ Flucht Bereit-

schaft und der automatisierten, nicht bewussten Verarbeitung der Situation. Bei der nicht geglückten Traumaverarbeitung überwiegen die körperlichen, gefühlsmäßigen Eindrücke und können nicht in einem sinnvollen Zusammenhang mit den konkreten Situationen und Erfahrungen erinnert werden. Die traumatischen Erlebnisse sind so ungewöhnlich und belastend, dass die meisten Menschen damit überfordert sind, solche Erlebnisse richtig zu verarbeiten. Nach einer traumatischen Erfahrung ist es ganz natürlich, dass körperliche und psychische Funktionen aus dem Ruder laufen. Fast alle Menschen, die ein traumatisches Ereignis erlebt haben zeigen eine starke akute Belastungsreaktion. Die Häufigkeit von längerfristigen psychischen Folgen wie einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ist abhängig von der Art des Traumas:

- › ca. 50% nach Vergewaltigung
- › ca. 50% bei Kriegsopfern
- › ca. 25% nach Gewaltverbrechen
- › ca. 15% bei Verkehrsunfallopfern
- › ca. 15% bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignome).

Das heißt: starke psychische und auch körperliche Reaktionen auf ein Trauma sind die „normale“, häufig auftretende Reaktion auf außergewöhnliche Erlebnisse. Dabei kann es in seltenen Fällen auch vorkommen, dass die Beschwerden dem belastenden Ereignis erst nach Wochen, Monaten oder Jahren folgen. Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine mögliche Folgereaktion. In vielen Fällen kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.

### **Das Störungsbild ist geprägt durch:**

- › **belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen)**
  - Bilder, Alpträume, Flashbacks, partielle Amnesie
- › **Übererregungssymptome**
  - Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen
- › **Vermeidungsverhalten**
  - Vermeidung traumaassoziierter Reize

### › **emotionale Taubheit**

- allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit

Weitere starke psychische oder auch körperliche Reaktionen auf ein Trauma können sich längerfristig als Angststörung, Depression, somatoforme Störung, dissoziative Störungen, Selbstmordgefährdung, Suchterkrankungen, Substanzmißbrauch, Organerkrankungen oder durch besondere Persönlichkeitsentwicklungen mit emotional instabilen, impulsiven oder aggressiven Verhaltensweisen bemerkbar machen.

Die Häufigkeit für PTBS in der Allgemeinbevölkerung liegt zwischen 2% und 7%. Generell sind frühe und/oder extreme Traumatisierungen ein hoher Risikofaktor für die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit und für die Entwicklung von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit. Darüber hinaus beinhaltet das Leben in der illegalen Drogenszene ein zusätzlich erhöhtes Risiko für wiederholte Retraumatisierungen. Der Zusammenhang zwischen Trauma, Sucht und Gewalt ist ein selbstverstärkender Negativkreislauf. Insofern sind auch viele schwerstabhängige Konsumenten mit den Folgen von frühen und/oder komplexen Traumatisierungen belastet.

Im den letzten Jahren haben wir wiederholt einzelne Menschen mit kriegsbedingten Traumatisierungen zur Behandlung in unserer Einrichtung kennengelernt. Anfänglich waren dies Einzelfälle mit Soldaten oder Zivilpersonen aus fernen Kriegsschauplätzen wie Iran, Irak, Tschetschenien oder Afghanistan. Im letzten Jahr waren zeitgleich drei kriegstraumatisierte Täter/Opfer der Südost-europäischen Kriege in unserer Einrichtung. Diese Konfrontation mit den Folgen politischer und militärischer Gewalt bedeutet in der stationären-klinischen Traumabearbeitung besondere Belastungen und Bedingungen für die betroffenen Patienten, die gemeinsame Hausgruppe und das zuständige Personal.

Eine Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung erfolgt idealerweise in Schritten.

### **Äußere Sicherheit und Information:**

- › Herstellen einer sicheren Umgebung (Schutz vor weiterer Traumaeinwirkung)
- › Organisation des sozialen Helfersystems
- › Informationsvermittlung zu traumatypischen Symptomen und Verläufen

- › Erste selbstständige Stabilisierungshilfen

Die Herstellen einer sicheren Umgebung ist in der Therapeutischen Gemeinschaft eine besondere Anforderung, da sich Patienten üblicherweise „Vertraute“ suchen, um sich im Alltag zu stabilisieren. Der Austausch über Kriegserfahrungen in verdichteter Form kann jedoch auch zu einer Belastung der Gemeinschaft und Tendenzen der Parteinahme führen, die für eine Traumabearbeitung schädlich werden könnten. Dieser Prozess muss zunächst in den Einzelstunden mit den Betroffenen, der Hausgruppe und auf der Ebene der Mitarbeiter geklärt sein, um eine belastbare Stabilisierung der Behandlung zu ermöglichen.

### **Stabilisierung:**

- › therapeutische Betreuung
- › Ressourcenorientierte Interventionen
- › Aufbau von Stabilisierungsfähigkeiten z.B. Distanzierungstechniken, Imaginative Verfahren, 5-4-3-2-1-Übung
- › Pharmakotherapie

### **Traumabearbeitung:**

- › Ausreichende Stabilität
- › keine weitere Traumaeinwirkung, kein Täterkontakt
- › dosierte Konfrontation mit dem auslösenden Ereignis mit dem Ziel der Durcharbeitung und Bewältigung unter geschützten therapeutischen Bedingungen
- › Traumaspezifische Methoden wie z.B. Kognitive Therapie, EMDR, Hypnotherapeutische Verfahren

Der zu frühe oder unvorbereitete Einsatz konfrontierender Verfahren ohne Einbettung in einen Gesamtbehandlungsplan kann retraumatisieren.

Exemplarisch werden im folgenden zwei Behandlungsverläufe von Patienten mit Kriegstraumatisierung skizziert, bei denen die Eye-Movement-Desensibilisation-Reprocessing-Methode (EMDR) angewandt wurde.

Beide Patienten sind Mitte 30. Bei beiden lag bereits vor den Kriegseinsätzen Konsum von Alkohol und THC vor, in beiden Fällen jedoch in nicht abhängigen Konsummustern. Im Verlauf der mehrmonatigen Kriegseinsätze im Fronteinsatz wurden Suchtmittel konsumiert und war nach ihren Aussagen die Vergabe von Opiaten dort verbreitet. Auch die Einnahmefrequenz und die Dosierung waren keiner Beschränkung unterworfen. Patient X unterzog sich im Anschluss an den Einsatz einer 3-monatigen Reha-Behandlung beim Militär, Patient Y floh unmittelbar vom Kriegseinsatz und konsumierte direkt in der deutschen Drogenszene weiter. In den Familien wurden sowohl die Kriegseinsätze als auch der Opiatkonsum weitgehend verschwiegen. Beide Patienten hatten große Probleme beim Wiedereinstieg in ein geregeltes Erwerbsleben, in den zwischenmenschlichen Kontakten und in den Partnerbeziehungen.

Im Zuge der Anamnese informierten die Patienten ihre Einzeltherapeuten über die Kriegseinsätze und bekundeten ihr Interesse an unserem Angebot der Traumabehandlung. Bereits zu Beginn der Behandlung wurden Auffälligkeiten in ihrem Verhalten, insbesondere im Aufbau von Kontakten zu den Mitpatienten sichtbar. Fassadär, kalt, abweisend, aggressiv, unnahbar, gereizt und schroff erlebten die Mitpatienten ihr Auftreten in den ersten Wochen. Sie selbst berichteten in der Einzeltherapie von Verunsicherung und erheblichen Stimmungsschwankungen, bald auch von Alpträumen und wiederkehrenden Intrusionen. Auch ohne die konkrete Mitteilung der Traumatisierungen entstand innerhalb des überschaubaren Rahmens der Bezugsgruppe in kleinen Schritten Vertrauen und mehr Sicherheit. Voraussetzung für die eigentliche Traumabehandlung ist ein hohes Maß an Stabilität und eine tragfähige therapeutische Arbeitsbeziehung. Die Behandlungsphase der Stabilisierung umfasste bei beiden Patienten 12–14 Wochen.

Mit Beginn der Traumabehandlung wurden die Patienten auch mit einer schriftlichen Zusammenfassung über die Hintergründe einer Traumatisierung, die Grundzüge einer Behandlung und über die spezifische Methodik von EMDR informiert. Hingewiesen wurde auf die besondere Bedeutung der Selbststeuerung und der Möglichkeit, die Behandlung jederzeit abbrechen zu können, wenn die Belastung zu groß würde. Vor der ersten Sitzung wurden spezifische Ressourcen aktiviert (innere Helfer, grounding...) und der sogenannte Sichere Ort installiert. Mit der Tresor-Übung wurde eine Möglichkeit geschaffen werden, Unverarbeitetes für die Zeit zwischen den Behandlungssitzungen sicher zu verwahren.

Die Sitzungen selbst wurden nach dem EMDR-Standardprotokoll durchgeführt. Dort wird eine konkrete Situation aus der Erinnerung ausgewählt, die bearbeitet werden soll. Neben den positiven und negativen Kognitionen spielen die Emotionen und der Belastungsgrad die entscheidenden Rollen. Nachdem der Patient seine Körperempfindungen lokalisiert, beginnt die Durcharbeitung mit der spezifischen bilateralen Stimulation. Diese kann vom Patienten jederzeit mit einem vorher vereinbarten Stopp-Signal beendet werden. Immer wieder werden der Belastungsgrad und die Stimmigkeit der Kognitionen überprüft. Bei Erreichen eines Belastungsgrads von 0 finden eine Verankerung und ein Körpertest statt, um die Sitzung in einem ausgeglichenen Zustand abzuschließen. Kann der Belastungsgrad nicht auf 0 gesenkt werden, wird die Sitzung nach einer gewissen Zeit dennoch und in anderer Weise unkomplett beendet.

Beide Patienten mussten infolge der hohen Belastung in der ersten Sitzung vom Stopp-Signal Gebrauch machen, berichteten aber schon in den Tagen danach von einer spürbaren Veränderung und einer sinkenden Belastung. Sie hatten den Eindruck, mit den unangenehmen Symptomen immer besser umgehen zu können.

Insgesamt fanden zumeist im 2-wöchigen Rhythmus 4 bzw. 5 EMDR-Sitzungen statt. Waren die Inhalte der Sitzungen bei den beiden Patienten unterschiedlich, so berichteten beide nahezu übereinstimmend von einer Verbesserung in einem Maße, wie sie es selbst nie geglaubt hätten. Die meisten Symptome, die sie schon seit vielen Jahren gequält und ihr Alltagsleben beeinträchtigt hätten, seien sehr stark zurückgegangen oder auch ganz ausgeblieben.

Als weiterer Transfer der einzeltherapeutischen Prozesse in den Alltag war die Einbeziehung von Angehörigen oder persönlichen Helfern in Krisenprozesse erforderlich. In den Beziehungen zu den Mitpatienten konnte erprobt werden, welche Kontakte hilfreich und stabilisierend sind und in welchen Momenten der persönliche Schutz vorrangig gewährleistet werden muss. Noch schwieriger, aber auch hilfreicher war der Einbezug der mittlerweile informierten Angehörigen. Ängste und Schamgefühle der Traumatisierung wurden hier ebenso reaktiviert, wie alte Schuldgefühle und Vorwürfe aus den Zeiten der Abhängigkeit. Die Stabilisierung dieser Beziehungen und die Überwindung der traumatischen Isolation konnte die Zuversicht auf ein drogenfreies Leben ganz erheblich festigen. Weiterführende Kontakte für eine traumaspezifische Weiterbehandlung wurden zusätzlich zur Nachsorge bereits in der stationären Phase eingeleitet.



