

Fachhochschule Merseburg  
Fachbereich Soziale Arbeit, Medien und Kultur  
Geusaer Strasse  
06217 Merseburg

---

# **Konzeptionelle Überlegungen zur Gestaltung einer Adaptionphase für problematisch Trinkende nach einer Rehabilitationsbehandlung**

Schwerpunkt Sommersemester 2005  
„Arbeit mit Drogenkonsumierenden“  
Leitung: Prof. Dr. Gundula Barsch

---

Juli 2005

## Einleitung

Im Rahmen der Studienschwerpunktausbildung unseres Sozialpädagogikstudiums entschieden wir uns für den Schwerpunkt „Arbeit mit Drogenkonsumierenden“. Ausschlaggebend für unsere Wahl war das Hauptthema: „Auseinandersetzung mit Formen der Bewältigung schwerer Alkoholprobleme“, das in enger Zusammenarbeit mit der Rehabilitationsfachklinik „Alte Ölmühle“ in Magdeburg zu bearbeiten war. Inhaltlich fokussierten wir unsere Arbeit auf die Bearbeitung des Adaptionskonzeptes der Klinik.

Im Folgenden werden wir, die Studenten der Sozialpädagogik (BBS 11/Jahrgangsstufe 2002 des Direktstudienganges), unsere Ideen, Vorstellungen und im Seminar erarbeiteten Erkenntnisse zur Adaption, die wir als Modul der Alkoholentwöhnungsbehandlung für problematisch Trinkende verstehen, vorstellen.

Im Text werden wir die Teilnehmer der Adaption als „Klienten“ benennen.

Klient stammt aus dem Römischen und ist sinngemäß als „Halbfreier“ zu übersetzen. Wir haben diesen Begriff favorisiert, weil damit sowohl die Stellung des ehemals Trinkenden in Bezug auf seine ursprünglichen Probleme im Umgang mit Alkohol und den sich daraus ergebenden Problemen, als auch seine Stellung im Beziehungsgefüge der Adaption deutlich wird. Mit der Grundidee des Begriffs „Klient“ wird also auch immer der sensible Umgang zwischen dem Mitarbeiter/-team und denjenigen, die die Unterstützungsleistungen der Adaption in Anspruch nehmen, angemahnt.

Die Tatsache, „halbfrei“ zu sein, verweist zugleich darauf, dass sich Klienten der Adaption in einem so genannten Anbahnungsprozess befinden, durch den sie letztlich auch befreit werden von extraordinären, oft auch immer noch stigmatisierenden Lebensbedingungen und zurück in eine als befriedigend und geglückt erlebte Normalität finden können.

In der Regel sprechen wir auch immer von einem Arbeiterteam, wohl wissend, dass die anstehenden umfangreichen und sehr komplex miteinander verwobenen Aufgaben kaum von einer Person allein realisiert werden können. Zudem kommen wir über viele Argumentationslinien auch immer wieder zu dem Schluss, dass es nicht nur der einzelne Mitarbeiter, sondern das durch das gesamte Arbeiterteam geprägte Milieu und die in der Einrichtung gepflegte Kultur des Miteinanders ist, die den Erfolg des Bemühens ausmacht. An dieser Kultur sind vom Leiter der Einrichtung bis hin zu den technischen Mitarbeitern alle gleichermaßen mitbeteiligt.

Im Text wird immer die männliche Form benutzt, auch wenn in den vorgelegten Überlegungen immer auch mit Nachdruck auf die geschlechtsspezifischen Besonderheiten von Frauen und Männern hingewiesen und vielfach auf die Notwendigkeit besonderer Hilfeangebote für die jeweiligen Geschlechtsgruppen verwiesen wird. Dieses Verfahren ist nicht allein der Lesbarkeit des Textes geschuldet, sondern leitet sich auch aus der unbefriedigenden Situation ab, dass vielfach die weiblichen Formen durch Anhängsel an die männlichen Formen gebildet werden – eine Botschaft, die wir so nicht tragen wollen.

Birgit Seidl  
Anke Westphal  
Kay Zuber  
Claudia Dawid  
Silvia Schulze  
Hendrik Frost  
Kerstin Büche  
Simone Hüther  
Juana Stöhr  
Sylvia Widemannski  
Prof. Dr. Gundula Barsch

## **Inhaltsverzeichnis:**

### Einleitung 2

1. Begriffsklärung „Adaption“ – ein Anbahnungsprozess zu vielen Systemen (Claudia Dawid, Kay Zuber, BBS 11).....	5
1.1 Aufgaben der Adaptionsbehandlung.....	5
1.2 Gruppen mit Ansprüchen an das System der Adaption – ein Managementblick.....	7
1.3 Gesetzliche Grundlagen von Adaptionseinrichtungen .....	9
1.4 Vergleich interne und externe Adaption.....	10
1.5 Für wen ist Adaption ein wichtiges Angebot?.....	10
1.6 Stellung der Adaption im System der Unterstützungsleistung für problematisch Trinkende.....	11
1.7 Adaption – Therapiebaustein oder selbstständiges Segment?.....	11
1.7.1 Begriffliche Abgrenzung verschiedener Interventionsprozesse.....	11
1.7.2 Abgrenzung zur Nachsorge.....	12
1.8 Unterstützungssegmente innerhalb des Adaptionsprozesses.....	13
1.9 Ziele der Adaption.....	13
2. Bereits vorliegende Erfahrungen mit dem Angebot „Adaption“ (Sylvia Widermanski, BBS 11) .....	14
2.1 Adaption in der Suchtkrankenhilfe – ein Rückblick auf 30 Jahre.....	14
2.2 Adaptionseinrichtungen in Deutschland.....	16
2.3. Welche Segmente haben sich als nötig und/oder hilfreich erwiesen?.....	17
2.4 Selbsthilfe im System von Unterstützungsleistungen der Adaption (Juane Stöhr, BBS 11).....	19
3. Menschenbilder und Prinzipien, die der Arbeit zu Grunde gelegt werden (Kerstin Büche, BBS 11).....	20
3.1. Menschenbilder .....	20
3.2. Prinzipien der Arbeit in der Adaption.....	22
4. Therapiemotivation (Birgit Seidl, Helga Trittel-Lasarew, BBS 11).....	23
4.1 Definition von Motivation.....	23
4.2 Bedürfnishierarchie nach Maslow.....	24
4.3 Intrinsische und extrinsische Motivation.....	25
4.4 Die Veränderungsphasen von Prochaska und DiClemente.....	27
4.5 Methoden der Förderung einer Therapiemotivation.....	28
4.5.1 Motivation durch das Konzept der Adaption .....	28
4.5.2 Motivation durch Beziehungsgestaltung: Motivierende Gesprächsführung .....	29
4.5.3 Motivation durch das Finden von Zielen und Lebensplanungen.....	30
5. Ausgangsüberlegungen: Allgemeine Entwicklungstendenzen in demographischen und sozialstrukturellen Merkmalen der Klientel (Henrik Frost, BBS 11).....	31
5.1 Klienten des Alkoholkrankenhilfesystems werden jünger .....	31
5.2 Mehr Klienten sind von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen .....	32
5.3 Stärkeres Beachten geschlechtsspezifischer Unterschiede .....	33
6. Unterstützungssegmente einer Adaptionsphase.....	34
6.1 Das Unterstützungssegment „Tagesstruktur“ (Anke Westphal, BBS 11) .....	35
6.1.1 Notwendigkeit von Unterstützungsleistungen.....	35
6.1.2 Professionelle Unterstützung bei der Befähigung zur Tagesstrukturierung.....	35
6.1.3 Die Möglichkeiten von Selbsthilfe bei der Befähigung zur Tagesstrukturierung. ....	36
6.2 Das Unterstützungssegment „Freizeitgestaltung“ (Anke Westphal, BBS 11) .....	37
6.2.1 Notwendigkeit von Unterstützung bei der Entwicklung einer befriedigenden Freizeit.....	37

<u>6.2.2 Professionelle Unterstützung bei der Anbahnung einer befriedigenden     Freizeitgestaltung.....</u>	<u>38</u>
<u>6.2.3 Unterstützung der Gestaltung von Freizeit durch Kontakte zur Selbsthilfe.....</u>	<u>39</u>
<u>6.3 Unterstützungssegment „Arbeit und Beschäftigung“ (Silvia Schulze, BBS 11) .....</u>	<u>40</u>
<u>6.3.1 Begriffsbestimmungen (Silvia Schulze, BBS 11).....</u>	<u>40</u>
<u>6.3.2 Funktionen von Arbeit und Beschäftigung für soziales Wohlbefinden (Silvia     Schulze, BBS 11) .....</u>	<u>42</u>
<u>6.3.3 Notwendigkeit von Unterstützung (Simone Hüther, BBS 11).....</u>	<u>43</u>
<u>6.3.4 Professionelle Unterstützung bei der Integration in Arbeit und Beschäftigung     (Simone Hüther, BBS 11).....</u>	<u>44</u>
<u>6.3.4.1 Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt.....</u>	<u>45</u>
<u>6.3.4.2 Arbeit und Beschäftigung im freiwilligen Engagement.....</u>	<u>48</u>
<u>6.3.4.3 Anbahnung von Beschäftigung durch Netzwerkarbeit-Verbundsysteme.....</u>	<u>50</u>
<u>6.3.5 Arbeit und Beschäftigung durch Selbsthilfe (Juana Stöhr, BBS 11).....</u>	<u>51</u>
<u>6.3.5.1 Zweckbetriebe.....</u>	<u>51</u>
<u>6.3.5.2 Arbeits- und Beschäftigungsprojekte.....</u>	<u>53</u>
<u>6.4 Unterstützungssegment „Familie und Lebensformen“ (Silvia Schulze, BBS 11).....</u>	<u>54</u>
<u>6.4.1 Notwendigkeit von Unterstützung.....</u>	<u>54</u>
<u>6.4.2 Arten professioneller Unterstützung und Anbahnung.....</u>	<u>57</u>
<u>6.4.3 Unterstützungsleistungen durch Selbsthilfe.....</u>	<u>59</u>
<u>6.5 Unterstützungssegment „Wohnen und Lebensformen“ (Kay Zuber, BBS 11).....</u>	<u>60</u>
<u>6.5.1 Bedeutung von betreuten Wohnformen.....</u>	<u>60</u>
<u>6.5.2 Die betreuten Wohnform als Möglichkeit der stufenweisen Ablösung im Rahmen     von Adaption.....</u>	<u>60</u>
<u>6.5.3 Zeitliche Begrenzung.....</u>	<u>62</u>
<u>6.5.4 Eine alternative Vision.....</u>	<u>62</u>
<u>Quellenverzeichnis:.....</u>	<u>63</u>
<u>Anhang 1: .....</u>	<u>67</u>
<u>Befragung von ehemaligen und Klienten der Adaptionphase (Anke Westphal, BBS 11)....</u>	<u>67</u>
<u>1.1. Interviewleitfaden für Teilnehmer in der Adaptionphase .....</u>	<u>67</u>
<u>1.2. Interviewleitfaden für ehemalige Patienten.....</u>	<u>70</u>
<u>1.3. Auswertung der Befragung ehemaliger Patienten der Rehabilitationsbehandlung und     Klienten der Adaption vom 07.05.2005 im Rahmen eines „Treffs der Ehemaligen“     in Magdeburg „Alte Ölmühle“ .....</u>	<u>74</u>
<u>Anlage 2: 78</u>	
<u>Unterstützung von Arbeit und Beschäftigung in der Adaption (Simone Hüther, BBS 11). 78</u>	
<u>1. Arbeitslosengeld: Voraussetzungen – Anspruch – Höhe der Leistung.....</u>	<u>78</u>
<u>2 Selbsteinschätzungsbogen zu den allgemeinen Arbeitsfähigkeiten.....</u>	<u>80</u>
<u>5. Die 4 Elemente von HARTZ IV .....</u>	<u>84</u>
<u>6. Integrationsfachdienste.....</u>	<u>86</u>
<u>7. Beispiel für ein Projekt im Rahmen Freiwilligen Engagements:.....</u>	<u>87</u>
<u>8. Aufgaben der Integrationsämter.....</u>	<u>88</u>

# **1. Begriffsklärung „Adaption“ – ein Anbahnungsprozess zu vielen Systemen (Claudia Dawid, Kay Zuber, BBS 11)**

Ursprünglich aus den biologischen Wissenschaften kommend, werden unter Adaptation/Adaption evolutionäre Anpassungen durch Eigenheiten im Körperbau und im Verhalten verstanden, die als „Antwort“ auf spezielle Umweltgegebenheiten gedeutet werden können. Sinnvoller wäre es, von evolutionärer Anpassbarkeit zu sprechen, denn der Begriff „Anpassung“ bezeichnet eigentlich den Vorgang, der zur Anpassbarkeit des Einzelindividuums führt (vgl. [www.wikipedia.de](http://www.wikipedia.de) 27.04.2005).

Im Bezug auf Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der Suchtkrankenhilfe kann der Begriff Adaption wie folgt verstanden werden:

Adaption steht für das konstruktive Sich-Wiederanpassen von Menschen an die Alltagswelt außerhalb der Suchtkrankenhilfe. Zielgruppe sind diejenigen, die gerade eine mehrmonatige Entwöhnungsbehandlung in einer Fachklinik erfolgreich absolviert haben. So, wie sich das Auge ohne Schaden und in Wahrnehmung seiner eigentlichen Aufgaben immer wieder selbst an verschiedene Helligkeiten adaptiert, müssen Klienten der Adaption ihre Wahrnehmung und ihr Handeln auf die Vielfalt von Eindrücken, Anforderungen und Erlebnismöglichkeiten der sozialen Realität neu einstellen.

Während sich der Rahmen der Fachklinik noch als relativ vorgegeben, geordnet und in seinen Regeln und Strukturen überschaubar präsentiert, beinhaltet Adaption neben der schrittweisen Teilhabe an der Lebenswirklichkeit unserer Gesellschaft auch gleichzeitig die Ablösung vom Schutzraum des institutionalisierten therapeutischen Milieus.

Aus Sicht der behandelnden Einrichtung dient die Adaption der Sicherung des Behandlungserfolges und ist Teil der Rückfallprophylaxe.

Die Formen von Adaption werden sehr verschieden beschrieben: als Teilnahme an Selbsthilfegruppen oder an Gruppen mit therapeutischer Begleitung, aber auch als zeitweiliger Aufenthalt in einer betreuten Wohngemeinschaft, sofern eine intensivere Unterstützung erforderlich ist (vgl. [www.blv-suchthilfe.de](http://www.blv-suchthilfe.de) 04.05.2005).

- Deutlich wird, dass Adaption vielfach mit Formen der Nachbetreuung verknüpft wird. Hintergrund dafür dürfte sein, dass sich hier große Überschneidungen in den Aufgaben und Zielen ergeben. Dazu gehören: Behandlungserfolge langfristig zu stabilisieren
- Rückfälle zu vermeiden
- den Prozess der sozialen und beruflichen Integration zu unterstützen
- die Bearbeitung von früher bestehenden Problemen, die jetzt in der realen alltäglichen Situation deutlich werden
- die Stabilisierung der Persönlichkeit der Klienten.

In Angeboten der Adaption und Nachsorge stehen die Neuorientierung auf sowie die Erprobung und Festigung von neu erlernten Verhaltensweisen im Vordergrund. Auch für die Nachsorge gilt, dass sie alle Angebote und Maßnahmen professioneller Hilfe und Selbsthilfe umfasst, die der Rückfallvermeidung und der (Wieder-)Eingliederung im Sinne sozialer und beruflicher Integration dienen und sich an Menschen mit Problemen im Umgang mit psychoaktiven Substanzen (Alkohol, Medikamente, illegalisierte Drogen) wendet.

## **1.1 Aufgaben der Adaptionsbehandlung**

Die Adaptions-„Behandlung“ wird als Teil der medizinischen Rehabilitation verstanden und entsprechend organisiert. Vor diesem Hintergrund hat sie die Aufgabe, zur gesellschaftlichen und vor allem beruflichen Wiedereingliederung bei selbständiger und eigenverantwortlicher Lebensführung von Klienten mit Drogenproblemen beizutragen.

Die Auswirkungen und Folgen eines langwierigen exzessiven Drogenkonsums lassen sich vielfach durch eine ambulante und/oder stationäre Entwöhnungsbehandlung allein nicht beheben.

Unmittelbar nach der Entlassung aus dem geschützten Rahmen der behandelnden Institution sehen sich bestimmte Gruppen von Klienten mit ihren vielschichtigen familiären, beruflichen und sozialen Problemen, aber auch einer unterschiedlich verursachten Isolation und Ausgrenzung konfrontiert – Problembündelungen, die in Verbindung mit gravierenden Einbußen in Ressourcen und Kompetenzen einzelne Klienten vielfach überfordern (vgl. [www.afj-hamm.de/adaption](http://www.afj-hamm.de/adaption) 05.05.2005). Hier Unterstützung für eine erfolgreiche Bewältigung der Anforderungen, die sich aus dem Prozess der Reintegration ableiten, zu geben, ist zentrale Aufgabe von Adaption.

Dabei kann sich Adaption nicht als das Hinführen des Klienten zu einem vorbestimmten Lebensstil verstehen. Zu berücksichtigen ist, dass die Zahl der möglichen Lebensformen und damit die Zahl der möglichen Vorstellungen von Normalität und Identität in der sich pluralisierenden Gesellschaft wächst;

Grenzüberschreitungen folgerichtig nicht mehr ein Devianzproblem darstellen, sondern beginnen, zu normalen Erfahrungen zu werden, Deshalb kann sich der Prozess der Adaption nur als Unterstützung eines konstruktiven Sich-Wiederanpassens des Menschen an seine Alltagswelt/ an die Gesellschaft verstehen. Es geht im weitesten Sinne um Integration, d. h. um Wiedereingliederung im Sinne der Einbindung des Einzelnen in eine Gesamtheit, in der ein selbst gewähltes und zufriedenstellendes Leben mit möglichst wenigen Nachteilen und Defiziten gewährleistet ist. Voraussetzung dabei ist u. a., dass der Einzelne in der Lage ist, das Management seines Alltages so zu gestalten, dass die Grenzen in Bezug auf normative Eckpunkte der Gesellschaft respektieren werden.

### **Anbahnungsprozesse – zentraler Inhalt von Adaption**

Der langjährige exzessive Konsum von Alkohol hat fallspezifisch und damit individuell verschieden dazu geführt, dass dem Klienten Verknüpfungspunkte zu sozialen Bezügen und zu Möglichkeiten der Teilhabe an sehr verschiedenen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens abhanden gekommen sind. Für viele Klienten, die das Angebot von Unterstützung durch Adaption in Anspruch nehmen, konzentrierte sich das Leben, das Denken und Handeln vorrangig auf den Konsum von Drogen und den Umgang mit den damit einhergehenden Konsequenzen. Mit der Entgiftung konnte der Klient seine physische Abhängigkeit weitgehend überwinden. Während der anschließenden Therapie stellt sich der Klient seiner psychischen Abhängigkeit und beginnt, seine bisherigen Lebens- und Bewältigungsmuster mit Alkohol zu problematisieren.

In einem nächsten Schritt soll die Stabilität, die der Klient durch den Alkohol in wichtigen Teilen seines Lebens herstellte, nun durch andere Formen von Stabilität ersetzt werden. In diesem Prozess kommt der Adaption eine besondere Rolle zu: In dieser Phase der Rehabilitation soll der Klient mit verschiedenen Anbahnungsprozessen unterstützt werden, sich ein soziales Netzwerk zu erschließen, Vorstellungen zu notwendigen und gewünschten Veränderungen des Alltages nicht nur zu entwickeln, sondern vor allem erfolgversprechend in Angriff zu nehmen.

Mit Anbahnungsprozessen ist das Wiederherstellen von Bezügen zur Gesellschaft, zum gesellschaftlichen Leben, zu einem eigenen sozialen Gefüge/Netzwerk gemeint. Insofern muss Adaption mit dem Klienten und damit unter Berücksichtigung seiner Ressourcen und Lebensvorstellungen Anknüpfungspunkte zu verschiedensten Bereichen des sozialen Lebens (wieder-)finden, aktivieren und/oder neu entwickeln.

Anbahnungsprozesse lassen sich auch in anderen Angeboten der Suchtkrankenhilfe finden. Im Bereich der Rehabilitation sind diese z. B. nötig:

- beim Übergang von der Entgiftung zur Alkoholentwöhnungstherapie,
- beim Verknüpfung von Therapie zur Adaption, wenn unterschiedliche Möglichkeiten von Adaption (interne/ externe Adaption) gegeben sind.

Die Tatsache, dass sich Adaption ausdrücklich dem Ablöseprozess des Klienten aus dem schützenden therapeutischen Milieu widmet, gibt Anbahnungsprozessen hier jedoch ein quantitativ und qualitativ völlig neues Gewicht.

Adaption kann als ein komplexer und wechselseitig miteinander verwobener Anbahnungsprozess der Integration in einen als befriedigend erlebten Alltag aufgefasst werden, der sich wiederum in eine Vielzahl ganz spezieller Teilprozesse untergliedert. Als die wichtigsten können gelten, die:

- Anbahnung zu sinnvoller Tätigkeit (ob als Erwerbsarbeit oder individueller orientierter Beschäftigung),
- Anbahnung zur professionellen Nachsorge,
- Anbahnung zur aktiven Nutzung von Selbsthilfeangeboten,
- Anbahnung zur Familie (Aktivierung des Familienlebens/Beziehungsgefüge) bzw. zu familienunterstützenden oder - ersetzenden sozialen Gruppen,
- Anbahnung zu bedarfsgerechten Unterkunfts- bzw. Wohnformen,
- Anbahnung zu einer individuell angemessenen/erfüllten Freizeitgestaltung,
- Anbahnung einer befriedigenden Tagesstruktur,
- U. a. m.

Die Tatsache, dass bezogen auf den jeweils individuellen Bedarf die Struktur und Stärke der jeweiligen Anbahnungsprozesse individuell sehr verschiedene sind und folgerichtig auch unterschiedlich zu gestalten sind, legt nahe, die erarbeiteten Gestaltungsmöglichkeiten für den Einzelnen in einem „Hilfepan“ zusammen zufassen und diesen durch Einsichtigkeit, Transparenz zu einer Orientierung für alle Beteiligten werden zu lassen.

„Anbahnungsprozesse sind so zu gestalten, dass sie von allen Beteiligten als ergebnisoffen verstanden werden können. Die Beteiligten sollten sich wechselseitig kennen lernen und die Möglichkeit des Zusammenlebens bzw. der Kooperation miteinander abklären können. Die konkreten Verfahrensabläufe sind an dem Alter des Klienten,

seiner familiären Situation, seinem gegenwärtigen Lebensort und der rechtlichen Lage zu orientieren.“ (zit. [www.agsp.de](http://www.agsp.de) 23.06.2005)

In der Nachsorge werden viele dieser Anbahnungsprozesse aufgegriffen, so dass eine Vernetzung von Institutionen und Interventionen die begonnenen Veränderungen durch unmittelbar ergänzende Unterstützungsmaßnahmen bzw. Integrationshilfen begleitet und gestützt werden können.

## 1.2 Gruppen mit Ansprüchen an das System der Adaption – ein Managementblick

Die Adaptionseinrichtung wird hier als ein System verstanden, für das sich nicht nur interne Strukturen, sondern auch mehr oder weniger deutlich wahrnehmbare Verknüpfungen mit verschiedenen Bereichen der Gesellschaft aufzeigen lassen. Gerade aus der direkten Einbindung fällt es oft schwer, die sehr unterschiedlichen Bezüge wahrzunehmen und zu analysieren. Insofern ist es sowohl für das Mitarbeiterteam, als auch für Klienten wichtig, sich immer wieder auch auf die Metaebene zu begeben und mit dieser „Draufsicht“ einen Managementblick<sup>1</sup> zu entwickeln.

Wesentlich für das Verständnis eines Systems und der darin stattfindenden Prozesse ist die Kenntnis der Anspruchsgruppen oder, modern ausgedrückt, der „Stakeholder“. Wer sind die Beteiligten? Wer spielt eine Rolle im System/Prozess? Als Anspruchsgruppen werden hier diejenigen Gruppen verstanden, die vor ihrem eigenen Hintergrund und nach ihren Interessen und Wertvorstellungen, Ansprüche an das System/den Prozess stellen. Wichtig für eine sachgerechte Umgangsweise mit den Anspruchsgruppen der Adaptionseinrichtung ist das konkrete und differenzierte Erfassen von Prägungen, Werten und Forderungen, die von den jeweiligen Beteiligten vertreten und gestellt werden.

In folgender Tabelle sind Anspruchsgruppen in einem System (allgemein) mit ihren etwaigen Ansprüchen dargestellt:

<b><u>Anspruchsgruppen</u></b>	<b><u>Ansprüche/Kriterien der Wertschaffung</u></b>
Mitarbeiter	z. B. Anspruch auf Beschäftigung und Sicherheit
Kunden	z. B. Anspruch auf Qualität und Zuverlässigkeit
Lieferanten	z. B. stabile Absatzbeziehungen, Profit
Kapitalmärkte	z. B. Gewinnstreben der Aktionäre
Staat	z. B. Anspruch an Steuergelder, Umweltschutz, Durchsetzung der Gesetze
Natur	z. B. Rohstofflieferant, Aufnahmemedium für Abfall
Öffentlichkeit (Gesellschaft, Parteien, Verbände, Medien, etc.)	z. B. Einhaltung/Schaffung von Arbeitsplätzen, Information, Einhaltung von Normen und Regeln

(vgl. [www.lexikon.de/Stakeholder](http://www.lexikon.de/Stakeholder) 17.06.2005)

Im System der Adaption sind folgende wichtige **Anspruchsgruppen** beteiligt, d. h. sie stellen nicht nur eigene Ansprüche an die Arbeit der Einrichtung, sondern nehmen vielfach auch mit ihren Interessen, Motivationen und Verhaltensweisen auf die Arbeit Einfluss:

- Klientel/die Alkoholkranken,
- Familie und Angehörige,
- Team und Fachkräfte,
- Träger,

<sup>1</sup> Management (Leitung, Führung; lat. „manum agere“ = an der Hand führen). Im institutionalen Sinn versteht man unter Management die Personengruppe, die eine Organisation führt, während im funktionalen Sinn der Begriff Management für die damit verbundenen Tätigkeiten und Aufgaben steht. Im funktionalen Sinn bedeutet Management die Beherrschung eines Prozesses, wobei sich ein Prozess durch die Definition von Anfangs- und Endzustand auszeichnet.

Management – in funktionalem wie in institutionalem Sinn – hat zu tun mit Wirksamkeit, Systematisierung, Professionalisierung, zielgerichteter Steuerung, effizientem und ökonomischem Handeln. Aufgabe des Managements sind Planung, Durchführung, Kontrolle und Anpassung von Maßnahmen zum Wohl der Organisation bzw. des Unternehmens und aller daran Beteiligten (Anspruchsgruppen, auch neudeutsch: Stakeholder) unter Einsatz ihm zur Verfügung stehenden betrieblichen Ressourcen. (vgl. Internet/[www.ilexikon.com](http://www.ilexikon.com) 17.06.2005).

- Leistungsträger,
- Behörden,
- Praktikumsbetriebe,
- Einzugsgebiet.

Die **Klientel/die Menschen mit problematischem Alkoholkonsum** sind die so genannte Zielgruppe. Sie kommen aus einer vorangegangenen Entwöhnungsbehandlung. Ihre Ansprüche an die Adaption sind:

- Einen Motivationsschub für wichtige Veränderungen in ihrem Leben zu erhalten
- Die Entwöhnung zu stabilisieren,
- Eine körperlich und seelisch gesunde (d. h. beschwerde- und symptomfreie) Persönlichkeit zu werden.
- Soziale Selbständigkeit zu erlangen/selbstständig lebensfähig zu sein (alkoholabstinentes Leben oder kontrolliert trinken zu können),
- Integration in das Gesellschaftssystem und Anpassung an die hier geltenden Regeln und Normen,
- soziale Anpassung/Verhaltensänderung,
- Arbeit finden.

**Familie und Angehörige** stellen vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Betroffenheit durch ein Leben mit dem Klienten folgende Erwartungen an die Adaption:

- Zu einem partnerschaftlichen Verhältnis des Miteinanders/Nebeneinander (wieder-)finden,
- Verhaltensänderung im Familienverbund vornehmen: „Gemeinsam und doch jede/jeder für sich“,
- Aufbau eines bewussten, erlebnisreichen, zufrieden stellenden, glücklichen Lebens,
- Zu Lernen, loszulassen ohne aufzugeben!
- Zu lernen, den alkoholkranken Partner nicht als verhaltensgestörtes Kind zu sehen,
- Verantwortung für das Leben des Klienten an ihn selbst abgeben zu können,
- Den Umgang mit der Krankheit zu lernen,
- Bewusstheit und Sensibilität für die jeweils konkreten Problemstellungen erlangen.

Für **Mitarbeiter des Teams/Fachkräfte** ist die Einrichtung die Stätte ihres beruflichen Engagements und die Möglichkeit, Erwerbsarbeit mit all ihren Rechten und Pflichten für sich zu realisieren. In diesem Zusammenhang ranken sich ihre Ansprüche darum:

- befriedigende, sozialpädagogische und/oder therapeutische Arbeit leisten zu können,
- Selbstverwirklichung, Anerkennung, Identität (Bedürfnisse) zu finden,
- mit der Arbeit als Erwerbstätigkeit ihre berufliche und soziale Existenz zu sichern,
- soziales Wohlbefinden durch das Team zu finden (Kollegialität, Teamwork, etc.),
- auf die Unterstützung seitens Betroffener, der Leitung, des Arbeitgebers, des Trägers (Finanzierung) bauen zu können,
- Verantwortungsbewusstsein gegenüber dem Klientel und dem Team wahrnehmen zu können,
- Bereitschaft und Streben nach fachspezifischer Weiterbildung unterstützt zu sehen.

**Träger der Einrichtung** sind Organisationen, deren Existenz vordergründig durch ökonomische Rahmenbedingungen und Kosten-Nutzen-Rechnungen bestimmt werden. Insofern beziehen sich deren Ansprüche an die Einrichtung darauf:

- Ein attraktives, wettbewerbsfähiges Angebot unterbreiten zu können,
- Kostendeckend zu arbeiten, Gewinn,
- Eine hochwertige Arbeit des Arbeitnehmers zu sichern,
- Die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens zu sichern.

**Leistungsträger** sind diejenigen Organisationen oder Personen, die Leistungen der Adaption in Anspruch nehmen und dafür auch die entsprechenden Entgelte zu zahlen haben. Nach den gegenwärtigen Finanzierungsprinzipien sind das für Adaptionseinrichtungen, die als Teil der stationären Entwöhnungsbehandlung verstanden werden, die verschiedenen Rentenversicherungsträger, die folgerichtig interessiert sind an:

- Der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Klienten,
- Der Vermeidung von Anspruchsrechten Betroffener,
- Sicherung der Einzahlung in die Rentenkasse,
- Erwerbsunfähigkeit des Menschen vermeiden.



**Behörden**, die im Zuge ihrer staatlichen Aufgaben die Arbeit und das soziale Miteinander in der Adaptionseinrichtung zu regeln, zu kontrollieren und zu beaufsichtigen haben und dabei einfordern, dass:

- Gesetze eingehalten werden,
- Ansprüche des Staates vertreten werden,
- Menschen mit störenden Verhaltensmustern wieder in die Gesellschaft eingegliedert werden,
- Ordnung und Sicherheit eingehalten werden.
- Verwaltungskosten optimieren werden,
- Rechte und Pflichten Betroffener kontrolliert, gewährleistet werden.

**Praktikumsbetriebe**, die bereits mit der Adaptionseinrichtung zusammenarbeiten, realisieren eigene Interessen, indem sie:

- Den vorgeschriebenen prozentualen Anteil an Behinderten, Kranken und Benachteiligten einstellen,
- Mit ihrem sozialen Handeln Werbung für sich betreiben,
- Sich eine Quelle für kostengünstige Arbeitskräfte erschließen.

Das **Einzugsgebiet** der Adaptionseinrichtung, das sich als unmittelbare Nachbarschaft und Gemeinwesen mit den hier auf Zeit lebenden Klienten konfrontiert sieht, entwickelt Ansprüche dahin:

- Über die Arbeit und die Vorhaben der Einrichtung informiert zu werden,
- die Einrichtung in die Arbeit für das Gemeinwesen integrieren zu können und damit zu nachbarschaftlichen Beziehungen finden zu können
- Ruhe und Ordnung im Wohngebiet nicht gestört zu sehen.

Darüber hinaus lassen sich immer auch weitere Anspruchsgruppen der Adaption aufzeigen (Selbsthilfegruppen, Vereine, Ehrenamtsbörsen, Sport-, Freizeit- und Handwerksgruppen, Kultureinrichtungen usw.). Deren Zahl vergrößert sich, je intensiver sich die Einrichtung vernetzt und Bezüge zu anderen Organisationen und Einrichtungen aufnimmt. Insofern wird es immer wieder wichtig, sich mit den jeweiligen Anspruchsgruppen und deren speziellen Interessenlagen und Ansprüchen auseinanderzusetzen.

### 1.3 Gesetzliche Grundlagen von Adaptionseinrichtungen

Den Adaptionseinrichtungen als stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 15 (2) SGB VI ist ebenso wie allen Fachkliniken zunächst die Aufgabe gestellt, die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Alkoholproblemen möglichst nachhaltig wiederherzustellen<sup>2</sup>.

Darüber hinaus hat die Adaptionphase das Ziel, im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung durch geeignete medizinische Maßnahmen einen besonderen Beitrag zur beruflichen und sozialen Wiedereingliederung der in dieser Hinsicht desintegrierten Patienten zu leisten.

Insofern wird die Entwöhnungsbehandlung als Phase 1 und die Adaptionphase als Phase 2 der medizinischen Rehabilitation bezeichnet (vgl. Heide, 2001, S.9).

Die Rahmenbedingungen, die insbesondere für die Phase 2 der medizinischen Rehabilitation und damit für die Adaption gelten, leiten sich wesentlich aus dem Paragraph 21 SGB IX (Verträge mit Leistungserbringern) ab:

(1) Die Verträge über die Ausführung von Leistungen durch Rehabilitationsdienste und -einrichtungen, die nicht in der Trägerschaft eines Rehabilitationsträgers stehen, enthalten insbesondere Regelungen über

1. Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen, das beteiligte Personal und die begleitenden Fachdienste,
2. Übernahme von Grundsätzen der Rehabilitationsträger zur Vereinbarung von Vergütungen,
3. Rechte und Pflichten der Teilnehmer, soweit sich diese nicht bereits aus dem Rechtsverhältnis ergeben, das zwischen ihnen und dem Rehabilitationsträger besteht,
4. angemessene Mitwirkungsmöglichkeiten der Teilnehmer an der Ausführung der Leistungen,
5. Geheimhaltung personenbezogener Daten sowie

<sup>2</sup>

Paragraph 15 (2) SGB VI: „Die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal entweder von dem Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden oder mit denen ein Vertrag nach § 21 des Neunten Buches besteht. Die Einrichtung braucht nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert. Die Leistungen der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation müssen nach Art oder Schwere der Erkrankung erforderlich sein.“ (vgl. [www.sozialgesetzbuch.de](http://www.sozialgesetzbuch.de) 09.05.2005)

6. die Beschäftigung eines angemessenen Anteils behinderter, insbesondere schwerbehinderter Frauen.

(2) Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass die Verträge nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden; sie können über den Inhalt der Verträge gemeinsame Empfehlungen nach § 13 SGB IX (Gemeinsame Empfehlungen) sowie Rahmenverträge mit den Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen vereinbaren. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz wird beteiligt.

(3) Verträge mit fachlich nicht geeigneten Diensten oder Einrichtungen werden gekündigt.

(4) Absatz 1 Nr.1 und 3 bis 6 wird für eigene Einrichtungen der Rehabilitationsträger entsprechend angewendet (vgl. [www.sozialgesetzbuch.de](http://www.sozialgesetzbuch.de) 09.05.2005).

#### **1.4 Vergleich interne und externe Adaption**

Nach dem Aufenthalt in der Fachklinik und mit Aufnahme in die Adaptionseinrichtung hat der Klient zunächst die Trennungs- und Umstellungsproblematik zu bewältigen.

Während es in der Fachklinik möglich ist, über verschiedene Methoden und zu verschiedenen Inhalten zu reflektieren, persönliche Themen zu bearbeiten und das „Clean-Sein“ neu oder wiederholt zu erleben, hat die Adaptionsbehandlung eine andere Qualität. Während in der Fachklinik unter geschützten, von der gesellschaftlichen Wirklichkeit auch entrückten Bedingungen persönlich wichtige Prozesse reflektiert und bearbeitet werden, ist das Vorgehen in der Adaption stärker individualisiert und an der auf den Klienten zugeschnittenen Therapieplanung ausgerichtet. Die in der Fachklinik dominierende Gruppenunterstützung reduziert sich in der Adaption stark, ebenso die therapeutische Arbeit und die damit einhergehenden Rückmeldungen und Unterstützung. Im Unterschied zur Klinik müssen in der Adaption von außen kommende Impulse, Ansprüche und Regeln wieder einen hohen Stellenwert erhalten und zu Erfahrungs-, Lern- und Erprobungsfeldern werden. Insofern muss die relative Abgeschlossenheit der Fachklinik aufgehoben und damit der schützende Rahmen mehr und mehr entfallen.

Während ein Clean-Status unter noch relativ schützenden fachklinischen Rahmenbedingungen leichter durchzuhalten erscheint, gibt es in der Adaption die deutliche Aufforderungen, sich nach außen in das reale Leben zu bewegen und hier die angestrebten neuen Verhaltensstile und Lebensmuster auf ihre Alltagstauglichkeit hin zu erproben.

Diese Argumente sprechen dafür, das Angebot einer Adaption außerhalb einer Fachklinik zu platzieren. Auf diese Weise wird nicht allein eine deutliche (örtliche) Abgrenzung von Phase 1, der eigentlichen Entwöhnungsbehandlung, vorgenommen. Auch für das Selbstbewusstsein der Klienten kann es ein wichtiger Impuls sein wahrzunehmen, dass sich mit Verlassen der Fachklinik in eine Adaption ihr persönlicher Status deutlich erhöht und nun ein wichtiger Schritt im Ablöseprozess aus therapeutischen Bezügen stattfinden muss. Die damit einhergehende positive Trennungsproblematik zur Fachklinik, der Wechsel des Bezugstherapeuten und das neue Gefühl, nun mehr auf sich allein gestellt zu sein, stellen für den durchschnittlichen Klienten der Adaption eine erhebliche emotionale Härte dar, der in der Arbeit innerhalb der Adaption Aufmerksamkeit entgegen zu bringen ist.

Insofern ist über eine örtliche Ausgliederung der Adaption aus der eigentlichen Fachklinik nachzudenken, ohne die organisatorischen Bezüge und den unproblematische Rückgriff auf Angebote der Fachklinik zu kapfen (vgl. Heide, 2001, S. 57f).

#### **1.5 Für wen ist Adaption ein wichtiges Angebot?**

Die Angebote der Adaption richten sich an Menschen, die aufgrund ihrer Lebensgeschichte und der besonderen Folgen ihrer Abhängigkeit im Anschluss an eine klinische Entwöhnungsbehandlung noch weiterer Unterstützung bedürfen, um in ihrem Bestreben nach einer beruflichen und sozialen Wiedereingliederung weitgehend erfolgreich zu sein.

Mit langjährigem exzessiven Alkoholkonsum, Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, Beziehungsarmut, materieller Armut etc. liegen komplexe Problembündelungen einerseits und mangelhaft entwickelte oder verschüttete Fähigkeiten und Kompetenzen sowie fehlende oder ungenügende soziale Ressourcen andererseits vor, so dass für diese Menschen vielfältige Unterstützung erforderlich ist, um einen geglückten Einstieg in einen als befriedigend erlebten Lebensalltag zu finden.

Besonders geeignet ist Adaption für Menschen, die vom psychosozialen Hintergrund her (Männern, Frauen, mitunter auch Kinder) so gut wie keine oder nur sehr ungünstige familiäre Bindungen aufweisen und infolge anhaltender Arbeitslosigkeit bzw. ungenügender beruflicher Sozialisation aus dem sozialen Netz heraus gefallen sind.

## **1.6 Stellung der Adaption im System der Unterstützungsleistung für problematisch Trinkende**

Es hat sich gegenwärtig durchgesetzt, die Adaptionphase als Phase 2 und damit als festen Baustein der Alkoholentwöhnungstherapie anzusehen.

Historisch ist Adaption aus der stationären Nachsorge hervorgegangen und betrug ursprünglich 18 Monate. Bis heute haben sich vielfältige Ausdifferenzierungen zwischen Nachsorge und Adaption vollzogen, die nicht bei konzeptionellen Überlegungen nicht unberücksichtigt bleiben können:

- Während die damalige Nachsorge jedoch vorwiegend medizinischen Charakter hatte, zielt die Adaption heute ausdrücklich auf die soziale Anpassung der Klienten. Sie ist in der Regel auf eine Dauer von 3 Monaten beschränkt, also nur im begründeten Einzelfall verlängerbar.
- In den früheren Nachsorgeeinrichtungen wurden die Patienten zum Teil noch monatelang stationär weiter betreut. Dieses Selbstverständnis findet sich in den heutigen Adaptionseinrichtungen in der Regel nicht mehr.
- Die Adaptionseinrichtung nimmt in aller Regel nur Klienten aus einer Fachklinik auf. Die früheren Nachsorgeeinrichtungen standen dagegen auch Patienten aus der Entgiftung, dem Maßregelvollzug etc. offen.
- Heute wird von den meisten Leistungsträgern in Bezug auf Psychotherapie nur noch ein Restbedarf bei den Klienten der Adaption gesehen, diese war in den früheren Nachsorgeeinrichtungen ein weit größerer und auch integraler Bestandteil des Gesamtprogramms.
- Demgegenüber soll die Adaptionphase im Sinne einer Übungs- und Übergangsphase vor allem auf ein selbständiges und eigenverantwortliches Leben außerhalb der Adaptionseinrichtung vorbereiten. Besonderer Schwerpunkt ist es, neben der Durchführung externer Arbeitsbelastungserprobungen und der weiteren sozialtherapeutischen Behandlung die Lebensbereiche Wohnen und Freizeit zu strukturieren und zu gestalten.
- Aufgrund der verkürzten Behandlungszeiten gibt es in der Adaption kaum noch lang gewachsene therapeutische Beziehungen zwischen Klient und Mitarbeiter.
- In der heutigen Form der Adaption werden die Patienten nicht mehr Sozialhilfeempfänger (ALG II), sondern erhalten wie bei der Alkoholentwöhnungstherapie weiterhin Übergangsgeld.

Mit Blick auf die vielfältigen Ausdifferenzierungen zwischen Nachsorge und Adaption stellt sich folgerichtig die Frage, wieweit die heutigen Formen der Adaption als selbständiges Segment mit ganz eigenen Angeboten zu konzipieren sind oder ob dieses Angebot ein weiterer „Therapie“-Baustein der Entwöhnungsbehandlung ist und folgerichtig auch von therapeutischen Interventionen durchzogen werden muss.

Deutlich ist, dass nicht selbstverständlich ist, in welchem Umfang Therapie im engeren Sinne in der Adaption stattfinden darf und muss. Gibt es diese Angebote nur bei Bedarf? Wann ist von einem Bedarf auszugehen? Wer legt diesen Bedarf fest? Wieweit dieser Bedarf in der Finanzierung, d. h. im Pflegesatz einer Adaptionbehandlung vorgesehen ist, konnte nicht geklärt werden<sup>3</sup>.

## **1.7 Adaption – Therapiebaustein oder selbstständiges Segment?**

Die Adaptionphase ist eingebettet in das Gesamtleistungssystem für Suchtkranke und schließt als zweiter Bestandteil an die Behandlungsphase der medizinischen Rehabilitation und damit unmittelbar an die stationäre psychotherapeutische Behandlungsphase in einer Fachklinik an, in der im geschützten Rahmen Abstand zu den psychoaktiven Substanzen gewonnen werden soll, die sehr problematisch konsumiert wurden, und in der innere Voraussetzungen für neue Lebensplanungen zu erarbeiten sind.

Demgegenüber wird die Adaptionphase als jene Phase bezeichnet, die die Öffnung nach außen, Anregungen für die Strukturierung des Tagesablaufes, die Bewährung des Klienten unter Alltagsbedingungen sowie die Erarbeitung einer eigenverantwortlichen Lebensführung mit begleitenden Hilfen umfasst.

### **1.7.1 Begriffliche Abgrenzung verschiedener Interventionsprozesse**

---

<sup>3</sup> Klienten, die sich zu einer Adaptionbehandlung entschlossen haben, haben in der Regel im Vorfeld mit ihrem Therapeut ausgehandelt, dass ein Bedarf an weitergehender Behandlung und Betreuung vorhanden ist. Inwieweit es sich zu diesem Zeitpunkt um „Rest-Psychotherapie-Bedarf“ oder eher Bedarf an psychosoziale Begleitung und Unterstützung handelt, wird in der Literatur nicht benannt oder unterschieden.

<b>Anbahnungsprozess</b>	<b>Aufgaben</b>
Therapie	Interventionen (Indikation, Anamnese, Diagnose, individueller Behandlungsplan) zur Behandlung von somatischen bzw. psychischen und psychosomatischen Störungen, ihrer Ursachen und Symptome mit dem Ziel der Wiederherstellung von Gesundheit und Wohlergehen (im eigentlichen Sinne = Wiederherstellen eines ursprünglichen Zustandes – fraglich, ob möglich und gewünscht!?).
Nachsorge	- ein System integrativer Interventionen, - Stabilisierung der vorangegangenen Therapie, - Krisenhilfe im Fall der Überforderung.
Hilfe	Hilfe im Sinne der Hilfsbereitschaft ist ein Teil der Kooperation in den zwischenmenschlichen Beziehungen. Sie dient dazu, einen erkannten Mangel oder eine änderungswürdige Situation zu verbessern. Der Hilfe geht entweder eine Bitte des Hilfebedürftigen oder eine von ihm unabhängige Entscheidung durch Hilfsbereite voraus.
Unterstützung	
Beratung/Begleitung	- Erteilung von Entscheidungs- oder Orientierungshilfen durch ausgebildete Fachkräfte (z. B. Ärzte, Psychologen, Pädagogen, Sozialarbeiter) in Einzel- oder Gruppengesprächen, - sind in der Regel an vorangehende Explorationsgespräche sowie Testuntersuchungen gebunden und in unterstützende Interventionsprogramme eingebettet.

