



# **Jahresbericht 2008**

**Hauptstraße 94  
44651 Herne  
☎ 02325/3892 - Fax: 02325/932523  
email: [jkd-kadesch@t-online.de](mailto:jkd-kadesch@t-online.de)  
internet: [www.therapieverbund-herne.de](http://www.therapieverbund-herne.de)**

**Vorsitzender des Beirates: Frank Sichau MdL**

**Geschäftsführer: Peter Schay**



## **Inhalt**

Kurzcharakterisierung Kadesch GmbH

Drogenhilfesystem Herne

Eckpunkte zur Weiterentwicklung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Übergeordnete Behandlungsziele der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Adaptionphase als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation im Sinne der krankensicherungsrechtlichen Bestimmungen

Sport als Möglichkeit der Streßbewältigung - ein Leistungsangebot in der medizinischen und sozialen Rehabilitation -

Adaption 2008

Ambulante medizinische Rehabilitation (ARS)

Ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation

Ambulantes Betreutes Wohnen

Maßnahmen der beruflichen (Wieder-)Eingliederung

Prävention (Fachstelle für Suchtprävention und Gesundheitsförderung im Verbund von Ksadesch GmbH und JKD e.V.)

Institutionelle Arbeit/Leitung/Verwaltung

Qualitätskontrolle

Die Mitarbeiter

## Kurzcharakterisierung Kadesch GmbH

- **gemeinnützige Gesellschaft zur Förderung der Jugend- und Suchtkranken-Hilfe Herne** -

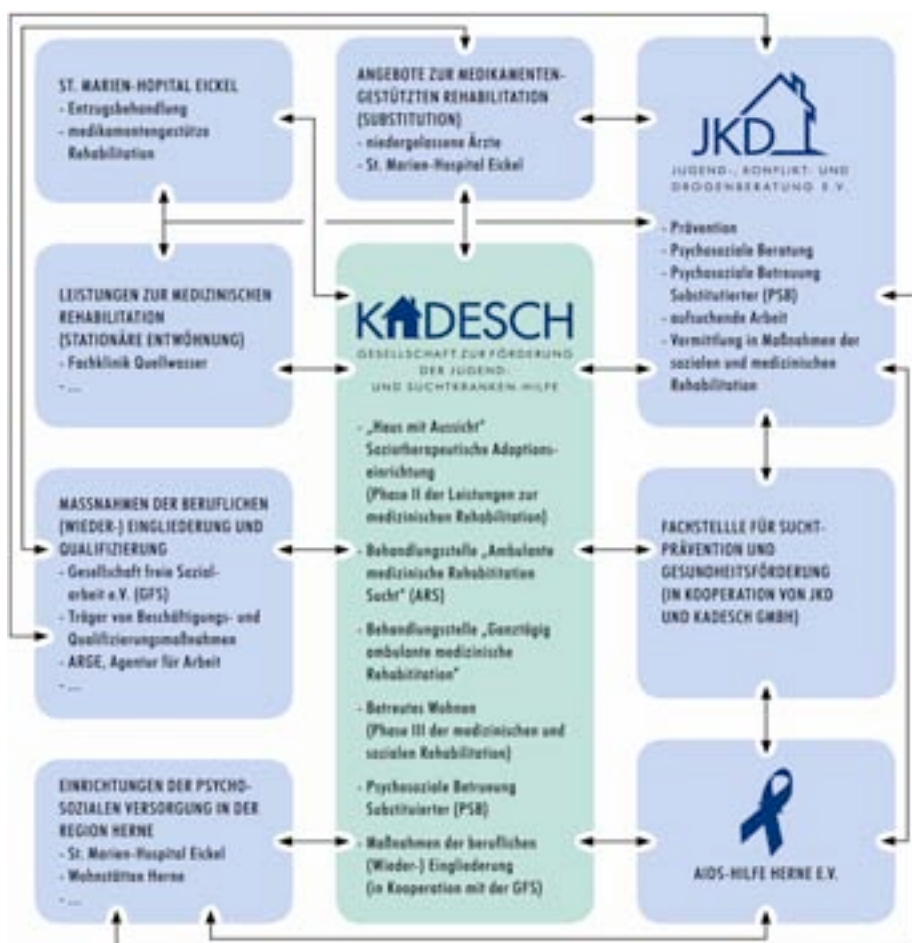
Kadesch GmbH ist als gemeinnützige Gesellschaft 1995 gegründet worden und bietet im Therapieverbund Herne ein differenziertes Netzwerk an Hilfen für (ehemalige) Suchtmittelabhängige, um den (Wieder-)Einstieg in ein selbstverantwortliches Leben zu unterstützen und zu begleiten.

### Drogenhilfesystem Herne

Der Herner Therapieverbund bietet zahlreiche Möglichkeiten, den Bedürfnissen und Notwendigkeiten der einzelnen suchtkranken Person gerecht zu werden. Im Sinne einer Rehabilitation in unterschiedlichen Formen/Settings ist es möglich, Schritte in die eine oder auch andere Richtung vorzunehmen. Bei Rückfällen kann der Patient an jedem Punkt aufgefangen und adäquat der individuellen Situation entsprechend behandelt und unterstützt werden. Das Verbundsystem bietet im Sinne eines Netzwerks dem Einzelnen differenzierte Behandlungsmöglichkeiten und dadurch ein hohes Maß an Sicherheit und Schutz. In den Leistungsangeboten gehen wir „von der Grundposition aus, daß Suchtarbeit/-therapie nur eine optimale, nachhaltige Qualität gewinnen kann, wenn sie im Rahmen vernetzter Strukturen als Hilfen, Unterstützung, Förderung, Entwicklungsarbeit über angemessene Zeitstrecken durchgeführt wird, in Verbundsystemen, in denen Maßnahmen der Hilfeleistungen als „Ketten supportiver und protektiver Einflüsse“ ... zum Tragen kommen, die sich den „Verkettungen unglücklicher, kritischer und belastender Umstände“ („chains of risks, adverse and critical events“, *Petzold, Müller 2004*) entgegenstellen“ (*Scheiblich, Petzold 2006, 477*).

Mit seinen Diensten und Einrichtungen und den darin tätigen Mitarbeitern, aber auch in seinem klientenzentrierten, integrativ orientiertem theoriegeleiteten Handeln versteht sich der Verbund für die Patienten als ein „tragfähiges“ soziales Netz, das als „*professioneller Konvoi von Helfern und Hilfsagenturen*“ (vgl. *Petzold 2004*) Sicherheit und Stabilität, Unterstützung und Begleitung, Behandlung und Förderung bietet.

**Schaubild: Netzwerk „Therapieverbund Herne“**



## **Eckpunkte zur Weiterentwicklung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

### **Einleitung**

Die Versorgungsstrukturen im Bereich der medizinischen Rehabilitation ermöglichen durch ihre differenzierte Ausgestaltung in Form der stationären und ambulanten, der indikationsspezifischen und indikationsübergreifenden sowie zielgruppenspezifischen Ausrichtung grundsätzlich eine an individuellen Rehabilitationszielen orientierte Leistungserbringung.

In seinem Gutachten 2000/2001 unterstreicht der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (aktuell: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) die große Bedeutung der Rehabilitation für eine effektive und effiziente Behandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, weist jedoch auch darauf hin, daß das gegenwärtige Gesundheitssystem in vielen Fällen nur unzureichend an die Erfordernisse der Behandlung chronisch Kranker angepaßt sei (vgl. SVR 2000/2001: 65): Obgleich die Effektivität einer multimodalen und multidisziplinären Rehabilitation empirisch gut belegt ist, sei eine Unterversorgung mit rehabilitativen Leistungen festzustellen.

Die strukturelle Gegebenheit der sequentiellen Versorgungsorganisation im Zusammenspiel mit historisch gewachsenen, u. a. über die berufliche Ausbildung von Ärzten und Pflegepersonal sozialisierten und mental verankerten Krankheitskonzepten sind wichtige Faktoren, die einer Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen entgegenstehen.

Versteht man - der Formulierung des Sachverständigenrates folgend - Rehabilitation als „kontinuierlichen, die gesamte Krankheit phasenhaft begleitenden Prozeß“ (SVR 2000/2001: 71), so wird deutlich, daß Rehabilitation nicht als zeitlich abgrenzbare Behandlungsphase im Rahmen spezifischer Einrichtungen, sondern als ganzheitlicher Prozeß zu begreifen ist, der sich über die Grenzen der Versorgungsbereiche erstreckt. Er verlangt von allen an der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung der Betroffenen beteiligten Akteure spezifisches Wissen um Möglichkeiten, Ziele und Maßnahmen der rehabilitativen Versorgung.

Die Basis bilden differenzierte, individualzentrierte und bio-psycho-sozial orientierte Konzepte vor dem Hintergrund zunehmender und komplexerer Funktions- und Aktivitätsstörungen bis hin zu Beeinträchtigungen der Teilhabe. Hierbei spielt bei sich gleichzeitig wandelnden generellen Lebensbedingungen (wie bspw. Veränderungen sozialer Netzwerke, Pluralisierung von Lebensstilen etc.) insbesondere die Berücksichtigung individueller Lebenshintergründe (Kontextfaktoren) eine zentrale Rolle für die langfristige Reha-Zielerreichung. Damit steigt nicht nur der Bedarf, sondern auch die Bedeutung von Rehabilitationsleistungen.

### **Veränderungen im Ziel - und Zielgruppenspektrum der Rehabilitation**

Im Mittelpunkt rehabilitativer Zielsetzungen steht nach dem SGB IX die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern sowie Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen werden erbracht, um Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder um Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.

Es kristallisiert sich damit eine Herausforderung für die sozialen Sicherungssysteme heraus, weil damit zu rechnen ist, daß die Teilhabe am Arbeitsleben für einen zunehmend größeren Anteil zwar gesundheitlich beeinträchtigter, aber noch weiter erwerbsfähiger Menschen gefährdet sein wird. Dies stellt insbesondere das Rehabilitationssystem vor neue, erweiterte Anforderungen.

Bei längerfristigem Ausschluß erheblicher Bevölkerungsanteile von der Teilhabe am Arbeitsleben ist mit zahlreichen Folgeprobleme mit erheblichen Auswirkungen auf den gesundheitlichen Status der Gesamtbevölkerung im Sinne sekundärer Schädigungen und Beeinträchtigungen zu rechnen. Psychische Schädigungen, Selbstwertverlust, soziale Isolation, Sinnkrisen, Einschränkungen körperlicher Aktivitäten, Abhängigkeitsprobleme u.a. m. stellen bedeutende Risikofaktoren für die Gesundheit und „Funktionsfähigkeit“ der Bevölkerung im Sinne der ICF dar, die mit einer Zunahme entsprechenden Unterstützungsbedarfs einhergehen.

Die Sekundärwirkungen anhaltender Erwerbslosigkeit, Chronifizierung von Erkrankungen mit zunehmenden körperlichen, psychischen und psychosomatischen Folgeerkrankungen und einem gesamtwirtschaftlich künftig kaum noch tragbaren Zuwachs von Pflegebedarf vor allem im Alter, gilt es durch systematischen Ausbau rehabilitativer Ansätze und Strukturen mit dem Fokus auf Erhalt der körperlichen und psychomentalen Fähigkeiten zur Selbstversorgung soweit wie möglich zu verhindern bzw. zu mindern.

### **Case-Management als Instrument für einen kontinuierlichen Rehabilitationsprozeß**

Die derzeitige Situation im Hinblick auf Zugangs- und Zuständigkeitsfragen von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ist geprägt von Regelungen im Rahmen des gegliederten Systems. Kritik erwächst aus dem Umstand, daß sektorale und trägerspezifische Besonderheiten in den Bereichen Rehabilitations-Zugang, Rehabilitations-Ziele und Rehabilitations-Leistungen der Umsetzung des übergeordneten, umfassenden Teilhabegedankens, der Ausrichtung auf ein gemeinsames Rehabilitations-Ziel (gemäß § 10 SGB IX) im Wege stehen.

### **ICF-Basierung der Rehabilitation**

Die Ausrichtung der Rehabilitation auf individuelle nutzerorientierte Bedarfe muß auf der Grundlage einer konsequenten Anwendung der ICF erfolgen. Das bio-psychosoziale Modell der ICF eröffnet eine neue Dimension der Beschreibung des Zustandes eines Patienten, nämlich die Krankheitsauswirkungen sowie innere und äußere Einflußfaktoren. Sie ermöglicht damit, standardisiert und nachvollziehbar, nicht nur eine sachgerechte Indikationsstellung, sondern auch eine zielgerichtete, d.h. patientenorientierte Planung und Durchführung der Therapie in Bezug auf seine alltagsrelevanten Aktivitäten und sein Lebensumfeld (familiär und beruflich) vorzunehmen.

Der individuelle Bedarf einer Rehabilitation wird sich nicht so sehr nach der Krankheitsdiagnose richten, sondern nach der konkreten Beeinträchtigung der Aktivität und der Teilhabe des Einzelnen in Verbindung mit seiner persönlichen Konstitution und Anschauung (personbezogene Kontextfaktoren) und den Umweltfaktoren. Die Behinderung eines Patienten kann als das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen einem Gesundheitsproblem (der Krankheit) dieser Person und ihren Kontextfaktoren auf die funktionale Gesundheit angesehen werden. Daher werden die Auswirkungen einer Beeinträchtigung der Gesundheit in sehr unterschiedlichem Maße auch von Umweltfaktoren (u. a. auch wirtschaftlichen wie z.B. dem Arbeitsmarkt) und der gesellschaftspolitischen Situation (z.B. demographischer Wandel) einer Region oder eines Landes abhängen. Bei der Weiterentwicklung der Rehabilitation wird dies inhaltlich und strukturell berücksichtigt werden müssen.

Die konsequente Nutzung der ICF hilft den Rehabilitationsbedarf eines Patienten individuell zu ermitteln, Rehabilitationsziele und therapeutische Maßnahmen festzulegen, die interdisziplinäre Kommunikation zu verbessern und den Rehabilitationsprozeß zu evaluieren und damit die Rehabilitation noch stärker individuell und patientenorientiert zu gestalten.

### **Stärkung der Rehabilitation in Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Das Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (aktuell: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) verweist auf deutliche Entwicklungspotentiale in der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Rehabilitation. Das aktuelle Gutachten des Sachverständigenrates aus dem Jahr 2007 stellt eindeutig heraus, daß in der Ausbildung der Gesundheitsberufe eine unzureichende Vorbereitung auf die Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit chronischen Krankheiten erfolgt.

Ziel der Weiterentwicklungen in den Bereichen der Aus-, Fort- und Weiterbildung sollte es sein, Einstellungen, Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln, die notwendig sind, um eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige, sektorenübergreifende Versorgung chronisch kranker Menschen sicher zu stellen.

### **Zusammenfassung und Ausblick**

Die Zunahme chronischer Erkrankungen gehen mit einer Zunahme von aktivitäts- und teilhaberelevanten Schädigungen und Beeinträchtigungen einher, die ihrerseits erheblichen Unterstützungsbedarf bei Verlust von Selbstständigkeit und Autonomie nach sich ziehen.

Dies erfordert in Ergänzung zur Förderung adäquater präventiver Maßnahmen eine Zielorientierung der Rehabilitation von der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bis hin zum Erhalt von Selbstständigkeit und Autonomie auch bei fehlender Aussicht auf Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.

## Übergeordnete Behandlungsziele der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF-Modell) -

Im Jahr 2001 wurde das ICF-Modell von der WHO verabschiedet. „Die ICF ist eine Klassifikation, mit welcher der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person beschrieben werden kann“ (BAR 2006, 12) und das in den SGB'ern V und IX in § 92 bzw. § 26 aufgenommen worden ist; wonach die erforderlichen ärztlichen, psychologischen und pädagogischen Leistungen zu erbringen sind, die erforderlich sind, um den besonderen Erfordernissen der Versorgung psychisch Kranker Rechnung zu tragen.

Die ICF ist als eine systematisch entwickelte Entscheidungshilfe in die Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen zu integrieren; sie standardisiert kontextuelle und personenbezogene Faktoren, d.h. es werden umfassend Beeinträchtigungen und negative Konsequenzen von Krankheiten und Behinderungen erfaßt. Die individuell erlebten störungsbezogenen Folgen von Krankheit können so in den Therapieprozeß systematisch einbezogen werden.

Die ICF stellt eine sinnvolle und notwendige Ergänzung zur ICD da, die auf einem bio-medizinischen Störungsmodell basiert.

„Den ganzheitlich ausgerichteten Anforderungen der ICF ist der Gesetzgeber u.a. mit der Schaffung des SGB IX zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (2001) nachgekommen. ... Die sozial-medizinische Beurteilung von Versicherten mit psychischen Störungen ... wird erst durch die genaue Kenntnis des Zusammenwirkens störungsbedingter Leistungseinbußen, individueller Dispositionsfaktoren und sozialer Gegebenheiten möglich. ... Die Erkrankung und deren Folgesymptomatik einschließlich der mentalen Beeinträchtigungen wird als Ergebnis sich wechselseitig beeinflussender pathogener somatischer, psychischer und sozialer Einflußfaktoren verstanden“ (DRV Bund 2006, 4ff).

Mit dem *ICF-Modell* können Aussagen zur Funktionsfähigkeit, den Aktivitäten und zur Partizipation getroffen werden; womit der gesamte Lebenshintergrund des Patienten berücksichtigt wird. Für die Patienten in unserer Einrichtung möchten wir aus diesem Leistungskatalog einzelne Aspekte hervorheben, weil sich in unserer Arbeit gezeigt hat, daß diese Zieldimensionen von besonderer Bedeutung sind:

<b>„Zieldimension</b>	<b>A</b>	<b>Besserung von Beschwerden auf psychosozialer Ebene</b>
	A 1	Psychische Stabilisierung
	A 1.3	<i>Verbesserung der psychischen Belastbarkeit</i>
	A 3	Veränderung/Bearbeitung emotionaler Aspekte
	A 3.1	<i>Emotionale Entlastung und Stabilisierung</i>
	A 3.1.2	<i>Verbesserung des Umgangs mit Ärger/Wut/Aggression</i>
	A 4	Bearbeitung kognitiver Aspekte
	A 4.2	<i>Verbesserung der Problemlösefähigkeiten</i>
	A 5	Verbesserung der Krankheitsbewältigungskompetenzen
	A 5.2	<i>Verbesserung der Depressionsbewältigungskompetenzen</i>
	A 5.2.2	<i>Verbesserung der Tagesstrukturierung</i>
	A 5.3	<i>Verbesserung der Suchtbewältigungskompetenzen</i>
	A 6	Förderung der sozialen Kompetenz
	A 6.2	<i>Verbesserung des Interaktions-/Beziehungsverhaltens</i>
	A 6.2.2	<i>Verbesserung der Kontaktfähigkeit</i>
	A 7	Bearbeitung von intrapsychischen Aspekten
	A 7.1	<i>Erlernen von Konfliktbewältigungskompetenzen</i>
	A 8	Veränderungen bezüglich Aspekten des Selbst
	A 8.1	<i>Entwicklung eines realistischen Selbstbildes</i>
	A 9	Akzeptanz der Realität
	A 9.2	<i>Verbesserung der Frustrationstoleranz</i>
	A 10	Bearbeitung biographisch relevanter Ereignisse
	A 10.2	<i>Bearbeitung traumatischer Lebensereignisse</i>
	A 11	Motivierung zur aktiven Teilnahme am Behandlungsprozeß
	A 11.1	<i>Entwicklung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses</i>
<b>Zieldimension</b>	<b>B</b>	<b>Besserung von Beschwerden auf somatischer Ebene</b>
	B 1	Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit
	B 1.3	<i>Steigerung der körperlichen Ausdauer</i>

	B 4	Reduzierung von Risikoverhalten/-faktoren
	B 4.2	<i>Reduzierung/Abstinenz von Suchtmittelgebrauch</i>
<b>Zieldimension</b>	<b>C</b>	<b>Zielsetzungen auf edukativer Ebene</b>
	C 2	Vermittlung von Techniken zum Abbau von Risikoverhalten
	C 2.1	<i>Erlernen von Techniken zur Reduktion von Drogenkonsum</i>
	C 2.3	<i>Erlernen von Methoden zur Rückfallprävention</i>
	C 4	Verbesserung der Streßbewältigung
	C 4.2	<i>Vermittlung von Information über Streßentstehung und -bewältigung</i>
<b>Zieldimension</b>	<b>D</b>	<b>Zielsetzung auf der Ebene der Aktivitäten und Teilhabe</b>
	D 1	Wiederherstellung/Erhalt der Arbeitsfähigkeit
	D 1.1	<i>Wiedereingliederung in das Erwerbsleben</i>
	D 1.4	<i>Durchführung einer Arbeitserprobung</i>
	D 1.6	<i>Klärung der beruflichen Situation</i>
	D 2	Verbesserung von Problemen im interpersonellen Bereich
	D 2.1	<i>Aufbau von sozialen Beziehungen</i>
	D 3	Erarbeitung von Zukunftsperspektiven
	D 3.1	<i>Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im beruflichen Bereich</i>
	D 3.2	<i>Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im sozialen Bereich</i> “ (ebenda, 11-16).

„Durch die ICF entsteht ... in der Erklärung und Therapie von Störungen ... eine neue Option in Diagnose und Therapie, da ... die Entwicklung der Störungen der Gesundheit über den Augenblick hinaus in ihrer retrospektiven und perspektivischen Entwicklung und vor ihren kontextuellen Hintergrund beachtet werden ... und diagnostische Erkenntnisse aus diesem Wissen gleichsam in Diagnose und Therapie integriert werden. ...

Allgemein gesagt, ist die menschliche Entwicklung ein bio-psycho-sozialer Prozeß, in dem genetische Faktoren, der Einfluß sozialer Kontexte und die Eigenaktivität des Individuums als Mitgestalter seiner Entwicklung zusammenspielen. ...

Durch die internationale WHO-Klassifikation ICF wird es erstmalig möglich, die Entwicklung der Störung Abhängigkeit von psychotropen Substanzen F10ff als Ausdruck komplexer kontextueller Entstehungsbedingungen im Kontext zu betrachten - und dabei auch die historischen Entwicklungsbedingungen als Teil des Kontextes dieser Störung zu beachten und aus diesen Erkenntnissen eine Perspektive für den Betroffenen als Teil des therapeutischen Handelns zu entwickeln“ (Stachowske, Schiepek 2008, 26ff).

Mit dem *ICF-Modell* kann nicht nur Krankheit diagnostiziert werden, sondern die individuell erlebten krankheitsbedingten funktionalen Probleme, d.h. die negativen Auswirkungen von Krankheit im Lebensalltag des Patienten. Die Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Effektivität rehabilitativer Maßnahmen sind damit erweitert. „Nach diesem komplexen Interdependenzmodell variiert der Zustand der funktionalen Gesundheit mit dem Gesundheitsproblem (ICD) und den Kontextfaktoren. ... Mit dem bio-psycho-sozialen Modell wird ein bedeutender Paradigmenwechsel vollzogen. Funktionale Probleme sind nicht mehr Attribute einer Person, sondern sie sind das negative Ergebnis einer Wechselwirkung. Diese Betrachtung eröffnet ganz neue Perspektiven der Hilfe“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2006, 11f).

Die zentrale Aufgabe medizinischer und sozialer Rehabilitation ist die „Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit insbesondere auf der Ebene der Aktivitäten (Leistungsfähigkeit, Leistung) bei bedrohter oder eingeschränkter Teilhabe an Lebensbereichen einer Person. ... Lebensbereiche sind Bereiche menschlichen Handelns (Aktivitäten) und/oder menschlicher Daseinsentfaltung (Teilhabe)“ (ebenda, 12ff). Die Bedeutung dieser Rehabilitationsziele wird mit dem *ICF-Modell* besonders gefördert.

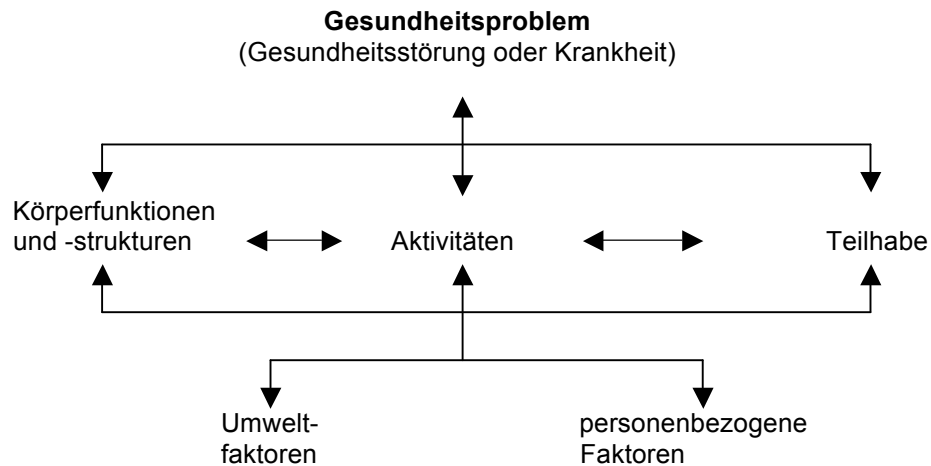


Schaubild: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF (ebenda)

„Die ICF (ist) ein Modell für die konkreten Folgen bzw. Auswirkungen einer Suchterkrankung. Sie kann ressourcen- und defizitorientiert angewendet werden. Mit ihr können das positive und negative Funktions- und Strukturbild, Aktivitäts- und Teilhabebild einer Person mit Gesundheitsproblemen beschrieben werden“ (FDR 2006, 30).