## Depressive Störungen

*Martin Lüdeke*

Zu Beginn der stationären Rehabilitation berichten Patienten von depressiven Stimmungen und Symptomen in unmittelbarer Folge der körperlichen Entgiftung. Hier werden in den ersten Tagen oder Wochen häufig Schlafstörungen, Müdigkeit, Reizbarkeit, gedrückte Stimmung, Konzentrationsschwierigkeiten, vermindertes Interesse oder Antrieb genannt. Diese Einschränkungen sind dann jedoch meist nur vorübergehend und mit der körperlichen und psychischen Stabilisierung ohne weitere Bedeutung.

Die Häufigkeit von depressiven Störungen als komorbide Störungen hat sich bei unseren Patienten in den letzten Jahren nicht verändert. In 2011 zeigten sich bei sechs (5,2%) aller entlassenen Patienten anhaltende Merkmale, die als Störung diagnostiziert (ICD-10: F32.–, F33.–) wurden. Dabei handelt es sich um Patienten in der Altersgruppe von 20 bis 51 Jahren, die mit einem Altersdurchschnitt von 32 Jahren deutlich älter sind, als die durchschnittliche Gruppe. Der einzige jüngere Patient mit 20 Jahren war ein Kurz-

verweiler, der mit einer rezidivierenden depressiven Störung aufgenommen wurde und in eine psychosomatische Einrichtung wechseln wollte.

Depressive Symptome waren als anhaltend belastende Themen bei weiteren sieben Patienten auffällig, auch wenn diese nicht nach den ICD Kriterien kodiert wurden. Auch hier ist die Altersgruppe von 21 bis 51 Jahren mit einem Durchschnitt von 42 Jahren deutlich älter.

Die anfänglichen Belastungssymptome sind im strukturierten Therapiealltag oft schnell zu verändern. Bei den typischen leichten oder mittelgradigen Episoden (ICD-10; F32.–) leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Der Schlaf ist meist gestört und das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind beeinträchtigt. Gedanken über eigene Wertlosigkeit und geringe Zuversicht für eine abstinente Lebensführung verstärken sich gegenseitig. Für die Diagnose nach ICD-10 werden meist die folgenden psychischen Kernsymptome entscheidend:

- › Anhaltende Schwierigkeiten der Stimmungsregulation mit meist reaktiven depressiven Krisen
- › Anhaltende Selbstwertstörungen mit dysfunktionalen Mustern in der Kognition, Emotion und im Verhalten
- › starke Vermeidungstendenzen in sozialen und beruflichen Anforderungen

Die Behandlung der depressiven Störungen kann während der stationären Entwöhnung gut integriert werden. Zu Beginn müssen die Patienten zunächst über geeignete Angebote entlastet und stabilisiert werden. Hierzu gehören grundlegende psychoedukative Informationen, individuelle Vereinbarungen zur Entlastung in der Anfangsphase, Angebote für zusätzliche stützende Kurzkontakte, Absprachen zur Unterstützung durch Mitpatienten und Hilfen zur körperlichen und psychischen Entlastung. In der Aufnahme phase sind die depressiven Symptome für die Patienten sehr belastend, da sie zum Einen durch die Anforderungen einer neuen sozialen Gemeinschaft stark unter Druck geraten und bisher solche Anforderungen nicht ohne Substanzkonsum bewältigen konnten. Bei kritischen Verläufen werden daher Verhaltensverträge als Nicht-Abbruch oder Non-Suizid-Vertrag zwischen Bezugstherapeut/in und Patient schriftlich vereinbart.

Bei gravierenden Symptomen ist eine frühe diagnostische Abklärung und Differentialdiagnostik bei unserem konsiliarischen Psychiater direkt in der Aufnahme phase zu vereinbaren. Dies erleichtert für die Patienten die Akzeptanz der eigenen Symptomatik und ermöglicht eine frühe medikamentengestützte Behandlung zur weiteren Stabilisierung. Im späteren Behandlungsverlauf wird damit die Zusammenarbeit und Erreichbarkeit in Krisenverläufen und die Vertretung in Abwesenheit gewährleistet. Im Therapiezentrum werden dann im Verlauf unter Leitung des Facharztes für Psychiatrie die medikamentösen und therapeutischen Maßnahmen mit dem behandelnden Arzt, den psychologischen Psychotherapeuten und den Bezugstherapeuten/innen abgesprochen und überprüft.

In der weiteren Behandlung ist es notwendig, eine differenzierte Sicht der depressiven Symptome zu erhalten und im klinischen Interview die relevanten Ereignisse, Folgen und Wechselwirkungen zu erfassen. Dabei werden sowohl Aspekte der emotionalen und kognitiven Schemata, als auch Defizite und

Fähigkeiten im sozialen Verhalten erfragt und in ihren Funktionen analysiert. Hilfreich sind hier zusätzliche Hausaufgaben zur Selbstbeobachtung von depressiven Verhaltens- und Vermeidungsmustern in Alltagssituationen. Diese liefern meist viele Hinweise, um erste Ansatzpunkte der Veränderung zu identifizieren und kurzfristige Erfolgserlebnisse für eine positive Behandlungsmotivation aufzubauen. In der störungsspezifischen Verhaltensanalyse wird dann ein individuelles Krankheitsmodell für die weitere Behandlungsplanung mit dem Patienten erstellt, mit dem die individuellen Abhängigkeitsmuster mit den depressiven Symptomen und den persönlichen Verhaltensdefiziten und Ressourcen zusammengefasst werden. Hieraus werden dann individuelle Ziele abgeleitet, formuliert und konkrete Bewältigungskompetenzen in den persönlichen Zielsetzungen formuliert.

Diese persönlichen Zielvereinbarungen werden sowohl über die Einzelgespräche als auch über die Teilnahme an den therapeutischen Gruppen vertieft. Die Reduktion der dysfunktionalen Muster und der Aufbau von positiven Alternativen für Gedanken, emotionale Reaktionen und sinnvolle Verhaltensweisen bilden dabei den Schwerpunkt, der immer wieder an Beispielen aus der Alltagswelt der Behandlung geprüft und trainiert wird. In der Indikationsgruppe zum Aufbau sozialer Fähigkeiten können Patienten dann in einem fünfwöchigen Schwerpunkt lernen, sich in sozialen Situationen zufrieden stellend zu verhalten, eigene Bedürfnisse und Interessen angemessen zu formulieren und umzusetzen. Der Aufbau von Kritik- und Konfliktfähigkeit, von Selbstsicherheit in sozialen Kontakten und der Stabilisierung von Abgrenzungsfähigkeiten sind zentrale Themen dieser Indikationsgruppe und werden in strukturierten Behandlungsmodulen eingeübt. Die Gruppe ist für Patienten hilfreich, um in einer geschützten homogenen Gruppe, die eigenen passiven Gewohnheiten zu hinterfragen und neue aktive und das Selbstbewusstsein fördernde Verhaltensweisen zu erproben und Kompetenzen im Sozialverhalten zu entwickeln.

Der Einbezug wichtiger Bezugspersonen wie Familie oder Partnerin ist oft sinnvoll und hilfreich, um die ersten Erfolge auch im Kontext der wichtigen Sozialbeziehungen umzusetzen und gegebenenfalls zu korrigieren. Meist sind die Kontakte zu den Angehörigen aufgrund der Abhängigkeitsproblematik belastet und bisherige Klärungsversuche gescheitert. Es erfordert Zutrauen und Unterstützung, sich nicht mehr in die Vermeidung zu flüchten, die Familie zu einem Gespräch ins Therapiezentrum einzuladen und über diese Schwierigkeiten zu sprechen. Anfänglich sind neben der Enttäuschung und dem Ärger vergangener Ereignisse auch noch aktuelle Schwierigkeiten

in den Beziehungsmustern, die vorsichtig thematisiert werden können. Daraus ergeben sich meist eine deutliche Entlastung und ein spürbarer Zuwachs an Selbstvertrauen.

Die medizinisch-psychotherapeutischen Aufgaben stehen in enger Kooperation mit den Angeboten der Bereiche Arbeitstherapie und Freizeitpädagogik. Viele der Schwierigkeiten werden hier im Verlauf sichtbar und bieten die Ansatzpunkte für kleine Veränderungen und Erfolgserlebnisse.

In der Arbeitstherapie werden zunächst in der Intensivphase die selbständige Lebensführung und die Übernahme von Verantwortung gefördert. Anfangs haben selbstunsichere, depressive Patienten starke Bedenken, wenn sie eine verantwortliche Rolle in Arbeitsteams ausfüllen sollen. Mit Begleitung können sie über erste Erfolge sich in der Hausgemeinschaft sichtbar integrieren und infolge auch ihre Selbstwahrnehmung und Selbstsicherheit verbessern. Ebenso ergeben sich in den sozialen Merkmalen der Arbeitsanforderungen viele Situationen in denen Kritik- und Konfliktfähigkeit, die Bewältigung von Misserfolgen und positive Wertschätzung erforderlich sind. In der

Rolle als Zuständiger ist es notwendig, sachlich und klar auf die Durchführung von Arbeitsanordnungen bzw. auf die Einhaltung von Regeln zu bestehen.

In der Sport- und Freizeitpädagogik zeigen die Patienten zu Beginn oftmals eine untrainierte körperliche Verfassung und einen passiven Lebensstil. Die depressiven Stimmungen waren in Kombination mit dem Drogenkonsum hier lange Zeit hinderlich für eine zufrieden stellende, sozial bereichernde und tragfähige Freizeitgestaltung. Als Ziele für die Behandlung werden somit die Verbesserung der Gesundheit, des körperlichen Trainingszustandes, der Aktivitätsaufbau und die Reaktivierung von „sportlichen“ oder kulturellen Interessen gefördert. Innerhalb der Adaptionsphase werden der Aufbau von regelmäßigen außerhäuslichen Aktivitäten, der Aufbau eines tragfähigen sozialen Netzwerkes und die Entwicklung einer sinnstiftenden und aktiven Freizeitgestaltung unterstützt.

Im letzten Drittel der Behandlung erfolgt die Integration der Behandlungsergebnisse in die Zielsetzungen und Strategien zur Rückfallvorbeugung und die Vorbereitung und Vernetzung mit psychologischen/psychiatrischen Angeboten in der ambulanten Nachsorge.



## Abschiedsprozesse und Abschiedsrituale

*Astrid Müller*

Das Ende einer Behandlung wird in der Regel im letzten Drittel der Behandlung ein wichtiges Thema. Bis dahin sollte weitgehend geklärt sein, welchen Weg der Patient künftig einschlagen wird. Dazu gehören Themen wie die berufliche Weichenstellung, die Klärung persönlicher Kontakte, die Entscheidung über den künftigen Wohnort, die finanzielle und strafrechtliche Situation und nicht zuletzt die Form der Weiterbehandlung und der suchtttherapeutischen Nachsorge.

