

Auswirkungen der Einführung von Substitutionstherapie in einer Fachklinik zur Rehabilitation drogenabhängiger Menschen

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt der Philosophischen Fakultät III
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von

Christian Remmert
geb. am 29.12.1962 in Detmold

Erklärungen

gemäß § 6 der Promotionsordnung der Philosophischen Fakultäten I, II und III der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg zum Antrag auf Zulassung zum Promotionsverfahren

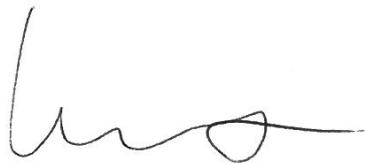
1. Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die Arbeit selbständig verfasst habe, keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen kenntlich gemacht habe.

2. Ich erkläre, dass ich nicht schon vergebliche Promotionsversuche unternommen habe und die Dissertation in der gegenwärtigen bzw. in einer anderen Fassung auch keiner anderen Fakultät vorgelegt habe.

3. Ich erkläre, dass gegen mich keine Ermittlungsverfahren anhängig sind. Ich bin nicht vorbestraft.

Berlin, den 2.4.2012


(Christian Remmert)



Erstgutachterin: Prof. Dr. Gundula Barsch

Zweitgutachter: Prof. Dr. Rainer Dollase

Datum der Verteidigung: 6.12.2012

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einführung	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Der Bedarf	3
1.3 Inhalt der Arbeit	10
2. Der synergetische Ansatz	13
2.1 Zur Bedeutung von Wechselwirkungen	13
2.2 Entwöhnungsbehandlung als „Ordnung“	14
2.2.1 Entscheidungen	15
2.2.2 Die Notwendigkeit von Veränderungen und die Bedeutung von Stabilität	16
2.2.3 Die Neigung zu Stabilität und Ordnungsbildung	17
2.3 Schwierigkeiten bei der Erforschung von Systemen	20
2.3.1 Die Fachklinik als System	22
2.3.2 Was wirkt im Therapieprozess	23
2.3.3 Der Patient als System	25
2.4 Implikationen für diese Arbeit	26
3. Methoden	28
3.1 Fragestellung	30
3.2 Quantitative vs. Qualitative Untersuchungsmethoden: Überlegungen zur Auswahl der geeigneten Methoden	31
3.3 Auswahl der Untersuchungsfälle	36
3.4 Erhebungsmethoden	38
3.5 Ethik	45
4. Grundlagen der Entwöhnungsbehandlung	47
4.1 Rehabilitationsbehandlung oder Krankenbehandlung	47
4.2 Entwicklung der Abhängigkeitsbehandlung ab 1968	48
4.2.1 Therapeutische Gemeinschaft: Behandlung in und durch Beziehung	49
4.2.2 Evidenzbasierung und Leitlinien: Behandlung durch Wissenschaft	51
4.3 ICF	57
4.3.1 Beschreibung der ICF	59
4.3.2 Anwendungen der ICF	61
4.4 Integration von Substitutionsbehandlung in das System der Rehabilitation	71
4.4.1 Geschichte der Substitutionsbehandlung	73
4.4.2 Gegenwärtige Situation der Substitutionsbehandlung	76
4.4.3 Effekte langfristiger Substitution: Ergebnisse der „Premos“ Studie	79
4.5 Zusammenfassung und Ausblick	85

5. Veränderungsprozesse in Fachkliniken	88
5.1 Phasenmodell der Veränderung	88
5.2 Entwicklungen in der Fachklinik F42	92
5.3 Situation und Entwicklung der Fachklinik F42 ab 2010	97
5.4 Veränderungen in den Jahren 2010 und 2011	105
5.5 Zusammenfassung	107
6. Erfahrungen mit Substitutionstherapie in Fachkliniken zur Rehabilitation von Drogenabhängigen	109
6.1 Substitutionsgestützte Rehabilitation von Drogenabhängigen in der „Fachklinik Wendepunkt“ der Drogenhilfe Köln gGmbH	110
6.2 Substitutionsgestützte Rehabilitation von Drogenabhängigen in der „Fachklinik Release“ des Netzwerkes Suchthilfe, Arbeitskreis für Jugendhilfe	113
6.3 Substitutionsgestützte Rehabilitation von Drogenabhängigen in den „Fachkliniken Nordfriesland gGmbH“	116
6.4 Substitutionsgestützte Rehabilitation von Drogenabhängigen in der „Fachklinik Hohehorst“ der STEPS-SUCHTREHA, Bremen gGmbH	118
6.5 Substitutionsgestützte Rehabilitation von Drogenabhängigen in der „Fachklinik Nettetal“ der Caritas	120
6.6 Substitutionsgestützte Rehabilitation von Drogenabhängigen in der „Klinik am Kronsberg“ der STEP gGmbH in Hannover	121
6.7 Substitutionsgestützte Rehabilitation von Drogenabhängigen in den „Kliniken Wied“, Facheinrichtung für psychosomatische Medizin, Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen	123
6.8 Substitutionsgestützte Rehabilitation von Drogenabhängigen in der psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach, „Haus Lindscheid“	126
6.9 Überblick über die Einrichtungsmerkmale	127
6.10 Gemeinsamkeiten und Unterschiede	130
6.11 Zusammenfassung	132
7. Auswertung der Gespräche mit Mitarbeitern und Patienten	134
7.1 Auswertung der Mitarbeitergespräche <i>vor</i> Aufnahme von substituierten Patienten	134
7.1.1 Quantitative Inhaltsanalyse	134
7.1.2 Auswertung der Skalen	136
7.1.3 Qualitative Auswertung	137
7.2 Auswertung der Patienteninterviews <i>vor</i> Aufnahme von substituierten Patienten	139
7.2.1 Quantitative Inhaltsanalyse	140
7.2.2 Auswertung der Skalen	143
7.2.3 Qualitative Auswertung	143
7.3 Vergleich Mitarbeiter und Patienteninterviews <i>vor</i> Aufnahme von substituierten Patienten	145
7.4 Auswertung der Mitarbeitergespräche <i>nach</i> Aufnahme von substituierten Patienten	145
7.4.1 Quantitative Inhaltsanalyse	145
7.4.2 Auswertung der Skalen	148
7.4.3 Qualitative Auswertung	148

7.5 Auswertung der Patienteninterviews <i>nach</i> Aufnahme von substituierten Patienten	151
7.5.1 Quantitative Inhaltsanalyse	151
7.5.2 Auswertung der Skalen	154
7.5.3 Qualitative Auswertung	155
7.6 Vergleich Mitarbeiter und Patienteninterviews <i>nach</i> Aufnahme von substituierten Patienten	156
7.7 Vergleich der Ergebnisse der Mitarbeiterinterviews vor und nach der Aufnahme von substituierten Patienten in der F42	157
7.7.1 Quantitative Inhaltsanalyse	157
7.7.2 Vergleich der Skalenauswertung	160
7.7.3 Vergleich der Qualitative Auswertung	160
7.8 Vergleich der Ergebnisse der Patienteninterviews vor und nach der Aufnahme von substituierten Patienten in der F42	161
7.8.1 Quantitative Inhaltsanalyse	161
7.8.2 Vergleich der Skalenauswertung	165
7.8.3 Vergleich der Qualitativen Auswertung	165
7.9 Zusammenfassung	166
8. Ergebnisse der soziometrischen Untersuchung	169
8.1 Fragebogen und Soziomatrix	169
8.2 Ermittlung des soziometrischen Status	172
8.3 Ermittlung der Beachtung durch Mitpatienten	173
8.4 Korrelation zwischen soziometrischem Status und Länge der bisher absolvierten Behandlung	174
8.5 Soziometrische Indizes der substituierten Patienten im Vergleich zu den nicht-substituierten Patienten	175
8.6 Soziometrischer Status anderer Patientengruppen	176
8.6.1 Status und Beachtung der russischsprachigen Migranten	176
8.6.2 Status und Beachtung von anderen ausländischen Patienten	177
8.7 Zusammenfassung	178
9. Die substituierten Patienten	181
9.1 Beschreibung und Verlauf	181
9.2 Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Interviews mit den substituierten Patienten	189
9.2.1 Gesundheit	190
9.2.2 Entwicklung	193
9.2.3 Soziale Bezüge	199
9.3 Zusammenfassung	202
10. Auswertungen anamnestischer Daten und Messungen mit dem Mini-ICF-APP	204
10.1 Vergleich der Daten der substituierten opiatabhängigen Patienten, nicht-substituierten opiatabhängigen und nicht-opiatabhängigen Patienten	206
10.2 Anteil nicht-opiatabhängiger Patient im Vergleich zu den Vorjahren	209
10.3 Entwicklung der positiven Therapieabschlüsse	210
10.4 Zusammenfassung	211

11. Ergebnisse	213
11.1 Die Unterschiede zwischen substituierten und nicht-substituierten Patienten sind gering	213
11.2 Substituierte Patienten profitieren von der Behandlung	214
11.3 Ansichten zu substituierten und nicht-substituierten Patienten	215
11.4 Wechselwirkungen und Veränderungen in der Fachklinik	219
11.5 Auf der Suche nach neuen Ordnungsgrundsätzen	221
11.6 Rehabilitationsbedarf substituerter Patienten	225
11.7 Offene Forschungsfragen	228
12. Literaturverzeichnis	230
13. Abkürzungsverzeichnis	258
14. Begriffsverzeichnis	259
15. Zusammenfassung	264

Anhang

1 Einführung

1.1 Hintergrund

In Deutschland gibt es circa 77.400 Menschen, die sich in Substitutionsbehandlung¹ befinden (*Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung* 2011). Aus den Ergebnissen verschiedener Untersuchungen (vgl. z. B. *Raschke u. Schliehe* 1985; zuletzt *Wittchen et al.* 2011) folgt, dass ein Großteil der Patienten² von der Behandlung profitiert. Insbesondere verbessert sich die gesundheitliche Situation der substituierten Patienten. Einem Teil der Patienten gelang auch eine soziale Reintegration mit dem Aufbau von Kontakten zu nicht-drogenabhängigen Menschen. Voraussetzung hierfür schien jedoch häufig die mehr oder weniger zufällige Überschneidung von Lebensbereichen mit nicht-suchtmittelabhängigen Menschen zu sein, z. B. durch die Schule der eigenen Kinder, durch Kontakte des nicht-drogenabhängigen Partners oder durch berufliche Kontakte (vgl. *Raschke u. Schliehe* 1985). Ein Großteil der substituierten Patienten verblieb trotz Substitution in der Drogenszene bzw. einem szenenahen Umfeld und erreichte keine weiterführenden Rehabilitationsziele. Im Abschlussbericht über das wissenschaftliche Erprobungsvorhaben in NRW³ (*Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW* 1993) wurden neben positiven Ergebnissen die geringe Abdosierungsquote von 2 % und die unzureichende berufliche Integration festgehalten. Das Ziel „Erhalt und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit“ wurde deshalb in einer weiteren, ein Modellprogramm begleitenden Nachfolgestudie untersucht (vgl. *Küfner et al.* 1999). Während 80 % der regulären Beender des Programms als erwerbsfähig eingeschätzt wurden, waren tatsächlich nur 30 % erwerbstätig. In der „Premos-Studie“ durch *Wittchen et al.* (2011), in der über 2600 substituierten Menschen über mehrere Jahre untersucht wurden, beträgt der Anteil arbeitsloser Substituierter zwischen 42 und 51 % (s. Kapitel 4.4.3)

Die Effekte einer Behandlung mit Substitutionstherapie sind häufig untersucht worden. Die Substitutionstherapie gilt inzwischen international als „wirksamste, Maßnahme zur Verringerung der sozialen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Belastungen, mit denen eine Opioidabhängigkeit einhergeht“ (*Stöver u. Gerlach* 2010, S. 14). Ihre Wirksamkeit wurde

¹ Begriffe wie Substitutionsbehandlung, Drogenabhängigkeit etc. die häufig mit unterschiedlichem Bedeutungsgehalt in der Literatur verwendet werden, sind im Begriffsverzeichnis erläutert und für die vorliegende Arbeit definiert.

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird ausschließlich die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind beide Geschlechter gemeint.

³ Alle Abkürzungen sind im Abkürzungsverzeichnis erklärt.

bereits in verschiedenen Modellprojekten in den Achtziger Jahren belegt und seit dem immer wieder bestätigt. Die Substitutionsbehandlung ist gegenwärtig das Mittel der Wahl und macht rund 80 % der Behandlungen bei opiatabhängigen Menschen aus (vgl. *Rehm u. Brink* 2007). Die oft berichteten positiven Entwicklungen im Gesundheitszustand der Patienten (vgl. z. B. in einer früheren Untersuchung *Wittchen et al.* 2008) werden jedoch in der „Premos-Studie“ relativiert. Verbesserungen werden vor allem durch die Behandlung der Hepatitis Erkrankungen erreicht, aber kaum in anderen gesundheitlichen Bereichen. Der Anteil psychopathologisch auffälliger Patienten verändert sich kaum und liegt bei über 50 %. Sowohl im Bereich der Integration und Teilhabe als auch im Bereich der gesundheitlichen Verbesserung werden nicht alle Patienten mit der Substitutionstherapie und der mit ihr häufig verbundenen psychosozialen Betreuung alleine hinreichend unterstützt. Eine Implementierung von Psychotherapie in die Behandlung von Substitutionspatienten erscheint sinnvoll, stößt aber auf viele Hindernisse (vgl. *Specka u. Scherbaum* 2011).

Die Sicherung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durch Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit ist das klassische Ziel der von den Rentenversicherungsträgern finanzierten Entwöhnungsbehandlung. Von den rund 56.000 überwiegend stationär durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen im Jahr 2008 hatten 19 % eine Drogenabhängigkeit und 10 % eine Mehrfachabhängigkeit als Grund (vgl. *Beckmann et al.* 2010).

Die Wirksamkeit von Entwöhnungsbehandlungen bei Drogenabhängigen, insbesondere auch bei Opiatabhängigen, ist belegt (vgl. z. B. *Ackermann-Siegle et al.* 2008). In einer Untersuchung der DRV Berlin-Brandenburg wurden Abstinenzquoten von 37 bis 42 % in einer 18-Monats-Katamnese berichtet (vgl. *Rogmann u. Lüdtke* 1991). Neuere Untersuchungen der DRV Rheinland-Pfalz (vgl. *Fischer* 2008; *Fischer et al.* 2007a, 2007b) bestätigen diese Befunde und berichten Katamneseergebnisse von 22 bis 55 % für die Abstinenzquote Drogenabhängiger nach einem Jahr. Hinzu kommen vielfältige andere positive Behandlungseffekte, wie eine deutlich erhöhte, in vielen Bereichen überdurchschnittliche Lebenszufriedenheit (im Vergleich zum Bevölkerungsmittel). Auch bei nicht-abstinenten Patienten stellen *Fischer et al.* positive Veränderungen im Konsumverhalten nach der Rehabilitation fest: „Selbst bei Personen, die kein völlig abstinentes Leben im Katamnesezeitraum erreichen konnten und einen oder mehrere Rückfälle erlebten, können nach den Katamnese-standards III der DGSS als positiv bis deutlich positiv in ihrem Umgang

mit psychotropen Substanzen bewertet und somit als verbessert hinsichtlich ihres Suchtverhaltens eingestuft werden“ (Fischer et al. 2007b, S. 46). In neueren Untersuchungen zur Effektivität der verschiedenen Rehabilitationsformen (stationär, ambulant, ganztägig ambulant) bei Alkohol und Medikamentenabhängigen (vgl. Missel et al. 2011a; Missel et al. 2011b; Schneider et al. 2011) wurden diese Ergebnisse reproduziert bzw. noch deutlich übertroffen. Für Einjahreskatamnesen werden Abstinenzquoten zwischen 89 % und 54 % je nach Standard berichtet. Allerdings sind die Abstinenzquoten bei Drogenabhängigen Patienten deutlich geringer. Die Mehrzahl der Patienten wird erneut drogenrückfällig und verfehlt damit das vorgegebene Abstinenzziel (vgl. Fischer 2008; Fischer et al. 2007a, 2007b).