(vgl. Fröhlich, 1987, S.85 / vgl. [www.ilexikon.com](http://www.ilexikon.com) 17.06.2005)

### 1.7.2 Abgrenzung zur Nachsorge

Nachsorge beschreibt ein System von integrativen Interventionen im Arbeitsfeld der Suchtkrankenhilfe, mit der Voraussetzungen für eine langfristige Abstinenz von denjenigen Substanzen geschaffen werden, die vordem problematisch konsumiert wurden. Die dabei eingesetzten Interventionen zielen darauf:

- die Behandlungserfolge langfristig zu stabilisieren,
- Zutrauen in die selbstheilenden Kräfte zu vermitteln
- die berufliche Wiedereingliederung der Klienten zu unterstützen,
- ihre soziale (Re-) Integration zu ermöglichen,
- ihre Verselbstständigung zu fördern,
- Möglichkeiten zur Bewährung einer abstinenten Lebensweise in Alltagssituationen zu bieten,
- das persönliche Reifen und Wachsen zuzulassen,
- alternative Freizeitangebote aufzubauen,
- Hilfen für andere Betroffene aufzubauen und
- ehrenamtliche Helfer für die Leitung und den Aufbau von Selbsthilfeangeboten zu motivieren und qualifizieren (vgl. [www.dhs-intern.de](http://www.dhs-intern.de) 09.05.2005).

Nachsorge soll nicht nur eine dauerhafte Stabilisierung der Abstinenz durch begleitete Erfolgserlebnisse (z. B. nach der Therapie) ermöglichen, sondern auch Krisenhilfe im Fall der Überforderung leisten.

Nachsorgeeinrichtungen sind Einrichtungen, die von Patienten besucht werden, die eine Entzugsbehandlung hinter sich haben und sich auf den normalen Alltag, einschließlich eines Arbeitslebens vorbereiten. Diese Vorbereitung kann sowohl in Tageskliniken als auch in betreuten Wohngruppen erfolgen, wobei in Letzteren mehr an den sozialen Fragestellungen in Zusammenhang mit der Bewältigung des Alltags gearbeitet wird.<sup>4</sup> Nachsorgende Beratung und Unterstützung wird jedoch auch von Suchtberatungsstellen wahrgenommen. Nach Angaben der DHS gibt es etwa 1200 Suchtberatungsstellen, zwei Drittel davon werden von Verbänden der freien

<sup>4</sup> Es gibt bundesweit circa 200 Nachsorgehäuser mit etwa 3000 Wohnplätzen inklusive Tageskliniken und Wohngruppen.

Wohlfahrtspflege getragen. Die Palette dieser Einrichtungen reicht von allgemeinen Beratungsstellen in denen neben Ehe- Partner- und Erziehungsproblemen auch Suchtprobleme behandelt werden.<sup>5</sup>

Nachsorge ist deshalb wichtig, weil die Klienten nach Therapie und Adaption zwar mit guten Vorsätzen und mit theoretischem Wissen ausgestattet sind, die sich aber nun im folgenden Alltag und bei der Bewältigung elementarer Probleme bewähren müssen. Die Auseinandersetzungen mit Behörden und Ämtern sind langwierig, die alten Schulden drängen auf ein Begleichen, oft erweist sich die Rückkehr in die alte Wohnung und die dort gegebenen sozialen Bezüge als problematisch ebenso wie die Arbeitssuche und schließlich sind auch bei Rückkehr in der Familie alte Kränkungen und Verletzungen, aber auch neue aktuelle Probleme und Konflikte aufzuarbeiten. Deutlich wird, dass die eigenständige Bewältigung eines durchaus auch komplizierten Alltages oft ein Grund für einen Rückfall in alte Strukturen des Verhaltens ist.

Zum System der Nachsorge gehören jedoch nicht allein professionelle Hilfe- und Unterstützungsleistungen. In diesem Bereich hat auch die organisierte Selbsthilfe traditionell einen großen Stellenwert<sup>6</sup>.

Erfahrungen zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit für den Erfolg der während eines Klinikaufenthalts angeschobenen Veränderungen durch den regelmäßige Besuch einer Selbsthilfegruppe deutlich erhöht werden kann, regelmäßige Kontakte zu Selbsthilfegruppen erweisen sich als ein guter Schutz vor einem Rückfall und als effektive Hilfe bei der langfristigen Umsetzung eines als befriedigend erlebten abstinenter Lebens. Es gibt in Deutschland heute über 7600 Selbsthilfegruppen für Suchtkranke und deren Angehörige, in denen Menschen Hilfe finden können.

## **1.8 Unterstützungssegmente innerhalb des Adaptionprozesses**

Der Adaptionprozess beinhaltet verschiedene Unterstützungssegmente, in deren Mittelpunkt Anbahnungen für das Hineinfinden in ein als befriedigend erlebtes Leben stehen. Hier werden folgende Unterstützungssegmente differenzierter beleuchtet:

- Tagesstruktur,
- Freizeitgestaltung,
- Arbeit und Beschäftigung,
- Familie und Lebensformen,
- Wohnformen für problematisch Trinkende

## **1.9 Ziele der Adaption**

Aus Sicht der vorwiegend männlichen Patienten und in dieser Reihenfolge werden die mit der Adaption zu erreichenden Ziele oft klar benannt: „Arbeit, Wohnung, Frau.“ Für die erfolgreiche Umsetzung der sich daraus ableitenden Lebensplanungen sind zugleich die Realisierung übergeordneter Ziele unabdingbar: Heilung/Besserung der Abhängigkeitserkrankung, Stabilisierung der Abstinenz, Wiederherstellen und Sicherung der Erwerbsfähigkeit, soziale Eingliederung und Verselbstständigung.

Alkoholiker identifizieren sich und stabilisieren ihren Selbstwert stark über Arbeit. Arbeit bedeutet: Dazugehören, Anerkannt werden, wieder „normal“ sein. Allerdings reicht der vordergründige Wunsch nach einer Arbeit nicht aus. Vielmehr muss der Betroffene seine Ressourcen und Kompetenzen neu wahrnehmen, entwickeln und realistisch nutzen. Dies könnte z. B. über eine vorerst unbezahlte ehrenamtliche Tätigkeit erfolgen. Der Patient muss das Gefühl erhalten, gebraucht zu werden und Perspektive zu haben. Perspektivlosigkeit kann zu einem Katalysator für einen Rückfall werden.

Weiterhin als Ziel angesehen werden sollte die Wiedererlangung eventuell verschütteter familiärer Ressourcen, damit Halt und Unterstützung in schwierigen Phasen gewährleistet ist (vgl. Heide, 2001, S.67f).

„Die unterschiedlichen Ziele hängen auch mit den deutlich verschiedenen Therapie-Vorerfahrungen beider Suchtgruppen zusammen: Obwohl die Alkoholiker meist nur drei, manchmal vier Monate Alkoholentwöhnungsbehandlungen durchlaufen haben, betrachten sie bei Adaptionbeginn Therapie und Auseinandersetzung mit Sucht oft als abgeschlossen („Mit Alkohol habe ich kein Problem mehr“). Sie wollen, wie erwähnt, so schnell wie möglich in den Schoß der Gesellschaft zurück, sehen die Adaption zunächst oft als notwendigen Umweg zu Arbeits- und Wohnungssuche. Das Wissen um die persönlichen Hintergründe ihrer

<sup>5</sup> Die Palette reicht von generellen Suchtberatungsstellen, in denen für Suchtprobleme aller Art, vom Fixer, über die Alkoholiker bis zum Spieler, Hilfe angeboten wird, bis zu ganz bestimmten Beratungsstellen z. B. ausschließlich für tabletteneabhängige Frauen oder nur für Spielsüchtige oder nur für Jugendliche, die schnüffeln (wie die Schnüfflerhilfe in Berlin).

<sup>6</sup> Die Selbsthilfegruppen haben eine wichtige Funktion sowohl in der Vorbeugung von Suchtkrankheiten als auch in der Begleitung von ambulanten und stationären Therapien.

Sucht, deren aktueller Dynamik sowie ihrer persönlichen Rückfallgefahren ist eher rudimentär; manchmal wirkt es so, als ob nur wenige Leitsätze der Therapie tiefer gegangen sind.“ (zit. Internet???)

## **2. Bereits vorliegende Erfahrungen mit dem Angebot „Adaption“ (Sylvia Widermanski, BBS 11)**

Mit der Frage nach erfolgreichen Adaptionsangeboten öffnet sich ein Blick auf Grundideen und praktische Ansätze sehr unterschiedlicher Couleur. Adaptionsangebote finden sich nicht allein im System der Suchtkrankenhilfe, sondern werden auch in Zusammenhang mit der Unterstützung sehr verschiedener Patientengruppen angeboten (u. a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates).

### **2.1 Adaption in der Suchtkrankenhilfe – ein Rückblick auf 30 Jahre**

Etwa Mitte der 70iger Jahre entstanden in Deutschland (West) die ersten sozialtherapeutischen Einrichtungen mit dem Ziel der gesellschaftlichen und beruflichen Wiedereingliederung von schwer Abhängigkeitskranken. Die damaligen Fachkliniken bzw. Entwöhnungseinrichtungen stützten sich in ihren Konzepten eher auf eine ausschließlich psychotherapeutische Behandlung, durch die soziale Problemstellungen eher in den Hintergrund rückten. Hinzu kam, dass viele Therapiekonzepte mit einer damals üblichen Behandlungsdauern von bis zu 18 Monaten eine, heute kaum noch nachvollziehbare, Isolation praktizierten, so dass im Anschluss an eine Therapie folgerichtig eine Wiedereingliederung dringend notwendig wurde. Die sich anschließende klassische stationäre Nachsorge in Übergangseinrichtungen mit Behandlungszeiten zwischen 12 und 18 Monaten fiel bis Anfang der 80iger Jahre eindeutig in die Zuständigkeit der überörtlichen Sozialhilfeträger und deren Leistungspflicht.

Gerade seit der zunehmenden Differenzierung und Professionalisierung der stationären medizinischen Rehabilitation für problematisch drogenkonsumierende Menschen zu Beginn der 80iger Jahre reißen die Auseinandersetzungen um die Bedeutung professioneller Nachsorge nicht ab. Ohne die Effizienz der stationären medizinischen Rehabilitation zu bestreiten, wird immer wieder auch auf die Unverzichtbarkeit einer Nachsorgephase hingewiesen<sup>7</sup>.

Belegt wurden diese Aussagen zum Suchtkrankenhilfesystem für illegalisierte Drogenkonsumenten z. B. durch die Ergebnisse der katamnestischen Untersuchungen im Rahmen des Hammermodells. Nach der hier berichteten Zwölf-Jahres-Katamnese sind Entwöhnungsbehandlungen allein nur sehr begrenzt wirksam. Es erwies sich aber, dass es denjenigen Klientengruppe am schnellsten gelang, Suchtmittelabstinenz und soziale Integration zu erreichen, die in Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung eine stationäre Nachsorge in Anspruch genommen hatten (vgl. Raschke, Schliehe 1985).

Die Adaption wurde Mitte der 80iger Jahre zum integralen Bestandteil der medizinischen Rehabilitation definiert und auch definitorische eine Abgrenzung zur Nachsorge hergestellt (vgl. Verstege 1996).

#### **Der Streit ums liebe Geld**

Mitte der 90iger Jahre stellten sich die Sozialhilfeträger gestützt auf das „York Urteil“ von 1983 auf den Standpunkt, dass die berufliche und soziale Wiedereingliederung mit dem angehenden Zweck der Orientierung auf, Wiederherstellung von oder wesentlichen Verbesserung der Erwerbsfähigkeit in den Bereich der medizinischen Rehabilitation falle und somit in die Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger. Die überörtlichen Sozialhilfeträger finanzierten noch bis 1993 vorläufig nach § 44 BSHG die Maßnahmen weiter und klagten die entstandenen Kosten parallel bei den Rentenversicherungsträgern LVA und BfA ein. Gleichzeitig wurden potentielle Einrichtungen aufgefordert, sich der Belegung durch die LVA und BfA zu öffnen und dort Anträge auf Versorgungsverträge einzureichen. Ein verwirrendes, zähes Ringen in Verhandlungen und Prozessen über mehrere Jahre um die Finanzierung einerseits und den notwendigen Umfang der Angebote andererseits, führte zur Aufgabe der klassischen Nachsorge- bzw. Übergangseinrichtung und somit auch des weiteren Nachdenkens über Konzepte der Adaption. Schließlich stimmten im April 1994 alle gesetzlichen Rentenversicherungsträger und Krankenversicherungsträger auf Bundesebene einer Rahmenkonzeption bzw. Rahmenbedingungen zu, in der Vorgaben für Adaptionseinrichtungen festgeschrieben wurden.

---

<sup>7</sup> Nach Feuerlein (1979) ist eine Entwöhnungsbehandlung ohne nachfolgende Nachsorgephase fast wertlos.

Aber neben der deutlich werdenden sprachlichen Verwirrung, durch die die Begriffe „Nachsorge“ und „Adaption“ oft fälschlicher Weise synonym verwendet werden, kommt es noch heute in den einzelnen Bundesländern zu regional unterschiedlichen Bewilligungskriterien und Auslegungen von Inhalt, Art und Umfang der Leistungen. Auch die Krankenkassen haben sich erst im Jahr 2004 so weit geöffnet, dass sie Adaptionenmaßnahmen für problematisch konsumierende Menschen in Einzelfallentscheidung bezahlen, jedoch nur, wenn die Sozialhilfeträger beharrlich und konsequent die Kostenübernahme für Adaptionenleistungen ablehnen und sie damit die Krankenkassen unter Druck setzen. Schließlich konnten die Krankenversicherer auf verschiedenen Verhandlungsebenen davon überzeugt werden, Adaptionenleistungen als zweite medizinische Rehabilitationsphase und als notwendigen und integralen Bestandteil der gesamten medizinischen Rehabilitation anzuerkennen, wobei in den Leistungsbeschreibungen zwischen der I. Phase (Entwöhnung) und der II. Phase (Adaption) unterschieden wird. Vor diesem Hintergrund werden Adaptionseinrichtungen als Kliniken gesehen und oft auch so bezeichnet, auch wenn vordergründig nicht der medizinische Teil, sondern die alltagsnahe Realitätserprobung im Fokus steht.

Im Jahr 1993 wurden mit den Rentenversicherungsträgern vor allem in den alten Bundesländern Belegungsverträge mit verschiedenen Einrichtungen abgeschlossen, so dass auch hier Klarstellungen über die Leistungsträger erfolgten. Mit Abschluss von Versorgungsverträgen mit den Rentenversicherungsträgern wurden Nachsorgeeinrichtungen wie z. B. Sozialtherapeutische Wohngemeinschaften umstrukturiert und in Adaptionseinrichtungen umgewandelt, so dass es in der Folge Nachsorge als solche in einigen Bundesländern nicht mehr gab.

Anders als in den alten Formen der Nachsorge wurde mit dem Abschluss der Versorgungsverträge obligatorisch, dass ein Arzt zu einem multidisziplinären Team zu gehören hat. Dass medizinische Rehabilitation eine angemessene ärztliche Mitwirkung erforderlich macht und beinhalten muss, ist bis heute unstrittig. Die Erfahrungen zeigen auch, dass die Einrichtungen durch Mitwirkung eines Arztes an Qualität gewonnen haben. Die Praxis zeigt jedoch, dass die Formen des Einbezugs von Ärzten in die Einrichtung sehr verschieden sein können.

Im Wesentlichen gestützt auf das „York Urteil“ und angetrieben durch den eigenen Anspruch an ständiger Qualitätsverbesserung haben die genannten sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften schon Mitte der 80iger Jahre angefangen, sich und ihre Mitarbeiter weiterzuqualifizieren und dies zum Bestandteil ihrer Qualitätsentwicklung gemacht. Sie entsprechen auch in diesem Punkt den an Adaption gestellten Forderungen.

### **Die Vorstellungen von medizinische Rehabilitation ändern sich**

Wesentliche Impulse für eine Änderung der Vorstellungen von dem, was eine medizinische Rehabilitation beinhalten soll, gingen vom „York Urteil“ aus:

„Entsprechend der finalen Ausrichtung der Rehabilitation ist nämlich nicht das pädagogische Element, sondern dessen Zielsetzung ausschlaggebend. Wird die Drogenabstinenz zur Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Erwerbsfähigkeit bezweckt, so gehört auch eine pädagogisch hierauf gerichtete Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation, selbst wenn dabei noch weitere Verhaltensstörungen behoben, allgemeine oder Berufskennnisse vermittelt und die Eingliederung in die Gesellschaft ebenfalls angestrebt werden.“

Deutlich wird, dass mit diesem Urteil medizinische Rehabilitation nicht mehr zwangsläufig als alleinige ärztliche Leistung definiert wurde. Mit diesem grundlegenden Richtungswechsel in der Wahrnehmung notwendiger Unterstützungsleistungen ergaben sich auch neue Grundlagen, die bei dem Erstellen des Rahmenkonzeptes für Adaption durch die Renten- und Krankenversicherungsträger auf Bundesebene berücksichtigt wurden, auf dessen Grundlage alle gegenwärtig bestehenden Adaptionseinrichtungen arbeiten.

Mit einer solchen, kostenseitig einigermaßen gesicherten Basis öffnete im Dezember 1997 auch die erste Adaptionseinrichtung in Thüringen ihre Pforten, weitere folgten in Sachsen, Sachsen Anhalt und den anderen neuen Bundesländern.

### **Von den Schwierigkeiten der Unterscheidung zwischen Adaption und Nachsorge**

Vor dem Hintergrund der Auseinandersetzungen um Kosten und Kostenerstattung werden als zentrale Ziele der Adaptionenbehandlung definiert, mit medizinischen Maßnahmen einer erheblichen Rückfallgefährdung, häufig durch Arbeits- und Wohnungslosigkeit bedingt, entgegen zu wirken. Kann Wiedereingliederungsfähigkeit unter fachklinischen Bedingungen nicht erreicht werden, so ist eine besondere Adaptionenintervention erforderlich (vgl. Johansson 1998).

Kennzeichnend für die Adaptionenphase ist die Öffnung nach außen und eine Erhöhung der Selbständigkeit der Klientel unter Alltagsbedingungen, beispielsweise durch Belastungsproben und Arbeitstherapie. Gerade daraus

leiten sich aber auch die fachliche Überschneidungen der, sozialrechtlich als Teil der medizinischen Rehabilitation betrachteten, Adaption mit der Nachsorgeangebote ab. Zu berücksichtigen ist zugleich, dass in der zeitlichen Abfolge des Behandlungsprozesses ergänzende Integrationshilfen sowohl im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung im Rahmen der Nachsorge, mit der Adaption aber auch parallel zur ambulanten und stationären Therapie angeboten werden (vgl. Gassmann, Leune 2000).

Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist in ihrer fachlichen Stellungnahme zur Nachsorge nicht konsequent. Demnach wird die Phase der beruflichen und sozialen Rehabilitation inhaltlich von der Adaption kaum unterschieden, jedoch gegenüber der Rehabilitationsphase generell als nachrangig angesehen, Analoges gilt für die Definitionsversuche der Nachsorge (vgl. Frietsch 2000).

Ziegler (1982) betont, dass die Nachsorge insbesondere in Bezug auf die Wiedereingliederung in Beruf und Gesellschaft bereits in der Kontakt- und Vorphase der Rehabilitation, während der Phase der medizinischen Rehabilitation und der Phase der beruflichen und sozialen Rehabilitation einsetzen sollte. Dies hat zur Konsequenz, dass die Nachsorge nicht ausschließlich auf Institutionen bezogen gedacht werden kann, sondern Teil des Gesamtbehandlungsprozesses ist, der im wesentlichen von allen relevanten Akteuren getragen werden muss. In der Konsequenz heißt dies, Integrations- und Krisenhilfen werden nicht linear, sondern prozessorientiert nach Integrationsfortschritt angeboten, im Sinne eines mehrere Ebenen umfassenden Nachsorgekonzeptes (vgl. Seiler 1999).

## **2.2 Adaptionseinrichtungen in Deutschland**

Da es keine einheitliche Erfassung aller Adaptionseinrichtungen gibt, kann nicht genau beziffert werden, wie viele stationäre Adaptionseinrichtungen es in Deutschland gibt<sup>8</sup>.

### **Anzahl und vorgehaltene Belegung**

Geht man davon aus, dass es in Deutschland ca. 20.000 Therapieplätze gibt (vgl. Fachverband Sucht e.V.) und rechnet mit einer durchschnittlichen Belegkapazität von 50 Plätzen pro Einrichtung, kann davon ausgegangen werden, dass es ca. 400 Rehabilitationseinrichtungen für problematisch konsumierende Klienten gibt. Wird von einem geschätzten 10 % Anteil an Kapazität für interne oder externe Adaptionseinrichtungen ausgegangen, ergibt sich eine relativ realistische und überschaubare Anzahl von 40 Einrichtungen für Deutschland. Diese präsentieren jedoch nur einen Bruchteil der vorhandenen Therapieplätze, da sich nach Vergleich verschiedener Adaptionseinrichtungen eine Aufnahmekapazität von 9 bis 25 Plätzen je Einrichtung als wahrscheinlich erweist.

Schon im Vergleich von einigen wenigen Adaptionseinrichtungen zeigen sich Unterschiede in den Belegkapazitäten, in der räumlichen Belegung (1 und 2-Bett-Zimmer), der Ausstattung (Freizeitangebote wie Fitnessraum), in der Personalstruktur, in der Aufteilung in Bezug auf geschlechtsspezifische Indikationen oder gemischte Einrichtungen und in der Standortauswahl, wenn man nach internen und damit in eine Entwöhnungseinrichtung angegliederten oder externen und damit von der Fachklinik getrennten Einrichtungen unterscheidet.

### **Inhaltliche Konzepte**

Als Folge dessen, dass alle Adaptionseinrichtungen nach dem von den Rentenversicherungsträgern (1994) herausgegebenen Rahmenkonzept arbeiten, werden die konzeptionell ausgewiesenen Arbeitsaufgaben und Ziele mit identischen Handlungsansätzen beschrieben.

Danach ist Adaption als zweiter Bestandteil der medizinischen Leistung integraler Teil der medizinischen Rehabilitation. Sie zielt auf Gewöhnung an den Alltag, die konstruktive und aktive Wiederanpassung, sowie Eingliederung der Klientel in die Alltagsrealität. Adaption beinhaltet neben der Neugewöhnung an wichtige Anforderungen der Lebenswirklichkeit in der Gesellschaft auch gleichzeitig die Ablösung vom Schutzraum des institutionalisierten therapeutischen Milieus.

<sup>8</sup>

Auf der Suche nach einem Gesamtverzeichnis bieten sich eine ganze Reihe von Orientierungshilfen an, die von unterschiedlichen Institutionen für die Suchtkrankenhilfe herausgegeben wurden: „Wegweiser für Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe“ (Thüringer Ministerium für soziales Gesundheit und Familie) Aufstellung aller Suchthilfeeinrichtungen ( DO SUCHTHILFE), ein Verzeichnis über Fachkliniken für Suchtkranke – herausgegeben von „buss“ – Mitgliederverzeichnis des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., Kassel“, sowie „Hilfe für Suchtkranke“ – Verzeichnis der Einrichtungen erarbeitet und überarbeitet vom Fachverband Sucht e.V.



Die Adaption unterbreitet Angebote für Klienten, die auf Grund besonderer Folgen ihrer Abhängigkeit im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung noch weiterer berufsfördernder und ergänzender Maßnahmen bedürfen, um eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu erreichen und ein von Suchtmitteln unabhängiges Leben zu führen. Zu diesen zu bearbeitenden problematischen Folgen zählen Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, Beziehungsarmut etc., die als maßgebliche Faktoren für die Manifestation verschiedener (Persönlichkeits-) Störungen gelten.

Adaption schließt sich in der Regel nahtlos an die Behandlungsphase in einer Entwöhnungseinrichtung an, vorausgesetzt, die Indikation wurde im Vorfeld beantragt und es liegt die Kostenzusage des Leistungsträgers vor.

### **Zielgruppen der Adaption**

Viele Klienten machen die Erfahrung, dass ihnen nach Anschluss der Entwöhnungsbehandlung die Wiedereingewöhnung in den Alltag schwer fällt. Gerade in dieser Zeit des Überganges aus dem Schutz und der Gruppeneinbindung der Therapieeinrichtung in das „ganz normale Leben draußen“, wo alte Probleme warten, entwickeln sich besonders viele Rückfälle.

Unsicherheiten lösen eine Vielzahl ungeklärter existentieller Fragen aus:

- Wie schaffe ich den Neubeginn in ein Leben ohne Alkohol oder Drogen? Kann ich das in der Therapie Erlernte im Alltag praktisch umsetzen?
- Bin ich überhaupt (noch) in der Lage, in meinem alten Beruf zu arbeiten? Habe ich noch eine Chance auf dem Arbeitsmarkt?
- Will ich mich beruflich verändern und wenn, in welche Richtung? Kommt eine Umschulung oder Qualifizierungsmaßnahme für mich in Betracht? Wie finde ich Arbeit?
- Schaffe ich es, im alten Umfeld trocken bzw. clean zu bleiben? Würde ein ganz neuer Anfang in einer anderen Stadt oder zumindest in einer neuen Wohnumgebung eine größere Chance für mich bedeuten?
- Wie finde ich neue Freunde und Bekannte, die mich wirklich in meinem Willen, trocken zu bleiben, unterstützen?
- Wie bewältige ich die Regelung meiner Angelegenheiten von Haushaltsführung und Wirtschaften über notwendige Behördengänge, Schuldenregulierung, Unterhaltszahlungen, rechtliche Klärungen usw.?
- Wie gehe ich mit der vielen freien Zeit um, mit dem „Loch“, das unweigerlich nach dem durchgeplanten Therapieprogramm kommen wird?

Die Adaptionsangebote sollen den Klientel mit einem umfangreichen Interventionsprogramm Unterstützung in der Klärung dieser drängenden Fragen bieten. Es richtet sich insbesondere an die Klientel, die infolge ihrer Erkrankung

- noch nicht, nicht ausreichend bzw. nicht mehr beruflich und sozial integriert sind,
- hinsichtlich der erforderlichen Schritte zur beruflichen und sozialen Reintegration noch unsicher sind,
- vom dauerhaften Verlust der Arbeitsfähigkeit bedroht sind,
- eine geringe Belastbarkeit (psychisch und/oder physisch) aufweisen,
- unter verschiedenen Folgeerkrankungen leiden,
- nicht ausreichend positive Erfahrungen mit selbständiger Lebensgestaltung sammeln konnten,
- unter mangelndem Selbstbewusstsein leiden,
- bisher keine tragfähige Beziehung aufbauen konnten oder diese im Zuge ihrer Abhängigkeit verloren haben,
- über wenige soziale Kompetenzen verfügen
- den verschiedensten Stressfaktoren des (Berufs-)Alltages noch nicht ausreichend gewachsen sind.

Durch spezielle rehabilitative Maßnahmen soll diesen Klienten eine realistische Chance bzw. Perspektive zur langfristigen Wiedereingliederung eröffnet werden.

### **2.3. Welche Segmente haben sich als nötig und/oder hilfreich erwiesen?**

#### **Behandlungsplan**

In Anbetracht dessen, dass es weder „die“ Suchtpersönlichkeit gibt, noch problematischer Drogenkonsum automatisch zu einheitlichen physischen, psychischen und sozialen Störungsmustern führt, wird zum Eintritt in die Adaptionsphase ein Behandlungsplan erarbeitet, der sich aus der spezifischen Problem- und Lebenssituation des einzelnen Individuums ableitet.

Dazu wird die spezifische Problemstruktur für jeden Klienten herausgearbeitet und in Form von diagnostischen Hypothesen in einem individuell zugeschnittenen Behandlungsplan umgesetzt. Dabei soll der Klient sowohl mit seinen Defiziten und Einschränkungen wie auch mit seinen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Ressourcen betrachtet

werden. Zudem werden in die therapeutische Behandlungsplanung die aktuellen Aspekte der körperlichen, beruflichen, sozialen und familiären Lebensbedingungen einbezogen.

Über die Anwendung unterschiedlicher therapeutischer Maßnahmen soll eine sukzessive Annäherung an die Behandlungsziele, unter Einbeziehen einzelner Segmente wie Wohnen, Familie/Partnerschaft, Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit/Arbeit, Tagesstruktur und Freizeitgestaltung gewährleistet werden.

Deutlich wird, dass nicht gesagt werden kann, welches Unterstützungssegment sich für den Einzelfall als mehr oder weniger nötig und/oder sinnvoll erwiesen hat.

In der Regel wird jedoch Unterstützung in folgenden Bereichen benötigt:

- Wohnen<sup>9</sup>
- Lebensformen/Partnerschaft<sup>10</sup>
- Tagesstruktur<sup>11</sup>
- Freizeit<sup>12</sup>
- Arbeit und Beschäftigung

### **Woran wird der Erfolg einer Einrichtung festgemacht? Abstinenz oder Lebensqualität**

Mit der Antwort auf die Frage nach dem Erfolg der Einrichtungen werden sehr unterschiedliche Wahrnehmungsmuster deutlich, die sich aus den Interessenlagen der einzelnen Anspruchsgruppen ableiten:

- Aus Sicht der Rentenversicherungsträger ist Erfolg die angestrebte Abstinenz und die dadurch zu sichernde bzw. zu erhaltende Erwerbsfähigkeit.
- Auch aus Sicht der Krankenkassen wird Abstinenz favorisiert, weil dadurch teure Kosten für eventuell folgende Krankenhausbehandlung einsparen können.
- Aus dem Blickwinkel des Trägers der Einrichtung orientiert sich der Erfolg an der planmäßigen Beendigung der Adaptionenbehandlung, so dass Belegungsausfälle nicht eintreten.
- Aus Sicht des Mitarbeiterteams wird Erfolg oft an der erfolgreichen Wiedereingliederung der Klienten in den normalen Alltag mit zufrieden gelebter und stabiler Abstinenz gemessen.
- Für Klienten besteht Erfolg darin, wenn es ihnen gelingt, Lösungswege für die sie belastenden Probleme zu finden und umzusetzen, um in Zukunft in ein glückliches Leben zu finden.

### **Worauf wird der Erfolg zurückgeführt**

In vielen Einrichtungen wird der Erfolg einer medizinischen Rehabilitation von der **Behandlungsmotivation der Klienten** abgeleitet, die wiederum in den Zusammenhang zu deren sozialen Lebenssituation gestellt wird. Verwiesen wird darauf, dass auf Grund langjähriger Arbeitslosigkeit und damit einhergehender Armut viele Menschen resignieren, sich aufgeben und den Sinn des Lebens aus den Augen verloren haben – soziale Rahmenbedingungen, an denen auch eine engagierte Adaption nur wenig ändern kann.

Erfolg richtet sich aber auch danach, ob teure und wiederholte **Krankenhausaufenthalte vermieden** werden können. Eine Studie der DAK unter dem Motto „Sucht macht krank – macht REHA gesund?“ ergab erschreckend hohe Zahlen der Behandlungskosten und verdeutlichte, dass problematisch Konsumierende zu den teuren Risikogruppen einer Krankenkasse<sup>13</sup> gehören. Aus empirischen Ergebnissen zum Zusammenhang von

<sup>9</sup> Der Verlust der Wohnung ist nicht selten Motiv, sich einer stationären Behandlung zu stellen. Im Rahmen von psychosozialer Betreuung erhält das Klientel Unterstützung bei der Bewältigung verschiedener auch alltäglicher Problemsituationen wie Wohnungs- und Arbeitsuche, Schriftverkehr mit Behörden und Schuldenregulierung durch die Hilfe erfahrener Fachkräfte. Zum Zeitpunkt der regulären Entlassung ist eine Wohnmöglichkeit sichergestellt, eine Entlassung „auf die Strasse“ ist nicht erforderlich. Weitere Indikationen für Vermittlung in Nachsorge- bzw. Übergangseinrichtungen ergeben sich, wenn sich das Klientel nicht ausreichend verselbständigen konnte und deshalb bei ihren sozialpraktischen Problemen der Hilfe bedürfen, wie z. B. beim „Abnabeln“ aus dem Elternhaus, überwiegend bei den so genannten „Junioren-Klienten“

<sup>10</sup> Angehörige sind an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Sucht- und Abhängigkeitssymptomen insofern beteiligt, als sie diese systemisch begünstigen und ggf. unterhalten. In der Konfliktregulierung des Systems Partnerschaft oder Familie gibt es im Krankheitsverständnis der Einrichtung eine Einigung darauf, dass ein Klient zum Austragungsort dieser Spannungen wird. So wird z. B. im Kollisionskonzept (vgl. Willi 1975) davon ausgegangen, dass eine Partnerschaft ein System ist, in dem sich Verhaltensweisen beider Partner regelkreisartig aufeinander beziehen. Angehörigenseminare und Familienheimfahrten, auch Belastungsproben genannt, sind Bestandteil der Adaptionenphase. Als Angehörige gelten sowohl Familienangehörige und/ oder Lebenspartner, zu denen die Klienten zurückkehren, wie auch Mitglieder der Herkunftsfamilie, ggf. Auch Freunde, wenn es keine anderen Bindungen (mehr) gibt.

<sup>11</sup> Während der Eingewöhnungsphase liegen die Schwerpunkte im Aufbau der Beziehung zu den Mitbewohnern (Integration in die Hausgemeinschaft) und tragfähiger therapeutischer Beziehungen zu den Mitarbeitern, in der Identifikation und Strukturierung bestehender Problembereiche, entsprechender Therapieziele und Planung des Einsatzes therapeutischer Methoden, Erprobung einer alltagsnahen Tagesstrukturierung und beginnender Öffnung nach außen (Behörden, Arbeitsstelle, Hilfeeinrichtungen, persönliche Sozialkontakt etc.).

<sup>12</sup> Die Gestaltung der Freizeit wird stufenweise in die Eigenverantwortung des Klientel übergeben, so dass dieser Lebensbereich einer selbstverantwortlichen Bewältigung zugänglich wird. Dem Klientel wird die Möglichkeit geboten, ihre bisherige Lebensgeschichte kritisch zu reflektieren, traumatische Erlebnisse zu bearbeiten und verzerrte Selbstwahrnehmung zu korrigieren. Um Erfahrungen mit individueller Freizeitgestaltung zu gewinnen, besteht die Möglichkeit der Teilnahme am Vereinsleben vor Ort, sowie der Nutzung von Fahrrädern zur Durchführung von Ausflügen und Besichtigung nahe gelegener Sehenswürdigkeiten.

Therapiedauer und Therapieerfolg 1995 ergeben sich ebenso alarmierende Zahlen für die Rentenversicherungsträger<sup>14</sup>.

Erfolg hängt jedoch auch von den **Qualitäts- und Quantitätsstandards** der Einrichtungen ab. Nicht alle Einrichtungen leisten eine gleich bleibende Qualität, die sich unter anderem auszeichnet durch:

- Fortbildungen, an denen alle Mitarbeiter des Teams regelmäßig teilnehmen,
- regelmäßige Rückmeldungen, die von den Klienten bereits während und auch nach der Therapie eingeholt werden,
- die Zusammenarbeit mit von Einrichtungen unabhängigen Fachleuten, die bei der Gestaltung der Therapie beraten.

## 2.4 Selbsthilfe im System von Unterstützungsleistungen der Adaption (Juane Stöhr, BBS 11)

Unterstützungsleistungen für Menschen, die problematisch Drogen konsumiert haben und nunmehr an die Bewältigung ihrer oft sehr vielfältigen Lebensprobleme gehen, werden bis heute keineswegs ausschließlich in professionellen Hilfesystemen angeboten. Viele Menschen meistern ihre Probleme durch das Aktivieren ihrer sozialen Netzwerke und Ressourcen; frühe Formen der Hilfe und Unterstützung, die heute als Nachsorge oder Adaption als professionelle Leistungen angeboten werden, haben ihre Ursprünge in Ansätzen, die in Selbsthilfe und Laienhilfebezügen entstanden sind und als solche auch immer wieder neu entstehen. Insofern darf auch bei der konzeptionellen Ausgestaltung von Adaption der Bereich der Selbsthilfe und seine Potenzen als komplementäre Bereiche, in denen spezifische Hilfe und Unterstützung gefunden werden kann, nicht ausgeblendet werden.

### Was ist unter Selbsthilfe zu verstehen?

Laut Brockhaus ist Selbsthilfe ein vielschichtiger sozialwissenschaftlicher Begriff, der die Eigeninitiative von Personengruppen zur Verbesserung der Lebenslage im Gegensatz zur staatlichen Hilfe „von oben“ in den Vordergrund rückt. Selbsthilfe ist geprägt durch die Merkmale Autonomie (Aktivitäten werden nicht von einer Organisationszentrale geleitet, sondern selbst bestimmt), Selbstgestaltung und Solidarität. Es wird unterschieden zwischen privater Selbsthilfe unter Menschen, die ausschließlich sich selbst helfen z. B. wirtschaftlich (Eigenheimbau) oder auf nachbarschaftlicher Ebene und sozialer Selbsthilfe, deren Aktivität auch über den eigenen Kreis der Betroffenen hinausgehen und bis hin zu Teilhabe an politischen Aushandlungsprozessen reichen kann.

Selbsthilfe bezieht ihre Besonderheiten und damit auch ihre speziellen Ressourcen, die sie in Hilfe und Unterstützung einbringen kann daraus, dass:

- Die Gruppenmitglieder aus eigener Betroffenheit heraus handeln
- ohne Bürokratie ohne lange Beantragung gearbeitet wird
- Die Gruppenmitglieder selbst die Verantwortung übernehmen
- Nach dem Prinzip der Freiwilligkeit organisiert sind
- Von der Gleichberechtigung der Mitglieder ausgehen und damit jeder mit seinen eigenen erlebten Lösungsvarianten Experte/Vorbild ist
- dort wirkt, wo keine professionelle Hilfen angeboten werden oder seitens der Betroffenen solche nicht gewünscht sind

Nach dem Motto „Ich helfe mir selbst, indem ich anderen helfe“ entwickelt Selbsthilfe Qualitäten, die für viele Menschen die wirksamste Form der Unterstützung und zugleich nutzbringend für andere Menschen ist (vgl. BfA 2001).

### Was sind Selbsthilfegruppen?

Selbsthilfegruppen sind freiwillig Zusammenschlüsse von Menschen, die gleich gelagerte Probleme haben (Drogenabhängigkeit, psychische Probleme, Krankheit, Tod, Behinderung, soziale Benachteiligung) und sich gegenseitig ohne professionell geschulte Kräfte helfen und/oder öffentliches Problembewusstsein erzeugen

<sup>13</sup> Aufschlussreich ist ein Vergleich der Mittelwerte pro Kopf vom Jahr 2002: Die Ausgaben für Krankenhaus- und Krankengeld liegen beim Reha-Patienten mit 7300 € fast neun Mal höher als beim DAK – Durchschnittsversicherten mit 850 €. Beim akut exzessiv Trinkenden im Krankenhauskollektiv sind sie mit 5900 € sieben Mal höher. Für die übrigen Leistungsbereiche steht die Auswertung noch aus. Eine frühzeitig eingeleitete Rehabilitationsmaßnahme würde vermutlich erheblich Kosten sparen helfen (vgl. Sucht Aktuell 2-2003, S.32 und 33).

<sup>14</sup> Ein wegen Alkoholkrankheit Frühberenteter kostet der GRV 102.500 €, eine Suchtrehabilitation 11.750 €. Danach zahlt der rehabilitierte Klient in die Kasse ein, statt ihr weiter zur Last zu fallen. Unberücksichtigt sind dabei die Kosten für die Behandlung der Alkoholkrankheiten, die mit einer Bewältigung exzessiven Trinkens ebenfalls gesenkt werden können.

wollen. Eine zentrale Einrichtung, die über die Arbeit von Selbsthilfegruppen informiert und auch vermittelnde und koordinierende Aktivitäten leistet, ist die „Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)“ in Berlin ([www.nakos.de](http://www.nakos.de)).

„Selbsthilfegruppen dienen, innerhalb unterschiedlichster Problembereiche dem Erfahrungsaustausch und helfen handfeste Problemlösungsstrategien auf ganz konkreter Ebene zu vermitteln. Das in Selbsthilfegruppen angesammelte Wissen und die hier zur Verfügung stehenden Erfahrungen stellen ein Expertentum ganz besonderer Art dar. Gerade in Selbsthilfegruppen zeigt sich, dass die eigentlichen Experten für ein Problem die Betroffenen selbst sind. Sie kennen nicht nur die schwierigen Lebenssituationen aus eigener Erfahrung. Sie sind darüber hinaus in der Regel bestens vertraut im Umgang mit den unterschiedlichsten Möglichkeiten der Problemlösung, da sie sich - oft über Jahre hinweg - mit den jeweiligen problematischen Situationen selbst auseinandergesetzt haben.“ ([www.fleckenbuehl.de](http://www.fleckenbuehl.de))

Im Drogenbereich gibt es sehr vielfältige und zahlreiche Selbsthilfegruppen und -organisationen, die mit Hilfe von Experten oder völlig autark arbeiten.

Vor dem Hintergrund dieses Selbstverständnisses sind Selbsthilfeprojekte unter professioneller Leitung allerdings durchaus kritisch zu betrachten. Oft verweisen sie die Betroffenen in einen hierarchisch strukturierten Bezug, durch den sich die Betroffenen in eine umsorgte Position fallen lassen, von der es schwer wird, wirklich selbst aktiv zu werden.

Wesentlich in diesen Bezügen ist deshalb das Selbstverständnis der Professionellen, deren Unterstützung in der Regel beim Anstoß von Projekten hilfreich ist, die jedoch dann nach und nach Verantwortung und Initiative in die Hände der Klienten zu übergehen haben, die in ein aktives und selbstbestimmtes Leben zurückfinden sollen und meist auch wollen.

### **Anbahnung zur Selbsthilfe in der Adaption**

Während der stationären Therapie beabsichtigen ca. 70 % der Klienten im Anschluss eine Selbsthilfegruppe zu besuchen, tatsächlich kommen nur 30 % der Betroffenen auch wirklich dort an (vgl. Bestandsaufnahme der BfA 2001). Deutlich wird, dass es für viele Klienten eine Vielzahl von Hürden gibt, an ihren Vorsätzen auch nach ihrer Entlassung aus der Adaption festzuhalten und Kontakt zu Selbsthilfegruppen aufzunehmen. Deshalb wird es wichtig, bereits in der Adaption erste Kontakt anzubahnen, auszuloten, ob und wie die Unterstützung von Selbsthilfe in Anspruch genommen werden kann und wie im Falle eine Nichtinanspruchnahme ein Kontakt zu alternativen sozialen Unterstützungssystemen aufgebaut werden kann.

## **3. Menschenbilder und Prinzipien, die der Arbeit zu Grunde gelegt werden (Kerstin Büche, BBS 11)**

### **3.1. Menschenbilder**

In jedem konkreten Hilfeprozess geht es neben dem fachlichen Umgang mit gesundheitlichen und psychosozialen Problemlagen immer auch um die Auseinandersetzung mit den Werte- und Sinnfragen menschlicher Existenz. In der Adaptionphase erhält gerade die Auseinandersetzung mit Normen, Werten, Zielen, Perspektiven und Lebensmustern/-stilen einen besonderen Stellenwert. Die Kommunikation und Reflektion über ethische und weltanschauliche Fragen sind dabei wesentliche Elemente in der täglichen Begegnung von Mitarbeiterteam und Klienten. Sie sind von ausschlaggebender Bedeutung für die Professionalität und Qualität in der Adaption.

Alle Beteiligten, in erster Linie das Mitarbeiterteam, haben für sich ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, was es bedeutet, die Beziehung und den Kontakt zum Klienten professionell zu gestalten. Dies dient letztlich auch der Klärung des beruflichen Selbstverständnisses des Mitarbeiterteams, welchem eine besondere Verantwortung hinsichtlich einer differenzierten Eigen-Wahrnehmung und Reflektion des beruflichen Vorgehens zukommt. Dabei ist die grundlegende Basis für die Gestaltung des Klimas in der Einrichtung ein humanistisches Menschenbild, aus dem sich folgerichtig als Grundprinzipien der Arbeit Respekt, Achtung und Solidarität gegenüber der Persönlichkeit des Klienten ableiten.

### **Jeder Mensch ist wertvoll und einzigartig.**

Menschen, mit einem problematischen Alkoholkonsum, sind gleichberechtigte Mitglieder der Gesellschaft mit allen Rechten und Pflichten. „Ihnen ist mit Würde und Respekt zu begegnen, ungeachtet ihrer Abstammung, ihrer Nationalität, ihres Geschlechts, ihres Alters, ihres Glaubens, ihrer politischen Überzeugung, ihrer sozialen und wirtschaftlichen Stellung, ihrer gesellschaftlichen Position, ihrer sexuellen Orientierung oder ihrer

gesundheitlichen und psychosozialen Befindlichkeiten.“ (vgl. Veröffentlichung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen)

Die Adaption orientiert sich daher prinzipiell wertschätzend an den Fähigkeiten, Erfahrungen und Ressourcen des Klienten. Eine Voraussetzung für die Gestaltung der Beziehung zwischen dem Mitarbeiterteam und dem Klienten ist die Akzeptanz der komplexen Persönlichkeit des Klienten mit seinen individuellen Eigenarten und Zukunftsentwürfen.

#### **Jeder Mensch hat das Recht auf persönliche Würde und Freiheit.**

Werte wie Freiheit, Gerechtigkeit und Menschenwürde müssen prinzipiell Bestandteil der Adaption sein. Nur unter Achtung der Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit des Klienten kann dieser zum Mitgestalter in einem Adaptionsprozess werden.

In jeder Situation ist die Würde des Klienten zu wahren. Die Gründe seines Verhaltens gilt es zu respektieren. Darüber hinaus sind auch die jeweiligen Versuche der individuellen Problem- und Lebensbewältigung ernst zu nehmen und in den Hilfeprozess zu integrieren.

Eine gemeinsame Planung zwischen Klienten und Mitarbeiterteam ist Grundlage eines jeden Hilfeprozesses. Dabei ist das Recht des Klienten auf ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis und die Beachtung seiner Individualität sowie die strengste Vertraulichkeit bezüglich der erhaltenen Informationen von besonderer Bedeutung.

Die Abhängigkeitsposition des Klienten, begründet auf seiner existenziellen Problemlage und der Machtposition seitens des Mitarbeiterteams, stellt eine besondere Verpflichtung und Verantwortung für den klaren und transparenten Umgang mit ihm dar.