### 1. Strukturierende therapeutische Abläufe zum Ende der Therapie

#### Zielauswertung

In den verschiedenen Angebotsbereichen wird ähnlich wie in der Einzeltherapie eine Zielauswertung vorgenommen. Patient und Therapeut/in überprüfen gemeinsam, ob die zu Beginn ausgehandelten und während der Therapie neu hinzugekommenen

psychotherapeutischen und suchtspezifischen Ziele umgesetzt wurden und was sich an Fortschritten ergeben hat (Auswertungsraster für die Zielformulierung und Zielerreichung). Im psychodramatisch gestalteten Einzelsetting kann dazu z.B. eine Bilanzierung und Skalierung mit Symbolen vorgenommen werden. Die Ergebnisse werden danach, auf das entsprechende Formblatt übertragen. Inhaltlich geht es darum, die wichtigsten Zielvereinbarungen nochmals abzugleichen und zu bewerten, die Zufriedenheit des Patienten mit der Zielabsprache abzufragen, zu überprüfen, ob alle wichtigen Problembereiche berücksichtigt wurden und wie hilfreich diese Ziele für die Bewältigung der Abhängigkeitsproblematik erlebt werden.

#### Suchtspezifischer Zielepunkt

Erst zum Ende der Behandlung nimmt der Patient an der Indikationsgruppe zur Rückfallvorbeugung teil. Die Ergebnisse aus der Gruppe fließen in den suchtspezifischen Zielepunkt ein, der parallel in den

Einzelgesprächen ausgearbeitet und in der Bezugsgruppe vorgestellt wird. Der Patient bilanziert alle gewonnenen Erkenntnisse zur Suchterkrankung und zur persönlichkeitspezifischen Problematik, die er in der Therapie gewonnen hat. Er arbeitet einen individuellen Handlungsplan aus, der in der Anschlußbehandlung überprüft wird und ihm helfen soll, seine Risiken und Strategien zu reflektieren. Was wird er in Zukunft beachten und verändern? Welche Perspektiven hat er entwickelt, um künftig seine Abstinenz aufrecht erhalten zu können? Die Fragen nach Auslösern, Risikofaktoren, Anker und Bewältigungsstrategien für Craving oder Rückfallsituationen stehen neben positiver Perspektivenplanung zu Beziehungsgestaltung, Freizeit und beruflicher Planung. Der Vortrag in der Bezugsgruppe mit Rückmeldungen der Mitpatienten dient der Realitätsprüfung der Vorhaben und ist der inhaltliche Schlußpunkt der therapeutischen Themen.

### **Monitoring im Gesamtteam**

---

Beim Monitoring im Gesamtteam wird eine Behandlungsbilanz im Zusammenwirken mit allen Fachbereichen besprochen. Medizin, Sozialberatung, Arbeitstherapie, Freizeit und Psychotherapie werten gemeinsam, die in der Fallbesprechung zum Eingang der Therapie festgelegten Behandlungsziele und deren Erreichung aus. Die Einschätzung und Bewertung des Patienten fließt über dessen, in den einzelnen Fachbereichen vorgenommenen Zielauswertungen mit ein. Im Gesamtteam wird nun entschieden, ob der geplante Ablauf einer Korrektur und Veränderung bedarf oder ob die bestehende Planung Anwendung findet. Die verbleibenden vier Wochen werden dazu genutzt, die Ergebnisse zu stabilisieren oder gegebenenfalls zu ergänzen.

### **Konkrete Aufgaben vor der Entlassung**

---

In den letzten Wochen der intensivtherapeutischen Behandlung bereitet sich der Patient ganz konkret auch mit Außenaktivitäten auf eine weiterführende Behandlung oder eine Rückkehr in sein Lebensumfeld vor. Der Patient stellt sich je nach Planung in der Adaptionsphase oder dem Betreuten Wohnen vor, nimmt Kontakt zur weiter behandelnden Beratungsstelle auf, führt Heimfahrten durch, nimmt Kontakt zum Arbeitgeber und der Beratungsstelle auf, plant seinen Umzug, etc.

#### **2. Abschiedsprozess und Gestaltung in Gruppen und Einzelgesprächen**

Der achtsamen Gestaltung des Abschieds kommt ein hoher therapeutischer Stellenwert zu. Im Leben

vieler Patienten kam es in der Vergangenheit häufig zu Brüchen und schmerzlichen Abschiedssituationen (z.B. wechselnde und / oder instabile Beziehungen zu primären Bezugspersonen, Verlust durch Tod oder Trennungen, Migrationserfahrung, Gewalterlebnisse oder impulsive Trennungen). Die Gestaltung des Abschieds in der Behandlung kann eine Erfahrung sein, wie ein Abschied bewusst und konstruktiv gestaltet werden kann.

Der Umgang mit dem Abschiedsprozess beim Patienten ist sehr unterschiedlich, je nachdem, ob er unsicher ist, selbstverantwortliche Wege zu gehen, oder ob die Autonomiebestrebungen und der Freiheitsdrang im Vordergrund stehen. Der eine klammert sich an die Therapie und reagiert mit Regression, um zu verdeutlichen, dass er noch nicht zum Wechsel bereit ist. Der andere wird die Therapie schleifen lassen und nicht mehr mit dem Kopf so richtig bei der Sache sein. Wieder andere rebellieren oder suchen den Streit, da sie es leichter schaffen auf aggressive Art zu gehen, als sich den mit Abschied verbundenen Gefühlen zu stellen. Ideal wäre ein bewusster Abschiedsprozess, in dem diese Schwierigkeiten thematisiert werden können und der Patient gestärkt und zuversichtlich daraus hervorgeht.

### **Abschied in der Einzeltherapie**

---

Auch in der Einzeltherapie gibt es ein letztes Mal. Der bisherige Abschiedsprozess wurde im Einzelsetting insgesamt gesteuert und begleitet. Beim letzten Termin geht es jedoch darum, neben organisatorischen Fragen, ein Resümee über die Zusammenarbeit zu ziehen. Patient und Therapeut/in halten Rückblick über den Verlauf, Themen, Krisen, Qualität der Zusammenarbeit und Ergebnis. Ein Ausblick und die Übergabe an weiterführende professionelle Begleiter/innen dienen dazu, den Übergang in eine neue Phase zu begleiten.

### **Methoden und Abschiedsrituale in der Bezugsgruppe**

---

Der Patient entscheidet mit seinem/r Bezugstherapeuten/in, welche Form der Rückschau und Reflexion er wählt. In manchen Gruppen präsentiert der Patient eine schriftliche oder mündlich vorgetragene Abschlussreflexion und lässt die Therapie mit ihren Höhen und Tiefen noch einmal Revue passieren. In Form von Fragen und Rückmeldungen beteiligen sich die Gruppenmitglieder und kommen miteinander ins Gespräch.

Die Abschlussreflexion kann auch in Form eines so genannten Processings gestaltet werden, indem der Patient für einzelne Stationen und wichtige Ereignisse Tücher auf der psychodramatischen Bühne ausbreitet, die Therapie nochmals durchschreitet und zu den einzelnen Stationen Rückmeldung über sein Erleben und seine Erkenntnisse gibt. Im Anschluss können sich auch die Gruppenmitglieder zu einzelnen Stationen stellen und ihr Erleben dazu mitteilen. So wird der individuell dargestellte Therapieverlauf ins Gruppenerleben integriert.

Eine andere erlebniszentrierte Methode ist der Erntekorb. Der Patient wertet die Therapie aus, indem er das, was ihm in der Behandlung wichtig und wertvoll war, mit Hilfe von Symbolen in einen Korb packt und kommentiert. Auch hier können im zweiten Schritt die Gruppenmitglieder mit einbezogen werden, in dem sie ihrerseits ein Symbol mit in den Korb legen und dem Mitpatienten etwas mitgeben, von dem sie glauben, dass er es gut brauchen kann.

Eine weitere beliebte Methode ist das Metasymbolisierende Bühnenhandeln. Der Patient baut mit verschiedenen Symbolen auf seiner Bühne die wichtigsten Themen und Ereignisse auf, die sich in der Therapie innerlich und äußerlich abgespielt haben. Diese Methode eignet sich besonders gut, wenn mehrere Patienten gleichzeitig verabschiedet werden, da der Bühnenaufbau parallel an verschiedenen Orten im Raum stattfinden kann und die Gruppe sich dann nacheinander der jeweiligen Bühne zuwendet.

Manchmal bietet sich es auch an, einen Blick in die Zukunft zu werfen und schon mal im Probehandeln den nächsten Schritt zu vollziehen und diesen dadurch zu erleichtern, z.B. wenn eine Rückschau bereits stattgefunden hat, bei Angst vor dem Wechsel oder bei unrealistischen Vorstellungen. Hier bieten sich die psychodramatischen Methoden einer „Vignette“ (eine eng umrissene Szene der Zukunft, z.B. Ankunft in der Adaption) oder die Aufstellung eines „Fotos“ (Zukunftsvision) an.

In den sechs Bezugsgruppen des Therapiezentrums wurden verschiedene Abschiedsrituale etabliert, die in entspannter Runde noch einmal die Möglichkeit zum Gespräch und für Rückmeldung geben.

### **Steinübergabe als Abschiedsritual**

Die Gruppe setzt sich im Halbkreis um zwei einander gegenüber gestellte Stühle. Der Patient, der verab-

schiedet wird, setzt sich auf einen der Stühle, der Therapeutin gegenüber. In der Hand halte ich einen Mineralstein, den ich nach ihm zugesprochenen (Heil-) Eigenschaften für mein Gegenüber ausgesucht habe. Meist bezieht sich der Stein auf besondere Schwierigkeiten oder Persönlichkeitsmerkmale des Patienten und / oder auf seine Ziele und Vorhaben.

Wir stellen uns vor, dass sich der Stein mit all den guten Wünschen, die wir aussprechen auflädt, so dass er nach Wunsch als Talisman getragen werden kann. Jedenfalls soll er eine Erinnerung an die Zeit im Brückle und die Arbeit in der Gruppen- und Einzeltherapie sein. Der Stein steht auch für einen regulären Abschluss der Therapie, was für viele Patienten bereits ein eigenständiges Ziel ist.

Ich erläutere, warum ich diesen Stein ausgesucht habe und verknüpfe damit meine guten Wünsche für die Zukunft des Patienten. Danach überreiche ich den Stein. Ich tausche den Platz mit einem Gruppenmitglied, der als Nächster seine Wünsche aussprechen möchte. Der Stein wird an den Wünschenden zurückgegeben, sodass auch er den Stein, während er seine guten Wünsche ausspricht, in der Hand hält. Jedes Mal wechselt der Stein von Hand zu Hand bis das letzte Gruppenmitglied seine Wünsche weitergegeben hat. Dann behält der zu Verabschiedende den Stein als Abschiedsgeschenk. Die meisten Patienten wünschen sich einen durchbohrten Stein mit Lederband und eine Kopie der Steinbeschreibung (aus Gienger; Michael, 1997: Lexikon der Heilsteine).

### **Abschiedsreflexion in der Gesamtgruppe im Rahmen der Tagesreflexion**

Die meisten Patienten nutzen die Tagesreflexion am letzten Abend im Therapiezentrum, um eine allgemeine Zusammenfassung zum Therapieverlauf und den wesentlichen Ergebnissen in der Großgruppe zu geben. Mit Rückmeldungen, manchmal auch einem Applaus werden die Patienten von der Hausgemeinschaft verabschiedet.