Im *biopsychosozialen Modell* „als Grundlage für eine ... interdisziplinäre Zusammenarbeit (wird) ... auf ein systemtheoretisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit zurückgegriffen. ... *Gesundheit* (bedeutet) die ausreichende Kompetenz des Systems „Mensch“, beliebige Störungen auf beliebigen Systemebenen autoregulativ zu bewältigen. Nicht ... das Nichtvorhandensein von Störungen/Auffälligkeiten auf der psychosozialen Ebene bedeuten demnach *Gesundheit*, sondern die Fähigkeit, diese pathogenen Faktoren ausreichend wirksam zu kontrollieren.

*Krankheit* stellt sich dann ein, wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen auf beliebigen Ebenen des Systems „Mensch“ nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und relevante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind bzw. ausfallen. ... *Krankheit* und *Gesundheit* erscheinen ... nicht als ein Zustand, sondern als ein dynamisches Geschehen. So gesehen muß *Gesundheit* in jeder Sekunde des Lebens „geschaffen“ werden (Egger 2006, 196ff, vgl. auch Egger 2007).

Neben den genannten Einflußgrößen berücksichtigt die Integrative Therapie weitere Bereiche des menschlichen Lebens. „Die Integrative Therapie versucht, verschiedene theoretische Konzepte und therapeutische Praktiken in einem übergeordneten Bezugsrahmen zu sehen“ (Petzold, Orth 2001, 5/133). Das ganzheitliche und differentielle biopsychosoziale Modell (BPS-Modell) der IT basiert auf dem *lifespan developmental approach*, „einem hochkomplexen Prozeß der Veränderung auf der „biologischen, psychischen, sozialen, ökologischen und geistigen Ebene“ (ebenda, 6/134), der Risikofaktoren, protektive Faktoren und Resilienzen berücksichtigt.

„In der Konnektivierung von klinischer (krankheitsorientierter), agogischer (gesundheitsorientierter), soziotherapeutischer (gemeinwesenorientierter) und ästhetischer bzw. kulturkritischer Praxis - ... der Verbindung von Pathogenese und Salutogenese ... - (sind das) Konzept und ... die Praxis einer „differentiellen und integrativen“ Humantherapie/Psychotherapie ... im Lebensverlauf und Lebenszusammenhang“ (ebenda, 12/140) begründet.

In der therapeutischen Praxis sind hierbei die „*Selbstregulationskräfte des Organismus*“, die „*Selbstheilungskräfte und Entwicklungspotentiale des Subjekts*“ und das „heilende und fördernde Potential der zwischen bzw. mitmenschlichen Beziehung“ (ebenda, 14/142) wesentliche Wirkfaktoren.

Mit dem biopsychosozialen Modell ist der Weg geebnet, die „Wirksamkeit ... und Zweckmäßigkeit, spezifische Wirkfaktoren, Prozeßverläufe, störungsorientierte Behandlungsformate ... zu erfassen, zu verstehen und systematischer ... einsetzen zu können“ (Petzold, Orth 2001, 3/131). Verschiedene theoretische Konzepte und therapeutische Praktiken können damit in einem übergeordneten Bezugsrahmen gesehen werden (ebenda, 5/1333).

## **Die Adaptionphase als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation im Sinne der krankenversicherungsrechtlichen Bestimmungen**

Vor dem Hintergrund der Entscheidungen des *Bundessozialgerichtes* vom 26.06.2007 und des *Landessozialgerichtes Mainz* vom 19.10.2006 ist die Situation für die Adaptionseinrichtungen äußerst schwierig: „... die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung (besteht) auch nach Inkrafttreten des SGB IX allein in der medizinischen Rehabilitation, also der möglichst weit gehenden Wiederherstellung der Gesundheit ... einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges, um ein selbständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltages meistern zu können“ (*Bundessozialgericht* 2007). „Die somit erstrebte Sicherung des Erfolgs der Entzugsbehandlung dient letztlich der Heilung der Suchtkrankheit und wird auch in Fachkreisen als Bestandteil der medizinischen Rehabilitation gewertet. Daß darüber hinaus die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, das Training lebenspraktischer Fertigkeiten und die Planung und Einübung eines prognostisch hilfreichen aktiven Freizeitverhaltens angestrebt (werden), steht der Qualifikation als medizinische Rehabilitationsmaßnahme im krankenversicherungsrechtlichen Sinne nicht entgegen, sondern ist für eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme als interdisziplinäre Komplexmaßnahme typisch“ (*Landessozialgericht Mainz* 2006).

Im Kern der Diskussion steht die Frage, ob es sich bei einer Adaptionmaßnahme um eine aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistung, die der Sicherung des Erfolges der Entzugsbehandlung und damit der Heilung der Suchtkrankheit dient, und ob diese ärztlich verantwortet wird, d.h. die Einrichtung muß „in organisatorischer, institutioneller Hinsicht „fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung“ (stehen) und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet (sein), den Gesundheitszustand des Patienten „nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich ... Bewegungstherapie ... oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen. Es muß also feststellbar eine planmäßige ärztliche Behandlung erfolgen, d.h. es müssen grundsätzlich Anhaltspunkte dafür gegeben sein, daß mit der Entwöhnungsbehandlung die Ziele der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme (hier: Entwöhnung) nicht erreicht werden konnten und es im unmittelbaren Anschluß (z.B. wegen Scheiterns der Entwöhnung) unmittelbar einer weiteren medizinischen Rehabilitationsmaßnahme i.S. von § 40 SGB V bedarf, wie es § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V fordert“ (*Bundessozialgericht* 2007).

Prof. Dr. **Felix Welti** (Hochschule Neubrandenburg für Sozialrecht und Verwaltungsrecht, in : Sucht aktuell, Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e.V., 2/2008, 73-75) führt zu der Entscheidung des BSG aus: Das BSG führt aus, es sei unerheblich, daß Adaptionmaßnahmen im Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Rentenversicherung als Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbracht werden. ... Auch könne der Leistungsumfang der medizinischen Rehabilitation nach dem SGB V nicht nach § 26 SGB IX bestimmt werden. Auch nach Inkrafttreten des SGB IX sei die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung in der Rehabilitation allein die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit ... einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges, um ein selbstständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können. Eine darüber hinausgehende berufliche oder soziale Rehabilitation bleibe Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme.

### **Zum Verhältnis zwischen SGB IX und SGB V**

#### **1. Zum Verständnis von § 7 SGB IX**

Nach § 7 Satz 1 SGB IX gelten die Vorschriften des SGB IX für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Nach § 7 Satz 2 SGB IX richten sich die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen.

Die Voraussetzungen einer medizinischen Rehabilitationsleistung der Krankenversicherung sind die Versicherteneigenschaft, das Fehlen eines vorrangig verpflichteten Trägers und der Versicherungsfall (Leistungszweck). Versicherte haben Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern (§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Auf diesen Leistungszweck beziehen sich § 40 Abs. 1 und 2 SGB V ausdrücklich. Ein anderer, enger gefaßter Leistungszweck als Anspruchsvoraussetzung ist dem SGB V nicht zu entnehmen.

Systematisch scheint der Senat jede beliebige Norm des SGB V, die sich mit Rehabilitation befaßt, als Anspruchsvoraussetzung im Sinne von § 7 Satz 2 SGB IX anzusehen, durch die die Anwendung des SGB IX ausgeschlossen werden kann.

Festzuhalten bleibt, daß die versicherungsrechtlichen Leistungsvoraussetzungen und die persönlichen Voraussetzungen nach § 11 Abs. 2 SGB V erfüllt sind und ein Leistungsanspruch besteht, wenn eine Leistung der medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 2 SGB V notwendig ist, um die - auf

Behinderung bezogenen -Ziele der medizinischen Rehabilitation nach § 11 Abs. 2 SGB V zu erreichen.

## **2. Zur Konvergenz der Leistungsinhalte von Rehabilitationsträgern**

Nach dem erklärten Willen des Gesetzgebers des SGB IX sollte die Konvergenz des Leistungsrechts zwischen den verschiedenen Rehabilitationsträgern verstärkt werden. *„In Kapitel 4 bis 7 werden die Leistungen bestimmt, die einheitlich von den jeweils zuständigen Rehabilitationsträgern (...) erbracht werden. (...) Art, Gegenstand, Umfang, Qualität und Ausführung der Leistungen richten sich damit nach dem Neunten Buch, soweit die Leistungsgesetze der Rehabilitationsträger nicht darüber hinausgehend Besonderheiten regeln,“* (BT-Drs. 14/5074, 94). Das bedeutet gerade im Verhältnis zwischen Krankenversicherung und Rentenversicherung, daß Unterschiede der Zuständigkeit keine Unterschiede mehr in den Leistungsinhalten begründen sollen. In der Suchtrehabilitation hängt es vor allem von den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 SGB VI ab, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist. Sind diese - wie im vorliegenden Fall - nicht gegeben, so soll die Krankenversicherung zuständig sein.

Der Senat hat zwar gesehen, daß nach der Vereinbarung zwischen beiden Trägergruppen und der ständigen Praxis der Rentenversicherung Adaptionsmaßnahmen Bestandteil der medizinischen Rehabilitation sind, kommt jedoch zu dem Schluß, daß Adaptionsbehandlungen außerhalb dieser Zuständigkeit berufliche oder soziale Rehabilitation sind. Er begründet dies damit, daß in der Rentenversicherung medizinische Rehabilitation ohne ärztliche Gesamtverantwortung durchgeführt werden dürfe und führt Referenzentscheidungen an, die weit vor Inkrafttreten des SGB IX gefallen sind (BSGE 68, 17, 18; BSGE 68, 167, 169 u.a.).

Damit negiert der Senat das vom Gesetzgeber des SGB IX verfolgte Anliegen leistungsrechtlicher Konvergenz, die nach § 7 Satz 1 SGB IX gerade nur durch ausdrückliche Abweichungen durchbrochen werden soll. Zudem wird die Entscheidung auch der Systematik des SGB IX nicht gerecht, die für alle drei Leistungsgruppen Ziele und Mittel definiert (§§ 26, 33, 55 SGB IX) und nicht vorsieht, daß eine Leistung bei dem einen Träger medizinische Rehabilitation, bei dem anderen aber soziale Rehabilitation ist

## **3. Zum Verhältnis von Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht**

Der Gesetzgeber hat für das Leistungserbringungsrecht der medizinischen Rehabilitation eine Konvergenz zwischen den Rehabilitationsträgern vorgesehen, die in dem vorliegenden Urteil ausgeblendet wird. Durch § 137d SGB V wird klargestellt, daß in der Krankenversicherung keine andere Qualität der medizinischen Rehabilitation zu erbringen ist als in der Rentenversicherung. Die Verträge der Rehabilitationsträger mit den Einrichtungen sind dementsprechend nach gemeinsamen Grundsätzen abzuschließen (§ 21 Abs. 2 SGB IX).

## **4. Was sind die Rehabilitationsziele der gesetzlichen Krankenversicherung?**

Die Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach § 11 Abs. 2 SGB V und § 26 Abs. 1 SGB IX umfassend darauf gerichtet, Behinderung (§ 2 Abs. 1 SGB IX) präventiv zu vermeiden und nach ihrem Eintritt aufzuheben oder zu mindern. Sie ist also gerade nicht darauf beschränkt, Krankheit im Sinne von § 27 Abs. 1 SGB V zu bekämpfen. Dies war auch ausdrücklich mit der Neufassung von § 11 Abs. 2 SGB V durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 bezweckt (BT-Drs. 14/1245, 61). Medizinische Rehabilitation zielt also auch auf die Teilhabe von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen durch Einwirkung auf ihrer Gesundheitszustand und dessen Kontextfaktoren. Daß medizinische Rehabilitation nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX nicht anders als nach § 107 Abs. 2 SGB V unter ärztlicher Gesamtverantwortung ausgeführt wird, schmälert nicht den Inhalt der Rehabilitation, sondern erweitert den Auftrag der ärztlichen Profession auf die Koordination der Bemühungen anderer therapeutischer Professionen, wie sie auch im Rahmen einer Adaptionsbehandlung tätig werden.

Jede Krankenbehandlung muß die Ziele der medizinischen Rehabilitation beachten (§ 27 SGB IX; § 2a SGB V), da aus jeder Krankheit Behinderung werden kann und dies so früh wie möglich verhindert und beachtet werden sollte. Leistungsrechtlich wird dies in § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V sowie in § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V verdeutlicht. Nur insoweit trifft also die Prämisse der vorliegenden Entscheidung zu, daß Rehabilitation in der Krankenversicherung einen besonderen Bezug zur Behandlung von Krankheiten hat und deshalb Einrichtungen der Rehabilitation auch nach § 107 Abs. 2 SGB V zur Behandlung von Krankheiten in der Lage sein müssen.

## **Inhalte und Ziele der Adaptionphase**

### **(Phase II der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker)**

Adaption - Regeltherapiedauer 13 (Indikation: Alkohol) bzw. 17 (Indikation: Drogen) Wochen, die nach insbesondere medizinischen Aspekten bewilligt wird, ist Bestandteil der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker gem. den Bestimmungen der SGB V, VI, IX und XII in der Leistungsträgerschaft der Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und Sozialhilfeträger.

Entsprechend § 107 Abs. 2, Pkt. 1b SGB V und der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 bestehen als Ziele, Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, bereits erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, eine dauerhafte Abstinenz zu erreichen und zu erhalten, körperliche und seelische Störungen weitgehend zu beheben oder auszugleichen sowie die möglichst dauerhafte (Wieder-) Eingliederung in Arbeit, Beruf, Schule und Gesellschaft zu erhalten bzw. zu erreichen.

Die psychotherapeutischen Behandlungselemente der medizinischen Rehabilitation werden in dieser Phase ergänzt durch die Arbeit zur Erreichung der beruflichen und sozialen (Wieder-) Eingliederung.

Während aus Sicht der Krankenversicherung (SGB V) die Rehabilitation darauf abzielt, einer drohenden Behinderung vorzubeugen, sie zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, hat die Rehabilitation aus Sicht der Rentenversicherung (SGB VI) das Ziel,

- den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Patienten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch
- Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Patienten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.

Die Leistungen des Rentenversicherungsträgers sind also auf die Erhaltung bzw. Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit des Patienten abgestellt.

Gem. § 13 SGB VI stimmen sich die Träger der Rentenversicherung und die Spitzenverbände der Krankenkassen über Einzelheiten zur Durchführung der Leistungen zur medizinischen und sozialen Rehabilitation ab.

Zwar stehen die medizinischen Rehabilitationsleistungen gem. SGB V + VI unter unmittelbarer ärztlicher Verantwortung/Leitung, überwiegend wird das Rehabilitationsziel jedoch durch die Tätigkeit des nichtärztlichen Heilpersonals erreicht (vgl. *Haufe 2006*).

Das SGB IX verdeutlicht den umfassenden Teilhabebedarf, dem Leistungen zur Rehabilitation dienen. Die Leistungen des SGB IX zielen darauf ab:

- „eine Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder die Folgen zu mildern,
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, (...)
- die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
- die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbst bestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“ (*Weissinger, Missel 2006, 54*).

Die Rehabilitations-/Behandlungsangebote müssen „indikationsbezogen, bedarfsgerecht, patientenorientiert und mit einer hohen Qualität“ (*Weissinger, Missel 2006, 50*) erbracht werden. „Die Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist „als Komplexbehandlung angelegt; sie verknüpft regelmäßig medizinische, psychotherapeutische, psychosoziale, arbeitsbezogene, soziotherapeutische und weitere Leistungen miteinander“ (*Weissinger, Schneider 2006, 4*).

Um den Patienten die Möglichkeit zu geben, sich mit diesem umfassenden Leistungsangebot der Adaptionphase in den Alltag integrieren zu können, sind dabei von besonderer Bedeutung:

- (Weitere) Stabilisierung und Vertiefung der Krankheitseinsicht und Festigung der Abstinenzentscheidung und -fähigkeit.
- Stabilisierung in der Konfrontation mit der Alltagsrealität, Realitätsprüfung und Zukunftsplanung.
- Entwicklung persönlicher und sozialer Kompetenzen, wie Erhöhung der Frustrationstoleranz, Erhöhung der Konfliktfähigkeit, Training eines angemessenen Abgrenzungsverhaltens gegenüber konsumierenden Menschen bzw. schwierigen Situationen, in denen Suchtmittel konsumiert werden.

- Erhöhung des Selbstwirksamkeitspotentials durch Stärkung von Selbstbewußtsein und Selbstvertrauen, Entwicklung pragmatischer Problemlösungsstrategien (Rückfallprävention u.a.).
- Förderung von konstruktiven Konfliktlösungsstrategien, Erlernen von Streßbewältigungstechniken.
- Entwicklung einer beruflichen Perspektive, Heranführung an den beruflichen Alltag, berufliche und soziale Integration vor Ort/in der Region (s.a. Berufliche (Wieder-) Eingliederung).
- Förderung der sozialen Integrationsfähigkeit.
  - Training lebenspraktischer Fertigkeiten (Haushaltsführung, Ernährung).
  - Erarbeitung und Umsetzung einer sinnvollen Freizeitgestaltung.
  - Aufbau tragfähiger und funktionierender Kontakte (soziales Kompetenztraining/ soziale Netzwerkarbeit).
- Entwicklung eines (bewegungs-)aktiven Lebensstils, Steigerung der körperlichen Vitalität.
- Erstellung/weitere Bearbeitung eines Schuldenregulierungsplanes.
  - Erstellung einer Übersicht über die bestehenden Verbindlichkeiten und sozialverträgliche Absprachen mit den Gläubigern.

Die psychotherapeutischen Behandlungselemente werden in der Adaptionphase ergänzt durch die Arbeit zur Erreichung der sozialen und beruflichen (Wieder-) Eingliederung. Die dabei angebotene Unterstützung muß auf die spezifische Situation jedes Einzelnen abgestimmt werden.

Die äußere Struktur der Adaptionseinrichtung und die Behandlungsinhalte bestimmen den Alltag und die persönliche Situation des Patienten. Die Adaptionphase gewährleistet eine Behandlung der Abhängigkeitserkrankung auf hohem fachlichen Niveau und auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse.

### **Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (Berufliche Integration)**

Bei der Adaptionmaßnahme handelt es sich um eine aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistung im Sinne der kranken- und rentenversicherungsrechtlichen Bestimmungen.

Eine Adaptionmaßnahme ist notwendig, wenn bei Abhängigkeitskranken die stationäre Entwöhnungstherapie aufgrund der spezifischen Auswirkungen und Folgen der Abhängigkeit zum Erreichen des Rehabilitationsziels nicht ausreicht, insbesondere bei erheblicher Rückfallgefährdung, z.B. durch Wohnungs- und Arbeitslosigkeit. Sie dient der Erprobung, ob der Versicherte unter Alltagsbedingungen den Anforderungen des Erwerbslebens und der eigenverantwortlichen Lebensführung gewachsen ist (*Landessozialgericht Mainz 2006*).

Unter Berücksichtigung dieser Gegebenheiten werden als Schritte zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (beruflichen Integration) mit den Patienten folgende Punkte erarbeitet:

- Entwicklung einer beruflichen Perspektive
  - Prüfung der persönlichen Voraussetzungen  
(Anforderung von Zeugnissen, Bewilligungsbescheiden, Arbeitsnachweisen; Klärung für welche Art von Eingliederungsmaßnahmen die Voraussetzungen gegeben ist)  
Um die Erwartungshaltung der Patienten mit den Möglichkeiten des Arbeitsmarktes zu verbinden, werden die individuellen Voraussetzungen geprüft. Es wird abgeklärt, ob der Patient z.B. umschulungsberechtigt ist oder welche Maßnahmen vorgeschaltet werden müssen, damit er diese Berechtigung erlangt.
- Kontakt zur Agentur für Arbeit/ARGE  
(Arbeitssuchend melden, Termine bei Berufsberatung oder Arbeitsvermittlung)  
Alle Patienten melden sich arbeitssuchend, um die Angebote der Agentur für Arbeit wahrnehmen zu können. Gemeinsame Besuche bei der ARGE und dem Berufs-Informationen-Zentrum (BIZ) finden regelmäßig statt.
- Vermittlung eines berufsorientierenden Praktikums  
(Kontaktaufnahme zu Betrieben und Firmen, Vermittlung von und Begleitung bei Vorstellungsterminen, Abschluß eines Praktikumsvertrages, Reflexionsgespräche)  
Alle Patienten absolvieren ein externes Praktikum, um die Überprüfung der eigenen Fähigkeiten, Fertigkeiten aber auch Grenzen zu gelangen. Berufswünsche und Berufsvorstellungen werden somit in der Berufsrealität überprüft.  
Ziel ist eine Heranführung an den Berufsalltag in Form eines Belastungstrainings, sowie die Auseinandersetzung mit den Anforderungen des Berufsalltags (Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit und Leistungsfähigkeit).
- Vermittlung in Maßnahmen  
(Vermittlung in Qualifizierungs-, Feststellungs-, Umschulungsmaßnahmen)  
Die Zuständigkeit liegt bei der örtlichen ARGE, da die Finanzierung einer Maßnahme von dort bewilligt werden muß.  
Um die Bewilligung einer Maßnahme zu optimieren ist es wichtig, die Patienten auf den Termin beim Arbeitsvermittler bzw. -berater vorzubereiten. Je genauer die Patienten wissen, welche Maßnahme sie machen

wollen (Art und Dauer), desto einfacher ist es für den Vermittler, aktiv zu werden und den Vermittlungsprozeß vorzubereiten.

- **Vermittlung in Schulen**

(Anmeldung bei der Berufsschule, Volkshochschule oder Abendschule zum Erlangen eines Schulabschlusses oder zur weiteren schulischen Qualifizierung)

Die detaillierten Kenntnisse über die unterschiedlichen Bildungsangebote und der enge Kontakt zu den Trägern schulischer Bildung eröffnen zeitnah Möglichkeiten zur Erlangung einer schulischen Qualifikation.

- **Hilfe bei Bewerbungen**

(Erstellen von Lebenslauf und Bewerbungsschreiben, Bewerbungstraining, Hilfe bei der Stellensuche)

Die Patienten erhalten die notwendigen Hilfestellungen bei schriftlichen Bewerbungsverfahren.

Über ein regelmäßiges Bewerbungstraining wird den Patienten mehr Sicherheit vermittelt, um in Bewerbungsgesprächen erfolgreich sein zu können.

# **Sport als Möglichkeit der Streßbewältigung**

## **- ein Leistungsangebot in der medizinischen und sozialen Rehabilitation -**

Peter Schay<sup>1</sup>

### **Vorwort**

In einem Konzept, in dem Sporttreiben und Gesundheit in einer positiven Beziehung stehen sollen, bedarf es neben der Erweiterung des Sportbegriffs auch einer ganzheitlichen Betrachtung von Gesundheit. Gesundheit darf nicht verstanden werden als das Freisein von Krankheiten, ist nicht nur die Erfüllung leistungsphysiologischer Normen und die Orientierung medizinischer und biologischer Parameter. Unter Berücksichtigung der Individualität und der Ganzheitlichkeit des Menschen muß Gesundheit vielmehr auch an subjektiven Parametern orientiert sein, muß neben der physiologischen auch die psychische, die psychosoziale und die ökologische Dimension berücksichtigen. Herstellung und Erhaltung von Gesundheit erfordert die Aktivität des Menschen. Sie ist kein Gut, das einmal erworben und damit gegeben ist, sondern ergibt sich als ständige Auseinandersetzung um eine Balance zwischen situativen Belastungen und Anforderungen der Umwelt und den individuellen Möglichkeiten ihrer Bewältigung.

### **Einleitung**

Immer höhere Anforderungen im Berufs- und Privatleben lassen die Menschen über chronische Müdigkeit, fehlende Spannkraft und mangelnde Motivation klagen. Um das Beste geben zu können, ist der umfassende Einsatz aller Energiepotentiale erforderlich, unabhängig davon, ob die Leistungsfähigkeit von Körper, Geist und Seele dem gerecht werden kann.

Die Folge ist ein ausgeprägtes Ungleichgewicht zwischen hoher Belastungsintensität und Armut an natürlichen Entspannungsressourcen. Regenerationsdefizite sind vorprogrammiert und werden oft durch die Unfähigkeit abzuschalten forciert. Jedes Innehalten und jedes In-den-Körper-Hineinhorchen wird allzuoft als vergeudete Zeit abgetan, mit dem Resultat einer zunehmenden Dischronisation zwischen Umwelt und Innenwelt.