#### **Jeder Mensch hat eigene Bedürfnisse, Wünsche und Ziele.**

Der Wert des Einzelnen und die Verantwortung für eigenes Handeln wird auch nicht mit dem bloßen Hinweis auf Sozialität obsolet, sondern erhält in der Adaption eine besondere Bedeutung. Grundlage der Adaption ist die Unterstützung für den Klienten, damit er sich der eigenen Bedürfnisse bewusst werden kann, die durch die Polartät von Autonomie und Einbindung in das soziale Gefüge bestimmt werden. In der Adaption muss das Verstehen der Kontexte, die zur Abhängigkeit geführt haben, aufgezeigt werden. Nur aus diesem Verständnis heraus, ist eine kompetente Hilfestellung bei der konkreten Umsetzung der Bedürfnisse und der Gestaltung individueller Lebensperspektiven des jeweiligen Klienten möglich. Die Adaption strukturiert sich darum, sich über das Aufzeigen von Vorlieben und Abneigungen den Zielen, Werten und Träumen für die Zukunft anzunähern und mit den derzeitigen Möglichkeiten und Einschränkung bei der Entwicklung des bevorzugten Lebensstils abzugleichen.

#### **Jeder Mensch befindet in einem lebenslangen Prozess mit Entwicklung und Reifung.**

Über die humanistisch-ethische Sichtweise hinaus ist die Persönlichkeit bzw. Identität des Klienten nicht als fest gefügte substantielle Eigenart, sondern als ein sich lebenslang veränderbares und fortentwickelndes Phänomen zu betrachten. Dabei ist die Persönlichkeitsentwicklung, unabhängig von der Grenzlinie zwischen Person und Umwelt, ein originär sozialer, interaktiver Prozess. Dieser Prozess folgt keiner linearen Entwicklungslinie vom Niederen zum Höheren, sondern verläuft dynamisch. Alle Entwicklungsschritte, die im Zusammenspiel individueller Anlagen und sozialer Gegebenheiten entstehen, sind zunächst zu akzeptieren. Sich selbst und anderen gegenüber stellt sich der Klient in seiner subjektiven Qualität als sozial determiniert dar. Seine Ressourcen, persönlichen Ziele, seine Bereitschaft zum eigenverantwortlichen Handeln und seine Eigenständigkeit sind anzuerkennen, zu respektieren und zu fördern. Im Rahmen der Möglichkeiten der Einrichtung und des sozialen Umfeldes ist der Klient zu ermutigen und darin zu unterstützen, Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen und die eigenen Fähigkeiten, so weit es ihm möglich ist, weiterzuentwickeln.

#### **Jeder Mensch hat das Recht auf Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung.**

Die in Zusammenhang mit der „Individualisierungsgesellschaft“ diskutierten Vervielfältigungen von Lebenswegen und Lebensstilen sowie die Möglichkeiten zur Abweichung von Normalbiografien sind als Chance zu sehen. Entgegen den früher häufig restriktiven Einstellungen zu Form, Inhalt und Zielen der Therapien bei problematischem Alkoholkonsum gibt es aus heutiger Sicht keinen „einzig richtigen“ Weg mehr zu einem geglückten Leben und auch nicht die „richtige“ Identität. Wesentliches Ziel der Adaption ist der Erwerb von Mut und Fähigkeiten zu selbstverantworteter Lebensgestaltung. Dem Mitarbeiterteam obliegt eine wichtige Funktion im Aufzeigen unterschiedlicher Entscheidungsmöglichkeiten und im Anstoßen von Prozessen, die zur Selbstbestimmung führen. Der Klient soll erneut in die Lage versetzt werden, sein Leben aktiv zu gestalten und damit seine Lebenskompetenz wieder herzustellen. Ein grundlegender Aspekt des Adaptionsprozesses ist das Recht auf Selbstbestimmung, durch das der Klient zu einem autonom Handelnden wird, der nicht von außen zu steuern oder manipulativ beeinflussbar ist.

### **Jeder Mensch ist von anderen Menschen und seiner Umwelt wechselseitig abhängig.**

Auch in seinen Eigenarten und seiner Individualität definiert sich der einzelne Mensch als soziales Wesen. Im sozialen Kontext definiert er sich auf Grundlage seiner Biografie immer wieder neu. Das Mitarbeiterteam betrachtet daher den einzelnen Klienten nicht allein in seiner vermeintlichen inneren Autonomie, sondern bezieht die wechselseitigen Wirkungszusammenhänge zu seiner spezifischen Umwelt in den Adaptionprozess ein. Offenheit für das gesellschaftliche Umfeld und damit die Lebensrealität, fördert die Ausbildung der Fähigkeiten, alte Beziehungen wieder aufzunehmen sowie neue aufzubauen und zu festigen. Damit erfüllt sich eine Grundforderung zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit. Mit einer solidarischen Grundeinstellung begleitet das Mitarbeiterteam diese Rehabilitationsprozesse.

## **3.2. Prinzipien der Arbeit in der Adaption**

### **Normalisierung**

In der Adaption wird dem Klienten ein weitestgehend normaler Lebensalltag ermöglicht, über den er sich auf die eigenständige Lebensgestaltung nach Ende der Adaptionphase vorbereiten kann. In den Prozess der Normalisierung wird der Klient aktiv und eigenverantwortlich einbezogen. Das wird unter anderem beim Einkauf der Lebensmittel, beim Zubereiten der Speisen und beim Reinigen der Gemeinschaftsräume sowie des eigenen Zimmers deutlich.

Der Tagesrhythmus entspricht weitgehend dem eines Berufstätigen mit Wechsel von Arbeit, außerhalb der Einrichtung, selbst zu gestaltender Freizeit, Aktivitäten zur Sicherung der elementaren Grundbedürfnisse und häuslichen Tätigkeiten.

Das Zusammenleben gestaltet sich in kleinen Gruppen, in denen sich die Klienten als gleichberechtigte Partner begegnen und, wie im normalen Alltag auch, mit Konflikten und Problemen konfrontiert werden.

### **Integration**

Durch die soziale Integration außerhalb der Adaptionseinrichtung wird die Einbindung in die Gesellschaft aktiv gefördert. So erfolgt eine systematische Kontaktpflege zu Familieangehörigen, Freunden, Bekannten und weiteren Bezugspersonen, soweit dies vom Klienten gewünscht wird. In der Adaption nimmt der Klient persönlich Kontakt mit heimatörtlichen Behörden, Ämtern, Selbsthilfegruppen, Vereinen etc. auf, wenn dies für seine Lebensgestaltung notwendig und dienlich ist. Der Klient wird zur Nutzung der städtischen kulturellen und sportlichen Angebote ermutigt, um sich ein soziales Umfeld außerhalb der Klinik zu erschließen.

### **Individualisierung**

Das Hilfeangebot orientiert sich an den Eigenart sowie den Bedürfnissen des Klienten und wird im Adaptionprozess den aktuellen Erfordernissen angepasst. Es nutzt die persönlichen Stärken des Klienten und unterstützt dabei eine Identitätsbildung, mit der das soziale Ansehen des Klienten wieder aufgewertet wird. Die Adaption beruht auf dem Vertrauen in die Fähigkeiten des Einzelnen, sein Leben in eigener Regie zu gestalten. Der Klient hat das Recht auf einen individuell geprägten Lebensstil, der durch seine ganz subjektive Sinnggebung charakterisiert wird. Dieser Individualisierungsprozess erfordert Verzicht auf eine einseitige oder prinzipiell negative Bewertung auffälliger Verhaltensweisen. Im Mittelpunkt steht die Förderung der Fähigkeiten und Fertigkeiten, welche zur Erlangung einer umfassenden Verantwortung für das eigene Leben nötig sind. Dafür ist es unabdingbar, die Lebensgeschichte des jeweiligen Klienten über dessen eigentliche Krankengeschichte hinaus einzubeziehen.

### **Empowerment/Selbstbemächtigung**

Der Klient wird zum aktiven Mitgestalter in seinem eigenen Adaptionprozess. Grundlage hierfür ist die Stärkung seiner persönlichen Kompetenz und die Entwicklung des Selbstbestimmungsgedankens. Das Hilfeangebot wird mit dem Klienten ausgehandelt, wobei eine hohe Transparenz erforderlich ist. Der Klient kann verändernd in den laufenden Prozess eingreifen. Ziel der Adaption ist es, ihn unter bewusstem Einbezug seiner Selbstverantwortung zum Experten in eigener Sache zu machen, Die Machtstrukturen und Abhängigkeiten, denen der Klient zwangsläufig ausgesetzt ist, machen für diesen eine Beschwerdeinstanz notwendig, womit er aus seiner klageunfähigen Position befreit wird. Hilfreich ist die Mitarbeit und damit einhergehende Art der Mitbestimmung in Form von Beteiligung an Gremien wie Klientenvertretung, Klinikbeirat und die Klientenbesprechungen.

### **Hilfe zur Selbsthilfe/Assistenz**

Der problematische Alkoholkonsum des Klienten führte in der Regel zu einer gesellschaftlichen Stigmatisierung. Mit der Hilfe zur Selbsthilfe wird der Klient zur eigenen Lebensgestaltung befähigt. Dies schließt das Aufzeigen von Möglichkeiten einer Lebensgestaltung nach der Adaptionphase bzw. von Alternativen zur Adaption ein. Besondere Bedeutung kommt der emotionalen Ermutigung sowie der Rückmeldung und der Hilfe bei der Erfassung von Konsequenzen des eigenen Handelns zu. Der Klient soll befähigt werden, Krisen selbst zu

meistern. Nicht zuletzt deshalb ist ein wichtiger Bestandteil der Adaption die Erarbeitung eines individuellen Krisenplanes bei einem eventuellen Rückfall.

#### **4. Therapiemotivation (Birgit Seidl, Helga Trittel-Lasarew, BBS 11)**

Zentrales Thema der Arbeit des Mitarbeiterteams ist die Herausforderung, Klienten der Adaption immer wieder zu schwierigen, vielfach ambivalent erlebten und oft auch durch Rückschläge geprägten Veränderungen zu motivieren, begonnene Aktivitäten durchzuhalten, zu einem befriedigenden Abschluss zu bringen sowie gelungene Veränderungen auch möglichst in den selbständig gestalteten Alltag zu übernehmen und hier nachhaltig zu etablieren. Fragen dazu, ob, wie und wozu ein Mitarbeiterteam andere Menschen motivieren kann, gehören deshalb zu den aufgeworfenen zentralen Fragen konzeptioneller Überlegungen.

##### **4.1 Definition von Motivation**

Der Begriff Motivation und die sich darum rankenden Theorien werden hier verwendet für Versuche des Verstehens und Erklärens, warum, in welche Richtung und mit welcher Intensität (Durchsetzung und Beharrlichkeit) Menschen handeln bzw. sich verhalten. Mit Motivation werden also diejenigen inneren Prozesse beschrieben, welche in einer bestimmten Situation (d. h. in einem spezifischen Personen-Umwelt-Bezug) Veränderungen in der Stärke, Dauer und Richtung des Verhaltens bewirken.

In den theoretischen Erklärungsmodellen wird davon ausgegangen, dass Menschen vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen individuellen Motivation:

- ihr Verhalten auf ein bestimmtes Ziel richten,
- in der Regel in einer zusammenhängenden Folge von Abläufen und Ereignissen handeln,
- mit denen sie ein Ziel zu erreichen hoffen.

Damit sind die zwei Hauptfunktionen von Motivation aufgezeigt: das Aktivierungsgeschehen und der Steuerungsfaktor. Dabei erfolgt die Aktivierung meist durch psychophysiologische Vorgänge, während die Steuerung eher durch kognitive Vorgänge beeinflusst ist. Warum ein Mensch auf eine bestimmte Weise handelt, hängt also von einer Vielzahl bewusster und unbewusster Faktoren wie von Antrieb, Streben, Bedürfnissen, Trieben, Wille, Interessen, Werten oder Einstellungen ab.

Motivation ist eine gedankliche Konstruktion und als solche nicht direkt beobachtbar. Sie kann durch Außenstehende nur hypothetisch auf Grund bestimmter beobachteter Verhaltensweisen erschlossen werden. In diesem Zusammenhang spielen beispielsweise die Intensität des Verhaltens, der Widerstand gegenüber Ablenkung bei der Ausführung einer Aktivität, die zeitliche Dauer von Verhalten sowie die in eine Verhaltensweise investierten Mühen und Anstrengungen eine besondere Rolle. Sie können deshalb Hinweise auf eine Motivation zu einem zielgerichteten Verhalten sein, wobei die Wahrnehmung von außen immer nur eine Näherung an die Wirklichkeit der sehr individuellen Verhaltensaushaltung sein kann.

Ihre Grundlagen finden Motivationen u. a. in Bedürfnissen und Trieben, für die die jeweilige Person ein Ungleichgewicht oder einem Zustand der Bedürftigkeit wahrnimmt. Diese als störend empfundenen Zustände sollen durch das Handeln aufgehoben werden bzw. durch ein wiederhergestelltes oder neues Stadium von Gleichgewicht hin zu einem zufriedenstellenden Zustand verändert werden.

Diese Prozesse laufen sehr dynamisch ab, wobei kaum ein lang anhaltender Zustand perfekter Befriedigung sämtlicher Bedürfnisse erreicht werden kann. In der Konsequenz bedeutet das, dass alle lebenden Organismen ständig mehr oder weniger stark zu einem bestimmten Handeln motiviert und insofern aktiv sind.

An Motivationen kann mit Anreizen und Zielvorgaben angeknüpft werden, wobei nicht immer voraussehbar ist, wie sich die Menschen zu diesen von außen gesetzten Handlungsimpulsen verhalten. Insofern bleibt der Prozess der Motivation ein sehr individueller Entscheidungsakt, durch den Menschen nur bedingt von anderen Menschen gesteuert und gelenkt werden können. Durch das Schaffen von äußeren und inneren Rahmenbedingungen kann allerdings die Wahrscheinlichkeit erhöht werden, dass Menschen Entscheidungen in eine bestimmte Richtung treffen.

Für die Arbeit mit Klienten ist herauszustellen, dass eine Änderungsmotivation eher entwickelt und ein Handeln wahrscheinlicher wird, wenn:

- Die in Aussicht gestellten Reize tatsächlich zur Verringerung der momentanen Belastung (z. B. durch Alkoholkonsum und damit einhergehenden Verhaltensweisen) oder zur Befriedigung von Bedürfnissen, die durch sozialen Druck in Frage gestellt sind (Druck von Familie, Freunden, evtl. auch von Seiten des Arbeitgebers), geeignet erscheinen;
- Die positiven Effekte solcher Verstärker unmittelbar in Erfahrung gebracht wurden oder werden können;
- Der Klient zu der subjektiven Überzeugung gelangt ist, dass er die notwendigen Schritte auf dem Weg zu einem befriedigenden Zielzustand auch tatsächlich ausführen kann. Hier fließen kognitive und emotionale Komponenten zusammen und münden in die Vorstellung und die daraus resultierende Hoffnung, mit einer Therapie sein Leben bzw. Teile davon verändern zu können.

#### 4.2 Bedürfnishierarchie nach Maslow

Beim Nachdenken über das Zustandekommen von Motivation wird in vielen Erklärungsmustern auf die „Bedürfnishierarchie nach Maslow“ zurückgegriffen. Diese unterscheidet zwei grundlegende Motivationsarten: Die Mangelmotivation und die Wachstumsmotivation. Mangelmotivationen ergeben sich aus Situationen, in denen Menschen bestrebt sind, ihr als mangelhaft erlebtes psychophysisches Gleichgewicht zu erneuern. Unter Wachstumsmotivation werden Situationen verstanden, in denen Menschen angeregt sind, ihre bisherigen Leistungen bzw. ihr Potential zu überschreiten.

Die Maslow'sche „Bedürfnispyramide“ geht von einer Hierarchie der Bedürfnisse aus (vgl. Abbildung 1), an deren unterster Stufe die biologischen und mächtigsten Bedürfnisse (z. B. die nach Sauerstoff, Schlaf, Essen und Trinken, Wohnen, Kleidung, Sexualität, Entspannung) stehen.



Abb. 1: Bedürfnispyramide nach Maslow

Auf einer nächst höheren Stufe finden sich Sicherheitsmotive (u. a. Gesundheit, Schutz, Ordnung, ökonomische Sicherheit, Stabilität). Es folgt das Bedürfnis nach Bindung (u. a. menschliche Zuwendung, Freundschaft, Geselligkeit, Geborgenheit, sozialer Anschluss und Austausch), Selbstwert (z. B. Leistung, Prestige, Selbstachtung, Anerkennung) und letztendlich das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung und Transzendenz (u. a. eigenständiges Handeln, ethisches Handeln, Autonomie, Verwirklichung der eigenen kreativen Anlagen).

In der Bedürfnistheorie von Maslow wird die Ansicht vertreten, dass die vitalen/unteren Bedürfnisse größtenteils erfüllt sein müssen, um eine Motivation entstehen zu lassen, die auf die Realisierung höherer Bedürfnisse zielt. Bezogen auf den Aufbau einer Ausstiegsmotivation durch Drogenabhängige heißt das, dass zuerst grundlegende Bedürfnisse nach Wohlbefinden, Sicherheit und zwischenmenschlicher Nähe sicherzustellen sind, ehe an andere Bedürfnishierarchien angeknüpft und daraus motivationale Impulse entwickelt werden können. Für den Prozess der Adaption bedeutet dies, dass viele Klienten erst in dem geschützten Rahmen der Einrichtung, in welchem die Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse größtenteils gesichert ist, und oft nach langer Zeit erstmals wieder die



Chance haben, sich mit anderen, für sie und ihr Leben wichtigen Bedürfnissen auseinanderzusetzen sowie Richtungen für Veränderungen entwickeln und dafür aktiv werden zu können.

Die Entwicklung einer tragfähigen Motivation kann durch Anbahnungsprozesse unterstützt werden, mit denen realistische Varianten dazu aufgezeigt werden, wie wichtige Bedürfnisse (Bedürfnisse nach Sicherheit, Bindung, Selbstwert, etc.) trotz bestimmter, auch gravierender Schwierigkeiten, im Alltag realisiert werden können. Klienten des Suchtkrankenhilfesystems werden meist aus einer Mangelmotivation heraus aktiv (Unzufriedenheit mit ihrem Leben und dem Impuls, diese beheben zu wollen) und realisieren, dass sie ihre Lebensumstände ändern müssen. Nicht immer sind jedoch die Richtung und die Ziele dieses Veränderungsbegehrens klar. Aufgabe des Mitarbeiterteams der Adaption ist es deshalb, mit jedem Klienten individuell zu erarbeiten, welche Bedürfnisse und damit auch, welche Lebensbereiche es auszubauen gilt, wo Defizite und auch Gefahren im individuellen Alltag liegen, welche Rahmenbedingungen eine Bedrohung des erlangten Zustandes darstellen und wo die Möglichkeit von Veränderung gegeben ist.

Schon im Rahmen der Adaption gestalten sich solche Such- und Findungsprozesse nicht einfach. Besonders schwierig ist jedoch das Übertragen, Integrieren und Verankern der entwickelten Vorstellungen in die sehr verschiedenen Alltagsbezüge. Zu bedenken ist, dass der Klient nach seinem Abschied aus der Adaption und damit aus vorgegebenen Strukturen und einem relativ geschützten Rahmen mit großer Wahrscheinlichkeit (vorerst) wieder mit völlig anderen, grundsätzlicheren Problemen beschäftigt sein wird (z. B. Auseinandersetzungen mit der Familie/dem Partner, Tagesstrukturierung bei Arbeitslosigkeit oder geringfügiger Beschäftigung, finanzielle Probleme, organisatorische Probleme, Ämtergänge). Um diese Übergänge nicht zu demotivierenden Einschnitten werden zu lassen, gilt das Augenmerk in der Adaption auf die Gratwanderung zwischen einer möglichst die Motivation fördernden, relativ sicheren Umgebung einerseits und alltagsnahen Situationen mit Gefahren, Herausforderungen und Schwierigkeiten andererseits zu legen. Diese Balance ist ständig zu überprüfen und zu hinterfragen: Einerseits ist es für den Klienten wichtig, ihn für den zu erwartenden Alltag und ein Umfeld zu rüsten, das sich nur bedingt an das Individuum anpasst und nur wenig Rücksicht auf individuelle Besonderheiten nimmt. Andererseits benötigen die Klienten in der Adaption jedoch auch gewisse Sicherheiten, um sich mit notwendigen Veränderungen auseinanderzusetzen, an kurz-, mittel- und langfristigen Zielen und Perspektiven weiter zu arbeiten und sich „Handwerkszeug“ anzueignen, um aus sich selbst heraus Kraft und Motivation schöpfen zu können.

### 4.3 Intrinsische und extrinsische Motivation

Wesentlich für die Gestaltung der Adaption ist zugleich, sich der Differenzierungen von intrinsischer und extrinsischer Motivation zu vergegenwärtigen.

Mit einer intrinsischen Motivation werden Handlungen um ihrer selbst Willen ausgeführt, wobei die Ausführung der Handlung aus sich heraus Belohnung genug ist: Oft ist hier der Weg das Ziel. Wird eine Handlung wegen der Reaktion/Konsequenz ausgeführt, die auf das Ergebnis/das Verhalten/das Handeln erfolgt (z. B. materielle Entlohnung oder Einbuße, soziale Anerkennung, externer Druck durch Personen im Umfeld, wie Familie und Freunden) kann von einer überwiegend extrinsischen Motivation ausgegangen werden.

Erfahrungen zeigen, dass externer Druck zur bedingt zu einer erfolgreichen Bewältigung der entstandenen Problemlagen und der auslösenden Verursachungen führen kann; die Nachhaltigkeit des Erreichten nach Ende der Adaption jedoch in der Regel nicht ohne Eigenmotivation zu sichern ist. Häufig ruft gerade der Druck von Aussen massive Widerstände gegenüber jeder therapeutischen Intervention hervor. Deshalb ist Motivationsarbeit und Motivationsstärkung eine Grundvoraussetzung jeder Art von Betreuung und Behandlung in allen Phasen einer Rehabilitation, also auch in der Adaption. Auch für dieses Angebot gilt, dass beide Motivationsarten Gründe für den Antritt einer Therapie sein können – eine Sachlage, an der gezielt zu arbeiten ist.

#### „Therapie statt Strafe“ nach § 35 BtMG - eine Form der extrinsischen Motivation

Bei Konsumenten illegaler Drogen wird vielfach eine besondere Form des externen Drucks angewandt, mit der die Klienten zur Aufnahme einer Therapie motiviert werden sollen: Diese beinhaltet die juristisch (§ 35 BtMG) gewährte Alternative anstelle einer Haftstrafe wegen Beschaffungskriminalität (das Strafmaß darf höchstens bis zu zwei Jahren betragen) eine Therapie aufzunehmen. Bei abgeschlossener Behandlung oder wenn durch die Behandlung zwei Drittel der anberaumten Strafe abgegolten sind, kann das Gericht die Vollstreckung der Strafe zur Bewährung aussetzen. Voraussetzung dabei ist, dass der Klient mit der Therapie und den Bedingungen, unter der sie stattfindet, einverstanden ist und er den Willen zu persönlichem Engagement mitbringt.<sup>15</sup> Aufgrund der

<sup>15</sup> Hintergrund dieser gerichtlich inszenierten extrinsischen Motivation zur Therapie ist die Tatsache, dass eine Inhaftierung zunehmend als ein zusätzlicher Risikofaktor für abweichendes Verhalten gesehen wird. Die Inhaftierung fördert das Hineinwachsen in die haftinternen Subkulturen und unterbindet nicht den Drogenkonsum, sondern fördert eher den Übergang zu riskanteren und

wenigen nachweisbaren positiven Effekte für die unter Druck zustande gekommene Veränderungsmotivation und den weitreichenden negativen Einflüssen auf das therapeutische Klima in Einrichtungen, die durch Klienten mit „35er“ dominiert werden, ist die diskutierte Übertragung der Regelungen der §§ 35 ff. BtmG analog für alkoholabhängige Straftäter mit Skepsis zu betrachten.

Druck auf problematisch konsumierende Menschen wird derzeit durch die Arbeitsagenturen ausgeübt. Dieser wird vor allem über die Drohung der Aufkündigung finanzieller Unterstützung umgesetzt, stellt damit häufig eine ausreichende und direkte Bedrohung für die Betroffenen dar und schlägt sich in einer extrinsischen Motivation nieder, eine Behandlung anzutreten.

Eine weitere Form extrinsischer Motivation für die Aufnahme einer Therapie kann eine Auflage des Jugendamtes sein, die mit der negativen Folge des teilweisen oder ganzen Entzugs des Sorgerechts für das Kind droht. Auch hier muss davon ausgegangen werden, dass damit nicht automatisch auch eine Veränderungs- und Abstinenzmotivation gegeben ist.

Hervorzuheben ist, dass es jedoch immer möglich ist, eine extrinsische Motivation in eine intrinsische Motivation überzuleiten. Diese Veränderungsprozesse in der Motivation entstehen jedoch nicht automatisch und im Selbstlauf. Voraussetzung hierfür ist in der Regel, dass die gestellten Ziele (in der Adaption die Abstinenz und damit in Zusammenhang stehende (Verhaltens-)Änderungen) als erstrebenswert und sinnvoll erkannt, erlebt und letztendlich vom Klienten verinnerlicht werden.

Unterstützung geht dabei nicht allein vom Mitarbeiterteam aus, sondern auch von anderen Klienten, die durch Erfahrungs- und Meinungsaustausch einen Einfluss auf die Entwicklung von Veränderungsmotivationen der einzelnen Klienten haben können, sowie von ermöglichten Selbst-(wirksamkeits-)erfahrungen. Auch diese Prozesse können durch das Mitarbeiterteam gezielt unterstützt werden (z. B. durch Gruppengespräche, Praktika)

### **Intrinsische Motivation als Voraussetzung für Veränderung**

Eine grundlegende Voraussetzung bei der Behandlung exzessiv Konsumierender ist die Freiwilligkeit und damit die Motivation, etwas an ihrer derzeitigen Lebenssituation ändern zu wollen und die dafür notwendige Unterstützung anzunehmen.

Wesentlich für die praktische Arbeit ist dabei nicht allein, wie eine extrinsische Motivation in eine intrinsische überführt werden kann, sondern auch die Frage, wie eine intrinsische Motivation aufrechterhalten werden kann? Wie können Klienten unterstützt werden, auch angesichts weniger stabiler Lebensumstände wie Arbeitslosigkeit, wenig Strukturiertheit des Alltags oder auch fehlende soziale Ressourcen durch Partnerschaft und familiären Zusammenhalt eine intrinsische Motiviertheit aufrecht zu erhalten und sogar auszubauen? Wie kann der Klient dabei unterstützt werden, sich Ressourcen zu schaffen, die ihn darin bestärken, seinen Alltag auch unter diesen erschwerten Umständen zu meistern?

Hierbei können Anbahnungsprozesse in eine Reihe von Lebensbereichen eine besondere Form der Unterstützung leisten. So kann ein Klient bereits in der Adaptionseinrichtung dazu motiviert werden, sich mit Selbsthilfegruppen in seiner Umgebung in Verbindung zu setzen, diese z. B. in Verbindung mit einem Heimataufenthalt zu besuchen und erste Kontakte zu knüpfen. Es kann nach passenden Angeboten für die Freizeit (z. B. sportliche oder handwerkliche Tätigkeiten, die Befriedigung verschaffen), möglicherweise auch tagesstrukturierenden Angeboten gesucht werden, um der Furcht des Klienten vor dem „Alltagsloch“ und damit einhergehender Demotiviertheit vorzubeugen. Bedeutungsvoll und motivierend ist für den Klienten in jedem Fall die Aussicht, bei der Rückkehr in den Alltag auf ein verständnisvolles soziales Umfeld und auf Anlaufstellen setzen zu können, die vorerst den Einstieg in den Alltag erleichtern und bei Schwierigkeiten Hilfe und Unterstützung anbieten. Insofern gilt es zu ermutigen, alte Kontakte zu überprüfen, um herauszufinden und gegebenenfalls auch auszuprobieren, zu welchen Freunden und Bekannten befriedigende und funktionale Beziehungen aufgebaut werden können. Für Klienten mit Partner/Familie ist es zudem sinnvoll, durch Gespräche und Übungen die Rückkehr des Klienten vorzubereiten und das engere familiäre Umfeld auch mit den möglicherweise anstehenden gemeinsamen Probleme und Veränderungen zu konfrontieren.

Dem besonderen Wert von Arbeit und Beschäftigung entsprechend gilt es schon während der Adaption, verschiedene Tätigkeiten/Beschäftigungen aufzuzeigen und Anbahnungsprozesse zu Betätigungen vorzunehmen, die dem Klienten Bestätigung verschaffen und sein Selbstwirksamkeitsgefühl fördern. Dabei kann es durchaus sinnvoll sein, Aufgaben zu stellen, die auf einem leichten Niveau beginnen und langsam zu einem höheren Schwierigkeitsgrad ansteigen.

---

problematischen Konsumformen. Diese Möglichkeit der therapeutischen Unterbringung und Behandlung wird jedoch häufig von den Klienten instrumentalisiert, um einer Haftstrafe zu entgehen. Häufig gelingt es nicht, diese extrinsischen und damit wenig stabile Motivation in eine intrinsisch motivierte Verhaltensänderung zu überführen.

Schließlich ist es wichtig, schon im Vorfeld abzuklären, welche Möglichkeiten des Wiedereinstiegs in das Arbeitsleben sich bieten und wie bei vorerst geringen Chancen auf dem Arbeitsmarkt eine sinnvolle Tätigkeit gesucht werden kann.

Für all die hier angerissenen, sehr verschiedenen Anbahnungsleistungen, mit denen Veränderungsmotivation gefördert werden kann, ist im Rahmen der Adaption die Möglichkeit vorzuhalten, professionelle Unterstützung bei der Bearbeitung von Unsicherheit oder Furcht vor Kontaktaufnahmen zu bearbeiten und Enttäuschungen aufzufangen.

#### **Wofür sind Menschen motiviert?**

Bezüglich der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen der Adaption kann bei vielen Klienten auf eine Motivation geschlossen werden, die sich aus dem Gefühl speist, sich dem Alltag noch nicht gewachsen zu fühlen, aus der Vorstellung, noch etwas „Schonraum“ in Anspruch zu nehmen und der Hoffnung sich in diesem Rahmen besser auf den Alltag vorbereiten zu können. Deutlich wird, dass die Ausrichtung der Motivation für eine Adaption sehr verschieden sein kann, Elemente einer Behandlungs-, einer Abstinenz- und einer Änderungsmotivation enthält und sich damit sehr individuell gestaltet.

Motivationen für die Adaption hängen stark von den Lebensbezügen ab, in die zurückgekehrt werden soll. Fast immer ist jedoch die erfolgreiche Bewältigung derjenigen Probleme, die zu der Inanspruchnahme professioneller Hilfe geführt haben, daran geknüpft, dass eine Vielzahl von Veränderungsprozessen gemeistert werden.

#### **4.4 Die Veränderungsphasen von Prochaska und DiClemente**

Welche Stadien der Veränderung in diesem Prozess, also auch in der Adaption, durchlaufen werden, lässt sich an dem Modell von Prochaska und DiClemente aufzeigen.

In diesem Ansatz gilt eine Abstinenz- und Behandlungsmotivation nicht als Voraussetzung für Therapie und Unterstützung. Vielmehr wird Motivationsarbeit als ein integrierter Bestandteil des gesamten

Behandlungsprozesses gesehen, wobei Motivation als ein beeinflussbarer Zustand von Veränderungsbereitschaft verstanden wird, der von Situation zu Situation unterschiedlich sein kann.

Dem Modell von Prochaska und DiClemente liegt die Annahme zugrunde, dass im Prozess der Veränderung von problematischem Verhalten normalerweise verschiedene Stadien der Motivation durchlaufen werden, in denen jeweils unterschiedliche Ressourcen verfügbar sind oder werden. Diese Stadien können in ihrer Abfolge als eine Spirale oder ein Rad verstanden werden, welches jeder Mensch gegebenenfalls mehrere Male durchlaufen muss, bis er eine dauerhafte Veränderung erreicht hat.

Es beginnt mit dem Stadium der Absichtslosigkeit, gefolgt vom Stadium der Absichtsbildung, der Vorbereitung, der Handlung und das der Aufrechterhaltung. Der Rückfall in alte Verhaltensmuster wird als ein normales Stadium der Veränderung angesehen, aus welchem mit neuen Erfahrungen hervorgegangen wird.

Das Durchlaufen dieser Phasen ist nicht nur als Prozess einer einzigen Gesamtentwicklung zu sehen, sondern betrifft in der Adaption viele einzelne „Baustellen“. Insbesondere weil es in der Adaption „stark auf den Alltag zu geht“, tauchen hier möglicherweise bisher kaum beachtete veränderungsbedürftige Problemlagen auf, denen vorher keine Beachtung geschenkt wurden (Freizeitgestaltung, Betätigung, Partnerschaft, Wohnortwechsel usw.). Insofern haben die einzelnen Veränderungsprozesse eventuell schon während der Therapie begonnen oder werden auch erst in der Adaption begonnen.

Für das Mitarbeiterteam ist deshalb wichtig, zusammen mit den jeweiligen Klienten herauszufinden, in welcher der verschiedenen Stadien sich jemand in Bezug auf bestimmte Veränderungsbereiche befindet, um darauf mit geeigneten Möglichkeiten der Intervention reagieren zu können:

- **Stadium der Absichtslosigkeit:** Dieses Stadium steht am Anfang von Veränderungsprozessen. Menschen in diesem Stadium denken nicht oder fast nicht über Verhaltensänderungen nach, obwohl die Probleme, die ihre Verhaltensweisen mit sich bringen, in ihrem Umfeld durchaus wahrgenommen werden. In diesem Stadium müssen dem Klienten Informationen und Rückmeldung mit dem Ziel gegeben werden, ein eigenes Problembewusstsein zu wecken. In dieser Phase kann es kontraproduktiv sein, dem Klienten zu einer Veränderung zu raten. Dieses Stadium der Absichtslosigkeit kann in der Adaption in Bezug auf bestimmte Veränderungsbereiche durchaus eine Rolle spielen. So kann möglicherweise erst hier die Angst davor, in den Alltag zurückzukehren, für den Klienten zum Thema werden.
- **Stadium der Absichtsbildung:** In dieser Phase legen die Klienten häufig eine ambivalente Haltung an den Tag. Sie stehen zwischen dem Gefühl, etwas an ihrem Verhalten ändern und ihre Probleme reduzieren zu wollen und dem „Alles-beim-Alten-zu-lassen“. Für die Phase der Adaption bedeutet dies, dass der Klient die Notwendigkeit einer Umstellung seiner Verhaltensmuster und Alltagsstrukturen erkannt hat, so dass nun versucht werden kann, seine Veränderungsbereitschaft zu fördern.

- **Stadium der Vorbereitung:** Der Klient sieht die problematischen Seiten seines Verhaltens/Lebens und weiß, dass eine Umstellung seines Lebens (zumindest) teilweise notwendig ist. In dieser Phase ist es wichtig, mit dem Klienten geeignete, realistische und effektive Veränderungsstrategien und Möglichkeiten der Alltagsbewältigung zu finden.
- **Stadium der Handlung:** In diesem Stadium unternimmt der Klient konkrete Schritte, um problematische Verhaltensweisen und Strukturen zu verändern. Das Mitarbeiterteam sollte den Klienten in dieser Phase unterstützen und seine Änderungskompetenzen stärken.
- **Stadium der Aufrechterhaltung:** In diesem Stadium gilt es, die erzielten Veränderungen zu festigen und Rückfällen in alte Verhaltensmuster vorzubeugen. Rückfälle in alte Verhaltensmuster sollten jedoch als normale Durchgangsschritte wahrgenommen werden, weil sie eher selten die Beendigung des Veränderungsprozesses bedeuten. Nach einem Rückfall kann der Klient auf schon gemachte Erfahrungen für den Veränderungsprozess zurückgreifen. Das Mitarbeiterteam unterstützt in dieser Phase den Klienten, nicht zu resignieren, wahrnehmen zu können, was bereits erreicht worden ist, und ermutigt, erneut aktiv zu werden.

Je nachdem, wie sich die individuellen Situation eines Klienten gestalten (n) (familiäre und soziale Situation, Arbeit/ Beschäftigung, Freizeitgestaltung) und in welchem Veränderungsstadium er sich befindet, sind mehr oder weniger Ressourcen vorhanden, die Verhaltensänderungen erleichtern bzw. erschweren, wenn die Ressourcen fehlen. Vielfach benötigt der Klient Unterstützung, um diese Ressourcen und deren Grenzen differenziert wahrnehmen und analysieren zu können, um in der Folge zu aussichtsreichen Umgangsweisen mit den gegebenen Rahmenbedingungen zu finden.

Ambivalente Haltungen des Klienten, der zwar eine Veränderung wünscht, jedoch auch Angst vor dieser und dem damit einhergehenden Ungewissen hat, müssen ernst genommen und in den Unterstützungsprozess einbezogen werden. Wichtig ist dabei, mit dem Klienten herauszuarbeiten, woraus sich Ängste vor der Veränderung speisen. Für Außenstehende ist es in der Regel kaum möglich zu erkennen, warum sich ein Mensch so verhält, welche Kosten bzw. welcher Nutzen mit bestimmten Verhaltensweisen verbunden werden und welche Zielerwartungen dahinter stehen. Insofern können Kosten-Nutzen-Rechnungen im Fall eines Festhaltens am derzeitigen Verhalten und im Fall von Veränderung hilfreich sein, zu neuen Einsichten in das Motivationsgeschehen des einzelnen Klienten zu kommen.

#### 4.5 Methoden der Förderung einer Therapiemotivation

Menschen lassen sich nicht direkt durch andere Menschen motivieren. Auf die Entwicklung einer Motivation kann nur vermittelt über die Gestaltung äußerer und innerer Rahmenbedingungen eingewirkt werden. Für Prozesse der Förderung einer Motivation erweisen sich in der Praxis jedoch Ansätze als anregend und hilfreich, die dem einzelnen Klienten auf sehr unterschiedlichen Ebenen Impulse vermitteln, Motive für wesentliche und dauerhafte Veränderungen in der Gestaltung ihres Lebens zu entwickeln. Unter der Vielzahl von möglichen Ansätzen werden im Folgenden Bedingungen benannt, die sich aus:

- der konzeptionellen Anlage der Adaptionseinrichtung
  - den Grundmustern der Beziehungsgestaltung zwischen dem Mitarbeiterteam und den Klienten und
  - Prozessen der Erarbeitung von Zielen und Lebensplanungen
- ergeben können.

##### 4.5.1 Motivation durch das Konzept der Adaption

Die Selbstmanagementtherapie bezieht sich speziell auf Klienten mit chronischen Erkrankungen, für die ebenso, wie bei Menschen mit Alkoholproblemen, eine dauerhafte externe Kontrolle nur sehr begrenzt möglich ist, so dass der Patient im alltäglichen Umgang mit seiner Erkrankung weitgehend auf sich gestellt ist. Vor diesem Hintergrund sollen über die Vermittlung von Schulungsinhalten insbesondere jene Verhaltensstrategien ausgeformt werden, die dem Patienten im Alltag als echte Hilfestellung dienen und zur Verbesserung der Situation beitragen. Letztlich wird auch in diesen Bezügen auf Veränderungsprozesse orientiert, durch die es den Betroffenen gelingt, eine Verbesserung ihrer jeweiligen Lebenssituation zu bewirken (vgl. Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1996). Mit dieser Ausrichtung können wesentliche Erkenntnisse und Methoden der Selbstmanagementtherapie auch für die Motivationsarbeit in der Adaptionseinrichtung aufgegriffen werden.

Bezogen auf den Prozess der Unterstützung und Förderung von Motivationen für eine Veränderung kann davon ausgegangen werden, dass nicht allein bestimmte therapeutische Methoden der Gruppen- und Einzelarbeit Impulse für die Entwicklung von Motivation setzen können. Bereits die konzeptionelle Anlage der

Adaptionseinrichtung, die hier vertretenden Menschenbilder, die Prinzipien der Arbeit und die sich daraus ableitende Kultur, mit der sich gegenseitig begegnet wird, können fördernde oder auch hinderliche Impulse für die Motivationsentwicklung der Klienten setzen.

In Anlehnung an die als Grundlagen für den Erfolg von Selbstmanagement herausgestellten Bedingungen (vgl. ebenda, S. 35) lassen folgende Prinzipien formulieren, die als förderlich für Veränderungsmotivation und für aktive in Angriff genommene Veränderungen in der Adaption gelten können:

- **Motivieren durch Maximierung des Ausmaßes an persönlicher Kontrolle** beim Klienten. Je mehr Einfluss und Kontrolle einem Klienten hinsichtlich wichtiger Entscheidungen zugestanden wird, desto mehr Mühen und Energien wird er in die Veränderungsbemühungen investieren.
- **Selbstgesetzte Ziele als Motivationsquelle:** Im Gegensatz zu meist nur schwachen motivationalen Anreizen von außen, üben Ziele, die sich der Klient selbst wählt, eine starke Motivationswirkung aus. Eine aktive Beteiligung der Klienten am Zielsetzungsprozess erhöht deshalb die Wahrscheinlichkeit, dass Ziele auch erreicht werden.
- **Die Entdeckung der Wirksamkeit des eigenen Verhaltens** sowie das Erleben persönlicher Kompetenz steigern die aktive Eigenbeteiligung der Klienten.
- **Motivieren durch Selbststeuerung und Selbstmotivation** des Verhaltens: Der Klient engagiert sich bereitwilliger für gestellte Aufgaben, wenn er sich persönlich gefordert sieht und die Aufgaben Schritte in Richtung selbst gesetzter Ziele darstellen.
- **Motivieren durch maximale Transparenz:** Durch eine hohe Transparenz des Vorgehens wird dem Klienten die Einsicht in das Geschehen gewährleistet und er kann nachvollziehen, wozu welche Schritte dienen.
- **Motivieren durch das Prinzip der Freiwilligkeit:** Dem Klienten ist die Möglichkeit einzuräumen, Angebote freiwillig in Anspruch zu nehmen. Der Klient kann sich jederzeit das Recht vorbehalten, die Veränderungsprozesse in seinem Sinne zu beeinflussen.

#### 4.5.2 Motivation durch Beziehungsgestaltung: Motivierende Gesprächsführung

Die aus den USA kommende „Motivierende Gesprächsführung“ wird vielfach allein als ein methodisches Instrument verstanden, Menschen beim Erkennen der Art und des Umfangs ihrer Probleme zu helfen. In dieser Wahrnehmung wird auf diese Methode insbesondere in der Arbeit mit Menschen zurückgegriffen, die in Hinblick auf Veränderungen ihres Verhaltens ambivalent sind. Motivierende Gesprächsführung möchte Menschen helfen, sich von Ambivalenzkonflikten zu befreien, die den Prozess der Selbsterstörung in Gang halten und immer wieder ein Scheitern provozieren.

In diesen Deutungsmustern wird in der Regel auch darauf verwiesen, dass für einige Menschen eine kurze motivierende Beratung ausreicht, um anschließend ihr Verhalten allein dauerhaft verändern zu können, während für andere die motivierende Gesprächsführung nur der Anbahnung einer weiterführenden Behandlung dient (vgl. Miller, Rollnick 1999).

Hier sollen insbesondere die fünf Prinzipien motivierender Gesprächsführung nicht mehr nur als Methode, sondern vielmehr als strukturierende Leitideen verstanden werden, die den Beziehungen zwischen den Klienten und den Mitarbeitern des Teams zugrunde liegen und insofern die gesamte zwischenmenschliche Kultur in der Adaption prägen:

**Empathie ausdrücken:** Eine empathische Haltung der Mitarbeiter des Adaptionsteams ist nicht nur charakteristisch für eine motivierende Gesprächsführung, sondern hat sich als sehr Erfolg versprechend in allen Phasen der Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen erwiesen. Empathische Wärme und aktives Zuhören begleiten deshalb alle Phasen der Arbeit in der Adaption.

**Diskrepanzen entwickeln:** Das Bewusstsein über Konsequenzen des Verhaltens ist wichtig. Wahrgenommene Diskrepanzen zwischen dem derzeitigen Verhalten und wichtigen Zielen fördert die Veränderungsbereitschaft. Insofern gilt es, in der Adaption Unterstützung so anzulegen, dass der Klient die Argumente zur Veränderung durch eigene Erfahrungen selbst entwickeln kann.

**Beweisführungen vermeiden:** Beweisführungen sind kontraproduktiv, Vorwürfe erzeugen Abwehr; Etikettierungen sind unnötig. Widerstand ist als ein Signal zu werten, die Strategie von Unterstützung zu ändern.

**Den Widerstand aufnehmen:** Impulse des Klienten können positiv genutzt, Wahrnehmungen umgelenkt werden. Neue Sichtweisen werden durch die Mitarbeiter des Teams vorgestellt, aber nicht vorgeschrieben. Klienten sind als kompetente Ratgeber bei der Lösung ihrer eigenen Problemen wahrzunehmen und zu respektieren.

**Selbstwirksamkeit fördern:** Der Glaube an die Möglichkeit, sich verändern zu können, ist eine wichtige Motivationsquelle. Der Klient ist für die Entscheidung zur Veränderung und ihre Durchführung verantwortlich. Das große Angebot an alternativen Möglichkeiten und Methoden sollte so gestaltet werden, dass es Mut macht.

Deutlich wird, dass Motivierende Gesprächsführung mehr als eine Kombination von Techniken ist, sondern eine besondere Art der Begleitung impliziert, die sich von Beziehungsmustern unterscheidet, die bevormundend, manipulativ und diskriminierend sind: Beziehungsmuster, die die Klienten in der Vergangenheit häufig erfahren haben.