*Matthias Kiefer*

Im Zuge einer Weiterbildung und eines Auftrages seitens der Hochschule der Sozialen Arbeit in Freiburg, führten drei Studenten (Katharina Schoer, Boris Peter und Matthias Kiefer) ein erlebnispädagogisches Projekt im Therapiezentrum Brückle durch. An zwei Wochenenden wurden mit zwei unterschiedlichen Gruppen, von einmal acht und einmal neun Personen, erlebnispädagogische Aktionen durchgeführt.

Die Ziele des ersten Wochenendes lagen darin, die Teamfähigkeit und die Konzentrationsfähigkeit zu fördern. Mit Hilfe von Teamaufgaben wurden Prozesse angeregt, welche es zu reflektieren galt. Im Mittelpunkt stand die Frage, was es bedeutet „teamfähig“ zu sein und wie es gelingen kann, die Arbeit in einem Team so zu gestalten, dass alle Mitglieder zufrieden sein können.

Exemplarisch möchte ich im Folgenden eine typische Teamaufgabe kurz skizzieren. Es handelt sich hierbei um den „Geysir“. Mit einem Seil wird ein Kreis mit einem Durchmesser von etwa 5 m ausgelegt. Innerhalb dieses Kreises liegen fünf Gegenstände. Die Aufgabe der Teilnehmer ist es die Gegenstände heraus zu holen ohne den Boden innerhalb des Kreises zu berühren. Jeder Gegenstand muss von einem anderen Teilnehmer „gerettet“ werden. Hierfür bekommt die Gruppe verschiedene Hilfsmittel wie Klettergurte, Seile, Karabiner, Suppenlöffel usw. Da der „Geysir“ alle 30 min ausbricht, bleibt genau eine halbe Stunde Zeit um die Aufgabe zu lösen. Um diese Aufgabe zu lösen ist es unabdingbar zusammen zu arbeiten. Kommunikationsprozesse werden ebenso angeregt wie kreatives Denken. In einer anschließenden Runde wird der Gruppenprozess reflektiert. Anhand einer qualitativen Forschung (Gruppendiskussion) wurde ermittelt, dass sich die Teamfähigkeit bei den Teilnehmern durch das Projekt gebessert hatte.

Die Konzentrationsfähigkeit wurde durch Bogenschießen gefördert. Dabei galt es den Teilnehmern zu vermitteln, dass ein hohes Maß an Ruhe und Aufmerksamkeit notwendig ist, um das Ziel zu treffen. Anhand von Bewertungsbögen konnte festgestellt werden, dass das Bogenschießen den Teilnehmern eine Gelegenheit bot, sich während der Aktion besser konzentrieren zu können, als sie im Allgemeinen in der Lage sind.

Die gewählten Schwerpunkte bei der zweiten Gruppe lagen in den Themen „Vertrauen“, sowie der Bedeutung von „Mut“ und „persönlichen Grenzen“. Durch Vertrauensübungen und einem anschließenden Vertrauensfall wurde das Ziel, ein Vertrauen in Andere aufzubauen und anderen das Gefühl von Vertrauen geben zu können, verwirklicht. Die Bedeutung von Mut und persönlichen Grenzen wurde mit Hilfe von den Hochseilelementen Seilbrücke und Pamperspole reflektiert. Da diese Elemente darauf abzielen Grenzen zu erkennen und zu achten, wurden sie mit der Erklärung des Komfortzonenmodells eingeleitet. Dieses beschreibt drei Zonen, in welchen man sich befinden kann: der Komfortzone, der Lernzone und der Panikzone. Innerhalb der Komfortzone fühlen wir uns sicher und geborgen. Es handelt sich um gewohnte Situationen. Um in die Lernzone zu gelangen, muss man den Komfortbereich verlassen. „Neues“ wird entdeckt, indem man sich in Situationen begibt, die unbekannt und mit Aufregung verbunden sind. Der Übergang zur Panikzone sollte erkannt und bestenfalls vermieden werden. In diesem Bereich ist der Mensch nicht mehr fähig etwas zu lernen, da die Angst überwiegt. Es gilt den Komfortbereich zu erweitern, indem man immer wieder in die Lernzone tritt, und das „Ungewohnte“ zum „Gewohnten“ macht und so auch die Aufregung in bestimmte Situationen legt, und so ein sicheres Handeln möglich wird.

An dieser Stelle nochmals einen herzlichen Dank an das Therapiezentrum für die Ermöglichung des Projektes und für die Unterstützung während der Planungsphase.



*Claudia Koeppler*

Die Situation vieler Patienten bei Aufnahme in die stationäre Phase der Drogenrehabilitation ist dadurch gekennzeichnet, dass die berufliche und persönliche Situation des Patienten ungeklärt ist. Ein Teil der oft jüngeren Patienten hat keine Ausbildung, geringe bis keine Berufserfahrungen und nur wenig Vorstellungen davon, was sie einmal beruflich machen möchten.

*„Also ich möchte einmal viel Geld verdienen und wenig arbeiten“*

So lautete die Aussage eines jungen Patienten, der in seinem Leben bis zu dem Zeitpunkt noch nie regulär gearbeitet hatte. Am Anfang setzten wir ihn auf eigenen Wunsch im Bereich Garten ein. Zunächst war sein Arbeitsverhalten gekennzeichnet von Lustlosigkeit, Langsamkeit, wenig Durchhaltevermögen und geringer Konzentration. Mit zunehmender körperlicher Belastbarkeit entwickelte er mehr und mehr Interesse daran sich körperlich zu fordern. Er bekam Spaß daran, seine körperliche Kraft zu erproben und auszuprobieren. Zahlreiche Tätigkeiten im Garten wie Umgraben, Kompost sieben, Beete richten, Hecken schneiden, Rasen mähen forderten ihn körperlich. Die Vielfalt an Erfahrungsmöglichkeiten regte aber auch seine Motivation an und förderte seinen Willen begonnene Arbeiten zu Ende zu führen.

Daraufhin entwickelte er die Perspektive ein Praktikum im Garten- und Landschaftsbau in der Adaption machen zu wollen. Fachlich wurde er dann einem anderen Patienten unterstellt, der im Landschaftsgartenbau ausgebildet war und ihm als „Lehrling“ das Legen und Setzen von Steinen beibrachte. So konnte der junge Patient sich in der Rolle des Lernenden üben und der fachlich qualifizierte Patient konnte seine Anleitungskompetenzen erweitern.

Damit der junge Patient nicht nur einen Bereich erproben konnte, wurde er nach einem Auswertungsgespräch in die Küche versetzt. Die Küche gibt zum einen Einblick in den Arbeitsbereich Lebensmittel und zum anderen erweitert sie die Kenntnisse in der selbständigen Lebensführung. Hier zeigte sich der Patient zunehmend interessiert mit dem Ergebnis, dass der Patient in der Adaptionphase sowohl ein Praktikum im Bereich Landschaftsgartenbau als auch in der Gastronomie absolvierte. Im Anschluss an die Adap-

tionsphase begann der Patient eine Ausbildung als Koch in der Gastronomie, die er erfolgreich beendete mit dem Kommentar:

*„ Am besten geht es mir, wenn der Laden voll ist und es so richtig stressig wird.“*

In der Arbeitstherapie ist es wichtig nicht nur Schlüsselqualifikationen wie Durchhaltevermögen, Pünktlichkeit, Autoritätsakzeptanz usw. zu üben, sondern durch möglichst realitätsnahe Arbeitsaufträge ein Interesse am Handeln und Lernen zu erwecken. Die Patienten zeigen erst in Situationen, die sie als wichtig erleben und in denen sie sich gebraucht fühlen, ein angemessenes Maß an Einsatzbereitschaft und Leistungswille. Gerade die Patienten, die in ihrem bisherigen Leben wenige Gelegenheiten hatten, sich in ihren Fähigkeiten zu erproben, wachsen dann über sich hinaus und sind erstaunt, was sie alles leisten können. Ein an ihrer Leistung orientiertes positives Feedback steigert ihren Selbstwert und kann Impulse in Richtung eines sinnvollen und handlungsorientierten Lebens setzen. Durch eine gezielte Berufswegeplanung wird dann versucht, die beginnende Neuorientierung in eine gangbare Perspektive umzuwandeln.

Grundsätzlich zeigt sich, dass eine Arbeitstherapie mit jungen Drogenabhängigen, am konkreten Handeln in alltagsbezogenen Feldern orientiert sein sollte. Dies ermöglicht einen Realitätsbezug für Patienten, der eine geeignete Motivation fördert, um Fähigkeiten zu aufzubauen und durchzuhalten. Die Erfahrung des erreichbaren Erfolgs stiftet den Sinn für eine längerfristige Perspektive und ist für die Gesamtrehabilitation ein nicht zu unterschätzender Wert.



## Schuldnerberatung zum neuen Kontopfändungsschutz

*Hanne Drexlmaier*

Zum 1. Juli 2010 wurde das Pfändungsschutzkonto, das so genannte P-Konto eingeführt. Es gab bis zum 31.12.2011 eine Übergangsphase, in der auch ohne das P-Konto ein Pfändungsschutz in Anspruch genommen werden konnte. Dieser Pfändungsschutz fällt zum Januar 2012 endgültig weg.

Von dieser Gesetzesänderung besonders betroffen sind Sozialleistungsempfänger und Personen, die ihr Konto im Soll führen. Denn ab 2012 wird die Verrechnung eines Sollstandes nun auch mit Sozialleistungen auf dem herkömmlichen Konto rechtlich zulässig sein. So kann es sein, dass Personen, die eine bestehende Kontopfändung auf ihrem Konto haben, im Januar 2012 ohne Geld dastehen. Um dies zu vermeiden, sollten diese Personen unbedingt rechtzeitig bis zum 31.12.2011 die Umwandlung des Kontos in ein P-Konto bei ihrer Bank beantragen. Es darf allerdings nur ein P-Konto pro Person geführt werden. Das P-Konto wird anschließend an die Schufaauskunft gemeldet.

Durch die Umwandlung besteht ein automatischer Sockelfreibetrag von derzeit 1028,89 € pro Kalendermonat. Dies bedeutet, alle Einkünfte egal ob Sozialleistungen, Lohn, Geldgeschenke, etc. sind dann bis zum Freibetrag geschützt. Wenn man der Bank nachweist, dass zusätzliche Unterhaltsleistungen durch Kinder oder Ehegatten bestehen, wird der Freibetrag entsprechend erhöht.

In der Schuldnerberatung im Brückle werden die Patienten über diese Neuerungen informiert und bekommen Unterstützung bei der Beantragung des P-Kontos. Das P-Konto sollte nur dann eingerichtet werden, wenn Pfändungen bestehen oder welche erwartet werden, da die Kontoführungsgebühren für das P-Konto zurzeit meist einiges höher sind, wie beim herkömmlichen Girokonto. Hiergegen sollte unbedingt Beschwerde eingelegt werden.



## Ausländerrechtliche Beratung in der Behandlung

*Hanne Drexlmaier*

Die Patienten erhalten in der Sozialberatung Unterstützung und Beratung bei Fragen zum Ausländerrecht. Zuerst einmal wird geprüft, ob der Patient gültige Ausweispapiere besitzt und welchen aktuellen Aufenthaltsstatus er hat.