Für Abhängigkeitskranke, die von Opiaten abhängig sind, existieren also zwei bewährte Behandlungsmöglichkeiten, um die gesundheitliche, soziale und berufliche Situation zu verbessern. Möglicherweise ergeben sich aus der Kombination einer Substitutionsbehandlung mit einer klassischen Entwöhnungsbehandlung und ihren grundsätzlich ähnlichen Zielvorstellungen neue Behandlungschancen. Allerdings können bislang nur wenige Patienten eine Entwöhnungsbehandlung mit noch laufender Substitutionstherapie beginnen, da nur wenige Fachkliniken dies anbieten. 2005 waren in Deutschland nur drei Einrichtungen in der Lage bzw. bereit, Patienten in die reguläre Entwöhnungsbehandlung aufzunehmen, die noch substituiert waren (vgl. Agostini 2005). Bereits 2001 wurden in der *Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungssträger, Anlage 4* Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei übergangweisem Einsatz eines Substitutionsmittels festgelegt. Die Möglichkeit der substitutionsgestützten Rehabilitation von Opiatabhängigen ist inzwischen auch in die *Leitlinien zur sozialmedizinischen Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen (DRV 2010)* eingearbeitet, die Aufnahme von substituierten Patienten in eine Entwöhnungsbehandlung aber immer noch die Ausnahme.

1.2 Der Bedarf

Der konkrete Bedarf nach einer substitutionsgestützten Rehabilitation opiatabhängiger Patienten ist bisher noch nicht empirisch ermittelt worden. Es gibt jedoch nachvollziehbare

Argumente, die einen Bedarf für Patienten nach einer Verknüpfung beider Behandlungen erwarten lassen.

Die offensichtlichen Defizite beider Behandlungsformen – die relativ geringe Integrationsleistung von Substitutionsprogrammen aus sozialmedizinischer Sicht und die relativ geringe Dauerabstinenzquote der Patienten nach Entwöhnungsbehandlungen – laden dazu ein, nach einer Synthese zu suchen, die die positiven Effekte beider Behandlungen kombiniert⁴. Außerdem werden längst nicht alle Opiatabhängigen durch Substitutions- oder Abstinenztherapieangebote mit ihren spezifischen Aufnahme- oder Behandlungsbedingungen erreicht (vgl. *Wittchen et al.* 2005). Die geringe berufliche Integration bei opiatabhängigen Menschen (vgl. *Pfeiffer-Gerschel et al.* 2010) erfordert möglicherweise konzentrierte rehabilitative Anstrengungen. Die hohe Komorbidität psychischer Erkrankungen mit bis zu 65 % (vgl. *Schuch et al.* 2002) lässt vermuten, dass manche opiatabhängigen Patienten durch die Doppelanforderung einer Entwöhnungsbehandlung überfordert sind, auf das Substitut zu verzichten und umfangreiche sozialmedizinische Lernaufgaben in der Rehabilitation zu bewältigen.

Möglicherweise ist die Aufnahme von substituierten Patienten in die Rehabilitation eine weitere Alternative zur heroingestützten Behandlung (vgl. *Bätzing* 2007; *Haasen* 2007; *Haasen et al.* 2007), deren Einführung auch vor dem Hintergrund diskutiert wird, bisher nicht erreichten Patienten eine Behandlungsmöglichkeit zu eröffnen.

Bis 2001 waren die abstinenzorientierte Entwöhnungsbehandlung und die Substitutionstherapie bei Drogenabhängigen sozialrechtlich unvereinbare Behandlungsalternativen. Diese „unvereinbaren“ Behandlungen fanden bis dahin ihre Verbindung ausschließlich in der Biographie der Patienten. Bei der Analyse der Daten von ca. 100 Patienten der Fachklinik F42 zeigte sich, dass die überwiegende Mehrzahl der opiatabhängigen Patienten, die sich in eine Entwöhnungsbehandlung begaben, bereits Erfahrungen mit Substitutionsbehandlungen gemacht hatten⁵. Inzwischen wird die Substitutionstherapie de facto als „first-line Therapie“ vor einer medizinischen Rehabilitation

⁴ Über die Probleme einer Verschmelzung der Behandlungsformen wird spekuliert, Untersuchungen sind aber eher selten (vgl. z. B. *Lenkenhoff* 2008). So stellt sich vor allem die Frage, inwieweit sich bei einer Kombination beider Behandlungsformen die positiven Effekte ergänzen können, oder aber, ob eine Kombination andere als die erwünschten Effekte nach sich zieht.

⁵ Ein Zusammenhang zwischen der Dauer oder der Häufigkeit von vorangegangenen Substitutionsbehandlungen und dem Therapieerfolg konnte nicht gefunden werden. Für den Erfolg schien vor allem wichtig zu sein, ob ein Patient die Behandlung hilfreich und sinnvoll empfand (vgl. *Remmert* 2000).

verstanden, sowohl von den Abhängigen selbst, als auch von substituierenden Ärzten und Fachkräften der psychosozialen Betreuung. Die Rehabilitation dient als „Last exit“ nach Scheitern der Substitution (vgl. *Heinz* 2011).

Wenn eine Behandlung als sinnvoll erlebt wird, erhöht sich die Motivation, aktiv an ihr mitzuarbeiten (vgl. *Miller u. Rollnick* 1999). Die Motivationsstärkung ist daher ein wesentliches Behandlungsziel. Statt einer starken intrinsischen Motivation liegt oft eine Ambivalenz in Bezug auf die Behandlung vor. Dieser Ambivalenz wird nicht angemessen begegnet, wenn die Beendigung einer Substitutionsbehandlung zur Voraussetzung einer Entwöhnungsbehandlung gemacht wird.

Vogt stellt fest, dass gerade bei älteren Opiatabhängigen die Sucht identitätsstiftend ist: „Für eine relativ große Gruppe wird die Heroinabhängigkeit jedoch ein Lebensthema: Sie finden keinen Weg aus der Sucht heraus. Viele wechseln im Laufe ihrer Abhängigkeit ihre Drogen, steigen vom Straßenheroin auf ein ärztlich verordnetes Substitutionsmittel um (...) Manche leiden daran und wünschen sich den Ausstieg aus der Sucht.“ (*Vogt* 2010, S. 605). Ältere Drogenabhängige sind deutlich öfter in Substitutionsbehandlung, weisen aber auch mehr Belastungsfaktoren auf (vgl. *Zurhold et al.* 2010). Dies spricht für eine langfristig abstinenzorientierte Behandlung, die nicht die Beendigung der Substitution voraussetzt.

Die „Premos-Studie“ (s. Kapitel 4.4.3) zeigt, dass die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung substituierter Patienten mangelhaft ist. Im Durchschnitt kommt es nur zu einem Kontakt pro Jahr zwischen substituiertem Patient und einem Psychiater oder Psychotherapeuten. Mehr als die Hälfte der Patienten ist psychopathologisch jedoch schwer auffällig (vgl. *Wittchen et al.* 2011). *Heinz* hält fest, dass die psychosoziale Begleitung nicht fachlich qualifiziert ist, um hierauf adäquat einzugehen. Er geht davon aus, dass die Substitutionstherapie „die Basis für psychiatrische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Interventionen“ (*Heinz* 2011, S. 9) ist. Es besteht ein hoher Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungen der komorbiden Störungen substituierter Patienten. Die substituierten Patienten werden in der ambulanten Versorgung bisher kaum von psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfen erreicht (vgl. *Scheerbaum* 2001). In der medizinischen Rehabilitation ist die psychotherapeutische Behandlung ein Schwerpunkt. Gerade für psychisch komorbid erkrankte substituierte Patienten könnte die Aufnahme einer

Rehabilitationsbehandlung – auch unabhängig von einer Abdosierung des Substituts⁶ – hilfreich sein.

Vor diesem Hintergrund ist nachvollziehbar, dass es einen Bedarf für die Aufnahme von substituierten Patienten in medizinische Rehabilitationsbehandlungen gibt.

Die Höhe des Bedarfs ist bisher empirisch noch nicht ermittelt worden und bildet sich möglicherweise in der Nachfrage nach einem solchen Angebot durch die Patienten selbst ab. Die Nachfragesituation in den wenigen Fachkliniken, die substituierte Patienten aufnehmen, ist befriedigend, aber nicht erdrückend (vgl. z. B. *Schinner*, 2010). Dies kann Folge der Belegungssteuerung durch die Leistungsträger und der relativen (Un-)Bekanntheit dieser Angebote sein. *Heinz* stellt eine „vorsichtige Öffnung einiger Rentenversicherungsträger bei der Kostenübernahme für die medizinische Rehabilitation“ und gleichzeitig eine „sehr restriktive“ (*Heinz* 2011, S. 1) Handhabung fest. Die relativ entspannte Nachfragesituation in den Fachkliniken ist also kein sicherer Beleg für einen geringen Bedarf⁷. Ob das Angebot bereits ausreichend auf die Belange substituierten Patienten zugeschnitten ist wird bezweifelt (vgl. *Stöver und Gerlach* 2010). Möglicherweise besteht die Notwendigkeit einer „durchgehenden Weitersubstitution als Basis weiterführender psychotherapeutischer Angebote“ (*Stöver u. Gerlach* 2010, S.11) in der Rehabilitation, da eine Vielzahl von substituierten Patienten die Abdosierung des Substituts nicht leisten können und Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen abrechen. Das Ziel der Abdosierung ist kritisch zu prüfen und Substituierten eine volle Rehabilitationsleistung zu gewähren, auch wenn sie das Ziel der vollständigen Abstinenz vom Substitut nicht erreichen können (vgl. *Hüsgen* 2009). Die 2001 vorgenommene Veränderung der *Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger. Anlage 4*, die die Abdosierung vom Substitut in der Entwöhnungsbehandlung unter bestimmten Bedingungen zulässt, ist zu begrüßen. Die Potentiale sind jedoch noch nicht ausgeschöpft sind und die Öffnung der medizinischen Rehabilitation, die mit dem Modellprojekt in der Fachklinik „Release“ 1995 begann (siehe Kapitel 6), ist noch nicht abgeschlossen. Insbesondere muss das bestehende Suchthilfesystem

⁶ *Heinz* (2011, S. 9) hält fest: „Die Ausgrenzung der Substitution [aus der Rehabilitation, C.R.] kann hier nicht psychiatrisch begründet sein – sie ist nur noch als Ausfluss eines angesichts der vorliegende psychischen Erkrankungen und Belastungen irrationalen und überfordernden Abstinenzparadigmas zu begreifbar.“

⁷ In den letzten Jahren wurden allerdings auch Modellprojekte, die sich insbesondere an substituierte Patienten wandten, wegen mangelnder Nachfrage eingestellt, z. B. Integration Behandlung und Arbeit unter Normalbedingungen RAUS – Reha Abhängigkeitskranke unter Substitutionsbedingungen - (vgl. *Wiegand* 2011b).

stärker Substitutionsbehandlungen und medizinische Rehabilitation vernetzen (vgl. *Hüsgen* 2009).

Von der aktuellen Nachfragesituation in den wenigen Kliniken, die substituierte Patienten zur Entwöhnungsbehandlung aufnehmen, kann daher nicht auf den Bedarf rückgeschlossen werden. Einerseits ist das Angebot wenig bekannt, oft nicht regional verfügbar und möglicherweise nicht ausreichend auf die Bedürfnisse und Defizite substituierter Patienten ausgerichtet.

Der konkrete Bedarf in Berlin

Um die eher spekulativen Vermutungen auf eine belastbare Datengrundlage zu stellen wurde vor Einführung der substitutionsgestützten Rehabilitation in der hier untersuchten Fachklinik eine Befragung der in Berlin substituierenden Ärzte durchgeführt. Dazu wurde im Mai 2010 ein Fragebogen an den Arbeitskreis „Methadonsubstituierende Ärzte der kassenärztlichen Vereinigung Berlin“ übersandt. Damit war die Bitte verbunden, diesen an weitere interessierte und mit Substitutionstherapie befasste Kolleginnen und Kollegen weiterzugeben.

Der Fragebogen bestand aus folgenden vier Fragen:

- Besteht aus Ihrer Sicht ein Bedarf an stationärer Therapie für Substituierte?
- Aus Sicht der Rentenversicherungsträger ist ein wichtiges Ziel der Rehabilitationstherapie die Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Halten Sie dieses Ziel für - teilweise – erreichbar?
- Wieviel Prozent Ihrer substituierten Patienten sind in einem Beschäftigungsverhältnis (gehen einer regelmäßigen Arbeit nach)?
- Bei wieviel Prozent Ihrer Substituierten, für die eine Therapie infrage käme, besteht aus Ihrer Sicht eine langfristige Abstinenzmotivation?

Insgesamt antworteten sieben Ärzte, also ein sehr kleiner Teil der in Berlin substituierenden Ärzte, auf diese Anfrage, bei denen allerdings rund 1000 der ca. 5000 in Berlin substituierten Patienten in Behandlung sind.

Die Antworten bezogen sich nur zum Teil auf die vorgegebenen Fragen. Besonders die Fragen, die Quantifizierungen verlangten, erschienen schwer zu beantworten. Die Ärzte, die eine Einschätzung abgaben, gingen davon aus, dass zwischen 20 und 40 % ihrer Patienten

gegenwärtig in einem Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnis stehen und dass zwischen 10 und 50 % zu einer langfristigen Abstinenz motiviert sind. Die Frage nach der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wird durchgehend, zum Teil mit Einschränkungen, bejaht. Es wird angemerkt, dass dieses Ziel auf jeden Fall anzustreben ist, wenn es auch nicht für alle Patienten zu erreichen sei.

Von allen Antwortenden wird der Bedarf stationärer Entwöhnungsbehandlung für substituierte Patienten bejaht. An den bestehenden Angeboten wird bemängelt, dass diese weit entfernt sind und somit wenig zur Integration der Patienten an ihrem Wohnort in Berlin beitragen können. Die Einschätzungen unterscheiden sich darin, ob für einen kleineren oder größeren Anteil der Patienten dauerhaft eine Abstinenz erreichbar und dauerhaft die Erwerbsfähigkeit wieder herstellbar ist.

Legt man bei einem Versuch der Quantifizierung des Bedarfs die Anzahl der bei den antwortenden Ärzten substituierten Patienten und hier wiederum nur die vorsichtigste Bedarfsschätzung (10 %) zu Grunde, ergibt sich ein aktueller Rehabilitationsbedarf für mindestens 100 Patienten in Berlin.

Die Notwendigkeit, ein entsprechendes Angebot in einer Berliner Fachklinik zu schaffen, belegen auch Zitate aus den Antwortschreiben. Die Frage nach dem Bedarf wird unterschiedlich, aber eindeutig positiv beantwortet: „Ja!!!“; „Ja, ich denke es besteht ein relativ großer Bedarf! Die wenigen Kliniken, die das anbieten sind hoffnungslos überlaufen und alle ja außerhalb von Berlin.“; „Ja, eindeutig“.

Zum Teil wird dies näher begründet: „... fachlich befürworte ich (als ehem. Oberarzt der Suchtstation in der Psychiatrie...) die stationäre Therapie substituierten Patienten ganz dringend! Ich halte das Ziel der Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für erreichbar und anzustreben (!) - eben unter der Voraussetzung vorgeschalteter adäquater Therapien. Ich bin sozialpsychiatrisch zutiefst überzeugt, dass Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung Ziel *und* Voraussetzung stabilen psychischen Befindens ist und in diesem Sinne angestrebt werden muss.“ Die Integrationsfähigkeit in Bezug auf den Arbeitsmarkt wird nicht generell für alle Patienten angenommen: „Ja, wenn auch nicht für alle.“

Interessant ist der Verweis auf die problematische, identitätsstiftende Rolle der Substitution: „Wir substituieren seit über 20 Jahren derzeit gut 100 Patienten, davon etliche, die nicht mehr ganz jung sind, d.h. über 40 J zum Teil auch schon über 50. Ein größer werdendes Problem ist die Inhaltsleere des Lebens dieser längerfristig Substituierten, wobei dann die Substitution selbst die Rolle eines Identitätsstifters einnimmt und deswegen nicht aufgegeben wird. Anders ausgedrückt, es fehlt eine sinnvolle Tätigkeit, bei deren Erfolg dann die Substitution beendet werden könnte. Hier scheint mir ein Argumentationsansatz gegenüber den Kostenträgern zu liegen. Eine Therapie könnte mit einiger Wahrscheinlichkeit z. B. die Ängste und Ambivalenzen gegenüber einer Rückkehr ins tätige, drogenlose Leben zumindest mindern, bei den relativ harmlosen und wenig bedrohlichen MAE - Jobs ist die Freude an einer Tätigkeit deutlich zu erkennen.“

Spannend ist der in der deutschen Debatte bisher kaum thematisierte Gedanke der Diskriminierung substituierter Patienten: „Ich denke, dass es einen großen Bedarf gibt und dass dies eine Versorgungslücke in Berlin, bzw. in ganz Deutschland ist. Ich hatte bis zu meiner Rückkehr nach Berlin, von 1999 - 2005 in den USA (Kalifornien) im Suchtbereich gearbeitet und dort die Einführung solcher stationärer Behandlungsmöglichkeiten für Substituierte miterlebt, dort mussten die Therapieeinrichtungen aufgrund eines Antidiskriminierungsgesetzes auch Substituierte aufnehmen.“

Während sich die Ärzte also eindeutig für eine Intergration der Substitutionstherapie in eine Behandlung aussprachen, wird in den wenigen Rückmeldungen von Drogenberatern zwar auch ein Bedarf angenommen, die Intergration von Substituierten in eine Entwöhnungsbehandlung aber nicht eindeutig befürwortet. Vier Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Berliner Drogenberatungsstellen wurden im September und Oktober 2010 an Hand eines Leitfadens (s. Anhang) befragt⁸. Von allen Beratern wird ein nicht näher quantifizierter Bedarf⁹ angenommen. Die Höhe des Bedarfs wird in Abhängigkeit von der konkreten Ausgestaltung des Therapieprogramms und der Aufnahmebedingungen gesehen.