### 4.5.3 Motivation durch das Finden von Zielen und Lebensplanungen

Wichtige Impulse für die Entwicklung von Veränderungsmotivation und Veränderungshandeln in Bezug auf die Verbesserung der Lebenssituation des Klienten gehen von einer frühzeitigen Klärung wichtiger persönlicher Werte, Ziele und Lebensperspektiven aus. Die Fixierung auf den Alkohol und die Organisation des Lebens um das Trinken haben möglicherweise ebenso wie durch Einschnitte, Schicksalsschläge oder Alltagstrott ausgelöste Sinn- und Lebenskrisen dazu geführt, dass kaum noch über kurz-, mittel- und langfristige Ziele nachgedacht wird und keine realistischen Lebensperspektiven mehr wahrgenommen werden können. Veränderungsbegehren findet deshalb in einer Klärung dieser Fragen seine Grundlagen, für das das Mitarbeiterteam der Adaption Anleitung und Unterstützung anzubieten hat. Dabei sind wesentliche Schrittfolgen zu beachten:

- Zunächst hat sich der Klient mit dem unerwünschten Ausgangs- oder Problemzustand auseinanderzusetzen und sich die Diskrepanz zwischen dem derzeitigen „Negativzustand“ und einem zukünftigen Zielzustand deutlicher ins Bewusstsein zu rufen. Das Mitarbeiterteam kann diese Suchprozesse unterstützen, indem es u. a. mit den Klienten positive und gewünschte Zielzustände erarbeitet, anregt „neue Träume zu träumen“ bzw. sich mit potentiell erreichbaren Zielen und Zukunftsaussichten zu beschäftigen. Der Klient kann dabei, zunächst mit Hilfe des Mitarbeiterteams, später in eigenem Selbstverständnis, Ziele in mehreren Lebensbereichen klären:
  - o Selbstbild/Einstellung zur eigenen Person
  - o Freizeit
  - o Beruf
  - o Gesundheit
  - o Liebe/Partnerschaft etc.
- Das Mitarbeiterteam regt die permanente Auseinandersetzung mit kurz-, mittel- und längerfristigen Zielen an, indem es über Informationen, Ideen oder Phantasien Vorstellungen über mögliche Idealzustände entwickeln hilft und/oder Möglichkeiten des Vergleichs mit realistischen Lebensentwürfen anderen Menschen schafft. Dabei sollte die Aufmerksamkeit des Klienten darauf gelenkt werden, welche Lebensorientierungen andere Menschen besitzen, so dass sie über den Vergleich herausfinden können, dass es dabei gravierende individuelle Unterschiede gibt. Indem der Klient beobachtet, wie andere Menschen in ähnlichen Lebenslagen ihre Probleme bewältigen, erscheinen nicht nur die eigenen Probleme in einem anderen Licht. Über den Vergleich lassen sich auch neue Perspektiven für die eigene Zukunft entwickeln.
- Für die Aufgabe, Klienten zu motivieren und zu befähigen, sich aktiv mit zielrelevanten Inhalten und Prozessen zu beschäftigen, um Zielperspektiven völlig neu oder wieder neu für sich zu entdecken, hat sich als motivierend zugleich die Demonstration der prinzipiellen Vielzahl möglicher Lösungen für den jeweiligen Klienten erwiesen, durch die sich die einzelnen Klienten wieder Wahlmöglichkeiten und Handlungsoptionen erschließen können – eine wichtige motivierende Rahmenbedingung, sich auch als tatsächlich selbstentscheidend, selbstverantwortlich und selbstwirksam zu erleben.
- In einem nächsten Schritt ist nach potentiellen Wegen und Mitteln zu suchen sowie Handlungsmöglichkeiten zu suchen und, wenn nötig, eine Anbahnung hin zu professioneller Hilfe vorzunehmen.

Unterstützung zu geben für das nachhaltige Einbinden der neu gewonnenen Einsichten, Wahrnehmungsmuster und Perspektiven bezüglich kurz-, mittel- und längerfristiger Ziele in den Alltag und für aktives Handeln in Richtung eines Anstrebens und Umsetzens einzelner Realisierungsschritte ist eine fundamentale Aufgabe der Adaption. Über vieldimensionale Anbahnungsprozesse sind nicht nur die Chancen für eine erfolgreiche Umsetzung der entworfenen Pläne zu vergrößern, sondern auch Grundlagen dafür zu schaffen, dass der Prozess der Ziel-Werterklärung durch die Klienten auch nach dem offiziellen Ende der Kontakte weiter fortgeführt werden.

## **5. Ausgangsüberlegungen: Allgemeine Entwicklungstendenzen in demographischen und sozialstrukturellen Merkmalen der Klientel (Henrik Frost, BBS 11)**

Für die Entwicklung effizienter Formen von Hilfe und Unterstützung ist es unabdingbar, sich differenziert damit auseinanderzusetzen, welche Klientel Zielgruppe des Angebots – hier der Adaption - ist. In diesem Zusammenhang ist unübersehbar, dass sich notwendige Unterstützungsleistungen insbesondere nach Alter, Geschlecht, Anamnese der Suchtentwicklung, sozioökonomischem Status, Qualität familiärer und sozialer Bindungen, Art sozialer Integration bzw. Ausmaß sozialer Isolation unterscheiden müssen. Die sich aus diesen Merkmalen der Lebenslage ergebenden Bedürfnisse der Klienten entscheiden wesentlich darüber, welche Bedarfe an Hilfe und Unterstützung notwendig werden und in einem individuellen Hilfeplan zu berücksichtigen sind.

### **Klienten des Suchtkrankenhilfesystems verändern sich**

Verschiedene statistische Quellen verweisen darauf, dass sich die in Rehabilitationseinrichtungen des Suchtkrankenhilfesystems behandelten Klientel verändert:

- Bezogen auf den Konsum von reinem Alkohol nahm 2003 Deutschland in Europa den 5. Platz ein (vgl. Jahrbuch Sucht 2005).
- Dabei ging man 1997 bei 16 % der Bevölkerung von einem riskanten, bei 5 % von einem missbräuchlich und bei 3 % von einem abhängigen Konsum aus Deutschland 1997). Für 2000 schätzte man 1,5 Millionen Alkoholabhängige (vgl. Kraus & Austin 2001).
- Der volkswirtschaftliche Schaden hervorgerufen durch alkoholbezogene Krankheiten wird auf ca. 20,6 Mrd. €; der durch alkoholbezogene Mortalität auf 7 Mrd. € geschätzt (vgl. Hanke, John 2003).
- Studien und Verbrauchszahlen deuten an, dass der Alkoholkonsum seit 6 Jahren um 0,1 Liter pro Kopf der Bevölkerung abnimmt. Auch die Zahl der alkoholbedingten Unfälle im Straßenverkehr halbierten sich gegenüber 1995 (vgl. DHS, 2005).
- Für die allgemeine Bevölkerung deuten sich die gleichen Tendenzen auch bezogen auf den Konsum von Tabak, illegalisierten Drogen und Partydrogen an.

Trotz dieser erfreulichen Entwicklungen sind jedoch problematische Tendenzen unübersehbar:

- Es entwickelt sich eine „Schere“ zwischen Bevölkerungsgruppen mit einem neuen Gesundheitsbewusstsein und denen mit exzessivem Konsum (8 % der Alkoholkonsumenten trinken 40 % des Gesamtverbrauchs an Alkohol der deutschen Bevölkerung).
- Studien verweisen darauf, dass eine Verschiebung des Einstiegsalters für den Konsum von legalen und illegalen Drogen stattfindet: alle 5 Jahre verdoppelt sich der Anteil der 14jährigen, die regelmäßig Alkohol konsumieren (vgl. Böning). Das Durchschnittsalter des ersten Alkoholkonsums liegt bei 12,8 Jahren, das des ersten Alkoholrausches bei 13,8 Jahren. Dies heißt, 3,3 % der 11-jährigen Schüler (0,9 % der 11-jährigen Schülerrinnen) hatten zwei bis drei Mal und häufiger einen Alkoholrausch. Die heute 15-jährigen Raucher waren beim Einstieg in den Tabakkonsum durchschnittlich 12,4 Jahre alt. ([http://www.optiserver.de/dhs/presse\\_77.html](http://www.optiserver.de/dhs/presse_77.html))
- Erfahrungen aus dem Bereich der offenen Kinder- und Jugendarbeit bestätigen vielerorts die Zahlen und die Tendenz in Bezug auf das Einstiegsalter der Konsumenten: So erfolgt der Übergang vom Erstkontakt und Probieren hin zum regelmäßigen Rauchen bereits im Alter von 12/13 Jahren (vgl. Drogen- und Suchtbericht 2004) regelmäßiger Alkoholkonsum lässt sich bereits für Jugendliche im Alter von 13-14 Jahren nachweisen. Besorgniserregend ist zugleich der Anstieg des exzessiven Konsums unter Jugendlichen, bei dem das Betrinken hingenommen oder sogar angestrebt wird; erhöht hat sich auch der Anteil der Mädchen, die Zigaretten und Alkohol in Mengen konsumieren.
- In den letzten 12 Monaten gaben nur 6 % der Jungen und 5 % der Mädchen an, Alkoholabstinent gewesen zu sein. Das sich verändernde Trinkverhalten Jugendlicher wird auch an der Getränkeverbrauchsstruktur deutlich: 63 % konsumierten Alkopops, 56 % Bier, Spirituosen 51 %, Wein/Sekt 50 %.

### **5.1 Klienten des Alkoholkrankenhilfesystems werden jünger**

Gründe für den veränderten Umgang mit Alkohol könnten in der vorgezogenen Pubertät heutiger Jugendlicher und einer veränderten Kultur des Aufwachsens liegen, durch die sich bisherige gesellschaftliche Standards/Vorstellungen in Bezug auf Jugendlichen einzuräumenden Möglichkeiten und Grenzen verändern. Sichtbar wird dies u. a. daran, dass bereits im Alter von 13 Jahren regelmäßig kommerzielle Discos/private

Partys besucht werden und diese Altersgruppe auch entgegen geltenden jugendschutzrechtlichen Bestimmungen bis 3:00 und 4:00 Uhr morgens an diesen Veranstaltungen teilnehmen können.

Mit einem derart veränderten Freizeitverhalten ist auch eine, im Vergleich zu anderen Jugendgenerationen schnellere Hinwendung zu Tabak, Alkohol, illegalisierten Drogen und Sexualität verbunden. Jugendliche sind von der Alkoholindustrie als neue Zielgruppe entdeckt worden. Insbesondere mit der Entwicklung von Mischgetränken wie Bier/Cola und mit den in ihrer Aufmachung und im Geschmacksdesign speziell für Jugendliche entworfenen Alkopops wurde der jahrelange Trend sinkender Alkoholkonsumraten unter Jugendlichen umgekehrt. Marketingstrategien, die Alkohol in seinen Wirkungen verharmlosen; eine Preisgestaltung, die im Vergleich mit nichtalkoholischen Getränken den Alkoholkonsum fördert und Rabatte bei Abnahme größerer Mengen gewährt („Happyhour“) und die schließlich selten vorgenommenen Alterskontrollen bei der Abgabe sind nur ausgewählte Faktoren, durch die die Beliebtheit und Zugänglichkeit von Alkohol unter den Jugendlichen zugenommen hat. Prägend für die jugendlichen Trinkstile ist aber auch die durch Erwachsene vorgelebte Umgangsweise mit Alkohol: Alkohol wird in vielen Familien täglich konsumiert und avanciert bei Veranstaltungen und Feiern meist zum Mittelpunkt.

#### **Fazit:**

Deutlich wird ein Trend zum zeitigeren Beginn des Alkoholkonsums weit unterhalb der Altersgrenzen, die im Jugendschutzgesetz festgelegt sind.

Mit diesem sehr jungen Einstiegsalter verbunden ist eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von Alkoholfolgeschädigungen, die auf Grund der besonderen Vulnerabilität in der Zeit des Wachstums der Jugendlichen besonders kritisch sind.

In Anbetracht des Zusammenhanges, nach dem das Risiko einer Suchterkrankung desto geringer ist, je später der Einstieg in den Konsum von Alkohol erfolgt (vgl. Suchtbericht 2004, S. 13), muss zukünftig mit einer neuen Zielgruppe gerechnet werden. Bei einem geschätzten Alkoholkrankheitsverlauf von ca. 10 Jahren, bei Jugendlichen allerdings oft deutlich beschleunigt, werden zukünftig mehr Männer und Frauen aus der Altersgruppe der 23–30jährigen Unterstützungsbedarf bei der Bewältigung von Abhängigkeitsproblemen nachfragen.

Es ist zugleich die Tatsache zu berücksichtigen, dass der Konsum illegalisierter Drogen nach wie vor ein Jugendproblem ist, d.h. vor allem in dieser Altersgruppe wird neben Alkohol auch mit diesen Substanzen umgegangen. Als neuerer Trend zeigt sich, dass heutige Jugendliche nicht mehr auf den Konsum einer psychoaktiven Substanz festgelegt sind, dass es „den Hascher“, „den Kokser“, „den Säufer“ als Monokonsumenten kaum noch gibt. Mehr und werden sehr verschiedene psychoaktive Substanzen einzeln nacheinander oder auch miteinander gemischt konsumiert und in dieser Weise auch exzessiv konsumiert. Im Suchtkrankenhilfesystem muss deshalb zukünftig vermehrt mit einer jungen und polyvalent problematisch konsumierenden Klientel gerechnet werden.

Ausgehend von den Entwicklungsaufgaben, die im Jugendalter zu bewältigen sind, werden sich auch die Problemlagen, die mit dem exzessiven Konsum psychoaktiver Substanzen verwoben sind, deutlich von denen älterer Klienten unterscheiden. So werden zukünftig auch durch das Suchtkrankenhilfesystem Problemstellungen in Zusammenhang mit Schul- und Ausbildungsabschlüssen, Identitätsentwicklungen, Norm- und Wertbildungsprozessen vermehrt und auf jugendrelevante Weise aufzugreifen sein.

## **5.2 Mehr Klienten sind von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen**

Arbeitslosigkeit wird von den davon Betroffenen sehr unterschiedlich in den Bezug zu eigenen Lebensplanungen gesetzt und damit auch sehr verschieden empfunden. Insofern können Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und dem Risiko, einen problematischen Alkoholkonsum zu entwickeln, nicht als monokausal und direkt beschrieben werden. Anders als in vielen Darstellungen ist deshalb nicht jeder Arbeitslose gefährdet, alkoholkrank zu werden; Arbeitslosigkeit ist nicht automatisch Auslöser problematischer Konsumweisen von psychoaktiven Substanzen wie Alkohol, Medikamente und illegalisierten Drogen.

Dennoch kann nicht unberücksichtigt bleiben, dass Langzeitarbeitslosigkeit die soziale (u. a. soziale Integration, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben), die psychische (u. a. Depressionen, Schlaflosigkeit) und in der Folge auch die physische Gesundheit vieler Betroffener erheblich tangiert. Bei einer Verkettung mit anderen negativen Umständen (u. a. Einschnitte in persönlich wichtigen Bereichen des Lebensumfeldes, der Familie und/oder der Partnerschaft, Schicksalsschläge, Perspektivlosigkeit) erhöht sich allerdings auch das Risiko, Lebenskrisen, aber auch Leere, ungenügende Sinnggebung, fehlende Tagesstrukturen, Isolation u. ä. durch exzessiven Alkoholkonsum zu kompensieren.



Im Gegensatz zu den Alten Bundesländern stellt sich in den Neuen Bundesländern das Problem der Langzeitarbeitslosigkeit weit deutlicher und in sehr viel größerem Umfang als ein soziales Problem mit ungenügenden Perspektiven in Bezug auf das Schaffen neuer Arbeitsplätze dar, so dass zunehmend Existenzängste und Hoffnungslosigkeit das Zusammenleben prägen. Insbesondere dort, wo durch Segregation Wohnviertel zu Brennpunkten sozialer Probleme werden, weil hier unattraktive Sozialräume entstehen, die von einer überproportional großen Anzahl langzeitarbeitsloser und damit in vielerlei Hinsicht benachteiligter Menschen bewohnt werden, wo von Wohnmilieus durch eine Bündelung von Problemgruppen und Problemlagen kaum noch fördernde Impulse ausgehen, lässt sich beobachten, dass hier die Zahl derjenigen besonders hoch ist, die Alkohol in erheblichen Mengen und auf kulturell nicht akzeptable Art und Weise konsumieren.

Insbesondere mit den Neuregelungen zu Arbeitslosengeld und Sozialhilfe, die auch eine direkte Intervention der Arbeitsvermittler bei Langzeitarbeitslosen mit Verdacht auf massive Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit durch Alkoholkonsums vorsehen, gelingt es jedoch zugleich, ganz andere Gruppen von Menschen mit Alkoholproblemen zu erreichen und in das Alkoholkrankenhilfesystem zu vermitteln. Das sind vielfach Menschen, die noch gar keinen oder einen lange zurück liegenden Kontakt zu diesem Hilfesystem hatten, die aber zugleich in ihrer Motivation und in ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten, einer traditionellen Therapie folgen zu können, stark beeinträchtigt sind (vgl. Urbaniak 2004, S. 34).

### **Fazit**

Die gegenwärtige Zahl der Arbeitslosen unter den Patienten einer Alkoholrehabilitationsklinik (43 % der Frauen, 33 % der Männer, vgl. Türk. 2000, S.171) ist in den Neuen Bundesländern höher als in den Alten Bundesländern.

Die allgemeine Tendenz, dass die Lebenssituation von problematisch Trinkenden durch Langzeitarbeitslosigkeit geprägt ist, wird sich in den Neuen Bundesländern schneller verstärken und wegen der Ausprägung von Langzeitarbeitslosigkeit als Massenphänomen und damit verbundenen multiplen Verlusterfahrungen hier auch deutlicher mit Haltungen von Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit einher gehen.

Tendenzen der Segregation von Wohnvierteln und deren Entwicklung zu sich aufschaukelnden sozialen Brennpunkten mit komplexen Problembündelungen bringen die Gefahr von Instabilität und Demotivation für Klienten mit sich, die erfolgreich aus der Therapie in ihre Herkunftswohngebiete entlassen werden.

Über die Aktivitäten der Arbeitsagenturen kann es gelingen, problematisch Trinkende zu erreichen, die bisher noch keinen oder einen lange zurückliegenden Kontakt zum Hilfesystem hatten.

Durch Bündelung von Problemlagen und neue Zugangswege erreichen mehr Menschen das Hilfesystem, deren Ressourcen jedoch nicht genügen, um von den bisherigen konzeptionellen Ansätzen einer Behandlung ausreichend profitieren zu können.

Die Wiedereingliederung von Menschen mit Alkoholproblemen in Erwerbstätigkeit wird sich auf lange Dauer kompliziert gestalten.

### **5.3 Stärkeres Beachten geschlechtsspezifischer Unterschiede**

Der exzessive Konsum von Alkohol ist nach wie vor ein den Männern vorbehaltene Verhaltensweise, die hier nicht nur stärker toleriert und akzeptiert, sondern in bestimmten sozialen Bezügen auch als Statussymbol von Männlichkeit eingefordert wird. Männer haben folgerichtig auch ein höheres Risiko in Bezug auf die Entwicklung von Alkoholfolgekrankheiten und Alkoholabhängigkeit. Folgerichtig finden sich gegenwärtig auch deutlich mehr Männer als Frauen in Alkoholtherapieeinrichtungen wieder (2002 wurden 2754 Frauen = 27,9 % und 7126 Männer = 72,1 %, vgl. Jahrbuch Sucht 2005, S. 139) in einer ambulanten Entwöhnung betreut.

Dennoch lassen sich besorgniserregende Entwicklungen in Bezug auf den Alkoholkonsum insbesondere jüngerer Frauen aufzeigen, die mit steigenden Mengen getrunkenen Alkohols und gerauchten Nikotins eine „Emanzipation“ ihrer Konsumstile in Richtung der Männer vornehmen (vgl. Walcker-Mayer, 2002, S. 11). In der Folge muss damit gerechnet werden, dass sich auch die Zahl der Frauen mit Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten zukünftig erhöhen wird.

Trotz wachsender Konsumraten lassen sich jedoch nicht nur weiterhin männliche und weibliche Konsumstile unterscheiden. Auch das Verhalten von Frauen in Bezug auf ihre Suche nach und Inanspruchnahme von Hilfe bei Problemen mit exzessivem Konsum psychoaktiver Substanzen unterscheidet sich deutlich von dem der Männer und führt, bezogen auf den Grad des Unterstützungsbedarfes, zu einer weit späteren Inanspruchnahme als bei Männern:

Frauen sind in ihrem Hilfesuchen davon geprägt, dass sie die Verantwortung für Kinder haben, durch sie viele Angebote der Suchtkrankenhilfe nicht annehmen wollen und können: 75 % der Frauen (60 % der Männern)

haben eigene Kinder, davon leben 45 % (Männer) im eigenen Haushalt mit ihnen zusammen. 11% der alkoholabhängigen Frauen sind alleinstehend mit ihren Kindern (vgl. Türk, Welsch 2000). Frauen bevorzugen eine ambulante Entwöhnungstherapie, wobei die Ursachen nicht allein in der vielfach geforderten Trennung von ihren Kindern und deren ungesicherter Betreuung bei einem stationären Aufenthalt liegen. Dazu kommen ihr Minderheitenstatus in den stationären Einrichtungen, ihr unterschiedliches Konflikterleben, andere Belastungsbündel, andere Bewältigungsformen u. a., die oft in den gemischtgeschlechtlichen Angeboten nicht ausreichend berücksichtigt werden (vgl. Scheffler 2002, S. 25-33). Es deutet sich die Tendenz an, dass zukünftig nicht nur mehr Frauen, sondern auch junge Frauen mit Kindern einen Behandlungsbedarf haben: Der Altersdurchschnitt betrug im ambulanten Bereich 44,8 Jahre bei Frauen (42,3 Jahre bei Männern) und ist im stationären Bereich geringfügig höher: 45,8 Jahre bei Frauen und 43,7 Jahre bei Männern. Damit entwickelt sich eine Gruppe, die ganz spezielle Unterstützungsangebote benötigt.

### **Fazit**

Männer und Frauen benötigen unterschiedliche Unterstützungsleistungen in Therapie und Adaption. Wenn Frauen durch problematisches Trinken auffallen, dann weisen ihre Lebenssituationen nicht nur bereits außerordentlich zugespitzte Problembündelungen auf, die sich in besonderen Benachteiligungen in Bezug auf Arbeitslosigkeit, Partnerschaftsprobleme, Grad der sozialen Isolation und Ausgrenzung widerspiegeln. Frauen kommen zugleich mit anderen Problemstrukturen in das Suchtkrankenhilfesystem, die zum einen stark durch geschlechtsspezifische Fragestellungen geprägt sind (weibliche Identität, Sexualität, Verhalten in Machtstrukturen, Rollenerwartungen usw.), zum anderen aber auch durch spezifische zusätzliche Belastungen entstanden sind.

Eine wesentliche Besonderheit, die in den Hilfeangeboten zu berücksichtigen ist, ist die den Frauen zugesprochene Alleinverantwortung für die Erziehung der Kinder, durch die sich nach Entlassung aus der Adaption zusätzliche Probleme aufhäufen.

Für die Adaption ergibt sich daraus, dass schon im Vorfeld Unterstützung zu geben ist, um diese Probleme nach der Entlassung erfolgreich bewältigen zu können.

## **6. Unterstützungssegmente einer Adaptionsphase**

Patienten, die eine Alkoholentwöhnungsbehandlung planmäßig abgeschlossen haben und auf die Unterstützungsangebote einer sich anschließenden Adaptionsphase zurückgreifen, stehen vor der Aufgabe, sich auf ihr Ankommen in der Normalität des Lebens so vorzubereiten, dass sie zu befriedigenden Lebensmustern und einer akzeptablen Lebensqualität finden können. Die vorangehenden, oftmals langen Phasen des exzessiven Alkoholtrinkens und die darum organisierte, oft nur noch sehr reduzierte Lebensgestaltung haben dazu geführt, dass diese Klienten damit konfrontiert sind, dass sie viele ihrer Interessen, Befähigungen verlernt oder verschüttet haben, tragfähige soziale Beziehungen kaum noch vorhanden und damit neu aufzubauen oder aber zu reaktivieren sind und auch weitere wichtige Ressourcen wie Zielvorstellungen und langfristige Lebensplanung, soziale Einbindung und Teilhabe an sozialen Bezügen und Prozessen, Integration in Erwerbsarbeit, Gestaltung von Beziehungen und Partnerschaften usw. noch nicht ausreichend und solide vorhanden sind.

In dem hier verstandenen Sinn von Adaption als ein Unterstützungsprozess, in dem für die Ablösung aus Therapiezusammenhängen und die Normalisierung der Lebensbezüge wesentliche Anbahnungen vorgenommen, unterstützt und begleitet werden, müssen deshalb vielfältig miteinander verwobene und komplexe Prozesse und Lebensbereiche betrachtet werden, die aufeinander bezogen und zu einem stimmigen Entwicklungsniveau zu führen sind. Die Erfahrung zeigt, dass das Risiko für Enttäuschung, für unbefriedigt erlebte Lebensqualität und Stagnation steigt, wenn nur in einzelnen ausgewählten Lebensbereichen Entwicklungsanforderungen erfolgreich gemeistert wurden, während andere Bereiche ohne eine aussichtsreiche Perspektive und damit auf Dauer als belastend und frustrierend erlebt werden.

Vor diesem Hintergrund werden ohne Anspruch auf Vollständigkeit im Weiteren folgende Bereiche betrachtet, für die im Rahmen einer Adaption Unterstützungsleistungen in Form von Anbahnungen als wesentlich betrachtet werden und durch die eine Ablösung von therapeutischen Bezügen und eine Normalisierung der Lebensgestaltung erleichtert werden könnte:

- Tagestrukturierung
- Befriedigende Freizeitgestaltung
- Familie und Lebensformen
- Arbeit und Beschäftigung

- Wohnen

In Anbetracht der Komplexität und Vieldimensionalität, mit der Klienten auch mit Hilfe des Mitarbeiterteams Anbahnungen hin zu einer Normalisierung vorzunehmen haben, wird deutlich, dass die Einrichtung als Ganzes und das Mitarbeiterteam der Adaption völlig überfordert wären, wenn die notwendigen vielfältigen strukturellen Rahmenbedingungen, Impulse und Unterstützungsprozesse für die Integration in eine befriedigende Lebensrealität allein von der Adaptionsphase zu realisieren wären. Notwendig ist vielmehr der Aufbau von Netzwerkstrukturen in die Region, durch die sich diverse Angebote, Kontakt- und Übungsfelder zusätzlich erschließen lassen.

Nicht zu unterschätzen sind zugleich Ressourcen, die sich außerhalb der professionellen Suchtkrankenhilfe, in Bezügen der klassischen Alkoholselbsthilfe, aber auch in anderen Organisationsformen von Betroffenen- und Interessengruppen (Vereine, Arbeitsgemeinschaften) sowie in Formen des Bürgerengagements finden. In den weiteren Darstellungen wird deshalb darauf auch explizit Bezug genommen.

## **6.1 Das Unterstützungssegment „Tagesstruktur“<sup>16</sup> (Anke Westphal, BBS 11)**

### **6.1.1 Notwendigkeit von Unterstützungsleistungen**

Die Befähigung, sich eine feste Tagesstruktur für ein Leben ohne Alkohol zu schaffen, ist eine fundamentale Aufgabe der Adaptions-/Ablösungsphase und der sich daran anschließenden Nachsorge. War der Alkohol, meist über Jahre, fester Bestandteil und Teil des gewohnten Tagesablaufes, fällt dieser als Zeit- und Taktgeber des Lebens weg. Insofern sind gewohnte und oft kaum hinterfragte Abläufe und Verhaltensweisen/-muster, mit denen der Tag gefüllt wurde, oft grundsätzlich zu verändern. Dazu wird es notwendig, sich intensiv mit dem früheren Leben mit dem exzessiven Alkoholkonsum und seinen Begleitumständen auseinanderzusetzen und deren Bedingungen und Folgen für die Strukturierung des Tages herauszuarbeiten.

Dabei ist zugleich zu berücksichtigen, dass substanz- bzw. verhaltensbezogene Störungen Resultat eines komplexen Geschehens sind, in das zugleich innere und äußere Konflikte (u. a. Partnerprobleme, Schuldgefühle), Probleme in beruflichen und sozialen Umfeld bis hin zu Störungen der persönlichen Problem- und Erlebnisbearbeitung eingewoben sind. Insofern sind selbst für den Entwicklungsprozess von Kompetenzen für eine befriedigende Tagesstrukturierung die Ressourcen des Klienten sowie die seiner sozialen Umgebung zu berücksichtigen.

### **6.1.2 Professionelle Unterstützung bei der Befähigung zur Tagesstrukturierung**

Die Integration oder berufliche Neuorientierung/Wiedereingliederung sind für den Erfolg einer befriedigenden Tagesstrukturierung wichtig, jedoch aufgrund der begrenzten Voraussetzungen für Erwerbstätigkeit und der angespannten Arbeitsmarktsituation nicht immer möglich. Deshalb ist die Befähigung zu einer Neustrukturierung des Tagesablaufes ohne Erwerbsarbeit, aber möglichst mit einer aktiven und sinnvollen Beschäftigung erforderlich.

In der Adaptionsphase sind nicht allein Interessen zu wecken, zu fördern und zu festigen, sondern Rahmenbedingungen für deren Umsetzung und Anwendung anzubahnen/zu vermitteln, so dass diese auch zu festen Bestandteilen der Tagesstruktur gemacht werden können.

Ausgehend von den Einblicken in die individuellen Problemlagen des einzelnen Klienten aus der vorangehenden therapeutischen Behandlung gilt es in der Adaption, den einzelnen Klienten dabei zu unterstützen, sich selbst eine Tagesstruktur zu schaffen, die die Ursachen und Muster des exzessiven Trinkens und eine fortwährende Wiederholung der sich darum rankenden Lebensstile und Verhaltensweisen unterbricht. Dazu müssen andere Bewertungsmaßstäbe für den Umgang mit Zeit, Aufgaben und Pflichten erarbeitet werden, durch die in der Folge auch eine Neuorientierung der Tagesplanung und Lebensmuster vorgenommen werden kann.

Für das Anbahnen solcher Befähigungen sollten professionelle Unterstützungsleistungen darauf zielen:

- Schlüsselbefähigungen für Strukturierung zu erwerben. Dazugehören: u. a. realitätsnahe Planung, Gewichtung von Aufgaben, Ordnung von Abfolgen, Prioritätensetzung, Stilisierung von Vorbereitung und Beginn sowie Beendigung und Abschluss einer Tätigkeit, Disziplin bei der Einhaltung von Plänen, Zeittakten und Pausenzeiten, Abwägung zwischen geplanten Vorhaben und Störungen/Unterbrechungen.

<sup>16</sup> Tagesstruktur/Tagesablauf: Ablauf, Reihenfolge der Geschehnisse innerhalb eines Tages. Bei einem geregelten Tagesablauf ist der Tagesablauf nach einem vorher festgelegten Plan eingeteilt/strukturiert und gibt der verfügbaren Zeit eine innere Gliederung. Die Strukturierung eines Tages lässt die Abläufe deutlich sichtbar werden.

Strukturierung: 1. eine Systematik, Ordnung oder eine Gliederung wird nach bestimmten Kriterien festgelegt 2. Ein bestimmtes Anderes wird in eine festgelegte Systematik, Ordnung oder Gliederung nach bestimmten Kriterien eingeordnet.

- Zutrauen in die eigene Leistungsfähigkeit zu gewinnen.
- individuelle Begabungen und Neigungen zu suchen, zu entdecken oder wiederzubeleben.
- strukturierende Dimensionen in den Alltag aufzubauen und zu integrieren = Planung des allgemeinen Tagesablaufs, Wechsel zwischen Beschäftigung, Erwerbstätigkeit, Freizeit, Reintegration neu entdeckter bzw. wiederbelebter Interessen/Hobbys sowie Gestaltung von Pausenzeiten, Ruhe und Entspannung.
- Prozesse der Organisation und Durchführung von Aktivitäten zur Tagesstrukturierung und Realisierung erworbener, erlernter oder neu entdeckter Interessen und Hobbys (Beschäftigung, Projekte, Freizeit) durch Reintegration in das alte bzw. der Integration in ein neues soziales Umfeld anzubahnen (Familie, Wohnung, Arbeit, berufliche Neuorientierung, Selbsthilfegruppe, Interessen- und Arbeitsgemeinschaften, Vereine usw.).
- bei der Durchführung von den Tag strukturierenden Bemühungen in Form von Beratung, Hilfestellung, Motivation und Unterstützung zu bieten.
- Strategien zum Umgang mit passiver Freizeit zu erwerben.

Diese auf den jeweiligen Einzelfall bezogenen Unterstützungsleistungen zur Entwicklung von Kompetenzen und Befähigungen, zu einem strukturierten Tagesablauf zu kommen, sind im individuellen Hilfeplan zu verankern und zugleich in das Leben der Klienten zu integrieren, die während der Adaption in einer Gruppe zusammenleben.

Folgende Unterstützungsangebote der Adaptionsphase könnten für den Klienten im Prozess der Befähigung zur Tagesstrukturierung hilfreich sein:

- persönliche Interessen/ Neigungen/Talente durch Kontakte zu Arbeits-, Interessengemeinschaften und Vereinsbesuche wecken, fördern und motivieren
- Anbahnung gemeinsamer Aktivitäten mit dem Partner/der Familie
- Angebote im Freizeitbereich insbesondere durch Netzwerkarbeit in der Region verstärken (Bereiche Handwerk, Kreativität, Sport, Tanz, Arbeitsgemeinschaften, Spiele, Computer u. ä.)
- Persönliche Freizeitaktivitäten von Klienten der Adaption in Bezug auf Organisation und Durchführung fördern und als Anregung auch für andere Klienten darstellen
- eigeninitiierte Kontakte der Klienten zu Vereinen, Organisationen, Interessengemeinschaften im späteren Lebens- und Wohnbereich motivieren und fördern
- „organisierte“ Projektarbeit (z. B. Wohnung renovieren), mit der Interessen und Bedarfe Einzelner realisiert werden. Dabei gewährt die Klinik Unterstützung bei der Organisation und Durchführung durch die Klienten der Adaption

Das Finden und Eingliedern von Freizeitinitiativen in den Alltag kann als wesentlicher Bereich der Gestaltung von Tagesstruktur gelten – die Unterstützung derartiger Prozesse sollte ein fester Bestandteil der Adaption sein. Augenmerk ist zugleich darauf zu legen, dass diese neuen Tagesstrukturen zumindest in bestimmten Aspekten mit sozialen Kontakten, sozialer Kommunikation und der Einbindung in gesellschaftliche Aktivitäten einher gehen. Auf diese Weise kann dem Risiko, durch Enttäuschung, Isolation, neue Problemlagen u. ä. in „alte“ Verhaltensmuster zurückzufallen, besser begegnet werden.

### **6.1.3 Die Möglichkeiten von Selbsthilfe bei der Befähigung zur Tagesstrukturierung**

Es gibt eine Vielzahl von Selbsthilfeprojekten, die es sich zum Ziel gesetzt haben, ehemals problematisch Konsumierenden einen Rahmen zu bieten, den Tag aktiv zu gestalten und einen Platz zu finden, an dem man sich treffen und austauschen kann.

Für einen Teil der Betroffenen können ausgewählte Projekte auch eine Möglichkeit zum Arbeiten bieten. Die Klienten sollten aktiv an der Planung und Gestaltung teilnehmen können. So wäre zum Beispiel ein Tagestreff mit Essensangebot gegen einen kleinen Unkostenbeitrag, von den Klienten selbst geplant, organisiert und zubereitet denkbar. Dieser könnte auch in Eigenregie sauber gehalten werden und die Klienten in die Planung und Organisation von Freizeitaktivitäten miteinbezogen werden. Zu überlegen wäre auch, kleine Dienstleistungen mit einzubeziehen, die angeboten werden könnten.

Im Folgenden sind einige Beispiele zur Anregung und weiteren Information aufgeführt.

#### **Treffpunkt Rettungsring**

Unter dem Dach des Rettungsring e.V. gibt es einen Selbsthilfe- und Freizeittreff. An fünf Tagen in der Woche können hier in den Abendstunden bei Kaffee, Tee oder anderen alkoholfreien Getränken in zwangloser Atmosphäre Gespräche geführt, Kontakte geknüpft oder vertieft werden.

**Anschrift:**

Backnanger Str. 9  
13467 Berlin (Hermsdorf)  
**Telefon:** 030 - 405 33 176 - 78  
**E-mail:** [rettungsring-ev@arcor.de](mailto:rettungsring-ev@arcor.de)  
**Internet:** <http://www.rettungsring-ev.de>

**Soldiner -Kiez -Treff**

Alkoholfreier Treffpunkt im Soldiner Kiez  
Soldiner- Kiez- Treff e.V.  
Koloniestr. 120  
13357 Mitte  
Tel.: 497 600 61  
Fax.: 497 600 61  
E-Mail: [soldiner-treff@web.de](mailto:soldiner-treff@web.de)  
Internet: [www.soldiner-treff.de.tc](http://www.soldiner-treff.de.tc)  
Sprechzeiten: täglich 9.00 - 21.00 Uhr  
Selbsthilfegruppen Mo Di Do: 19:00 - 21:00 Uhr

Viele gute Anregungen lassen sich in diesem Bereich auch bei der Wohnungslosenhilfe (z.B. Kernenate in Hamburg und Tagestreff Kanapee in Hofgeismar) finden. Dort wird Wohnungslosen angeboten, Räume und Geräte für sich selbst zu nutzen. Sie tun die Dinge, die sie tun können selbst und übernehmen somit Verantwortung für ihr Leben.

## **6.2 Das Unterstützungssegment „Freizeitgestaltung“ (Anke Westphal, BBS 11)**

Freizeitgestaltung kann sowohl aktive, als auch passive Betätigung und Beschäftigung beinhalten. Die Gestaltung von Freizeit hat nicht allein die Funktion, Zeit auszufüllen, die frei von Verpflichtungen und Aufgaben ist. Die Art und Weise, wie und mit wem freie Zeit gestaltet wird, birgt zugleich Potentiale für eine Stabilisierung der Persönlichkeit und für die Festigung neuer Verhaltensweisen, kann neue soziale Kontakte und intensivere Beziehungen ermöglichen und durch die Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten die berufliche und soziale Wiedereingliederung erleichtern. In diesem Sinne hat eine befriedigende Freizeitgestaltung einen bedeutenden Einfluss auf die Verbesserung von Lebensqualität und kann zu einem wesentlichen Element der Rückfallprophylaxe werden. Ziel der Adaption ist es deshalb, Unterstützung dafür zu geben, dass die Klienten zu einer anregenden und befriedigenden Freizeitgestaltung finden und diese zu einem festen Bestandteil in ihrem Leben werden lassen.

Notwendigkeiten in Bezug auf die Motivation zu und Anbahnung von aktiver Freizeitgestaltung und sinnvoller Beschäftigung ergaben sich u. a. aus den Befragungen von ehemaligen Patienten und Klienten der Adaption in der „Alten Ölmühle“. Hierbei wurde deutlich, dass die Angebote zur Freizeitgestaltung eher kritisch beurteilt wurden. Viele der Klienten nutzten die Freizeit fast nie, um sich aktiv zu betätigen, sondern verbringen die Abende oft eher passiv vor dem Fernseher. Daher wären Anbahnungsprozesse für eine aktive und sinnvolle Freizeitgestaltung und Beschäftigung bzw. für eine abwechslungsreiche Erholung und Entspannung sinnvoll.

### **6.2.1 Notwendigkeit von Unterstützung bei der Entwicklung einer befriedigenden Freizeit**

Meist über Jahre erworbene und verfestigte Verhaltensweisen und Gewohnheiten, die vielfach um das exzessive Trinken organisiert wurden bzw. zu dessen Gunsten aufgeben wurden, sind in der Regel nicht innerhalb kurzer Zeit so zu wandeln bzw. wiederzubeleben, dass sie auch unter dem Alltagsdruck Bestand haben und durch ganz neue Verhaltensmuster ersetzt werden können.

Neue Stile der Freizeitgestaltung müssen in der Regel neu erworben, trainiert, gefestigt und stabilisiert werden. Hierbei benötigen die Klienten auch nach ihrer Entlassung aus der Klinik Unterstützungsangebote, die in der Adaption in neuer Qualität fortgesetzt und in der Nachsorge stabilisiert werden müssen.

In der Adaptionphase sollten nunmehr Anbahnungen für eine Freizeitgestaltung im zukünftigen sozialen Umfeld angestrebt werden.

## **6.2.2 Professionelle Unterstützung bei der Anbahnung einer befriedigenden Freizeitgestaltung**

In der Therapie und fortsetzend in der Adaption steht zunächst die Aufgabe, durch kultur- und freizeitpädagogische Angebote dazu beizutragen, neue Erfahrungen zu sammeln, Spaß, Freude und Neugier zu wecken sowie anregende Kontakte zu anderen Akteuren zu entwickeln, um auf diese Weise attraktive Alternativen zu bisherigen Freizeitmustern zu schaffen. Jeder Klient verfügt über gesunde Anteile und konstruktive Fähigkeiten sowie Interessen, die zu entdecken und an die anzuknüpfen gilt. Da die Interessenlagen, Fähigkeiten und Neigungen sehr individuell sind, werden in diesem Prozess sehr unterschiedliche Möglichkeiten und Modelle benötigt, die nicht allein von der Klinik vorgehalten werden können, sondern über regionale Netzwerkarbeit erschlossen werden müssen.

Innerhalb der Adaptionsphase sollten diese Impulse für das Entdecken und Entwickeln jedoch eine neue Qualität erreichen und stärker weg von eher von außen gesetzten Angeboten hin zur Anbahnung eigener Aktivitäten gestaltet werden. Diese können u. a. auch in Gruppenaktivitäten integriert und durchgeführt werden, indem jeweils ein oder mehrere Gruppenmitglieder zu Initiatoren, Organisatoren und Akteuren werden. Solcherart organisierte Prozesse des selbst Tätigwerdens bieten Impulse, die aktive, selbstorganisierte Gestaltung von Freizeit anzuregen, zu lernen und damit für sich zu Nutzen zu machen und mehr und mehr auch als ein Lebensinhalt zu erkennen und zu akzeptieren.

Dieser oftmals ambivalent empfundene Prozess der Entwicklung einer befriedigenden Freizeitgestaltung benötigt die Stärkung von Motivation zu mehr Eigeninitiative und Verantwortung, das Mindern/Aufheben von Fixierungen auf andere als Initiatoren und Akteure, das Schaffen von Erfolgserlebnissen und von Lebensinhalten insgesamt. Diese von den Klienten zu realisierende Gestaltung von Freizeit unter den ihnen verfügbaren persönlichen Rahmenbedingungen benötigt Optionen für eigenständiges Handeln in kleinen Schritten sowie Motivation, Begleitung und ggf. Krisenintervention von Seiten des Mitarbeiterteams der Adaption. Sie kann ihre Impulse sowohl in den Gruppenangeboten der Adaptionsphase, in der Begleitung im Arbeits-, Beschäftigungs- und Freizeitbereich sowie im betreuten oder selbständigen Wohnen finden. Konkrete Schritte zur Anbahnung von Möglichkeiten einer Freizeitgestaltung sollten sich im individuellen Hilfeplan wiederfinden. Hier ist auszuhandeln und festzuhalten, welche Aktivitäten von Seiten des Mitarbeiterteams der Adaptionsphase ausgehen und welche von den Teilnehmern und wie diese bei ihren Such- und Umsetzungsbemühungen unterstützt werden können.

### **Anregungen und Ideen zur Gestaltung von Freizeit im Rahmen der Adaption:**

- Computer: Umgang erlernen, Internet, Spiele, Arbeiten z. B. um Bewerbungsunterlagen selbständig zu erarbeiten, Geschichten zu schreiben (Verarbeitung von Problemen in Form von Schreiben, usw.)
- Handwerkliche Angebote: Nutzung von Werkstätten (Holz, Metall, Bau, Malbereich, Garten, Foto-Filmbearbeitung, Video,) unter Beachtung der Interessen und Fähigkeiten der Teilnehmer
- Bewegungsangebote: Sportangebote (innerhalb und außerhalb der Einrichtung)
- Kulturelle Angebote wie Kino, Theater, Musik, Tanz, Varieté (innerhalb und außerhalb der Einrichtung), die an Begabungen der Klienten anknüpfen und eigene Aktivitäten herausfordern (z. B. Puppentheater für Kinder)
- Freizeitpädagogische Angebote: Gestaltung eines Nachmittages im Seniorenheim mit Gedichten, Spielen, Musik, Bildern, Fotos
- Projektarbeit: Die Klienten erhalten die Möglichkeit, zu Organisatoren bestimmter Aktivitäten zu werden und dabei andere Klienten mit ähnlichen Interessenlagen in gemeinsame Projekte einzubeziehen. Hierzu bietet sich die Anlage der Klinik an, in der ein Garten angelegt werden könnte, der durch die Klienten der Adaption (auch spätere Gruppen) bearbeitet und gepflegt wird. Die Anforderungsniveaus könnten dabei sehr unterschiedlich sein und von kleinen Ost- und Gemüsebeeten bis zur Anlage eines Teiches und seiner Fischhaltung reichen.
- Exkursionen/Ausflüge z.B. um die Heimatgeschichte zu erforschen, mit anschließender Dokumentation und Präsentation
- Feste feiern lernen über gesellige Abende
- Lernen der Verbindung von Kräfternennen und Wettbewerb mit Spaß und Geselligkeit z. B. in Spielabenden

Bei allen Aktivitäten steht der Einzelne bzw. die Gruppe als Initiator, Organisator und Akteur im Vordergrund. Die Rolle des Mitarbeiterteams beschränkt sich in der Adaptionsphase eher darauf, über Anbahnung und Vermittlung Grundvoraussetzungen mitzuorganisieren, anzuregen, Unterstützung anzubieten und zur aktiven Durchführung zu motivieren. Die Klienten können in dieser Position und auf diese Weise neue Erfahrungen sammeln, aktiv sein, sich ein Ziel vornehmen, etwas leisten und schließlich auch bestimmte Ergebnisse vorweisen. Das stärkt das Selbstbewusstsein, die Persönlichkeit, bringt Anerkennung und zeigt den Teilnehmern,

dass sie Ressourcen in Bezug auf Durchsetzung, Ausdauer und Leistungsvermögen haben – Elemente, die für einen sich dynamisierenden Prozess der Eigenmotivation unverzichtbar sind.

Die Klienten brauchen in der Adaptionphase die Gelegenheit, sich für die Gestaltung ihrer Freizeit realitäts- und zukunftsorientierte Ziele unter Beachtung der ihnen verfügbaren Grundlage zu schaffen. Hierzu gehört u. a. auch, sie so vorzubereiten, dass sie mit allen vorkommenden Elementen des Lebens in unserer Gesellschaft konfrontiert werden, darin die für sie wichtigen Ressourcen entdecken und die darin eingewobenen Risiken wahrnehmen und jeweils geeignete Umgangsweisen damit entwickeln können. Dazu gehört auch der souveräne Umgang mit Situationen, in denen die Klienten mit Alkohol konfrontiert sind und die es in allen Bereichen gesellschaftlichen gibt. So könnte durch die Klienten beispielsweise eine „Drink-Verkostung“ (Softdrinks ohne Alkohol) in einer Gaststätte organisiert werden, in der sie lernen, sich in Gaststätten zu bewegen und sich Genuss und Sinnlichkeit auch unabhängig von Alkohol zu erschließen.