Verloren gegangene Papiere oder abgelaufene Ausweise bzw. Fiktionsbescheinigungen und Aufenthaltstitel muss der Patient erneuern lassen. Ansonsten droht ihm ein hohes Bußgeld der Ausländerbehörde, wegen nicht nachkommen der Erneuerung von Ausweispapieren. Zusätzlich ist die Kostenzusage bei ausländischen Patienten an eine gültige Aufenthaltserlaubnis gekoppelt.

Die Beantragung der Dokumente stellt uns Mitarbeiter wie auch die Patienten immer wieder vor große Herausforderungen. Erstmal muss geprüft werden, welche Papiere für die Beantragung nötig sind, da dies von Land zu Land sehr unterschiedlich sein kann. Nötige Papiere wie Geburtsurkunden, Identitätsnachweise etc. des Herkunftslandes müssen in aktueller

Form besorgt werden. Dies ist sehr zeitaufwendig oder gar nicht möglich, da diese Dokumente teilweise nur im Herkunftsland zu bekommen sind.

Die Kosten für die Neubeantragung bzw. Verlängerung von Pässen und die damit verbundenen Fahrtkosten zum Ausländeramt oder Konsulat, stellen eine weitere Hürde dar. Sie belaufen sich oft auf mehrere 100 Euro, die erst einmal zusammengespart werden müssen. Evtl. sind diese Kosten als Darlehn über die ARGE zu bekommen. Aber auch hier braucht man sehr viel Geduld und Zeit. Erstmal muss ein Antrag auf Darlehensweise Übernahme der Kosten gestellt werden. Ob dieser Antrag genehmigt wird, liegt im Ermessen des Sachbearbeiters, somit wird dies in den örtlichen Argen auch sehr unterschiedlich gehandhabt.

Wenn dann endlich alle Unterlagen und Gelder beisammen sind, wird es durch die kurzen Öffnungszeiten der Konsulate wieder zu einem Spießrutenlauf. Meist sind die Konsulate nur für 2 Std. täglich geöffnet und die Warteschlangen der Antragsteller vor der Tür sind lang. So kann es passieren, dass ein Patient letzt-

endlich gar nicht dran kommt und ungerichteter Dinge vom Konsulat ins Therapiezentrum zurückkehrt.

Nun hat sich seit dem 1. September 2011 die Beantragung des Aufenthaltstitels auch noch deutlich erschwert. Es wurde bundesweit der elektronische Aufenthaltstitel eingeführt, dieser löst die Klebeetikette in Ausweisdokumenten ab. Der Aufenthaltstitel ist nun ein gesondertes Dokument, das in Kreditkartenform mit elektronischen Zusatzfunktionen erteilt wird. Ein Umtausch der alten, noch gültigen Dokumente zum 1.09.2011 ist zum Glück nicht notwendig. Jedoch müssen nun alle Aufenthaltstitel, die während der Therapie ablaufen, von den betroffenen Patienten persönlich bei der Ausländerbehörde beantragt werden. Bisher war dies immer noch über eine bevollmächtigte Person möglich.

Der elektronische Aufenthaltstitel besitzt einen Chip auf dem biometrische Merkmale, Lichtbild und zwei

Fingerabdrücke gespeichert werden. Des Weiteren werden Nebenbestimmungen im Zusammenhang mit dem Aufenthaltstitel (z.B. zur Erwerbstätigkeit) gespeichert. Zusätzlich enthält der Chip einen elektronischen Identitätsnachweis und die Möglichkeit, eine elektronische Signatur zu nutzen.

Die Behörden rechnen hier, wegen der aufwändigen Bearbeitung mit verlängerten Wartezeiten. Da der elektronische Aufenthaltstitel für ganz Deutschland nur in Berlin hergestellt wird, ist mit einer Verfahrensdauer von ca. 6 Wochen zu rechnen. Die Beantragung sollte mindestens zwei Monate vor Ablauf der Befristung erfolgen. Kosten entstehen auch hier in Höhe von ca. 100–200 Euro.

Soviel zur Theorie der ausländerrechtlichen Beratung, spannend bleibt, wie reibungslos die Umsetzung in der Praxis funktioniert.



## Bericht der Adaptionphase

### *Wolfgang Schneider*

Im letzten Jahr hat sich die personelle Verbindung der beiden Teams von Adaption und Betreutem Wohnen zu einem Gesamtteam mit gemeinsamer Aufgabenteilung, Teambesprechungen und Supervision bewährt. Mit der erweiterten Mitarbeiterpräsenz und Kontinuität konnten die Fachkompetenz, die Arbeitsinhalte und die Arbeitsabläufe verbessert werden. „Kürzere Wege“ ermöglichen höhere Transparenz und schnellere Entscheidungsprozesse. Die Patienten erleben insgesamt eine intensivere Betreuung, insbesondere in der Vorbereitung auf ihre berufliche Wiedereingliederung. Der Übergang in unser Betreutes Wohnen gestaltet sich fließender, da die Ansprechpartner durch die Zusammenarbeit in der Adaption bereits bekannt sind.

Auch im Berichtsjahr 2011 gab es im Gesamtteam eine personelle Veränderung. Im Juli schied unser Kollege Thomas Martin nach einjähriger Mitarbeit in der Adaption und im Betreuten Wohnen aus. Er erfüllte sich seinen langjährigen beruflichen Wunschtraum, wechselte in die Selbständigkeit und arbeitet nun als Gitarrenlehrer.

An seiner Stelle verstärkt jetzt Martin Ziegler unser Team. Er schloss sein Studium der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik 2009 ab. Herr Ziegler kennt das Therapiezentrum Brückle aus seiner Studienzeit.

Er arbeitete dort im Nachtdienst und betreute eine Klettergruppe. Nach seinem Studium war er in der Forensik des ZfP Emmendingen tätig. Parallel dazu arbeitete er als selbständiger Erlebnispädagoge. Seit August 2011 ist er mit sechzig Stellenprozenten in der Adaption und mit vierzig Stellenprozenten in unserem Betreuten Wohnen tätig. Zu seiner beruflichen Weiterqualifizierung begann er im Herbst eine verhaltenstherapeutische Zusatzausbildung.

Jutta Schill schloss ihre DRV-anerkannte sozialtherapeutische Zusatzausbildung „integrative Suchttherapie“ erfolgreich ab. Carmen Reinbold absolviert im zweiten Jahr ihre systemisch orientierte Beratungsausbildung. Uwe Hupp baute seine Fahrradwerkstatt weiter aus, so dass unseren Patienten in der Arbeitstherapie – zusätzlich zu den hier üblichen Betätigungsfeldern – technisch anspruchsvolles Handwerk angeboten werden konnte.

### **Ambulante Nachsorge**

---

Viele Patienten haben nach Abschluss der Intensiv- und Adaptionphase weiterhin Unterstützungsbedarf, um ihre Abstinenz auch längerfristig zu sichern. Im aktuellen Berichtsjahr wechselten 20 Patienten nach Ihrer Adaptionphase in ein Betreutes Wohnen. Ein Patient absolvierte eine ambulante Nachbetreuung in unserem RehaHaus, sieben weitere entschieden



sich für diese Folgebetreuung bei ihren Drogenberatungsstellen.

Die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen des Betreuten Wohnens in der Hochburg oder der Emma in Emmendingen und der AGJ Oberau in Freiburg gestaltete sich wieder sehr konstruktiv, so dass allen interessierten Patienten ein Platz in einem Betreuten Wohnen in der Region Freiburg/Emmendingen angeboten werden konnte. Dies war besonders für jene wichtig, die bisher nicht im Raum Freiburg lebten, sondern einen sozialen und beruflichen Neubeginn in der Region wagten.

Zur weiteren Vernetzung fand im Dezember ein Treffen des Arbeitskreises ambulantes Betreutes Wohnen in unserem RehaHaus statt. Neben Fragestellungen, die spezifisch das Betreute Wohnen betrafen, wurden ausführlich Schnittstellenprobleme diskutiert, die den Wechsel aus der stationären Behandlung in das Betreute Wohnen kennzeichnen.

### **Teilnahme an einer Evaluationsstudie**

---

Mit der Adaption des Integrationszentrums der AGJ in Lahr verbindet uns inzwischen eine langjährige Kooperation. Im Rahmen von deren Modellprojekt „Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung (BISS)“ nahmen unsere Patienten als Vergleichsgruppe an einer Evaluierungsstudie teil. Betreut wurde diese Studie von dem Institut für Rehabilitationspsychologie der Universität Freiburg. Die Ergebnisse lagen zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor. Wir sind sehr interessiert an den Ergebnissen und Anregungen aus dieser Studie, um unser Konzept der beruflichen Integration weiterzuentwickeln.

### **Selbsthilfegruppen**

---

Der erfreuliche Trend, dass unsere Patienten regelmäßig eine Selbsthilfegruppe aufsuchen, setzte sich ebenfalls fort. Der überwiegende Teil entschied sich für die Teilnahme bei den Alpha Panthers der EUSG (Ex-User support group). Erste Kontakte entstanden bereits durch deren Besuche und Konzeptvorstellung während der Intensivphase in dem Therapiezentrum Brückle. Diese Kontakte wurden in der Adaption beibehalten, so dass für unsere Patienten die „Anfangshürde“ einer unbekannteren Gruppe wegfiel. Weiterhin wurden Selbsthilfegruppen der anonymen Alkoholiker aufgesucht.

### **Ton in Ton**

---

Kurz vor Weihnachten erreichte uns noch eine überraschende und sehr erfreuliche Nachricht. Die Gun-

delfinger Chorgemeinschaft „Ton in Ton“ will uns mit einer Spende aus Ihrem Benefizkonzert im Februar 2012 unterstützen. Dafür bedanken wir uns herzlich. Diese Spende wollen wir in den Kauf eines Mountainbikes investieren, um unseren Patienten so die Möglichkeit zu bieten, sich im Rahmen ihrer aktiven Freizeitgestaltung einer Mountainbikesportgruppe anschließen zu können.

### **Bilanz**

---

Im Berichtsjahr war die Adaptionphase mit einer Belegung von (99,9%) voll ausgelastet. Insgesamt wurden 44 Patienten behandelt. Acht wurden aus dem Vorjahr übernommen und acht Patienten schließen ihre stationäre Behandlung in den ersten drei Monaten des Jahres 2012 ab. Von den 36 Patienten, die ihre Behandlung 2011 abschlossen, taten dies 29 regulär. Drei Patienten entließen wir wegen gravierender Verstöße gegen die Behandlungsvereinbarung disziplinarisch. Vier weitere verließen die Adaption vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis. Mit diesen sieben Patienten wurden jeweils individuelle Anschlussmaßnahmen vereinbart.

Prozentual liegt die Quote der regulären Behandlungsabschlüsse bei 80,6%. Damit liegen wir im Trend der zurückliegenden Jahre mit Ausnahme des außerordentlichen Ergebnisses von 2010 mit 91,7%. Auch wenn wir hinter diesem Ergebnis zurückblieben, werten wir dennoch den Jahresabschluss von 2011 als einen Erfolg, zumal kein Patient wegen Drogen- oder Alkoholrückfälligkeit seine Therapie vorzeitig beenden musste. Die Verweildauer in der Adaptionphase bei regulärem Abschluss betrug 87 Tage (2010: 87 Tage). Bei nicht regulärem Abschluss waren es 50 Tage (2010: 46,7 Tage). Diese Ergebnisse sind für uns der Ausdruck einer konstruktiven Beziehungsgestaltung zu den Patienten, als unabdingbare Voraussetzung für einen erfolgreichen Behandlungsverlauf.