Die Berater und Beraterinnen erwarteten mehr Rückfälle und Behandlungsabbrüche bei den substituierten Patienten und gehen von „schwierigeren“ Patienten in der Gruppe der

⁸ Die Bereitschaft zur Teilnahme an einer Befragung war bei den angefragten Beratungsstellen eher gering, so dass nur wenige Interviews geführt werden konnten.

⁹ Die Aufnahme von substituierten Patienten wurde dabei z. T. sehr kritisch hinsichtlich der Auswirkungen für die Fachklinik und die in ihr befindlichen, nicht substituierten Patienten gesehen.

substituierten Patienten aus. Dabei werden mehr komorbide somatische und psychische Erkrankungen und z. T. auch eine schwerere oder chronifiziertere Abhängigkeitserkrankung angenommen wird. Eine Konzentration auf die Abdosierung und eine Vernachlässigung weiterer wichtiger Themen wird befürchtet.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es eine Reihe guter Argumente gibt, die die Aufnahme substituierter Patienten in eine medizinische Rehabilitation sinnvoll erscheinen lassen. Gerade die Defizite der ambulanten Substitutionstherapie, wie die Behandlung psychischer Störungen und die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, sind Schwerpunkte in der Entwöhnungsbehandlung.

Von substituierenden Ärzten in Berlin werden die Patienten sowohl als rehabilitationsfähig als auch rehabilitationsinteressiert eingeschätzt. Auch die Möglichkeit und Notwendigkeit der Integration in den Arbeitsmarkt wird bejaht. Neben leistungsfähigen Substituierten wird als Zielgruppe vor allem an ältere Patienten gedacht, die schon lange substituiert werden und an weiteren Erkrankungen leiden. Die identitätsstiftende Funktion der Substitution wird benannt, die einen längerfristigen Ablösungsprozess erfordert, der innerhalb einer mehrmonatigen Rehabilitation leistbar ist.

1.3 Inhalt der Arbeit

In dieser Arbeit werden die Auswirkungen der Einführung von Substitutionsbehandlung in einer Fachklinik zur Rehabilitation von Drogenabhängigen untersucht. Die Substitutionsbehandlung ist dabei auf Grund der bestehenden Richtlinien nur übergangsweise möglich, d. h. die Patienten sollen im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung vom Substitut entziehen.

Die Fachklinik wird als System verstanden, dass vor allem durch die Wechselwirkungen zwischen den an diesem System beteiligten Menschen und den Umgebungsfaktoren (rechtliche Rahmenbedingungen, Lage und Ausstattung der Fachklinik etc.) bestimmt ist. Die Gesetzmäßigkeiten, denen Systeme wie eine Fachklinik unterworfen sind, werden beschrieben (siehe Kapitel 2).

Systeme oder Ordnungen sind durch die Komplexität der Wechselwirkungen, der prinzipiell willkürlichen Abgrenzung von anderen Systemen und der nur partiell möglichen Operationalisierungen schwer zu erforschen. Hier wird eine Mischung verschiedener quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden verwendet, um die Auswirkungen der Einführung von Substitutionsbehandlung abzubilden. Die gewählten Methoden werden vorgestellt (siehe Kapitel 3).

Das System einer Fachklinik wird durch äußere Einwirkungen beeinflusst. Hierzu gehören die Ergebnisse der Suchtforschung der letzten Jahre, die Vorgaben der Leistungsträger, versorgungspolitische Vorgaben und Entwicklungen der Substitutionstherapie und der Rehabilitationsstandards. Dabei werden Traditionen und Menschenbilder identifiziert, die die Integration der jeweils anderen Behandlungsform erschweren. Mit der Einführung der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ wird eine neue Betrachtungsweise ermöglicht, die die gemeinsame Behandlung von substituierten und nicht-substituierten Patienten unter einem Ordnungsprinzip erleichtern könnte. Widersprüche werden aufgelöst, die aus den unterschiedlichen Philosophien der Behandlungen resultieren (siehe Kapitel 4).

Zu den Elementen, die das System der Fachklinik bestimmen, gehören auch die individuellen Traditionen der Fachklinik und die Ergebnisse früherer Veränderungsprozesse. Diese sind für die aktuellen Behandlungen handlungsleitend. Sie erschweren aber unter Umständen Behandlungen, die andere Anforderungen stellen und werden gleichzeitig selbst von diesen neuen Anforderungen in Frage gestellt (siehe Kapitel 5).

Ein Vergleich der anderen Fachkliniken, die bereits substituierte Patienten aufnehmen, dient dazu, Ordnungsprinzipien und Elementen des Systems zu identifizieren, die durch die Aufnahme von substituierten Patienten in Frage gestellt und verändert werden. Darüber hinaus sollen Elementen und Prinzipien identifiziert werden, die die Behandlung substituiertes Patienten nicht beeinflussen, erleichtern oder erschweren (siehe Kapitel 6).

Die wesentlichen Elemente einer Fachklinik, die durch konzeptuelle Veränderungen betroffen sind, sind die in ihr handelnden Personen, also die Patienten und Mitarbeiter. Ihre Einstellungen und Erfahrungen determinieren ihr Handeln. Inwiefern diese Einstellungen die Aufnahme substituiertes Patienten erschweren oder erleichtern und inwieweit diese

Einstellungen Veränderungen unterworfen sind, soll untersucht werden. Hierfür werden Mitarbeiter- und Patientenbefragungen vor und nach der Aufnahme von substituierten Patienten in der Fachklinik ausgewertet (siehe Kapitel 7).

Die interaktionelle Verknüpfung der Personen in einer Fachklinik geschieht über (therapeutische) Beziehungen. Implizit oder explizit, je nach Behandlungskonzept, sind die Beziehungen der Patienten untereinander ebenfalls wichtig für die Behandlung. In der in dieser Studie untersuchten Fachklinik wird eine gegenseitige Unterstützung bei der Aufrechterhaltung des „cleanen Rahmens“ vor dem Hintergrund gleichberechtigter Beziehungen von den Patienten erwartet. Inwieweit substituierte Patienten gleichberechtigt einbezogen werden soll mit soziometrischen Methoden festgestellt werden (siehe Kapitel 8).

Wie erleben die substituierten Patienten den Wechsel von der Substitutionstherapie in das System Fachklinik? Die substituierten Patienten, der Verlauf ihrer Behandlung und ihre Eindrücke und ihr Erleben sowie die Interaktion zwischen substituierten Patienten und ihrer Umwelt werden beschrieben (siehe Kapitel 9).

Die beobachteten Unterschiede zwischen substituierten und nicht-substituierten Patienten schlagen sich möglicherweise in unterschiedlich guten Rehabilitationserfolgen nieder. Die den substituierten Patienten zugeschriebenen Eigenschaften bilden sich möglicherweise auch statistisch ab. Veränderungen in der Ergebnisqualität der Fachklinik nach Aufnahme von substituierten Patienten oder Veränderungen der Patientenstruktur werden anhand statistischer Daten und psychometrischer Messungen nachvollzogen (siehe Kapitel 10).

Um die Ganzheit des Systems Fachklinik zu erfassen und zu beschreiben sind verschiedene Methoden zur Untersuchung der unterschiedlichen Bestandteile und ihrer Interaktionen herangezogen worden. Die einzelnen Befunde werden zusammengefasst dargestellt und diskutiert (siehe Kapitel 11).

2 Der synergetische¹⁰ Ansatz

Aus der Literatur lassen sich wenige Vorhersagen darüber ableiten, wie sich eine Fachklinik durch die Aufnahme von substituierten Patienten verändern wird. Die eintretenden Veränderungen hängen sowohl von den konkreten lokalen Bedingungen, der Interaktion der Beteiligten, als auch von Einflüssen der Leistungsträger auf die Ausgestaltung und konzeptuelle Fortentwicklung der Fachklinik ab.

In diesem Kapitel werden die Grundlagen einer systemischen Sichtweise skizziert. Diese ist besonders geeignet, die Auswirkungen der Veränderungen eines Elementes eines Systems auf das gesamte System zu beschreiben. Der systemische Ansatz beschreibt Gesetzmäßigkeiten, nach denen Veränderungsprozesse ablaufen. Wechselwirkungen zwischen den Elementen eines Systems spielen dabei eine zentrale Rolle. Die Fachklinik wird als System mit definierten Bestandteilen, Strukturen und Interaktionen verstanden, das durch die Aufnahme eines neuen Bestandteils, nämlich substituierten Patienten, im Ganzen beeinflusst und verändert wird.

2.1 Zur Bedeutung von Wechselwirkungen

Aristoteles Ausspruch „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“ ist in das Allgemeinwissen eingegangen. Er illustriert, dass ein komplexes System nicht durch die bloße Aufzählung der einzelnen Bestandteile hinreichend zu beschreiben ist, sondern dass auch die Regeln der Verknüpfung der Bestandteile und die Gesetzmäßigkeiten, die die gegenseitige Beeinflussung der einzelnen Bestandteile beschreiben, zum Verstehen einer Ganzheit¹¹

¹⁰ Synergetik ist die Lehre vom Zusammenwirken von Elementen, die innerhalb eines komplexen dynamischen Systems in Wechselwirkung treten und ist mathematisch exakt beschrieben. Hier wird im Weiteren der in der Psychologie gebräuchlichere Begriff „systemisch“ verwendet, um auf die in der Synergetik beschriebenen Prozesse zu verweisen.

¹¹ Zur Illustration ein Beispiel: „Man nehme...“ viele Kochrezepte beginnen mit der Aufzählung der Zutaten. Ihre Beschreibung und Angaben zur Dosierung sind unerlässlich um ein bestimmtes, definiertes Ergebnis zu erzielen. Darüber hinaus ist es manchmal von Bedeutung, ob die Zutaten kalt oder warm zu verarbeiten sind oder bestimmte Zutaten nicht miteinander kompatibel sind. Das Ergebnis hängt ganz wesentlich von der Verarbeitung der Zutaten ab. Aus Tomaten, Zwiebeln und Öl kann sowohl eine Nudelsoße zubereitet als auch einen Salat bereitet werden. Beide Gerichte haben aber nicht sehr viel gemeinsam.

Wenn die Zutaten miteinander reagieren, hat das Ergebnis andere Eigenschaften, als die einzelnen Zutaten: Ein gut gebratenes Rührei ist ohne Zweifel etwas anderes, als ein flüssiges Ei mit etwas Milch verrührt. Manche Reaktionen geschehen in Sekunden, wenn ein Maiskorn sich in Popcorn verwandelt, andere brauchen Monate oder Jahre, wie bei einem Wein. Der Hefeteig geht nur in einer ganz bestimmten Umgebung, nicht zu warm, nicht zu kalt, und mancher Prozess ist sehr störungsempfindlich.

unerlässlich sind. Das Wesen dieser Prozesse wird durch mehr als nur durch die Bestandteile des „Ganzen“ bestimmt. Die Wechselwirkungen zwischen den Bestandteilen und das für die Wechselwirkung nötige Milieu, sowie die zur Verfügung stehende Zeit, sind für das Ergebnis von ebenso großer Bedeutung.

Im hier behandelten Fall einer Fachklinik mit definierten Abläufen und Prozessen kommt jetzt als neuer Bestandteil hinzu, Patienten nicht nur abstinent, sondern auch mit laufender Substitution aufzunehmen. Die Bestandteile werden erweitert, wobei unklar ist, wie neue mit vorhandenen Bestandteilen reagieren, wie sie zu verbinden sind und unter welchen Bedingungen sie miteinander harmonieren. Eine besondere Vorbereitung der neuen Bestandteile könnte ebenso notwendig sein, wie besondere Behandlungen oder neu definierte Abläufe.

2.2 Entwöhnungsbehandlung als „Ordnung“

Die Entwöhnungsbehandlung geht von einem biopsychosozialen Ansatz aus: Die Ursachen einer Abhängigkeitserkrankung und die notwendigen Handlungen zur Rehabilitation werden auf der biologischen, der sozialen und der psychologischen Ebene gesehen. Dies bedeutet, dass es sich um ein komplexes Geschehen handelt, das durch eine Vielzahl von Wechselwirkungen, gegenseitiger Abhängigkeiten und relativer Beeinflussungen gekennzeichnet ist und nicht nur durch lineare Ursache-Wirkungs-Verknüpfungen. Die Systemtheorie versucht, die Prozesse in komplexen Systemen zu beschreiben, die durch die Veränderungen eines Elements in diesem System erfolgt.

Komplexe Systeme, seien es Gruppen von Menschen, Institutionen oder auch ein „Chaos“ im mathematischen Sinn¹², werden als „Ordnungen“ bezeichnet. Die Entstehung von Ordnung geschieht meist unauffällig. Der Übergang von einer Ordnung zu einer anderen ist dagegen häufig mit Krisen und Irritationen verbunden, und zwar umso mehr, je breiter und stabiler die bisherige „Ordnung“ war. Im gesellschaftlichen Sinne wird dies auch als „Revolution“ erlebt, bei der Lösung von Problemen sind dies oft „Gedankenblitze“ oder „Geniestreiche“.

¹² Für eine Vielzahl anschaulicher Beispiele vgl. *Haken u. Schiepek* (2010).

2.2.1 Entscheidungen

Ein Ordnungswandel ist eng mit Entscheidungen verknüpft. Entscheidungen sind Prozesse, bei denen erst verschiedene Informationen gesammelt werden; aus diesen gesammelten Informationen werden dann mögliche Konsequenzen antizipiert. Die hieraus getroffene Entscheidung führt zu Veränderungen des Systems (der Institution, der Gruppe etc.). Das System ist hinterher ein anderes, neue Freiheiten und Handlungsmöglichkeiten sind geschaffen, andere Handlungsmöglichkeiten sind eingeschränkt oder abgeschafft.

Entscheidungen sind kreative Leistungen, die das Ergebnis eines emotional gefärbten Prozesses sind. Ein Problemlöseprozess ist umso mehr von Gefühlen geleitet, je weniger weder das Ergebnis noch der Weg zum Ergebnis im Vorhinein überschaubar und bekannt sind (vgl. *Danah* 1976). Letztlich werden alle intellektuellen Leistungen von Emotionen geleitet und gesteuert. Menschliche Entscheidungsprozesse unterscheiden sich dabei grundsätzliche von logischen Entscheidungsprozessen im rationalen Sinne (vgl. *Ciampi* 1997). Gestalten und Ordnungen, also zum Beispiel auch das System einer Fachklinik zur stationären Entwöhnungsbehandlung, haben eine eigene Gefühlsqualität bzw. einen emotionalen Inhalt (im Sinne einer Identifikation, einem „Corporate Identity-Gefühl“). Dieser emotionale Inhalt ist umso stärker, je mehr wir an der Entstehung des Systems beteiligt waren und eigene Leistungen eingebracht haben.

Auch die Selektion und Integration von Informationen ist bereits ein Prozess, der von Emotionen beeinflusst wird. Sozialpsychologisch ist dies in den Theorien der Reaktanz (vgl. *Gniech u. Grabitz* 1978) oder in der Theorie der Kognitiven Dissonanz (vgl. *Frey* 1978) beschrieben. Diese stellen dar, wie Informationen selektiv wahrgenommen und gesammelt werden, um die psychische Ordnung zu erhalten, d. h. gefasste Entscheidungen im Nachhinein zu rechtfertigen.

Die Entscheidung, substituierte Patienten in eine klassische Entwöhnungsbehandlung aufzunehmen, durchbricht eine vorhandene Ordnung. Eine Reihe von Erwartungen von Mitpatienten und Mitarbeitern werden berührt, eine bis dahin gültige, grundsätzliche Aufnahmevoraussetzung („komplett entgiftet“), gilt nicht mehr. Es ergeben sich neue Freiheiten: Patienten haben die Chance, eine Entwöhnungsbehandlung aufzunehmen, denen dies vorher nicht möglich war. Gleichzeitig werden auch Freiheitseinschränkungen

wahrgenommen: Manche Therapeuten befürchten, in ihrem psychotherapeutischen Handeln durch medizinische Fragen stärker eingeschränkt zu sein (siehe Kapitel 7). Ein wesentliches und wohl einziges gemeinsames Merkmal der Patienten neben der Abhängigkeitserkrankung – Abstinenz¹³ – gilt nicht mehr.