### **6.2.3 Unterstützung der Gestaltung von Freizeit durch Kontakte zur Selbsthilfe**

Gerade der Bereich der Freizeitgestaltung ist für die Form der Selbsthilfe prädestiniert. In diesem Bereich unterliegen die Menschen weniger den Normen und Anforderungen, die zum Beispiel in einem Arbeitsverhältnis vorherrschen. Trotzdem ist es gerade für ehemals Abhängige schwierig, die Freizeit, die vormals durch Trinken ausgefüllt war, neu und sinnvoll zu besetzen.

Denkbar ist an dieser Stelle Vieles. So könnte bereits in der Adaption anfangen werden, Hobbys und interessante Möglichkeiten der Gestaltung der Freizeit als eigenes kleines Projekt aufzuarbeiten und sich gegenseitig vorzustellen. Anregend kann für alle Klienten auch sein, wenn einzelne reihum die Aufgabe übernehmen z. B. eine Nachmittags- oder Abendgestaltung zu organisieren. Dadurch sollen sehr einfache Möglichkeiten einer anregenden Freizeitgestaltung aufgezeigt und Anregungen zur Nachahmung gegeben werden. Daneben können in der Adaption auch ganz direkt Impulse für die befriedigende Gestaltung gesetzt werden:

- Computer: durch die Bereitstellung von Computern im Rahmen der Adaption können die Klienten angeregt werden, den Umgang mit dieser Technik zu üben und sich zu beschäftigen. Sie können somit nicht nur kreative Aktivitäten realisieren (u. a. Webseiten entwickeln, auf dem Computer komponieren, Dokumentationen herstellen, Fotos bearbeiten), sondern zugleich für die folgende Lebensetappe wichtige und nützliche Informationen beschaffen und Kontakte knüpfen (z. B. Selbsthilfegruppen, Partnersuche, allgemeine Informationen zu interessierenden Fragen wie medizinische Behandlung, komplementäre Heilung), Bewerbungsunterlagen erstellen und zur weiteren Verwendung nach der Adaption aufarbeiten (Diskette, CD, USB).
- Handwerkliche Angebote: Beispielsweise könnten die Werkstätten der Klinik oder der Kooperationsbetriebe (Praktikumsbetriebe) den Klienten das Arbeiten für bestimmte Projekte nach „Feierabend“ ermöglichen (z. B. die Reparatur eines Fahrrades für eine Kollegin). Fähigkeiten- und Fertigkeiten, die während der Arbeitserprobung erworben und trainiert werden, können zusätzlich in Projektarbeiten (Selbsthilfwerkstatt in einem Wohngebiet) eingebracht werden. Verlässt ein Klient die Adaption und bezieht eine neue Wohnung oder geht in sein altes Umfeld zurück, so könnte der Ablöseprozess erleichtert werden, indem die Gruppenmitglieder beispielsweise beim Umzug helfen, Arbeiten bei der Renovierung der Wohnung übernehmen und kleinere Reparaturen erledigen und über eine Neugestaltung des alten Umfeldes auch zu einem Neustart ermutigen.
- Bewegungsangebote: Die gesundheitliche Förderung und Stabilisierung, die selbstverständlicher Bestandteil der Therapie und Adaption ist, gilt es in den Alltag der Klienten zu überführen beispielsweise in Form von zusätzlicher sportlicher Aktivität in der Freizeit. Dazu sollte bereits im Rahmen der Adaption der Kontakt der Klienten zu Vereinen oder Arbeitsgemeinschaften gefördert werden.
- Bereits bestehende Interessen und Aktivitäten einzelner Klienten (Mitarbeit in einem Club, Verein) sind aktiv als Modell und Multiplikationsmöglichkeit zu nutzen, um auch Anderen Anregungen und einen niedrigschwelligen Zugang zu anderen Organisationsweisen für Freizeit zu erschließen. Dies könnte beispielsweise eine Sportveranstaltung, ein Leseabend oder eine Musikaufführung des Vereins innerhalb der Adaption sein, bei dem auch ein Blick hinter die Kulissen und die sich darum rankenden Aktivitäten möglich wird.
- Kulturelle Angebote: Besuch von Konzerten, Kino, Lesungen, Ausstellungen, Museen als speziell interessierter und informierter Gast (Auseinandersetzung mit der Lebenswelt des Malers, des Komponisten u. ä.)
- Freizeitpädagogische Angebote: Wasser-, Fahrrad-, Camp-, Angel- und Wandertouren sind weit verbreitete und auch mit geringen Mitteln realisierbare Möglichkeiten der Freizeitgestaltung. Die Adaption könnte genutzt werden, den Anschluss an entsprechende Vereine zu finden oder auch Kontakt zu Gleichgesinnten

herzustellen, gemeinsam solche Aktivitäten realisieren und nachzubereiten, ob und wie diese Art der Freizeit zukünftig im Leben verankert sein könnte.

Die Entscheidung, wie die Freizeit gestaltet wird, sollte und muss jeder Klient selbst treffen können. Es liegt jedoch auf der Hand, gerade im Freizeitbereich die Möglichkeiten zu nutzen, zur Normalität überzugehen. Warum soll ein ehemals Abhängiger immer nur mit anderen ehemals Abhängigen zusammen sein?

### **6.3 Unterstützungssegment „Arbeit und Beschäftigung“ (Silvia Schulze, BBS 11)**

In der heutigen westlichen Gesellschaft definieren sich Menschen ganz stark durch Arbeit. Gegenwart und Zukunft hängen nach allgemeiner Ansicht von Arbeit ab: Arbeit als Existenzsicherung, Arbeit als psychische Stabilisation, Arbeit als Sinngabe für die Existenz. Was einer (beruflich) tut, entscheidet darüber, wer einer ist. Was darüber hinaus reicht, was jemand außerhalb der auf Gelderwerb zielenden Arbeit tut, kann, weiß, vermag zählt nicht viel. Wer immer unter Glück etwas anderes versteht als das gesellschaftlich-sanktionierte Einkommens- und Erwerbsglück, wer immer sein Selbst-Bewusstsein anders begründet, als über die eigene Position im Erwerbsleben, dem haftet das Außenseiterstigma des Unproduktiven, des Unnützen an. Wer nicht arbeitet, ist nichts wert. Wer in der Arbeitsgesellschaft lebt ohne zu arbeiten, ist ein randständiger Parasit, kein nützliches Glied der Gesellschaft.

Die heutige westliche Gesellschaft leidet nicht, wie oft behauptet, unter dem Mangel an Arbeit, sondern eine bestimmte Sorte von Arbeit wird weniger: die Erwerbsarbeit. Dennoch suggeriert die Gesellschaft, dass es keine Zukunft, kein sinnvolles Leben, keine Selbstverwirklichung des Einzelnen geben kann, außer in der Erwerbsarbeit. Der feste Arbeitsplatz wird als dringendes Bedürfnis dargestellt. Er allein kann den Zugang zur gesellschaftlichen und persönlichen Identität geben und eröffnet die Möglichkeit, sich selbst und den Sinn seines eigenen Lebens zu bestimmen. Allerdings erweisen sich diese erzeugten Erwartungen als unerfüllbar, weil eine entlohnte Arbeit an einem festen Arbeitsplatz nie mehr allen zugänglich sein wird (vgl. Gorz 2000).

Engler (2005) stellt das Phänomen, sich über Arbeit zu definieren, in Frage. Die Diskrepanz zwischen Produktivität, Wachstum und Beschäftigung verlangt nach neuen Modellen der Lebensführung und des sozialen Zusammenhalts. Viele Menschen stehen vor der Herausforderung, ihre Existenz auch ohne Lohnarbeit zu sichern und die persönliche Würde zu wahren. Aufgrund der Arbeitsmarktentwicklungen in Bezug auf Quantität und Struktur in den vergangenen Jahren gelingt es immer weniger sozial benachteiligten Menschen, sich in Erwerbsarbeit zu integrieren. Insofern sind auch „Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“ als Behandlungs- und Rehabilitationsziel neu zu verstehen, denn es kann nicht mehr „Wiedereingliederung auf den Arbeitsmarkt“ bedeuten.

Gerade benachteiligte Menschen, ob psychisch krank oder seelisch behindert, sind besonders auf jene Impulse angewiesen, die Arbeiten über die Funktion als Erwerbsarbeit und damit als Gelderwerb hinaus noch zu bieten vermag. Seelisch behinderte Menschen verfügen über vielfältige Kompetenzen und Fähigkeiten, die, wenn sie wieder geweckt werden, ermöglichen, in anderen Dimensionen der Arbeit eine für sie befriedigende Möglichkeit zu finden, ihr Leben selbst zu gestalten, ein Gefühl für den eigenen Wert zu bekommen und damit auch ihre Krankheit zu bewältigen.

#### **6.3.1 Begriffsbestimmungen (Silvia Schulze, BBS 11)**

Der Begriff „Arbeit“ wird in der Literatur und im alltäglichen Sprachgebrauch häufig sehr eng und steht fast ausschließlich für Erwerbsarbeit gebraucht.

In der folgenden Definition wird ganz bewusst ein sehr breiter Arbeitsbegriff gewählt, unter den unterschiedliche Formen von Tätigkeit gefasst werden. Wesentlich für den Prozess der Adaption ist insbesondere, welche Bedürfnisse mit der jeweiligen Tätigkeit befriedigt werden können, welche noch nicht bzw. nicht mehr oder mit dieser konkreten Arbeit sogar nie und wie stark davon die allgemeine Zufriedenheit tangiert wird.

Bei allen Formen der professionellen Hilfe und Unterstützung zur Integration in Arbeit sollten die einzelnen Potentiale, die Arbeit für Wohlbefinden und Zufriedenheit haben kann, bewusst und zielgerichtet gestaltet und methodisch aufbereitet werden, so dass der Klienten mit seinem Tätigsein auch wesentliche Bedürfnisse realisieren kann.

#### **Definition Arbeit**

In Anlehnung der Definition von Ali Wacker (1989) wird hier Arbeit als gesellschaftliche Lebensform und Teilhabe am sozialen Leben mit Sinncharakter, als Lebensart aktiver Gestaltung und selbstorganisatorischer Tätigkeit verstanden.



Arbeit hat unterschiedliche Dimensionen und spielt im Prozess der Befriedigung vieler Bedürfnisse eine große Rolle:

- Arbeit als Sicherung des Lebensunterhalts und der Daseinsvorsorge,
- Arbeit als Zugang zu sozialen Bezügen der Kooperation und des Zusammenwirkens, der Arbeitsteilung, der Wechselwirkung, der Bezogenheit auf andere,
- Bedeutsamkeit der Arbeit für die Person, die Entwicklung ihrer Fähigkeiten, ihres Bewusstseins und ihrer Identität.

Nach ihrem Inhalt und ihrem Grad der Bedürfnisbefriedigung sollen hier verschiedene Formen von Arbeit unterschieden werden:

1. Arbeit für sich,
2. Arbeit für die Gemeinschaft
3. Projektarbeit,
4. Praktika,
5. Erwerbsarbeit.

**Arbeit für sich:** Unter diesem Begriff wird Arbeit gefasst, die Menschen zur Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse, also zu ihrem eigenen Nutzen, verrichten. Arbeit ist nach diesem Verständnis auf den Menschen selbst bezogen und beinhaltet ein breites Spektrum, wie das Verrichten elementarer Arbeiten im hauswirtschaftlichen Bereich bis hin zu Arbeiten, die den eigenen Interessen entsprechen und über das Notwendige hinausgehen.

Nach der Bedürfnispyramide von Maslow wird durch „Arbeit für sich“ vorrangig das Bedürfnis nach Sicherheit (das Bedürfnis nach Behaglichkeit) und nach ästhetischen Bedürfnissen (das Bedürfnis nach Ordnung und Schönheit) befriedigt.

„Arbeit für sich“ leistet vor allem einen Beitrag im emotionalen Bereich: Interessen werden geweckt, Sinn und Freude am Leben wird wieder entdeckt, Motivation für neue Ziele wird aufgebaut.

**Arbeit für die Gemeinschaft:** Unter diesem Begriff verstehen wir die Arbeit, die für Dritte ausgeübt wird, die im Austausch entlohnt oder auch nicht entlohnt wird und die Zwecken gehorcht, die man sich selbst gewählt hat z. B im Rahmen der Selbsthilfe oder als Nebentätigkeit.

Durch die Arbeit für die Gemeinschaft wird hauptsächlich das Bedürfnis nach Bindung (das Bedürfnis nach Zugehörigkeit, Verbindung mit anderen) und nach Anerkennung befriedigt.

Arbeit für die Gemeinschaft kann vom einzelnen als ein soziales Lernfeld gesehen werden; sie ist wert- und sinnorientiert, über diese kann eine innerliche Befriedigung (Freude) erzielt werden. In diesem Sinne leistet sie Hilfe zur Selbsthilfe.

**Projektarbeit:** Unter diesem Begriff verstehen wir das Arbeiten an einer bestimmten Thematik bzw. an einer bestimmten, zeitlich und räumlich abgegrenzten Aufgabenstellung.

Durch Projektarbeit werden vor allem die Bedürfnisse nach Bindung (Zugehörigkeit, Verbindung mit anderen), nach Selbstwert (Gefühl, etwas wert und kompetent zu sein, Anerkennung von anderen) erfüllt.

Sie ermöglicht eine Motivation zum Aktivsein und eine Wiederannäherung an die Belastungen des Alltags- und Berufslebens.

Elementare Grundarbeitsfähigkeiten (Ausdauer, Zeiteinteilung, Genauigkeit etc.), Bereiche des Selbstbildes (Selbstvertrauen, Selbstständigkeit, Verantwortung, Rollenverhalten), soziale Fähigkeiten (Kontakt zu Einzelnen und zur Gruppe), emotionale Fähigkeiten (Selbstwertgefühl, Selbstachtung), spezielle Fähigkeiten (handwerklich-technisches Verständnis, Umgang mit Arbeitsmitteln) und die persönliche Einstellung zur Arbeit werden erprobt.

**Praktika:** Unter diesem Begriff wird eine Tätigkeit verstanden, die der Arbeitserprobung dient, d. h. der Überprüfung der Chancen der beruflichen Teilhabe am Arbeitsleben und dem Kennenlernen neuer Berufsfelder bei einer beruflichen Neuorientierung.

Durch Projektarbeit werden die Bedürfnisse nach Bindung, nach Selbstwert, kognitive Bedürfnisse und das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung erfüllt.

Die Klienten erhalten hier die Möglichkeit, Arbeitsverhalten, Durchhaltevermögen, persönliche Einstellung zur Arbeit sowie Beziehungen am Arbeitsplatz und Umgang zu erproben.

**Erwerbsarbeit:** Sie ist eine bewusste, planmäßige, zweckgebundene Tätigkeit, die für einen Dritten ausgeübt wird, die entlohnt wird und deren Formen und Zeitplanungen von dem bestimmt werden, der den Lohn zahlt. Sie gehorcht Zwecken, die man nicht selber gewählt hat (vgl. Gorz, 1988).

Mit der Erwerbsarbeit werden je nach Art der Arbeit (anspruchsvoll oder stupide) mittelbar vor allem biologische Bedürfnisse (Lebensunterhalt) befriedigt und unmittelbar das Bedürfnis nach Bindung, Selbstwert und kognitive Bedürfnisse.

### **Definition Beschäftigung**

Beschäftigung ist ein aktives oder passives Verbringen von freier Zeit aus persönlichem Interesse und mit der Möglichkeit der Entfaltung der eigenen Kreativität. Sie ist an der Realität orientiert, konstruktiv und sinnorientiert. Beschäftigung ist auf das Erlangen einer inneren Befriedigung gerichtet (vgl. Aernout, 1981). Nach unserem Verständnis ist die Grenze zwischen „Arbeit für sich“ und Beschäftigung fließend. Beschäftigung ist eine Möglichkeit, um Anbahnungsprozesse in Gang zu setzen, die es ermöglichen, dass „Arbeit für sich“ in Erwerbsarbeit übergehen kann, z.B. beim Schneidern oder Putzen.

### **6.3.2 Funktionen von Arbeit und Beschäftigung für soziales Wohlbefinden (Silvia Schulze, BBS 11)**

Die Folgeerkrankungen bei Alkoholismus können recht zahlreich sein. Insgesamt schränken sie den Abhängigen in seiner gesamten Lebensbewältigung je nach Ausprägungsgrad erheblich ein.

Neben den internistischen, neurologischen und psychiatrischen Folgen sind in diesem Zusammenhang vor allem die psychische Folgen, wie Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, depressive Reaktionen, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle, Perspektivlosigkeit, Passivität, Angst, Mutlosigkeit, Resignation, Unselbständigkeit, Kritiklosigkeit, Affektlabilität, Suizidgedanken und die psychosoziale Folgen, wie Gefährdung bzw. Verlust partnerschaftlicher Beziehungen, zunehmende Bindungslosigkeit, Gefährdung des Arbeitsplatzes, Arbeitslosigkeit verbunden mit der Gefahr des sozialen Abstieges, Delinquenz mit zivil- und strafrechtlichen Konsequenzen zu nennen (vgl. Fuchs, 1996).

Gemeinsam ist all diesen Belastungsfaktoren, dass sie die Bewältigungs- und Kontrollmöglichkeiten der Abhängigen überfordern und deshalb konkrete soziale Hilfen nötig werden.

Der Krankheitsprozess zerstört im Bereich der sozialen Beziehungen auch die sachlich-funktionalen Beziehungen der Arbeitswelt. Sollte der Klient zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik noch Arbeit haben, so ist er meist am Arbeitsplatz isoliert und stigmatisiert. Die Firma strebt eine Lösung an durch Therapie oder Kündigung. Vor dem Hintergrund, dass der Arbeitsplatz und damit Erwerbsarbeit in unserer Gesellschaft in vielerlei Beziehung hoch anerkannt wird, stellt er sich für den einzelnen als eine wichtige Ressource und besonders identitätsstiftend dar. Dementsprechend gefährden Konflikte am Arbeitsplatz und Ängste in Bezug auf seinen Erhalt den Genesungsprozess. Vorrangige Aufgabe der Adaption muss es sein, Maßnahmen zur Sicherung des Arbeitsplatzes einzuleiten.

Der überwiegende Teil der Klienten kommt jedoch bereits mit dem Status „arbeitslos“ in die Adaption. Die Arbeitslosigkeit und die dabei erlebte Perspektivlosigkeit in Verbindung mit der meist vorliegenden Verletzlichkeit der Persönlichkeit überfordert die Bewältigungsmöglichkeiten vieler Klienten. Sie stellt in Bezug auf eine dauerhafte abstinenten Lebensführung ein massives Hindernis und Erschwernis dar. Deshalb ist es wichtig, diesen Problembereich mit dem Ziel der Integration in Erwerbsarbeit zu bearbeiten oder, wenn dies nicht mehr möglich ist, mit dem Ziel, ein für den Einzelnen sinnerfülltes Leben in andere Arbeitsformen zu lernen.

Arbeit in ihren verschiedenen Tätigkeitsformen ist genauso wie Beschäftigung für viele seelisch behinderte Menschen eine notwendige Bedingung für das Gelingen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Arbeit befriedigt unterschiedliche Bedürfnisse. Über sie werden soziale Beziehungen aufgebaut; sie ermöglicht, ein soziales Netz zu knüpfen, und gibt Orientierung und Perspektive. Arbeit ist der Inbegriff für das In-der-Welt-Sein, das Aufgehobensein und trägt darüber auch dazu bei, individuelle Krisen zu bearbeiten. Sie eröffnet viele Zugänge ins soziale Leben. Neben den sozialen Kontakten, die durch Arbeit entstehen, entwickeln sich eigene Interessen, Neigungen und Begabungen, damit werden Impulse für die eigene Persönlichkeit gegeben, Wünsche und Fähigkeiten werden realisiert, Kompetenzen erworben und weiter ausgebildet und nicht zuletzt Anerkennung und Erfolg zurückgemeldet.

Sinnvolle Arbeit und Beschäftigung kann insofern zu einer wichtigen Ressource werden, denn:

- Sie bietet dem Einzelnen eine klare Tageseinteilung, die einen Ansatz zu einem harmonischen Lebensrhythmus sein kann, der auf die Persönlichkeit zurückwirkt (Impulse für körperliche und seelische Gesundheit) und das seelische Gleichgewicht über die Faktoren Ordnung, Regelmäßigkeit, Disziplin stabilisiert (vgl. Preitschopf, Smejkal, 1998),

- Sie unterstützt die Entwicklung von Fertigkeiten und Fähigkeiten, die eine soziale Integration ermöglichen. Arbeit bietet Gelegenheit zu Kontakten mit Menschen (soziales Kontaktfeld) und ermöglicht das Entstehen eines Gefühls der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft.
- Sie bildet Grundlage für die Entwicklung kooperativer Fähigkeiten, in der Regel nimmt die Zusammenarbeit mit anderen bei der Ausübung von Tätigkeiten einen wesentlichen Stellenwert ein und vermittelt soziale Anerkennung und das Gefühl, einen nützlichen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten.
- Sie vermittelt wichtige Rückmeldungen für die Entwicklung eines befriedigenden Selbstbildes und verstärkt Leistungs- und Selbstwertgefühl sowie Selbstvertrauen. Man fühlt sich am gesellschaftlichen Ganzen nützlich und beteiligt und bekommt durch Kommunikation in der Gruppe und die Anerkennung durch andere wieder ein Gefühl für den eigenen Wert,
- Sie ermöglicht das Gefühl der Befriedigung durch Tätigsein oder Ergebnis oder durch beides.
- Sie gibt dem Hineinwachsen in größere Selbständigkeit Impulse, weil der einzelne über Erwerbsarbeit selbst wieder an der Sicherung seines Lebensunterhaltes beteiligt sind und sich selbst versorgen können (Vermittlung des Gefühls von einem „normalen Leben“).
- Arbeit kann und soll den Lebensraum erweitern und die „Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“ ermöglichen.
- Arbeit mit dem Ziel, Strukturierungs-, Verantwortungs- und Leistungsfähigkeit sowie die Persönlichkeit zu entwickeln, kann das Leben gestalten helfen, erweitern, zur Lebensfristung und zur Lebensbereicherung beitragen (vgl. Grampp 2000).

### **6.3.3 Notwendigkeit von Unterstützung (Simone Hüther, BBS 11)**

Der Klient in der Adaption versucht, über einen abstinenten Trinkstil seine Erkrankung zu bewältigen bzw. den Ausstieg aus einer Vielzahl seiner Probleme zu meistern. Exzessives Trinken verursacht sehr komplexe Störungsmuster, die multidimensionale Unterstützungsleistungen notwendig machen und allein durch das Mitarbeiterteam der Adaption nicht zu leisten sind. Überdeutlich wird dies bei Anbahnungsprozessen, die auf eine Integration in Arbeit und Beschäftigung zielen.

Menschen, die lange Zeit exzessiv Alkohol trinken, gelingt es zunehmend weniger, den Anforderungen einer Erwerbsarbeit gerecht zu werden. Folgerichtig ist die Lebenssituation vieler Klienten der Adaptionsphase dadurch gekennzeichnet, dass eine Arbeitsplatzgefährdung, ein Arbeitsplatzverlust, (Langzeit-) Arbeitslosigkeit und/oder wesentlich eingeschränkte Möglichkeiten der Eingliederung in Arbeit vorliegen.

Wengleich die sozialrechtliche Anerkennung von Alkoholabhängigkeit als Krankheit zu einer Reduzierung der Stigmatisierungstendenzen beigetragen hat und den Betroffenen damit eine sozial-rechtliche Absicherung eingeräumt wurde, haben Menschen mit Alkoholproblemen ganz besondere Probleme, sich auf dem gegenwärtig äußerst angespannten Arbeitsmarkt erfolgreich durchzusetzen. Dazu tragen nicht nur Vorurteile und Stigmata auf Seiten der Arbeitgeber bei, sondern auf Seiten der Klienten auch verlernte oder nicht mehr aktuelle Kenntnisse und Fertigkeiten, eine eingeschränkte Belastbarkeit und erst wieder zu entwickelnde soziale Kompetenzen für das Bewältigen von Anforderungen einer Erwerbsarbeit.

Mit dem im Januar 2005 eingeführten SGB II, das auf die rasche und bedingungslose Wiedereingliederung in Arbeit setzt, ist zu befürchten, dass die begrenzten Etatmittel vorrangig für „voraussichtlich erfolgreich Vermittelbare...“ (vgl. Rahmenkonzept Umsetzung SGB II, 22.03.2004) eingesetzt werden. Insofern sind Menschen mit Alkoholproblemen bedroht, aus aussichtsreicheren regulären Unterstützungsleistungen in Bezug auf die Integration in Erwerbsarbeit ausgeschlossen zu werden.

In Bezug auf die Integration in Erwerbsarbeit reicht es in Zeiten der Massenarbeitslosigkeit nicht aus, Klienten unspezifisch durch die Bewältigung des destruktiven Trinkens und durch den Verweis auf die Möglichkeiten der Arbeitsberatung und Arbeitsvermittlung durch das Arbeitsamt zu unterstützen. Wie bereits dargestellt, sind Abhängigkeitskranke kaum in der Lage, ohne gezielte Hilfestellungen die zur Verfügung stehenden Förderungsmöglichkeiten zu erhalten. An dieser Stelle sind professionelle Hilfestellungen notwendig, um Ansprüche und Interessen der Klienten zu sichern, ihnen das ganze Spektrum von berufsfördernden Maßnahmen zugänglich zu machen usw. (vgl. Knauf, 1998).

Professionelle Unterstützung bei der Integration in Arbeit heißt, die Klienten zunächst zu motivieren und zu ermutigen, wieder produktiv tätig zu sein. Die von vielen Klienten verbrachten, oftmals langen Zeiten ohne Tagesstruktur wirken sich vor allem im Bereich des Selbstbildes und der sozialen Kompetenzen negativ aus. Die damit verbundenen Ängste gilt es professionell aufzufangen und zu bearbeiten. Zudem wird es in der Adaption wichtig, mit den Klienten die ersten Schritten in diesem Prozess der Integration in Arbeit anzubahnen, sie darin

zu begleiten, die Anforderungen stufenweise zu erhöhen und Rückschläge in einen Veränderungsschub umzuwandeln.

In diesem Zusammenhang ist es in der Adaption notwendig, den Klienten gezielte Hilfestellungen zu geben, damit sie die verschiedenen Dimensionen von Arbeit für sich umsetzen können.

In Bezug auf das **Betriebspraktikum** als Vorbereitung auf eine Erwerbsarbeit ist es z. B. erforderlich, die Klienten so zu unterstützen, dass sie den Anforderungen an den Arbeitsalltag gewachsen sind. Dazu zählt vor Praktikumsbeginn eine Überprüfung des Ist-Standes von beruflichen Interessen, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Klienten. Die Kontaktaufnahme des Klienten mit dem Praktikumsbetrieb sollte vorbereitet werden.

Während der Praktikumszeit ist ein regelmäßiger Austausch, telefonisch und persönlich, über den Verlauf anzuraten. In schwierigen Situationen sollten Klienten und Praktikumsstelle durch das Mitarbeiterteam beraten werden. Es gilt, am Ende auf eine Praktikumsauswertung zwischen Mitarbeiterteam, Praktikant, Vorgesetztem und Klinik hinzuwirken, über die eine, für die realistische Selbsteinschätzung der Leistung des Klienten hilfreiche Rückmeldung erarbeitet wird.

Sollte das Praktikum scheitern, ist dem Patienten die Möglichkeit einzuräumen, einen Schritt zurückzugehen, in dem er für eine gewisse Zeit in der Adaption nochmals die Arbeitstherapie in Anspruch nimmt und die Zeit zur Analyse und Veränderung genutzt wird.

Noch während der Adaption wäre es sinnvoll, die Klienten bei Bewerbungen auf Stellenangebote zu unterstützen.

#### **6.3.4 Professionelle Unterstützung bei der Integration in Arbeit und Beschäftigung (Simone Hüther, BBS 11)**

So falsch es wäre, mit Blick auf die Arbeitsmarktlage und die Kürze der Entwöhnungsbehandlung und Adaption von vornherein Unterstützungsleistungen für Klienten auf dem Weg in (s)ein Tätigkeitsfeld auszuschließen, so falsch wäre es aber auch, unhinterfragt auf die gesicherte Vermittlung in Arbeit durch allgemeine Serviceagenturen zu setzen.

##### **Selbst- und Fremdwahrnehmung realistisch aufeinander beziehen**

Fast jeder Klient, der Einrichtungen der Therapie und Adaption betritt bzw. verlässt, verfügt über vielfache Erfahrungen mit Misserfolg und mit einem Scheitern bei seinen Bemühungen um eine reguläre Arbeitsstelle. Dementsprechend ausgeprägt sind Ängste und Unsicherheiten, die den Einstieg in ein Tätigkeitsfeld zusätzlich beeinträchtigen oder verhindern können. So können beispielsweise Selbst- und Fremdwahrnehmung des Klienten so weit auseinanderdriften, dass immer wieder das Anforderungsprofil von Arbeitsstellen als mit dem Fähigkeitsprofil des Klienten nicht vereinbar erscheint und sich Resignation und Fatalismus als andauernde Perspektive durchsetzt. Insofern sind eine **Selbst- und Fremdeinschätzung** von berufsbezogenen Fähigkeiten und Fertigkeiten während der Adaption und der Abgleich von direkt auf die Person bezogenen Arbeitsfähigkeiten, Neigungen und Möglichkeiten durch das Mitarbeiterteam hilfreich, um Unsicherheiten vorzubeugen, den Klienten zu einer realen Einschätzung seiner persönlichen Fähigkeiten und bei der Formulierung seiner Wünsche zu verhelfen und Enttäuschungen zumindest einzudämmen.

Einzelne Hilfsmittel, die insbesondere für den Bereich der Arbeitstherapie entwickelt wurden, können sich in diesem Zusammenhang als hilfreich erweisen. Hierzu kann insbesondere auf in der arbeitspädagogischen und ergotherapeutischen Praxis entwickelte Instrumente wie Fragebogen und Verfahren zurückgegriffen werden. Beispielhaft sei dazu verwiesen auf:

- Selbsteinschätzungsbögen für die Arbeitserprobung, mit denen sich strukturiert und relativ einfach eine Einschätzung allgemeiner Arbeitsfähigkeiten ermitteln lässt (siehe Anlage 2)
- Arbeitsanalysen (FAA)
- Arbeitspädagogische Beobachtungs- und Bewertungsbögen (ABB)
- Merkmalprofile „zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit“ (MELBA) oder
- Das Arbeitsplatz-Simulationssystem ERGOS, mit dem die körperliche Belastbarkeit eines Menschen getestet werden kann (vgl. ergotherapie. 2001, S. 5-20).

In abgewandelter Form kann eine auf grundlegende Anamnesedaten sowie auf Interessen, Neigungen und Fähigkeiten zielende Selbstbefragung aber auch dazu führen, bezogen auf den Klienten individuelle Möglichkeiten und Grenzen einer Beschäftigung herauszukristallisieren.

##### **Anbahnung von Kontakten in spezialisierte Hilfesysteme**

In Bezug auf den unmittelbaren Prozess der Integration in Erwerbsarbeit hat Adaption die Aufgabe, zu beraten, Kontakte in darauf spezialisierte Hilfesysteme anzubahnen bzw. dahin zu vermitteln, übergreifend zu arbeiten (siehe auch Punkt 6.3.4.3 Netzwerke-Verbundsysteme) und die Klienten in ihren Bemühungen emanzipatorisch zu unterstützen.

Die verwirrende Vielfalt des Arbeitsmarktes macht es einerseits notwendig, Mitarbeiter aus den darauf spezialisierten Hilfesystemen in diese Aufgabe einzubeziehen und andererseits im Interesse der Klientel auf dieses System einzuwirken, es für die besonderen Problemlagen der Klientel zu sensibilisieren und auf die möglichen Ressourcen der Klienten zu verweisen. Als Beispiele für die Einbindung in die Umsetzung der Arbeitsmarktreform sei hier auf die Beteiligung der Suchtberatung der Diakonie und des Paritätischen Gesamtverbandes für Anbieter der (ambulanten) Sucht- und Drogenhilfe an den Eingliederungsleistungen der Jobcenter nach SGB II erwähnt (vgl. Rahmenkonzept der GVS und des DW-EKD vom 22.03.2004 und Handreichung Leistungsvereinbarung nach § 16 (2) SGB II vom Paritätischen Gesamtverband 18.12.04).

Im Weiteren werden überblicksartig Regelungen zum allgemeinen Arbeitsmarkt und dem Sektor unentgeltlicher Arbeit und Beschäftigung dargestellt, wobei insbesondere Informationen zusammengestellt wurden, die für Klienten in bzw. nach der Adaption hilfreich sind. In der Adaption gilt es, den Klienten Unterstützung zu gewähren, sich mit diesen sehr verschiedenen Möglichkeiten der Integration in Arbeit und Beschäftigung aktiv auseinanderzusetzen, die für sie passenden Angebote herauszufinden und deren Realisierung zielbewusst in Angriff zu nehmen.

#### **6.3.4.1 Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt**

Die Begriffe „1. Arbeitsmarkt“ und „2. Arbeitsmarkt“ lösten in den vergangenen Jahren immer wieder Diskussionen aus. Ausgehend von den besonderen Problemen des Arbeitsmarktes sollte der so genannte „2. Arbeitsmarkt“ zunächst vor allem langzeitarbeitslose erwerbsfähige Menschen, Menschen im vorgerücktem Alter, mit vergleichsweise geringer Qualifikation und/oder körperlichen oder mentalen Beeinträchtigungen auffangen und für diese den Zugang zu Erwerbsarbeit offen halten. In diesem Rahmen hatten insbesondere Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) Brücken in den 1. Arbeitsmarkt zu schlagen. Unter den gegenwärtigen Bedingungen verschwimmen allerdings längst die Grenzen zwischen 1. und 2. Arbeitsmarkt.

Als 1. Arbeitsmarkt werden alle diejenigen Arbeitsmöglichkeiten bezeichnet, in denen Arbeitnehmer durch Netto-Wirtschaftsleistung bezahlt werden. Dies vorausgesetzt, müsste man konsequenterweise alle öffentlich finanzierten Stellen dem „2. Arbeitsmarkt“ zurechnen. Das heißt, neben den ABM, die durch Mittel der BfA und Steuermittel finanziert werden, würden dann beispielsweise auch der Öffentliche Dienst, Polizei, Feuerwehr usw. zum 2. Arbeitsmarkt zählen.

Die Unterscheidung von Arbeitsmärkten hat für die Arbeitnehmer gravierende negative Auswirkungen. Arbeitnehmer des 2. Arbeitsmarktes werden in der Regel schlechter bezahlt und als Arbeitnehmer „zweiter Klasse“ betrachtet. Schon 1999 erhielt eine ABM-Kraft nur 80 % des tariflich vereinbarten Lohns. Junge Menschen, die keinen Ausbildungsplatz gefunden haben, müssen bereits mit der Inanspruchnahme von Leistungen zur Integration in den 2. Arbeitsmarkt nach der Schule mit Vorbehalten oder Vorurteilen rechnen.

Für die Gestaltung von Anbahnungsprozessen in Erwerbsarbeit im Zuge der Adaption ist es wichtig, die Leistungsträger, die Zugangsvoraussetzungen für die Leistungen, die den Arbeitnehmer bzw. arbeitslosen Menschen zustehenden, und das Spektrum der Leistungen zur Wiedereingliederung bzw. für die Übergangszeit bis zur Wiedereingliederung in Erwerbsarbeit zu kennen. Hierzu auch ausführlicher in den Merkblättern der Agentur für Arbeit 1 – 19, im SGB II, unter [www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de), im SGB IX, in „Hartz IV – Menschen in Arbeit bringen“ sowie im Anhang 2.

#### **Leistungsträger: Agentur für Arbeit**

Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist in aller Regel die **Bundesagentur für Arbeit (BA)** mit ihren Regionaldirektionen und **Agenturen für Arbeit** zuständig. Die BA ist der größte Dienstleister am Arbeitsmarkt. Als „...Körperschaft des Öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung führt sie ihre Aufgaben im Rahmen des für sie geltenden Rechts eigenverantwortlich durch...“ ([www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de)).

Bei drohender oder unmittelbar eingetretener **Arbeitslosigkeit** schätzt die Agentur für Arbeit Chancen und Risiken für die Vermittlung in erneute Erwerbsarbeit ein („Profiling“). Für Kurzzeitjobs (tageweise bzw. bis zu 3 Monaten) hält die Agentur für Arbeit die „**JOB-Vermittlung**“ vor. Seit 01.12.2003 steht Arbeitslosen ein Service-Portal im Internet unter [www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de) zu Verfügung.

Darüber hinaus prüft die Agentur für Arbeit die **Voraussetzungen** für den Bezug von **Arbeitslosengeld (Alg)** (siehe Anlage 2: Arbeitslosengeld). Zudem kann ein sich in einem Arbeitsverhältnis befindlicher Klient u. U. Anspruch auf **Teilarbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld** oder **Insolvenzgeld** haben und diesen ebenfalls bei der Agentur für Arbeit geltend machen.

**Finanzielle Hilfen** (z. B. für Bewerbungskosten oder Reisekosten) übernimmt die Agentur für Arbeit bis zu einer festgesetzten Höhe. Auf diese Leistungen gibt es allerdings keinen Rechtsanspruch. Zudem müssen die Leistungen beantragt werden, bevor sie entstehen.

Für die **Förderung einer Beschäftigungsaufnahme** können verschiedene Mobilitätshilfen und/oder ein **Vermittlungsgutschein** sowie eine **Arbeitnehmerhilfe** in Form eines Zuschusses zum Arbeitsentgelt gewährt werden.

Zu den Maßnahmen, die eine **Verbesserung der Eingliederungsaussichten** bewirken sollen, zählen Maßnahmen der Eignungsfeststellung und Trainingsmaßnahmen. Über eine **Berufsausbildungsbeihilfe** und einen **Bildungsgutschein** (vgl. dazu Was? Wie viel? Wer? 2004) soll die **Berufsausbildung** und **Berufliche Weiterbildung** gefördert werden. Darüber hinaus arbeitet die Agentur für Arbeit eng mit den **Integrationsämtern** und **Integrationsfachdiensten** zusammen.

Neben der regulären Vermittlung in ein Arbeitnehmerverhältnis werden folgende Möglichkeiten einer Erwerbsarbeit durch die Agentur gefördert<sup>17</sup>:

- **Gründung einer Ich-AG**  
Die **Ich-AG** (das sprachliche Unwort des Jahres 2002) gilt als Synonym für eine "kleine" Existenzgründung mit Förderung vom Arbeitsamt: Der kleine Kiosk an der Ecke, ein Blumenverkauf, der Kurierfahrer und viele andere Ein-Personen-Unternehmen und Minijobs können in Form einer "Ich-AG" betrieben werden. Im Rahmen der **Förderung der Gründung einer Ich-AG** zahlt das Arbeitsamt einen **Existenzgründungszuschuss** (siehe Anlage 2: Existenzgründungszuschuss und Überbrückungsgeld).
- **Vermittlung in einen Mini-Job**  
Die Einkommensgrenze für Mini-Jobs wurde im April 2003 von 325 Euro auf 400 Euro angehoben und auch die Abgaben auf die "Einkommen einer geringfügigen Beschäftigung" wurden neu festgelegt: So müssen Arbeitnehmer mit einem Einkommen bis 400 Euro weder Steuern noch Sozialabgaben zahlen; verdienen also Brutto für Netto. Ein 400-Euro-Job ist auch als Nebenbeschäftigung möglich. Arbeitgeber zahlen für den Mini-Jobber eine Pauschalabgabe von 25 % an die Mini-Job-Zentrale der Bundesknappschaft. Auch die Anmeldung von Mini-Jobbern durch die Arbeitgeber wurde wesentlich vereinfacht: Es reicht eine Meldung an die Mini-Job-Zentrale.

### **Unterstützung von erwerbsfähigen, hilfebedürftigen Arbeitssuchenden**

Für **erwerbsfähige, hilfebedürftige Arbeitssuchende**, wie es Klienten der Adaption häufig sind, geben die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende in ihren **Jobcentern** der **ARGE** (Arbeitsgemeinschaften) Unterstützung bei der Teilhabe am Arbeitsleben nach dem SGB II:

#### **1. HARTZ IV: Grundsicherung für Arbeitslose**

Mit dem Ziel, bis 2006 die Arbeitslosenzahlen zu halbieren, wurden bis heute vier HARTZ-Gesetze entwickelt. Das Zusammenlegen von Arbeitslosen- und Sozialhilfe wurde mit der am 01.01.2005 in Kraft getretenen „**Grundsicherung für Arbeitslose**“ vollzogen. Sie besteht aus vier Elementen (siehe Anlage 2: HARTZ IV – Elemente). **Ziel** der Eingliederungsbemühungen nach Maßgabe des SGB II ist es, den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen so schnell wie möglich und dauerhaft in den Arbeitsmarkt einzugliedern. Dazu wurde **Arbeitsgemeinschaften (ARGEN)** entwickelt. Deren zentrales Instrument, das **Jobcenter**, soll ohne Umwege und Umleitung auf andere Behörden und Ämter Betreuung und Hilfen aus einer Hand bieten.

Um ein Anwärter für Leistungen nach HARTZ IV zu sein, muss als **Zugangsvoraussetzung Erwerbsfähigkeit** erfüllt sein, d. h. man muss zwischen 15 und 65 Jahre alt sein und ohne Unterbrechung mindestens drei Stunden pro Tag arbeiten können. Kann ein Klienten diese Forderung nicht erfüllen, werden eher die Regelungen zum **Sozialgeld** (SGB II), soweit sie keine Anspruch auf Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) haben, relevant. **Sozialgeld** erhält, wer nicht erwerbsfähig ist und in einer Bedarfsgemeinschaft mit Empfängern von Alg II lebt. Dies sind vor allem minderjährige

<sup>17</sup> Diese und weitere Leistungen sind im Internet unter [www.arbeitsagentur](http://www.arbeitsagentur) näher beschrieben, können durch die Ansprechpartner der Arbeitsagenturen näher erläutert werden oder sind in jährlich überarbeiteten Informationsbroschüren der Arbeitsagenturen nach zu lesen.

Kinder. Die Höhe des Sozialgeldes ist mit der des Alg II identisch. Alle anderen erhalten weiter Sozialhilfe. Beide Leistungen werden monatlich im Voraus gezahlt und i. d. R. für 6 Monate bewilligt.

2. **Zusatzjobs/ Ein-Euro-Jobs:** sie zählen im Rahmen des HARTZ IV Gesetzes zum **Element Förderleistung** und sind vordergründig für Arbeitssuchende gedacht, deren Vermittlungschancen derzeit gering sind. Diese Arbeiten müssen **gemeinnützig** sein, im **öffentlichen Interesse** liegen und **zusätzliche Aufgaben beinhalten**, d. h. sie dürfen reguläre Arbeitsplätze nicht verdrängen. Zusatzjobs werden in Vereinen, Wohlfahrtsorganisationen, Kommunen usw. geschaffen. Arbeitslose mit Alg II-Bezug arbeiten in Schulen, sozialen Einrichtungen, Krankenhäusern, Bibliotheken etc. Die Arbeitszeit beträgt max. 30 Stunden pro Woche; der Job ist meist auf 6 Monate befristet. Diese Rahmenbedingungen werden jedoch in der Praxis z. T. mit sehr individuellen Auslegungen umgesetzt.

Auch wenn sie derzeit umstritten sind und Erfahrungen darauf verweisen, dass Zusatzjobs vielerorts zum Abzulösen oder Ersetzen regulärer Arbeit missbraucht werden, erscheint die Eingliederung von Klienten aus der Adaption in einen Zusatzjob unter bestimmten Bedingungen durchaus geeignet. Für Klienten kann ein Zusatzjob zum Testen der eigenen Grenzen und zum „Ausprobieren“ vorhandener Ressourcen und Kompetenzen genutzt werden. Positiver Nebeneffekt des ALG II: Empfänger, die einen Zusatzjob annehmen, erhalten ihre Mehraufwandsentschädigung zusätzlich zur Grundsicherung.

Zusatzjobs sind seit 2005 der Regelfall der öffentlich geförderten Beschäftigung. Daneben werden aber auch weiterhin **Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM)** geförderte. Diese allerdings ohne Arbeitslosenversicherung, d. h. nach Ablauf der ABM besteht kein erneuter Anspruch auf Alg.

Für Schwerbehinderte können darüber hinaus begleitende Hilfen im Arbeitsleben durch das **Integrationsamt** angeboten werden.

#### **Leistungsträger: private Zeitarbeitsfirmen und Arbeitsvermittlungen: Personal-Service-Agentur (PSA)**

PSA sind seit 01.01.2003 sowohl für die Agenturen für Arbeit als auch für Betriebe Dienstleister. Zwischen den durch die BA vermittelten Arbeitslosen und der PSA wird ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis abgeschlossen. Im Gegensatz zu Zeitarbeitsfirmen arbeiten PSAs nicht stellenorientiert, sondern vermittlungsorientiert. Sie finanzieren sich aus den Entleihgebühren und der Förderung der BA und sind deshalb daran interessiert, die „entlehnten“ Arbeitslosen schnell in ein ungefördertes Beschäftigungsverhältnis zu vermitteln.

Klienten bzw. Arbeitslose mit Anspruch auf Arbeitslosengeld (Alg) erhalten auf Wunsch von ihrer Arbeitsagentur einen **Vermittlungsgutschein** in Höhe von bis zu 2000,00 € und können so die Dienstleistungen von Personal-Service-Agenturen und privaten Arbeitsvermittlungen ihrer Wahl in Anspruch nehmen. Der Bezug eines Vermittlungsgutscheines ist nur möglich, wenn Arbeitslose mit Anspruch auf Alg nicht innerhalb von mindestens 6 Wochen von der Agentur bzw. von einem privaten Vermittler vermittelt wurden. Maßgebend ist zugleich die Dauer der Arbeitslosigkeit, die auf mindestens drei bzw. zehn Monate festgelegt wurde (Diese Angabe variiert in den Infobroschüren!).