### **Arbeit**

---

Die Voraussetzungen für gute Ergebnisse in dem Behandlungsmodul „berufliche Integration“ sind neben der notwendigen Motivation und Anstrengungsbereitschaft der Patienten auch eine gute Zusammenarbeit mit unseren Kooperationspartnern. Unsere Patienten trafen in ihren Praktikumsstellen durchweg auf konstruktive Lern- und Arbeitsbedingungen, die teilweise in festen Arbeits- oder Ausbildungsstellen mündeten. Die Zusammenarbeit mit den Agenturen für Arbeit, Jugendagenturen und Bildungsträgern gestaltete sich ebenso zielführend für unsere Patienten.

20 Patienten (55,6%) konnten so insgesamt "versorgt" werden. 12 (33,3%) erhielten eine feste Arbeitsstelle. Sechs Patienten (16,7%) wurden in eine Ausbildung oder eine Qualifizierungsmaßnahme übernommen. Ein Patient wurde an einem Berufskolleg aufgenommen. 17 (47,2%) beendeten ihre Behandlung arbeits-suchend.

Dass jeder zweite Patient mit einer festen beruflichen Perspektive seine Adaption beenden konnte, stimmt uns zuversichtlich, da Beruf und Arbeitsplatz identitätsstiftend sind und maßgeblich zu einer gelingenden abstinenten Lebensführung beitragen.

## **Abschluss**

Die Sanierung aller Sanitärräume im RehaHaus wurde abgeschlossen. Im März 2011 wurden das RehaHaus mit Adaption und Betreutem Wohnen erneut erfolgreich zertifiziert.

Wir können im Berichtsjahr 2011 auf eine insgesamt konstruktive Zusammenarbeit mit unseren Patienten zurückschauen. Sie zeigten eine gute Abstinenzmotivation, so dass wir keine nachweisbare Rückfälligkeit mit illegalen Drogen oder Alkohol zu verzeichnen hatten. Die große Zahl der Patienten, die sich in ambulante Nachsorge oder Betreutes Wohnen begaben und sich darüber hinaus in Selbsthilfegruppen engagieren, stimmt uns zuversichtlich hinsichtlich einer nachhaltig gelingenden abstinenten Lebensführung.



## Neuorientierungsphase in der Adaption

*Jutta Schill*

„In der Neuorientierungsphase erfolgt die Umsetzung in Handlungssequenzen des Alltags: in den Beruf, in die Beziehung, Familie usw. Hier erfolgt die Veränderung des Umfeldes durch die Person, die aber eine „Kreative Anpassung“ des Individuums an bestehende Verhältnisse nie ausschließt. Die Umsetzung von therapeutischen Konzepten in die Lebenspraxis der Patientinnen/Klientinnen stellt eine Rückwirkung auf die Lebensumstände dar, aus dem das Problem hervorgegangen ist, dessentwegen der Patient in die Therapie kam. Die in der Neuorientierungsphase umgesetzten Praxiserfahrungen führen zu Bestätigung oder Revision. Damit folgt auf die Neuorientierungsphase in einer Spiralbewegung wieder eine Initialphase, die in einem neuen Korrespondenzprozess die erarbeiteten Konzepte laufen präzisiert, verändert oder widerlegt, um weitere, noch bessere Praxis zu ermöglichen.“

(Leitner 2010, S. 216)

Die Adaption ist als externe Einrichtung selbstständig organisiert und nimmt auch Männer und Frauen aus anderen Einrichtungen auf. Gemeinsam mit den Patienten/innen werden im Erstgespräch Ziele für die Adaptionphase formuliert. Weiterführende Zielvereinbarungen aus der vorangegangenen Behandlungsphase werden übernommen. Selbstverständlich findet innerhalb der Adaption weiterhin ein prozess-

haftes Vorgehen statt, Ziele werden revidiert oder neu angepasst.

Die Adaption ist grundsätzlich eine Phase der Ablösung und Neuorientierung an Aspekte der Lebenswirklichkeit.

Nach der Klärungsphase, in der eine belastbare Kooperation angestrebt wird, kommt es meist innerhalb der Intensivphase zu einer hohen Motivation der Patienten und demzufolge zu einer starken Veränderungsbereitschaft. In der Adaption geht es darum, den Transfer in das Alltagsleben zu erreichen und das Interesse zu wecken an einer Umstrukturierung der Lebens- und Krankheitskarriere. Damit wird der Erfolg der Intensivphase stabilisiert und vorzeitige Ausstiege und „rasche Abstürze“ verhindert.

Das Konzept der „intermittierenden Karrierebegleitung“ wird dem Patienten als Ressource zur Verfügung gestellt und durch die Kooperation mit unseren Partnern in der Suchtkrankenhilfe gesichert. Unsere Patienten werden über die Drogenberatungsstellen in die Therapie vermittelt. Zu den Beratern/ Beraterinnen besteht meist eine gute Beziehung. Die differenzierte und vernetzte Drogenhilfe kann systematisch genutzt werden, um eine Langzeitbegleitung – Karrierebegleitung – zu ermöglichen. Es ist in diesem Zusammenhang wichtig, dass Patienten, die an ihren Heimatort zurückkehren, bereits frühzeitig aus der Adaption wieder Kontakt mit ihrer Drogenberatungsstelle aufneh-

men. Es ist uns daran gelegen, dass sie erneut eine Anlaufstelle finden, bei der sie die Chance erhalten, weiterhin einen drogenfreien Lebensstil zu pflegen oder aber professionelle Hilfe bei einem wieder aufgenommenen drogengebundenen Lebensstil.

Im Sinne der Karrierebegleitung sind wir in der Adaption oftmals eine wichtige Schnittstelle. Wir unterstützen unsere Patienten in ihren Bemühungen um eine adäquate Nachsorge. Durch ambulante Nachsorge in unserem Haus kann in einem bereits bestehenden Vertrauensverhältnis weiter praktische Lebenshilfe, Krisenintervention und Lebensberatung im Sinne einer Hilfe zur Formung eines drogenfreien Lebensstils stattfinden.

Die Gruppe an Patienten in der Adaption ist heterogen. In der Regel überwiegt die Zahl der jungen Patienten im ersten Karriereabschnitt. Dies bedeutet, dass sie weniger Ressourcen verschlissen haben und über eine höhere Selbstregulation verfügen. Unter Schädigungen durch Notkriminalität, Gewalterfahrun-

gen und entbehrungsreicher Lebensumstände leiden besonders die Patienten ab 30 Jahren. Bei unseren älteren Patienten kommen schwerwiegende gesundheitliche Probleme hinzu durch Infektionen und jahrelanges dysfunktionales Alltagsverhalten. Erfahrungen von sozialer Stigmatisierung und Ausgrenzung haben sie häufig erlebt.

Die Adaption arbeitet mit Zukunftsaussichten und Plänen der Patienten, die natürlich ganz entscheidend geprägt sind von vorgenannten Lebenshintergründen.

Eine gute Ressourcendiagnostik und -förderung und der Einbezug der Kontextbedingungen bilden deshalb die Grundlage für ein späteres erfolgreiches Gelingen in Bezug auf die zukünftige Lebensgestaltung.

### ***Buch für Literaturverzeichnis:***

Leitner, A.: Handbuch der Integrativen Therapie. Wien: Springer-Verlag, 2010



## Qualitätsmanagement in der Arbeitstherapie der Adaptionsphase

*Uwe Hupp*

Im RehaHaus Gundelfingen wurde vor vier Jahren das Qualitätsmanagementsystem entwickelt und eingeführt. Es sichert die Standards und dient den Mitarbeitern bei den alltäglichen Handlungsabläufen als Orientierung. In den letzten Jahren wurden die Prozesse und Konzepte in der Arbeitstherapie überprüft, verändert und den Alltagsanforderungen angepasst. Somit wurde ein schlüssiges Konzept entwickelt, dass den Angeboten der Arbeitstherapie in der Adaptionphase im RehaHaus Gundelfingen gerecht wird.

Im Folgenden werden die Prozesse beschrieben, wie Patienten vom Therapiezentrum Brückle in die Adaptionphase wechseln und wie die Arbeitstherapie die Standards des Qualitätsmanagement umsetzt.

### **Ablauf und Prozesse:**

Die Patienten werden nach Beendigung der intensivtherapeutischen Phase von einem Mitarbeiter des Therapiezentrums Brückle in unsere Einrichtung gebracht.

Nach der Begrüßung durch die Mitarbeiter werden den Patienten ihre Zimmer zugewiesen. Von der Verwaltung wird Ihnen das Essens und Taschengeld ausbezahlt. Die Patienten räumen danach ihre Zimmer ein und versorgen sich im nahen Einkaufszentrum mit Lebensmitteln. Im Verlauf des Tages findet dann das Aufnahmegespräch mit dem Bezugstherapeuten statt.

Am zweiten Tag ihres Aufenthalts werden die neuen Patienten in die Arbeitstherapie mit eingebunden. An diesem Tag können sie vormittags am Kochprojekt teilnehmen. Nachmittags erfolgt das Einführungsgespräch mit dem Mitarbeiter der Arbeitstherapie. Die neuen Patienten werden mit den Hausregeln und Hausabläufen vertraut gemacht. Nach dem Einführungsgespräch wird ein Zimmerprotokoll erstellt und es folgt ein Hausrundgang. Den Patienten werden dabei die hauswirtschaftlichen Angelegenheiten der Selbstversorgung wie Zimmergestaltung, Mülltrennung, Benutzung der Waschmaschine, Küche, Hausputz, etc. erklärt.