Je nachdem, wie viele Ordnungsprinzipien eines Systems von einer Entscheidung berührt werden, kann auch eine scheinbar kleine Entscheidung, wie die Veränderung von nur einer von vielen Aufnahmevoraussetzungen, tiefgreifende Folgen haben.

2.2.2 Die Notwendigkeit von Veränderungen und die Bedeutung von Stabilität

Ändern sich bei einem System bestimmte Einflussparameter, z. B. die auf einen Organismus einwirkende Umgebungstemperatur, sind Veränderungen notwendig (Kleidung, Heizung, Stoffwechselveränderungen), um ein weiterhin stabiles Funktionieren des Systems zu gewährleisten. In Bezug auf Entwöhnungsbehandlungen lässt sich die Frage nach der Notwendigkeit von Veränderungen mit Hinweis auf den biopsychosozialen Ansatz beantworten (vgl. Reker 2010). Der soziale Aspekt, nämlich die gesellschaftliche Faktoren (Gesetzgebung, Modedrogen, gesellschaftliche Konventionen etc.), sind einer ständigen Veränderung unterworfen. Damit ändern sich regelmäßig der „Charakter“ der Suchterkrankung und die Wirklichkeit der Behandlung. Das heißt, die Behandlung muss zur Erzielung eines dauerhaften und stabilen Ergebnisses ständig neue Einflüsse aufnehmen, bewerten und in Entscheidungen über die Art und Ausgestaltung der Behandlung umsetzen.

Neben der dynamischen Anpassung, zum Beispiel an bestimmte Umgebungsbedingungen, müssen Systeme aber auch für Stabilität Sorge tragen. Dies wird auch als das „dialektische Prinzip einer homöodynamischen Stabilität“ (Haken u. Schiepek 2010, S. 27) bezeichnet. Veränderungen geschehen dabei in aller Regel sprunghaft und sind mit einer Destabilisierung verbunden. Eine bestimmte Entscheidung wird langfristig durch Informationssammlung und Bewertung dieser Informationen vorbereitet, die Entscheidung selbst wird jedoch an einem „Punkt“ getroffen und verändert das System sprunghaft. Die dadurch entstehende neue Ordnung stabilisiert sich, indem durch die Entscheidung getroffene Veränderungen und Uneindeutigkeiten in die neue Ordnung eingepasst werden. Der Preis der Ordnung ist dabei

¹³ „Abstinenz“, die im Drogenbereich oft als „clean“ (s. a. Begriffsverzeichnis) umschrieben wird, ist nicht absolut definiert, sondern individuell und schließt für viele Patienten und Therapeuten auch „abstinent von Substituten“ mit ein.

die Reduktion von Handlungsmöglichkeiten, die sich bei einer Änderung der Ordnung ebenso verändern.

In Bezug auf Theorien zur Abhängigkeitsentwicklung und auf das Bild, das sich professionelle Mitarbeiter der Suchthilfe von süchtigen Menschen machen, konnte gezeigt werden, dass diese Bilder und Theorien sehr stabil sind und eine Vielzahl von gegenläufigen empirischen Befunden ignoriert werden (vgl. *Seubert* 2005). Ein Beispiel liefert das Modell des Rückfalls, wie es *Körkel* darstellt (vgl. *Körkel* (1988)). Inzwischen sei empirisch vielfach erwiesen, dass die „Annahme der Allmächtigkeit der Droge Alkohol“ (*Seubert* 2005, S. 241) so nicht haltbar sei, dennoch würde eine Vielzahl von therapeutischen Vorgehensweisen hiermit weiter gerechtfertigt. Einen ähnlich schwierigen Eingang in die Suchthilfesysteme haben die Befunde zur „Selbstheilung“ gefunden (vgl. *Sobell* 2009, *Klingemann* 2009).

Das Bild von Drogenabhängigen und der Drogenabhängigkeit wird vor allem durch das System determiniert, in dem der Beurteilende eingegliedert ist. Dies gilt gleichermaßen für die Polizei, den Strafvollzug, die Therapieeinrichtungen und die Politik, die Drogenabhängige im Sinne ihrer eigenen „Ordnung“ sehen und jeweils Teilaspekte der Abhängigkeit betonen und danach ihr Handeln ausrichten (vgl. *Seubert* 2005).

Teilweise reagieren Drogenabhängige auf diese Fremddefinitionen und leiten ihr eigenes Selbstbild davon ab. „Wie gezeigt, fließen in die Selbstbilder der Drogenkonsumenten immer auch Fremddefinitionen ein. Der Übergang zwischen authentischer- und Fremdbeurteilung ist ohne feste Abgrenzung“ (*Seubert* 2005, S. 85). Das subjektive Bild, das sich Patienten und Mitarbeiter einer Fachklinik und die belegenden Leistungsträger von den Rehabilitanden machen, ist ein wesentliches Element in der Ordnung der Fachklinik. Dabei ist es sowohl Grundlage als auch Ergebnis der konkreten Behandlungsbedingungen. Falls zu diesem Bild die Vorstellung der völligen Abstinenz inklusive einer Abstinenz von Substituten gehört, könnte dies die vorhandene Ordnung deutlich beeinflussen.

2.2.3 Die Neigung zu Stabilität und Ordnungsbildung

Eine einmal gefundene Ordnung ist stabil und hat die Tendenz, sich auf verändernde Umgebungsbedingungen einzustellen. Dies ist formal mathematisch nachgewiesen (vgl.

Haken u. Schiepek, 2010) und in der Psychologie auf Grundlage von Beobachtungen Piagets beschrieben worden (vgl. *Piaget 1969, Piaget 1976*).

Als Beispiel dient eine Veränderung im Regelwerk der hier beschriebenen Fachklinik: 1995 gab es umfangreiche Reglementierungen zu „Telefonkontakten“. Telefonate waren grundsätzlich nur eingeschränkt möglich und nur zu Menschen, zu denen der Patient eine intensivere Beziehung unterhielt. Mit dem Aufkommen von Mobiltelefonen wurde das Regelwerk angepasst. Anfangs waren Mobiltelefone als „Drogenhändlerwerkzeug“ etikettiert und der Gebrauch und Besitz untersagt. Mit der zunehmenden Veränderung des Telekommunikationsmarktes war dies immer weniger plausibel. Heute ist der Besitz eines Mobiltelefons unproblematisch, es muss lediglich während der Therapiestunden ausgestellt werden. Eine „Kontrolle“ oder Regulierung der Kontakte findet nicht statt. Eine Veränderung der Behandlungsqualität wird nicht beobachtet, ein Beharren auf den „alten Regeln“ würde aber mutmaßlich die Behandlungsqualität durch mangelnde Compliance der Patienten und sinnlose Konflikte verringern.

Die veränderte Einschätzung der Variable „Motivation“ ist ein weiteres Beispiel für Veränderungen durch neue Umgebungsbedingungen. Als es noch keine flächendeckende Substitutionsbehandlung und nur sehr wenige ambulante Therapieangebote und gleichzeitig relativ wenige stationäre Langzeittherapieangebote gab, wurde der „Motivation“ die Rolle einer quasi stabilen (Charakter-)Eigenschaft zugeschrieben, die zu Beginn der Behandlung zu prüfen war, um eine Aussage über die Erfolgswahrscheinlichkeit der Behandlung selbst treffen zu können. Gegebenenfalls wurden Patienten aufgrund mangelnder „echter“ (intrinsischer) Motivation nicht in eine Behandlung aufgenommen. Im Rahmen der Motivationsforschung (vgl. *Miller u. Rollinck 1999*) wurde Motivation zunehmend nicht mehr als feste Größe betrachtet, sondern als eine Variable, die sich ständig verändern kann. Diese Veränderungen erfolgen in Abhängigkeit von verschiedenen Einflussfaktoren intrapsychischer und interpersoneller Art sowie auf Grund so genannter Umweltfaktoren. Erst die höhere Konkurrenz unter den Fachkliniken führte zur Integration dieser Befunde in die Behandlung. Im „personenzentrierten Ansatz der Aktion psychisch Kranke“ (vgl. *Reker 2010*) und für den Bereich der Suchtkrankenbehandlung im Community Reinforcement Approach, CRA, (vgl. *Meyers u. Smith 2007*) wird dies gegenwärtig umgesetzt. Bei diesen Ansätzen werden die Wechselwirkungen zwischen Patient und Umweltfaktoren systematisch genutzt,

um die Motivation zur Abstinenz und die Abstinenzstabilität zu steigern (vgl. *Lange et al.* 2008).

Die Tendenz eines sich selbst überlassenen Geschehens, sich sinnvoll in Bezug auf ein Ziel zu ordnen, wurde schon früh erkannt. *Metzger* stellte dies bereits 1949 fest: „Es gibt – neben anderen – auch Arten des Geschehens, die frei sich selbst überlassen, einer ihnen selbst gemäßen Ordnung fähig sind. Frei sich selbst überlassenes Geschehen führt darum nicht ausnahmslos zu schlechterer, sondern kann (...) auch zu besserer Ordnung führen. Ordnung kann unter Umständen von selbst – ohne das äußere Eingreifen eines ordnenden Geistes – entstehen. Sie kann sich unter denselben Umständen auch ohne den Zwang starrer Vorrichtungen erhalten. Sie kann – ja muss – sofern sie nicht auf starren Vorrichtungen beruht, sich unter veränderten Umständen ohne besonderen Eingriff (...) ändern. Endlich kann solche Ordnung wegen des Mangels an starren und daher auch schützenden Vorrichtungen zwar leichter gestört werden, aber sie kann sich – und das begründet ihre ungeheuere Überlegenheit über jede Zwangsordnung – nach Aufhebung der Störung grundsätzlich auch ohne weiteres wiederherstellen (...). Mit einem Wort: Es gibt – neben den Tatbeständen der von außen geführten Ordnung, die niemand leugnet – auch natürliche, innere, sachliche Ordnungen, die nicht aus Zwang, sondern ‚in Freiheit‘ da sind. (...) Es ist wichtig, sich klar zu machen, dass bei der Anwendung des Grundsatzes nicht etwa vollkommene Festlegung und vollkommene Freiheit als einzige, ausschließliche Möglichkeiten behandelt werden dürfen. Zwischen der vollkommenen Festlegung einer starren Form und der Festlegung eines Geschehens auf eine einzige Bahn einerseits, der völligen Freiheit der Formbildung und des Geschehensverlaufs andererseits liegen unzählige niedere und höhere Grade der Freiheit und der Führung. Aber sowie auch nur mehr als ein Freiheitsgrad (...) da ist, muss vorfindbare Ordnung mindestens zum Teil innerlich bedingt sein“ (zit. n. *Haken u. Schiepek*, 2010, S. 39 f.).

Neben der durch Regeln, Strukturen und Konzepten bedingten Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung gibt es also Einflussfaktoren und Bereiche, die sich selbst organisieren, zum Beispiel durch die Interaktion der Patienten untereinander. Im Bereich der Suchtkrankenhilfe gibt es sich selbst organisierende Systeme, die sowohl außerordentlich stabil als auch hilfreich sind. Die Selbsthilfegruppen der Anonymen Alkoholiker, der Narcotics Anonymous, der Guttempler und vieler weiterer Organisationen verwirklichen ihre grundsätzlichen Prinzipien seit vielen Jahrzehnten bei sich verändernden

Rahmenbedingungen. Sie sind hochflexibel, indem gesellschaftliche Veränderungen durch die immer wieder neue Zusammensetzung der Gruppen in das System eingebracht werden. Damit besteht eine Veränderung (Homöodynamik) und eine Kontinuität (homöodynamische Stabilität). Offensichtlich funktioniert eine Therapie oder Selbsthilfe dann, wenn ein richtiges Verhältnis von Veränderung und Kontinuität vorliegt und sich alle in eine Ordnung begeben, deren grundsätzliche Zielausrichtung es ist, einen bestimmten Zustand, z. B. den der Abstinenz, anzustreben und eine Ordnung zu bilden, die sich darüber definiert.

Die Aufnahme substituierter Patienten durchbricht eine Ordnung, die sich bislang an dem Grundsatz der „völligen Abstinenz“ orientierte. Findet sich kein adäquater neuer Ordnungsgrundsatz, wäre die Ordnung im Ganzen möglicherweise bedroht.

2.3 Schwierigkeiten bei der Erforschung von Systemen

Viele Erkenntnisse der Systemtheorie stammen aus der Mathematik, aus der Wahrnehmungsforschung und der Physik. Dabei werden oft Systeme betrachtet, die sehr wenig mit „menschlichen“ Systemen wie Gruppen oder Institutionen zu tun haben. Zudem sind die Systeme nicht eindeutig voneinander abgegrenzt. Theoretisch ist die ganze Welt ein großes System (vgl. *Haken u. Schiepek*, 2010). Dies erschwert die Operationalisierung und die empirische Erforschung: Die Abgrenzung der Systeme voneinander bleibt unbefriedigend, Operationalisierungen sind nur perspektivisch und partiell möglich. Die klassische Forschung mit kontrollierten, randomisierten Studien ist deshalb nicht geeignet, systemische Zusammenhänge zu erforschen (vgl. *von Sydow* 2011). Gleichzeitig können Schwierigkeiten alleine kein Argument gegen eine Forschungstätigkeit im Bereich der Systeme sein.

Auch im Bereich der Suchtforschung wird diese Kontroverse geführt (vgl. *Lindenmeyer* 2008b; dagegen *Tretter* 2009, siehe auch Kapitel 4.2.2). Einerseits wird befürchtet, der Einbezug der Wechselwirkungen könne zu einem „Alles-hängt-mit-allem-zusammen“ führen, was zwar richtig, aber unbrauchbar sei (vgl. *Lindenmeyer* 2008b). Es komme darauf an, die wichtigsten und entscheidenden Einflussfaktoren abzubilden. Andererseits wird die Vernachlässigung von Wechselwirkungen für keinen gangbaren Weg gehalten, da Wechselwirkungen gerade die psychologische Realität abbilden. „Die Zentrierung der psychologischen Therapie der Sucht auf Konzepte, die letztlich in Flussdiagrammen und Schaltkreisen dargestellt werden, wie auch auf modular strukturierte Therapieprogramme, mit

der Fokussierung auf das Verhalten, führt zur Vernachlässigung des Patienten als subtil erlebendes Subjekt“ (Tretter 2009, S.57).

Insgesamt scheint der Einfluss der Forschung auf Veränderungen im Suchthilfesystem eher gering zu sein. Politische und ökonomische Entscheidungen sind für die Entwicklung der Suchthilfe in der Vergangenheit bedeutsamer gewesen (vgl. Watzl u. Rist 2009). Praktiker in der Suchthilfe müssen vor allem die Umsetzbarkeit der Forschungsergebnisse, die in den herkömmlichen Forschungsdesigns kaum eine Rolle spielt, berücksichtigen: „Die Aufgabe, in das Herunterbrechen grundlegender Erkenntnisse der Drogen- und Suchtforschung die Lebenswirklichkeit von Menschen mit Drogen- oder Suchtproblemen einzubringen, deren Bedürfnislagen und Lebenswelten Respekt zu verschaffen und nicht zuletzt dafür Sorge zu tragen, dass Betroffene möglichst selbst Gehör finden und sich gestaltend einbringen können, kann ohne eine solche doppelte Ausrichtung [d. h. therapeutisches Handeln und Forschungsergebnisse am Patientenbedürfnis ausrichten, C. R.] nicht ausreichend umgesetzt werden“ (Barsch 2001, S. 6). Dies lenkt den Blick auf das unklare Verhältnis von Forschung und Praxis, das einerseits durch unerfüllbare Erwartungen, unterschiedliche Zielvorstellungen im Handeln und unterschiedliche Rahmenbedingungen gekennzeichnet ist, andererseits aber auch durch eine wechselseitige Abhängigkeit und Ähnlichkeit. So muss der Praktiker „schon bei der bloßen Berufsausübung die Aufgabe (...) realisieren (...), konkret vorhandene Probleme im Drogen- und Suchtbereich und diesbezügliche Handlungsstrategien im Hilfesystem auf ihre Dimensionen und Zusammenhänge hin zu analysieren und damit im Wesen forschend tätig zu werden“ (ebd. S. 8).