Erfahrungen zeigen allerdings, dass ehemals Arbeitslose häufig innerhalb von 1-3 Monaten wieder arbeitslos werden - eine Nachhaltigkeit der Vermittlung in Erwerbsarbeit damit nicht immer gesichert ist. Anspruch auf den Vermittlungsgutschein haben auch alle Arbeitnehmer, die in Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM) oder traditionellen Strukturanpassungsmaßnahmen (SAM laufen bis Ende 2005 aus) beschäftigt sind. Der Gutschein kann beim Arbeitsamt persönlich abgeholt oder formlos per Telefon, Brief, Fax oder E-Mail unter Angabe der Kunden-Nummer angefordert werden. Mit dem Vermittlungsgutschein kann der Arbeitslose bzw. Arbeitnehmer einen oder mehrere private Arbeitsvermittler einschalten.

Jeder Vermittler, der bereit ist, für den Gutscheinbesitzer tätig zu werden, ist verpflichtet, mit ihm einen **schriftlichen Vermittlungsvertrag** zu schließen, aus dem insbesondere die **Vermittlungsvergütung** hervorgeht, die der Arbeitslose bzw. Arbeitnehmer zu zahlen hat. Erlaubt ist maximal der im Vermittlungsgutschein genannte Betrag (einschließlich Umsatzsteuer)<sup>18</sup>.

Vermittlung „bundesweit auf Zeit“ ist das Motto für **Zeitarbeitsfirmen**, mit dem der Arbeitslose Firmen angeboten wird. Erfolgt ein Einsatz, wird ein Teil des Lohnes an die Zeitarbeitsfirma abgeführt. Der Klient muss für diesen Zweck sehr flexibel sein, auf persönliche Belange, individuelle Eigenheiten, soziale Bezüge, Familie und Partnerschaft wird in diesen Arbeitsverhältnissen wenig Rücksicht genommen. Insofern ist ausdrücklich zu prüfen, ob diese Maßnahme für den jeweiligen Klient wirklich geeignet ist!

<sup>18</sup> Der vermittelte Arbeitslose bzw. Arbeitnehmer muss diesen Betrag jedoch nicht selbst zahlen. Die Vermittlungsvergütung ist vielmehr kraft Gesetzes bis zur Auszahlung des Gutscheins durch die Arbeitsagentur an den Vermittler gestundet.

### **Rehabilitationsmaßnahme (BfW/BBW)**

Bei den Klienten, die arbeitslos sind oder ihren alten Beruf aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen nicht mehr ausüben können, sollten bei einer möglichst großen Anzahl sowohl [Berufsausbildung](#) als auch Trainingsmaßnahmen und Praktika in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes angestrebt werden. Dort, wo dies jedoch nicht möglich ist, insbesondere bei neuen Berufsausbildungen, kann zunächst auch eine institutionelle Berufsförderung in einem [Berufsförderungswerk \(BfW\)](#) oder einem [Berufsbildungswerk \(BBW\)](#) eine realistische Perspektive sein. Wie bei sonstigen Rehabilitationsmaßnahmen kann es zudem auch sinnvoll sein, zunächst einen freien Träger der beruflichen Rehabilitation für die "Aufschulung" zu gewinnen (vgl. [www.reha.de](http://www.reha.de)).

### **Leistungsträger: Integrationsamt**

**Integrationsämter** (früher Hauptfürsorgestellen) leisten Unterstützung und Beratung für Menschen mit Behinderungen<sup>19</sup> und deren Arbeitgeber bzw. zukünftige Arbeitgeber (siehe Anlage 2: Aufgaben der Integrationsämter). Die gesetzliche Grundlage dafür ist das SGB IX.

Der in § 102 Abs. 2 SGB IX formulierte Auftrag der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben wird durch die **Integrationsfachdienste** ausgeführt. Dabei sind auch die bisher an der Durchführung der Aufgaben beteiligten „psychosozialen Dienste“ freier gemeinnütziger Einrichtungen und Organisationen beteiligt. **Integrationsfachdienste** wurden wohnortnah und bundesweit flächendeckend geschaffen<sup>20</sup>, um für schwerbehinderte Menschen „...die Aufnahme, Ausübung und Sicherung einer Beschäftigung zu ermöglichen.“ (vgl. SGB IX. Beratung Leistung Chancen, S.58)

Mit dem Ziel in Arbeit zu vermitteln oder vor Arbeitslosigkeit zu bewahren, bieten Integrationsfachdienste vielfältige Hilfen speziell „...für Menschen mit geistigen und seelischen Behinderungen und für Menschen mit schwerer Körper-, Sinnes- oder Mehrfachbehinderung...“ (vgl. SGB IX Beratung Leistung Chancen, S. 59) an. Sie ermitteln die Fähigkeiten der Kunden, suchen geeignete Arbeitsplätze, bieten Qualifizierungen, unterstützen in Krisensituationen und sind Ansprechpartner für Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Sie sollen auch helfen, Menschen aus geschützten Werkstätten in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu vermitteln (siehe Anlage 2: Aufträge der Integrationsfachdienste). Wer schnell Rat sucht, kann sich direkt an einen Integrationsfachdienst wenden. Längerfristige Hilfen müssen durch die ARGE, von den Integrationsämtern oder einem anderen Rehabilitationsträger beauftragt werden.

Mit dem 2001 in Kraft getretenen SGB IX sind gemeinsame **Servicestellen** aller Rehabilitationsträger ins Leben gerufen worden. Ziel ist die Information über Leistungsvoraussetzungen und Leistungen und die Klärung des persönlichen Bedarfs aus einer Hand. Ist man sich nicht sicher, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist, ist die Servicestelle der richtige Ansprechpartner. Sie sorgt dafür, dass Menschen mit Behinderungen und von Behinderung Bedrohte schnelle, unbürokratische Hilfen und Unterstützungen erhalten, ohne von Behörde zu Behörde weitergereicht zu werden. Innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung muss entschieden sein, wer der richtige Rehabilitationsträger ist. Spätestens der 2. Träger muss innerhalb bestimmter Fristen über den Antrag entscheiden.

Darüber hinaus können Menschen mit Behinderungen auch weiterhin die Leistungen von Beratungsstellen der einzelnen Rehabilitationsträger in Anspruch nehmen.

### **6.3.4.2 Arbeit und Beschäftigung im freiwilligen Engagement**

Begriffe und Slogan wie der „Dritte Sektor“, „**Tätigkeitsgesellschaft statt Erwerbsgesellschaft**“ werden genutzt, wenn es um unentgeltliche Arbeit geht. Aufgrund einer großen Vielfalt und umfangreichen

<sup>19</sup> „Von **Behinderung** spricht man, wenn körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und diese Einschränkung die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nicht nur vorübergehend beeinträchtigt...“ (vgl. SGB IX, Beratung Leistung Chancen. 2005. S. 6). Das tatsächliche Vorliegen einer Behinderung kann nur individuell und unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls beurteilt werden.

Von einer drohenden Beeinträchtigung spricht man, wenn eine derartige Beeinträchtigung noch nicht vorliegt, aber zu erwarten ist. „...**Schwerbehindert**, im Sinne des SGB IX, sind Menschen, wenn der Grad ihrer Behinderung (GdB) wenigstens 50 % beträgt ... Der GdB wird nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen und abgestuft nach Zehnergraden von 20 % bis 100 % definiert. Dabei werden einzelne Beeinträchtigungen nur berücksichtigt, wenn sie für sich allein einen GdB von mindestens 10 % ausmachen würden.“ (vgl. SGB IX Beratung Leistung Chancen. 2005. S. 8).

<sup>20</sup> Um eine behinderungsspezifische Beratung und Betreuung zu gewährleisten, ist der Integrationsfachdienst bisweilen gegliedert in Fachdienste für psychisch behinderte, gehörlose, blinde, geistigbehinderte oder körperbehinderte Personen. Integrationsfachdienste müssen über eine spezifische Berufsqualifikation, eine psychosoziale Zusatzqualifikation, ausreichende Berufserfahrung und eine entsprechende Ausstattung verfügen.



Differenzierungen der verschiedenen Tätigkeitsfelder, gibt es in Deutschland noch keinen allgemein akzeptierten Oberbegriff für das Gesamtfeld unentgeltlicher Arbeit.

**Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftliches Engagement** sind teils konkurrierende Begriffe für die freiwillige aktive Beteiligung in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen. Da sich die folgenden Ausführungen zum Thema hauptsächlich auf eine 1999, vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Bmfsj) in Auftrag gegebene, repräsentative Erhebung (Kurzbezeichnung: Freiwilligen survey 1999) stützen, wird hier der darin favorisierte Oberbegriff „**Freiwilligen Engagement**“ verwendet, der sich inhaltlich hauptsächlich aus dem Verständnis der Begriffe „freiwillig“ und „Engagement“ speist.

Wenn man vom **Freiwilligen Engagement** spricht, ist soziales und politisches Engagement, die Übernahme von Ämtern und Funktionen in gesellschaftlichen Institutionen und Organisationen, das Engagement in Selbsthilfegruppen, Initiativen, Projekten usw. gemeint. Dabei sind die favorisierten Felder Sport und Bewegung sowie Schule und Kindereinrichtungen. Der sozialpolitische Bereich wird bisher deutlich weniger unterstützt. So arbeiten zum Beispiel alleine für den [Deutschen Kinderschutzbund](#) ungefähr 10.000 Ehrenamtliche und leisten damit einen enormen Beitrag zur Arbeit des Kinderschutzbundes.

Wenngleich Deutschland eine vergleichsweise gering ausgeprägte Kultur freiwilligen Engagements hat, engagieren sich immerhin 34 % aller deutschen Bürger über 14 Jahre in ihrer Freizeit mit durchschnittlich 15 Stunden monatlich ehrenamtlich. Ein weiteres Drittel der Bundesbürger besucht Vereine oder Gruppen, ohne ehrenamtliche Tätigkeiten zu übernehmen. Der Erhebung zufolge engagieren sich mit 38 % mehr Männer als Frauen (30 %) ehrenamtlich. Auch mit Blick auf den zeitlichen Aufwand engagieren sich Männer mehr als Frauen. Ein Grund dafür scheint die Einbindung der Frau in Beruf und Familie zu sein. Es gibt auch wesentliche regionale Unterschiede: Der niedrigste Einsatz findet in Großstädten, das höchste Engagement findet in kleinen Gemeinden statt. Unterschiede gibt es auch zwischen Ost und West. Während in Ostdeutschland ein ehrenamtliches Engagement von 28 % der Befragten angegeben wurde, äußerten sich dazu in den alten Bundesländern 35 %.

Der prozentuale Anteil der arbeitslosen Menschen, die ein Ehrenamt begleiten, ist im Gegensatz zur arbeitenden Bevölkerung niedriger. Deutlich wird auch, dass sich Arbeitslose auch weniger in Vereinen, Gruppen, Nachbarschaft und in der Öffentlichkeit bewegen. Wenn sie sich ehrenamtlich engagieren, dann jedoch meist mit einem höherem Zeitaufwand als andere.

Neben dem freiwilligen Engagement gibt es auch Ehrenämter, zu denen verpflichtet werden kann und die übernommen werden müssen, z. B. die Berufung eines [Bürger](#) als [Schöffen](#) durch das [Gericht](#) und damit als ehrenamtlicher Richter. Auch eine ehrenamtliche Tätigkeit als Wahlhelfer ist verpflichtend, wenn die [Gemeinde](#) jemanden dazu bestimmt.

### **Wichtige Merkmale einer ehrenamtlichen Betätigung**

Freiwilliges Engagement ist **meist unbezahlt** oder wird gegen eine geringe Aufwandsentschädigung geleistet. Jeder Dritte Helfer erhält eine Kostenerstattung in Form einer pauschalierten Aufwandsentschädigung (z. B. Übungsleiterfreibetrag), in Form eines Einkommens aus geringfügiger Beschäftigung oder als Honorar. 1999 lagen die Erstattungen meist unter 100,- DM monatlich, sehr selten über 300,- DM. Die Bedeutung der finanziellen Vergütung wird von den einzelnen Helfern sehr unterschiedlich bewertet und empfunden.

Freiwilliges Engagement ist häufig geprägt von **sporadischen bis regelmäßigen Einsätzen** sowie einer hohen Fluktuation, d. h. Eintritt, Austritt, Wiedereintritt, was den Einsatz für die jeweilige Organisation schwierig gestalten kann.

Freiwilliges Engagement **findet immer in sozialen Bezügen statt**. Die durch die Helfer übernommenen Aufgaben sind immer wichtig für die jeweilige Gruppe bzw. Organisation, aber auch für die Identität der betreffenden Person selbst (8 von 10 Befragten sehen die Tätigkeit als wichtigen Teil ihrer selbst).

Ehrenamtliche Mitarbeiter engagieren sich bundesweit in Vereinen, sozialen Diensten, in der Kirche oder anderen Organisationen für eine Sache, die ihnen besonders am Herzen liegen. Ehrenamtliche Arbeit ist häufig unpolitisch und beinhaltet vielfach Gemeinschaftsaktivitäten im persönlichen Umfeld.

**Motive** für den freiwilligen Einsatz sind meist altruistisch: etwas für andere Menschen, das Gemeinwohl zu tun. Daneben spielt der Spaßfaktor und die Möglichkeit, soziale Kontakte zu knüpfen und zu pflegen, eine zentrale Rolle. Freie Zeit und Energie für gemeinschaftliche Arbeit einzusetzen, bedeutet auch immer, sich selbst zu verwirklichen. Letztendlich kann aber auch ein möglicher beruflicher Nutzen ausschlaggebend dafür werden, ehrenamtlich tätig zu sein.

Die **Rahmenbedingungen** für ehrenamtliche Tätigkeiten sind häufig sehr unterschiedlich organisiert. Mit 50 % ist die häufigste Organisationsform an Vereine und Verbände gebunden. Es folgen Kirchen und religiöse Gemeinden mit 14 %, 11 % kommunale, staatliche Einrichtungen. Nur 4 % engagieren sich in Parteien und 2 %

in der Gewerkschaft. Darüber hinaus haben Selbsthilfegruppen, selbst organisierte Gruppen, Initiativen und Projekte mit 13 % einen eher informellen Organisationscharakter.

An ehrenamtliche Helfer werden, je nach Aufgabengebiet, häufig sehr hohe **Anforderungen** gestellt. Viele soziale Organisationen und Einrichtungen sind aus finanziellen Gründen auf ehrenamtliche Hilfe angewiesen. Daher haben die Helfer über kurz oder lang den Status eines „normalen“ Mitarbeiters. Insofern sind auch Weiterbildungen von großer Bedeutung, die allerdings bisher nur etwa 50 % der Helfer zugänglich waren. Die meisten ehrenamtlichen Mitarbeiter finden den **Zugang** zum Freiwilligeneinsatz über Freunde und Bekannte. Medien und bereits Engagierte, die gezielt für den Einsatz in ihrer Gruppierung werben, können ebenso Impulse für ein Engagement geben. Noch zu selten sind Info- und Kontaktstellen vorhanden oder öffentlichkeitswirksam in Szene gesetzt (siehe Anlage 2: Beispiel für Freiwilligenengagement der bagfa), so dass diese dementsprechend selten genutzt werden.

Freiwilliges Engagement ist in Deutschland anders als bspw. in den USA gewachsen und demzufolge lange nicht so anerkannt, selbstverständlich und akzeptiert. Im Hinblick auf die Zukunft von Erwerbsarbeit macht es in der Adaption jedoch Sinn, die Bereitschaft zu ehrenamtlicher Arbeit anzubahnen. Für die Klienten einer Adaptionseinrichtung wäre es u. U. hilfreich, durch das Mitarbeiter-Team auf Möglichkeiten dieser Betätigung vorbereitet zu werden. Das kann bspw. in Kooperation mit Ehrenamtsbörsen, Vereinen und Verbänden o. ä. Einrichtungen geschehen. Ein Zugang durch ehemalige Klienten, die sich bereits ehrenamtlich engagieren, erscheint hier optimal.

#### **6.3.4.3 Anbahnung von Beschäftigung durch Netzwerkarbeit-Verbundsysteme**

Oberstes Ziel jeder medizinischen Rehabilitation ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Mit dem Ziel, Kosten zu mindern und vorhandene Ressourcen im Sinne der Klienten effektiv zu nutzen, bilden sich vielerorts **Verbundsysteme**. Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten, Beratungsstellen, Arbeitsagenturen etc. bildet die Grundlage für eine gelingende Zusammenarbeit: Oft hilft schon, „voneinander zu wissen“ und dieses Wissen für den Klienten zugänglich zu machen.

Der Zugang zu Angeboten der Suchtkrankenhilfe in Form von Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen etc. vor allem in ländlichen Gegenden ist aufgrund mangelnder Mobilität häufig schwierig oder gar nicht zu bewältigen. Unter diesen Bedingungen sind formal zwar Angebote für ehemalige Klienten vorhanden, bedingt durch weite Entfernungen sind Betroffene aber während einer sich entwickelnden Krise oder bei notwendig werdenden Hilfe- und Unterstützungsleistungen mitunter auf sich allein gestellt. Übergreifende, integrative Angebote für sehr verschiedene Betroffenenengruppen mit ähnlichen Problemkonstellationen können hier sinnvoll und zugleich entstigmatisierend sein, wenn das jeweilige Angebot je nach Erfordernis (fachlich) unterstützt wird.

Anbahnungen von Kontakten zu diesen Netzwerken und Verbundsystemen gehören deshalb mit zu den Aufgaben des Mitarbeiterteams der Adaption. Informative und verständliche Aushänge in der Einrichtung sind erste Schritte, um die Klienten bei ihren Kontaktversuchen in Netzwerke ihrer Heimatregion zu unterstützen und sich mit den angebotenen Dienstleistungen der Verbundsysteme vertraut zu machen.

Der **Nutzen von Verbundsystemen kann für das Klientel** hoch sein, wenn die (Dienst-)Leistungen der Einrichtungen aufeinander abgestimmt sind, nicht auf Konkurrenzstrukturen hinauslaufen und geprägt sind von:

- flexibler, bedürfnisnaher Unterstützung
- schneller Erreichbarkeit
- differenzierten, individuellen Hilfen
- niedrighschwelligem Zugangsbedingungen

Der **Nutzen für die im Verbundsystem eingegliederten Partner** ergibt sich durch:

- eine entstehende höhere Fachkompetenz der Mitarbeiter
- den bedarfsorientierten Einsatz des Personals
- Einsparpotentiale, weil das Miteinander vertraglich geregelt ist
- eine höhere Auslastung und Inanspruchnahme, wenn Leistungen durch Überweisungen und Vermittlung stärken nachgefragt werden

**Basis** jeden Verbundsystems sind:

- Gemeinsame Ziele
- klare Aussagen zur Zugehörigkeit zu einem Verbundsystem

- die Klärung der Prinzipien und Handlungsmuster der Partnerschaften, durch die eine verbindliche Zusammenarbeit und vertragliche Absicherung der beteiligten Einrichtungen und Institutionen vorgenommen werden

Im Rahmen der Gestaltung der Adaption steht das Mitarbeiterteam vor der Herausforderung, an derartigen Netzwerken und Verbundsystemen mitzuwirken bzw. sogar selbst Initiator einer solchen Form von Zusammenarbeit zu sein. Mögliche **Partner** für die Reha-Klinik „Alte Ölmühle“ sind:

- Ehrenamtsbörsen
- Ärzte/Psychotherapeuten
- Kontaktstellen
- Beratungsstellen (Sucht-, Drogen-, Schuldner-, Erziehungsberatung usw.)
- Selbsthilfegruppen
- Gesundheitsamt
- Psychiatrie
- Komplementäre Hilfen
- Arbeitsagentur und ARGE mit Jobcenter
- Betreutes Wohnen/ betreute Wohnformen
- Allgemeinkrankenhäuser – Soziale Dienste
- Aids-Hilfe
- Sozialämter/Jugendämter/Ausländeramt (vgl. Böhm 2000)

Mit gemeinsamen Zielen können bereits vorhandene Angebote auf die Bedürfnislage des Klienten abgestimmt werden. Gemeinsam können Selbsthilfeprojekte unterstützt bzw. angeschoben werden und Projektansätze und Kooperationen, Modellkonzeptionen z. B. unter Beteiligung von Betrieben, Industrie- und Handelskammern, Kommunen, den Landschafts- und Wohlfahrtsverbänden, Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit entwickelt und umgesetzt werden.

Vordergründig sinnvoll ist ein Kooperation mit der **örtlichen Arbeitsagentur und der ARGE**, mit deren Hilfe über Möglichkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes informiert, Mitarbeiter und Kollegen aus Ehrenamtsbörsen, Selbsthilfegruppen, Betrieben und Einrichtungen eingeladen und Workshops oder Besuche vor Ort angebahnt werden.

Auf diese Weise kann es gelingen, Klient zu ermutigen und zu motivieren, trotz Beeinträchtigung, die sich aus dem angespannten Arbeitsmarkt, aber auch aus den individuellen Leistungseinbußen ergeben, tragfähige Zukunftsvorstellungen zu entwickeln.

Unabhängig von dem Bemühen um Integration in Erwerbsarbeit ist jedoch auch ein Realitätssinn dahin zu entwickeln, dass es für einige Klienten kaum möglich sein wird, wieder in eine reguläre Erwerbsarbeit zu finden. Insofern ist in der Adaptionphase auch in den Blick zu nehmen, dass Klienten auf ein Leben ohne Erwerbsarbeit vorbereitet werden müssen.

Gerade in Anbetracht solcher Perspektiven werden Zugänge zu Verbundsystemen und Netzwerken besonders wichtig. In der Vielfalt der kooperierenden Bezüge wird es möglich, für den einzelnen Klienten nachvollziehbar werden zu lassen, wie er seinen Lebensunterhalt möglicherweise auch ohne „Vollzeitarbeit“ absichern kann, wer dabei seine Ansprechpartner sind, wie er dennoch „seine“ befriedigende Beschäftigung finden kann und welche Gestaltungsmöglichkeiten es auch in seinem Leben gibt.

Deutlich wird, dass die Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Grenzen einer Vermittlung in Arbeit nicht das ausschließliche Ziel hat, wieder eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen, sondern allgemein Lebensperspektiven zu verändern bzw. zu erweitern, Motivation für die Gestaltung des Leben zu finden und Varianten zu entdecken und zu erarbeiten, wie auch mit einem geringem Einkommen befriedigend gelebt werden kann, wie mit freier Zeit umzugehen ist usw.

### 6.3.5 Arbeit und Beschäftigung durch Selbsthilfe (Juana Stöhr, BBS 11)

#### 6.3.5.1 Zweckbetriebe

Als eine besonders geeignete Art der Arbeit durch Selbsthilfe haben sich die Zweckbetriebe herausgestellt. Ein Zweckbetrieb ist meist eine von einem gemeinnützigen Verein betriebene Firma, die Zwecken des Allgemeinwohls dient. Sie ist geregelt nach § 65 der Abgabenordnung und unterliegt somit nicht der Zahlung von Körperschaftsteuer. Die Umsatzsteuer ist auf 7% reduziert. Ausführlichere Informationen und Beispiel haben wir im Internet unter <http://www.steuerlexikon-online.de/Zweckbetrieb.html> gefunden.

Einige gelungene Beispiele von Zweckbetrieben werden im Folgenden vorgestellt.

### **Elrond e.V**

Der Verein Elrond e.V., finanziert sein Suchthilfeprojekt zu großen Teilen von den Einnahmen aus dem Zweckbetrieb. Die Mitglieder des Vereins bieten Gartenarbeit aller Art, die Vorbereitung, Organisation und Durchführung von Umzügen, die Abholung und Einlagerung von Möbeln und Entrümpelungen an.

### **Elrond e.V.**

Tannenburgstr. 65  
49084 Osnabrück  
Telefon: 0541/ 7 25 77  
Telefax: 0541/ 7 25 91  
E-Mail: [info@elrond-osnabrueck.de](mailto:info@elrond-osnabrueck.de)  
Internet: <http://www.elrond-os.de>

### **Cafe Seidenfaden in Berlin**

Das Cafe Seidenfaden ist ein Projekt des Vereins FrauSuchtZukunft e.V. in Berlin. Es ist ein öffentliches Drogen- und Alkoholfreies Cafe, das auch einen Cateringservice anbietet. Für einen Teil der Klienten bietet es einen Arbeitsplatz, für die Anderen ist es ein Treffpunkt zum Austauschen von Informationen, zur Erhaltung der sozialen Kontakte und eine Möglichkeit die angebotenen Freizeitaktivitäten zu Nutzen.

### **FrauSuchtZukunft**

Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V.  
Dircksenstraße 47  
10178 Berlin-Mitte  
Fon: 030-282 41 38  
Fax: 030-282 86 65  
S-Bhf Hackescher Markt  
U-Bhf Weinmeisterstraße

### **Suchthilfe Fleckenbühl**

Die Suchthilfe Fleckenbühl betreibt in der Nähe von Marburg seit 1984 einen Bauernhof, der landwirtschaftlich „biologisch – dynamisch“ betrieben wird. Es werden verschiedenen Getreidearten angebaut und Milchvieh gehalten. Die gewonnenen Produkte werden selbst weiterverarbeitet, zur eigenen Ernährung verwendet und in den zur Einrichtung gehörenden Läden verkauft. Alle anfallenden Arbeiten werden von derzeitigen und ehemaligen Süchtigen ausgeführt. Es besteht auch die Möglichkeit, auf eine Ausbildung oder Qualifizierung zu erwerben. Es gibt darüber hinaus auch noch eine Töpferei auf einem der Höfe, die im Kapitel „Wohnen“ schon näher vorgestellt wurden. Alle Einnahmen fließen wieder in die Suchthilfe zurück.

### **Ansprechpartner:**

**Position:** Betriebsleitung  
**Name:** Dirk Gärtner  
**Telefon:** 06427/9221-118  
**Mobil:** 0163/822 06 66  
**eMail:** [d.gaertner@suchthilfe.org](mailto:d.gaertner@suchthilfe.org)

### **Suchthilfe Hof Fleckenbühl**

Strasse: Hof Fleckenbühl  
PLZ/Ort: 35091 Cölbe - Schönstadt  
Telefon: 06427/9221-0  
Fax: 06427/9221-50

## **Suchthilfe Frankfurt - Bamberger Hof**

Strasse: Kelsterbacher Straße 14  
PLZ/Ort: 60528 Frankfurt - Niederrad  
Telefon: 069/949449-10  
Fax: 069/949449-99  
eMail: [info@suchthilfe.org](mailto:info@suchthilfe.org)  
Internet: [www.suchthilfe.org](http://www.suchthilfe.org)

### **Die Zweckbetriebe von Synanon**

Die Stiftung Synanon verfügt über ein sehr vielfältiges Angebot an Zweckbetrieben. Alle Stellen der Zweckbetriebe sind von derzeitigen und ehemaligen Klienten besetzt. Die Stiftung betreibt:

- einen Catering – Zweckbetrieb
- eine Druckerei
- einen Reinigungszweckbetrieb
- einen Tischlereizweckbetrieb
- einen Fachverlag
- einen Umzugszweckbetrieb
- eine Sanitär- und Heizungszweckbetrieb
- einen Wäschereizweckbetrieb
- einen Vermarktungs- bzw. Vertriebszweckbetrieb

Auch hier können Qualifikationen und Ausbildungsabschlüsse erworben werden. Alle Einnahmen fließen wieder in die Stiftung zurück. Die Produkte und Dienstleistungen werden für die eigene Stiftung genutzt und der Öffentlichkeit angeboten.

Kontakt und weitere Informationen sind zu erhalten unter:

Stiftung Synanon  
Bernburger Straße 10  
D-10963 Berlin  
Telefon: 030 / 550 00 - 200  
Telefax: 030 / 550 00 - 222  
[http://www.synanon.de/frame\\_st.htm](http://www.synanon.de/frame_st.htm)

### **6.3.5.2 Arbeits- und Beschäftigungsprojekte**

#### **mudra e.V. in Nürnberg**

Arbeitsprojekte gibt es bei Mudra bereits seit 20 Jahren. Gestartet ist der in Bayern ansässige Verein mit einem Waldprojekt, bei dem Drogenkonsumenten beschäftigt wurden.

Hinzu kamen eine Kunstwerkstatt, ein Garten- und Landschaftsbaubetrieb und ein Projekt für Tagesjobs. Somit konnte auch berufliche Qualifizierung angeboten werden.

Beschäftigt werden in den Projekten ehemalige Drogenkonsumenten, Substituierte und bei Tagesjobs auch akute Konsumenten.

In den Integrationsprojekten sollen durch Arbeit, Qualifizierung und festes Einkommen neue Lebens- und Berufsperspektiven realisiert werden. Die Bearbeitung der Drogenproblematik und der Versuch sich körperlich und physisch zu stabilisieren wird unter Alltagsbedingungen unterstützt.

Insgesamt stehen den mudra-arbeitsprojekten derzeit 20 Vollzeit-, 4 Teilzeitstellen und 25 Zuverdienststellen im Rahmen der Drogenhilfe und beruflichen Integration zur Verfügung:

Zuverdienstleistungsstellen:

Bei mudra-tagesjob (20 Stellen) werden vorwiegend akute und substituierte DrogenkonsumentInnen tageweise, auf 300 € -Basis beschäftigt. Im mudra-garten & landschaftsbaubetrieb (5 Stellen) werden Therapieabgänger und Nachsorgeklienten auf Basis von 300 € -Verträgen beschäftigt. Ziel ist hier der Wechsel auf eine Vollzeitstelle im Betrieb mit anschließender Qualifizierung oder Ausbildung im Garten- u. Landschaftsbau.

Voll- und Teilzeitarbeitsplätze:

- befristete Beschäftigung in Vollzeit auf Basis von ABM-, SAM-Stellen
- befristete Beschäftigung in Teilzeit für Frauen
- befristete Stellen ohne öffentliche Finanzierung
- Dauerarbeitsplätze für Drogenkonsumenten mit Schwerbehinderung

- Ausbildungsplätze im Garten- und Landschaftsbau

Die pädagogische Betreuung erfolgt in allen vier Projekten betriebsintern durch sozialpädagogische Fachkräfte. Neben Fragen aus der Arbeitspraxis und beruflichen Rehabilitation stehen Problemlagen der ExuserInnen wie beispielsweise Schuldensituation, HIV-Infektion, Aufarbeitung der Drogenproblematik, Rückfallgefährdung, Wohnungsprobleme, Vorstrafen, Langzeitarbeitslosigkeit, mangelnde berufliche Qualifikation, Beziehungen und andere akute Konflikte im Mittelpunkt der Betreuung.

**tagesjob.**

Umzüge, Transporte, Entrümpelungen, Wohnungsaufösungen, Gebrauchtwarenverkauf, sonstige Dienstleistungen

**waldprojekt.**

Waldarbeiten, Brennholz, Rinden- und Holzbriketts, Grob-Naturholzmöbel: Bänke und Tische

**kunstwerkstatt.**

Modeschmuck, Ohringe, Ohrhänger, Broschen, Haarspangen u.a., Näharbeiten

**garten & landschaftsbaubetrieb.**

Dienstleistungen für den Garten, Gartenplanung und Ausführung, Pflasterarbeiten mit Natursteinen [Wege, Terrassen, Einfahrten und Trockenmauern], Holzarbeiten [Zaunbau, Pergolen, Rankhilfen], Baumfällung und Gehölzschnitt, Stauden- und Gehölzpflanzungen, Pflegearbeiten, Rasenanlage

Fachliche Beratung durch Ingenieure und Meister wird bei allen auszuführenden Arbeiten organisiert. (vgl. website: mudra)

## 6.4 Unterstützungssegment „Familie und Lebensformen“ (Silvia Schulze, BBS 11)

### 6.4.1 Notwendigkeit von Unterstützung

Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen ist nicht der problematisch Trinkende allein von Alkoholproblemen betroffen. Problematisches Trinken wirkt sich immer auch auf gesamte soziale Umfeld aus. Während über den problematisch Trinkenden in der Öffentlichkeit vielfach diskutiert wird, rücken die Probleme der Angehörigen kaum in das öffentliche Interesse. Dabei bilden sie eine weitaus größere Gruppe als die problematisch Trinkenden selbst. Werden zu jedem Suchtkranken bzw.- gefährdeten im Durchschnitt nur drei Angehörige gezählt, sind in Deutschland fast elf Millionen Angehörige mehr oder weniger stark von Alkoholproblemen mitbetroffen (vgl. Körte 1999). In der Regel erstreckt sich der Leidensdruck der Angehörigen über Jahre und wird zu einer Belastung, die allein kaum bewältigt werden kann.

Das Einbeziehen des sozialen Netzwerkes in die Behandlung problematisch Trinkender spielt in Deutschland immer noch eine untergeordnete Rolle. Die Erkenntnis, dass Angehörige dazu beitragen können, die Sucht aufrechtzuerhalten und deshalb in die Arbeit mit einbezogen werden müssen, hat sich zwar durchgesetzt, aber Angehörige sind mehr als nur Beteiligte an der Interaktion mit dem Suchtkranken, sondern oft selbst stark in ihrer physischen, psychischen und sozialen Gesundheit gefährdet.

Der Prozess der Suche nach Hilfe und Unterstützung ist zudem belastet durch das weit verbreitete Stigma, Angehörige von Abhängigen seien die Verursacher der Krankheit oder Saboteure der Genesung (vgl. Rennert, 1990). Angehörige sind aber Menschen, die selbst in einer Situation gefangen sind, welche kränkt oder krank machen kann.

Lange Zeit wurde geglaubt, dass das Problem des exzessiven Trinkens in der Familie bzw. Wohn- und Lebensgemeinschaft gelöst sei, wenn nicht mehr getrunken wird. Festzustellen ist aber immer wieder, dass die Partner sich in ihrem Denken und Fühlen ganz auf eine trinkende Person eingestellt haben und positive Veränderungen nicht mitvollziehen können. Viele Ehen und Partnerschaften scheitern erst, nachdem ein Trinkender sein exzessives Trinken unter Kontrolle gebracht hat.

Auch vor dem Hintergrund einer systemischen Wahrnehmung reicht es nicht aus, wenn sich in einer Familie nur der Trinkende ändert. Der andere Partner entwickelt Denk- und Gefühlsstörungen im Zusammenleben mit einem Trinkenden, die denen der alkoholkranken Person ähneln, wodurch sich die Beziehungsstörungen aufschaukeln, diese nachhaltig beschädigen und zerstören und damit schließlich jeden Beteiligten in eine Lebenskrise stürzen können.

Eine solche Krise führt zu Verletzungen, Kränkungen und nicht selten zu schwerwiegenden Schädigungen oder auch Erkrankungen auch bei den Angehörigen. Deshalb müssen relevante Bezugspersonen in den Prozess der Adaption einbezogen werden. Entsprechend den dieser Konzeption zugrunde liegenden Menschenbildern sollte man den Betroffenen, den Klienten wie den Angehörigen, menschliche Wertschätzung und Anerkennung ihrer positiven Seiten entgegen bringen, so dass es ihnen leichter möglich ist, sich aus ihren Illusionen, wechselseitigen Verstrickungen sowie Abwehr- und Anspruchshaltungen zu befreien.

Die exzessives Trinken hat Auswirkungen auf alle primären Sozialbezüge. Zu den wichtigsten davon tangierten Netzwerke zählen:

- Lebensgemeinschaft bzw. Ehe,
- Kinder,
- Herkunftsfamilie,
- Geschwister,
- Freundeskreis
- Nachbarschaft
- Kollegen.

**Lebensgemeinschaft bzw. Ehe:** In der Lebensgemeinschaft ist es vor allem der Partner, der dem Trinkenden am nächsten ist und unbewusst und aus verschiedenen Motiven die Entwicklung schwerer Alkoholprobleme ermöglicht. Meist ist es die Frau, der die ihr anerzogene Selbstverständlichkeit „zu helfen“ zum Verhängnis wird, und die sich im Laufe der Entwicklung der Abhängigkeit ihres Partners unbewusst zu dessen Komplizin macht.

Nelson (1985) unterscheidet verschiedene Stile für suchtförderndes Verhalten wie Vermeiden und Beschützen, Versuch, den Drogenkonsum der abhängigen Person zu kontrollieren, Übernahme von Verantwortlichkeiten, Rationalisieren und Akzeptieren, Kooperation und Kollaboration, Retten und sich dem Abhängigen nützlich machen. Obwohl der Partner einerseits unter sehr starken Belastungen leidet, zieht er andererseits aus dem exzessiven Trinken auch seine Vorteile. Bei Frauen von problematisch Trinkenden zeigt sich z. B. oft, dass sie besondere Fähigkeiten und Stärken entwickeln, mehr und mehr allein die Entscheidungen für alle Belange der Familie treffen und so erfahren und zeigen können, was sie zu leisten imstande sind. Gleichzeitig verbrauchen sie aber ihre Kräfte bis zur Erschöpfung und haben nur wenig, später gar keine Zeit für ihre eigenen Bedürfnisse. Trotz ihrer Anstrengungen und Bemühungen scheinen all die Dinge, die das Leben lebenswert machen, immer weniger zu werden. Sie empfindet nur noch dann Selbstwert und persönliche Bedeutung, wenn sie das Gefühl hat, vom problematisch Trinkenden gebraucht zu werden – eine Situation, die häufig unterstützt wird durch Schuldzuweisungen von Außen, durch vom widersprüchlichen Verhalten des Abhängigen ausgelöste Verwirrung sowie den Abwehrmechanismen des Trinkenden ihr gegenüber. Um ihre Schuld- und Versagensgefühle sowie ihren Hass auf sich selbst ertragen zu können und weiterhin alle übernommenen Pflichten zu erfüllen, baut sie wie der Suchtkranke auch ihre Abwehrmechanismen aus und stellt ihre Gefühle ab (vgl. Rennert, 1990). Oft entwickelt sie ein selbstzerstörerisches Verhalten, z. B. zwanghaftes Essen oder Hungern, zwanghaftes Arbeitsverhalten, Missbrauch von Nikotin, Alkohol, Medikamenten, illegale Drogen und Vernachlässigen der persönlichen Entwicklung. Häufig wandelt sich Liebe zum Abhängigen in Hass um, der die Partnerin jedoch selbst zerstört. Sie wird zum verbitterten Menschen ohne Hoffnung und voller Verzweiflung – eine Befindlichkeit, die von Außen als individueller Persönlichkeitszug angelastet und als Ursache für den exzessiven Konsum interpretiert wird.

Am Ende derartiger problematischer Entwicklungen hat der Partner Angst vor Veränderungen, vor Ablehnung oder dem Verlassenwerden, er kennt seine eigenen Bedürfnisse nicht mehr, kann nur schwer Wertschätzung für sich selbst entwickeln und gibt sich für alle anstehenden Probleme die Schuld. Er fühlt sich unzulänglich, unglücklich und glaubt zugleich, dass er es nicht besser verdient hätte. Die Partner von problematisch Trinkenden entwickeln oft einen enormen Perfektionismus, weil sie fürchten, dass jeder Fehler zur Tragödie wird.

Ist der Abhängige trocken, scheitern viele Beziehungen, weil sich der Partner im Denken und Fühlen ganz auf den Abhängigen eingestellt hat. Häufig kann der Partner die Veränderungen zum Guten ohne Hilfe nicht nachvollziehen.

**Kinder:** Um mit den belastenden Situation umgehen zu können, spielen Kinder alkoholkranker Eltern im Familienalltag charakteristische Rollen, die von Wegscheider (1976) als die des Familienhelden und des Sündenbocks, des verlorenen Kindes und des Maskottchens bezeichnet wurden.

Jede einzelne Rolle entsteht aus der jeweils spezifisch belastenden und schmerzlichen Situation, weist ihre eigenen Symptome auf, bringt ihren spezifischen Gewinn sowohl für das individuelle Familienmitglied als auch für die gesamte Familie und fordert ihren besonderen Preis. Die Übernahme der Rollen geschieht langsam und unmerklich. Sie helfen den Kindern, im Chaos der Familie mit einem exzessiv trinkenden Elternteil zu überleben, erwachsen zu werden und für lange Zeit nach außen als gesund zu erscheinen. Merkmale der jeweiligen Rolle werden im Laufe der Jahre zu persönlichen Charakteristika der Heranwachsenden und späteren Erwachsenen und bleiben oft, auch wenn der Elternteil nicht mehr trinkt.

Die beschriebenen Rollen sind Fluchtreaktionen und Überlebensmechanismen der Kinder, wobei der Platz in der Geschwisterreihe eine wichtige Rolle bei der Entscheidung für ein bestimmtes Anpassungsmuster spielt. Es kommt häufig vor, dass Kinder Rollen nacheinander übernehmen, weil die älteren Geschwister aus dem Haus gehen oder sie wechseln zwischen mehreren Anpassungsmustern.

Wenn der Elternteil trocken ist, können diese Rollen nicht einfach abgelegt werden. Die so aufgewachsenen Kinder bleiben meist auch als Erwachsene in diesen Überlebensmustern stecken, obwohl sie wissen, dass diese Rollen ihre Verhaltensalternativen einschränken. Dazu kommt, dass sich der Ablöseprozess der betroffenen Kinder vom Elternhaus oftmals erheblich verkompliziert. Die meisten bleiben aufgrund von Schuldgefühlen, gemeinsamer Erlebnissen und aus Angst vor Rückfällen und den dann nötigen Hilfen in der Nähe der Eltern wohnen und können sich so von ihrer Herkunftsfamilie nicht lösen.

**Herkunftsfamilie:** Nach Kaufmann und Pattison (1981) entsprechen Alkoholikerfamilien einem „neurotisch verstricktem Familiensystem“. Es gibt typische Muster im Verhalten und Erleben der einzelnen Familienmitglieder.

Die Angehörigen durchlaufen nach Darstellungen des Johnson Institutes (1979) einen Veränderungsprozess, dessen Entwicklung mit dem der Suchterkrankung vergleichbar ist. Durch das Verhalten des problematisch Trinkenden entwickelt das gesamte Familiensystem typische Gefühle wie Angst, Schuldgefühle, Schmerz, Scham, Wut, Einsamkeit.

Die **Angst** entsteht dadurch, dass das Leben in einer durch exzessives Trinken geprägten Familie von unvorhersehbaren Problemen bestimmt ist. Auch wenn der Abhängige nicht mehr trinkt, bleibt die Angst, dass eines Tages wieder alles von vorne anfangen könnte.

Im Laufe der Zeit beginnen die einzelnen Familienmitglieder sich gegenseitig die **Schuld** an ihren schmerzhaften Erfahrungen zuzuschreiben. Diese Schuldzuweisungen treffen oft zuerst die Mutter, weil sie allein für die Erziehung zuständig gemacht wird.

Es ist **schmerzhaft** zu sehen, wie sich ein geliebter Mensch durch seine Abhängigkeit verändert. Es schmerzt, mit ihm immer wieder zu streiten und damit auch die anderen Familienmitglieder in Konflikte zueinander zu bringen und die vielen Enttäuschungen über nicht eingehaltenen Versprechungen, Täuschungs- und Betrugsmanöver hinnehmen zu müssen.

Häufig schämen sich die Familienmitglieder für das peinliche Verhalten des Betrunkenen, wobei die **Scham** das Selbstwertgefühl jedes einzelnen Familienmitglieds beeinträchtigt.

Als ein ebenfalls typisches Gefühl erwächst oft auch **Wut** aus den Ambivalenzen, die sich ergeben, weil die Angehörigen zwar die abhängige Person lieben, jedoch die schmerzlichen Erfahrungen hassen, die sie durch den exzessiven Konsum machen müssen. Diese können wiederum in Selbstvorwürfen, Schuld- und Schamgefühlen münden, weil ein naher Angehöriger nicht geliebt werden kann.

Die Entwicklungen in einer abhängigen Familie können schließlich zum Zusammenbruch der normalen familiären Kommunikation führen und damit zur Vereinsamung der einzelnen Familienmitglieder.

Die Familienmitglieder bedienen sich verschiedener Abwehrmechanismen. Diese werden analog zu den Rollen der Kinder von Abhängigen beschrieben.

Während das exzessive Trinken immer größere Teile des Familienlebens tangiert, durchläuft die Familie als Ganzes verschiedene Entwicklungsphasen, die wiederum einer Krise zustreben. Diese kann schließlich ausgelöst werden durch finanzielle Probleme, Probleme der Angehörigen am Arbeitsplatz oder in der Schule sowie soziale Probleme. Vielfach können die Familienmitglieder den erreichten Zustand nun nicht mehr ertragen und suchen ernsthaft nach Lösungen. In dieser Phase kommt es zu Trennungen und Scheidungen, nicht nur bei einer Abhängigkeit des Partners, sondern auch bei der Abhängigkeit eines Kindes. Einige Angehörigen suchen nach Auswegen durch Selbstmordgedanken und -versuche. Schafft es ein Familienmitglied, sich aus der Familie zu lösen, so bleiben die schmerzhaften Gefühle und oft auch ein defensiver Lebensstil, die zum Bestandteil der Persönlichkeit geworden sind.

Manche Familien haben ihre familiäre Balance auch dadurch erreicht, dass sie das Suchtverhalten des abhängigen Partner/Kindes zum zentralen Thema gemacht haben. Kann das problematische Verhalten „bearbeitet/aufgelöst“ werden, so wird diese Familie einer großen Erschütterung ausgesetzt. Ohne Unterstützung des Familiensystems besteht die Gefahr, dass das problematische Trinken wieder aufgenommen wird, sich die Familie auflöst oder ein anderes Familienmitglied eine Störung entwickelt.

### **Geschwister:**

Geschwister von problematisch Trinkenden finden noch weniger professionelle Aufmerksamkeit als die Kinder alkoholkranker Eltern.

Geschwister bilden oft Koalitionen und identifizieren sich sehr stark miteinander. Konsumiert ein Geschwisterkind problematisch, so gerät das andere Geschwisterkind in Gefahr, immer weniger in die Familie integriert und aufgrund der größeren Probleme mit dem auffälligen Kind ignoriert zu werden. Durch diese Position sind sie besonders gefährdet, selbst auffällig zu werden.