Danach werden die Patienten in einen der folgenden AT Bereiche eingeplant

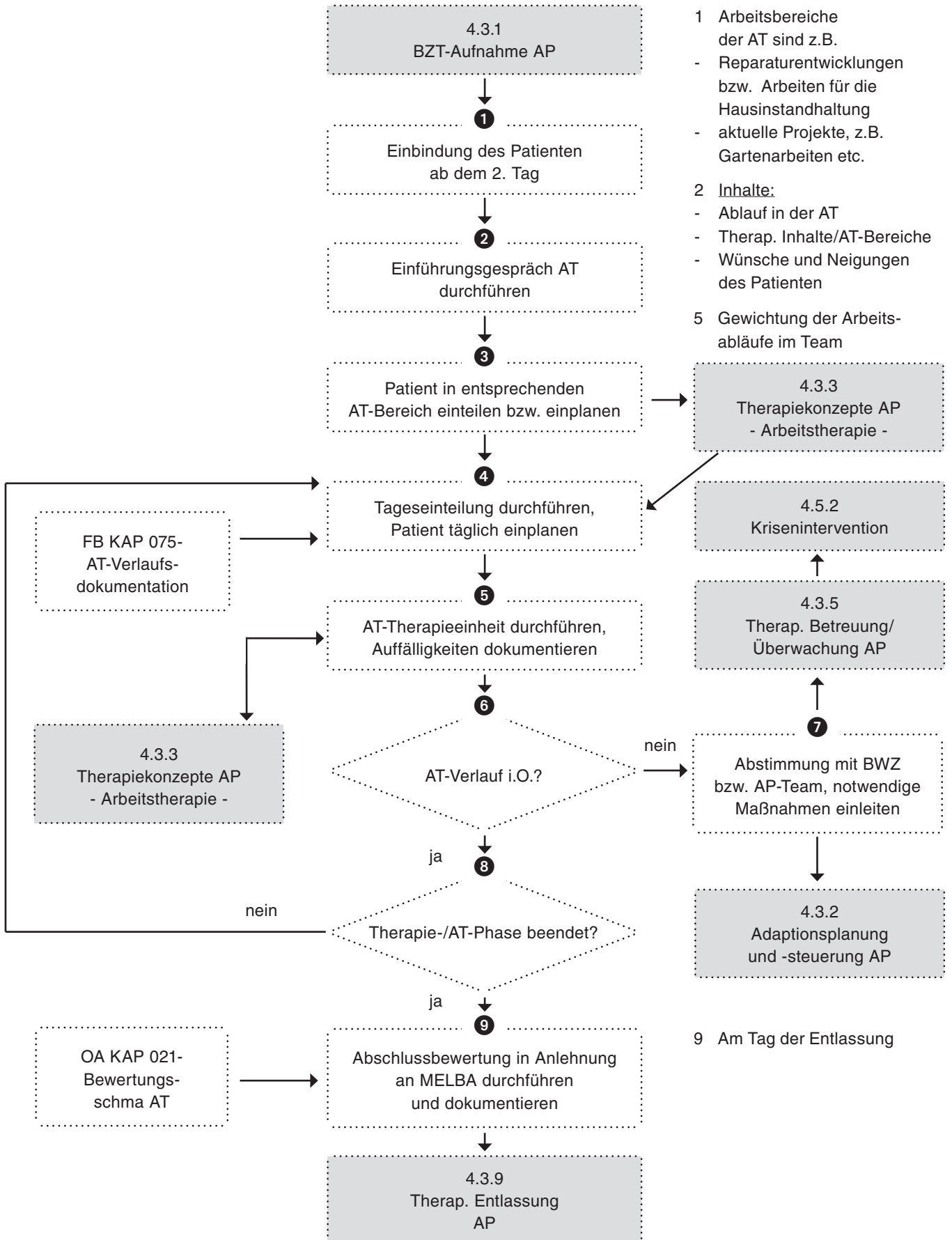


## Verantwortungen

1–9 AT

## Prozessablauf Teil 1 von 1

## Bemerkungen



- › Hauswirtschaft
- › Hausinstandhaltung
- › Gartenarbeit
- › Projekte
- › Fahrradwerkstatt

Hierbei werden ihre persönliche Neigungen und Fähigkeiten berücksichtigt. Darüber hinaus begleitet der Arbeitstherapeut im RehaHaus, die Patienten bei persönlichen Anforderungen wie zum Beispiel dem Bewerbertraining, der Suche nach einem Praktikum und einer sinnvoller Freizeitgestaltung.

Im Rahmen der Arbeitstherapie wird der Patient für jeden Tag in die Arbeitstherapie eingeplant. Die Durchführung und Umsetzung wird mit dem Formblatt zum AT-Verlauf dokumentiert. Die Durchführung wird mit den Bezugstherapeuten abgestimmt, falls erforderlich werden notwendige Maßnahmen eingeleitet. Am Ende des Therapieverlaufs wird eine Abschlussbewertung in Anlehnung an MELBA durchgeführt,

dokumentiert und anschließend in die Akte des Patienten unter der Rubrik Arbeit abgeheftet.

Im Handbuch des QM sind die Prozesse folgendermassen abgebildet:

### **4.3 Adaptionenprozesse AP**

#### **4.3.6 Arbeitstherapie AP**

Es kann zusammenfassend festgestellt werden, dass mit der Entwicklung des Qualitätsmanagement die Abläufe im Haus und in der Arbeitstherapie transparenter dargestellt werden. Es ergeben sich für die Mitarbeiter klare Arbeitsstrukturen, die auch für unsere Patienten ein gut strukturiertes Umfeld bietet und deutliche Synergieeffekte in der Zusammenarbeit mit den Patienten erzeugt.

Die Qualität der Arbeit wird über interne und externe Audits geprüft, erhalten und verbessert. Die Prüfungen motivieren, die erreichten Standards zu halten und neue Impulse zu entwickeln. Das System orientiert sich an den Bedürfnissen aller am Prozess Beteiligten und kann danach selbst verändert und verbessert werden.



*Carmen Reinbold, Martin Ziegler*

### **Bewerbungen**

Im Jahr 2011 haben sich insgesamt 32 Klienten, darunter fünf Frauen, für das Betreute Wohnen beworben. Die Bewerbungen kamen aus folgenden Einrichtungen:

24 Klienten bewarben sich aus dem Therapiezentrum Brückle. Davon begaben sich 23 in die Adaptionenphase des RehaHauses in Gundelfingen. Ein Klient absolvierte die Adaptionenphase in einer anderen Einrichtung und wiederum ein Klient wechselte nahtlos aus der intensivtherapeutischen Phase direkt zu uns. Vier Frauen bewarben sich aus der Therapieeinrichtung Lindenhof, eine Frau bewarb sich aus dem Haus Wiesengrund. Die restlichen drei Bewerbungen kamen aus dem Therapiezentrum Speyer, aus der Adaptionenphase in Lahr und der Stiftung Diakoniewerk Kropp.

### **Belegungssituation**

Im Berichtsjahr 2011 nahmen 23 Klienten/innen (2 Frauen, 21 Männer) im Alter von 22 bis 49 Jahren das Betreute Wohnen wahr. 14 Bewohner waren im Alter von 20 bis 30, sechs waren im Alter von 31 bis 40 und drei Bewohner waren zwischen 41 und 50 Jahren.

Aus 2010 wurden neun Klienten übernommen. In 2011 hatten wir 14 Neuaufnahmen.

Zwei Frauen kamen aus der Rehaklinik Lindenhof in Schallstadt zu uns. 19 Männer kamen nach Abschluss ihrer Adaption aus dem RehaHaus in Gundelfingen. Lediglich ein Klient wechselte direkt aus dem Therapiezentrum Brückle zu uns und ein weiterer Klient absolvierte die Adaptionenphase in Lahr.

Das Betreute Wohnen schlossen im Berichtsjahr insgesamt 15 Klienten/innen ab. Drei mussten wir disziplinarisch entlassen, zwei Klienten aufgrund von

Rückfälligkeit, ein Klient wegen gravierender Regelverstöße. Vier Klienten/innen verließen frühzeitig das Betreute Wohnen.

Die durchschnittliche Verweildauer der disziplinarisch entlassenen Klienten belief sich auf 4 Monate, wobei ein Klient 6 Monate im BW verbrachte und die beiden weiteren Klienten je 3 Monate.

### **Verweildauer der regulär entlassenen Klienten/innen**

Klienten/innen	Monate
3	12 Monate
1	11 Monate
1	10 Monate
1	8 Monate
3	6 Monate
1	4 Monate
1	2 Monate
1	0,5 Monate

Durchschnittliche Verweildauer 7,5 Monate

Demgegenüber standen 12 reguläre Entlassungen, von denen zwei in unsere Clean-WG wechselten. Drei der regulär Entlassenen nahmen das betreute Wohnen für ein ganzes Jahr in Anspruch. Zwei Klienten beendeten das Betreute Wohnen nach 11 bzw. 10 Monaten. Ein Klient nahm das Betreute Wohnen für 8 Monate in Anspruch, weitere drei Bewohner waren 6 Monate hier. Bei den regulären Entlassungen lag die durchschnittliche Verweildauer somit bei 7,5 Monaten. Von den regulären 12 Beendigungen erhielten Sechs Bewohner eine Verlängerung der Kostenzusage um weitere 6 Monate. Insgesamt zeigte sich ein starkes Interesse für eine längere Verweildauer und die Inanspruchnahme der Hilfen im letzten Jahr.

### **Das Betreute Wohnen im Beratungsgespräch**

Im Betreuten Wohnen finden regelmäßig Einzelgespräche statt, die grundsätzlich auf dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe aufbauen. Ein Beratungsgespräch zeichnet sich in aller Regel dadurch aus, dass eine Person mit einem entsprechenden Anliegen oder einem Problem die Hilfe, den Rat oder die Unterstützung einer anderen Person, bspw. eines Sozialpädagogen, Therapeuten etc. sucht. Gerade als professionell Tätiger sollte die Maxime der „Hilfe zur Selbsthilfe“ handlungs- bzw. gesprächsleitend sein, d.h., den Klienten in seiner Initiative und Kompetenz zu unterstützen und

nicht durch eigenes (vorschnelles) Handeln selbst aktiv zu werden (Gührs/Nowak, 2002).

Ein Beratungsgespräch ist weiterhin idealtypisch durch fünf voneinander unterscheidbare Phasen charakterisiert, denen jeweils verschiedene Zielsetzungen immanent sind. Diese Phasen mit ihren entsprechenden Zielen werden im Folgenden dargestellt:

#### **1. Grundlagen klären**

In dieser Phase sollen die Grundlagen bzw. die Ausgangserwartungen geklärt werden. Hier geht es um Fragen nach dem Anlass, dem Grund des Aufsuchens der Einrichtung und den Erwartungen und den Wünschen, die der Klient damit verbindet.

Dies ist auch die Phase, in der sich der Beratende klar werden muss, ob er z.B. selbst bereit ist, sich mit dem entsprechenden Thema auseinandersetzen oder mit der entsprechenden Person arbeiten will und kann.

#### **2. Das Problem beschreiben lassen**

In der zweiten Phase bedarf es großer Aufmerksamkeit seitens des Beraters, da es um die Eruiierung des tatsächlichen und konkreten Problems geht. Dem Klienten sollte einerseits die Möglichkeit gegeben werden, seine Sicht der Dinge, des Problems darzulegen. Andererseits soll durch gezieltes Nachfragen eine möglichst genaue „Definition“ des Problems erreicht werden, da diese in vielen Fällen bereits (erste) Lösungsvorschläge beinhaltet, z.B. dann, wenn sich durch die genaue Beschreibung mögliche Konfusionen des Klienten auflösen.

#### **3. Bisherige Lösungsversuche abklären**

Durch Fragen nach etwaigen vorangegangenen Versuchen der Problemlösung, den dadurch erzielten Ergebnissen und den sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen etc. soll überprüft werden, inwiefern der Klient aktiv an der Lösung des Problems gearbeitet hat oder was ihn daran hinderte.

#### **4. Lösungen entwickeln**

Wie bereits einleitend festgestellt, geht es auch hier nicht darum, dass der Berater Lösungen „serviert“, sondern im Gegenteil, dass der Klient selbst Lösungswege entwirft und ebenso ihre Wege der Umsetzung. Anfänglich ist es nicht so sehr wichtig, inwieweit diese realistisch oder realisierbar sind. Im Vordergrund

steht zunächst einmal die Erweiterung allzu eingefahrener Denk- und Verhaltensmuster des Klienten. Erst in einem nächsten Schritt werden die vorgeschlagenen Ideen auf ihre Realisierbarkeit untersucht und auf konkretes Handeln adaptiert. Wesentliche Punkte sind hierbei, dass das Vorhaben als „positiv und in der eigenen Macht stehend“ formuliert und „in kleinen Schritten und überschaubarer Zeit“ umgesetzt wird. Ebenso soll es „konkret, sicher, legal und überprüfbar“ (S. 231) sein.