Schwierigkeiten bei der Erforschung von Phänomenen, die durch Wechselwirkungen dominiert sind, lassen sich auch in anderen Bereichen finden¹⁴. Komplexe Wechselwirkungen werden durch die üblichen Forschungsdesigns (Experimentalgruppe, Kontrollgruppe, Ermittlung von Korrelationen) nicht hinreichend aufgedeckt¹⁵. Dies scheint auf eine Vielzahl der „Vulnerabilitäts-Stress-Modelle“ zuzutreffen, die auch für die Suchtentstehung

¹⁴ Im „Lexikon des Unwissens“ (vgl. Passig u. Scholz, 2007) werden Phänomenen beschrieben, bei denen trotz intensiver Forschung relativ wenig Erkenntnisgewinn erzielt wurde.

¹⁵ Dies gilt z. B. für die Erforschung der Kurzsichtigkeit. Kurzsichtigkeit ist im Wesentlichen durch eine nicht angepasste Länge des Augapfels bedingt. Die genaue Steuerung des Wachstums des Augapfels ist unbekannt. Lange Zeit wurden überwiegend genetische Ursachen für Kurzsichtigkeit angenommen. In Südamerika liegt der Anteil der kurzsichtigen Menschen bei 10%, in Japan bei 50 bis 80%. Stark betroffenen Bevölkerungsgruppen sind jedoch nicht betroffen, wenn sie in einer anderen Kultur aufwachsen und leben: Japaner in Südamerika sind in wesentlich geringerem Ausmaß von Kurzsichtigkeit betroffen als in ihrer Heimat. Wie verschiedene Umweltvariablen und genetischen Faktoren in Verbindung treten, ist völlig ungeklärt.

angenommen werden. Bisher ist keine Suchttheorie allein in der Lage, hinreichend die Entstehung von Suchterkrankungen zu erklären (vgl. *Seubert 2005*). Auch die aufrechterhaltenden Bedingungen der Suchterkrankung und die Mechanismen, die dazu führen, dass ein Patient später abstinent lebt, ein anderer Patient jedoch nicht, sind weitestgehend ungeklärt. Es gibt lediglich einzelne Befunde, die zum Beispiel einen günstigen Verlauf einer Behandlung mehr oder weniger wahrscheinlich erscheinen lassen. „Es wird aus der Behandlung von Auffälligen auf die jeweiligen theoriespezifischen Axiome geschlossen. Aufgrund dieser rückblickenden Zirkelschlussmethode werden die Dispositionen vorgefunden, die vermutet wurden. Auch diese fragwürdige Methode befähigt die psychologischen Suchttheorien nicht, erklären zu können, weshalb gleiche Ursachen zu verschiedenen Symptomen führen“ (*Seubert 2005, S. 207*). Einerseits ist dies eine ernüchternde Aussage, andererseits liefert sie einen Hinweis darauf, welche Relevanz die subjektive Sichtweise des Betroffenen oder des Therapeuten für die Therapie und den Therapieerfolg haben kann. Diese subjektive Sicht tritt möglicherweise in Wechselwirkung mit den objektiven Gegebenheiten der Behandlung und beeinflusst so den Verlauf und Erfolg.

2.3.1 Die Fachklinik als System

Eine Fachklinik dient der Erfüllung bestimmter Aufgaben und muss deshalb bereits eine gewisse Ordnung, d. h. eine regelhafte Verknüpfung ihrer Elemente, aufweisen. Sie ist in eine größere Ordnung eingebunden, die in Form eines Organigramms dargestellt werden kann. Innerhalb der Fachklinik gibt es Weisungshierarchien und Ablaufschemata, die im Qualitätshandbuch nach DIN ISO 9001 nachzuschlagen sind. Daneben gibt es informelle Ordnungsprinzipien, die mit der Image-Bildung der Fachklinik, der Kooperation innerhalb der Fachklinik zwischen Berufsgruppen, traditionellen Gepflogenheiten im Umgang mit Patienten und „Kundenpräferenzen“, also Vorlieben sowohl der Leistungsträger, einer Organisation bestimmte Aufgaben zuzuweisen, als auch der Patienten, sich gerade in diese Fachklinik zu begeben, zusammenhängen. Diese „selbstorganisierten“ Prozesse werden einerseits oft skeptisch betrachtet, da sie schwer zu kontrollieren sind und andererseits oft als herausragende Besonderheit einer Einrichtung wahrgenommen, wie zum Beispiel das einer Einrichtung zugeschriebene Image als „besonders offen“, welches sich möglicherweise auf informelle Ordnungsprinzipien des Umgang untereinander bezieht.

Nicht alle wesentlichen Prozesse sind einfach zu dokumentieren: „Nicht alles was zählt, kann gezählt werden, und nicht alles was gezählt werden kann, zählt!“ (A. Einstein). Auch Prozesse und Faktoren, die sich einer Messung und Beschreibung entziehen, folgen bestimmten gesetzmäßigen Abläufen, deshalb ist es notwendig, ständig auf eine gelingende Assimilation und gegebenenfalls Akkommodation des Systems zu achten und dies zu befördern¹⁶. Dies wird auch mit dem Schlagwort der „lernenden Organisation“ beschrieben (vgl. *Senge* 1997).

2.3.2 Was wirkt im Therapieprozess?

Die Probleme der Suchtforschung ergeben sich aus der Vielzahl der möglichen Einflussfaktoren, der unterschiedlichen Drogen und Therapieangebote und der sogenannten Umweltvariablen. Die notwendige Reduktion bei der Suche nach Wirkfaktoren erfolgt überwiegend durch Vergleichsgruppen-Studien, die einem experimentellen oder quasi-experimentellen Design folgen. Dabei wird die Hypothese getestet, ob eine bestimmte Wirkvariable, z. B. ein Medikament oder eine bestimmte therapeutische Intervention, entscheidend ist für Veränderungen der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Vergleichsgruppe und Kontrollgruppe werden möglichst parallelisiert und homogenisiert. Kritik bezieht sich vor allem auf die geringe ökologische und externe Validität, die dem Behandlungsalltag in Kliniken nicht entspricht (vgl. *Grawe* 1992). Die konkurrierenden psychologischen Modelle finden mit rückblickenden Zirkelschlussmethoden die Dispositionen, die vermutet wurden (vgl. *Seubert* 2005). Prozessforschung interessiert sich für systeminterne Dynamiken, also zum Beispiel für die Interaktion zwischen Patient und Therapeut, der Umwelt, den Mitpatienten etc. Die Logik der Experimentalstudien passt eher zu einem medizinischen Modell bzw. einem technologisch linearen Modell (vgl. *Wampold*, 2001), während die Prozessforschung mehr zu einem kontextuellen Modell passt, bei dem die Individualität der beteiligten Personen sowie ihre Merkmale und Beziehungen im Mittelpunkt stehen.

¹⁶ Ein Beispiel liefert die Weiterverfolgung der Interessen der Ingenieure in einem Betrieb unabhängig von den Kundenwünschen (vgl. *Haken u. Schiepek*): Mit zunehmendem technischen Fortschritt haben sich die Ingenieure immer interessantere Möglichkeiten erdacht, wie eine bestimmte Maschine und die Vielfalt ihrer Leistungsmöglichkeiten auszuweiten wäre. Diese Produkte kamen jedoch auf dem Markt nicht an. Erst durch die Herstellung eines Kommunikationsprozesses zwischen Kunden und Ingenieuren erkannten die Ingenieure die Wünsche ihrer Kunden und entwickelten technisch einfachere und bedienerfreundliche Maschinen. Auf eine Rehabilitationseinrichtung übertragen könnte dies heißen, dass die Ausweitung des Angebots in therapeutischer Hinsicht und eine Ausweitung der Indikationen die Leistungsträger und Patienten überfordern könnte bzw. an deren Wünschen vorbeigeht und trotz „wissenschaftlich“ gut gesicherter und verbesserter Arbeit die Einrichtung in der Folge schlechter bewertet oder weniger positiv wahrgenommen wird.

Die Psychotherapieforschung belegt für den Veränderungsprozess einen höheren Stellenwert der Beziehung zwischen Patient und Therapeut als für die angewandte Methodik. Ein Forschungsansatz, der ausschließlich die Wirksamkeit von Techniken bzw. Verfahren erfassen will, kann im Idealfall 15 % des Psychotherapieergebnisses aufklären¹⁷ (vgl. *Lambert, Shapiro u. Bergin* 1986). Unspezifische Faktoren (z. B. Therapeut-Patient-Beziehung und Empathie, therapieunabhängige Veränderungen im Umfeld des Patienten) scheinen einen bedeutenden Einfluss auf das Therapieergebnis zu haben. Wirkfaktoren, wie die Therapeut-Patient-Beziehung oder psychosoziale Belastungen, wenn sie in den Diagnosekriterien der jeweiligen Störung nicht aufgelistet sind, finden z. B. in der Erstellung von Leitlinien wenig Berücksichtigung¹⁸. „Von den Vertretern dieses Forschungsansatzes, die um derart große Genauigkeit bemüht sind, sollte eigentlich erwartet werden können, dass sie selbst die Einschränkung ihrer Ergebnisse für die Praxis benennen“ (*Thielen* 2008, S. 2). Die Erforschung der wirksamen Variablen in einem Therapieprozess ist nicht ausschließlich mit dem klassischen experimentellem Design zu leisten. Ein experimentelles Design erfordert Voraussetzungen, die im Praxisalltag nicht immer herzustellen sind. Die Ergebnisse von experimentellen Studien sind nicht ohne weiteres in die Praxis umzusetzen.

Im „System Fachklinik“ ist die Umsetzung eines experimentellen Designs nicht möglich, aber auch nicht sinnvoll.

¹⁷ Nach Wampold beträgt die aufgeklärte Ergebnisvarianz sogar nur 8 % (vgl. *Wampold* 2001). Es gibt relativ wenig Untersuchungen zum Einfluss von Therapeutenvariablen auf das Behandlungsergebnis (vgl. *Weymann et al.* 2011). Bezüglich suchtspezifischer Behandlungsansätze wurden die Effekte von Therapeutenvariablen bei einem Gruppentraining für junge Cannabiskonsumenten untersucht. Dabei fanden sich erhebliche Interaktionen zwischen Therapeutenvariablen wie Alter und Geschlecht und dem Trainingseffekt (vgl. *Weymann et al.* 2011).

¹⁸ Haken und Schiepek befassen sich ausführlich mit der Psychotherapieprozess-Forschung und legen dar, dass die Ergebnisse der Psychotherapieforschung mit den Vorhersagen übereinstimmen, die sich anhand systemtheoretischer und mathematischer Modelle ergeben. Neben der Feststellung der kritischen Instabilität, die als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für Therapieerfolg festgehalten wird, legen sie dar, wie kritische Fluktuationen und dynamische Ordnungsübergänge auch auf gleichzeitiges Erleben von Stabilität angewiesen sind. Diese ergeben sich wesentlich aus dem Stationsklima bzw. der Beziehungsqualität zum Therapeuten (vgl. *Haken u. Schiepek*, 2010, S. 423 f.).

Dargestellt wird darüber hinaus, dass Interventionen in Therapien nicht zu jedem Zeitpunkt gleich erfolgreich sind. Ein weiterer Effekt ist jener der „Diversifikation von Potentiallandschaften“ (*Haken u. Schiepek*, 2010, S. 426), bei dem festgestellt wird, dass bei erfolgreichen Therapien die Anzahl der Gefühle, Gedanken und Themen, die das Erleben und Verhalten bestimmen, im Therapieverlauf deutlich zunimmt, deren Wichtigkeit gleichzeitig jedoch abnimmt. Haken und Schiepek stellen fest: „Wenn die Anzahl der potentiellen Attraktoren zu- und deren Sogkraft abnimmt, könnte man dies als Differenzierung der persönlichen Potentiallandschaft und damit – unabhängig von den Inhalten – als formales Erfolgskriterium per se auffassen. Psychische Gesundheit lässt sich vielleicht durch flexibles und adaptives (situationsangemessenes) Denken, Fühlen und Verhalten in einer differenzierten persönlichen Potentiallandschaft beschreiben“ (*Haken u. Schiepek* 2010, S. 426).

2.3.3 Der Patient als System

Auch die Psyche eines Patienten kann als System verstanden werden, in dem ein potentielles „Chaos“ nach Regeln und Plänen oder nach „Schemata“ (vgl. *Grawe 2004; Young et al. 2005*) organisiert wird. Aus systemtheoretischer Sicht lässt sich dann der Unterschied zwischen einem drogenabstinenten Leben eines Patienten und dem Leben als Drogenkonsument als zwei verschiedene Ordnungen eines Systems begreifen. Veränderungen verlaufen häufig in Entwicklungssprüngen (vgl. z. B. *Stadler et al. 1997*). Ähnliche Erklärungen werden im Zusammenhang mit sogenannten Selbstheilern diskutiert¹⁹.

Die systemische Betrachtung der Veränderungsprozesse eines Menschen unter Psychotherapie oder auch einer Organisation unter sich verändernden Anforderungen mit den entsprechenden Interventionen und Reaktionen hebt die alte Unterscheidung von Wirkfaktoren einerseits und unspezifischen Kontextfaktoren andererseits auf. Danach sind gerade die unspezifischen oder kontextuellen Wirkfaktoren ähnlich wichtig oder wichtiger als die spezifischen, technikbezogenen Faktoren. Für den Einsatz von Manualen in der Therapie konnte dies schon gezeigt werden. Der Erfolg eines manualisierten Vorgehens ist nur zu einem kleinen Teil auf das Manual selbst zurückzuführen (vgl. *Wampold 2001*). Wahrscheinlich sind mit störungsspezifischen Therapieansätzen kaum noch weitergehende Fortschritte in der Behandlung zu erreichen (vgl. *Caspar 2011*). Möglicherweise ist „Manualtreue“ in bestimmten Fällen sogar schädlich, wenn sie die interpersonelle Qualität der Therapie in ungünstiger Weise beeinflusst (vgl. *Haken u. Schiepek 2010*). Gegenteilige Ergebnisse im Zusammenhang mit der Heroinstudie 2002 -2006 (vgl. *Vogt 2010*), hier ergaben sich bei einer engeren Orientierung an einem manualisierten Vorgehen bessere Ergebnisse, können auf die Rahmenbedingungen zurückgeführt werden: Hier wurde eher „Motivierendes Case management - MOCA“ durch Sozialarbeiter im Rahmen der psychosozialen Betreuung und weniger psychotherapeutische Zielsetzungen verfolgt.

¹⁹ Die Abläufe im „System Patient“, die zu einer Anpassung an neue Lebensbedingungen führen, werden z. T. im Zusammenhang mit sogenannten „Selbstheilern“ untersucht. Dabei sind Prozesse der Informationsverarbeitung beim Patienten wesentlich: „Die Diskussion bewegt sich heute vielmehr um die Frage, welches die grundlegenden Elemente und theoretischen Annahmen sind, welche individuelle Veränderungsprozesse begünstigen und steuern“ (*Klingemann 2009, S. 73*). Die „Selbstheilung“ scheint eher die Regel als die Ausnahme zu sein. Es werden Quoten von 75% „Selbstaussteigern“ bei Alkoholikern berichtet. Dabei wird angenommen, dass Wechselwirkungen zwischen Patient und Umgebung eine wesentliche Rolle spielen (vgl. *Rumpf et al. 2009; Sobell 2009*).

Die Bedeutung der Individualität von Therapeut und Patient für den Therapieerfolg und die gemeinsame Interaktion setzt Freiheit im Vorgehen voraus, um Voraussetzung für eine konstruktive Ordnungsbildung, also für einen Therapieprozess, zu schaffen²⁰. Versteht man die Psychotherapie oder die Rehabilitation insgesamt als Prozess, dann kommt der Prozessgestaltung eine entscheidende Rolle zu. Gleichzeitig können Erkenntnisse integriert werden, die eine experimentell durchgeführte, auf spezifische Störungsbilder zugeschnittene Wirksamkeitsforschung erhoben hat.

2.4 Implikationen für diese Arbeit

Die Fachklinik wird als System verstanden. Dies System wird durch seine Bestandteile, die Interaktion dieser Bestandteile und die Umgebung beeinflusst. Die Aufnahme von Substituierten Patienten stellt eine Veränderungen im System dar. Zu den bestimmenden Elementen des Systems gehören Patienten und Mitarbeiter mit gemeinsamen Annahmen über die Natur der Drogenabhängigkeit und Wege zur Bewältigung der Drogenabhängigkeit.

Die Annahmen über Drogenabhängigkeit gehen organisch aus der Tradition und Entwicklung der Suchthilfe hervor. Wissenschaftliche Ergebnisse finden Eingang in die Behandlung, wenn, die Ordnung des Systems in der Lage ist, die Ergebnisse zu integrieren. Oft waren Fachkliniken nicht in der Lage, die Ergebnisse der Rückfallforschung zu integrieren, wenn disziplinarische Ordnungsprinzipien die Behandlung bestimmte.