Wissenschaftliche Untersuchungen an der Freien Universität Amsterdam und des Deutschen Lauftherapiezentrum (DLZ) zeigen auf, daß moderates Laufen für Menschen, deren Lebensbedingungen und Lebensrhythmus ein natürliches Bewegen nicht oder kaum ermöglichen, eine Kompensationschance bzw. einen Ausweg aus hohen Belastungssituationen ermöglicht. Die positiven Aspekte regelmäßigen Laufens (z.B. Abbau von Streßfaktoren, Förderung der inneren Ruhe) bewirken, daß der Mensch leistungsfähiger, belastbarer und damit weniger anfällig für streßbedingte Krankheiten ist (vgl. Schay et al. 2006).

Aus diesen Überlegungen heraus gilt es, spezielle Sportangebote zu konzipieren, deren Inhalte dahingehend ausgewählt und aufbereitet sind, den Beteiligten eine ganzheitliche Entwicklung ihrer läuferischen und so auch ihrer persönlichen Kompetenzen zu ermöglichen.

Im Mittelpunkt meiner Überlegungen steht der personen- und wachstumsorientierte Ansatz der Lauftherapie, der sich auch als „Hilfe zur Selbsthilfe“ beschreiben läßt. „Die Lauftherapie ist ein ganzheitlicher, unspezifischer Weg zur Prophylaxe und Behandlung von Beeinträchtigungen im physischen Bereich“ (Grell 1993, 17). Angestrebt werden soll eine allgemeine Verhaltensänderung der Teilnehmer in Richtung auf einen gesundheitsorientierten Lebensstil. Dabei gestaltet sich die Wissensvermittlung derart, daß sich die Lernenden aktiv mit den zu vermittelnden Inhalten auseinandersetzen können, Gelerntes in ihren Alltag zu transferieren.

In den theoretischen Betrachtungen wird auf dem Hintergrund der transaktionalen Streßtheorie das Phänomen Streß reflektiert. Innerhalb dieses Modells wird Streß als Prozeß der Auseinandersetzung der Person mit Belastung gesehen, mit dem Ziel, eine erfolgreiche Streßbewältigung abzuleiten.

Weitergehend wird frauenspezifischer Streß speziell betrachtet und schlagwortartig durch einige psychologische Ergebnisse zur weiblichen Streßbewältigung belegt.

Ausgehend von den Grundlagen der Lauftherapie wird dargestellt, wie sich mit langsamem Dauerlauf der Streß besser bewältigen läßt, welche Trainingsintensität dafür nötig ist und warum eine Integration in den Alltag sinnvoll ist.

---

<sup>1</sup> Der vorliegende Text greift in Teilen die Diplomarbeit von Bianca Dörnfeld (2001) „Lauftherapie als Möglichkeit der Streßbewältigung“ auf.

## Theoretische Überlegungen

### Streß

*Mosetter* (2007) weist nach, daß „Streß (Distreß) und seine physiologischen Funktionen ... den Organismus des Erlebenden ... in Ausnahmesituationen ... unter kurzzeitiger Mobilisation aller körperlichen Ressourcen maximal leistungsfähig machen (soll). ... (Das aber bei) Dauerbelastung ... nicht nur körperliche Regulationen im Sinne von Hypertonie, Erhöhung der Herzfrequenz ... und den entsprechenden Streßhormonen mit Cortisol, Adrenalin und Noradrenalin (entgleisen), sondern auch neuroanatomische Schaltkreise“.

In unserer Gesellschaft ist Streß zum Sammelbegriff für unerfreuliche, hektische und nervenaufreibende Erlebnisse geworden und steht im Gegensatz zu Lust und Freude (vgl. *Helmer* 1989, 7).

Menschen aller gesellschaftlichen Schichten fühlen sich durch die Belastungen ihres Alltages angespannt, getragen durch einen Lebensstil, der von den Auswirkungen einer globalisierten Welt bestimmt wird. Die Folge ist, daß das Alltagsleben schlichtweg als „stressig“ charakterisiert wird (nach *O´Hara* 1996, 14ff sind 80-90% aller heutigen Erkrankungen streßbedingt).

Streß ist jedoch nicht die Ursache, sondern ein möglicher Beschleunigungsfaktor bei Krankheiten. „Ob eine Person krank wird, hängt nicht vom Ausmaß des Stresses ab! Streß ist nicht das Problem, sondern die Reaktion darauf“ (*Weber* 2000, 11).

Die grundsätzliche Aussage, daß Streß entsteht, „wenn die eingeschätzte Bedrohung eines Stressors größer ist als die Einschätzung der eigenen Leistungsvoraussetzungen“ (*Stoll* 1996, 140) bedarf der genaueren Differenzierung und zwar anhand des psychologischen Streßmodells. Das psychologische Streßmodell nach *Lazarus* benennt die entscheidenden Faktoren, die in wechselseitiger Beziehung den Umgang mit und die Bewältigung von Streß kennzeichnen (vgl. *Lazarus, Folkman* 1984, 19ff).

Dieser Ansatz ist deshalb so wichtig, weil die Analyse des Streß- und des Bewältigungsverhaltens die Beziehung zwischen der Person mit ihren Wünschen, Plänen und Überzeugungen und der Umwelt mit ihren Anforderungen, Zwängen und Möglichkeiten berücksichtigt. Somit könnte dieser Ansatz als Erklärungsmodell für den Streß von Menschen brauchbar sein, der nicht selten aus Konflikten in einer widersprüchlichen Lebenssituation entsteht.

### Das transaktionale Streßkonzept

Beim transaktionalen Ansatz des Streßkonzeptes nach *Lazarus & Launier* (vgl. *Weber* 2000) wird von verschiedenartigen und wechselseitigen Beziehungen zwischen Umwelt und Individuum ausgegangen. Diese Beziehungen werden durch kognitive Bewertungsprozesse vermittelt. Eine Inkongruenz zwischen den Anforderungen der Umwelt und den Fähigkeiten des Individuums ist dabei der zentrale Aspekt des Konzeptes (vgl. *Kernen* 1998, 38).

Nach einer Definition von *Lazarus & Folkmann* aus dem Jahre 1986 bezieht sich psychologischer Streß „auf eine Beziehung mit der Umwelt, die vom Individuum im Hinblick auf sein Wohlergehen als bedeutsam bewertet wird, aber zugleich Anforderungen an das Individuum stellt, die dessen Bewältigungsmöglichkeiten beanspruchen oder überfordern“ (*Weber* 2000, 8).

Somit schließt Streß eine Transaktion ein, in der es zu einer Mobilisierung von Fähigkeiten kommen muß. Mit zunehmenden Mobilisierungserfordernissen steigt der Aufwand und läßt das Ergebnis immer fraglicher werden. Da notwendige und hinreichende Reaktionen zur Bewältigung der Anforderungen nicht zur Verfügung stehen, findet im Streßprozeß eine Mobilisierung statt (vgl. *Kernen* 1998, 38). D.h., Streßreaktionen hängen von der individuellen, subjektiven Einschätzung einer Situation ab, ganz gleich, wie sich die äußeren Bedingungen objektiv darstellen.

Schädlicher Streß (Distreß) entsteht nach *Lazarus* dann, wenn die Anforderungen einer Situation (Aufgabe, Sache usw.) die Möglichkeiten (Bewältigung) einer Person übersteigen (vgl. *Weber* 2000, 8).

Es wird differenziert nach umweltbedingten und internen Anforderungen. Erstere sind externe Ereignisse, die eine Anpassung des Individuums erfordern und bei einem Mißerfolg negative Konsequenzen zeigen. Erstrebenswerte Ziele, Werte, Wertungsdispositionen, Programme oder Aufgaben werden unter den internen Anforderungen subsummiert. Sie sind von einem Individuum erworben worden oder ihm immanent, so daß deren Vereitelung oder Aufschub negative Folgen oder Begleiterscheinungen haben würde.

Neben den Anforderungen bilden die individuellen Anpassungsfähigkeiten die zweite Grundkomponente des Modells. Diese Eigenschaften ermöglichen es dem Individuum, den Anforderungen so zu begegnen, daß erfolglose Bemühungen und daraus resultierende negative Folgen nicht eintreten.

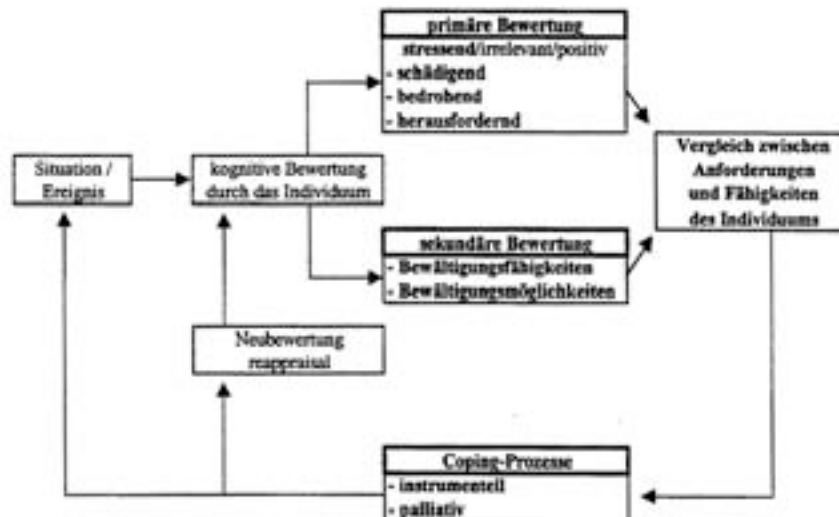


Abbildung: Das transaktionale Stresskonzept nach Lazarus & Launier, aus: Weber (2000, 17): Arbeitspapier zur Lauftherapieausbildung zum Thema: Stress-Ausgleich und Entspannung durch aerobische Ausdauerübungen.

Die kognitive Bewertung (cognitiv appraisal) und die Bewältigung (coping) sind die zentralen Kernpunkte auf denen der transaktionale Prozeß beruht.

Bei der kognitiven Bewertung wird die Bedeutung des laufenden Geschehens durch sich ständig ändernde Beurteilungen vollzogen. Hierbei dient das Wohlbefinden des Individuums als Maßstab der Bewertung. Im Rahmen dieses mentalen Vorganges wird einerseits die Bedeutung des Ereignisses für das Wohlbefinden der Person bewertet (primäre Bewertung) und andererseits die verfügbaren Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten gegenübergestellt (sekundäre Bewertung).

Die primäre Bewertung des Wohlbefindens kann laut Lazarus in die drei grundlegenden Kategorien irrelevant, günstig/positiv oder stressend münden. Eine Anpassungs- oder Bewältigungsbemühung ist für die ersten beiden Kategorien nicht erforderlich (vgl. Kernen 1998, 39).

Schädigung/Verlust (loss), Bedrohung (threat) oder Herausforderung (challenge) sind die drei Formen in der eine stressende Bewertung vorliegt. Letztendlich basiert das Streßerleben auf einer individuellen Stellungnahme zu einer Situation (vgl. Eberspächer 1990, 48). Eine bereits eingetretene Schädigung im Falle Schädigung/Verlust steht einer antizipierten Schädigung oder einem antizipierten Verlust im Falle einer Bedrohung gegenüber. Oft können beide Fälle nicht trennscharf voneinander abgegrenzt werden, wobei für eine antizipatorische Bewältigung andere Fähigkeiten erforderlich sind als bei einer bereits eingetretenen Schädigung.

Bei einer positiven Beurteilung der zu erbringenden Anpassungsleistung, wird eine Situation als Herausforderung erlebt, da ein in Aussicht stehender Gewinn den Veränderungsaufwand rechtfertigt.

Im Zuge der sekundären Bewertung werden die verfügbaren Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten (coping resource and options) eingeschätzt. Beide Bewertungsprozesse beeinflussen sich gegenseitig. Ein psychologischer Abgleich zwischen der von der jeweiligen Person als verfügbar erachteten Fähigkeiten und den vorhandenen Gefahren und Schädigungen wird vollzogen. In der Entstehung der psychologischen Stressreaktion bilden somit die Fähigkeiten einen entscheidenden kognitiven Faktor.

Durch eine Rückkoppelung im gesamten Bewertungsprozeß findet eine Neubewertung (reappraisal) statt, die auf Erfahrungen und sich anschließender Reflexion basiert.

Die Bewältigung selbst ist als ein Prozeß aufzufassen (coping process). Das „Fertigwerden“ mit umweltbedingten und internen Anforderungen und den zwischen ihnen bestehenden Konflikten macht sowohl verhaltensorientierte als auch intrapsychische Anstrengungen notwendig. Während das instrumentelle Coping auf die „Änderung der gestörten Transaktion“ abzielt, ist die „Regulierung der Emotion“ Gegenstand des palliativen Coping. Zeitliche Orientierung (Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft) und Ausrichtung (die Umwelt, das Selbst oder beides) sind weiterhin differenzierbar. In die Analyse werden Informationssuche (information seeking), direkte Aktion (direct action), Aktionshemmung (inhibition of action) und intrapsychische Bewältigungsformen (intrapsychic modes of coping) als vier unterschiedliche Bewältigungsformen einbezogen (vgl. Kernen 1998, 41).

### Stress zwischen Notwendigkeit und Risikofaktor

„Stress ist die Reaktion des Körpers auf jede an ihn gestellte Anforderung. Das Ausmaß des Stresses ist abhängig von der Intensität der Anforderung, und die Fähigkeit mit dieser fertig zu werden, bestimmt ob

das Ereignis positiv oder negativ ist. D.h., Streß ist einerseits ein positiver Faktor in unserem Leben, wenn er uns dazu motiviert, mehr zu leisten. Andererseits führt er zur Überforderung, wenn er physische und psychische Qualen verursacht, wenn wir von ihm überwältigt werden. Quälender Streß ist ein unterschwelliges, ständiges und unerbittliches Gefühl von Angst aufgrund einer nahezu unbewußten Wahrnehmung von Bedrohung oder Gefahr" (O´Hara 1996, 16).

Letztendlich ist es wichtig „den angenehmen, heilsamen Streß zu suchen und dem krankmachenden aus einer entspannten und abwehrstarken Position heraus Paroli zu bieten" (Helmer 1989, 11).

In unserer Gesellschaft ist es hoch angesehen, wenn Menschen höchste Anforderungen bewältigen und (scheinbar unbegrenzt) mit Streß umgehen können.

Da der Mensch aber nur begrenzt belastbar ist, ist es für die Bewältigung von Anforderungen notwendig, unser Routineverhalten zu verändern und Lösungsmöglichkeiten zu suchen, die nicht „ein ständiges über unsere Grenzen gehen“ wie selbstverständlich beinhalten (vgl. Eberspächer 1990, 49).

Sowohl Gedanken und Emotionen als auch Umweltfaktoren werden in physiologische Reaktionen umgesetzt. Zu jedem denkbaren Zeitpunkt beschleunigt das autonome Nervensystem unsere Körperfunktionen, damit wir aktiv werden können, oder es verlangsamt sie, damit wir uns erholen und regenerieren können. Das Phänomen des „Nicht-Abschalten-Könnens" resultiert aus wiederholtem unvermindertem Streß. Die Unausgewogenheit in der Funktionsweise des autonomen Nervensystems läßt den Körper auf Hochtouren laufen. Diese entsteht durch unsere Unfähigkeit, mit dem unerbittlichen Ansturm von Veränderungen fertig zu werden, die das globalisierte Leben prägen.

Der Hypothalamus - die entscheidende Verbindungsstelle im Gehirn zwischen Geist und Körper - nimmt mentale und emotionale Informationen auf und übersetzt sie in physiologische Reaktionen - Streßreaktion. Er reagiert auf Streßwahrnehmungen, indem er das Drüsensystem (endokrine System) aktiviert und das sympathische Nervensystem stimuliert. Unabhängig davon, ob der Streßauslöser tatsächlich oder nur in unserer Einbildung existiert, reagiert der Hypothalamus ähnlich.

Insgesamt zielen diese Veränderungen im Körper darauf ab, optimal auf die Streßsituation reagieren zu können - einerseits durch die Aktivierung der benötigten Funktionen, andererseits durch das Abschalten der im jeweiligen Moment weniger wichtigen Vorgänge.

Die Streßreaktion ist phylogenetisch alt, d.h. wir haben sie uns im Laufe der Evolution über viele Millionen Jahre hin angeeignet, weil sie sich als zweckmäßig herausgestellt hat. Sie wurde in Momenten der Gefahr ausgelöst und ermöglichte es, dieser Gefahr so schnell und effektiv wie möglich zu begegnen.

Sinn der Streßreaktion ist ursprünglich die Lebenserhaltung, und zwar durch einen reflexhaften Angriffs- oder Fluchtmechanismus. Andere und vor allem differenziertere Reaktionsmöglichkeiten sind vom Organismus nicht vorgesehen. Nach Selye (1974) wird diese allgemeine Aktivierung auch als Alarmreaktion des Körpers bezeichnet (vgl. ebenda, 70). Flucht und Kampf sind beides Reaktionen, die intensiven körperlichen Einsatz und Bewegung erfordern. Durch die körperliche Anstrengung werden „der entstandene Streß" bzw. die dabei ausgeschütteten Stoffe, im Körper abgebaut. Die Alarmreaktionen gehen zurück, die kurzfristig blockierten Funktionen werden reaktiviert, es tritt der Normalzustand ein. Bis zu nächsten Gefahrensituation gibt es eine Phase der Entspannung, in der sich der Körper regenerieren kann. Demnach ist Streß also ursprünglich etwas Positives und für den Menschen Hilfreiches (vgl. ebenda, 46f).

Streß ist in diesem Sinne zur Begegnung der Gefahr sinnvoll, vor allem unter Berücksichtigung der Tatsache, daß zwischen den streßreichen Situationen immer wieder Zeiten der Entspannung gelegen haben, in denen die durch Streßsituationen mobilisierte Energie abgebaut werden konnte.

### **Erfolgreiche Streßbewältigung und Umgang mit Streß**

Als fester Bestandteil unseres Lebens, ist es unumgänglich mit Streß umgehen zu lernen. „Das Geheimnis von Streßkontrolle und Wohlbefinden besteht im Kern darin, bewußt Situationen aufzusuchen, in denen man selbst bestimmt und in die man zeitweise streßauslösende und andere Perspektiven nicht oder als nicht bedeutsam wahrnimmt oder bewertet" (Eberspächer 1990, 50).

Ein vernünftiges Streßmanagement muß ganzheitlich sein. Streß gehört zur Grundausstattung des Menschen und erfüllt eine wichtige Überlebensfunktion. Ein Vermeiden von Streß ist unmöglich und unrealistisch. Nur durch aktives Verhalten vor, während und nach der streßauslösenden Situation ist Streßbewältigung möglich. Körper und Geist müssen fit sein und harmonisch arbeiten. Mit dem Ziel bestmöglicher Gesundheit und größtmöglicher Lebensfreude müssen schlechte Einstellungen und Gewohnheiten geändert werden (vgl. Weber 2000, 12).

In sportwissenschaftlichen Studien wird belegt, daß die Bewertung des Stressors im Bewältigungsprozeß eine zentrale Rolle spielt. Bei Situationen, die als hoch kontrollierbar erlebt werden, haben sich problemorientierte Bewältigungsstrategien (Suche nach „Information", „Einsatz taktischer Mittel", „Positive Selbstinstruktion") als probate Maßnahmen erwiesen, während bei subjektiv wenig bzw. gar nicht kontrollierbaren Situationen eher emotionszentrierte Strategien („Umbewertung", „Ablenkung", „Abreaktion") der Vorzug gegeben wird (vgl. Stoll 1996, 141).

Die körperlich-seelischen Folgen bei Belastungen werden durch ein Bewegungstraining weitgehend normalisiert, d.h. Entspannung der Muskeln und Normalisierung der Atmung (vgl. *Tausch* 1997, 274).

### Stressfaktoren

Die Wechselwirkung zwischen sozialer Schicht, lebensveränderndem Ereignis und Entstehung depressiver Syndrome versuchen *Brown et al.* (1980) in einer Studie herauszuarbeiten. Danach wird die Störanfälligkeit von Frauen größer, wenn ihnen eine vertrauensvolle Beziehung fehlt, wenn sie drei oder mehr Kinder versorgen müssen, wenn sie keine Berufstätigkeit ausüben und wenn sie benachteiligten Bevölkerungsschichten angehören (vgl. ebenda, 279ff).

Interessant sind hier auch die Untersuchungen, die *Cooper & Smith* (1989) in einem Überblicksartikel „Stressoren am Arbeitsplatz“ zitieren. Sie stellen eine Vielzahl von theoretischen Konzepten und Bestimmungsstücken aus der empirischen Forschung zusammen, um das Beziehungsgefüge Stress, Entscheidungsprozeß, Leistung und physische/psychische Gesundheit neu zu bestimmen. So beobachteten sie Stress bei qualifizierten Frauen, die darunter litten, daß sie nicht, wie ihre weniger qualifizierten männlichen Kollegen im Unternehmen, eine Aufstiegschance hatten. Weitere Ergebnisse zeigen auf, daß im Beziehungsgeflecht Beruf/Familie Stressquellen liegen, sobald Manager die stillschweigende Erwartung an ihre Ehefrauen haben, daß das Familienleben in „Karrierezeiten“ beruflichen Zielen unterzuordnen ist.

*Hoffmann* (1983) schildert als typische Stressfaktoren von Frauen das Gefühl, Erwartungen anderer erfüllen zu müssen; das Gefühl, an tradierten Rollen festhalten zu müssen; und als Folge davon negative Selbstbewertungen und Hilflosigkeit (vgl. ebenda, 250ff).

Der französische Soziologie *Alain Ehrenberg* zeigt in seinem gleichnamigen Buch vom „erschöpften Selbst“ auf, daß der Mensch überfordert ist von den Mechanismen der heutigen Gesellschaft: Im Arbeitsleben, in der Schule und Familie dominiert „Leistung“ und immer neuen Herausforderungen gerecht werden zu müssen. D.h. jeder muß stets handlungsfähig sein und sich beständig an eine Welt anpassen, die nicht mehr als beständig wahrgenommen wird, also eine instabile, provisorische Welt.

Eigenverantwortlichkeit ist gefordert. Doch eigenverantwortliches Handeln wird gleichzeitig permanent begrenzt. Ein (sicherer) Arbeitsplatz - Fehlanzeige! Beruf und Familie im Einklang - Betreuungsplätze für Kinder, Ganztagschulen, passende Teilzeitstellen - Fehlanzeige!!!

Das Resultat ist, daß Männer und Frauen in zunehmendem Maße das Gefühl entwickeln, den Anforderungen des Alltags nicht mehr gerecht werden zu können und sich als minderwertig erleben.

Männer und Frauen, die glauben, nicht mehr den eigenen und den gesellschaftlichen Ansprüchen (den tatsächlichen oder den vermeintlichen) gerecht zu werden, „leiden“ zunehmend unter Stress, laufen Gefahr, ein Gefühl des permanenten Scheiterns zu entwickeln und beispielsweise Symptome einer Depression zu entwickeln.

Die veränderten gesellschaftlichen Bedingungen führen offensichtlich als Folge von erlebtem Stress zu einer Zunahme der Depressions symptomatik. Es muß aber geklärt werden, wo die Ursachen liegen, daß manche Menschen mehr unter dem Stress des modernen Lebens leiden als andere.

Hierzu „... müssen verschiedene Faktoren zusammenkommen, ...“

#### 1. Faktor: Verletzlichkeit

Nur Menschen, die eine gewisse Verletzlichkeit (Vulnerabilität) haben, sind anfällig für die Depression. Das heißt: Es muß eine negative Vorgeschichte in der Kindheit vorhanden sein - Mißbrauch, Vernachlässigung, Verlust eines Elternteils, emotionale Kälte, Trennungserfahrungen, Krankheit ... ..

#### 2. Faktor: Erleben eines kritischen Ereignisses

Das erstmalige Auftreten einer depressiven Phase im Leben eines Menschen ist fast immer durch ein schweres Belastungs- oder Verlustereignis ausgelöst: zum Beispiel Arbeitslosigkeit, Trennung, Umzug, Krankheit, langandauernde Stresssituationen. Weitere depressive Episoden werden dann möglicherweise durch harmlose Belastungsereignisse ausgelöst. ...

Das Risiko, einmal im Leben an einer Depression zu erkranken, liegt bei Frauen zwischen 10 und 25 Prozent, bei Männern zwischen 5 und 12 Prozent. Etwa zwei Drittel aller depressiven Patienten, die von Psychiatern behandelt werden, sind Frauen.

Dabei ist interessant: Psychische Störungen, ganz allgemein, sind in der Bevölkerung annähernd gleich verteilt. Deutliche Geschlechtsunterschiede finden sich nur bei der depressiven Störung, und da nur bei der so genannten unipolaren Depression. Bei den bipolaren Störungen, bei denen sich depressive mit manischen Phasen abwechseln, gibt es keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

... Es gibt verschiedene Gründe dafür, warum sich Mediziner schwer tun, bei Männern die Anzeichen einer Depression rechtzeitig zu erkennen: Männer neigen dazu, depressive Symptome zu verleugnen, weil sie nicht als unproduktiv und schwach gelten wollen.