Auch Geschwister übernehmen Rollen, die denen von Kindern Suchtkranker entsprechen. Kaufmann und Kaufmann (1983, S. 97-118) beschreiben drei Gruppen von Geschwistern: „Eine Gruppe setzt sich aus gleichfalls Süchtigen zusammen, die andere Gruppe besteht aus älteren Geschwistern, die entweder ein Elternkind waren, das bei losgelöster Position des Vaters eine autoritäre Rolle übernimmt oder die selbst erfolgreich sind und eine dritte, kleinere Gruppe von Geschwistern ist passiv und hat mit Drogenmissbrauch



nichts zu tun. Die Botschaft, die von Geschwistern eines Abhängigen wahrgenommen wird, lautet: „Du bist längst nicht so wichtig wie das suchtkranke Kind. Deine Probleme sind keine Probleme.“ Je jünger die betroffenen Geschwister sind, desto schwerer sind die Beschädigungen, die sie in ihrer Persönlichkeitsentwicklung erfahren können. Auch die Geschwister leiden an Scham- und Schuldgefühlen, an einem Schmerz, den sie nicht zeigen dürfen, an Einsamkeit. Sie sehnen sich nach Aufmerksamkeit und Zuwendung von den Eltern und hassen das auffällige Kind und die Eltern. Sie sind davon überzeugt, dass die Suchtkrankheit des anderen Geschwisterkindes ihnen jegliches Recht auf eigene Bedürfnisse verweigert und sie sich daher schuldig fühlen müssen, wenn sie diese Bedürfnisse wahrnehmen und auch realisieren. Auch wenn der Geschwisterteil trocken ist, bleiben die ambivalenten Gefühle bestehen.

### **Freundeskreis**

Die Klienten haben sich in Phasen akuten Missbrauchs häufig in Kreisen Gleichgesinnter aufgehalten. Ein Milieuwechsel ist daher häufig erforderlich, um auch nach der Adaption abstinenter bleiben zu können. Die Loslösung von der „Alkoholszene“ ist wichtiger Indikator für den Erfolg einer Behandlung und bedeutendes Ziel auch der Adaption. Dieser Prozess kann aber nur gelingen, wenn die Klienten Unterstützung durch Anbahnung beim Aufbau neuer sozialer Netze erhalten.

### **Nachbarschaft**

Häufig gehören Nachbarn zu denjenigen, mit denen in der Vergangenheit gemeinsam Alkohol auch missbräuchlich konsumiert wurde. Meist ist der Abhängige im Anfangsstadium seiner Erkrankung als geselliger Nachbar gern gesehen, der auch beim Trinken gut mithalten kann. Vielfach bemerken die Nachbarn das Alkoholproblem erst in einem späten Stadium. Ist der Abhängige nicht mehr in der Lage, ein bestimmtes Maß einzuhalten und stört durch unangenehmes Verhalten, distanziert sich die Nachbarschaft und zieht sich den üblichen Formen des Zusammenlebens zurück. Das Misstrauen bleibt, auch wenn der Abhängige „trocken“ ist. Oftmals muss sich der Klient auch weiterhin mit Unterstellungen, Vorurteilen und Stigmatisierungen durch seine Nachbarn auseinandersetzen. Deutlich wird, dass sich viele Gründe dafür ergeben können, dass ein Wohnungswechsel erforderlich wird, damit ein Klient aus defensiven Positionen herauskommt.

### **Kollegen**

Auch wurde am Arbeitsplatz häufig mit Kollegen Alkohol missbräuchlich konsumiert. Derartige Gepflogenheiten am Arbeitsplatz können für Klienten nach Rückkehr ein Risiko in Bezug auf die Einhaltung der Abstinenz darstellen.

Zudem kann auch am Arbeitsplatz co-abhängiges Verhalten praktiziert werden, so dass es eine lange Phase des Beschützens und Erklärens gibt, bevor es zur Kontrolle und schließlich zur Anklage kommt. Die Erfahrungen zeigen, dass Kollegen und Vorgesetzte lange Zeit Fehlleistungen des problematisch Trinkenden leugnen und ihn so vor entsprechenden Konsequenzen schützen. Lässt sich das Problem nicht mehr verbergen, dann versucht das berufliche Umfeld den Trinkenden zu steuern und zu kontrollieren, droht ihm mit Konsequenzen, die anschließend doch nicht eingehalten werden. Nach diesem oft jahrelangen Hin und Her von Weggucken und Drohen auf Seiten des beruflichen Umfeldes und gebrochenen Versprechungen auf Seiten des Abhängigen, sind die Arbeitsbeziehungen schwer belastet und jedes Vertrauen ist verloren gegangen. Schließlich eskalieren die Konflikte und die Firma sucht nach einer schnellen Lösung in Form von Therapie oder Kündigung. Aber auch bei erfolgreicher Therapie bleibt das Misstrauen vorerst bestehen und erschwert ohnehin nicht leichte Änderungsbemühungen zusätzlich. Vielfach findet sich auch sehr schnell ein Vorwand, dem Betroffenen zu kündigen oder ihn durch Mobbing zu veranlassen, selbst die Kündigung einzureichen.

## **6.4.2 Arten professioneller Unterstützung und Anbahnung**

Angehörige und Betroffene, gemeinsam und jeder auf seine Art, sind Teile eines Systems, indem sie eingebunden und versponnen sind. Deshalb benötigen auch alle Beteiligten die Chance, ihre jeweils eigene Geschichte aufarbeiten zu können, um die für das problematische Verhalten fördernden Erlebens- und Verhaltensweisen überwinden oder „ablegen“ zu können.

Nicht alle Angehörigen von problematisch Trinkenden benötigen therapeutische Hilfen, aber alle Angehörigen brauchen Unterstützung, Entlastung und motivierende Hilfen zur Überwindung der eigenen Betroffenheit. In der professionellen Suchtkrankenhilfe (ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen, stationäre Einrichtungen) werden die Angehörigen von Suchtkranken noch immer zu wenig in der Arbeit berücksichtigt. Einer der Gründe ist die ungeklärte Finanzierung, durch die Leistungsträger entsprechende Angebote nur bedingt und begrenzt erstatten. Die Erfahrungen verweisen jedoch darauf, dass das Einbeziehen des sozialen Umfeldes die Chancen eines problematisch Trinkenden deutlich erhöhen, nicht nur aus seinen exzessiven Konsummustern auszusteigen, sondern schwierige Beziehungsstrukturen dauerhaft zu durchbrechen und komplexe Veränderungsbestrebungen nachhaltig und erfolgreich umzusetzen.

Um diese Ressourcen für eine geglückte Veränderung von Lebensumständen zu erschließen, sind relevante Bezugspersonen der Klienten in die Unterstützungsleistungen der Adaption einzubeziehen. Dazu gehören vor allem die Familie des Klienten: die Partnerin/der Partner, Kinder, Herkunftsfamilie, Geschwister.

### **Partnerschaft**

Besteht die Partnerschaft des Klienten noch, so müssen beide das Miteinander-Leben wieder lernen. Häufig vermittelt sich der Partnerschaft, es würde nach Abschluss der Adaption mehr Probleme geben als vor der Behandlung. Nach Rückkehr des Klienten zeigt sich oft, dass die Probleme, die sich um den exzessiven Alkoholkonsum rankten, vieles überlagert und die Aufmerksamkeit von anderen Partnerschaftsproblemen abgelenkt haben.

Um hier eine Neuordnung anzubahnen, sollten während der Adaption mit dem Paar vor allem gemeinsame Vorstellungen über ein zukünftiges Leben zumindest in Ansätzen erarbeitet und Möglichkeiten gefunden werden, wie mit immer wiederkehrenden Gefühlen wie Misstrauen, Angst und Ärger umgegangen werden kann. Für den Fall, dass eine Trennung notwendig ist, sollte Hilfestellung für eine möglichst reibungsarme Lösung der Partnerschaft angebahnt werden. Dabei steht das Mitarbeiterteam oftmals vor einer schwierigen Aufgabe, weil sich das familiäre Umfeld aufgrund der vergangenen gegenseitigen Verletzungen häufig der Mitarbeit entzieht bzw. für eine Kooperation nur schwer erreichbar ist.

Eine mögliche Form professioneller Unterstützung ist die Paar- und Familientherapie in Form von Einzel- und Paargesprächen, speziellen Paargruppen, gemischten Gruppen mit Klienten und deren Partner, Mediation und Freizeitaktivitäten, die ausschließlich für die Partner angeboten werden und diesen Möglichkeiten für gegenseitigen Austausch und Unterstützung untereinander eröffnen.

Eine zentrale Bedeutung haben Zweiergespräche, da die Partner oft sehr belastet und nicht in der Lage sind, vor anderen zu sprechen.

Zu den wichtigen Anbahnungsprozessen der Adaption gehört auch, dass möglichst klar besprochen wird, wie das Paar nach der Entlassung weiter begleitet werden kann z. B. durch eine örtliche Sucht- bzw.

Familienberatungsstelle, durch eine Einzel- bzw. Paartherapie und durch Selbsthilfe. Dafür sind dem Paar möglichst die erforderlichen Kontaktadressen mitzuteilen bzw. auch schon erste Kontakte dahin aufzunehmen.

### **Kinder**

Kinder, die mit dem problematischen Trinken eines Elternteils konfrontiert waren, müssen die Möglichkeiten erhalten, sich auf die veränderte Situation nach Rückkehr des Klienten einstellen zu können. Oft wissen sie nicht, wie es weitergehen soll. Ängste und die Erinnerung an den Klienten als eine unberechenbare, wütende, vielleicht gewalttätige Person, deren Verhalten und Launen nicht eingeschätzt werden konnten, prägen die Erwartungen an die Zukunft. Besonders ältere Kinder haben durch die Übernahme von Teilen der Eltern- oder Partnerrolle zugleich einen Bedeutungsgewinn erfahren, den sie bei Rückkehr des Klienten in das Familiensystem ungern hergeben und sich nicht wieder zurück in die Rolle eines Kindes versetzen lassen wollen. Die Kinder haben zudem ein großes Misstrauen und müssen erst die Erfahrung machen, von den Eltern nicht mehr belogen und emotional verletzt zu werden.

Die Bearbeitung dieser Ambivalenzen ist ein schwieriger Prozess, weil es besonders bei jüngeren Kindern und Jugendlichen oft erheblichen inneren Widerstand gibt. Sie wollen mit ihren Eltern nicht über das Erlebte reden und treffen mit diesen Wünschen bei ihren Eltern auf Gleichgesinnte. Auch die Eltern haben Probleme damit, über sich, über das Vergangene, über das Heute zu sprechen und ihre Gefühle vorsichtig wieder zu spüren und mitzuteilen. Sie benötigen Zeit, um Leugnungsstrategien und Schweigen zu durchbrechen. Viele Eltern haben auch die, in der Regel unberechtigte, Hoffnung, ihre Kinder hätten keinen Schaden genommen, so dass man ihnen die Aussprache ersparen könnte.

Formen professioneller Hilfe sind Einzel- und Familiengespräche und spezielle Treffen und Gesprächsgruppen für Kinder von Suchtkranken. Möglich sind auch Familiensitzungen, Familiengruppen, Wochenendprogramme oder Abende für die Familien. In Freizeitangeboten, die sich nur an die Kinder wenden, lässt sich Kindern die Chance einräumen, untereinander über ihre Erfahrungen und Gefühle zu sprechen und sich gegenseitig zu stützen. Während der Adaption ist eine Anbahnung der Betreuung für die Zeit nach der Entlassung zu empfehlen und möglichst auch schon erste Kontakte wie z. B. zu Familienberatungsstellen, zu therapeutischen Angeboten (Einzel-, Familientherapie, Kinder- und Jugendpsychotherapie) und Selbsthilfe herzustellen.

### **Herkunftsfamilie und Geschwister**

Das Einbeziehen der Herkunftsfamilie und der Geschwister ist aufgrund der beschriebenen Konsequenzen des problematischen Trinkens für das gesamte System „Familien“ anzuraten, um die Beeinträchtigungen der Art, mit der Realität umzugehen, zu denken und zu fühlen, aufarbeiten zu können. Auch die Herkunftsfamilie muss den Umgang mit der neuen Situation, die mit dem Veränderungsbestreben des Klienten ausgelöst wird, erlernen. Dazu müssen alle Familienmitglieder auch sich selbst verändern, indem sie aufhören, Verantwortung für den

Klienten zu übernehmen, ihn als unmündig zu behandeln, sein Leben für ihn zu managen und Entscheidungen für ihn zu treffen. Das heißt auch für die Herkunftsfamilie, dass sie selbst genesen müssen. Die Formen der professionellen Hilfe entsprechen denen der Partner von Abhängigen.

#### **Anbahnung des Aufbaus einer „sozialen Familie“**

Häufig verfügen die Klienten der Adaptionsphase über keine sozialen Netzwerke mehr. In diesem Fall geht es darum, den Aufbau sozialer Bezüge anzubahnen, welche die Funktionen einer Familie übernehmen und den Klienten sozial und psychisch stützen können. Auch „Soziale Familien“ können wichtige Bedürfnisse befriedigen, die nach Maslow zur Grundlage für Stabilität und Lebenszufriedenheit werden.

Mitglieder einer sozialen Familie können in Selbsthilfegruppen oder anderen Solidargemeinschaften wie Wohngemeinschaften und Freizeitgruppen gefunden werden. Hier bietet sich die Chance, Menschen je nach individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen in ein Beziehungsgeflecht einzubinden, in dem sich emotionaler Halt, Solidarität, vorbehaltloses Verstehen, Zuwendung, Interesse u. ä. entwickeln.

Als Art soziale Familie fungieren insbesondere **Wohngemeinschaften**, indem sie vorrangig das Bedürfnis nach Bindung (Bedürfnis nach Zugehörigkeit, Verbindung mit anderen) befriedigen, sozialen Rückhalt geben und sich wechselseitig bei Funktionen des Haushaltens und Wirtschaftens (Besorgen, Konsumtion von Waren, Pflege, Instandhaltung des Haushalts) unterstützen. Einen besonderen Wert können Wohngemeinschaften durch das Aufbrechen von Isolation und Vereinzelung erlangen.

Mitglieder einer **Selbsthilfegruppe** sind in der Regel weniger intensiv und in weniger Bereichen des Alltages aufeinander angewiesen. Dennoch erfüllen auch sie vorrangig Bedürfnisse nach Sicherheit, Bindung und Selbstwert, aber auch bei Realisierung einer Vielzahl kognitiver Bedürfnisse. Sie können das Gefühl vermitteln, von Menschen verstanden zu werden, die ähnlich fühlen; andere am eigenen Erleben teilnehmen lassen; ermutigen, Gefühle zu zeigen, sich selbst zu öffnen und zu enthüllen. In Selbsthilfegruppen wird den einzelnen Mitgliedern Wertschätzung und Interesse entgegengebracht. Darüber hinaus geben Selbsthilfegruppen kognitive Unterstützung durch die Weitergabe von Informationen und Erfahrungswissen, sie vermitteln Sicherheit, dass eigene Probleme bewältigt werden können, stärken individuelle Handlungskompetenzen und Selbstvertrauen, animieren zur aktiven Auseinandersetzung mit den Problemen und sorgen bei Krisen für die Aufrechterhaltung der Identität und für unmittelbare lebenspraktische Unterstützung und Hilfe. Sie können in der Regel zugleich Kontakte über das Netzwerk hinaus vermitteln und so den Aufbau weitgehender Ressourcen unterstützen. Selbsthilfegruppen geben schließlich auch Rückhalt durch Anerkennung (Bestätigung, Feedback) und erfüllen die Funktion nach Regeneration (emotionaler Spannungsausgleich, Raum für Selbstdarstellung, Solidarität, praktische und moralische Unterstützung).

Wenngleich die sozialen Bezüge in **Freizeitgruppen** in der Regel nicht ganz so eng sind, wie unter zusammen lebenden Menschen, können sie dennoch die Bedürfnisse nach Bindung und Selbstwert befriedigen, einen Beitrag leisten, um die Betroffenen aus ihrer Isolation zu holen und ihnen sozialen Rückhalt vor allem durch Anerkennung, Interesse und Wertschätzung geben.

Deutlich wird, dass die Kontakte zu entsprechenden Gruppen bereits während der Adaption angebahnt werden sollten, um die Klienten nach seiner Entlassung nicht in ein „Loch“ aus Leere, Kontaktarmut, Isolation und Sinnkrise zu stürzen.

### **6.4.3 Unterstützungsleistungen durch Selbsthilfe**

Die Unterstützungsleistungen der Selbsthilfe in Bezug auf die Pflege und Entwicklung von Partnerschaften, Familie und Lebensgemeinschaften sind sehr differenziert. Sie richten sich darauf :

- Betroffenen und ihren Angehörigen bei der Bewältigung von Partnerschafts- und Familienproblemen Unterstützung zu geben.
- den Angehörigen selbst zu helfen, ihre eigene Lebenssituation meistern zu können.
- den Betroffenen Angebote zu unterbreiten, sich wieder in soziale Zusammenhänge zu integrieren, in denen sich die wesentlichen Funktionen einer Familie, die für ein befriedigendes Leben unersetzbar sind, wieder erschließen lassen.

#### **Arbeit mit Angehörigen**

Es hat in der Selbsthilfe für problematisch Trinkende eine lange Tradition, Angehörige von Betroffenen in die Gruppenarbeit zu integrieren. So sind mit 25 bis 40 % ein Großteil der Gruppenteilnehmer angehörige Frauen von Abhängigen (vgl. Körtel, 1999).

Für die Abhängigen und die Bezugspersonen Abhängiger gibt es unter dem Dach der meisten örtlichen Suchtberatungsstellen speziell Gruppen für Angehörige von Abhängigen, Frauengruppen und/oder gemischte Gruppen (Abhängige und Angehörige), in denen man Unterstützung bekommen kann.

In Deutschland existieren zugleich zahlreiche Selbsthilfevereine<sup>21</sup>, in denen spezielle Gruppen arbeiten:

- Al-anon ( Unterorganisation der Anonymen Alkoholiker für Angehörige), die sich für Freunde und Angehörige von Alkoholikern engagiert
- Alateen ( Unterorganisation von Al-anon für Kinder- und Jugendliche), wobei häufig nur Jugendliche in Städten die Gelegenheit haben, eine Al-Ateen-Gruppe zu besuchen.
- Es gibt in Deutschland nur für wenige die Möglichkeit, an einer EKA- Gruppe (Erwachsene Kinder von Alkoholikern) teilnehmen zu können.
- Gruppe für Angehörige bei Suchthilfe Fleckenbühl
- Klärwerk e.V. für Suchtkranke und Angehörige

In den Bereich der Lebensformen spielen sowohl die Wohnform, als auch Tagesstruktur und Freizeitgestaltung hinein (siehe 6.1, 6.2, und 6.5).

## **6.5 Unterstützungssegment „Wohnen und Lebensformen“ (Kay Zuber, BBS 11)**

Für die Weiterentwicklung der Adaption bieten sich an, Schritt für Schritt das bisherige, innerhalb der Klinik offerierte, Angebot so durch weiterführende Formen und Möglichkeiten zu ergänzen, dass letztlich von den Klienten, die diese Form der Hilfe und Integration in den Alltag benötigen und wünschen, sehr verschiedene kleinere Schritte der Ablösung aus dem schützenden therapeutischen Milieu gegangen werden können, ggf. bei Unsicherheiten und Krisen ein Zurück auf vorangehende Stufen möglich ist bzw. einige Klienten auch Lebensformen herausfinden können, die respektieren, dass einen „normalen“ Alltag Klienten nur bedingt allein bewältigen können.

Eine Richtung der weiteren Ausgestaltung der Adaption besteht im Schaffen von betreuten Wohnformen, durch die ein weiterer Schritt der Ablösung vollzogen werden kann

### **6.5.1 Bedeutung von betreuten Wohnformen**

„Als betreutes Wohnen werden Wohnformen bezeichnet, in denen Menschen, u. a. psychisch Kranke, Behinderte oder Jugendliche von Sozialarbeitern beziehungsweise Psychologen, Erziehern, Therapeuten oder Pflegekräften dahingehend betreut werden, dass bei gleichzeitiger Unterstützung zur Bewältigung der individuellen Probleme die größtmögliche Autonomie gewährleistet wird.

Es gibt verschiedene Formen der Betreuung, je nach individuellem Bedarf. So gibt es Personen, die in ihrer eigenen Wohnung leben und Unterstützung von ihrem Einzelfallhelfer erhalten, je nach Bedarf wenige Stunden pro Woche oder mehr. Hierbei ist es oft nur wichtig, dass die zu betreuende Personen an ihre regelmäßigen Pflichten erinnert wird, also eine Hilfestellung für die alltäglichen Erledigungen.“ (zit. [www.ilexikon.com/Betreutes\\_Wohnen](http://www.ilexikon.com/Betreutes_Wohnen).17.06.2005).

Eine andere Form ist das gemeinsame Zusammenleben in therapeutischen Wohngemeinschaften. Auch hier gibt es Unterschiede im Grad der Betreuung. Hierbei kann grob unterschieden werden zwischen Rund-um-die-Uhr-Betreuung und Betreuung, die nur tagsüber beziehungsweise zu bestimmten Zeiten stattfindet. Besonders in therapeutischen Wohngemeinschaften beinhaltet der Aufgabenbereich der Betreuer häufig die Unterstützung bei sehr vielen Details im täglichen Leben. Hierzu gehören viele lebenspraktische Dinge wie Körperhygiene, Sauberkeit der Wohnräume, Umgang mit Geld und Einkäufe nach individuellem Bedarf u. ä.. In vielen Wohngemeinschaften gibt es regelmäßige Gruppenversammlungen, in denen die Gruppe betreffende Angelegenheiten geklärt werden. Es gibt Konfliktberatung bei Auseinandersetzungen der Bewohner untereinander oder mit den Betreuern. Oberstes Ziel ist, den Betroffenen so wenig Verantwortung wie nötig abzunehmen, um sie dabei zu fördern, ihr Leben selbständig zu gestalten.

### **6.5.2 Die betreuten Wohnform als Möglichkeit der stufenweisen Ablösung im Rahmen von Adaption**

---

<sup>21</sup> Hingewiesen sei an dieser Stelle auf die gute Darstellung und Bündelung der Suchthilfe in Berlin auf der Website <http://www.landesstelle-berlin.de> waren die Informationen umfassend und kompakt zu finden. Darüber hinaus dienten die Seiten der einzelnen Selbsthilfegruppen und -organisationen als Quelle.

Im Rahmen der Adaption sollte die Betreuung in bestimmten Formen stattfinden, die auch inhaltlich Unterstützung in verschiedenen Schwerpunkten anbieten:

### **Einzelgespräche**

Die Einzelgespräche finden nach Vereinbarung wöchentlich, 14-tägig oder nach dem jeweiligen individuellen Bedarf mit dem zuständigen Mitarbeiter statt. Die Gesprächsinhalte berücksichtigen einerseits persönliche Problemstellungen, Perspektiven und Verhaltensänderungswünsche und andererseits die Fähigkeiten und Kompetenzen der Klienten. Auf dieser Grundlage kann ein Hilfeplan erstellt werden, der insbesondere angestrebte Veränderungen in folgenden Bereiche festhält:

- Arbeit
- Freizeit
- Kommunikation
- soziale Kontakte
- Konfliktbewältigung
- Umgang mit Krisen.

Die angestrebten Ziele werden schon kurz nach der Aufnahme in die Adaption gemeinsam mit den Bewohnern erarbeitet und schriftlich erfasst werden, so dass in nachfolgenden Einzelgesprächen kontinuierlich ein Abgleich zum erreichten Entwicklungsstand bei den einzelnen Zielen vorgenommen, aber auch eventuelle Korrekturen in den Zielen und Unterstützungsformen vorgenommen werden können.

Die beratende und betreuende Arbeit wird durch regelmäßige Supervision aller Mitarbeiter begleitet.

### **Hausversammlungen**

An der Hausversammlung nehmen alle Wohngemeinschaftsmitglieder und der zuständige Mitarbeiter - in moderierender und/oder therapeutischer Funktion – teil. Sie findet in der Regel in 14-tägigen Abständen in der jeweiligen Wohnung statt. Die Termine werden zeitlich mit den Bewohnern so abgestimmt, dass die beruflichen Tätigkeiten, Umschulungen/Weiterbildungen in oder die Teilnahme an Praktika in vollem Umfang gewährleistet werden können. Neben dem Wunsch, bestimmte Themen zu besprechen, beziehen sich die Inhalte auf:

- die aktuelle Befindlichkeit der Bewohner,
- Konflikte zwischen den Bewohnern,
- Beziehungsprobleme,
- berufliche Perspektiven, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz beziehungsweise Umschulungen, Weiterbildungen oder Praktika,
- individuelle und gemeinschaftliche Freizeitgestaltung/Tagesstrukturierung,
- organisatorische Fragen.

### **Paar- und Einzelgespräche**

Im Rahmen des betreuten Wohnens besteht ein Angebot in Form von Paar- und Familiengesprächen. Bedrohte oder schon mehrfach gescheiterte Partnerschaften, aber auch bei neuen Partnerschaften häufig auftretende Schwierigkeiten und Probleme bilden den Anlass, unmittelbar in der Adaption Unterstützungsleistungen für Partnerschaftsprobleme anzubieten bzw. weiterführende Unterstützungsleistungen bei Entlassung des Klienten aus der Betreuung anzubahnen.

Weitere Schwerpunkten der Unterstützung können die Kontaktaufnahme zu den eigenen Kindern und zur Ursprungsfamilie sein (siehe Punkt 6.4.).

### **Hilfen in Umgang mit Behörden**

Die Unterstützung im Umgang mit Behörden ist in erster Linie Hilfe zur Selbsthilfe. Ziel ist die Förderung von Selbständigkeit und Übernahme der eigenen Verantwortung bei:

- Antragstellungen,
- Korrespondenz,
- Bewerbungen,
- rechtlichen Ansprüchen.

### **Begleitung beruflicher Reintegration**

Das Ziel der beruflichen Wiedereingliederung wird motivierend und beratend nach persönlicher Ausgangslage unterstützt. Kooperationen bestehen zu Qualifizierungs-, Beschäftigungs- und Projekteinrichtungen (siehe Punkt 6.3).

### **Förderung der Freizeitgestaltung**

Im Rahmen der Hausversammlungen und Einzelgespräche wird die Freizeitgestaltung regelmäßig thematisiert. Inhaltlich regen die Mitarbeiter zur Wiederaufnahme von Hobbys, Interessen oder zu neuen Perspektiven an, die möglichst in keinem Bezug zu ehemals sehr problematischen Formen des Umgangs mit Freizeit hatten. Ziel ist, die aktive, selbstständige Freizeitgestaltung zu fördern, ohne bestimmte Handlungsmuster vorzugeben (vgl. dazu Punkt 6.2).

### **Kriseninterventionen**

Bei psychischen und sozialen Krisen von Bewohnern und bei Konfliktsituationen interveniert der zuständige Mitarbeiter in Form von:

- Einberufung außerordentlicher Hausversammlungen,
- Einleitung von Entgiftungsbehandlungen,
- stabilisierenden Einzelgesprächen,
- Hausbesuchen.

### **6.5.3 Zeitliche Begrenzung**

„Die Aufenthaltsdauer im betreuten Wohnen ist je nach Einrichtung und Abhängigkeitsfall verschieden. 6 Monate (bei Adaptionseinrichtungen) und 1 Jahr (bei Wohnungen) gelten als Regelfall, Verlängerung ist möglich (mitunter bis zu 3 Jahren), aber es können auch abweichende Regelungen gelten. In jedem Fall ist Suchtmittelfreiheit Grundbedingung, Rückfälle führen sofort oder im Wiederholungsfall zum Ausschluss aus der Einrichtung, auch wenn Obdachlosigkeit die Folge sein sollte. Es gibt betreutes Wohnen in Wohnheimen und in Einzelwohnungen. Bei letzteren teilen sich mehrere Betroffene eine Wohnung. Jeder verfügt über ein eigenes Zimmer, andere Räume werden gemeinsam genutzt.“ (zit. Internet/[www.alkoholsebsthilfe.de](http://www.alkoholsebsthilfe.de))

### **6.5.4 Eine alternative Vision**

Tatsächlich praktizierte und funktionierende Alternativen zu Adaptionseinrichtungen sowie zu betreuten Wohnformen sind nicht bekannt.

Dennoch lassen sich, auch mit Blick auf Angebote der Selbsthilfe und Selbstinitiative, Visionen aufzeigen. Diese könnte beispielsweise in einem Wohnhaus bestehen, das sich im Besitz der medinet-AG befindet. Die ehemaligen Klienten leben gemeinsam in diesem Haus und hier in Wohngemeinschaften. Das Haus muss durch die Bewohner bewirtschaftet und instand gehalten werden. In das Haus könnten ein so genanntes „Kontakt-Cafe“ und eine Werkstatt (z. B. Fahrradwerkstatt) integriert sein. Diese werden ebenso durch die Bewohner unterhalten. Im „Kontakt-Cafe“ können sich z. B. ehemalige Klienten oder Betroffene zum Austausch treffen (Selbsthilfe-Charakter), das Angebot aber auch nach außen für die umliegende Bevölkerung/Anwohner öffnen (Gemeinwesenarbeit) und bestimmte Serviceleistungen anbieten (Catering, kulturelle Angebote, Beratungen). Es bietet sich an, über dieses „Kontakt-Cafe“ z. B. eine Job-Börse zu initiieren (Kleinstreparaturen, Umzüge, Renovierungen für Anwohner oder andere soziale Einrichtungen). Die Bewohner könnten auf diesem Wege ihre individuell vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Anwohner des Stadtteils (oder weitläufiger) anbieten, sich somit evtl. finanzieren oder Bezahlung in Naturalien entgegennehmen.

Wichtig und grundlegend sind die Öffnung nach außen und der sinnvolle Einsatz der eigenen Arbeitskraft (auch wenn nicht direkt als Erwerbsarbeit). Der ehemals Trinkende soll wieder als Mensch gesehen werden und über die Gemeinwesenarbeit als eine Integrationsform, selbstständig lebensfähig in die Gesellschaft aufgenommen werden.

## Quellenverzeichnis:

### 1 Literatur

- Aernout, J. R. (1981):** Arbeitstherapie in der Ergotherapie. Beltz Verlag, S. 15–29.
- Arendt, H. (1997):** Vita Activa oder Vom tätigen Leben. München 1981. In: Mikl – Horke, G.: Industrie – und Arbeitssoziologie. Oldenbourg Verlag München, S.2.
- Arenz-Greiving, I. (1989):** „Abhängig vom Alkohol?“, 1999, Lambertus, Freiburg i. Br. Augsburg
- Benseler, F.: Heinze, R. G, Klönne, A. (Hrsg.) (1982):** Zukunft der Arbeit. VSA – Verlag, Hamburg, S. 14.
- BfA (2001):** Nachsorge für Suchtkranke, Bestandsaufnahme der BfA Oktober 2001,
- Böhm, M. (2000):** Verbundsysteme in der Suchtkrankenhilfe. Nicol-Verlag.
- Bundesagentur für Arbeit (2004):** Vermittlungsdienste und Leistungen. Nürnberg
- Bundesagentur für Arbeit (2004):** Was? Wieviel? Wer?. Nürnberg
- Bundesagentur für Arbeit (2005):** Merkblatt für Arbeitslose. Ihre Rechte – Ihre Pflichten, Nürnberg
- Bundesagentur für Arbeit (2005):** SGB II., Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2005):** Geringfügige Beschäftigung und Beschäftigung in der Gleitzone. Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005):** SGB IX: Beratung Leistung Chancen. Berlin
- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2004):** Hartz IV - Menschen in Arbeit bringen. Berlin
- DHS (2004):** Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe der DHS
- Engler, W. (2005):** Bürger, ohne Arbeit. Für eine radikale Neugestaltung der Gesellschaft. Aufbau Verlag, Berlin
- Ergotherapie (2001):** 1(2001)4./5., S. 5-20
- Ewers, E. (2004):** Leistungsvereinbarung nach § 16 (2) SGB II. vom 18.12.2004, Paritätischen Gesamtverband, Berlin
- Fachverband Sucht e. V. (2004):** „Sucht macht krank!“, Neuland Verlagsgesellschaft
- Feuerlein, W. 1998: Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung, Folgen; Therapie . 2. überarbeitete und erweiterte Auflage Stuttgart
- Feuerlein, W., Dittmar, F. (1989):** „Wenn Alkohol zum Problem wird“, 1989, TRIAS, Stuttgart.
- Frietsch, R. (2000):** Nachsorge als Bestandteil des Gesamtrehabilitationsprozesses. In: DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2001. Geesthach; Neuland Verlag
- Fröhlich, Werder D. (1987):** „Wörterbuch zur Psychologie“, 1987, Bechtermünz Verlag,
- Fuchs, P. (1996):** Ergotherapie im Suchtbereich. Verlag modernes Leben, Dortmund,
- Gassmann, R., Leune, J. (2000):** Die Versorgung suchtkranker Menschen in Deutschland. In DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2001
- Gorz, A. (1997):** Abschied vom Proletariat. Frankfurt 1988. In: Mikl – Horke, G.: Industrie – und Arbeitssoziologie. Oldenbourg Verlag München 1997, S.5.
- Gorz, A. (2000):** Arbeit zwischen Misere und Utopie. Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main, S. 18 – 24
- Gross, W. (1995):** „Was ist das Süchtige an der Sucht?“, Neuland Verlagsgesellschaft mbH, Geesthacht.
- Gstätter, E. (2000):** Eröffnungsrede zur Ausstellung „Werkstatt Villach“ am 07.09.00
- Heide, M. (Hrsg.)(2001):** „Wenn ich erst wieder Arbeit habe ...“, Neuland Verlagsgesellschaft mbH, Geesthacht.
- Heinrichs, J. (1998/99):** Begriff und Wert der Arbeit in Zeiten der Massenarbeitslosigkeit. In: Scheidewege (1998/99) 28.
- Helsper, R. (2004):** Symposium Westfälische Suchthilfe – Blick zurück nach vorn – vom Standpunkt der Adaption.
- Johanneßon, U. (1998):** Rahmenvereinbarung über die Einbeziehung der Übergangseinrichtungen in das Suchtkrankenhilfesystem Schleswig Holstein, in: Fachverband Sucht (Hrsg.): Suchttherapie unter Kostendruck. Entwicklung und Perspektiven, Geesthach, Neuland Verlag
- Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer (1996):** Selbstmanagementtherapie – ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York
- Kaufmann, E. /Pattison, E. M. (1990):** Differential Methods of Family Therapy in the Treatment of Alcoholism. In: Journal of Studies on Alcohol 42 / 1981, S. 951 – 971. In: Rennert, M.: Co- Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Lambertus- Verlag, Freiburg im Breisgau.
- Kaufmann, E./Kaufmann, P. N. (Hrsg.) (1990):** Therapie mit mehreren Familien von Drogenabhängigen. In: Kaufmann, E./ Kaufmann, P. N. (Hrsg.): Familientherapie bei Alkohol und Drogenabhängigkeit. Freiburg 1983 b, S. 97 – 118. In: Rennert, M.: Co- Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Lambertus- Verlag, Freiburg im Breisgau

- Knauf, W. (1989):** Psycho- und Soziotherapie in der Alkoholabhängigkeit. In: Integrative Therapie
- Kolitzus, H. (1990):** Ich befreie mich von deiner Sucht. Hilfen für Angehörige von Suchtkranken. Kösel-Verlag, München 2004, S. 63 - 77. Rennert, M.: Co- Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Lambertus- Verlag, Freiburg im Breisgau 1990.
- Körtel, K. (1999):** Beratung und Information von Angehörigen durch Selbsthilfegruppen. Projekt Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe- Bundesverband e. V. , Februar 1998 bis Juni 1999. Unveröffentlichte Arbeit.
- Lambrou, U. (2000):** Familienkrankheit Alkoholismus. Im Sog der Abhängigkeit. Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 100 – 230.  
mbH, Geesthacht.
- Mikl-Horke, G. (1997):** Industrie – und Arbeitssoziologie. Oldenbourg Verlag München,
- Miller, W.R., Rollnick, St. (1999):** Motivierende Gesprächsführung – ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen, Lambertus
- Nelson, C. E. (1990):** The Styles of Enabling Behavior. In: Smith, D. E. / Wesson, D. R. (Eds.): Treating the Cocaine Abuser. Hazelden Foundation, Center, City 1985, S. 49, 71. In: Rennert, M.: Co- Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Lambertus- Verlag, Freiburg im Breisgau
- Preitschopf, P., Smejkal, A. (1998):** Aufgaben der Ergotherapie in der Langzeittherapie drogenabhängiger Jugendlicher. Verlag modernes Leben, Dortmund, S. 83 – 87.
- Rahmenkonzept** der GVS und des DW-EKD vom 22.03.2004
- Raschke, P., Schliehe, F. (1985):** Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hrsg.): Düsseldorf
- Rennert, M. (1990):** Co- Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Lambertus- Verlag, Freiburg im Breisgau, S. 43- 69.
- Scheffler, S. (2002):** Die Frauen, über die wir sprechen. In: Die Bundesdrogenbeauftragte der Bundesregierung (2002): Frauen und Sucht - Dokumentation des BundesFrauenKongresses Sucht „Ungeschminkt“ am 05. und 06. September 2002, Berlin, S. 22-35
- Schenk, K. (1999):** Der zweite Arbeitsmarkt“ – Betrachtungen zu einem problematischen Begriff. München. In: [www.ejsa-bayern.de](http://www.ejsa-bayern.de)
- Schippan, I. (1993):** Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher, Verlag Peter Lang
- Schmieder, A. (2001):** „Alkohol & Co“, 1992, TRIAS, Stuttgart.
- Schneider, R. (2001):** „Die Suchtfibel“, 2001, Schneider Verlag, Hohengehren
- Seiler, R. (1999):** Die qualifizierte Nachsorge – eine eigenständige Hilfe oder nur „Kompensation“ für zu kurze Behandlungszeiten? In: Partner-Magazin, Dokumentation 1/99
- Stimmer, F. (1998):** Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit, Oldenbourg Verlag, 3. Auflage, 1998
- Urbaniak, H. (2004):** Hartz IV und die Suchthilfe – Verschlechterung oder Verbesserung für die Lebenssituation Abhängiger? In: Konturen 6(2004)25., S. 34-36
- Walcker-Maer, C. (2002):** Frauenspezifische /feministische Suchtarbeit ist machbar. In: Die Bundesdrogenbeauftragte der Bundesregierung (2002): Frauen und Sucht - Dokumentation des BundesFrauenKongresses Sucht „Ungeschminkt“ am 05. und 06. September 2002, Berlin, S. 9-20
- Wegscheider, S. (1990):** The Family Trap. Nurturing Networks, Crystal, 1976. In: Rennert, M.: Co- Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Lambertus- Verlag, Freiburg im Breisgau.
- Ziegler, H. (1982):** Inhalte, Ziele und Aufgaben der Nachsorge. In: DHS (Hrsg.): Suchtkranke in der Nachsorge: Inhalte Angebote, Erfahrungen. Hamm: Hoheneck Verlag
- 

## 2 Internetquellen:

- <http://www.dhs.de:28.05.05>
- [www.afj-hamm.de/adaption:05.05.2005](http://www.afj-hamm.de/adaption:05.05.2005)
- [www.blv-suchthilfe.de:04.05.2005](http://www.blv-suchthilfe.de:04.05.2005)
- [www.competence-site.de:17.06.2005](http://www.competence-site.de:17.06.2005)
- [www.dhs-intern.de:09.05.2005](http://www.dhs-intern.de:09.05.2005)
- [www.ilexikon.com:17.06.2005](http://www.ilexikon.com:17.06.2005)
- [www.lexikon-definition.de/Selbsthilfegruppen.html:17.06.2005](http://www.lexikon-definition.de/Selbsthilfegruppen.html:17.06.2005)



[www.lexikon.freenet.de](http://www.lexikon.freenet.de): 17.06.2005

[www.projektgruppe-alkohol.de](http://www.projektgruppe-alkohol.de): 14.06.2005

[www.sozialgesetzbuch.de](http://www.sozialgesetzbuch.de): 09.05.2005

[www.suchthilfe-duisburg.de/bewo3.htm](http://www.suchthilfe-duisburg.de/bewo3.htm) 14.06.2005

[www.4managers.de](http://www.4managers.de): 17.06.2005

[www.wikipedia.de](http://www.wikipedia.de): 27.04.2005

[www.krimz.de/dr-alk.html](http://www.krimz.de/dr-alk.html)

[www.nasuko2001.ch/Background/workshop1.doc](http://www.nasuko2001.ch/Background/workshop1.doc)

[www.agentur-mehrwert.de](http://www.agentur-mehrwert.de)

[www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de)

[www.arbeitsdruck.de](http://www.arbeitsdruck.de)

[www.arbeitsmarkt.de](http://www.arbeitsmarkt.de)

[www.bagfa.de](http://www.bagfa.de)

[www.bmfsj.de](http://www.bmfsj.de)

[www.dbsh.de](http://www.dbsh.de)

[www.dhs.de](http://www.dhs.de)  
[www.ehrenamt.de](http://www.ehrenamt.de)

[www.ejsa-bayern.de](http://www.ejsa-bayern.de)

[www.existenzgruender.de](http://www.existenzgruender.de)

[www.existenzgruender.de](http://www.existenzgruender.de)

[www.freiwilligen-agentur.de](http://www.freiwilligen-agentur.de)

[www.freiwilligen-kultur.de](http://www.freiwilligen-kultur.de)

[www.integrationsaemter.de](http://www.integrationsaemter.de)

[www.minijob-zentrale.de](http://www.minijob-zentrale.de)

[www.mitarbeit.de](http://www.mitarbeit.de)

[www.paritaet.net/fia/arbeitsdruck/ad39.pdf](http://www.paritaet.net/fia/arbeitsdruck/ad39.pdf) (Alles-fließt-wohin? 18.Jg. Nr. 39 Juli 2004)

[www.reha-servicestellen.de](http://www.reha-servicestellen.de)

[www.sucht.de](http://www.sucht.de)

[www.teamarbeit.de](http://www.teamarbeit.de)

[www.wir-tun-was.de](http://www.wir-tun-was.de)

[www.frausuchtzukunft.de](http://www.frausuchtzukunft.de)

[www.dietrich-bonhoeffer-klinik.de/alkohol/alkohol.htm](http://www.dietrich-bonhoeffer-klinik.de/alkohol/alkohol.htm)

## **Anhang 1:**

### **Befragung von ehemaligen und Klienten der Adaptionphase (Anke Westphal, BBS 11)**

#### **1.1. Interviewleitfaden für Teilnehmer in der Adaptionphase**

##### **1. Fühlen sie sich hier in Alten Ölmühle wohl?**

ja                      nein                      sonstiges

##### **2. Wo kommen Sie her?**

Ort:

Bundesland:

##### **3. Was meinen Sie sind die Gründe, die den Aufenthalt hier nötig machten? (Mehrere Antworten möglich!)**

Familiäre Probleme:

Probleme in der Partnerschaft:

Verlust einer vertrauten Person:

Verlust der Arbeit:

Sonstiges:

##### **4. Waren Sie vor dem Aufenthalt hier berufstätig?**

nein                      ja                      als:

##### **5. Befinden sie sich bereits in einem Betriebs-/ Berufspraktikum?**

ja                      nein

##### **Wenn JA: Haben Sie hier eine neue Berufsrichtung für sich entdeckt?**

ja                      nein

##### **6. Welche Wünsche und Ziele können Sie bei der Gestaltung hier (Adaptionsplan) mit einbringen?**

• keinen              • wenig              • ausreichend              • viel              • sehr viel

##### **7. Was haben Sie in der Klinik (Adaption/Nachsorge) neu gelernt oder wieder erlernt?**

1. Was? Bei wem?

2. Was? Bei wem?

3. Was? Bei wem?

4. Was? Bei wem?

**8. Was ergibt sich daraus ganz persönlich für Ihre Zukunft?**

Ziele:

Wünsche:

Familie:

Beschäftigung/ Hobby:

Beruf:

Kontakte:

**9. Konnten Sie bisher hierfür ausreichend üben und trainieren?**

ja

nein

Was müssen Sie noch üben?

**10. Was ist für Sie wichtig für die Zeit nach der Entlassung?**

**11. Welche Pläne haben Sie für die Zukunft?**

**12. Was wünschen Sie sich für die Zukunft?**

**13. Welcher ist Ihr größter Wunsch?**

**14. Wo werden Sie nach der Entlassung/Nachsorge wohnen?**

vorheriger Wohnort

Familie

eigene Wohnung

neues Umfeld

neuer Wohnort

neue Wohnung

Sonstiges

**15. Welche Kontakte wurden bisher für die Zeit nach der Entlassung aufgenommen?**

Zu wem:

durch mich

durch Klinik

**16. Woher erhalten Sie Vorschläge für wichtige Kontakte, Stellen oder Personen?**

Eigene

wohin, welche

Klinik

durch wen

wohin, welche

**17. Haben Sie das Gefühl ausreichende Informationen für die Zeit nach der Entlassung zu haben?**



## 1.2. Interviewleitfaden für ehemalige Patienten

1. Wann waren Sie hier in der Therapie/Adaption?

Zeitraum: \_\_\_\_\_ oder ..... Wochen

Absolvierten Sie die Therapie in einer anderen Klinik?

nein ja Wo? Welche Klinik?

Zeitraum: \_\_\_\_\_ oder ..... Wochen

### 1.1 Wodurch/durch wen kamen Sie zur Adaption in die „Alte Ölmühle“?

durch Hinweise/ Vorschlag Ihrer Klinik:

durch eine andere Person:

Sonstiges

2. Was empfinden Sie, heute als Gast in der „Alten Ölmühle“ zu sein?

3. Welche Erinnerungen verbinden Sie mit dem heutigen Tag? Welche Gedanken/Gefühle kommen bei Ihnen auf?

4. Welche Gründe gab es für Sie, eine Therapie/Adaption zu machen?

Familiäre Probleme:

Probleme in der Partnerschaft:

Verlust einer vertrauten Person:

Verlust der Arbeit:

Sonstiges:

5. Wie empfanden Sie die Angebote in der Therapie/Adaption?

unzureichend                      ausreichend                      gut                      sehr gut

6. Welche Angebote waren das konkret?

•    •

7. Was haben Sie für Ihr jetziges Leben lernen können?

•    •



- -
- Was ist jetzt wichtig für Sie geworden?**
- -

**15. Haben sie ein Betriebspraktikum machen können?**

ja                                      nein                                      als was

**16. Haben Sie sich beruflich neu orientiert?**

ja                                      nein                                      als was

**17. Welchen Beschäftigungen gehen Sie nach Ihrer Entlassung nach?**

- |                               |                      |
|-------------------------------|----------------------|
| ehrenamtliche Arbeit          | Verein               |
| Sport                         | Freizeitgestaltung   |
| Beschäftigungsmaßnahmen       | Ausbildung           |
| Umschulung                    | Beruf/ Arbeitsstelle |
| Sonstiges/ andere Aktivitäten |                      |

**18. Wie empfanden Sie die Zusammenarbeit mit der Klinik?**

unzureichend                      ausreichend                      gut                      sehr gut

**19. Welche Kontakte sind durch den Aufenthalt entstanden (Nachsorge)?**

- 
- 

**Welche haben Sie selbständig geknüpft?**

- 
- 

**Welche wurden durch die Klinik geknüpft?**

- 
- 

**Welche bestehen heute noch?**

- 

**20. Kommen Sie heute besser im Alltag/Leben zurecht?**

- |                                |              |                 |
|--------------------------------|--------------|-----------------|
| mit dem Partner                | mit Kind/ern | mit der Familie |
| allgemein mit anderen Menschen | Tagesablauf  | Freizeit        |
| Sonstiges                      |              |                 |

**21. Führten die Adaption und entsprechende Nachsorge zu Ihren jetzigen Tätigkeiten?**





### **1.3. Auswertung der Befragung ehemaliger Patienten der Rehabilitationsbehandlung und Klienten der Adaption vom 07.05.2005 im Rahmen eines „Treffs der Ehemaligen“ in Magdeburg „Alte Ölmühle“**

#### **1. Auswertung der Befragungen**

Auf meine Bitte, an einer Befragung teilzunehmen, haben sich die ehemaligen Patienten bzw. Klienten der Adaptiongruppe spontan und bereitwillig zur Verfügung gestellt. Die Befragungen waren sehr zeitintensiv. Die befragten Personen antworteten auf die Fragen sehr ausführlich, z. T. berichteten sie detailliert über ihr Leben, Ursachen für ihre Krankheit sowie über erreichte Ziele. Daher bezieht sich die Auswertung der Befragungen auf insgesamt sechs befragte Personen (schriftliche in Fragebögen festgehalten).