Bei den Auswirkungen der Einführung von Substitutionstherapie in eine Fachklinik sind daher die prägenden Traditionen und Entwicklungen der Suchthilfe zu berücksichtigen. Einflussfaktoren „von Außen“ im Sinne von wissenschaftlichen Befunden oder veränderten Richtlinien der Leistungsträger oder Organisationsprinzipien der Rehabilitation können die Auswirkungen modifizieren. Unter Umständen gibt es Modelle und Ordnungsprinzipien für eine Fachklinik, die die Integration von substituierten Patienten erleichtern.

Bestimmende Elemente einer Fachklinik sind vor allem die Patienten und Mitarbeiter. Ihre Sicht der Behandlung wird durch die Aufnahme von Substituierten möglicherweise verändert, aber auch die Behandlung der substituierten Patienten selbst wird hierdurch beeinflusst. Der

²⁰ Die Effektstärke der Therapeutenvariable wird auf 0,5 bis 0,6 geschätzt, die Effektstärke der Behandlungstechnik aber nur maximal 0,20 beträgt. Der Beitrag der Technikkomponente zum Gesamtergebnis ist daher erheblich geringer als der Beitrag anderer Komponenten (vgl. *Wampold 2001*).

synergetische Ansatz erlaubt es, die beobachteten Auswirkungen zu beschreiben und Veränderungen im System in Beziehung zueinander zu setzen. Damit sind Aussagen über die Veränderungen der Fachklinik als Ganzes möglich.

3 Methoden

Das allgemeine Ziel der Sozialforschung ist das „Motiv der Aufklärung des Menschen über Prozesse, die außerhalb und innerhalb seiner jeweiligen Sozialorganisation ablaufen, und deren Unkenntnis ihn an der Befreiung von Zwängen und Entbehnungen hindert“ (*Esser et al.* 1977, S. 164). Die gemeinsame Aufgabe von Forschung und Praxis ist „Die kontinuierliche Weiterentwicklung des Drogen- und Suchthilfesystems im Interesse der Klienten“ (*Barsch* 2001, S. 3). Hier wird untersucht, wie die Einführung eines bestimmten Therapieelements (Substitutionstherapie) das System Fachklinik beeinflusst und welche Interessen und Bedürfnisse der Patienten und der Mitarbeiter und welche allgemeinen Versorgungsinteressen berührt werden.

Oben wurden die Probleme der Erforschung von Systemen erläutert: Die Abgrenzung eines Systems gegenüber anderen Systemen ist nie eindeutig, die Dynamik eines Systems ist durch Wechselwirkungen dominiert und Operationalisierungen sind nur bedingt möglich (vgl. Kapitel 2). Um ein System annähernd beschreiben und mögliche Wechselwirkungen und Veränderungen nachvollziehen zu können, ist eine Reduktion der Wirklichkeit unabdingbar, die nachvollziehbaren Gedankengängen folgt. Beim experimentellen empirischen Ansatz ist die Reduktion durch die Art der verwandten Methode und durch die zugrundeliegende Theorie bestimmt, die die wesentlichen zu untersuchenden Faktoren postuliert. Ein Nachteil dieser Methode ist, dass nur ein Ausschnitt der Wirklichkeit erfasst wird: „Vieles können sie mit empirischem Untersuchungsmaterial nicht greifen, obwohl sie wissen, dass es existiert“ (*Melzer* 2004, S. 42). Wechselwirkungen und andere als die gemessenen Einflüsse werden bei der Interpretation der Ergebnisse oft ignoriert. Stabil gehaltene Einflussfaktoren wie Rahmenbedingungen und Umgebungsfaktoren gehen in die Ergebnisse ein, werden aber nicht bei der Bewertung der Effekte berücksichtigt. Nicht stabil zu haltende Einflüsse gelten regelmäßig als „Störvariablen“, wenn sie nicht im Horizont der untersuchten Theorie enthalten sind.

Bei einem weniger theoriegeleiteten Vorgehen²¹, das sich nicht an einem quasi-experimentellen Design orientiert, geschieht eine erste deutliche Reduktion der Vielfalt und eine Strukturierung des untersuchten Feldes durch die Entscheidung für eine konkrete

²¹ In Kapitel 4 wird näher auf die theoretischen Grundlagen der Suchttherapie eingegangen. Dabei wird gezeigt, dass es keine allgemein anerkannte Theorie gibt, die rehabilitatives Handeln leitet.

Fragestellung. Bestimmte Aspekte werden in den Vordergrund gestellt, andere werden als weniger wesentlich (zumindest vorerst) in den Hintergrund gerückt bzw. ausgeschlossen (vgl. *Flick* 2009). Hier führt dies zur Konzentration auf das System Fachklinik und den bestimmenden Elementen dieses Systems.

Elemente des Systems Fachklinik, Einflussfaktoren

- Konzept: Jede Fachklinik hat ein mit den Leistungsträgern abgestimmtes, wissenschaftlich begründetes Konzept. Im Konzept werden die grundlegenden Behandlungsansätze und die räumliche und organisatorische Struktur beschrieben. In der hier untersuchten Klinik wurde das Konzept vor der Aufnahme von Substituierten überarbeitet und um entsprechende Abläufe für die Substitution erweitert. Weitere Veränderungen in den Abläufen der Klinik waren nicht vorgesehen. Räumliche oder organisatorische Veränderungen waren in der hier untersuchten Klinik für die Aufnahme von substituierten Patienten nicht geplant.

- Kernprozesse: Im Rahmen des Qualitätsmanagements werden die Kernprozesse einer Klinik als „Verfahrensregeln“ beschrieben. Dazu gehören die Kommunikations- und Entscheidungsabläufe zwischen den Mitarbeitern, der Umgang mit Fehlern und Problemen sowie die Abläufe im Alltag der Klinik. Neben konzeptuellen Festlegungen fließen Entwicklungen und Traditionen der Klinik ein. Unklar ist, inwieweit diese Traditionen durch die Aufnahme von substituierten Patienten beeinflusst werden und umgekehrt die Behandlung der substituierten Patienten beeinflussen.

- Patienten: Im Zuge des Wunsch- und Wahlrechtes der Patienten gemäß § 9 SGB IX bei der Beantragung einer Rehabilitation entscheiden sich die Patienten für eine Klinik, die am ehesten ihren Erwartungen und Vorstellungen einer wie auch immer definierten „guten“ Therapie entsprechen. Wenn die Fachklinik klar mit bestimmten Merkmalen verbunden ist, wirkt eine Veränderung dieser Merkmale auf die aktuellen Patienten und verändert möglicherweise auch die Bewerberstruktur.

- Mitarbeiter: Berufliche Zufriedenheit und Engagement hängen damit zusammen, ob eine positive Identifikation mit dem Arbeitsplatz gelingt. Eigene Einstellungen, Erfahrungen und Emotionen werden um so mehr eingebracht, je weniger Abläufe normiert sind oder je stärker dies – z. B. im Bereich der Psychotherapie – für die Arbeit selbst von Bedeutung ist. Vor allem in einem System, das sich immer in Akkomodations- und Assimilationsprozessen befindet, beeinflussen Werte und Einstellungen langjähriger Mitarbeiter die Entwicklung der Fachklinik. Umgekehrt werden Veränderungen in der Fachklinik, die nicht mit eigenen

Werten übereinstimmen, wie z. B. die Aufnahme substituierter („nicht-cleaner“) Patienten, persönlich relevant.

- Umwelt: Die Fachklinik ist ein abgegrenztes, aber vielfältig mit der Umwelt verbundenes System. Einflussfaktoren sind gesellschaftliche und wissenschaftliche Veränderungen, Vorgaben der Leistungsträger und Veränderungen in der regionalen Drogenhilfe, z. B. durch veränderte Hilfsangebote²². Die unterschiedliche und oft konkurrierende Entwicklung von Substitutionstherapie und Entwöhnungsbehandlung führte nur zu wenigen Berührungspunkten in der Vergangenheit (vgl. Kapitel 4). Möglicherweise zeigt die Umwelt durch Vorgaben der Leistungsträger oder Klassifikationssysteme wie der ICF Wege auf, tatsächliche oder scheinbare Widersprüche zwischen Substitutionstherapie und Entwöhnungsbehandlung zu überwinden.

- Interaktion: Die Komplexität von Organisationen ist erheblich. Allein bei einer Fachklinik mit circa 20 Mitarbeitern und 40 Patienten sind mathematisch 1800 Zweierbeziehungen unterschiedlicher Qualität, Intensität, Zielrichtung usw. denkbar. Hinzu kommt eine unüberschaubare Anzahl von Beziehungen unterschiedlicher „Gruppen“ (Psychotherapeuten, Arbeitstherapeuten, Patienten mit Migrationshintergrund usw.), die sich überschneiden und verschiedene Inhalte in wechselnden Ausprägungen verfolgen. Eine Beschreibung der Interaktionen ist jedoch eher möglich, wenn diese sich auf die Interaktion zwischen den Elementen der Fachklinik beschränkt. Dafür ist es notwendig, die objektiven und messbaren Veränderungen (Therapieerfolg, Mitarbeiterfluktuation, Patientenmerkmale) zu erheben und diese dann mit den subjektiven Ursachenzuschreibungen der Beteiligten in Verbindung zu bringen.

3.1 Fragestellung

Die zentrale Fragestellung ist die nach den Auswirkungen der Einführung der Aufnahme von substituierten Patienten in eine Fachklinik zur Rehabilitation von Drogenabhängigen. In der konkret untersuchten Fachklinik F 42 der ADV gGmbH interessiert besonders, welche Veränderungen sich in den Elementen Mitarbeiter, Patienten, Konzept und Kernprozesse ergeben. Die sich hieraus ergebenden Vor- und Nachteile sollen festgestellt und bewertet werden. Das systematische Erfassen des subjektiven Erlebens der Veränderungen durch

²² In Berlin waren das in den letzten Jahren z. B. die Einführung von Drogenkonsumräumen, einem Ausbau der ambulanten Hilfen für Drogenabhängige, jetzt auch nach § 53 SGB XII, Eingliederungshilfe für Behinderte Menschen, Diskussion und Bewilligung der Substitution mit Diamorphin (Heroin) usw.

Mitarbeiter und Patienten soll Rückschlüsse über die Interaktionen zwischen den Elementen erlauben.

Entsprechend werden vielfältige Fragestellungen konkretisiert, die jeweils einzelne, kleinere Aspekte beleuchten und in ihrer Gesamtheit dann eine Beschreibung und Bewertung der Veränderungen zulassen:

1. Profitieren substituierte Patienten von der Behandlung? Gelingt das Abdosieren des Substituts und verbessern sich die Patienten in ihrer funktionalen Gesundheit?
2. Unterscheiden sich Substituierte und nicht-Substituierte Patienten darin, wie sie durch Mitpatienten und Therapeuten wahrgenommen werden?
3. Unterscheiden sich Substituierte und nicht-substituierte Patienten objektiv in soziodemographischen Daten und im Therapieerfolg?
4. Erfordert die Aufnahme substituierter Patienten andere Rahmenbedingungen oder therapeutische Handlungsrationale? Wie sehen diese aus?
5. Verändern sich Befürchtungen, Ängste oder positive Erwartungen von Patienten und Therapeuten in Bezug auf die gemeinsame Behandlung von substituierten und nicht-substituierten Patienten?
6. Wie erleben die substituierten Patienten die Behandlung? Verändern sich Motive und Einstellungen oder Zielvorstellungen?
6. Verändert sich die Wahrnehmung der Fachklinik durch Patienten und Mitarbeiter?
7. Gibt es Hinweise auf Wechselwirkungen und Veränderungen in der Fachklinik, die in Zusammenhang mit der Aufnahme substituierter Patienten gebracht werden können? Gibt es Hinweise auf einen „Systemwechsel“ im Sinne der Entwicklung von einer (therapeutischen) Gemeinschaft zu einer medizinischen Klinik?
8. Kann eine Orientierung an der ICF Vorteile für die Behandlungsplanung und Behandlungsdurchführung bringen?

3.2 Quantitative vs. Qualitative Untersuchungsmethoden: Überlegungen zur Auswahl der geeigneten Methoden

Quantitative Forschung folgt einem linearen Modell des Forschungsprozesses. Dabei werden aus einer Theorie Hypothesen abgeleitet, diese werden operationalisiert und an einer definierten Stichprobe getestet. Die Ergebnisse dienen dazu, die entwickelten Hypothesen zu bestätigen oder zu verwerfen. Dieses lineare Modell eignet sich besonders gut für ein

experimentelles oder quasiexperimentelles Design. Auf die Nachteile dieses Designs wurde bereits oben hingewiesen. Die Vorteile liegen jedoch in einer hohen Erfüllbarkeit der klassischen Gütekriterien, insbesondere Validität, Reliabilität und Objektivität.

Qualitative Forschung bemüht sich um andere Qualitätskriterien, die sich am ehesten an Methoden der Qualitätssicherung und an Plausibilität orientieren. Wesentliche Kennzeichen qualitativer Forschung sind „die Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien, die Berücksichtigung und Analyse unterschiedlicher Perspektiven sowie [die] Reflexion des Forschers über die Forschung als Teil der Erkenntnis“ (Flick 2006, S. 26). Qualitative Evaluationsforschung will „Praxisveränderungen wissenschaftlich begleiten und auf ihre Wirkung hin einschätzen, indem die ablaufenden Praxisprozesse offen, einzelfallintensiv und subjektorientiert beschrieben werden“ (Mayring 2002, S. 63).

Gegenstandsangemessenheit

Wenn Wechselwirkungen vorliegen oder wenn Variablen nicht eindeutig zu identifizieren und zu isolieren sind, kann ein experimentelles Design nicht formuliert werden. Insbesondere systemische Fragestellungen sind mit der herkömmlichen RCT-Studie nicht erforschbar (vgl. von Sydow, 2011). Außerdem gibt es Fragestellungen, die sich nur an wenigen Fällen untersuchen lassen. Eine große Stichprobe, aus der heraus sich eine repräsentative Studie mit hohem Verallgemeinerungsgrad entwickeln lässt, ist dann nicht herstellbar.

Diese Kriterien treffen für die geplante Untersuchung zu. Es ist eine Vielzahl von Interaktionsprozessen denkbar, die die zu untersuchenden Auswirkungen beeinflussen. Darüber hinaus ist die Anzahl der Patienten und Mitarbeiter relativ klein und ihre individuelle Unterschiedlichkeit so groß, dass sich keine homogenen Stichproben bilden lassen.

Die Methoden werden deshalb so gestaltet, dass sie der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes gerecht werden. Damit wird der zu untersuchende Gegenstand Bezugspunkt für die Auswahl an Methoden und nicht umgekehrt. „Gegenstände werden dabei nicht in einzelne Variablen zerlegt, sondern in ihrer Komplexität und Ganzheit in ihrem alltäglichen Kontext untersucht, deshalb ist ihr Untersuchungsfeld auch nicht die künstliche Situation im Labor, sondern das Handeln und Interagieren der Subjekte im Alltag“ (Flick 2009, S. 27).

Perspektiven der Beteiligten

Es ist nicht Ziel der Untersuchung zu zeigen, dass eine kombinierte Behandlung (Substitution und Abstinenztherapie) einer Behandlung „nur“ mit Substitutionstherapie oder „nur“ mit klassischer Entwöhnungsbehandlung überlegen ist. Vielmehr sollen die unterschiedlichen Eindrücke und die von verschiedenen Personen betonten Vor- und Nachteile der kombinierten Behandlung herausgestellt werden. Dies bedeutet, dass es nicht vorrangig um den Nachweis einer „objektiven“ Verbesserung der Teilhabe eines Patienten zur Begründung und Rechtfertigung der Behandlung geht, sondern um die Bewertung dieser Behandlung aus verschiedenen Perspektiven.

Reflexivität des Forschers

In diesem Fall wirkt der Forscher selbst als Teil des Forschungsgegenstands an der Entwicklung des Forschungsgegenstandes mit. Die Kommunikation zwischen Forscher und Beteiligten ist Bestandteil der Erkenntnis und ein Teil der Datengrundlage, die in die Ergebnisse und ihre Interpretation einfließt. Die Erfahrung des Forschers mit dem Untersuchungsgegenstand wird in diesem Sinne als Erweiterung der Datengrundlage betrachtet und nicht als störender oder „verfälschender“ Einfluss. Dieser Einfluss kann dadurch begrenzt werden, dass der Forscher selbst versucht, die Art seiner Einflussnahme zu benennen, zu reflektieren und zu bewerten. Der subjektive Einfluss kann im besten Fall dadurch wissenschaftlich nutzbar gemacht werden. Grundsätzlich ist die „Forscher-Gegenstands-Interaktion“ (Mayring 2002, S. 31 f) unvermeidlich.