... die vorliegende Forschung zeigt, daß es für Frauen ... ein größeres Risiko gibt, an Depression zu

erkranken. ... Ihre Streßfaktoren sind häufig schwerwiegender als die von Männern:

- *Chronische Überlastung, Zeitmangel*  
... Chronische Überlastung ... führt leicht zu dem Gefühl, die Dinge nicht mehr unter Kontrolle zu haben und ihnen ausgeliefert zu sein. Kontrollverlust wiederum führt zu Hilflosigkeit, und Hilflosigkeit ist ein wesentliches Merkmal der Depression. ...
- *Armut*  
... Studien aus den USA zeigen, daß alleinerziehende Mütter, die in Armut leben, die höchsten Depressionsraten überhaupt aufweisen. ... Frauen, die in ungesicherten Verhältnissen leben, leiden unter Kontrollverlust, sie können die Situation nicht beeinflussen, sie haben chronische Belastungen wie unsichere Wohnverhältnisse, alleinige Verantwortung für die Kinder, unsichere Arbeitsplätze etc.. Auch das soziale Netzwerk läßt diese Frauen oft im Stich. ...
- *Mißbrauch*  
Neuere Studien weisen auch darauf hin, daß Gewalt- und Mißbrauchserfahrungen die höhere Depressionsrate von Frauen erklären können. Mädchen haben ein doppelt so hohes Risiko wie Jungen, mißbraucht zu werden. Und diese frühen Mißbrauchserfahrungen können ...dazu führen, daß die Betroffenen im späteren Leben mit Depressionen auf schwierige Lebensbedingungen reagieren.

Die Aufzählung dieser Streßfaktoren verdeutlicht: Frauen sind häufig(er) stark belastet (als Männer), sie ... stehen permanent unter Streß" (Nuber, zitiert nach: [http://www.ursula-nuber.de/i/ursula\\_nuber\\_leseprobe\\_depression.html](http://www.ursula-nuber.de/i/ursula_nuber_leseprobe_depression.html)).

Auch *Biermann-Ratjen* (1988) beschreibt Studien, in denen annähernd doppelt so viele Frauen wie Männer depressive Symptome zeigen. Hier ist zu fragen, ob Frauen ihre Reaktionen auf Streß einfach nur anders wahrnehmen als Männer, ob sie bereitwilliger über Gefühle reden oder überhaupt eher bereit sind, nach Hilfe suchen oder sich mehr um ihre Gesundheit kümmern als Männer (vgl. ebenda, 5ff).

### **Bewältigungsverhalten und Gesundheit**

Frauen sind optimistischer und ausdauernder als Männer, resignieren seltener, finden sich nicht mit Unabänderlichkeiten ab, verlassen sich stärker auf ihr eigenes Urteilsvermögen anstatt auf fremde Hilfe, sind weniger oral fixiert, reagieren weniger emotional, haben ein großes und flexibles Verhaltensrepertoire (vgl. *Becker* 1985, 169ff).

Lebensbewältigungskonzepte zielen bei Frauen und Männern letztlich auf das Streben nach subjektiver Handlungsfähigkeit nicht nur in sozialer und tendenziell unbelasteter Alltäglichkeit, sondern ganz wesentlich im Kontext von Belastung, also auch in biografischen Integrations- und Integritätskrisen, in kritischen Lebenssituationen, in denen das psychosoziale Gleichgewicht gefährdet ist (vgl. *Otto, Bauer* 2005).

Lebenskonstellationen werden kritisch erlebt, wenn die verfügbaren personalen und sozialen Ressourcen für die Bewältigung nicht mehr ausreichen.

Die Netzwerk- und Unterstützungsperspektive verweist im Kontext von Bewältigungsverhalten auf eine intrapersonale und interpersonale Perspektive. Die intrapersonale Perspektive umfaßt vielfältige netzwerkbasierende Prozesse der Ausstattung von Individuen mit Bewältigungsressourcen. Die interpersonale Perspektive zielt auf Bewältigung beispielsweise durch Unterstützung des sozialen Netzwerks.

Generell läßt sich feststellen, daß der Abbau der eigenen physiologischen Streßreaktion  
- wenn *die streßvolle Situation nicht veränderbar, nicht kontrollierbar ist* - möglich ist durch

- den Aufbau eines soziales Unterstützungssystem.
- das Ausdrücken von Gefühlen.
- Entspannungsübungen: Progressive Muskelentspannung, Hypnose, Autogenes Training, Yoga, Meditation etc..
- ggf. Verleugnung, Rückzug, Ablenkung, Rationalisierung.
- das Verschaffen positiver Erlebnisse.
- Work-Life-Balance herstellen: „gesunde“ Balance zwischen beruflichen Anforderungen, sog. Alltagspflichten und Freizeitaktivitäten beachten.
- Ausdauertraining: Funktionsreserven für Belastungssituationen werden aufgebaut und die Schwelle für das persönliche Streßempfinden wird erhöht. Die Fähigkeit, sich nach Belastungen wieder rasch zu erholen, wird verbessert.

- wenn *die streßvolle Situation veränderbar, kontrollierbar ist* - möglich ist durch

- das Eingestehen der Probleme: Aktiv Einfluß nehmen, Problembearbeitung und Kontrolle der Situation. Problemanalyse und Lösungsstrategien erarbeiten.
- den Erwerb neuer Fähigkeiten und Kompetenzen.

- den Aufbau von Selbstsicherheit.
- Zeitmanagement:
  - realistische Ziele, Planung
  - Erholungsmöglichkeiten
  - Ordnung am Arbeitsplatz (Zeitverlust durch Suchen)
  - Prioritäten setzen
- das aktive Anstreben von Lösungen.
- sich auf das Wesentliche konzentrieren, sich nicht ablenken lassen.

### Ganzheitlicher Ansatz eines gesundheitsorientierten Fitneßtrainings

Eine Strategie zur Förderung der gesundheitlichen Ressourcen liegt ganz allgemein darin, einen Bereich zu schaffen, in dem der - möglicherweise streßbelastete - Alltag ausgeblendet werden kann (vgl. *Perlin* 1987, 59).

Ausdauersport vermittelt eine Strategie der Lebensbewältigung. Dazu zählt nicht nur die individuelle Psychohygiene, das gedankliche und emotionale Aufarbeiten von Konflikten des Alltags während des Laufens, das Wiedergewinnen der in unseren kopflastigen Berufen häufig verlorenen Körperidentität, sondern auch die soziale Funktion der Gruppe. Möglicherweise wird der Stellenwert dieser sozialen Funktion dadurch noch gesteigert, daß sich die sozialen Beziehungen zunächst nonverbal vollziehen. Mit anderen Worten: Die Beteiligten müssen nicht reden, aber sie sind dennoch nicht allein und können sich öffnen, wenn der Leidensdruck etc. sie dazu drängt.

Dabei gilt es zu beachten, daß mit 'Sport' in erster Linie Spaß verbunden werden soll, wobei Spaß hier als Sammelbegriff für die unterschiedlichsten Faktoren zu sehen ist: das Erleben der Natur, die Erfahrung der eigenen Leistungsfähigkeit, die Kommunikation mit anderen u.a. (vgl. *Lange* 1994, 169).

### Konzeptionelle Überlegungen

Am Beispiel der Behandlung Abhängigkeitskranker wird die hohe Bedeutung sporttherapeutischer Maßnahmen, der Erlebnispädagogik und von Entspannungstechniken aufgezeigt.

#### Lauftherapie

Lauftherapie als übungs- und erlebniszentrierte Behandlungsmethode in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker „bietet einen guten Zugang, den Abhängigen ... einen Weg zu eröffnen, einen sorgsam Umgang mit ihrer Leiblichkeit, d.h. auch eine Wertschätzung des Leibes und seiner Gesundheit, neu zu erfahren und zu verstehen. Über die liebevolle Pflege ihres Körpers werden antidestruktive Impulse erkannt und nutzbar und durch das „laufende Erleben und Erarbeiten“ eines positiven Körperbewußtseins in die „Sorge um sich“ umgewandelt - „Laufen als Lebenskunst“ (*Schay et al.* 2006, 161).

„Sporttherapeutische Angebote unterstützen den Rehabilitations- und Reintegrationsverlauf und beeinflussen psychosoziale Funktionen durch Aktivierungs- und Handlungsprozesse, in dem die Bezugsfähigkeit des Patienten zu sich selbst entwickelt bzw. wiederhergestellt wird und damit Regulationsmöglichkeiten hinsichtlich der eigenen Befindlichkeit möglich werden. Vor allen Dingen wird es möglich, die bei dieser Patientenpopulation in der Regel beeinträchtigten volitionalen Fähigkeiten zu stärken. ... Sport- und bewegungstherapeutische Maßnahmen gehören zu den herausragenden Möglichkeiten, die Willenskräfte zu entwickeln, die gerade bei Drogenabhängigen oft sehr beeinträchtigt sind. Der Aufbau von Kondition, das „Meistern einer Strecke“, regelmäßiges Training sind effektive Wege, Wollen und Willen zu schulen und eine neue „Willenssozialisation“ zu beginnen“ (ebenda, 165)<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> „Eine ganze Reihe von Forschungsarbeiten beschäftigte sich mit dem Zusammenhang von sportlichen Übungsprogrammen und einer Stimmungsverbesserung bzw. Depression. Die meisten Untersuchungen bestätigten, den Erfolg verschiedener Sportprogramme.

Einige Ergebnisse: Bei Patienten mit reaktiver und neurotischer Depression stellten *Greist* u.a. (1979) gleichermaßen positive Effekte eines Lauftrainings und einer Kurzzeitpsychotherapiegruppe fest, während Patienten einer zeitlich unlimitierten Psychotherapiegruppe weniger profitierten.

*Martinsen* u.a. (1989) stellten fest, daß eine Verbesserung der aeroben Kapazität eine Voraussetzung für den antidepressiven Effekt ist. Eine andere Untersuchung (*Sime* 1987) fand am Ende ihres Übungsprogrammes keine aerobe Kapazitätsverbesserung, wohl aber einen antidepressiven Effekt. ...

*Bosscher* (1991) untersuchte, ob ein strukturiertes Lauftherapieprogramm einen anti-depressiven Effekt bei poliklinischen depressiven Patienten hat. 30 Patienten wurden in zwei Gruppen eingeteilt, Voraussetzung war die Diagnose „Dysthymie“ oder „Major Depression“ laut DSM-III-R sowie eine Mindestpunktzahl in zwei Depressions-Fragebögen. Die eine Gruppe nahm an der Lauftherapie teil, die Kontrollgruppe erhielt lediglich stützende,

### Die Bedeutung physischer Aktivität in der Therapie

Für die Patienten ist „physische Aktivität wichtig, etwa Sport oder körperliche Arbeit, um die physiologische Streßreaktion abzubauen. ... Die tägliche physische Aktivität sollte einen rituellen Charakter erhalten. ... Rituelle sportliche Routinen können je nach Fähigkeit des Patienten auch in Sportvereinen, Trainingszentren und Fitneßstudios durchgeführt werden, hier möglichst auch im Gruppenkontakt“ (Fischer/Riedesser 2003, 209).

„In der (Behandlung) kann Körperarbeit dabei helfen, den Umgang mit potentiell überwältigenden Affekten zu regulieren. ... Unter Rückgriff auf Levine (1998) schreibt Reddemann (2000, 129), daß die Konzentration auf das Körpererleben einen beruhigenden und angst-mindernden Effekt haben kann. Dies setzt Selbstheilungskräfte frei“ (Geuter 2006, 261).

Bei moderatem, therapeutischem Laufen können „Erfahrungen des Gelingens“, der „Situationskontrolle“ gemacht und verankert werden. Sie werden „ins Gedächtnis eingeschrieben“ (Williams, Banyard 1999) - in das „implizite“ Leibgedächtnis. Diese Erfahrungen, die die Bedeutung vorgängiger Erfahrungen abbildern, lassen neue Situationen „im Abgleich“ mit biographischen Erfahrungen nicht mehr so aussichtslos und unbewältigbar erscheinen, und verhindern damit auch das Triggern einer Streßphysiologie, die sich ansonsten von Mal zu Mal tiefer bahnt (van der Kolk 1994).

Durch das Erleben, Einüben und Umwerten von Situationen, wie sie das gemeinsame sportive Tun bietet, können so Neukonditionierungen möglich werden, indem Situationsbewertungen als „nicht mehr gefährlich“ eingestuft werden (Canli et al. 2000)“ (Schay et al. 2006, 179f).

### Ein Praxisbeispiel<sup>3</sup>

#### Zielgruppenanalyse

Durchführung eines Projektes mit 6 abhängigkeitskranken Frau: „Gesunde Ernährung und Sport“. 3 Frauen werden in der stationären Adaptionseinrichtung behandelt, 3 haben die Behandlung abgeschlossen und werden im ambulant Betreuten Wohnen nach Beendigung ihrer Rehabilitation weiterbetreut.

#### Adaption

Adaption ist die zweite Phase der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. In dieser 17wöchigen Rehabilitationsphase geht es um die Weiterführung der in der Entwöhnung eingeleiteten Entwicklungsprozesse mit den Schwerpunkten der Festigung des Abstinenzverhaltens und der beruflichen Integration.

#### Ambulant Betreutes Wohnen

Im BeWO steht die soziale Integration im Vordergrund, d.h. der Klient soll befähigt werden, ein selbständiges und selbstverantwortliches Leben zu führen. Die Betreuungsdauer beträgt zunächst 12-18 Monate und kann bei Bedarf verlängert werden.

#### Die Teilnehmerinnen

##### Frau G., 39 Jahre

Frau G. war in 2006 und 2007 Patientin der Adaption. Neben ihrer Abhängigkeitserkrankung wird sie aufgrund von Depressionen medikamentös behandelt. Ihr Selbstwertgefühl ist äußerst schwach ausgeprägt. Frau G. hat einen Sohn,

---

psychodynamische Therapiesprache. Nach 12 Wochen mit jeweils einer Therapieeinheit ergaben sich signifikante Verbesserungen in allen Bereichen bei den Patienten mit „Major Depression“, bei „Dysthymie“ zeigte sich lediglich eine signifikante Verbesserung der Kondition und der Werte auf einer Depressionsskala fest. Das Ergebnis überrascht nicht, da die Dysthymie-Patienten eine lange depressive Vorgeschichte (> 2 Jahre) hatten. Die Kontrollgruppe mit den supportiven Psychotherapiesprachen zeigten hingegen keine signifikanten Veränderungen. ... (In der Studie von Bosscher (1995) und Bosscher/Petzold (1997) wird die Lauftherapie mit medikamentöser Behandlung bei Patienten mit der Diagnose „Major Depression“ verglichen, die ebenfalls auf zwei Depressionsskalen einen Mindestpunktwert erreichten. 17 Patienten erhielten eine Lauftherapie, 12 Patienten erhielten eine medikamentöse Therapie mit einem potenten Antidepressivum. Beide Gruppen zeigten zwischen Vor- und Nachmessung signifikante Reduzierungen der Depressionswerte und der Beschwerden, nach 6 Wochen war das Lauftraining der medikamentösen Therapie sogar überlegen. Hingegen fanden sich keine Verbesserungen der allgemeinen und der körperlichen Kompetenz. Bei den Copingstrategien ergab sich nur bei der Medikamenten-Gruppe eine signifikante Veränderung auf der Skala „soziale Unterstützung suchen“. Das läßt sich auf den erhöhten Antrieb dieser Patienten zurückführen, während für die Lauftherapie-Patienten anzunehmen ist, daß sie diese Coping-Strategie - bedingt durch die soziale Konstellation des Lauftrainings - nicht vermehrt einsetzen müssen.

Es ließ sich also sagen, daß die Lauftherapie sich als genauso wirksam erwies wie die medikamentöse Therapie“ (Schay et al. 2006, 186ff).

<sup>3</sup> Der vorliegende Text beinhaltet in Teilen als Praxisbeispiel ein Projekt von Stefanie Tucholski (2008), das die Autorin im Rahmen ihrer Ausbildung zur Erzieherin durchgeführt hat.

der stationär über die Jugendhilfe untergebracht ist.

Sporadisch sind Rückfälle gegeben, die sie als ein Ventil erklärt, ihre inneren Spannungszustände (z.B. den psychischen Streß als Mutter) abzubauen.

Frau G. ist seit 03/2008 im Bereich Verkauf in einer Maßnahme mit Mehraufwand-entschädigung (sog. 1-Euro-Job) beschäftigt.

#### **Frau H., 45 Jahre**

Frau H. war 2007 Patientin in der Adaption und wird seit dem im BeWO weiterbetreut. Sie leidet unter starken depressiven Verstimmungen und ist oft antriebslos. Sie wird mit Antabus und Antidepressiva medikamentös behandelt. In 2007 waren wiederholt stationäre Behandlungen in der Psychiatrie notwendig, da sich Frau H. mit den Alltagsanforderungen und mit dem Alleinsein völlig überfordert fühlte.

Frau H. hat große Schwierigkeiten in ihrem Beziehungsverhalten, fühlt sich immer wieder zu Männern hingezogen. Sie macht sich von ihrem jeweiligen Partner abhängig und kann sich nicht abgrenzen. Als Folge zeigen sich häufig kurze und intensive Rückfallphasen.

Frau H. ist seit 03/2008 im Bereich Verkauf in einer Maßnahme mit Mehraufwandsentschädigung (sog. 1-Euro-Job) beschäftigt.

#### **Frau V., 38 Jahre**

Frau V. war 2007 Patientin in der Adaption und wird seit dem im BeWO weiterbetreut. Sie leidet unter starkem Übergewicht. Ihr Selbstbewußtsein ist nur schwach ausgeprägt.

Frau V. hat eine Tochter und einen Sohn, die beide stationär über die Jugendhilfe untergebracht sind. Im Sommer ist eine Wiederezusammenführung mit der Tochter geplant. Frau V. fühlt sich überfordert zu sein, ist aber derzeit nicht in der Lage, dies ihrer Tochter gegenüber zu vertreten.

Frau V. ist nicht sehr selbständig und stark auf ihren Partner fixiert, der ebenfalls abhängigkeitskrank ist.

Frau V. hat große Defizite in ihrem Beziehungsverhalten und es fällt ihr schwer, ihre eigenen Grenzen zu erkennen und anderen gegenüber deutlich zu machen.

Frau V. absolviert z.Zt. eine Maßnahme der ARGE (Bewerbungstraining).

#### **Frau L., 25 Jahre**

Frau L. ist seit 12/2007 Patientin in der Adaption und leidet unter ihren Gewichtsproblemen. Mit dem Ziel der Gewichtsreduktion hat sie Sportkurse bei der VHS belegt und versucht auf ihre Ernährung zu achten.

Bei Sportaktivitäten mit Mitpatienten klagt sie über ein hohes Schamgefühl den Männern gegenüber. Sie fühle sich beobachtet und könne sich davon innerlich nicht abgrenzen.

Frau L. hat erhebliche Probleme in ihrem Beziehungsverhalten. Sie kann sich insbesondere Männern gegenüber, die ihr Interesse signalisieren, überhaupt nicht abgrenzen und verfällt immer wieder in ein abhängiges (sexualisiertes) Verhaltensmuster.

Frau L. absolviert z.Zt. eine Maßnahme bei einem außerbetrieblichen Beschäftigungsträger mit dem Ziel in 06/2008 den Hauptschulabschluß zu erlangen.

#### **Frau R., 37 Jahre**

Frau R. war Patientin in der Adaption und wird seit dem in eine betreute WG und dem BeWo weiterbetreut. Aufgrund leichter depressiver Verstimmungen wird sie medikamentös behandelt.

Frau R. geht in ihrer Freizeit regelmäßig schwimmen und zeigt hier besonderen Ehrgeiz. Sie ist anderen Menschen gegenüber freundlich und interessiert, aber im Erstkontakt mißtrauisch.

Frau R. verfällt gelegentlich in eine "Kind-Rolle", hat eine Schwäche für Stofftiere und nutzt diese nach eigenen Angaben als Partnerersatz zum Kuscheln. Ihr Verhalten wird in diesen Momenten zusätzlich durch ihrer Stimme gestützt, welche sich dann auch eher kindlich anhört.

Frau R. ist in einem Altenheim (Demenzkranke) in einer Maßnahme mit Mehraufwandsentschädigung (sog. 1-Euro-Job) beschäftigt und wird dort perspektivisch in eine Ausbildung zur Altenpflegerin übernommen werden.

#### **Frau M., 25 Jahre**

Frau M. ist seit 02/2008 Patientin in der Adaption.

Frau M. treibt fast täglich Sport. Im Alltag wirkt Frau M. oft hektisch und ist leicht zu verunsichern.

In ihren Beziehungen zu Männern entwickelt Frau M. immer wieder abhängige Verhaltensmuster. Aus Angst allein zu sein, ist sie nicht in der Lage, eine Beziehung zu beenden, bevor sie sich in die nächste „geflüchtet“ hat. Frauen gegenüber verhält sie sich oberflächlich und unverbindlich.

Frau M. absolviert in einem Fitneßstudio ein Praktikum, mit dem Ziel dort in eine Umschulung zur Sport- und Fitneßkauffrau übernommen zu werden.

#### **Lernziele**

- Abbau von Streß, Umgang mit streßbelasteten Situationen
- Verbesserung der Fitneß
- Erarbeitung von Sensibilität für „Gesundheit“
- Aufbau von sozialen Kontakten
- Erprobung von Kommunikationsstrukturen
- Verbesserung der Freizeitgestaltung
- Erfahrung von Lebensqualitäten wie Freude, Spaß, Wohlbefinden, Gemeinschaft, Kontakte usw.
- Anregung der Körperwahrnehmung

### **Gesunde Ernährung**

Der Schwerpunkt liegt in der Vermittlung eines angemessenen Ernährungsbewußtseins, indem theoretische und praktische Ernährungsfragen zur Sprache kommen sollen.

Die Frauen sollen sich mit ihrer Ernährungspraxis beschäftigen, lernen auf eine gesunde Ernährung zu achten und sich einen konkreten Ernährungsplan für Frühstück, Mittagessen, Abendessen und Zwischenmahlzeit erarbeiten.

Die Teilnehmerinnen bekommen dafür Rezeptvorschläge, sollen aber auch eigene Vorschläge entwickeln. Insofern wird hier für eine Verknüpfung von Ernährungstheorie und Ernährungspraxis gesorgt.

### **Die Bedeutung körperlicher Bewegung**

Sport soll als eine aktive und regelmäßige körperliche Belastung im Alltag - mit dem Ziel, Gesundheit in all ihren Aspekten, d.h. körperlich und seelisch, zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen.

Die positiven Effekte von Sport sind nachweislich die Wirkung auf das Herz-Kreislaufsystem, den Stoffwechsel und die psychische Situation.

Verknüpft wird der Aspekt körperlicher Bewegung mit einer Kontrolle des persönlichen Ernährungsverhaltens, um eine optimale Gesundheitssituation zu erzeugen.

### Ziele für das Sportprogramm

#### **Grobziele**

- Freizeitgestalten
- Interessen entwickeln
- Regulierung von Streß
- Sport als Freizeitgestaltung und Möglichkeit, die Beziehung zu anderen Menschen fördern

#### **Teilziele**

- Selbstbewußtsein durch ein Erfolgserlebnis
- Spaß/Freude erleben
- Einschätzung der eigenen Möglichkeiten, d.h. sich nicht zu überfordern oder zu hohe Ziele zu stecken

### **Das Programm**

Über das Projekt werden die Frauen in die Sportarten

- Nordic Walking
- Schwimmen
- Badminton

eingeführt. Nach einem theoretischen Einführungsteil steht das eigene Tun im Vordergrund. Jede Sportart wird an zwei aufeinander folgenden Wochen trainiert, so daß jede Teilnehmerin sich ausreichend üben und erproben kann.

Vor jedem Treffen wird eine gesunde Mahlzeit vorbereitet. Diese wird dann nach dem Sport gemeinsam zubereitet und gegessen. Das gemeinsame Essen soll für die Teilnehmer zusätzlich eine kommunikative Plattform bilden.

Wichtig: In den Kurs soll nicht zuviel Theorie in den Kurs einfließen, sondern den Frauen Erfahrung durch ihr eigenes Tun vermitteln werden.

Dabei ist es vorrangig, den Teilnehmerinnen eine Atmosphäre zu schaffen, in der sich jede einzelne Frau angenommen und wertgeschätzt fühlt und einfach ein schönes Erlebnis für sich hat.

Jede Aktivität wird in der Adaptionseinrichtung beginnen. Im Vorfeld werden von der Anleiterin die organisatorische Dinge wie Besorgen der NW-Stöcke, Buchung der Badmintonfelder erledigt.

### Projektverlauf

Beim ersten Treffen wird den Teilnehmerinnen gemeinsam mit einer Sporttherapeutin der Projektverlauf vorgestellt.

Dabei werden die Frauen angeregt, ihre Wünsche und Bedürfnisse zum Thema Sport und gesunder Ernährung einzubringen und ein wenig über eigene Gewohnheiten zu erzählen.