Ich hatte zugleich die Gelegenheit, an einem Gruppentreffen ehemaliger Patienten teilzunehmen. In diesem stellte sich heraus, dass dort geäußerte Erfahrungen sowie Berichte denen der befragten Personen sehr ähnelten bzw. sogar vergleichbar waren.

#### **2. Ergebnisse der Befragung**

##### **2.1 Anlass Adaption zu absolvieren (1.1 bis 1.11 sind Mehrfachantworten möglich)**

- ⇒ durch Therapieangebot = 5 Personen
- ⇒ eigener Wille = 6 Personen
- ⇒ Partner/ Familie = 3 Personen
- ⇒ Gesundheit = 4 Personen

##### **2.2 Angebote in Adaptionsphase**

- ⇒ ausreichend = 2 Personen
- ⇒ gut bis sehr gut = 6 Personen
- ⇒ fehlende Freizeitangebote = 4 Personen

##### **2.3 Wichtige Elemente in Adaptionsphase**

- ⇒ Gruppentherapie = 4 Personen
- ⇒ Sporttherapie = 5 Personen
- ⇒ Ergotherapie = 4 Personen
- ⇒ Adaptiongruppe = 5 Personen
- ⇒ Team des Praktikumsbetriebes = 3 Personen

Hier wurde eine sehr individuelle Bewertung von Therapieinhalten und Therapeuten sichtbar.

##### **2.4 Wichtige Personen in Adaptionsphase**

- ⇒ (Lieblings-)Therapeut/Teamleiter - Adaption = 6 Personen
- ⇒ Arbeitsteam im Praktikumsbetrieb = 3 Personen
- ⇒ Partner/ Familie = 3 Personen
- ⇒ Adaptiongruppe = 5 Personen

##### **2.5 Motivationsantrieb bis Ende der Adaption**

- ⇒ eigener Wille abstinenz zu Leben = 6 Personen
- ⇒ Leiterin Adaption = 4 Personen
- ⇒ Therapeutin = 4 Personen
- ⇒ Partner/ Familie = 3 Personen
- ⇒ besser sein als die anderen in der Adaptiongruppe = 1 Person

## **2.6 Was wurde für Zukunft gelernt (durch Adaption)**

- ⇒ Dynamik (Sporttherapie) = 3 Personen
- ⇒ reden, nachdenken, erkennen, Auseinandersetzung mit... (durch Gruppentherapie) = 5 Personen
- ⇒ selber machen (durch Adaption, Frau Kolbe) = 5 Personen
- ⇒ Auseinandersetzung mit Vergangenheit (Ursache für Alkoholkonsum) = 6 Personen
- ⇒ Aufarbeitung der Problemlagen = 5 Personen
- ⇒ Mut zur Veränderung = 6 Personen

## **2.7 Motivationsantrieb Zukunft (Phase nach Adaption)**

- ⇒ eigener Wille – Neuorientierung/ -gestaltung des Lebens = 6 Personen
- ⇒ Selbsthilfegruppe = 6 Personen
- ⇒ Familie = 4 Personen
- ⇒ neues soziales Umfeld (Wohnung, Wohnort, Personen) = 3 Personen
- ⇒ berufliche Neuorientierung (Suche nach Arbeitsplatz, Umschulung) = 4 Personen
- ⇒ Schulabschluss nachholen = 2 Personen
- ⇒ Neues angehen (Englisch lernen, Führerschein wiedererlangen, Computerkurs usw.) = 5 Personen
- ⇒ Kontakte zu Arbeitsteam des Betriebpraktikums (teilweise durch stundenweise Hilfsarbeiten) = 2 Personen
- ⇒ neue Lebensinhalte finden/leben (Beschäftigung, Sport, Freizeit, lösen von alten Partnern (Kumpels) = 5 Personen
- ⇒ neuen Partner suchen/finden – mit ihm neue Ziele gemeinsam umsetzen/gestalten = 4 Personen

## **2.8 Zeit direkt nach Adaptionsphase – Was wurde persönlich erreicht? Was war/ist anders? Was war/ist wichtig?**

- ⇒ abstinent Leben = 6 Personen
- ⇒ Bezugspersonen/-gruppen = wissen wo ich hin kann (Nachsorgeinstanzen, Familie, Freunde, Gemeinschaften) = 6 Personen
- ⇒ im alten Job arbeiten = 2 Personen
- ⇒ selbständig Kontakte hergestellt/herstellen = selber machen = 6 Personen
- ⇒ neue/eigene Wohnung (Wohnortwechsel) = 3 Personen
- ⇒ finanzielle Grundlagen gegeben = 4 Personen
- ⇒ Familie/Partner – bewusster Umgang/neuer „Anfang“ = 2 Personen
- ⇒ Trennung vom ehemaligen Partner = 2 Personen
- ⇒ neue soziale Kontakte (Selbsthilfegruppe, Sportgemeinschaft, usw.) = 6 Personen
- ⇒ bewusster/aktiver Leben = 6 Personen
- ⇒ Suche/Aufbau einer neuen Partnerschaft = 3 Personen
- ⇒ Arbeits-/Beschäftigungssuche = 4 Personen
- ⇒ berufliche Neuorientierung (teilw. durch Praktikum zielorientiert) = 2 Personen
- ⇒ täglich etwas Neues lernen und entdecken (Hobby, Beschäftigung) = 3 Personen
- ⇒ Umwelt wieder wahrnehmen und genießen = 5 Personen
- ⇒ Motivation (wiedererlangt) = 6 Personen
- ⇒ Freude am Leben = 6 Personen
- ⇒ Abbruch Kontakte zu alten „Kumpels“ = 3 Personen

## **2.9 Rückfallprophylaxe**

- ⇒ gut gerüstet (Notfallliste) = 6 Personen
- ⇒ Ansprechpartner = 6 Personen

- ⇒ Klinik = 5 Personen
- ⇒ Selbsthilfegruppe = 6 Personen

### **2.10 Beschäftigung/Freizeit in Adaptionphase**

- ⇒ eigenständige Gestaltung = 6 Personen
- ⇒ entdeckten Sport für sich neu – gestalteten entsprechend ihre Freizeit = 1 Person
- ⇒ spazieren gehen = 3 Personen
- ⇒ Fernsehen schauen = 5 Personen
- ⇒ kreative Beschäftigung = 2 Person
- ⇒ Spiele = 2 Personen
- ⇒ Gruppenabend (1x wöchentlich) = 6 Personen

### **2.11 Was wurde als gut empfunden?**

- ⇒ Mitgestaltung der Inhalte = 6 Personen
- ⇒ Therapie/ Adaption = 6 Personen
- ⇒ Klinikmitarbeiter = 6 Personen
- ⇒ selbst machen müssen = 5 Personen
- ⇒ Betriebspraktikum = 5 Personen
- ⇒ nicht trinken zu müssen = 4 Personen

### **2.12 Was wäre noch besser gewesen?**

- ⇒ Motivation zur aktiveren Gestaltung der Freizeit = 5 Personen
- ⇒ Angebote/ Förderung = 1 Person

## **3. Fazit**

Die Befragungen der ehemaligen Patienten und der Klienten, die sich in der Adaption befinden, ergaben:

- ▶ Anlass für die Klienten an der Adaption teilzunehmen war überwiegend die therapeutische Vorbehandlung, meist in der „Alten Ölmühle“.
- ▶ Die Klienten sind motiviert, ihr Leben ohne Alkohol in den Griff zu bekommen und zu meistern.
- ▶ Die Therapie wurde durchgehalten, d.h. die Patienten werteten dies so, dass ihnen schon über einen längeren Zeitraum ein Leben ohne Alkohol gelungen ist.
- ▶ Sie haben konkrete Ziele vor Augen. Zu den wichtigsten gehören:
  - die Partnerschaft aufrecht zu erhalten bzw. eine neue Beziehung aufzubauen
  - ihre Kinder wieder verlässlich zu versorgen und diese aufwachsen zu sehen
  - sich selbst beweisen wollen, dass sie es schaffen können
  - Familienangehörigen nicht verlieren.
- ▶ Weitere wichtige Gründe sind:
  - Der Wunsch nach einem geregelten Tagesablauf, oft verbunden mit dem Wunsch nach einer Arbeitsstelle.
  - neue berufliche Orientierung, entweder durch eine Umschulung oder Weiterbildung im alten Beruf,
  - auch artfremd zu arbeiten, auch wenn dadurch vielleicht weniger Geld verdient werden kann.
  - Endlich wieder Geld zu verdienen, gebraucht zu werden, etwas zu schaffen, etwas tun zu können
- ▶ Einige wenige stehen in einem Arbeitsverhältnis. Dessen Erhalt war für sie gravierender Grund und Motivation ,trocken zu werden und zu sein.

Insgesamt hat jeder ein neues Ziel, meistens sogar mehrere Ziele und Ideale vor Augen, will durch die Adaption seine Fähig- und Fertigkeiten für ein geglücktes Leben ohne Alkohol weiter ausbauen und vor allem stabilisieren und auf diese Weise wieder Zutrauen zu sich und dem Leben erlangen.

### **Welche Anbahnungsprozesse innerhalb der Adaptionsphase wurden erwähnt?**

Wo lagen die Wertigkeit für die Befragten bzw. der Teilnehmer des Gruppentreffens ehemaliger Patienten an diesem Tag?

Beschrieben wurde von den Teilnehmern der Befragung/im Gruppengespräch, dass die Anbahnung zur Integration in den Arbeitsalltag und in das Arbeitsteam eine fundierende und grundlegende Basis für das Meistern der Anforderungen war.

Insbesondere in der Adaption lernten/begriffen sie wie wichtig es ist, selbst Ziele zu haben und zu verfolgen und diese in Schritten zu erreichen. Während der Adaption haben sie erlernt/wieder erlernt, große Ziele zu finden, diese in kleinere Aufgaben zu splitten und diese in Angriff zu nehmen und zu bearbeiten, wobei sie nicht allein aktiv werden müssen und dürfen, sondern in diesem Prozess selbst bestimmen und mitbestimmen.

Als besonders wichtig wurden Anbahnungsleistungen in Bezug auf Selbständigkeit in allen Bereichen (z. B. Behörde, Ämter, Selbsthilfegruppen oder Vereine), das Suchen nach Unterstützung bei schwierigen Aufgaben und das Motivieren/Befähigen, Kontakte selbständig zu knüpfen, Angelegenheiten in eigener Regie erledigen zu müssen/können, das Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen und es sich nicht wieder durch den Alkohol, aus der Hand nehmen zu lassen.

Von allen Befragten wurden als wichtig empfunden, dass durch Anbahnung zu Leistungen der Nachsorge ein Stück Sicherheit, ein „Anker“ geschaffen wurde, durch den die Befragten wissen, wo sie bei Problemen Hilfe finden können bzw. Unterstützung im Falle eines Rückfalls erhalten.

Die in der Notfallliste benannten Selbsthilfegruppen und Ansprechpartner, die von jedem selbst zu kontaktieren sind, waren den einzelnen schon bei der Entlassung bekannt und vertraut und wurden zugleich als fundamentaler Baustein für den weiteren, „nicht leichten“ Weg hervorgehoben.

Weitere sinnvolle und wichtige Anbahnungen der Adaption betreffen Arbeit- und Beschäftigung. Hierzu wurde darauf verwiesen, dass bereits die Arbeits- und Beschäftigungstherapien während der Therapie und/oder Adaption selbst Anregungen geben und Anbahnungen für die Suche nach einem Hobby bzw. einer sinnvollen Beschäftigung verstanden und entsprechend gestaltet werden können. Insofern zielen diese nicht allein darauf, die Klienten auf die soziale und vor allem berufliche Wiedereingliederung vorzubereiten. Einigen Klienten vermitteln sie zugleich Beweggründe, sich auch nach der Entlassung in der Freizeit wieder sinnvoll und nach Interessenlage zu beschäftigen. Dies galt bisher allerdings nur für einige wenige.

Von mehreren befragten Personen wurde die Gestaltung der Freizeit innerhalb der Adaptionsphase als unbefriedigend angesprochen. Ein Befragter gab an, dass viele nur untätig vor dem Fernseher sitzen. Hier wurde der Wunsch geäußert, die Gestaltung der Freizeit innerhalb der Adaptionsphase kreativer zu gestalten, wofür von den Mitarbeitern der Klinik Möglichkeiten sowie Anregungen eingefordert wurden. In diesen Äußerungen wird deutlich, dass bei den Klienten der Adaptionsphase noch immer eine erhebliche Fixierung auf die Klinikangebote vorliegt, mit vorhandener, nicht vorstrukturierter „freier Zeit“ nicht umgegangen werden kann und eine Anspruchshaltung in Bezug auf Vorgaben entwickelt wird, die sich möglicherweise auf die Erfahrungen mit klar vorstrukturierter Zeit während der Therapie stützen.

Zum Aufbau der Fragebögen ist festzustellen, dass die Fragestellungen von den Befragten gut verstanden und beantwortet werden konnten. Im Fall eines erneuten Einsatzes sollte der Interviewleitfaden jedoch überarbeitet werden. Einige Fragen können entfallen, da sie schon durch vorherige Statements von den Befragten beantwortet werden.

## Anlage 2:

### Unterstützung von Arbeit und Beschäftigung in der Adaption (Simone Hüther, BBS 11)

#### 1. Arbeitslosengeld: Voraussetzungen – Anspruch – Höhe der Leistung

##### Voraussetzungen

- Eigenbemühungen Arbeitslos melden und zwar persönlich, spätestens am 1. Tag der Arbeitslosigkeit bei der zuständigen Arbeitsagentur
- Antrag stellen
- Beschäftigungslos sein: Beschäftigungslos ist man auch, wenn man weniger als 15 Stunden wöchentlich arbeitet oder eine Tätigkeit als Selbständiger bzw. mithelfender Familienangehöriger verrichtet
- Unentgeltliche Tätigkeiten stehen dem Anspruch auf Alg nicht entgegen, wenn sie dem pauschalierten „... Auslagenersatz plus Aufwandsentschädigung den Betrag von 154 Euro nicht überschreitet.“ (vgl. Merkblatt für Arbeitslose 2005, S. 15)
- Jede wöchentlich mindestens 15stündige ehrenamtliche Tätigkeit muss der Arbeitsagentur gemeldet werden
- Jede Unterbrechung der Arbeitslosigkeit muss der Arbeitsagentur mitgeteilt werden

**Eigenbemühungen unternehmen**, d. h. das aktive Bemühen um eine Beschäftigung muss mindestens mündlich nachgewiesen werden, in manchen Fällen auch schriftlich. Dazu gehören u. a. die Wahrnehmung der Pflichten aus den Eingliederungsvereinbarungen:

- Schriftliche Bewerbungen
- Auswertung von Stellenanzeigen
- Vorsprache in Betrieben
- Nutzung des Job- und Serviceportals
- Arbeitsplatzsuche per Inserat u. ä.

##### Verfügbar sein, d. h.

- täglich unter angegebener Anschrift erreichbar sein
- will man verreisen muss man dies der Arbeitsagentur melden
- man muss in der Lage sein eine versicherungspflichtige mind. 15stündige Tätigkeit/ pro Woche ausüben zu können
- bereit sein jede zumutbare Maßnahme zur beruflichen Eingliederung nachzukommen
- bereit sein jede zumutbare Beschäftigung anzunehmen

##### Anspruchsrechte

Es besteht ein **Anspruch** auf Arbeitslosengeld:

- bei **Arbeitslosigkeit** oder bei Teilnahme an einer **geförderten beruflichen Weiterbildung**
  - bei Teilnahme an einer solchen Fortbildung erhält man von der Arbeitsagentur einen Bildungsgutschein
  - die Kosten für die Weiterbildung werden von der Arbeitsagentur übernommen, wenn die Maßnahme und der Träger der Weiterbildungsmaßnahme für die Weiterbildungsförderung zugelassen sind
  - Achtung: während einer geförderten Weiterbildung mindert sich die Anspruchdauer von Alg um 2:1. Eine Minderung entfällt, wenn der Alg-Empfänger bereits zu Beginn der Weiterbildung 30 Tage Anspruch oder weniger hat.

**Anwartschaftszeit** muss erfüllt sein

- wenn man in den letzten 3 Jahren vor der Arbeitslosmeldung mind. 12 Monate (360 Kalendertage) in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gestanden hat/bei Saisonarbeitnehmern genügen mind. 180 Kalendertage
- ABM ab 01.01.04 aufgenommen, führt nicht mehr zu einem Anspruch auf Alg
- Anspruchsdauer hängt davon ab ob man in den vergangenen 7 Jahren bei der BfA versicherungspflichtig war, Sonderregelungen treten für Saisonarbeiter ein

Es besteht **kein Anspruch** auf Alg (mehr), wenn Voraussetzungen nicht zu treffen oder der Anspruch ausgeschöpft ist, sollte man sich umgehend mit dem örtlichen Träger für Grundsicherung für Arbeitssuchende in Verbindung setzen um zu prüfen ob eine Anspruch auf Alg II oder Sozialgeld besteht

### **Leistungsansprüche**

Die **Höhe der Leistung** ist abhängig von

- dem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt welches im letzten Jahr zuletzt erzielt wurde
- die Lohnsteuerklasse
- Kindern die im Sinne des § 32 Abs. 1,3 bis 5 Einkommensteuergesetz zu berücksichtigen sind
- für ältere Arbeitnehmer wird ab 01.02.06 die Dauer des Anspruchs von derzeit 32 Monate auf 12 bzw. 18 Monate zurückgeführt

Die Berechnungsgrundlage wird dem Antragsteller mitgeteilt.

**Gründe für eine Sperrzeit** liegen vor, wenn man ohne wichtigen Grund das vorhergegangene Arbeitsverhältnis selbst löst oder gekündigt wird, weil man vertragswidrig handelte

- wenn man eine Arbeit die angeboten wird nicht annimmt
- bei Weigerung eine Trainingsmaßnahme anzutreten oder diese vorzeitig abubrechen
- Eigenbemühungen nicht nachweisbar
- bei Meldeversäumnis

Quelle:

Merkblatt für Arbeitslose 1: Ihre Rechte – Ihre Pflichten. Stand: Januar 2005

## 2 Selbsteinschätzungsbogen zu den allgemeinen Arbeitsfähigkeiten

### Einschätzungsbogen zu den allgemeinen Arbeitsfähigkeiten

#### Selbsteinschätzungsbogen

Einsatz in der Arbeitstherapie für psychisch kranke Menschen

Elke von der Beek

Name: \_\_\_\_\_ Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Einrichtung: \_\_\_\_\_

A B

#### Grundarbeitsfähigkeiten

1. Ich fehle häufig  Ich fehle nie
2. Ich komme immer pünktlich  Ich komme nie pünktlich
3. Ich halte mich selten an Zeitvorgaben  Ich halte mich an Zeitvorgaben
4. Ich kann mich nicht konzentrieren  Ich kann mich gut konzentrieren
5. Ich habe viel Ausdauer  Ich habe wenig Ausdauer
6. Ich verrichte die Arbeit sorgfältig  Ich verrichte die Arbeit nicht sorgfältig
7. Ich verstehe neue Anweisungen schnell  Ich verstehe Anweisungen nicht schnell
8. Routinearbeiten fallen mir leicht  Routinearbeiten fallen mir schwer

#### Intellektuelle Fähigkeiten

1. Umgang mit Zahlenmaterial fällt leicht  Umgang mit Zahlenmaterial fällt schwer
2. Ich habe Probleme mit dem Schreiben  keine Probleme mit dem Schreiben
3. Ich habe Probleme mit der Aussprache  keine Probleme mit der Aussprache
4. Ich habe gutes Vorstellungsvermögen  Ich habe kein gutes Vorstellungsvermögen

#### Berufsspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten

1. Der Umgang mit Maschinen fällt mir leicht  Der Umgang mit Maschinen fällt mir schwer
2. Ich kann gut mit Werkzeugen hantieren  Ich kann nicht mit Werkzeugen hantieren
3. Material und Werkstoffe sind mir vertraut  Material und Werkstoffe sind mir fremd

#### Emotionale Fähigkeiten/ Selbsteinschätzung

1. Ich zeige viel Initiative bei der Arbeit  Ich zeige wenig Initiative bei der Arbeit
2. Ich zeige genügend Antrieb  Ich zeige wenig Antrieb
3. Ich zeige wenig Motivation  Ich zeige eine hohe Motivation
4. Ich bin bei der Arbeit selbständig  Ich bin bei der Arbeit nicht selbständig
5. Ich kann Verantwortung übernehmen  Ich kann keine Verantwortung übernehmen
6. Ich verfüge über gute Selbsteinschätzung  Fehlende Selbsteinschätzung

#### Soziale Fähigkeiten

1. Ich habe zu KollegInnen guten Kontakt  Ich habe zu KollegInnen keinen Kontakt
2. Ich nehme Kontakt zu Vorgesetzten auf  Ich nehme zu Vorgesetzten keinen Kontakt auf
3. Ich kann Kritik von Vorgesetzten ertragen  Ich kann keine Kritik ertragen
4. Ich kann meine Interessen vertreten  Ich kann meine Interessen nicht vertreten

#### Körperlicher Bereich

1. Meine körperliche Verfassung ist gut  Meine körperliche Verfassung ist schlecht
2. Stehende Tätigkeiten fallen mir schwer  Ich kann gut stehend arbeiten
3. Dauernd sitzende Tätigkeit gefällt mir  Dauernd sitzende Tätigkeit gefällt mir nicht
4. Ich muß mich bei der Arbeit viel bewegen  Ich muß bei der Arbeit an einem Platz sein

#### Handhabung des Bogens

Dieser Bogen erfüllt nicht die Gütekriterien z. B. eines Tests, sondern dient als Gesprächsgrundlage zwischen TeilnehmerInnen und AnleiterInnen.

Er enthält fünf Kategorien von A trifft zu, nicht zu A, unentschieden, nicht zu B oder B trifft zu.



## **1. Ziele und Funktionen der Selbst- und Fremdwahrnehmungsbögen**

**1.1** Es gibt zwei Ausführungen der Bögen: Einer ist für die/ den TeilnehmerIn und einer für die/ den ArbeitstherapeutIn. Die Fragestellungen knüpfen an der Einteilung des "Cummingkreises" an. Sie werden von den TeilnehmerInnen und den ArbeitstherapeutInnen/ ArbeitsanleiterInnen getrennt ausgefüllt, um das Selbst- und Fremdbild erfassen und nachher vergleichen zu können.

**1.2** Beide Seiten können mit Hilfe dieses Instrumentes das erreichte Niveau genauer einschätzen und Zielsetzungen entsprechend betrachten bzw. modifizieren.

**1.3** Der Bogen macht auch die Anforderungen und die Arbeitsplatzbedingungen, die ein zufriedenstellendes Arbeiten am derzeitigen oder späteren Arbeitsplatz nicht zulassen, erkennbar und bietet hier Ansätze für ein realistisches Selbstbild.

## **2. Wann und wie oft werden die Einschätzungsbögen verwendet**

**2.1** Die Bögen werden ca. zwei Wochen nach Beginn einer Maßnahme, also nach Ausfüllen aller anderen (z.B. der Anamnesebogen etc.) , erstmalig eingesetzt. Sie präzisieren die durch die anderen Bögen und durch Beobachtung gewonnenen Erkenntnisse.

**2.2** Die Bögen können darüber hinaus je nach individueller Notwendigkeit ausgefüllt werden, beispielsweise zur Selbstreflexion oder zur Prüfung der Lernziele und des Arbeitsverhaltens.

**2.3** Die Bögen eignen sich gut für die Vorbereitung von Rehabilitationskonferenzen, die von der Eingangsphase zur Trainingsphase überleitet und in der das Ziel der gesamten Maßnahme genauer fixiert wird. Zum Beispiel: Wo und unter welchen Bedingungen will die/der TeilnehmerIn später arbeiten? Was soll dafür noch erlernt bzw. trainiert werden?

## **3. In welchem Kontext (an welchem Ort und unter welchen Bedingungen)**

**3.1** Es sollen ruhige Räume zur Verfügung stehen und die Personen getrennt voneinander die Bögen ausfüllen. Die Bögen sollen spontan ausgefüllt werden. Die dafür notwendige Zeit sollte nicht mehr als 10 Minuten betragen.

## **4. Einsatzmöglichkeiten der Bögen**

Die Bögen können überall dort eingesetzt werden, wo ArbeitstherapeutInnen Personen auf den Einstieg in das Arbeitsleben vorbereiten, berufsbegleitend wirken, oder anderweitig rehabilitativ arbeiten. Sie können Anwendung finden in Tageskliniken, Kliniken, Tagesstätten, Reha-Einrichtungen, Werkstätten für Behinderte, eben allen Einrichtungen, die sich für berufliche und soziale Rehabilitation zuständig fühlen.

Sie sollten als Gesprächsgrundlage genutzt werden und für die Entwicklungsberichte der WfB's, um weitere Reha-Schritte gestalten und zielgerichtet arbeiten zu können. Der Berufsanamnesebogen macht es möglich, die TeilnehmerInnen genauer kennenzulernen und erleichtern die individuelle Therapieausrichtung. Auffälligkeiten im Arbeitsverhalten der TeilnehmerInnen können durch die Informationen, die durch die Anamnese gewonnen wurden, besser erklärt werden.

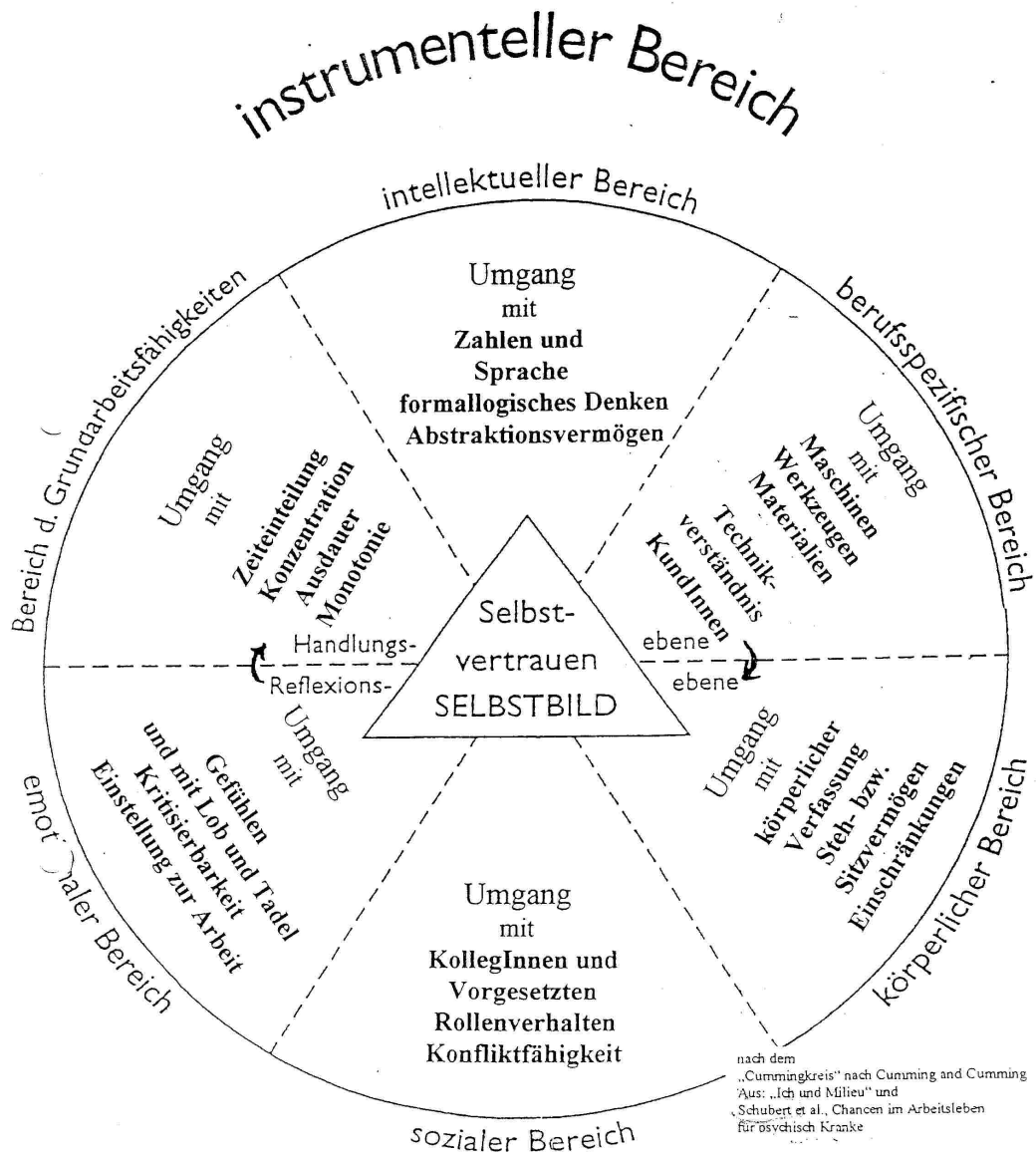
Sehr häufig werden Zusammenhänge zwischen früheren Schwierigkeiten und aktuellen Problemen deutlich. Dies gibt den Beteiligten am Reha-Prozeß wichtige Hinweise für die Entwicklung neuer Ideen und zur Bewältigung von Krisen.

Für Personen, die eigene Leistungen und Erfolge nicht gut akzeptieren können, sind die Einschätzungsbögen hinreichend akzeptable Instrumente. Sie wirken als Motivationshilfe für beide Seiten.

Die Bögen haben außerdem den Vorteil, daß der Prozeß der Handlung für alle transparent wird und als Diskussionsgrundlage z. B. für Teamgespräche dienlich sind.

Zur Auswertung sollte der Selbsteinschätzungsbogen genommen und die Fremdeinschätzungsergebnisse z. B. mit einem Textmarker übertragen werden. So können Differenzen und Übereinstimmungen kenntlich gemacht und zum Gespräch vorbereitet werden.

# AUSSENWELT DER ARBEIT



# INNENWELT DER ARBEIT

## 4 Existenzgründungszuschuss und Überbrückungsgeld

Der **Existenzgründungs-Zuschuss** wird mittlerweile stark nachgefragt. Das alternativ vom Arbeitsamt gezahlte **Überbrückungsgeld** bleibt aber eine echte Alternative.

Der Gründungszuschuss ist ein monatlicher pauschaler Betrag zur sozialen Sicherung des Gründers. Dieser monatliche Zuschuss ist steuerfrei und wird längstens drei Jahre gezahlt. Der monatliche Existenzgründungszuschuss unterliegt auch nicht dem Progressionsvorbehalt und beläuft sich nach Beendigung der Arbeitslosigkeit auf: 600 Euro monatlich im ersten Jahr, 360 Euro monatlich im zweiten Jahr bzw. 240 Euro monatlich im dritten Jahr.

Die **Bewilligung des Zuschusses** erfolgt jeweils für ein Jahr und wird bei Nachweis der Förderungsvoraussetzungen verlängert. Derzeit ist die neue Förderung bis Ende 2005 befristet. Während des Bezugs des Existenzgründungszuschusses sind Existenzgründer in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig und können auch an der gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung teilnehmen. Die Sozialversicherungsbeiträge müssen vom Existenzgründer selbst gezahlt werden. Es sind aber reduzierte Beitragssätze vorgesehen. Bei Misserfolg der selbständigen Tätigkeit kann bei Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung, diese vor Ablauf der dreijährigen Förderdauer wieder geltend gemacht werden. Alternative zum Existenzgründungszuschuss: **Das Überbrückungsgeld**. Alternativ - aber nicht zusätzlich - kommt auch eine Förderung durch das Arbeitsamt durch Gewährung des Überbrückungsgelds nach § 57 SGB III in Betracht. Das Überbrückungsgeld wird aber nur für sechs Monate gezahlt.

### **Zugangsvoraussetzungen für den Existenzgründungszuschuss:**

- Bezieher von Arbeitslosengeld oder -hilfe oder
- Beschäftigte in Arbeitsbeschaffungs- und Strukturanpassungsmaßnahmen, z.B. ABM
- Arbeitseinkommen (inkl. Nebentätigkeit) der Ich-AG maximal 25.000 Euro im Jahr
- Existenzgründer dürfen nur mitarbeitende Familienangehörige und keine fremden Arbeitnehmer beschäftigen

Überbrückungsgeld oder Existenzgründungszuschuss müssen **vor** der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit bei der Agentur für Arbeit beantragt werden. Diese Leistungen werden nicht zur gleichen Zeit gewährt.

Quelle:

Vermittlungsdienste und Leistungen. Stand Dezember 2004 und Was? Wie viel? Wer? Stand Januar 2004

## 5. Die 4 Elemente von HARTZ IV

### Erstes Element: Eigenleistung

Der Bezug von HARTZ IV setzt beim Betroffenen Flexibilität und die Bereitschaft voraus, zumutbare Gegenleistungen zu erbringen. Untertarifliche Bezahlung oder Lohn, der unter dem ortsüblichen Tarif liegt, werden als Ablehnungsgründe nicht akzeptiert. **Aber:** die Arbeit darf nicht gegen das Gesetz der Sittenwidrigkeit verstoßen, d. h. eine Bezahlung 30 % unter Normalverdienst ist ein Ablehnungsgrund. Zumutbar ist auch, als Leiharbeiter oder über PSA zu arbeiten, eventuell ist dann ein Umzug notwendig.

### Zweites Element: Serviceleistung

Es gibt nur noch eine Anlaufstelle mit einem **persönlichen Ansprechpartner**. Gemeinsam mit ihm wird eine Eingliederungsvereinbarung festgelegt, darin ist die Eigenleistung des Betroffenen beschrieben. Vorgesehen ist, dass ein Ansprechpartner für 150 Arbeitsuchende zuständig ist bzw. ein Ansprechpartner für 75 Kunden unter 25 Jahre.

**Jugendliche bis 25 Jahre** sind umgehend in Ausbildung, Arbeit, Praktikum, Qualifizierung oder berufsvorbereitende Maßnahmen zu vermitteln. Dies ist eine *Pflichtaufgabe* des persönlichen Ansprechpartners. Wird durch den Jugendlichen ein Angebot nicht in Anspruch genommen, verliert er den Anspruch auf die Regelleistung.

Der Ansprechpartner entscheidet über notwendige Leistungen zur Eingliederung, die in der Vereinbarung festgelegt sind; d. h.

- a) Leistungen, die in den jeweils kommenden 6 Monaten erreicht werden sollen
- b) Ziele
- c) Förderleistungen: Umschulungen, Kinderbetreuung, Finanzierung des Führerscheins, kurze Trainingsmaßnahmen etc.

### a) Aufgabenspektrum des persönlichen Ansprechpartners in eigener Zuständigkeit

- Kontaktperson für den Hilfebedürftigen und dessen Bedarfsgemeinschaft.
- Mit Bezug auf die spezifische Problemlage wird gemeinsam mit dem Kunden eine berufliche und soziale Situationsanalyse (Anamnese) vorgenommen (bedarfsauslösende Ereignisse, soziales Umfeld, Selbsteinschätzung).
- Die Diagnose ist Grundlage für eine weitere Ziel- und Bedarfsklärung (auf welchem Weg soll welches Ziel erreicht werden). Eventuell wird ein **Profiling** hinzu gezogen, dies dient einer umfassenden individuellen Bestandsaufnahme.
- Aktivierung des Kunden, Einfordern von Eigenaktivitäten, Abschluss von Eingliederungsvereinbarungen, Entwicklung von Vermittlungsstrategien gemeinsam mit dem Hilfebedürftigen.
- Bewerberorientierte Vermittlung einschließlich der Einleitung leistungsrechtlicher Konsequenzen im Zusammenhang mit Vermittlungsbemühungen.
- Einbeziehung Dritter
- Ansprechpartner für Arbeitgeber (z. B. im Zeitraum einer Vertragsanbahnung oder im Rahmen der Nachbetreuung).
- Wenn das Profiling ergibt, dass eine rasche Eingliederung nicht sehr wahrscheinlich ist und wenn die Möglichkeiten des persönlichen Ansprechpartners ausgeschöpft sind, insbesondere bei Vorliegen multipler Problemlagen im persönlichen oder sozialen Umfeld des Hilfebedürftigen und/oder dessen Bedarfsgemeinschaft, leitet der persönliche Ansprechpartner eine besonders intensive Form der Betreuung ein: das **Fallmanagement**.
- Beim Fallmanagement steht nicht die unmittelbare Vermittlung im Vordergrund, sondern die Verringerung schwerwiegender Probleme, die einer erfolgreichen Arbeitsaufnahme im Wege stehen – „multiple Vermittlungshemmnisse“.
- Die Vereinbarung wird regelmäßig überprüft; bemüht sich der Suchende nicht ernsthaft kommt es zur Kürzung oder gar Streichung der Geldleistung.

### b) Verhältnis des persönlichen Ansprechpartners zum Fallmanager

Erkennt der persönliche Ansprechpartner, dass aufgrund multipler Vermittlungshemmnisse eine intensivere Betreuung erforderlich ist, kommen für das weitere Vorgehen zwei Varianten in Betracht:

- **„Lotsenmodell“:** Der persönliche Ansprechpartner, in der Regel die betreuende Vermittlungsfachkraft, behält eine übergreifende Zuständigkeit und nutzt bedarfsgerecht das Fallmanagement im Sinne eines spezialisierten fachdienstlichen Angebots.

- **„Übergabemodell“:** Nach Einschaltung und Prüfung durch den Fallmanager übernimmt dieser die Betreuung des Kunden und erfüllt damit gleichzeitig die gesetzliche Funktion des persönlichen Ansprechpartners. Der zuständige Fallmanager bleibt bis zur sozialen und arbeitsmarktlichen Eingliederung des Kunden zuständig. Der persönliche Ansprechpartner kann gleichzeitig **Fallmanager** sein, wenn die nötige Ausbildung vorliegt oder Unterstützung durch besonders geschulte Fallmanager

### **Drittes Element: Förderleistung**

Zu den Förderleistungen zählen das „**Einstiegs**geld“, „**Zusatz**jobs“ und der „**Job**zuschuss“, um den Eintritt in das Arbeitsleben zu erleichtern.

Das **Einstiegs**geld orientiert sich an der Dauer der Arbeitslosigkeit und der Größe der Bedarfsgemeinschaft. Wer eine Arbeit annimmt, erhält max. über 24 Monate einen **Job**zuschuss. Die jeweilige Förderung richtet sich immer nach dem individuellen Fall.

Zusatzjobs in Form von „**Ein-Euro-Jobs**“ soll es für Menschen geben, die lange Zeit arbeitslos sind und „**Arbeitslos**engeld II“ (Alg II) bekommen. So sieht es das „**Hartz IV-Gesetz**“ vor.

Die **Arbeitslosen** sollen mit diesen Jobs die Möglichkeit erhalten, wieder am Arbeitsleben teilzunehmen und etwas zum Alg II dazu zu verdienen. Das können zwischen ein und max. zwei Euro pro Stunde sein. Was sind das nun für Jobs? Die Ein-Euro-Jobs müssen gemeinnützig und zusätzlich sein, d. h. sie dürfen reguläre Arbeitsplätze nicht verdrängen.<sup>22</sup> Ein Ein-Euro-Job muss außerdem zeitlich begrenzt sein (i. d. R. max. 6 Monate) und muss dem Arbeitslosen eine Chance auf einen richtigen Arbeitsplatz bieten.

Die Ein-Euro-Jobs können ganz unterschiedliche Tätigkeiten beinhalten. Zum Beispiel kann es sich um die Hilfe in einer Stadtbücherei oder beim Bau von Kinderspielplätzen handeln, ebenso wie um die Pflege von Parks und Anlagen oder um Angebote in der Nachbarschaftshilfe.

Städte, **Gemeinden** oder **gemeinnützige** Einrichtungen, die solche Jobs anbieten, melden das den Arbeitsagenturen, die wiederum diese Jobs an die Arbeitslosen vermitteln. Ein Arbeitsloser, dem ein „Ein-Euro-Job“ angeboten wird, muss ihn annehmen, sonst kann das Arbeitslosengeld gekürzt werden. Und wenn er unter 25 Jahre alt ist, kann das AGL II ganz gestrichen werden.

### **Viertes Element: Geldleistung**

Die Geldleistung wird für den Lebensunterhalt, die (angemessene) Miete, Heizkosten und als besondere Unterstützung für Familien gezahlt.

Ein **befristeter Zuschlag** wird bzw. kann als Übergang i. d. R. für 2 Jahre gezahlt werden, wenn jemand vom AI in das Alg II wechselt. Dieser stellt die Differenz zwischen AI + Wohngeld und Alg II dar. Im ersten Jahr des Bezugs von Alg II werden 2 Drittel der Differenz, im zweiten Jahr die Hälfte davon gezahlt.

### **Quelle:**

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit: Hartz IV Menschen in Arbeit bringen. Dezember 2004

<sup>22</sup> So darf zum Beispiel ein Krankenpfleger nicht durch einen „Ein-Euro-Jobber“ ersetzt werden.

## 6. Integrationsfachdienste

**Der "Vermittlungs"auftrag der Integrationsfachdienste:** Nach § 109 SGB IX können Integrationsfachdienste künftig auch verstärkt für die Vermittlung auf einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen [Arbeitsmarkt](#) vom [Integrationsamt](#) und von der [Bundesanstalt für Arbeit](#) oder anderen [Reha-Trägern](#) beauftragt werden. Zu den Aufgaben der Integrationsfachdiensten gehört dabei im Vorfeld der Arbeitsaufnahme die intensive Begleitung des Übergangsprozesses von Maßnahmen der schulischen und beruflichen [Rehabilitation](#) oder von der [Werkstatt für behinderte Menschen](#) in eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

**Der "Betreuungs"auftrag der Integrationsfachdienste:** [Schwerbehinderte Menschen](#) werden im Rahmen der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben auch psychosozial betreut. Die psychosoziale Beratung und Betreuung muss dazu geeignet sein, die Ausübung einer Beschäftigung schwerbehinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt dauerhaft zu sichern. Bei der psychosozialen Beratung und Betreuung geht es zum Beispiel um Fragen des Umgangs mit den Kollegen im Betrieb, um die Einarbeitung und um intensive persönliche Bemühungen zur Erhaltung eines Arbeitsplatzes. Die Beauftragung der Integrationsfachdienste erfolgt durch die Arbeits- oder Integrationsämter.

Quelle:

[www.integrationsaemter.de](http://www.integrationsaemter.de)

SGB IX: Beratung Leistung Chancen. 2005

## **7. Beispiel für ein Projekt im Rahmen Freiwilligen Engagements:**

### **Freiwilligenagenturen als Träger innovativer Formen von Freiwilligendiensten**

#### **Ziele und Aufgaben:**

- Sie haben eine starke bürgerschaftliche Zielrichtung
- Freiwilligendienste im lokalen Zusammenhang koordinieren
- Neue Ressourcen freiwilligen Engagements erschließen
- Stärkung kleiner und großer Netzwerke im Gemeinwesen
- Nachhaltigkeit des Engagements herstellen und Übergänge in andere Formen des Engagements schaffen

#### **Modellprojekte:**

1. Freiwilligenagenturen als lokale Info-Stelle (Info und Beratung)
2. Freiwilligenagenturen als Beratungsstelle für Einsatzstellen (bekannt machen und beraten)
3. Freiwilligenagenturen als Träger lokaler Freiwilligendienste (Freiwilligendienste bekannt machen, Interessierte beraten, Freiwillige lokal vermitteln und päd. Begleiten)
4. Freiwilligendienste als Träger internationaler Freiwilligendienste

Modellprojekt mit 3-jähriger Förderung (2005) - wird gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung und die Friedrich Ebert Stiftung

Quelle:

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen (bagfa e.V.)

## 8. Aufgaben der Integrationsämter

Integrationsämter, ehemals Hauptfürsorgestellen, sind Ansprechpartner und Beratungsstelle für schwerbehinderte Menschen und Arbeitgeber.

Zu ihren Aufgaben zählen:

- Eine (gestaffelte) Ausgleichabgabe zu erheben, wenn ein Arbeitgeber weniger schwerbehinderte Menschen als vorgeschrieben beschäftigt (von mehr als 20 Arbeitsplätzen müssen 5% für Menschen mit Behinderungen vorgehalten werden, dabei müssen Frauen besonders berücksichtigt werden).
- Kündigungsschutz für schwerbehinderte Menschen durchsetzen helfen.
- Erbringen begleitender Hilfen im Arbeitsleben für schwerbehinderte Menschen.
- Entscheidung über eine zeitweilige Entziehung der besonderen Hilfen für schwerbehinderte Menschen (Geldleistungen für technische Hilfsmittel, für Gründung und Erhalt einer selbständigen beruflichen Existenz, für eine behinderungsgerechte Wohnung usw. oder für Arbeitgeber, die einen behinderungsgerechten Arbeitsplatz einrichten).
- Förderung von Integrationsprojekten d. h. von rechtlich und wirtschaftlich selbständigen Unternehmen oder von unternehmensinternen, von öffentlichen Arbeitgebern geführten Betrieben oder Abteilungen zur Beschäftigung besonders schwerbehinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Quelle:

[www.integrationsaemter.de](http://www.integrationsaemter.de) und SGB IX Beratung Leistung Chancen 2005