Weitere Gründe für ein qualitatives Vorgehen

Die Beschreibung anderer Fachkliniken (vgl. Kapitel 6), die substituierte Patienten aufnehmen, zeigen Gemeinsamkeiten, aber auch erhebliche Unterschiede. Hierin bilden sich Einflussfaktoren ab, die mit den Besonderheiten der Einrichtungen, ihrer lokalen Einbettung und Tradition und der unterschiedlich langen Erfahrung in der Arbeit mit substituierten Patienten zusammenhängen. Gemäß des „Regelbegriffs“ (Mayring 2002, S. 37) lassen sich im humanwissenschaftlichen Kontext Gleichförmigkeiten besser in kontextgebundenen Regeln als in allgemeingültigen Gesetzen abbilden. In dieser Untersuchung macht es Sinn Fachkliniken zu beschreiben, um besondere Rahmenbedingungen und lokale Situationen von regelhaften Prozessen und gemeinsamen Strukturen zu unterscheiden, die mit der Behandlung von substituierten Patienten in Zusammenhang gebracht werden können.

Verbindung quantitativer und qualitativer Elemente

Triangulation bezeichnet die Verbindung von verschiedenen, sich ergänzenden Methoden. Auch quantitative und qualitative Forschungsmethoden können miteinander verbunden werden und müssen nicht zwangsläufig miteinander konkurrieren²³. Sie liefern Informationen unterschiedlicher Art, deren Verschiedenheit für das Gesamtverständnis wesentlich sein können. Im Rahmen einer Inhaltsanalyse ist es möglich, Quantitäten zu erheben und miteinander zu vergleichen. Die so einer quantitativen Auswertung zugänglich gemachten Interviews können gleichzeitig qualitativ, z. B. mit einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse ausgewertet werden. Dadurch kann die Bedeutung der erhobenen Quantitäten relativiert und können Veränderungen in Quantitäten miteinander in Beziehung gesetzt werden. Eine bloße Korrelation, z. B. die quantitative Abnahme in der Kategorie „beziehungsbezogene Aussagen“ bei gleichzeitiger Zunahme der Zahl kritischer Äußerungen wird einer kausalen Interpretation zugänglich gemacht, wenn sich in den qualitativen Inhaltsanalysen regelmäßig Aussagen finden, die die Abnahme einer Beziehungsorientierung in der Behandlung kritisch bewerten.

Indikation der Forschungsmethode

Der Gedanken der medizinischen Behandlungsindikation, das heißt der Angemessenheit einer Behandlung in Bezug auf die vorliegende Krankheit, lässt sich in die qualitative Forschung übertragen. Beispielsweise können mit einer Checkliste die Angemessenheit eines bestimmten Vorgehens in Abhängigkeit vom Untersuchungsgegenstand geprüft werden (vgl. *Flick*, 2009). Dabei sind Entscheidungen darüber zu treffen, ob die möglichen Ergebnisse eher verallgemeinerbar oder besonders auf den konkreten Forschungsgegenstand bezogen sein sollen, also ob mehr in die Breite oder in die Tiefe gegangen werden soll. Ausgehend von der übergeordneten Fragestellung sollen Teilfragen entwickelt werden, für die konkret angemessene qualitative oder auch quantitative Methoden ausgewählt werden können. Die Reflexion und Verbindung der Methoden ist Teil des Qualitätssicherungsprozesses, der wesentliches Kriterium der Güte einer qualitativen Forschung ist. Für die vorliegende Arbeit heißt das, dass je nach untersuchtem Element des Systems Fachklinik unterschiedliche Methoden zur Anwendung kommen, deren Ergebnisse in Beziehung zu einander gesetzt werden. Einzelergebnisse, z. B. Untersuchung der Umwelteinflüsse durch die

²³ Qualitative und quantitative Forschung ergänzen sich. Sinnvolle Aussagen, wie z. B. die Aufstellung generischer Fachprinzipien (die den psychotherapeutischen Prozess befördern) im Rahmen eines allgemeinen Modells von Psychotherapie, ist nicht möglich ohne eine Kombination dieser beiden Forschungsstrategien (vgl. *Haken und Schiepek* 2010).

Literaturrecherche, wirken dann auch wieder auf die Gestaltung der Untersuchung anderer Elemente. In der hier vorgelegten Untersuchung regte der in der Literatur beobachtete zunehmende Einfluss der ICF auf die Rehabilitation den Einsatz eines an der ICF angelehnten Messinstrumentes an, um quantifizierbare Maße für die Einschätzung des Therapieerfolges der Patienten zu gewinnen.

Ressourcen

Neben der Fragestellung determinieren die vorhandenen Ressourcen die Möglichkeiten, bestimmte Methoden auszuwählen, da ein unterschiedliches Kosten-Nutzen-Verhältnis zu erwarten ist. Die Rahmenbedingungen von Praktikern sind allerdings ungünstig, um sich an Forschung zu beteiligen: „Die Anforderungen einer seriösen Forschung können von Praktikern an vielen Arbeitsplätzen wegen Zeitdrucks und der Verflochtenheit in unmittelbare institutionelle Zwänge, Konflikte und Zuständigkeiten nur mit großen Schwierigkeiten – wenn überhaupt – realisiert werden. Mit der Ökonomisierung haben sich die Rahmenbedingungen für Begleitforschung, wenn sie nicht unmittelbare Interessen der Kostenträger bedienen, noch weiter verschlechtert“ (Barsch 2001, S. 6). Gleichzeitig gilt aber auch, dass „eine Drogen- und Suchthilfepraxis, die sich an den Interessen und Bedürfnissen der Klienten orientiert und hilfreiche Angebote unterbreiten will nicht umhin [kommt] sich forschender Strategie zu bedienen und ihr Berufsfeld permanent weiterzuentwickeln“ (Barsch 2001, S. 8).

Für den Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit ist die Analyse der Handlungsstrategien, Dimensionen und Zusammenhänge auch für die Fachklinik von besonderer Bedeutung, da fehlgesteuerte Abläufe negative Folgen für die Fachklinik, ihre Mitarbeiter und Patienten haben könnten.

Als günstige Ressource kann deshalb eine Motivation aller Beteiligten angenommen werden, an der Aufklärung von Fragestellungen, wie sie in dieser Arbeit aufgeworfen werden, mitzuwirken. Ein Teil des beruflichen Handelns in einer Fachklinik, die sich auf stetig ändernde Umweltfaktoren einstellen muss, besteht in einem „im Wesen forschend tätig zu werden“ (Barsch 2001, S. 8). Im Rahmen einer Forschungsarbeit kommt es darauf an, diese forschende Tätigkeit zu strukturieren und mit angemessener Methodik zu systematisieren, um so zu nachvollziehbaren und aussagekräftigen Ergebnissen zu gelangen. Die in der Behandlungsroutine anfallenden Dokumentationstätigkeit führt zu Daten, die unter Beachtung

der datenschutzrechtlichen Grundlagen einer Auswertung zugänglich gemacht werden können. Ähnliches gilt für die im Rahmen des Qualitätsmanagements der Fachklinik regelmäßig durchzuführenden Patientenbefragungen. Durch die im Rahmen der Qualitätssicherung zu erhebenden Daten steht darüber hinaus statistisches Material zur Auswertung zur Verfügung (Basisdokumentation, Jahresbericht, Belegungsstatistik etc.)²⁴.

3.3 Auswahl der Untersuchungsfälle

Die Untersuchungsfälle sollen Rückschlüsse auf die die hier identifizierten wesentlichen Elemente des Systems Fachklinik erlauben. Gleichzeitig ist die Fachklinik in eine Umwelt eingebettet, die die in ihr ablaufenden Prozesse, die Handlungen der Mitarbeiter und der Patienten beeinflussen. Die möglichen Rückwirkungen der Fachklinik auf die Umwelt sind nicht Gegenstand der geplanten Untersuchung. Wesentliche Umweltfaktoren, die auf die Fachklinik Einfluss nehmen sind

- die Tradition und das Selbstverständnis der Rehabilitationskliniken,
- der wissenschaftliche Erkenntnisprozess im Bereich der Suchtforschung,
- die zunehmende Implementierung der ICF, auch durch die Leistungsträger und
- die seit Jahren kontinuierliche wachsende Bedeutung der Substitutionstherapie.

Die Umweltfaktoren werden durch eine Literaturrecherche untersucht.

Die Kernprozesse oder Verfahrensregeln einer Fachklinik definieren, wie die handelnden Personen, die im Konzept definierten Behandlungselemente und die Rahmenbedingungen in den alltägliche Abläufe der Klinik miteinander verknüpft sind. Sie werden von den im Konzept der Einrichtung auf wissenschaftlicher Basis und nach den Standards der Leistungsträger dargestellten Überlegungen, aber auch von konkreten Rahmenbedingungen wie der Größe der Klinik²⁵, ihrer Lage²⁶, ihrer Trägertradition²⁷ und ihrer Vernetzung²⁸ in das

²⁴ Für die notwendige Mehrarbeit im Rahmen dieser Forschungsarbeit stellte die ADV gGmbH Arbeitszeit zur Verfügung.

²⁵ Z. B. ist es nach den RPK-Empfehlungsvereinbarungen (vgl. *Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation* 2006) erst für Kliniken mit deutlich mehr als 50 Behandlungsplätzen möglich, Ärzte mehrerer Fachrichtungen zu beschäftigen mit entsprechenden Auswirkungen auf ein differenziertes indikatives Behandlungsangebot.

²⁶ Innerstädtische und ländliche Lage unterscheiden sich deutlich in Förderfaktoren und Barrieren (vgl. Kap. 4, ICF)

²⁷ Die arbeitsrechtlichen Vorgaben unterscheiden sich bei Mitarbeitern eines Tendenzbetriebes gemäß BetrVG § 118 Abs. 1 deutlich von denen anderer Träger, z. B. einer GmbH.

²⁸ Die wirtschaftliche, rechtliche oder inhaltliche Verflechtung mit Krankenhäusern der Grundversorgung oder den Trägern ambulanter Hilfen nach SGB XII schafft andere Möglichkeiten der Behandlung und Weitervermittlung von Patienten.

Suchthilfesystem beeinflusst. Die Rahmenbedingungen und die Entwicklung der hier untersuchten Fachklinik werden beschrieben.

Um später einschätzen zu können, inwieweit die Rahmenbedingungen die Aufnahme von substituierten Patienten günstig oder ungünstig beeinflussen und welche der beobachteten Veränderungen²⁹ wahrscheinlich auf die Aufnahme dieser Patientengruppe zurückgeführt werden können, wurden acht der „ca. 14“ (*akzept e.V.* 2010, S. 29) in Deutschland mit Substitutionstherapie arbeitenden Fachkliniken zu Fragen der Praxis der Substitutionstherapie in der Rehabilitation untersucht. Vier Kliniken wurden persönlich aufgesucht, zu vier weiteren Kliniken bestand telefonischer und E-Mail-Kontakt und z. T. persönlicher Kontakt zu leitenden Mitarbeitern. Teilweise wurden von den Kliniken schriftliche Erfahrungsberichte, Statistiken, Vortragsmanuskripte, Jahresberichte und persönliche Notizen von Mitarbeitern zur Verfügung gestellt.

Die Elemente „Patienten“ und „Mitarbeiter“ wurden vor und nach der Aufnahme substituiertes Patienten untersucht. Alle Patienten und Mitarbeiter der Fachklinik F42 konnten sich dabei in den Forschungsprozess einbringen.

Konkret wurden in einem ersten Durchgang zwischen dem 4.8.2010 und 21.9.2010 alle 15 Mitarbeiter der Fachklinik befragt, die mehr als geringfügig beschäftigt waren. Diese Befragung wurde zwischen dem 15.8.2011 und 12.9.2011 wiederholt. Wieder wurden 15 Mitarbeiter befragt, allerdings handelte es sich durch Personalveränderungen z. T. um andere Personen.

Alle Patienten, die im August 2010 in der Fachklinik behandelt wurden, wurden über das Forschungsvorhaben informiert und gebeten, sich freiwillig zu beteiligen. Vom 30.8.2010 bis 8.9.2010 wurden dann 22 Patienten einzeln befragt. Eine zweite Patientenbefragung wurde vom 11.7.2011 bis 20.08.2011 zu den gleichen Bedingungen durchgeführt. An ihr nahmen 29 Patienten teil. Diese befanden sich zum ersten Untersuchungszeitraum nicht in der Klinik. Die substituierten Patienten stellen eine eigene Untergruppe in dem Element „Patienten“ dar. Im

²⁹ Um eine Einschätzung „von außen“ zu erlangen, sollten Mitarbeiter Berliner Drogenberatungsstellen, die eng mit der Fachklinik kooperieren, ebenfalls befragt werden. Allerdings gestaltete es sich sehr schwierig, hierfür Termine zu finden und eine Bereitschaft zur Mitarbeit zu erzeugen. Alle Berater betonten ihr enges Zeitbudget, so dass nur 4 Mitarbeiter von insgesamt 2 Drogenberatungsstellen für ein Interview gewonnen werden konnten.

Januar 2011 wurde der erste³⁰ substituierte Patient aufgenommen. Mit jedem substituierten Patienten (insgesamt sieben im Untersuchungszeitraum) konnten nach Aufklärung über das Forschungsvorhaben episodisch-narrative Interviews geführt werden, so dass die Perspektive der substituierten Patienten noch einmal besonders betrachtet werden konnte. Die Interaktion der Subgruppen substituierte vs. nicht-substituierte Patienten wurde zu insgesamt 14 verschiedenen Zeitpunkten soziometrisch untersucht. Substituierte und nicht-substituierte Patienten werden im Rahmen des Aufnahmeverfahrens in der Fachklinik diagnostisch untersucht. Darüber hinaus wird eine Anzahl von biographischen Daten erhoben. Zusätzlich wurden alle substituierten und nicht-substituierten Patienten im Untersuchungszeitraum mit dem Mini-ICF-APP (*Linden et al.* 2009; siehe außerdem 3.4 und Anhang) zum Behandlungsbeginn und bei Behandlungsende eingeschätzt. Dadurch lässt sich das Element „Patienten“ sowohl insgesamt, aber auch differenziert für substituierte vs. nicht-substituierte Patienten beschreiben.

Die Interaktionen zwischen den Elementen des Systems können nicht direkt erfasst werden. Die einzelnen Untersuchungsergebnisse werden in Beziehung zueinander gesetzt, so dass Zusammenhänge plausibel werden.

3.4 Erhebungsmethoden

Auf Grund der Vielfalt der untersuchten Elemente und ihren spezifischen Eigenschaften kommen unterschiedliche Methoden zur Anwendung, die qualitative und quantitative Auswertungen ermöglichen. Veränderungen des Systems werden vor allem quantitativ und durch eine zusammenfassende Beschreibung der untersuchten Fachklinik erfasst. Dabei werden einerseits unterschiedliche Elemente mit gleichen Methoden untersucht. Die quantitative Inhaltsanalyse der Leitfadengespräche mit den Patienten und den Mitarbeitern ergibt Vergleichsmöglichkeiten und erschließt Zusammenhänge zwischen diesen Elementen. Andererseits ergeben sich durch verschiedene Methoden, die auf ein Element angewendet werden, unterschiedliche Perspektiven. So zeigen im Element „Patienten“ substituierte und nicht-substituierte Patienten kaum objektive Unterschiede in Messwerten zur funktionalen Gesundheit oder in anderen hier erhobenen Merkmalen. Im quantifizierten soziometrischen Status, der sich durch „Wahlen“ der Patienten untereinander (s. Kapitel 8) ergibt, finden sich

³⁰ Die tatsächliche Nachfrage war geringer als die erwartete Nachfrage für Substitution im Rahmen der Rehabilitation (vgl. Kapitel 1), so dass auf Grund der geringen Fallzahl quantitative Methoden nur eingeschränkte Aussagekraft besitzen.

jedoch erhebliche Gruppenunterschiede. Die Zusammenhänge zwischen den beobachteten Unterschieden und Veränderungen werden durch die qualitative Auswertung plausibel.