Da das Projekt mit Nordic-Walking beginnt und die Anleiterin selbst über ausreichend Erfahrung in dieser Sportart verfügt, übernimmt die Sporttherapeutin das Vorstellen von technischer Durchführung und erläuterte die Vorzüge des Nordic-Walking.

Nachdem die Technik des NW den Frauen erklärt ist, wird die Atmosphäre aufgelockert, indem die Frauen beginnen sich im NW zu üben.

Da der Vorteil des NW ist, daß leicht in die Praxis umzusetzen ist, können die Frauen eine 1stündige Trainingseinheit problemlos absolvieren.

Den Abschluß des ersten Treffens bildet die Zubereitung und der Verzehr des gemeinsamen Essens.

Beim nächsten Treffen waren wieder alle Frauen anwesend. Den Frauen wurde noch einmal kurz der Umgang mit den NW-Stöcken gezeigt, wobei die Anleiterin besonders auf die richtige Körperhaltung achtete. Schneller als erwartet konnte mit dem NW begonnen werden und die Teilnehmerinnen absolvierten mehrere Runden im Sportpark, der der Einrichtung gegenüber liegt.

Darauf zu achten ist, daß die Gruppe ein Tempo wählt, daß keine Frau überfordert. Deswegen wird die Gruppe im Wechsel von den einzelnen angeführt.

Zum Abschluß des sportlichen Teils werden verschiedene Dehnübungen gemacht, um die angespannte Muskulatur zu lockern.

Den Abschluß des Treffens bildet wieder die Zubereitung und der Verzehr des gemeinsamen Essens. Die Frauen

saßen noch lange zusammen und der Abend klang in ruhiger, gemütlicher und entspannter Atmosphäre aus.

Zu den „Badmintonseinheiten“ fahren die Frauen in eine Sporthalle, in der 2 Spielfelder zur Verfügung standen. Um die Teilnehmerinnen gut in das Spiel einzuführen, übernahm ein Mitarbeiter, der selbst seit vielen Jahren aktiver Badmintonspieler ist, jeweils den Theorie- und Anleitungsteil.

Die Frauen zeigten viel Ergeiz und ein hohes Maß an Einsatzbereitschaft. Nach 2 Stunden hatten sich alle ausgepowert und die Gruppe fuhr zusammen in die Einrichtung zurück.

Wieder bereiteten die Frauen das vorbereitete Essen zu und machten es sich gemütlich.

In dieser Atmosphäre war deutlich spürbar, daß sich unter den Frauen von Woche zu Woche ein besserer Kontakt entwickelt und die Gespräche persönlicher und intensiver wurden.

Zum Schwimmen führen die Frauen in ein nahe gelegenes Schwimmbad. Da alle Frauen schwimmen konnten, war es möglich die Zeit im Sinne eines Ausdauertrainings zu nutzen und mit den Frauen die verschiedenen Schwimmstile zu üben.

Zur Entspannung ging die Gruppe zum Abschluß noch in die Sauna, um sich ein wenig zu entspannen. Anschließend führen die Frauen wieder in die Einrichtung und kochten gemeinsam.

Die Teilnehmerinnen genossen mittlerweile deutlich spürbar das gemütliche Beisammensein und vergaßen in der angenehmen Atmosphäre die Zeit.

Das nächste Treffen verlief völlig anders als geplant. Die Gruppe fuhr wie geplant los, wobei Frau H. ein depressives Unwohlsein äußerte. Sie wurde von den Frauen „gelobt“, daß sie trotz ihrer schlechten Verfassung überhaupt gekommen war, obwohl sie nach eigenen Aussagen völlig antriebslos war. Auch wurde sie von allen ermuntert, auf jeden Fall am Schwimmen teilzunehmen.

An der Kasse stellte Frau H. fest, daß sie ihr Schwimmzeug vergessen hatte und sie verfiel in eine absolute Entscheidungsunfähigkeit. Die Anleiterin beschloß, die Gruppe zunächst allein zum Schwimmen zu schicken und fuhr mit Frau H. zu ihrer Wohnung, um ihre Schwimmsachen zu holen.

In dieser Situation war es absolut notwendig, Frau H. im Kontakt zu halten und sie nicht alleine zu lassen.

Zurück in der Schwimmhalle unterstützte die Gruppe Frau H. tatkräftig und bezog sie intensiv in das Geschehen ein. Es war deutlich zu erkennen, daß Frau H. von den Frauen erreicht wurde und es ihr durch die Zuwendung langsam besser ging.

Gemeinsam schwammen die Frauen ein paar Bahnen und machten sich dann auf den Weg in die Einrichtung.

Das gemeinsame Zubereiten der Mahlzeit sowie das gemeinsame Essen bestand dieses Mal besonders in einem Austausch über Umgang mit Gefühlen. Es wurde deutlich, daß allen bewußt war, wie wichtig gegenseitige Unterstützung ist und auf diese zurückgreifen zu können.

Zum Abschluß des Projektes wurde mit einer Ökotrophologin für die Frauen eine 3stündige Einheit zur Ernährungsberatung durchgeführt. Ziel war, den Frauen Möglichkeiten einer gesunden Ernährung aufzuzeigen, die auch mit dem Bezug von Arbeitslosengeld II realisierbar sind.

## Schlußbemerkungen

Eine von *Schay et al.* (2006) durchgeführte Untersuchung der Lauftherapie mit Abhängigkeitskranken im Kontext der medizinischen Rehabilitation zeigt deutlich, daß mit diesem Behandlungsansatz positive Verhaltensveränderungen erreicht werden.

„Die relativ schnelle, in beinahe jedem Fall festzustellende Verbesserung körperlicher Leistungsfähigkeit bildet einen wesentlichen Eckpfeiler dieser Therapie. Veränderungen im psychischen Bereich, wie z.B. Steigerung des Selbstwertgefühls, Verminderung von Streß, Angst und Depressionen, sind fast zwangsläufig, jedenfalls häufig zu beobachtende Effekte“ (*Weber* 1992).

Die Ergebnisse der genannten Untersuchung sind ein Wegweiser für die Arbeit mit Abhängigkeitskranken und belegen, daß in der medizinischen Rehabilitation Sport als Möglichkeit der Bewältigung von Streß und/oder belastenden Lebens-situationen immer noch zu wenig Beachtung gewidmet wird.

Insbesondere die Chance, der Klientel mit Formen des Ausdauersports ein Hilfsmittel zu bieten, daß ihr Selbstwertgefühl, ihr soziales Umfeld und letztlich ihre Abstinenz fördert, wird so ungenutzt gelassen.

Am Beispiel der Lauftherapie werden die Möglichkeiten eines ressourcenorientierten Behandlungsansatzes deutlich: Die Effektivität ist eindeutig belegt; die persönliche Souveränität der Klientel wird gestärkt und eine starke Zufriedenheit und hohe Leistungsbereitschaft bei der „behandelten“ Klientel wird erzeugt.

## Literatur

ABELE, A./BREHM, W.: Laufe, staune, gute Laune, in: EBERSPÄCHER, H. (Hrsg.), Sportpsychologie. Reinbek 1993, 313-315.

ANTONS, K.: Praxis der Gruppendynamik. Göttingen 1998.

BARTMANN, U.: Laufen und Joggen. Stuttgart 1991.

BECKER, P.: Bewältigungsverhalten und seelische Gesundheit. Zeitschrift für klinische Psychologie, Bd. XIV, 1985, 3, 169-184.

- BIENER, K.: Streß, Epidemiologie und Prävention. Bern 1988.
- BIERMANN-RATJEN, E.-M.: Frauenspezifische Probleme in der Psychiatrie. GWG Zeitschrift 70, 1988, 3, 5-13.
- COOPER, K.H.: Bewegungstraining. Praktische Anleitung zur Steigerung der Leistungsfähigkeit. Frankfurt/Main 1994.
- DARGATZ, T.: Anti-Streß-Programm. München 1992.
- EBERSPÄCHER, H.: Der langsame Dauerlauf als Mittel zum Streßausgleich und zur Entspannung?, in: WEBER, Alexander (Hrsg.): Bewegung braucht der Mensch, Erkrath 1990, 47-51.
- EBERSPÄCHER, H.: Sportpsychologie. Reinbek 1993.
- EHRENBERG, A.: Das erschöpfte Selbst, Depression und Gesellschaft in der Gegenwart, Frankfurter Beiträge zur Soziologie und Sozialphilosophie, Band 6 (Original: Frankreich 1999), Campus Verlag, Frankfurt a/M 2004.
- FRANKE, A.: Gesundheit ist Spaß am Leben, in: RED. PSYCHOLOGIE HEUTE (Hrsg.): Frauen und Gesundheit: Thema: Körper und Psyche. Weinheim 1989, 65-80.
- FROGNER, E.: Sport im Lebenslauf, Stuttgart 1991.
- FOLLATH, E.: Mehr als 20 sind gefährlich. (Interview mit Dr. Cooper), in: Stern 1987, Nr. 8, 134-136.
- FUNKE, J.: Einleitung, in: TREUTLEIN, G./FUNKE, J./SPERLE, N. (Hrsg.): Körpererfahrungen in traditionellen Sportarten. Wuppertal 1986, 7-29.
- GOLLNER, E./KREUZRIEGLER, F./EITZINGER, F.: Gesundheitstraining für Manager, Oberhaching 1992.
- GRELL, J.: Eine Definition der Lauftherapie. In: DLZ-Rundschau, Heft 10 (7/93), 17-20.
- HECKMAIR, B./MICHL, W.: Erleben und Lernen, Einstieg in die Erlebnispädagogik. Schriftenreihe Erleben & Lernen, Band 2; Neuwied, 1993.
- HAMM, H./LAGERSTRÖM, D./LAUTENSCHLÄGER, F.: Fitneß total: Das Anti-Streß-Programm. Frankfurt/Main 1993.
- HELMER, G.: Hilfe bei Streß: durch Entspannungstraining zu innerer Gelassenheit. Oberhaching 1989.
- HOFFMANN, M.: Frauen und Therapie-Brauchen Frauen eine andere Therapie als Männer? In: ZIMMER, D. (Hrsg.): Die therapeutische Beziehung. Weinheim 1983, 250-264.
- KERNEN, H.: Burnoutprophylaxe im Managment. München 1998.
- KLEINMANN, D.: Laufen als Medizin, in: WEBER, Alexander: Bewegung braucht der Mensch. Erkrath 1990, 53-64.
- KLUPP, A.: Planen, Managen, Trainieren. München 1992.
- LANGE, A.-T.: Laufen unter Ausdauerbedingungen. Wiesbaden 1991.
- LUBEK, R.: Gedanken zur Lauftherapie, in: DLZ-Rundschau, Ausgabe 8, 7/92, 21.
- Mc MAHON, C.M.: Geschlecht, Maskulinität, Feminität und Streß. Eine Studie über die Auswirkungen von Geschlechtszugehörigkeit und einer maskulinen bzw. femininen Identität auf Streßbewältigung u. Streßreaktionen, Verhaltenseffektivität und Streß. Bd. 3, Arbeiten der Psychologischen Abteilung Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Herausgeber: Johannes C. Brengelmann, Frankfurt/Main 1987.
- MOSETTER, K.: Chronischer und Streß auf der Ebene der Molekularbiologie und Biochemie, in: FISCHER, G., SCHAY, P.: Psychodynamische Psycho- und Traumatherapie, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008.
- NUBER, U.: Depression - die verkannte Krankheit, zitiert nach: [http://www.ursula-nuber.de/i/ursula\\_nuber\\_leseprobe\\_depression.html](http://www.ursula-nuber.de/i/ursula_nuber_leseprobe_depression.html), dtv, München 2006.
- O'HARA, V.: Bewegung gegen Streß, Reinbek 1996.
- ORENDT, B./RÜCKERT, D.: Nichterwerbstätige Frauen - Ihre Arbeits- und Lebenssituation, in: MOHR, Gisela/RUMMEL, Martina/RÜCKERT, Dorothee (Hrsg.): Frauen. Psycho-logische Beiträge zur Arbeits- und Lebenssituation. München 1982.
- OTTO, U.: Sozialtheoretische und -interventorische Paradigmen im Licht der sozialen Netzwerk- und Unterstützungsperspektive - Konvergenzen und Herausforderungen, in: OTTO, U., BAUER, P. (Hrsg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten, Bd. 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive (85-131), Reihe: Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Bd.11, hgg. von RÖHRLE, B., SOMMER, G., dgvt-Verlag, Tübingen 2005.
- PEARLIN, L.I.: The stress process and strategies of intervention, in: HURRELMANN, K. & LÖSEL, F.(Hrsg.): Social intervention: Potential and constraints. Berlin 1987, 53-72.
- RITTNER, V.: Sport und Gesundheit. Zur Ausdifferenzierung des Gesundheitsmotivs im Sport. Sportwissenschaft. 15 (1985), 136-154.
- SCHAY, P./PETZOLD, H.G. et al.: Lauftherapie als übungszentrierter integrativer Behandlungsansatz in der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger. Wiesbaden 2006
- SCHILLING, J.: Didaktik/Methodik der Sozialpädagogik. Neuwied, Berlin 1995.
- SELYE, H.: Streß: Bewältigung und Lebensgewinn. München 1974.
- STEFFNY, H./PRAMANN, U.: Perfektes Lauftraining. München 1998.
- STOLL, O.: Psychologisches Training in Ausdauersportarten, Bonn 1992.
- TAUSCH, R.: Hilfen bei Streß und Belastung. Reinbek 1997.
- TAUSCH, R.: Streßbelastungen: Bedeutsame Verminderung durch Bewegungstraining, in: WEBER, A.(Hrsg.): Hilf dir selbst: Laufe!. Das Paderborner Modell der Lauftherapie und andere Modelle des Laufens. 1999, 181-191.
- THIERER, R.: Ausbildungsunterlagen zur Lauftherapie im Bereich Trainingslehre. 2000.
- TITEL, K.: Beschreibende und funktionelle Anatomie des Menschen. Jena 1994.
- UNSER KÖRPER UNSER LEBEN. Ein Handbuch von Frauen für Frauen. Hamburg 1988.
- VAN AAKEN, Ernst: Das van Aaken Laufbuch. Aachen 1984.
- VÖLKENING, M.: Meine schönsten Entspannungsspiele. Sammlung von Entspannungsspielen für Paare und Gruppen. Köln 1997.
- WEBER, A. (Hrsg.): Gesundheit und Wohlbefinden durch regelmäßiges Laufen. Paderborn 1984.
- WEBER, A.: Fit für das Leben. Seelisches Wohlbefinden durch Laufen. Oberhaching 1986.
- WEBER, A. (Hrsg.): Bewegung braucht der Mensch. Erkrath 1990.
- WEBER, A.: Laufen als Therapie. Paderborn 1990a.

- WEBER, A.: Burnout und Lauftherapie - Diagnose, Symptome, Behandlungsweg, Erfolgsmessung, in: MEYER, E. (Hrsg.): Burnout und Streß. Baltmannsweiler 1991, 86-95.
- WEBER, A. (Hrsg.): Hilf dir selbst: Laufe!. Das Paderborner Modell der Lauftherapie und andere Modelle des Laufens. Paderborn 1999.
- WEBER, A.: Arbeitspapier zur Lauftherapieausbildung zum Thema: Streß-Ausgleich und Entspannung durch aerobische Ausdauerübungen. DLZ-Bad Lippspringe 2000.
- WEBER, A.: Bewegungsanalyse/Körpersprache Laufen. Seminarpapier Aus- und Weiterbildung in der Lauftherapie. DLZ-Bad Lippspringe 2000a.
- WEBER, C.: Frauen und Laufen - Wege zu einem besseren Körpergefühl, in: Werber, A. (Hrsg.): Hilf dir selbst: Laufe! Das Paderborner Modell der Lauftherapie und andere Modelle des Laufens. Paderborn 1999, 163-180.
- WEBER, H.: Das Streßkonzept in Wissenschaft und Laientheorie. Theorie und Forschung, Bd.16; Psychologie Bd. 7. Regensburg 1987.
- WEINECK, Jürgen: Optimales Training, Erlangen 1997.

## Adaption 2008

### Bewerbersituation

Im Jahr 2008 bewarben sich 11 Frauen ohne, keine mit Kind und 58 Männer, d.h. insgesamt 69 Bewerber. 59 dieser Frauen und Männer, nahmen an einem Informationsgespräch in unserer Einrichtung teil. Eine Aufnahmebestätigung erhielten davon 54 Bewerber.

47 Patienten, 7 Frauen und 40 Männer haben wir in 2008 aufgenommen. Zwei weitere männliche Bewerber werden in Jahr 2009 aufgenommen, wobei das Bewerbungsverfahren in 2008 abgeschlossen war.

Auffällig ist, daß Bewerbungen *aus den westfälischen Entwöhnungseinrichtungen* (21 Bewerber) deutlich zurückgegangen sind - obwohl die Belegung der Fachkliniken in 2008 deutlich angestiegen ist.

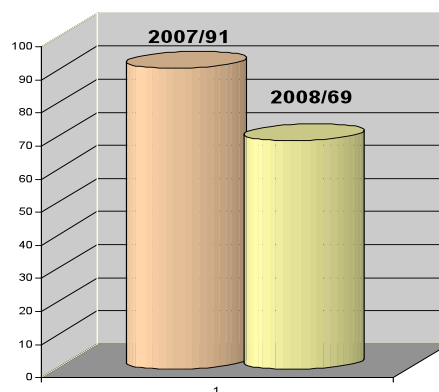
Erfreulicherweise ist die Zusammenarbeit mit den Fachkliniken aus anderen Bundesländern (22 Bewerber) wesentlich effektiver, da von diesen die Adaptionphase als unverzichtbarer Bestandteil der medizinischen Rehabilitation betrachtet wird.

Hervorzuheben ist auch die positive Zusammenarbeit mit Entzugseinrichtungen, den Einrichtungen des Maßregelvollzugs, Drogenberatungsstellen und JVA'en.

2008 bewarben sich insgesamt 5 Personen aus Entzugseinrichtungen, 5 aus dem Maßregelvollzug und 4 aus JVA'en. 5 Bewerber wurden von Drogenberatungsstellen vermittelt und 7 Bewerber nahmen in Eigeninitiative mit uns Kontakt auf.

Die Nichtaufnahme von Bewerbern mit einer Aufnahmebestätigung war in 12 Fällen in vorzeitiger Beendigung der Entwöhnungsbehandlung begründet und 3 Bewerber erhielten keine Leistungszusage.

Den Bewerbern, für die eine Adaptionmaßnahme zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht indiziert war, empfahlen wir eine Entwöhnungsbehandlung und waren bei der Vermittlung behilflich.



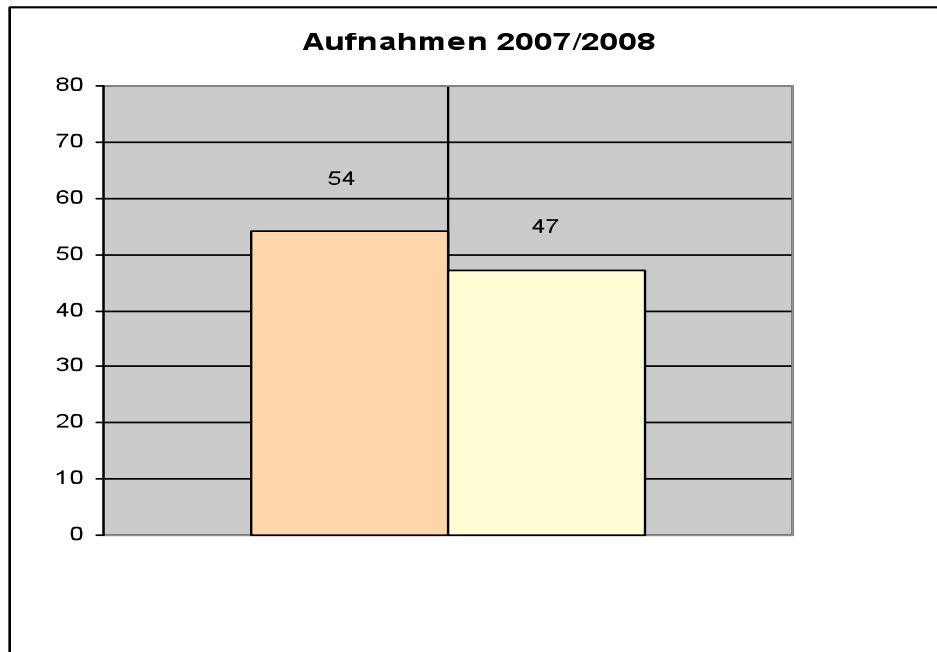
**Fazit: In 2008 war im Vergleich zu 2007 ein Rückgang bei Bewerbungen von 25,27% gegeben.**



Im Bewerbungsverfahren ist bei 2/3 der vordergründig drogenabhängigen Bewerber eine mittlere bis manifestierte Alkoholproblematik nachzuweisen. Die Krankheitseinsicht bezogen auf dieses Suchtmittel ist bei den Patienten gar nicht bis unzureichend entwickelt und bedarf der erhöhten Aufmerksamkeit in unserem Behandlungskontext.

### Aufnahmen

Im Vergleich 2007-8 haben wir 12,96% weniger Patienten aufgenommen. Dies ist insbesondere in der unzulänglichen Weitervermittlung der westfälischen Fachkliniken in die Adaptionphase begründet.



### Aufnahmeverfahren

Jeder Bewerber hat in unterschiedlichem Maße Erfahrungen mit seiner Problematik und individuelle Vorstellungen hinsichtlich der eigenen Perspektive entwickelt. Um den individuellen Voraussetzungen gerecht zu werden, bieten wir unterschiedliche Aufnahmemodalitäten an.

#### Ablauf des Aufnahmeverfahrens

- *Schriftliche Bewerbung, bestehend aus Lebenslauf, Suchtverlauf, Therapiereflexion*
- *Kennenlerngespräch/Informationsgespräch*

In einem gemeinsamen Gespräch (Hinweis: ggf. entstehende Kosten werden nicht vom zuständigen Leistungsträger übernommen!) mit einem Bewerber und einem Mitarbeiter werden einerseits grundlegende Informationen über unsere Einrichtung und unsere Arbeitsweise gegeben. Andererseits hat der Bewerber die Möglichkeit, die eigene Motivation für und die eigenen Erwartungen an eine Behandlung zu formulieren. Gemeinsam wird besprochen, ob sich die Wünsche und Bedürfnisse des Bewerbers im Rahmen unserer Einrichtung realisieren lassen und ob eine Aufnahme grundsätzlich möglich ist und unter welchen Bedingungen.

#### • *Aufnahmegespräch*

In einem gemeinsamen Gespräch von Bewerber und Mitarbeiter verdeutlicht der Bewerber seinen derzeitigen Stand, seine persönliche Motivation, seine Ziele im Hinblick auf die persönliche, soziale und schulische/berufliche Entwicklung.

Mögliche Zielsetzungen für die ersten Wochen in der Adaption werden gemeinsam besprochen und eine Entscheidung über die Aufnahme wird getroffen.

- *Sobald eine **Leistungszusage** vorliegt, wird ein **Aufnahmetermin** vereinbart.*

## Haus- und Behandlungsordnung

Das Zusammenleben in unserer Einrichtung muß sich an Regelungen orientieren, die von allen anerkannt und akzeptiert werden müssen. Vom einzelnen erwarten wir, daß er die Mitpatienten und die Mitarbeiter respektiert und sich ihnen gegenüber rücksichtsvoll verhält. Einzelheiten sind in der Hausordnung geregelt.

### Regelungen für den Bereich Finanzen

Der Einzelne erklärt sich ausdrücklich damit einverstanden, seinem Einzeltherapeuten gegenüber seine finanziellen Verhältnisse offen zu legen. Gemeinsam entwickelte Schuldenregulierungspläne sind verbindlich. Jedes Einkommen ist unabhängig von der Höhe anzumelden und wird ebenso wie Barvermögen, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld/-hilfe u.a. auf dem Patientenkonto der Einrichtung verwaltet. Nach Absprache mit dem Einzeltherapeuten verfügt der einzelne über Teilbeträge.

#### ⇒ *Verpflegungsgeld / Taschengeld*

Verpflegungs- und Taschengeld werden wöchentlich (montags) ausgezahlt.

#### ⇒ *Vermögen/Kostenbeteiligung bei Arbeitsaufnahme nach den Regelungen des SGB II und XII*

Vermögen (unabhängig von der Höhe) muß gegenüber der ARGE angegeben werden und die Leistungen werden ggf. entsprechend gekürzt.

Wenn der (über-) örtliche Sozialhilfeträger Leistungsträger für die Therapie-/nebenkosten ist wird Vermögen ggf. zur Kostenbeteiligung herangezogen. Bei Aufnahme einer Beschäftigung wird ebenfalls eine Kostenbeteiligung gefordert. Die Höhe wird in einer Einkommenstabelle festgelegt, die jährlich aktualisiert wird.