## 5. Strategien zur Umsetzung planen

In dieser Phase kommen o.g. Punkte stark zum Tragen: Je konkreter und gleichsam überprüfbarer ein entworfenes Vorhaben im Sinne neuen Verhaltens geplant ist, umso einfacher ist die Umsetzung, womit auch die Wahrscheinlichkeit des Gelingens steigt. In

diesem Sinne muss also überprüft werden, welche Schritte getan und in welchen Situationen sie umgesetzt werden, ob oder welche Unterstützung es hierbei braucht, woran der Klient selbst (oder ggf. Beteiligte) einen Erfolg erkennen und/oder ob der Ratsuchende seine Erfahrungen austauschen möchte.

Abschließend ist anzumerken, dass es nicht zwingend darum geht, dass das Problem sofort geklärt ist, sondern dem Ansatz des Empowerment folgend, darum, dass die betreffende Person befähigt wird „allein klar zu kommen“, die Türe zum Berater jedoch „offen steht“.

### Literatur

Gührs, Manfred/Nowak, Claus. (2002). Ein Leitfaden für Beratung, Unterricht und Mitarbeiterführung mit Konzepten der Transaktionsanalyse. (5. Aufl.). Verlag Christa Limmer: Meezen.



## Mitarbeiter/innen und Teams

*Martin Lüdeke*

Folgende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren zum 31.12.2011 in den verschiedenen Teams und Funktionen beschäftigt:

### Therapeutische Gesamtleitung

**Martin Lüdeke**

### Ärztliche Leitung

**Harald Dahmen**

### Verwaltungsleitung

**Jutta Kleindienst**

### Klärungs- und Intensivphase Buggingen

### Verwaltung

#### **Susan Braun (95%)**

Verwaltungsleitung Klinik, Sekretariat, Aufnahmeplanung, Datenschutzbeauftragte

#### **Martina Franzreb (60%)**

Medizinische Fachangestellte, ärztliches Berichtswesen, Sekretariat

#### **Ute Breuer (25%)**

Verwaltungsangestellte

### Fachbereich Medizinische Versorgung

#### **Harald Dahmen**

Arzt, Fachkunde Suchtmedizin

#### **Arno Thiel**

Facharzt für Allgemeinmedizin, Fachkunde Suchtmedizin

### Fachbereich Psychotherapie

#### **Andreas Wende (80%)**

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Fachteamleiter

#### **Arnold Hepp (100%)**

Sozialtherapeut

#### **Karl Kübler (100%)**

Diplom-Pädagoge, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut, Familientherapeut

#### **Astrid Müller (100%)**

Diplom-Sozialpädagogin (FH), Psychodrama-Suchtttherapeutin FDR

#### **Bärbel Wahlig (80%)**

Diplom-Sozialarbeiterin (FH), Suchtttherapeutin Psychodrama VDR

**Carina Weisser (65%)**

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

**Fachbereich Arbeitstherapie****Claudia Köppeler (85%)**

Fachteamleitung, Ergotherapeutin, Agraringenieurin, (Garten und Gelände), Hygienebeauftragte

**Klaus Gebele (85%)**

Arbeitserzieher, (Metallwerkstatt), Brandschutzbeauftragter

**Thomas Keller (100%)**

Erzieher am Arbeitsplatz (Hausversorgung, Instandhaltung)

**Bernd Rolle (75%)**

Schreiner (Schreinerei), Arbeitssicherheitsbeauftragter

**Margit Merk (90%)**

Hauswirtschaftsleiterin (Hauswirtschaft)

**Sabine Leukel (60%)**

Arbeiterzieherin im Anerkennungsjahr (Hauswirtschaft und Garten)

**Fachbereich Sozialtraining u. -beratung****Hanne Drexlmaier (85%)**

Diplom-Sozialpädagogin, Fachteamleitung, Schuldner- und Sozialberatung, QM-Beauftragte

**Kerstin Handloser (100%)**

Diplom-Sozialpädagogin, Schuldner- und Sozialberatung

**Dorothea Lau (80%)**

Diplom-Sozialarbeiterin und Kunsttherapeutin, Freizeitpädagogik und Bildung

**Mohamed Saleh (20%)**

Sportlehrer, Sport und Fitness

**Abend-/Nacht- und Wochenenddienste****Tina Güttinger (50%)****Sara Kaiser (25%)****Matthias Kiefer (25%)****Christian Zimmermann (25%)****Christofer Mayer (50%)****Honorarmitarbeiter/innen****Udo Claushues**

Systemadministrator EDV

**Tina Güttinger**

Feldenkraislehrerin

**Sara Kaiser + Nelli Hasina**

Deutschunterricht und PC-Kurs

**Andrea Stolz**

Yoga

**Ingrid Sturm**

Psychologische Psychotherapeutin, Supervision

**Günter Wirminghaus**

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrische Versorgung und Fachcolloquium

**Ehrenamtliche Mitarbeiter/innen****Claudia Imbery**

Lauffreizeit

**Gerhard Kolbe**

Astronomiegruppe

**Marlies Schmidt-Nussbaum**

Taizégruppe

**Wolfgang Schmidt**

Taizégruppe

**Friedhelm Staenke**

Fußballtraining, Gitarrenunterricht

**Hans Wölfle**

Kultur Café

**Rehahaus Gundelfingen****Adaptionsphase****Wolfgang Schneider (80%)**

Diplom-Sozialarbeiter, Leitung, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Einzel- und Gruppentherapie

**Uwe Hupp (90%)**

Arbeitstherapie, Sozialtherapie und Freizeitangebote

**Jutta Schill (70%)**

Diplom-Sozialpädagoge, Einzel- und Gruppentherapie

**Martin Ziegler (60%)**

Diplom-Sozialpädagoge, Einzel- und Gruppentherapie

**Carmen Reinbold (20%)**

Diplom-Sozialpädagogin, Berufsintegration

## Betreutes Wohnen

### **Carmen Reinbold (50%)**

Diplom-Sozialpädagogin

### **Martin Ziegler (40%)**

Diplom-Sozialpädagoge

### **Edmund Haas (20%)**

Kfz-Meister und Ausbilder,  
Arbeitstherapie

---

## Verwaltung und Sekretariat

### **Ute Breuer (50%)**

---

## Honorarmitarbeiter

### **Rüdiger Berg**

Diplom-Psychologe, Supervision

Im Jahr 2011 war in unseren stationären Einrichtungen bei den fest angestellten Mitarbeitern/innen ein bedeutsamer Wechsel zu verzeichnen. Die hohe Kontinuität in den Teams über viele Jahre hat sich nun darin gezeigt, dass wir uns erstmals mit den natürlichen Fragen der Verabschiedung in die Rente beschäftigen durften.

In der Intensivphase im Therapiezentrum wurde zum 1. 7. 2011 Frau Geuder in die Altersrente verabschiedet. Seit 20 Jahren war sie eine zentrale und zuverlässige Kraft in unserer Klinikverwaltung. Ihre Nachfolgerin Frau Martina Franzreb konnte sich schnell in den Arbeitsbereich der Verwaltung einarbeiten und hat als Medizinische Fachangestellte auch wichtige Aufgaben für den Medizinischen Bereich übernommen.

In der Gesamtleitung hat Michael Rommelspacher ab dem 1.10.2011 alle Funktionen an seinen bisherigen Stellvertreter Martin Lüdeke übergeben und beginnt zum 1.1.2012 den passiven Abschnitt seiner Alterszeit. Die Verabschiedung von Michael Rommelspacher im Oktober war für uns alle sehr weit reichend. Neben den persönlichen Abschiedsprozessen sind damit auch für die Kollegen und Kolleginnen viele kleine und größere Veränderungen in den Arbeitsabläufen verbunden, die aber bisher von allen beteiligten Mitarbeitern/innen gut umgesetzt werden konnten.

In der medizinischen Versorgung wird unser leitender Arzt seit April 2011 durch Herrn Thiel, niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin unterstützt und vertreten. Zum 1.1.2012 wird Herr Dahmen seine

Stelle zusätzlich um 10% aufstocken und Frau Beidek eine examinierte Gesundheits- und Krankheitspflegerin ihre Tätigkeit bei uns beginnen.

Die Stelle als Bezugstherapeut und Leiter des Fachteams Psychotherapie konnte mit Andreas Wende, Psychologischer Psychotherapeut mit langjähriger Erfahrung in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen und in der Psychosomatik hervorragend besetzt werden. Zum 1. 11. 2011 ist Sabine Leukel als Arbeitserzieherin im Anerkennungsjahr eine neue Kollegin in den Bereichen Küche und Garten, die wir bereits in ihrem Praktikum schätzen gelernt haben.

Da wir unseren ehemaligen Praktikanten und qualifizierten Honorarkräften in den Nacht- und Wochenenddiensten Katharina Fräulin und Matthias Kiefer leider keine passenden Stellen zu bieten hatten, freuen wir uns, dass sie zum Abschluss ihrer Hochschulausbildungen nahtlos in stationären Rehaeinrichtungen in der Region angestellt wurden. Ebenso haben einige unserer honorarbeschäftigten bzw. ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen ihre Tätigkeiten aus persönlichen Gründen in den gesundheitsorientierten und freizeitpädagogischen Angeboten zum Jahresende abgeschlossen. Wir danken an dieser Stelle nochmals Frau Sandra Klein-Gißler für ihre hervorragende Arbeit in den vielen Aufführungen und Workshops zum Improvisationstheater und Herrn Michael Scholz und Herrn Christian Geitner für ihre anspruchsvollen und motivierenden sportlichen Angebote. Wir hoffen, dass wir im nächsten Jahr dann wieder neue ehrenamtliche und / oder Honorarkräfte für diese wichtigen und bei Patienten beliebten Angebote gewinnen können.

In der Adaptionsphase und im Betreuten Wohnen hat sich leider unser Mitarbeiter Thomas Martin für die berufliche Aufgabe als Musiklehrer entschieden. Seine Stelle übernimmt seit dem 1.8.2011 unserer ehemaliger Praktikant und externer Mitarbeiter Martin Ziegler. Da ihm die Kollegen/innen und Patienten noch bekannt waren, ist die nahtlose Einarbeitung in die Aufgabenbereiche der Adaption und des Betreuten Wohnens gut gelungen.

Trotz der verschiedenen Personalwechsel besteht eine gute Kontinuität und Kompetenz in den Fachteams und gewährleistet die Qualität und Zufriedenheit mit den Behandlungsverläufen. Das hohe Engagement im Team hat sich in diesem Jahr mit einer soliden Mitwirkungsbereitschaft der Patienten ergänzt und für beide Seiten ausgesprochen positive Entwicklungen ermöglicht.



**Satz und Gestaltung**  
Büro für angewandte Reklame | Freiburg | Tel. 07 61 / 66 11 3

**Mit freundlicher Unterstützung von**



**OMNI|PRINT**<sup>®</sup> GmbH