#### ⇒ *Anrechnung von Arbeitslosengeld / und II auf das Übergangsgeld*

Bei Bezug von Übergangsgeld erfolgt eine Anrechnung gem. den gesetzlichen Bestimmungen.

## Aufnahmen / Entlassungen

	gesamt	Männer	Frauen
<b>Übernahme aus 2007</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>2</b>
<b>nach Bewerbung in 2008 aufgenommen</b>	<b>47</b>	<b>40</b>	<b>7</b>
<b>Patienten in 2008</b>	<b>59</b>	<b>50</b>	<b>9</b>
<b>reguläre Entlassungen</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>6</b>
<b>vorzeitige Entlassungen</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>2</b>
<b>verlegt in andere Einrichtung</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Übernahme nach 2009</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>1</b>

## Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Entwöhnung)

### 1. Ambulante medizinische Rehabilitation (ARS)

Im Rahmen der ARS behandeln wir suchtkranke Menschen von legalen und illegalen Suchtmitteln, Personen mit Eßstörungen und nicht substanzgebundenen Süchten. Diese können die ARS als eigenständige Maßnahme, nach der erfolgreichen Beendigung einer stationären Entwöhnungsbehandlung und/oder Adaption zur weiteren Stabilisierung und der Aufarbeitung noch anstehender Probleme psychotherapeutische Einzel- und Gruppenbetreuung in Anspruch nehmen.

Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel 6 bis 12 Monate bei 20 bis 40 Therapieeinheiten, in begründeten Einzelfällen erfolgt eine Verlängerung auf 18 Monate. Die Maßnahme beinhaltet sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie. Im Normalfall findet die Einzel- und Gruppentherapie wöchentlich statt, sowie nach individuellen Notwendigkeiten Gespräche mit Bezugspersonen (Partner, Eltern u.a.; 4 Therapieeinheiten in einem Bewilligungszeitraum von 6 Monaten sind vorgesehen).

Wird die ambulante medizinische Rehabilitation als Nachsorgemaßnahme nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung bewilligt, finden im Bewilligungszeitraum von 6 Monaten 20 Therapieeinheiten plus 2 Einheiten mit Bezugspersonen statt. Im begründeten Einzelfall ist eine Bewilligung um weitere 20 Therapieeinheiten plus 2 Einheiten mit Bezugspersonen für weitere 6 Monate möglich.

#### *ARS als Behandlungsmöglichkeit für substituierte Drogenabhängige*

Mit der Möglichkeit der vorübergehenden substituionsgestützten Rehabilitation (<60mg Methadon) erschließt sich ein neues Hilfsangebot. Voraussetzung ist die Beikonsumfreiheit von mindestens 4 Wochen vor Beginn der Maßnahme. Es werden Patienten erreicht, die bisher an Rehabilitationsleistungen nicht teilnehmen konnten.

#### *Angebote für Menschen mit Eßstörungen*

Da die Leistungsträger (hier: Krankenkassen) Eßstörungen als psychosomatische Störung definieren, können Betroffene bislang Leistungen der Ambulanten Rehabilitation Suchtkranker (ARS) nicht in Anspruch nehmen. Nach Erfahrung aller für die im Bereich der Eßstörungen Tätigen sind insbesondere ambulante Maßnahmen notwendig, um längerfristig ein gesundes Eßverhalten in den Alltag zu integrieren und ggf. das im stationären Setting erworbene Wissen im Alltag umzusetzen. Wir bieten im Rahmen der ARS einzel- und gruppentherapeutische Gespräche für Betroffene, sowie Beratungsgespräche für Angehörige und Interessierte an (vgl. *Liefke, Schay* 2006 „Behandlung von Menschen mit Eßproblemen und Eßstörungen“).

#### **Bewerbungen**

Die Zahl der Bewerber hat im Vergleich zum Vorjahr deutlich abgenommen: 33 Männer und 6 Frauen bewarben sich schriftlich um einen Behandlungsplatz (2007: 55).

Hier macht sich deutlich bemerkbar, daß die Drogenhilfeeinrichtungen in den Nachbarstädten ihre Leistungsangebote zunehmend um die ARS erweitert haben.

Die Vermittlung erfolgte i.d.R. über ortsnahe Suchtberatungsstellen und stationäre Entwöhnungseinrichtungen; 7 Bewerber bewarben sich „ohne Einrichtung“. Von den 39 Bewerbern wurden 6 Männer sowie 2 Frauen im Vorfeld weder stationär noch ambulant behandelt; 7 befanden sich in einer Substitutionsmaßnahme.

9 Männer hatten keinen Schulabschluß, 9 Männer/2 Frauen den Hauptschulabschluß, 5 Männer/1 Frau die mittlere Reife sowie 2 Männer das Abitur erworben. 8 Bewerber machten hierzu im Vorfeld keine Angaben. Auf Basis der eingereichten Unterlagen wurde deutlich, daß es ein nur etwa 1/3 der Bewerber in einem Arbeitsverhältnis stand.

#### **Störungsbilder**

Alle Patienten waren von illegalen Suchtstoffen abhängig, zumeist polytoxikoman. Bei der Angabe der konsumierten Suchtmittel zeigte sich ein Gleichgewicht zwischen THC-, sog. Partydrogenkonsumenten und Opiatabhängigen:

	Alkohol	THC	Amphe- tamine	Kokain	Heroin	polytoxi- koman	sonstige	ohne Angaben
m	10	14	10	6	15	8	3	3
w	2	0	1	1	3	0	0	2

(Mehrfachnennungen möglich)

## Ergebnisse

Von den 39 Bewerber wurden 14 aufgenommen. Bei 9 haben wir eine stationäre bzw. teilstationäre Behandlung vorgeschlagen, da die Voraussetzungen für eine ARS nicht gegeben waren. Bei 3 Patienten ist die Aufnahme für 2009 geplant. 6 Patienten haben trotz Leistungszusage die Behandlung nicht angetreten. Bei den übrigen 7 sind keine Informationen über den Verbleib bekannt.

2008 wurden insgesamt 20 Patienten im Rahmen der ARS behandelt. 6 Patienten wurden aus dem Vorjahr übernommen. 5 werden 2009 weiterbehandelt.

14 Patienten beendeten 2008 die Behandlung: 13 Personen schlossen regulär ab und 1 Patient brach die Behandlung ab.

### Resümee 2008

Die Zahl der Bewerber und Aufnahmen ist in 2008 deutlich zurückgegangen. Auch die Zahl der übergangsweise substituierten Patienten hat sich verringert.

Dies liegt insbesondere daran, daß die Drogenhilfeeinrichtungen in der Region die ARS zunehmend in ihre Leistungsangebote übernommen haben und sich die Tendenz weiter verschärft hat, daß die Leistungsträger als erste Behandlungsform eine stationäre Maßnahme bewilligen - gegen den Wunsch des Patienten.

Unverändert problematisch ist die Beschränkung auf 20 Stunden Ambulante Nachsorge für die Patienten, die eine stationäre Entwöhnungs- und Adaptionsbehandlung durchlaufen haben. Es handelt sich dabei meist um Patienten, die aufgrund sehr früher Störungen und/oder sehr einschneidender Erlebnisse drogenabhängig wurden und deren Ressourcen sowie erworbene Bewältigungsstrategien in der stationären Behandlung noch nicht ausreichen, um ohne weitere kontinuierliche therapeutische Behandlung langfristig drogenfrei leben zu können.

## 2. Ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation

Ziel der ganztägig ambulanten Rehabilitation ist es durch ein ressourcen- und/oder konfliktorientiertes Vorgehen Patienten in einem zeitlich begrenzten Rahmen zu helfen, einige ihrer zentralen Lebensprobleme anzugehen und zu bearbeiten. Der Fokus der Behandlung liegt auf der Stabilisierung der Patienten in der Konfrontation mit dem Alltag insbesondere hinsichtlich der beruflichen und sozialen Integration und der Sicherung der Abstinenz.

Ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation setzt ein relativ intaktes Umfeld voraus und gewährleistet Alltagsnähe, d.h. einen direkten Kontakt zum Lebensumfeld der Klienten. Im Mittelpunkt steht die Stabilisierung der Klienten in der unmittelbaren Konfrontation mit ihrem Alltag speziell im Hinblick auf die berufliche und soziale Integration und die Festigung der Abstinenz. Die eigenständige Weiterbearbeitung relevanter Themen mit den Supportsystemen (Selbsthilfegruppe, Familie, Lebenspartner etc.) ist angestrebt.

Eine ganztägig ambulante Behandlung setzt einerseits eine ausreichende Motivation der Patienten voraus, andererseits sollte der Einzelne auch über intakte Ich-Funktionen, Ich-Stärke, Introspektionsfähigkeit oder reife Abwehrmechanismen verfügen.

Um dem einzelnen die Möglichkeit zu geben, zu einer realistischen Einschätzung seiner Fähigkeiten, Fertigkeiten, aber auch Grenzen zu gelangen und sich im Arbeitsalltag erproben zu können, sind tagesstrukturierende Maßnahmen für Arbeitssuchende und Arbeitslose durch, d.h. begleitende Praktika/stundenweise Beschäftigung in verschiedenen Arbeitsbereichen wie Gartenbau, Schreinerei, Mal- und Lackierbereich, Hauswirtschaft u.a. ein wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation.

Im Rahmen der beruflichen (Wieder-)Eingliederung unterstützen wir den einzelnen bei der Beschaffung der notwendigen Bewerbungsunterlagen, bei der Erstellung einer Bewerbungsmappe, dem Proben eines Vorstellungsgesprächs, bei der Herstellung von Kontakten zu Schulen und Betrieben.

Außerdem werden die einzelnen bei Kontakten zu Ärzten, Betrieben, Ämtern usw. unterstützt und ggf. begleitet.

Daneben besteht die Möglichkeit, im Rahmen von Familiengesprächen mit Partnern, Eltern, Kindern schwierige und belastende Beziehungen zu klären und zu bearbeiten.

Bei der ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation handelt es sich um eine Entwöhnungsbehandlung, die Regeltherapiedauer beträgt 17 Wochen. Es stehen 6 Therapieplätze zur Verfügung.

### Behandlungsmöglichkeit für substituierte Drogenabhängige

Mit der Möglichkeit der vorübergehenden substitutionsgestützten Rehabilitation (<60mg Methadon) erschließt sich auch hier ein weiteres Hilfsangebot.

Die Zielvorstellungen bei der Behandlung übergangsweise Substituierter sind bereits bei der Ambulanten medizinischen Rehabilitation (ARS) dargestellt und werden von daher hier nicht noch einmal wiederholt.

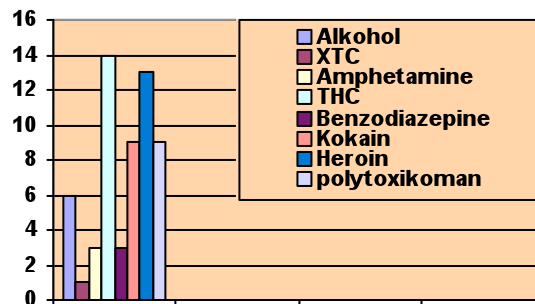
### Bewerbungen

Die Zahl der Bewerber hat auch in 2008 weiter zugenommen: 11 Frauen und 53 Männer im Alter von 21 bis 58 Jahren.

Die Zahl der Aufnahmen hat sich im Vergleich zum Vorjahr fast verdoppelt: 23 Patienten wurden im Rahmen der ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation behandelt; 1 Patient wurde aus dem Vorjahr übernommen.

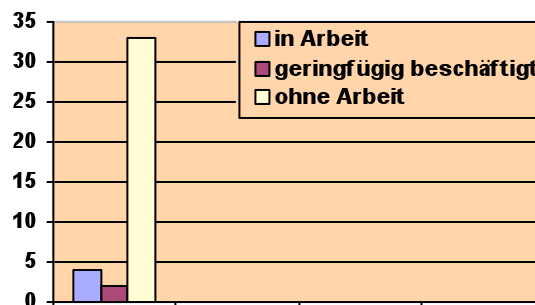
Alle Bewerber waren abhängig von illegalen Suchtmitteln. Auffällig hierbei war, daß die Anzahl der Konsumenten von Cannabisprodukten und Opiaten etwa gleich groß war.

### Schaubild: Berufliche Tätigkeit - Bewerber

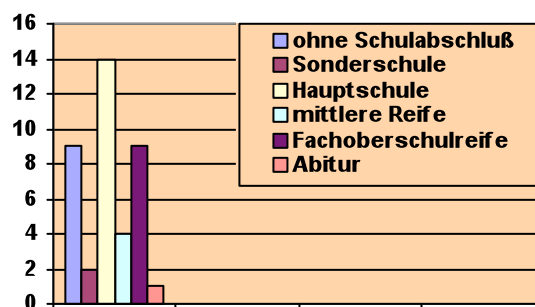


Weiterhin war auffällig, daß die Bewerberinnen keine Behandlungsvorerfahrungen, die Bewerber hingegen überwiegend bereits eine stationäre oder ambulante Rehabilitation absolviert hatten.

### Schaubild: Berufliche Tätigkeit - Bewerber



### Schaubild: Schulabschluß - Bewerber



Vermittelt wurden die Bewerber aus den JVA'en in Gelsenkirchen, Duisburg, Essen, Bochum und Mönchengladbach sowie von den Drogenberatungsstellen der näheren Umgebung. Die Mehrzahl der Bewerber hatte keine Therapieauflage nach § 35 BtMG, so daß die Motivation zur Rehabilitation nicht „fremdmotiviert“ war.

Von den 64 Bewerbern befanden sich 13 Männer und 5 Frauen in einer Substitutionsbehandlung.

Aufgrund der hohen Arbeitslosenzahl lag ein besonderes Augenmerk neben der psychischen Stabilisierung und der Bearbeitung der Suchtmittelerkrankung auf der (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt. 13 Patienten konnten während der Behandlungszeit in ein Betriebspraktikum; 8 in Arbeit und 3 in eine Qualifizierungsmaßnahme vermittelt werden.

### **Ergebnisse**

2008 beendeten 13 Patienten die Behandlung regulär; 2 mußten disziplinarisch entlassen werden und 2 brachen die Behandlung ab. 6 Patienten werden in 2009 weiterbehandelt.

### **Resümee 2008**

Die Zahl der Bewerber und Aufnahmen für eine ganztägig ambulante Rehabilitation hat in 2008 deutlich zugenommen. Auch die Zahl der übergangsweise substituierten Patienten hat sich erhöht.

## **Ambulantes Betreutes Wohnen für abhängigkeitskranke Menschen**

### **(Phase III der (sozialen) Rehabilitation Drogenabhängiger)**

Das Ambulante Betreute Wohnen ist als weiterer Baustein neben den ambulanten und (teil-) stationären Behandlungsmöglichkeiten im Therapieverbund Bochum/Herne konzipiert.

Die Möglichkeit der Betreuung über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr schafft Möglichkeiten, die Klientel zu stabilisieren und einen Prozeß der Integration behutsam zu begleiten.

Die Intensität der Betreuung wird individuell für jeden Klienten gestaltet und beinhaltet i.d.R. wöchentliche Einzel- und Gruppengespräche, die Teilnahme an Freizeitaktivitäten der Einrichtung, Schuldenregulierung, Klärung der juristischen Belange, Berufsanamnese und Möglichkeiten der Arbeitserprobung und/oder Vermittlung von Beschäftigungsmöglichkeiten.

### **Ausgangslage**

Das Ambulante Betreute Wohnen für abhängigkeitskranke Menschen ist eine Weiterentwicklung der Eingliederungshilfen gem. §§ 39, 40 BSHG, § 55 SGB IX und § 53 SGB XII mit dem Ziel, Menschen mit Behinderungen (hier: Abhängigkeitserkrankung gem. ICD 10-F.10-F.19, F.50) ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und zu sichern.

Es ist als ein am Bedarf der betreuten Person orientiertes und verbindlich vereinbartes Betreuungsangebot zu verstehen, daß sich auf ein breites Spektrum an Hilfestellungen im Bereich des Wohnens bezieht und der beruflichen und sozialen Integration dient. Es handelt sich um ein gemeindeintegriertes Hilfeangebot, das der betreuten Person ein selbst bestimmtes Leben in einer eigenen Wohnung in Herne ermöglicht.

Ziel der Betreuung ist es, den durch den Substanzmißbrauch eingeengten Freiheitsspielraum des Einzelnen wiederherzustellen, die bereits eingetretenen Störungen zu behandeln und weitere Schäden zu verhindern.

Die Betreuungsleistungen leiten sich von den im Einzelfall vorgefundenen sozialen Problemlagen, Entwicklungsdefiziten, psychischen und psychiatrischen Störungsbildern sowie den vereinbarten Betreuungszielen ab, werden in ihrer Intensität und Dauer entsprechend der Lebens- und Sozialwelt gestaltet und beinhalten/vernetzen sozialarbeiterische-soziotherapeutische und beraterische Hilfen, sowie im Einzelfall auch (psycho-)therapeutische Hilfen zur Bewältigung kritischer Lebenssituationen.

### **Aufnahmebedingungen**

Voraussetzung für eine Aufnahme ist die Motivation des Patienten, sich mit den Möglichkeiten/Hilfen des Betreuten Wohnens einen Rahmen für eine suchtmittelfreie und sozial abgesicherte Zukunft erarbeiten und aufbauen zu wollen.

Im Einzelnen bedeutet dies:

- ⇒ Bereitschaft zum Aufbau von tragfähigen drogenfreien Kontakten/ Beziehungen (Netzwerkarbeit)
- ⇒ Auseinandersetzungsbereitschaft mit den gesellschaftlichen Normen und Werten
- ⇒ Fähigkeit zur Selbstreflexion (d.h.: realistische Selbsteinschätzung und Einschätzung der Realität)

### **Ziele und Inhalte**

Im Rahmen eines Betreuungsplanes werden zusammen mit dem Patienten die Ziele und Inhalte des Betreuten Wohnens vereinbart. Entsprechend sieht der Schwerpunkt bei jedem Patienten unterschiedlich aus. Einzelne Teilziele werden festgelegt, die für den Patienten (zeitnah) zu erreichen sind. Jeder Patient hat einen „Betreuer“, der für ihn der erste Ansprechpartner ist.

Neben der Aufarbeitung der individuellen Problematik wird versucht, Schwellenängste zu anderen Institutionen wie ARGE, Sozialamt, Wohnungsamt, Freizeitvereinen etc. abzubauen. Die reale Situation des Patienten wird besprochen und Zukunftsperspektiven werden entwickelt. Ein wesentliches Ziel ist die Sicherung der Abstinenz. Die begleitenden Hilfen und Kontrollen werden schrittweise reduziert, um die Selbstverantwortlichkeit des Patienten zu stärken.

Ziele der Betreuung sind nach Definition des *Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe* (Erhebungsbogen zum individuellen Hilfeplanverfahren, 2005)

- ⇒ Lebensbereich Arbeit und Beschäftigung
  - Tagesstrukturierung
  - Unterstützung bei der beruflichen Integration
- ⇒ Lebensbereich Freizeit

- Erarbeitung einer sinnvollen Freizeitgestaltung
- ⇒ Lebensbereich Beziehung
  - Kontaktaufbau und Verbesserung der Beziehungen zum sozialen Umfeld
  - Aufbau und Verbesserung partnerschaftlicher Beziehungen
  - Aufbau eines Freundes- und Bekanntenkreises
  - Verbesserung der Kontakt- und Beziehungsgestaltung am Arbeitsplatz
  - Verbesserung der Kontaktaufnahme zu Menschen in Alltagssituationen
- ⇒ Lebensbereich Gesundheit
  - Verbesserung der Gesundheitsfürsorge

Das Betreuungssetting (engmaschige Betreuung oder aber größere Abstände zwischen den Betreuungseinheiten) wird individuell je nach Situation und Unterstützungsbedarf des Patienten gestaltet. Die angemessene Betreuung erfordert eine Vielzahl von Angeboten und Methoden, die als *Einzel- und/oder Gruppen(leistungs)angebote* erbracht werden.

### *Betreuungsleistungen*

... sind u.a. einzelfallbezogene Hilfeleistungen wie

#### ⇒ *Casemanagement*

In Kooperation mit den unterschiedlichen Angeboten/Einrichtungen/Anbietern des psychosozialen Hilfesystems werden patienten- und problembezogen angemessene Hilfemaßnahmen innerhalb und außerhalb des Drogenhilfesystems entwickelt.

Die relevanten Hilfen (z.B. medizinische Versorgung, Arbeits-/Sozialverwaltung etc.) sind entsprechend der zeitlich hierarchischen Abfolge des Betreuungsplanes einzusetzen und zu organisieren.

Bei den notwendigen Anträgen und Ämtergängen etc. ist es Aufgabe des Betreuers, den Patienten falls erforderlich zu unterstützen bzw. zu begleiten.

#### ⇒ *Einzelbetreuung/Beratung*

Für den Patienten steht eine psychosoziale Fachkraft zur Verfügung. Sie ist in der Regel verantwortlich für den Ablauf der Betreuung und die Betreuungsplanung, sowie im Einzelfall auch für (psycho-)therapeutische Hilfen.

#### ⇒ *Gruppenarbeit*

Die Gruppenarbeit wird i.d.R. alltagsorientiert und themenzentriert angeboten (z.B. Rückfallprophylaxe und Rückfallbearbeitung; Kontaktaufnahme mit Menschen, die nicht aus dem Kontext Sucht kommen; Umgang mit Einsamkeit; Aufbau von partnerschaftlichen Beziehungen). Es werden gemeinsam Strategien entwickelt, wie Probleme angemessen bewältigt werden können (individuelle Möglichkeiten der Stabilisierung etc. bei Rückfälligkeit).

#### ⇒ *Kommunikations- und Kompetenztraining*

Von wesentlicher Bedeutung für den Betreuungsverlauf ist die aktive und verantwortliche Mitarbeit des Patienten am Betreuungsprozeß.

Mit den Patienten werden adäquate Umgangsweisen im Kontakt mit Anderen (z.B. mit Arbeitgebern) „eingeübt“, um insbesondere den Umgang mit Streßsituationen, Frustrationen, Aggressionen exemplarisch zu erlernen.

Im Rahmen des Kommunikations- und Kompetenztrainings wird der Blick für diese Situationen geschärft und werden gezielt Ressourcen gestärkt, damit der Patient in „alltäglichen“ Situationen (wie bei Bewerbungen um ..., am Arbeitsplatz, im sozialen Kontext etc.) seine Kompetenzen handhaben kann.

#### ⇒ *Unterstützung bei der beruflichen Integration*

Durch die Zusammenarbeit mit der örtlichen Agentur für Arbeit, unterschiedlichen Initiativen/Trägern einer (über-) betrieblichen Sonder-/Berufsausbildungsstätte und ortsansässigen Betrieben ist es möglich, in verschiedensten Berufsfeldern an Umschulungs- und/oder Qualifizierungsmaßnahmen teilzunehmen oder eine Ausbildung zu absolvieren. Ggf. vermitteln wir zur Berufsfindung und Arbeitserprobung Praktika in unterschiedlichen Arbeitsbereichen.

#### ⇒ *Unterstützung bei der Schuldenregulierung*

Um den Patienten wieder eine Perspektive zu geben, ist es notwendig, gezielte Maßnahmen der Schuldenregulierung einzuleiten; d.h. ein Überblick über alle Forderungen muß erarbeitet werden, um dann schrittweise Lösungen zu entwickeln (z.B. Darlehen über die Marianne-von-Weizäcker Stiftung), wie die Schulden in einem überschaubaren Zeitraum beglichen werden können.

#### ⇒ *Krisenintervention*

Grundsätzlich ist es Aufgabe des Betreuers in krisenhaften bzw. als krisenhaft erlebten Situationen zu intervenieren.

#### ⇒ *Aufsuchende und nachgehende Arbeit*

Betreutes Wohnen ist immer auch Motivationsarbeit, d.h. Ziele und schon erreichte Veränderungen müssen positiv verdeutlicht werden, ebenso wie die Bereitschaft zu fördern ist, eventuelle Rückschritte gemeinsam und vertrauensvoll mit dem Patienten zu bearbeiten.

Über die aufsuchende und nachgehende Arbeit bekommt der Betreuer einen Eindruck, wie der Einzelne die notwendigen Aufgaben einer eigenständigen Lebensführung bewältigt und kann ggf. regulierend eingreifen. Das Ziel ist, perspektivisch mit dem Patienten ein Höchstmaß an selbständiger Lebensbewältigung zu erarbeiten.

Im Einzelfall wird der Patient in einzelne Angebote der Einrichtung einbezogen, um z.B. übergangsweise eine Tagesstruktur zu gewährleisten.

⇒ *Hilfen zur Alltagsstrukturierung*

Mit den Patienten wird eine Tages- oder Wochenplanung erstellt. Über die Einbeziehung in hausinterne Programmpunkte wird eine Gewöhnung an einen regelmäßigen Tagesablauf gewährleistet.

⇒ *Freizeitpädagogik (Vermittlung in die regionale Struktur)*

Wir bieten 14tägig eine Gruppe an, in der Möglichkeiten der kostenfreien/-günstigen Freizeitgestaltung vorgestellt und ausprobiert werden können.

⇒ *Suchttherapie*

Im Verlauf des Betreuten Wohnens sind ggf. spezifische suchttherapeutische Interventionen zur Klärung und Bearbeitung psychischer Störungen bzw. auffälliger und einen positiven Betreuungsverlauf behindernder Verhaltensmerkmale explizit einzusetzen (vgl. auch Schay 2006).

Die Patienten des Betreuten Wohnens sind entsprechend ihrer persönlichen Situation in die Behandlungsstruktur der Adaptionseinrichtung eingebunden.

Wir haben in diesem Kapitel die institutionell vorgegebenen Rahmenbedingungen und die Vorgaben der Leistungsträger vorgestellt.

Aus unserer Sicht muß das von den Leistungsträgern favorisierte Klassifikationssystem ICF ergänzt werden um eine mehrperspektivische Sicht, die sowohl den Patienten als „Körper, Seele, Geist-Subjekt“ auf allen Ebenen als auch den Patienten in seinem sozialen Umfeld, im kulturellen Mikro-, Meso-, Makrokontext und zeitlichem Kontinuum berücksichtigt.

Das Modell des „informierten Leibes“ der IT bietet unserer Meinung nach eine alle Dimensionen umfassende Perspektive.

## Übersicht-Statistik Betreutes Wohnen 2008

		abs.	%
<b>Geschlecht</b>			
	weiblich	8	18%
	männlich	36	82%
<b>Alter</b>			
	[Jahre]	DW	31,2
<b>Schulabschluß</b>			
	ohne	5	11%
	Sonderschule	5	11%
	Hauptschule	28	64%
	Realschule	5	11%
	Abitur	1	3%
<b>Berufsausbildung</b>			
	abgeschlossen	13	29%
	angefangen und nicht abgeschlossen	14	32%
	keine	17	39%
<b>Berufsgruppe (falls ausgebildet)</b>			
	handwerklicher Beruf	21	78%
	kaufmännischer Beruf/Bürotätigkeit	4	15%
	akademischer Beruf	0	0%
	Sonstige	2	7%
<b>Aufnahmestatus</b>			
	Neuaufnahme im Berichtsjahr	10	23%
	Übernahme aus Vorjahr	32	73%
	Wiederaufnahme im Berichtsjahr	2	4%
<b>Dauer</b>			
	[Monate]	DW	16,9
<b>Entlassung im Berichtsjahr</b>			
	ja	19	43%
	nein	25	57%
<b>Die Entlassung erfolgte ...</b>			
	in gegenseitigem Einvernehmen	11	58%
	durch Abbruch d. Klienten/in	3	16%
	aus disziplinarischen Gründen	5	26%
<b>Gründe für die Entlassung</b>			
	weitgehende Verselbständigung	8	42%
	Vermittlung in intensivere Betreuung	0	0%
	längerfristige Wiedererkrankung	2	11%
	Umzug	3	16%
	mangelnde Motivation d. Klienten/in	5	26%
	Sonstige	1	5%
<b>Dauer der Suchtgeschichte</b>			
	[Jahre]	DW	12,6

### Anmerkungen

DW = Durchschnittswert

Bei „Gründe für die Entlassung“, „Einkommensverhältnisse“, „Soziales Netzwerk“, „Konsumverhalten“ und „Freizeitverhalten“ sind Mehrfachnennungen möglich; die Summe kann also >100% sein.

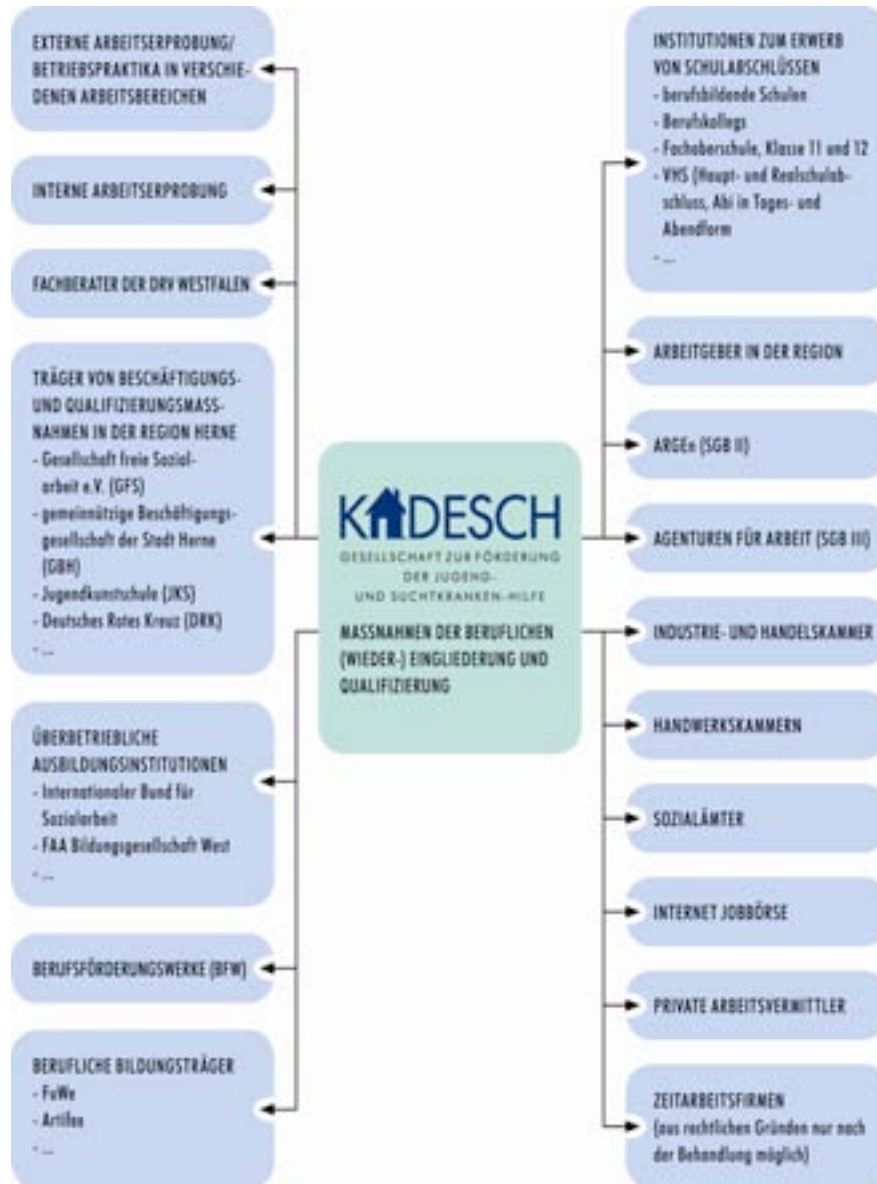
		abs.	%
<b>Berufliche Situation</b>			
	arbeitslos	20	45%
	Tätigkeit mit Mehraufwandsentschädigung	5	11%
	Umschulung/Qualifizierung	7	16%
	in Arbeit	7	16%
	Berufliche Rehabilitation	0	0%
	Schule	2	5%
	Studium	0	0%
	in Ausbildung	3	7%
	berentet	0	0%
	Hausfrau/-mann	0	0%
	sonstige	0	0%
<b>Berufstätigkeit vom BW vermittelt?</b>			
	ja	20	91%
	nein	2	9%
<b>Einkommensverhältnisse</b>			
	Arbeitslosengeld I	4	9%
	Arbeitslosengeld II	27	61%
	Unterhaltsgeld	3	7%
	Rente	0	0%
	Erwerbseinkommen	12	27%
	Vermögen	0	0%
	Sonstige	10	23%
<b>Schuldenregulierung</b>			
	ja	23	52%
	nein	21	48%
<b>Höhe der Verschuldung</b>			
	0 - 5.000 EUR	15	34%
	5.001 - 10.000 EUR	10	23%
	10.001 - 25.000 EUR	1	2%
	> 25.000 EUR	3	7%
<b>Soziales Netzwerk</b>			
	Kontakte zur Familie	36	82%
	Kontakte zu Nichtkonsumenten	40	91%
	Kontakte zu Konsumenten	30	68%
	Kontakte zu professionellen Helfern	44	100%
<b>Konsumverhalten</b>			
	abstinert	26	59%
	gelegentlich Alkohol	16	36%
	regelmäßig Alkohol	1	2%
	gelegentlich Cannabis	2	5%
	regelmäßig Cannabis	5	11%
	gelegentlich synthetische Drogen	1	2%
	regelmäßig synthetische Drogen	0	0%
	gelegentlich Opiate	5	11%
	regelmäßig Opiate	2	5%
	sonstige	2	5%
	Substitution	2	5%
<b>Freizeitverhalten</b>			
	Aktivitäten der Einrichtung	16	36%
	Verein	2	5%
	selbstorganisierte Aktivitäten	20	45%
	keins	17	39%

## Maßnahmen der berufliche (Wieder-) Eingliederung

Die Maßnahmen der beruflichen Integration bilden einen zentralen Schwerpunkt der Behandlung in unseren Einrichtungen.

Das nachfolgende Schaubild gibt einen Überblick zu den umfangreichen Kooperationspartnern/-ebenen unserer Einrichtung zur Erreichung des Behandlungszieles der beruflichen Integration:

### Schaubild: Netzwerk Berufliche Wiedereingliederung



Die berufliche Wiedereingliederung der Patienten ist aufgrund ihres lebensgeschichtlichen Hintergrundes und der infrastrukturellen und arbeitsmarktpolitischen Rahmenbedingungen erschwert, d.h.:

- die Arbeitsmarktlage ist von hoher Arbeitslosigkeit (insbesondere Jugendarbeitslosigkeit) geprägt.
- die Entwicklung auf dem Lehrstellenmarkt ist bei steigenden Bewerberzahlen seit Jahren rückläufig.
- die öffentliche Meinung gegenüber Suchtmittelabhängigen, die durch die Suchtmittelabhängigkeit bedingte Straffälligkeit und die daraus resultierenden Vorstrafen bzw. Haftzeiten der einzelnen erschweren den Zugang zum sog. ersten Arbeitsmarkt.
- Erwerbsarbeit ist nicht mehr der allein identitätsbildende Faktor in einer sich ständig verändernden Gesellschaft. Soziale Sicherheit wird z.B. auch durch die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe (Suchtmittelkonsumenten) erlangt.

## Interne Arbeitsbereiche

Im Regelfall arbeiten die Patienten 3-4 Wochen in den internen Arbeitsbereichen, im Anschluß werden sie ggf. bis zum Behandlungsende in berufsorientierende Praktika vermittelt

Die Patienten werden in interne Arbeitsbereiche eingebunden, um sie schrittweise an die Belastungen eines Arbeitsalltages heranzuführen. Im folgenden werden die verschiedenen Arbeitsbereiche kurz dargestellt:

### *Hauswirtschaft*

Dieser Arbeitsbereich widmet sich allen Reinigungs- und Pflegearbeiten im Hause; hinzu kommen noch das dekorative Ausgestalten der Räume durch Gestecke, Blumensträuße etc. sowie das Waschen der Wäsche. Unter Anleitung einer Hauswirtschafterin arbeiten die Patienten in diesem Arbeitsbereich. Sie begegnen dabei vor allem Aufgaben, die sich täglich wiederholen und denen nur schwer große Erfolgserlebnisse abzugewinnen sind, zumal die meisten Menschen diese „klassische“ Tätigkeit der Hausfrauen kaum beachten und würdigen. Gerade für Männer, die sich über ihre Körperkraft und die sichtbaren Produkte ihrer Taten definieren, bietet dieser Arbeitsbereich ein geeignetes Übungsfeld, neue Erfahrungen zu machen und bisherige Bewertungsmuster und Interpretationsschemata in Frage zu stellen.

### *Hausküche*

In unserer Küche werden die Patienten von einer Hauswirtschafterin mindestens 2x wöchentlich beim Kochen angeleitet. Neben dem Erlernen der Zubereitung von ausgewogenen Vollwertmahlzeiten bietet dieser Arbeitsbereich ein bedeutendes Lernfeld für Patienten. Hier können sie lernen, im Team zu arbeiten und die Speisen, die sie zubereiten wollen, zuvor genau zu planen und vorzubereiten.

### *Renovierung*

Hier werden Renovierungsarbeiten, Umbauten und Instandsetzungsarbeiten an unseren Gebäuden durchgeführt. Unter der gezielten Anleitung und Begleitung eines Mitarbeiters können die Patienten bei den zu bewältigenden Arbeiten mitwirken und diese auch mitgestalten. Ziel ist es, in sich abgeschlossene Projekte (Planungsphase, Durchführungsphase, Reflektionsphase) durchzuführen, für die eine Patientengruppe die Verantwortung übertragen bekommt.

In diesem Arbeitsbereich werden den Patienten Fertigkeiten vermittelt, die bei Renovierung ihrer eigenen nutzen können.

### *Gartenarbeit*

Dieser Arbeitsbereich widmet sich der Pflege und Instandhaltung des Grundstückes der Einrichtung; die Patienten werden gezielt von einem Mitarbeiter angeleitet.

### *Grundkenntnisse der EDV*

In der modernen Arbeitswelt sind Grundkenntnisse in der EDV unverzichtbar. In unserer Einrichtung stehen deshalb den Patienten Übungsplätze/Computerplätze mit Internetanschluß zur Verfügung; die Patienten werden gezielt von einem Mitarbeiter angeleitet und geschult.

## Berufsorientierendes Praktikum

Alle Patienten absolvieren ein externes, berufsorientierendes Praktikum, das dem einzelnen zur Überprüfung eigener Fähigkeiten, Fertigkeiten aber auch Grenzen dient und um Berufswünsche und Berufsvorstellungen in der Berufsrealität zu überprüfen.

Die Akquirierung der Praktikumsstellen basiert auf einer langjährigen engen Kooperation mit ortsansässigen Betrieben, den für Herne und den umliegenden Städten zuständigen Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern und Kreishandwerkerschaften.

Ist der Einzelne den Anforderungen des sog. ersten Arbeitsmarktes noch nicht gewachsen, wird er zunächst in ein Praktikum bei gemeinnützigen Trägern vermittelt, um an den Berufsalltag in Form eines „behutsamen“ Belastungstrainings herangeführt zu werden und sich schrittweise an die Anforderungen des Berufsalltages zu gewöhnen, d.h. Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit zu lernen, sowie Leistungsbereitschaft zu entwickeln.

Während der Praktika finden Reflexionsgespräche statt, in denen der Einzelne mit dem im Praktikumsbetrieb zuständigen Mitarbeiter und einem Mitarbeiter der Einrichtung die bisherige Entwicklung im Praktikum bespricht.

Die Laufzeit des Praktikums beträgt zunächst 4 Wochen. Im Anschluß daran werden mit dem Praktikumsgeber die Möglichkeiten der Weiterbeschäftigung erörtert. Hierbei sind die mit der Agentur für Arbeit besprochenen Möglichkeiten einer betrieblichen Einzelumschulung oder eines Lohnkostenzuschusses von zunehmend entscheidender Bedeutung, da kaum ein Betrieb bereit ist,

ohne diese Form der Subventionierung eines Arbeitsplatzes noch Einstellungen vorzunehmen. Können mit dem Praktikumsgeber und dem Patienten Perspektiven eines Beschäftigungsverhältnisses entwickelt werden, wird das Praktikum verlängert.

Soweit sich über dieses Betriebspraktikum keine Perspektive der beruflichen Integration entwickelt, wird ein zweites Praktikum durchgeführt.

Um den Vermittlungshemmnissen der Patienten entgegenzuwirken, wird das Praktikum - soweit möglich - bis zum Ende der Behandlung durchgeführt.

#### Vermittlung in Schulen

Bei vielen Patienten fehlen die schulischen Voraussetzungen, um beruflich eingegliedert bzw. qualifiziert werden zu können. In diesen Fällen vermitteln wir dem einzelnen einen umfassenden Überblick über die unterschiedlichen Bildungsangebote und stellen den Kontakt zur entsprechenden Schule her.

### Berufliche Situation bei regulärer Entlassung

	2006	2007	2008
	N = 29	N = 29	N = 24
<b>reguläre Erwerbstätigkeit</b> (Voll- oder Teilzeitbeschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt)	11 (37,93%)	06 (20,69%)	04 (16,67%)
<b>gelegentliche reguläre Erwerbstätigkeit</b> (Aufnahme zumindest von gelegentlicher Arbeitstätigkeit)	5 (17,24%)	0	03 (12,50%)
<b>betriebliche Umschulung oder Ausbildung</b> (Qualifizierung der Patienten durch Umschulungs- sowie Ausbildungsmaßnahmen, auch Qualifizierungsmaßnahmen)	7 (24,14%)	05 (17,24%)	04 (16,67%)
<b>Maßnahmen nach SGB II, III oder SGB XII</b> (Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen, Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (sog. „1-Euro-Job“), sonstige Trainingsmaßnahmen)	5 (17,24%)	08 (27,59%)	06 (25,00%)
<b>Schule / Studium</b>	0	02 (6,90%)	04 (16,67%)
<b>Hausfrau/-mann</b>	0	01 (3,45%)	01 (4,17%)
<b>arbeitslos</b>	01 (3,45%)	05 (17,24%)	01 (4,17%)
<b>in andere Einrichtung verlegt</b>	0	02 (6,90%)	01 (4,17%)
<b>arbeitslos vor Therapiebeginn</b>	29 (100%)	29 (100%)	24 (100%)

#### Erläuterungen:

Reguläre Erwerbstätigkeit:

Maßnahmen nach SGB II oder SGB XII

Voll- oder Teilzeitbeschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

(Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen, Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (sog. „1-Euro-Job“), sonstige Trainingsmaßnahmen)

Umschulung oder Ausbildung: Qualifizierung der Klienten durch Umschulungs- sowie Ausbildungsmaßnahmen, auch Qualifizierungsmaßnahmen

Gelegentliche Erwerbstätigkeit:

Aufnahme zumindest von gelegentlicher Arbeitstätigkeit bzw. Jobs; in dieser Spalte sind auch Praktika berücksichtigt

Die Gesamtschau der beruflichen Integration bei regulärer Entlassung für die Jahre 2006-2008 zeigt: 24 Patienten schlossen 2008 die Maßnahme regulär ab (2006: 29, 2007: 29). 4,17% waren bei Entlassung arbeitslos (2006: 3,45%, 2007: 17,24%), d.h. bei 95,83% (2006: 96,55%, 2007: 82,76%) konnte die berufliche Integration erfolgreich realisiert werden.

In reguläre Erwerbstätigkeit konnten 29,17% der Patienten (2006: 55,17%, 2007: 20,69%) in ein reguläres Arbeitsverhältnis vermittelt werden. Berücksichtigen wir hier die Vermittlungen in betriebliche Umschulungs- und Ausbildungsverhältnisse von 16,67% (2006: 24,14%, 2007: 17,24%), so ergibt sich, daß insgesamt 45,84% der Patienten (2006: 79,31%, 2007: 37,93%) auf dem sog. „klassischen“ Arbeitsmarkt vermittelt werden konnten.

Insgesamt hat sich in 2008 der „Trend“ verstärkt, daß es für uns unter den gegebenen gesamtwirtschaftlichen Bedingungen immer schwieriger wird, die berufliche Integration der Patienten erfolgreich zu gestalten.

## Prävention

(Fachstelle für Suchtprävention und Gesundheitsförderung im Verbund von JKD und Kadesch GmbH)

### Art der Leistung

Suchthilfe umfaßt Maßnahmen der Prävention, Beratung, Selbsthilfe, Psychosozialer Betreuung, Vermittlung in Behandlung/Rehabilitation und Wiedereingliederung. Die einzelnen Leistungssegmente sind sehr komplex, umfangreich und - soweit notwendig - sehr spezialisiert ausgebaut.

Die Maßnahmen sind fachlich so ausgerichtet, daß einer (übermäßigen) Segmentierung in Einzelleistungen entgegengewirkt und ein ganzheitlicher Ansatz mit einem hohen Grad an personeller und konzeptioneller Kontinuität angestrebt wird (vgl. auch Landesprogramm gegen die Sucht 1998).

### Leistungen - Prävention

**Prävention** ist ein gemeindeintegriertes Hilfeangebot, das der Förderung personeller psychischer und sozialer Ressourcen (z.B. positive Selbstregulation, Konfliktfähigkeit, Genußfähigkeit, Selbständigkeit, Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit) dient. Soziostrukturelle Bedingungen (z.B. Erziehungskultur, schulische und außerschulische Lernbedingungen, Ausbildungs- und Berufschancen, Stadtteilkultur, Wohnbedingungen, Freizeitangebote), die suchtfördernd oder umgekehrt suchtvmeidend wirken können, werden aufgedeckt und Sachinformation im Sinne von drogen- und suchtbbezogener Aufklärung vermittelt.

### Umfang der Leistung

Der Umfang der Leistungen im Bereich **Prävention** ist entsprechend der Anforderungen der Institutionen/Einrichtungen und Hilfesuchenden zu gestalten, die Leistungen der Prävention in Anspruch nehmen.

Maßnahmen der **Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention** sind nicht trennscharf zu erfassen. (Altersbedingt) sind Einstieg in den Konsum und Konsummuster unterschiedlich und es gibt keine meßbaren Quantifizierbarkeiten. Mit den Maßnahmen werden sowohl potentiell als auch bereits konsumierende Menschen erreicht.

Der **Primärprävention** sind i.d.R. Maßnahmen im Elementarbereich und der Unterstufe der weiterführenden Schule zuzuordnen. Hier werden von JKD im Jahr durchschnittlich 35 Maßnahmen durchgeführt.

Der **Sekundärprävention** sind i.d.R. Maßnahmen im schulischen Bereich (überwiegend Mittel- und Oberstufe der weiterführenden Schulen), im Rahmen der Jugendhilfe und in der Erwachsenenbildung zuzuordnen. Hier werden von JKD im Jahr durchschnittlich 25 Maßnahmen durchgeführt.

Des Weiteren werden hier Jugendliche mit riskantem oder mißbräuchlichem Konsummuster beraten und betreut, die z.T. auch straf- und betäubungsmittelrechtlich erst auffällig geworden sind; i.d.R. 100-150 Klienten im Jahr, wobei hier zusätzlich Maßnahmen der telefonischen Beratung und Krisenintervention zu berücksichtigen sind.

**Tertiärprävention** ist die Beratung/Betreuung von Menschen, die aus der Sucht aussteigen wollen; i.d.R. 100-150 Klienten im Jahr, wobei hier zusätzlich Maßnahmen der telefonischen Beratung und Krisenintervention zu berücksichtigen sind. Dies umfaßt alle Bereiche der Suchthilfe (vgl. auch § 1 Abs. 2 dieser Vereinbarung).

Im Bereich der **Öffentlichkeitsarbeit** finden durchschnittlich 150 Veranstaltungen im Jahr statt, die in Eigenregie oder unter Beteiligung anderer durchgeführt werden, bzw. an denen JKD beteiligt ist.

### Ziele der Leistungen

Prävention zielt auf die Befähigung von Kindern, Jugendlichen, Eltern und pädagogischen Fachkräften, Entwicklungsbelastungen konstruktiv zu bewältigen.

Suchtprävention soll frühzeitig beginnen, langfristig angesetzt sein und umfassend durchgeführt werden. Setzt die Präventionsarbeit möglichst früh an und ist langfristig angelegt (d.h. Arbeit im Kindergarten), wird bewirkt, daß Schutzfaktoren zunächst einmal aufgebaut und gefördert werden, entsprechend stabiler wirken können und der Konsum von Suchtmitteln im beginnenden Jugendalter aufgeschoben oder vermieden werden kann. Gesundheitsbewußte und gemäßigte Konsummuster können auf diese Weise erworben werden.

Als integrierter Bestandteil der Gesundheitsförderung will Prävention auch kontext- und lebenslagenorientiert handeln und nicht mehr ausschließlich auf Risikofaktoren und mögliche Gefährdungen von Kindern und Jugendlichen zielen, sondern sich auf deren Ressourcen konzentrieren.

Suchtprävention umfaßt alle systematischen und zielgerichteten Aktivitäten und erfordert eine Vorgehensweise, die sowohl die Persönlichkeit des einzelnen, dessen Lebensbedingungen und den spezifischen Umgang mit Suchtmitteln einbezieht.

### Maßnahmen der Primärprävention

Primäre Prävention richtet sich vor allem an Kinder und Jugendliche jüngerer Altersgruppen und verfolgt das Ziel, den Einstieg in den Konsum legaler und illegaler Drogen und die Entwicklung stoffgebundener oder stoffungebundener Verhaltensweisen zu verhindern. Primärpräventive Maßnahmen zielen auf die Erweiterung der sozialen und personalen Handlungskompetenzen.

### Maßnahmen der Primärprävention in den Bereichen Schule, Kindergarten, -heime, Betriebe

#### Informationsvermittlung

- zur Suchtentstehung, Funktion von Suchtmitteln, Konsumformen, Stoffkunde
- über stoffungebundene Süchte
- zu HIV-Prävention
- zu allgemeiner Gesundheitsprävention

#### Seminare und Kurse zu

- zur Entwicklung von Präventionsstrategien
- zur Suchtentstehung, Funktion von Suchtmitteln
- zur Streßbewältigung
- zu Anti-Raucher-Kursen
- zu gesunder Ernährung

als

- Einzelveranstaltung
- Projektangebot
- Fortbildung, Schulung und Beratung von Multiplikatoren
- Präventionsberatung von Organisationen, Institutionen, Betrieben, ...

### Maßnahmen der Sekundärprävention

Sekundärprävention ist Arbeit mit Menschen, die legale und oder illegale Suchtmittel bereits konsumieren oder riskante/mißbräuchliche Konsummuster haben. Entsprechend zielen sekundärpräventive Maßnahmen auf Schadensbegrenzung und Risikominimierung (harm reduction, safer use) und versuchen die Ausweitung und Verfestigung des Konsums zu verhindern.

### Maßnahmen der Tertiärprävention

Tertiärprävention ist Beratung von Menschen, die Wege aus der Sucht suchen. Sie umfaßt die Bereiche Entzug, Substitution, Entwöhnung, Adaption und Nachsorge. Ziel ist die Erarbeitung und Sicherung der Abstinenz, Verantwortungsübernahme und Befähigung zur Selbstorganisation ihrer Lebenssituation.

### Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit

- **Vorbereitung und Durchführung von Aktionstagen und Projekten**
  - Gesundheitswochen im jährlichen Rhythmus (Schwerpunkt: allgemeine Gesundheitsförderung)
  - Gesundheitskonferenzen (Schwerpunkt: allgemeine Gesundheitsförderung)
  - Aktionswochen zur Suchtvorbeugung in mehrjährigem Rhythmus (Schwerpunkt: Suchtprävention)
  - Aktionstage (Schwerpunkt: allgemeine Gesundheitsförderung)
- **regelmäßige Informations- und Diskussionsveranstaltungen**
  - in Schulen, Jugendfreizeiteinrichtungen, Betrieben etc.
  - für Eltern in Zusammenarbeit mit Schulen und Verbänden

Die verschiedenen Bausteine der Prävention müssen sinnvoll vernetzt werden, um Suchtvorbeugung und Gesundheitsförderung als eine wichtige Aufgabe im Bewußtsein der Bevölkerung zu verankern und damit langfristig eine Reduzierung des Suchtverhaltens zu erreichen.

## Prävention 2008

In 2008 hat sich die Schwerpunktverschiebung von den primärpräventiven zu den sekundärpräventiven Maßnahmen weiter intensiviert, da bedauerlicherweise das Interesse von Kindergärten und Schulen an primärpräventiven Veranstaltungen sehr gering ist.

Es herrscht die Haltung vor, daß solange keine Suchtproblematik offen erkennbar ist, suchtpräventive Maßnahmen überflüssig sind. Dabei sind sich alle Experten einig, daß wichtig ist, möglichst frühzeitig, also bereits im Kindergartenalter mit präventiven Maßnahmen zu beginnen, um Verhaltensweisen, die langfristig in ein Konsummuster münden können, zu identifizieren und auf eine konstruktive, selbstwertfördernde Art zu bearbeiten lernen.

Die Nachfrage im sekundärpräventiven Bereich hat in den vergangenen Jahren kontinuierlich zugenommen, da hier die Probleme deutlich sichtbar zu Tage treten und von daher Hilfemaßnahmen als notwendig erachtet werden. Anzumerken ist, daß es in einem Stadium, in dem Jugendliche bereits konsumieren, deutlich schwieriger ist, Veränderungsprozesse einzuleiten bzw. zu stoppen.

Sekundärprävention will Menschen ansprechen, die legale oder illegale Suchtmittel konsumieren und/oder riskante/mißbräuchliche Konsummuster haben. Dementsprechend zielen sekundärpräventive Maßnahmen auf Schadensbegrenzung ab, und versuchen der Ausweitung und Verfestigung des Konsums entgegenzuwirken. Dabei geht es um die neutrale Vermittlung von Informationen über Suchtmittel und das Vermitteln von Denkanstößen bezüglich des Konsumverhaltens; die Stärkung der Motivation zu einer kritischen Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten, d.h. Klärung von Konsummustern, -gewohnheiten, -anlässen; sowie die Funktion des Konsums.

Insbesondere aus dem betrieblichen Bereich haben 2008 die Anfragen deutlich zugenommen. Die Effektivität der Veranstaltungen ist hier besonders hoch, da die Maßnahmen von den Mitarbeitern sehr geschätzt werden und unsere Angebote im betrieblichen Kontext gut nutzbar sind.

In der Prävention treffen wir auf Jugendlichen, die ihren Konsum vielleicht noch nie in Frage gestellt oder problematisiert haben. Deshalb ist ein sensibles Vorgehen sinnvoll. Wir geben den Jugendlichen Informationen auf der Basis einer einfühlsamen Grundhaltung, d.h. auch ambivalente Haltungen des Jugendlichen nehmen wir ernst. 2008 kristallisierten sich folgende Themen in der Präventionsarbeit heraus:

### Umgang mit Alkohol

Den ersten Rausch haben die meisten Jugendlichen mit 15 Jahren. Wer nicht trinkt ist uncool. Neu sind öffentliche Besäufnisse auf Parkplätzen vor Kneipen etc.. Im Jahrbuch Sucht 2008 der DHS werden alarmierende Zahlen veröffentlicht: Ein Viertel der Jugendlichen in der Altersgruppe zwischen 11 und 15 Jahren läßt sich mindestens ein Mal im Monat auf das sogenannte „Binge-drinking“ also Rauschtrinken ein.

Ebenso stellt die DHS fest, daß die BRD schon seit Jahren zu den fünf führenden alkoholtrinkenden Nationen weltweit gehört: ca. 1,6 Millionen Menschen sind von Alkohol abhängig, 2,7 Millionen konsumieren Alkohol mißbräuchlich und 9,5 Millionen riskant.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) stellt fest, daß unter den 12-15jährigen Jugendlichen 2007 in den letzten 30 Tagen 12% mindestens einmal pro Woche fünf oder mehr Gläser Alkohol hintereinander konsumiert haben. Bei den 16-17jährigen liegt die Zahl bei 51%.

Auffällig ist, daß viele Jugendliche die Gefahren durch Alkohol falsch einschätzen. Drogen werden deutlich riskanter bewertet und der Konsum abgewertet. Da Alkohol in unserer Gesellschaft kulturell integriert ist, haben Jugendliche keinerlei Bedenken. Hier ist besonders die Wirkung des Alkohols auf ein junges Gehirn und die Entwicklung gefährlich.

Für unsere Präventionsarbeit bedeutet dies, daß es wesentlich ist, Jugendliche über die Risiken des Alkoholkonsums aufzuklären.

### Pathologischer PC-Gebrauch

Ein weiteres wichtiges Thema ist der Umgang mit den Möglichkeiten des PC. Die tägliche vielseitige Computernutzung - wie chatten, eMails zu schreiben, Informationen zu sammeln oder Spiele und Programme herunterzuladen - gehört zum Alltag der Jugendlichen.

Insbesondere bei den Computerspielen, sogenannten Rollenspielen, ist ein hohes Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung gegeben. Durch die beim Computerspiel verspürte Erregung oder Entspannung werden negative affektive Zustände im Sinne einer vermeidenden Streßbewältigungsstrategie verdrängt.

Häufiges Anzeichen eines schädlichen Gebrauchs ist der Verlust der Kontrolle über zeitliche Begrenzungen und Umfang. Soziale Beziehungen im echten Leben verschwinden und verlagern sich zu den Mitspielern im virtuellen Raum. Leistung in Schule und Beruf lassen nach und man will immer mehr Zeit im Netz verbringen.

In der Präventionsarbeit ist eine Unterscheidung zwischen normalem, problematischem und pathologischem PC-Konsum wesentlich. Auch hier sollen individuellen Risiken erkannt und verhindert werden.

### **Sisha-Rauchen unter Jugendlichen**

Nach Angaben der BZgA rauchen 31% der 12-17jährigen regelmäßig Wasserpfeifen. Bei dem derzeitigen Trend werden vor allem aromatisierte Fruchttabake wie Apfel, Erdbeere, Minze, Cola, Rose etc. in Wasserpfeifen geraucht. Shishatabak beinhaltet mit seinen schädigenden Bestandteilen (Teer, Nikotin, Kondensat etc.) Geschmacksstoffe (natürliche Aromen, Sirupe oder Fruchtbestandteile) und Melasse (Abfallprodukt aus der Rohzuckerherstellung). Der Erwerb und Konsum von Tabakwaren (auch Fruchttabak ist in Deutschland Jugendlichen unter 16 Jahren nicht erlaubt).

Shishtabak ist in erster Linie Tabak und enthält über 4.000 verschiedene Bestandteile, von denen 69 krebsauslösend sind. Ein erheblicher Teil der giftigen Verbindungen entsteht erst während des Verbrennungsprozesses. Durch die gemeinsame Nutzung des Schlauches besteht zusätzlich die Gefahr von Infektionskrankheiten.

Die Risiken werden von Jugendlichen deutlich unterschätzt, zumal sie ihre Informationen aus dem Internet beziehen, wo der Konsum auf vielen Seiten verharmlost wird. Im Rahmen der Prävention ist eine Auseinandersetzung mit Konsumgewohnheiten und Funktion des Rauchens zu erarbeiten.

### **Modedroge Spice**

Die bisher legale Modedroge Spice ist mittlerweile auch in Deutschland verboten. Das Bundesgesundheitsministerium hat die in Spice und ähnlichen Produkten enthaltenen synthetischen Cannabinoide per Eilverordnung (22.01.2009) dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt. Damit ist jede Form von unerlaubter Herstellung sowie Handel und Besitz der gesundheitsschädlichen Kräutermischung untersagt.

Gemeinsame Laboruntersuchungen des Bundeskriminalamts und des Rechtsmedizinischen Instituts der Uniklinik Freiburg haben eine chemisch leicht modifizierte Form des synthetischen Cannabinoids CP-47,497 als Spice-Hauptwirkstoff ergeben. Dieser hat demnach - ebenso wie das bereits bekannte Cannabinoid JWH-018 - eine vielfach stärkere Wirkung als das in der Cannabispflanze enthaltene THC.

Der Hauptwirkstoff CP-47,497 ist sowohl in bezug auf die Wirksamkeit wie auch die Wirkdauer wesentlich aggressiver, als der Wirkstoff JWH-018.

Das Institut warnte gemeinsam mit dem Bundeskriminalamt (BKA) «eindringlich» vor dem Konsum von «Spice» und vergleichbaren Produkten. Die Suchtgefahr sei groß. Außerdem könnten beim Rauchen von «Spice» krebserregende Stoffe entstehen. Für Konsumenten sei nicht erkennbar, ob den Kräutermischungen synthetische, hochwirksame Wirkstoffe zugesetzt wurden.

### **Fazit**

In unserer globalisierten Gesellschaft tauchen immer wieder neue Suchtmittel und Verführungen jeglicher Art auf. Unsere Präventionsangebote müssen hierauf ausgerichtet sein und sollen dazu dienen, Kindern und Jugendlichen Kompetenzen zu vermitteln, auf deren Basis sie zu einer eigenen Risikoeinschätzung kommen. Beratungen und Schulungen von Eltern und Multiplikatoren fördern die umfassende Informationsvermittlung und Hilfe im Umgang mit Kindern und Jugendlichen, um einer Abhängigkeitsentwicklung entgegenwirken zu können.

## Statistische Aussagen 2008

- Fachstelle für Prävention, Gesundheitsförderung, Informations- und Öffentlichkeitsarbeit -

### Gesamtübersicht: Art der Maßnahme/Anzahl der Personen (Auswertung nach ebis 2008)

Art der Maßnahme	Anzahl der Personen					Absolut	%
	1-10	11-20	21-30	31-50	51+		
Großveranstaltung					3	3	2,65
Gruppenangebot	25	1				26	23,02
Infoveranstaltung	1	6	3	2	3	15	13,27
Projekt		2	1	6		9	7,96
regelmäßiges Gremium	8	19	14	7		48	42,48
Schulung/Fortbildung				1	1	2	1,77
sonstiges	5	2	1		2	10	8,85
<b>Gesamt</b>						<b>113</b>	<b>100,0</b>

**Primärprävention** sind i.d.R. Maßnahmen im Elementarbereich und der Unterstufe der weiterführenden Schule zuzuordnen. Hier werden von JKD im Jahr durchschnittlich 35 Maßnahmen durchgeführt.

MAßNAHMEN	ANZAHL	ANZAHL Personen pro Maßnahme
<b>Primärprävention</b>		
- Elementarbereich	<b>13</b>	<b>30*</b>
- Unterstufe der weiterführenden Schulen	<b>1</b>	<b>150**</b>
<b>GESAMT</b>	<b>14</b>	<b>540</b>

\* Veranstaltungen mit zwei Mitarbeitern

\*\* Veranstaltungen mit mehr als drei Mitarbeitern

**Anmerkung:** Die Angebote finden bei Kindergärten/Schulen bedauerlicherweise nur wenig Resonanz.

**Sekundärprävention** sind i.d.R. Maßnahmen im schulischen Bereich (überwiegend Mittel- und Oberstufe der weiterführenden Schulen), im Rahmen der Jugendhilfe und in der Erwachsenenbildung zuzuordnen. Hier werden von JKD im Jahr durchschnittlich 25 Maßnahmen durchgeführt.

MAßNAHMEN	ANZAHL	ANZAHL Personen pro Maßnahme
<b>Sekundärprävention</b>		
- Mittel- und Oberstufe der weiterführenden Schulen	<b>2</b>	<b>32*</b>
- Maßnahmen im Rahmen der Jugendhilfe	<b>1</b>	<b>224*</b>
- Maßnahmen im Rahmen der Erwachsenenbildung		
- Elternabende	<b>1</b>	<b>35</b>
- Mitarbeiterschulungen	<b>1</b>	<b>5</b>
- Betriebe / betriebliche Ausbildung/Verwaltung	<b>8</b>	<b>15-52**</b>
- medizinische Einrichtungen	<b>0</b>	
- sonstige Einrichtungen (Vereine, Kirchen, Verbände, Parteien, Gewerkschaften u.ä.)	<b>3</b>	<b>14*</b>
- Jugendliche mit riskantem oder mißbräuchlichem <u>stoffgebundenem</u> Konsummuster	<b>2</b>	<b>35*</b>
- Jugendliche mit riskantem oder mißbräuchlichem <u>stoffungebundenem</u> Konsummuster	<b>26</b>	<b>6</b>
<b>GESAMT</b>	<b>44</b>	<b>763</b>

\* Veranstaltungen mit zwei Mitarbeitern

\*\* Veranstaltungen mit drei und mehr Mitarbeitern

Des Weiteren werden hier Jugendliche mit riskantem oder mißbräuchlichem Konsummuster beraten und betreut, die z.T. auch straf- und betäubungsmittelrechtlich erstauffällig geworden sind; i.d.R. 100-150 Klienten im Jahr, wobei hier zusätzlich Maßnahmen der telefonischen Beratung und Krisenintervention zu berücksichtigen sind.

<b>KLIENTEN</b>	<b>2008</b>
- <i>telefonische Beratung / Betreuung / Krisenintervention</i>	286
- <i>persönliche Beratung / Betreuung / Krisenintervention</i>	195
<b>GESAMT</b>	<b>481</b>

**Tertiärprävention** ist die Beratung/Betreuung von Menschen, die aus der Sucht aussteigen wollen; i.d.R. 100-150 Klienten im Jahr, wobei hier zusätzlich Maßnahmen der telefonischen Beratung und Krisenintervention zu berücksichtigen sind. Dies umfaßt alle Bereiche der Suchthilfe.

<b>KLIENTEN</b>	<b>2008</b>
- <i>telefonische Beratung / Betreuung / Krisenintervention</i>	398
- <i>persönliche Beratung / Betreuung / Krisenintervention</i>	247
<b>GESAMT</b>	<b>645</b>

Im Bereich der **Öffentlichkeitsarbeit** finden durchschnittlich 150 Maßnahmen im Jahr statt, die in Eigenregie oder unter Beteiligung anderer durchgeführt werden, bzw. an denen JKD beteiligt ist.

<b>MAßNAHMEN</b>	<b>ANZAHL</b>
<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>	
- <i>Mitwirkung in örtlichen Arbeitskreisen / Gremienarbeit (Psychosoziales Plenum, Arbeitskreise der PSAG, Stadtjugendring, AG Frauen &amp; Gesundheit, AG Suchtvorbeugung/Gesundheitsförderung, Qualitätszirkel der substituierenden Ärzte, ...)</i>	<b>23</b>
- <i>Mitwirkung in regionalen / überregionalen (Fach-) Arbeitskreisen (AG Prophylaxe, AG für Suchtfragen, AG Therapie, AG Dropo, ...)</i>	<b>46</b>
- <i>Medieninformationen</i>	<b>42</b>
- <i>Allgemeine Vorträge/Veranstaltungen</i>	<b>29</b>
<b>GESAMT</b>	<b>154</b>

## **Institutionelle Arbeit/Leitung/Verwaltung**

Die Arbeit der ambulanten und stationären Drogenhilfe erfordert in hohem Maße eine enge institutionelle Kooperation.

Mit einer qualifizierten Öffentlichkeitsarbeit werden Betroffene, soziale Dienste und Medien erreicht. Auch die Mitwirkung bei der politischen Meinungsbildung in der Öffentlichkeit und bei Entscheidungsträgern auf städtischer, Landes- und Verbändeebene gehört zum Aufgabenbereich von Kadesch GmbH.

### **Ziele und Aufgaben**

- effiziente Versorgung der Betroffenen durch aktuelle Information über das Versorgungssystem
- Weiterentwicklung hoher Fachlichkeit und effektiver Vernetzung
- konzeptionelle Weiterentwicklung der Angebote
- Interessenvertretung
- Vermittlung qualitativ hochwertiger Informationen an Klientel, Fachöffentlichkeit und allgemeine Öffentlichkeit

Im Bereich *Leitung und Verwaltung* sind komplexe und umfangreiche *Aufgaben* wahrzunehmen:

- **Verwaltung/Organisation**
  - Umsetzung aller Einrichtungsangelegenheiten
  - Umsetzung der Vorgaben der Leistungsträger
  - Personalwesen
    - Auswahl, Einstellung und Entlassung sach- und fachkompetenter Mitarbeiter, Praktikanten und Hospitanten
    - Dienstaufsicht und Dienstplanung für sämtliche Tarifangestellten und sonstige Mitarbeiter, insbesondere: den sachgerechten, fachbezogenen und aufgabengerechten Einsatz
    - Fort- und Weiterbildung/interne und externe Supervision der Mitarbeiter
    - Erstellung von Stellenplänen und deren adäquate Umsetzung
  - Koordination aller Arbeitsbereiche
  - Verantwortlichkeit für die allgemeine Aktenführung unter Wahrung der Schweigepflicht und des Datenschutzes
  - Finanz- und Rechnungswesen: Wirtschaftsplanung und -führung, Haushaltsüberwachung, Verhandlung mit Leistungsträgern, Jahresabschlüsse, Verwendungsnachweisung
  - Sparsame und wirtschaftliche Betriebsführung
  - Verantwortlichkeit für die Instandhaltung der Einrichtung
- **Konzeptarbeit**
  - Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung eines an den Anforderungen der Leistungsträger orientierten Konzeptes (Qualitätsmanagement)
  - strukturelle Anpassung an den Versorgungsbedarf und das Klientenprofil
  - Koordination der verschiedenen Beratungs- und Betreuungsbereiche, Fallbesprechungen
  - Beratungs- und Betreuungsplanung, -dokumentation und -evaluation
  - Entwicklung psychosozialer Maßnahmen in einem multiprofessionellen Team, die geeignet sind, eine kontinuierliche Fortführung sozialarbeiterischer, pädagogisch-therapeutischer Prozesse und Beratungs- und Betreuungsformen verantwortlich zu gewährleisten
  - Koordination im Therapieverbund der Suchtkrankenhilfe
- **Gremienarbeit**
  - Mitarbeit in Arbeitskreisen der Leistungsträger
  - Mitarbeit in regionalen und überregionalen Arbeitskreisen
  - Teilnahme an sowie Organisation und Durchführung von Fachtagungen, Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen usw.
- **institutionsübergreifende Zusammenarbeit/Öffentlichkeitsarbeit**
  - Zusammenarbeit mit Gesundheits-, Jugend-, Sozial-, Arbeits- und Schulämtern, regionalen und überregionalen (Fach-)Krankenhäusern, Polizei- und Justizbehörden, stationären Einrichtungen der medizinischen und sozialen Rehabilitation, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen u.v.m.
  - Öffentlichkeitsarbeit, PR-Arbeit

## **Qualitätskontrolle**

Kadesch GmbH dokumentiert ihre Arbeit in einem Jahresbericht, der inhaltlich geeignet ist, die Gewährleistung der in dieser Leistungsbeschreibung definierten Strukturmerkmale des vorgehaltenen Angebotes zu belegen.

Unter Berücksichtigung des Datenschutzes soll der Jahresbericht unter Verwendung anonymisierter kundenbezogener Daten Auskunft über Art und Umfang sowie qualitative Aspekte der Arbeit geben.

## Die Mitarbeiter



**Peter Schay**

Master of Science Integrative Psychotherapie, Dipl. Sozialarbeiter, Dipl. Supervisor (Amsterdam), Approbation als KuJ-Psychotherapeut, Psychotherapeut (HPG), Ausbildung in Integrativer Psychotherapie am Fritz Perls Institut (FPI), Fachberater für Psychotraumatologie (DIPT e.V. Köln)



**Ingrid Liefke**

Master of Science Integrative Psychotherapie, Dipl. Pädagogin, Approbation als KuJ-Psychotherapeutin, Psychotherapeutin (HPG), Ausbildung in Integrativer Sozialtherapie am FPI, Fachberaterin für Psychotraumatologie (DIPT e.V. Köln)



**Ulrike Stehr**

Ausbildung in bioenergetischer Analyse am NIBA und IIBA



**Wolfgang Rohde**

Dipl. Sozialarbeiter  
in Ausbildung in Integrativer Sozialtherapie-  
Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe am FPI



**Ines Haak**

Dipl. Psychologin  
in Ausbildung zur Psychologischen  
Psychotherapeutin



**Silke Esser**

Erzieherin  
in Ausbildung in Integrativer Sozialtherapie-  
Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe am FPI



**Frank Köhler**

Dipl. Sozialarbeiter  
in Ausbildung in Integrativer Sozialtherapie-  
Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe am FPI



**Stefanie Tucholski**

Erzieherin



**Karim Satian**

Erzieher



**Ingrid Bachert**

Hauswirtschafterin



**Beate Wentzek**

Verwaltung



**Udo Schimpf**

Hausmeister



**Annegret Knepper Lieder**

Buchhaltung



**Dr. Eva Niederhofer**

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie



**Unser besonderer Dank gilt den Menschen, die unsere Arbeit auch in 2006 unterstützt und repräsentiert haben:**

**Frank Sichau, Horst-Günter Seibt, Dr. Manfred Plum, Dorothea Schulte  
Ingrid Schay, Julia Tasner, Christoph Dörfler, Oktay Özdemir, Adrian Kuschniers**

**Die Aufgabe der Gesellschaft ist die planmäßige Arbeit im Bereich der Jugend- und Suchtkrankenhilfe. Insbesondere jungen Menschen, die infolge von physischen und psychischen Problemen auf Unterstützung angewiesen sind, wird bei der Bewältigung ihrer psychosozialen Probleme geholfen.**

**Die Gesellschaft sucht die Kooperation mit ortsansässigen Trägern und Initiativen sowie staatlich anerkannten Einrichtungen der Weiterbildung. Kooperationsformen bestehen u.a. zu**

- Jugend-, Konflikt- und Drogenberatung e.V. (JKD)**
- Aids-Hilfe Herne e.V.**
- Gesellschaft freie Sozialarbeit e.V. (GFS)**
- Fachklinik Quellwasser des Diakonischen Werkes Herne e.V.**
- Einrichtungen und Diensten des Psychosozialen Plenums der Stadt Herne**
- Einrichtungen und Diensten der Stadt Herne**
- Schulen und Betrieben**

**KADESCH GmbH verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige bzw. mildtätige Wohlfahrtszwecke im Sinne des Abschnitts „Steuerbegünstigte Zwecke der Abgabenordnung 1977“ in der jeweils gültigen Fassung.**

**KADESCH gGmbH darf keine Person durch Ausgaben, die dem Zweck der Gesellschaft fremd sind, oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen begünstigen.**

**Herausgeber:**



**Ansprechpartner: Peter Schay**

**Hauptstraße 94, 44651 Herne ( Wanne-Eickel )  
☎ 02325 / 3892 - Fax 02325 / 33197  
e-mail: [jkd-kadesch@t-online.de](mailto:jkd-kadesch@t-online.de)  
internet: [www.therapieverbund-herne.de](http://www.therapieverbund-herne.de)**

**im März 2009**