Folgende Erhebungsmethoden werden eingesetzt:

Leitfadengespräche

Leitfadengespräche werden vor allen Dingen eingesetzt, um Hypothesen zu entwickeln, um seltene oder interessante Gruppen zu analysieren, die nur in kleiner Zahl vorhanden sind, sowie generell als Instrument einer qualitativen Sozialforschung (vgl. *Schell et al.* 2008). Vorteile von Leitfadengesprächen sind die offene Gesprächsführung und die Erweiterung von Antwortspielräumen. Die Befragung wird auf Basis eines Interviewleitfadens durchgeführt, so dass alle relevanten Themen besprochen werden. Die Ausformulierung und die Reihenfolge der Themenbearbeitung werden vom Interviewer geleistet, um einen möglichst natürlichen Prozess zu ermöglichen. Die Leitfadengespräche werden durch Notizen des Interviewers während der Befragung protokolliert. Ein Nachteil von Leitfadengesprächen ist die Schwierigkeit, einerseits das Kommunikationsverhalten des Befragten zu fördern, andererseits das Informationsinteresse gleichzeitig zu kontrollieren und zu unterdrücken. (vgl. *Schell et al.* 2008). Hier ermöglichen Leitfadengespräche vor allem die Durchführung einer großen Anzahl von Interviews, die einer ähnlichen Struktur folgen. Die Datenmenge wird durch die Struktur des Leitfadens und die Form der Datenerfassung reduziert. Die Interviews können dann sowohl mit der quantitativen Inhaltsanalyse als auch qualitativ ausgewertet werden. Die quantitative Analyse erlaubt die Identifizierung von Kategorien, mit denen das untersuchte Element beschrieben und Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten auch quantitativ sichtbar gemacht und gegebenenfalls auf statistische Signifikanz überprüft werden können

Narrativ-episodisches Interview

Bei dem narrativen episodischen Interview berichtet der Interviewte frei und möglichst ausführlich von seinen Eindrücken, Erlebnissen, Sichtweisen, Erfahrungen, Emotionen, Gedanken etc. zu einem nur grob vorgegebenen Thema. In diesem Fall ist die Vorgabe eine Reflexion über den Therapieprozess und die Bedeutung der Substitutionsbehandlung für den Therapieprozess. Alle narrativen Interviews werden auf Tonband mitgeschrieben und anschließend verschriftlicht. Die narrativen Interviews werden mit den substituierten Patienten geführt. Ihre subjektive Sicht auf die Behandlung ist von besonderer Bedeutung für die Beantwortung der Frage, ob die Aufnahme von substituierten Patienten mit allen

Veränderungen, die dies für die Fachklinik als Ganzes bedeutet, „eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Drogen- und Suchthilfesystems im Interesse der Klienten“ (Barsch 2001, S. 3) darstellt.

Mini-ICF-APP (Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen, vgl. Linden et al. 2009).

Das Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen wurde in Anlehnung an die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit und das „Groningen Social Disabilities Schedule II, GSDS-II“ (vgl. WHO, 1987) entwickelt (vgl. Linden et al., 2009). Mit dem Mini-ICF-APP wird ein Fremdbeurteilungsinstrument zur Beschreibung und Quantifizierung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Störungen im Übergang von der Psychopathologie zur Teilhabestörung vorgelegt. Es soll vor allen Dingen bei Erwachsenen mit psychischen Störungen im Bereich der Rehabilitation, Psychiatrie, Psychosomatik und Sozialmedizin Anwendung finden, also auch bei Drogenabhängigen in einer stationären Fachklinik. Mit dem Mini-ICF-APP wird die Komponente „Aktivitäten und Partizipation“ der ICF abgebildet. Ausdrücklich wird die Eignung zur Veränderungsmessung z. B. in Form von Pre- und Postmessung im Rahmen einer Therapieverlaufskontrolle herausgestellt. Dabei wird eine fünfstufige Rating-Skala auf folgende Fähigkeiten angewendet:

1. Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen
2. Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben
3. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
4. Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen
5. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit
6. Durchhaltefähigkeit
7. Selbstbehauptungsfähigkeit
8. Kontaktfähigkeit zu Dritten
9. Gruppenfähigkeit
10. Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen
11. Fähigkeit zu Spontanaktivitäten
12. Fähigkeit zur Selbstpflege
13. Verkehrsfähigkeit

Die Interrater-Reliabilität liegt bei $r = .92$ für geschulte Rater.

Das Mini-ICF-APP ist auch als Eilverfahren entwickelt worden, um neue, fähigkeitsorientiertere Behandlungsansätze zu fördern, indem Fähigkeitsstörungen explizit bei der Therapiezielbestimmung berücksichtigt werden. Die Behandlung kann dann darauf abgestellt werden (vgl. *Linden et al.* 2009). In diesem Fall werden die Ergebnisse der Messungen jedoch nicht in die Behandlungen einbezogen, sondern das Mini-ICF-APP wird ausschließlich als Instrument zur Quantifizierung von Fähigkeitsstörungen eingesetzt. Mit einer Pre- und Postmessung werden Veränderungen erfasst. Für die vorliegende Arbeit ist das Mini-ICF-APP als Instrument geeignet, weil es sich in seiner Differenziertheit und Kürze der Anwendung und in seiner guten Handhabbarkeit von anderen Verfahren unterscheidet. Außerdem können bei der Urteilsbildung ausdrücklich alle verfügbaren Informationen berücksichtigt werden, d. h. anamnestische und ggf. fremdanamnestische Angaben, Ergebnisse aus Mitarbeiterbesprechungen und Fallkonferenzen, eigene und fremde Untersuchungen, Beobachtungen im Alltag usw. können in die Beurteilung einfließen.

Bei der Auswertung ist die Betrachtung einzelner Dimensionen ebenso möglich wie eine zusammenfassende Einschätzung der Fähigkeitsstörungen durch einer Summenbildung über alle 13 Items im Sinne eines Globalwertes. Die Ankerdefinitionen, Ratinganweisungen und der Ratingbogen finden sich im Anhang.

Auf weitere Fragebögen, Leistungs- oder klinische Testungen wird verzichtet, da es Hinweise gibt, dass eine Reihe von Verfahren der Testdiagnostik nur eingeschränkt in der Rehabilitation von Drogenabhängigen bzw. beim Klientel in der untersuchten Fachklinik einsetzbar sind³¹.

³¹ *Poy* (2010) untersuchte die Lebenszufriedenheit, soziale Unterstützung, psychische Belastung und Zurückweisungsempfindlichkeit bei Drogenabhängigen mit verschiedenen standardisierten Instrumenten, u. a. auch in der Fachklinik F42. Dabei kamen der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (*Fahrenberg et al.* 2000), die Kurzform des Fragebogens zur sozialen Unterstützung (*Fydrich et al.* 2009), die Kurzform der Symptom Checkliste (*Klaghofer und Brähler* 2008) und das Rejection Sensitivity Questionnaire (*Staebler et al.* 2010) sowie ein von *Poy* selbst entwickelter demografischer Fragebogen zum Einsatz. Die Ergebnisse entsprachen den Hypothesen: Drogenabhängige weisen eine geringere Lebenszufriedenheit, geringere soziale Unterstützung, höhere psychische Belastung und höhere Zurückweisungsempfindlichkeit als die Normalbevölkerung auf. Allerdings sind die Unterschiede zur Normalbevölkerung gering. Deutlich war eine starke Tendenz der untersuchten Patienten, die Fragebögen zur Selbstdarstellung zu nutzen und zu funktionalisieren. Es ist zu überlegen, ob nicht die Umstände des Drogenkonsums und die des „Lebens auf der Szene“ dazu führen, dass Fragen nicht naiv oder realistisch auf den Fragegegenstand bezogen beantwortet werden, sondern eher im Hinblick auf fantasierte oder tatsächliche Konsequenzen, in aller Regel mit der Tendenz sich selbst „normaler“ zu präsentieren.

Netzwerkanalyse/Soziometrie

Die Netzwerkanalyse ist eine Forschungsstrategie, „deren Anliegen in der Beschreibung und Erklärung von sozialen Beziehungen und daraus resultierenden Handlungen besteht“ (*Schell et al.* 2008, S. 258). Sie ist damit ein Mittel, die Interaktionen zwischen den Elementen bzw. zwischen den einzelnen Beteiligten innerhalb der Elemente darzustellen.

Netzwerke sind oft nicht klar voneinander abzugrenzen. Grundsätzlich ist auch hier davon auszugehen, dass alle Patienten und alle Mitarbeiter der Fachklinik in irgendeiner Art und Weise miteinander interagieren und Beziehungen zueinander eingehen. Hier werden zur Reduktion der Interaktionen beispielhaft die Interaktionen zwischen den substituierten und nicht-substituierten Patienten untersucht. Durch die Untergliederung der Fachklinik in Bezugsgruppen ergibt sich für die vorliegende Arbeit eine günstige Ausgangssituation. Die Bezugsgruppen haben einen engen organisatorischen und inhaltlich-therapeutischen Zusammenhalt. Der strukturbeschreibende Ansatz der Netzwerkanalyse macht in der Regel nur Sinn, wenn alle Einheiten eines Netzwerks auch als Informanten zur Verfügung stehen (vgl. *Schell et al.* 2008). Auch dies ist für die vorliegende Arbeit der Fall.

„Der Begründer der Netzwerkanalyse ist Jakob Moreno“ (*Schnegg* 2010, S. 23). Moreno entwickelte die Soziometrie³² und formulierte das sogenannte erste soziometrische Gesetz das feststellt, dass die Beziehungen in einem sozialen Netzwerk offensichtlich anderen Gesetzmäßigkeiten als der Normalverteilung gehorchen. Die Erhebung der Beziehungen zwischen den definierten Mitgliedern einer sozialen Gruppe geschieht anhand von relativ einfachen Fragen, die von allen Personen einer Gruppe zu beantworten sind. Dabei geht es im Wesentlichen um die Bevorzugung und Ablehnung anderer Gruppenmitglieder. Die Antworten werden in eine Soziomatrix übertragen, die mit verschiedenen mathematischen Operationen ausgewertet werden kann. So lassen sich aus der Anzahl der erhaltenen „Wahlen“ verschiedene soziometrische Indizes ermitteln³³.

³² Die Soziometrie dient dazu, Beziehungen zwischen Mitgliedern einer Gruppe in einer so genannten Soziomatrix zu erfassen. Damit kann ein Soziogramm graphisch dargestellt und dann mit unterschiedlichen Kennzahlen analysiert werden. Die Kennzahlen werden mit Formeln berechnet, z. B. Status eines Einzelnen, soziales Integrationsmaß etc. (vgl. *Moreno* 1996).

³³ Für einen Überblick über praktische Anwendungsmöglichkeiten (vgl. *Dollase* 1973). Für ein praktisches Beispiel zur Therapieevaluation (vgl. *Remmert* 1991). Für umfangreiche, zum Teil weit über die eigentliche Soziometrie hinausgehende Anwendungen (vgl. *Stegbauer und Häußling* 2010) dar. Zum Überblick über die Bedeutung von sozialen Netzwerken in der Rehabilitation und im Gesundheitswesen (vgl. *Kardorff* 2010). Zur Schwierigkeit der Operationalisierung von Begriffen wie „soziale Unterstützung“ und „soziales Netzwerk“ (vgl. *Diewald und Sattler* 2010).

Hier geschieht Darstellung der Beziehungen zwischen substituierte und nicht-substituierten Patienten anhand von zwei Schlüsselfragen innerhalb einer Bezugsgruppe mit soziometrischen Methoden. Die aus den sozialen Beziehungen der Patienten untereinander resultierenden Handlungen sind im Rahmen einer Gruppentherapie relevant. Die gefundene Gleichrangigkeit oder die gefundenen Unterschiede im soziometrischen Status der Patienten untereinander werden in Bezug zu den Ergebnissen der narrativen Interviews und Leitfadengespräche und zu den objektiven Unterschieden zwischen den Patientengruppen (substituierte vs. nicht-substituierte) gesetzt. Hierdurch sollen Interaktionen zwischen den in den Leitfadengesprächen erhobenen Einstellungen der nichtsubstituierten Patienten und den Therapieverläufen der substituierten Patienten deutlich werden.

Erfahrungsberichte

Die Eindrücke bei Besuchen, Interviews und die gegebenenfalls zur Verfügung gestellten schriftlichen Materialien der untersuchten Fachkliniken werden jeweils in Erfahrungsberichten zusammengefasst dargestellt und zur besseren Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit zusätzlich tabellarisch abgebildet. Durch die erhobenen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Einrichtungen lassen sich Rückschlüsse auf günstige und ungünstige Rahmenbedingungen für die Substitution in der Rehabilitation ziehen und darauf, welche Kernprozesse durch die Aufnahme von substituierten Patienten beeinflusst werden. Gleichförmigkeiten lassen sich in kontextgebundenen Regeln abbilden, die aus den Erfahrungsberichten durch Vergleiche abgeleitet werden können. Auswirkungen auf die Elemente „Patienten“ und „Mitarbeiter“, die in anderen Kliniken durch die Aufnahme von substituierten Patienten beobachtet wurden, können mit den Auswirkungen in der hier untersuchten Fachklinik verglichen werden. Dadurch können die Auswirkungen der Einführung von Substitutionstherapie in der untersuchten Klinik von Auswirkungen anderer in den Untersuchungszeitraum fallender Veränderungen unterschieden werden.

Quantitative und Qualitative Datenauswertung

Im Rahmen der soziometrischen Erhebungen werden für jeden Patienten Indizes aus der Summe der empfangenen positiven und negativen Wahlen errechnet. Diese Indizes dienen als Maß für den „Status“ des Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt innerhalb seiner Bezugsgruppe.

Während der Leitfragengespräche werden von Mitarbeitern und Patienten Einschätzungen zu zwei Skalen abgegeben. In der einen Skala wird das Verhältnis von Vor- und Nachteilen relativ zueinander bezogen auf hundert Prozent eingeschätzt. In der anderen Skala wird zwischen 0 (völlige Ablehnung) bis 10 (völlige Zustimmung) ein Wert zur Frage abgegeben, inwieweit als Patient oder Mitarbeiter die Aufnahme von substituierten Patienten in der Fachklinik begrüßt bzw. den Aufbau eines solchen Konzeptes für richtig hält. Diese Skalen werden mit einfachen mathematischen Operationen (z. B. Bildung des Mittelwertes) ausgewertet.

Der Mini-ICF-APP wird entsprechend der Vorgaben von *Baron et al.* (2009) ausgewertet. Die erhobenen numerischen Werte sind ein Maß für die „funktionale Gesundheit“ der Patienten. Die erhaltenen Werte sind mit einfachen mathematischen Mitteln zwischen verschiedenen Patientengruppen und verschiedenen Messzeitpunkten zu vergleichen. Darüber hinaus werden weitere statistische Daten der Patientengruppen (Länge der Abhängigkeit, Anzahl weiterer rehabilitationsrelevanter Diagnosen usw.) ausgewertet. Die Ergebnisse der Leitfadengesprächen mit den Mitarbeitern und Patienten der Einrichtung werden einer quantitativen Inhaltsanalyse unterzogen, dabei werden die Antworten in den relevanten Kategorien zu verschiedenen Messzeiträumen gezählt. Die quantitativen Maße belegen Veränderungen, sagen aber nur wenig über die gegenseitige Beeinflussung der Elemente des Systems aus und erlauben kaum eine Identifizierung möglicher Kausalzusammenhänge.

Hierfür werden deshalb qualitative Datenauswertungen vorgenommen. Die durchgeführten episodisch-narrativen Interviews werden mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Dabei wird überwiegend die zusammenfassende Inhaltsanalyse gewählt. „Bei der systematischen zusammenfassenden Inhaltsanalyse wird das Allgemeinniveau des Materials vereinheitlicht und schrittweise höher gesetzt“ (*Mayring* 2002, S. 95). Zuerst erfolgt eine Paraphrasierung, in der alle nicht-inhaltstragenden Textbestandteile gestrichen werden und inhaltstragende Textteile auf eine einheitliche Sprachebene gebracht werden.

In einer zweiten Phase werden die Gegenstände der Paraphrasen neu formuliert, so dass eine definierte Abstraktionsebene erreicht wird. In einer ersten Reduktionsphase werden bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen, zentrale inhaltstragende Paraphrasen werden beibehalten. In einer zweiten Reduktionsphase werden ähnliche Paraphrasen

zusammengefasst. Dieses schrittweise Vorgehen wird auch für die qualitativen Inhaltsanalyse der Leitfadengespräche mit Patienten und Mitarbeitern der Fachklinik gewählt.

3.5 Ethik

Forschung kann einen Eingriff in die informationelle Selbstbestimmung eines Menschen darstellen. Gerade Forschung in einer Fachklinik zur Rehabilitation von Drogenabhängigen beinhaltet unter Umständen auch die Gefahr, den therapeutischen Prozess negativ zu beeinflussen. In diesem Zusammenhang wurden Ethik-Kodizes entwickelt (vgl. *Flick 2009*).

Ein wesentliches Prinzip ist die informierte Einwilligung und Freiwilligkeit der Teilnahme. Dies ist für die vorliegende Arbeit als erfüllt anzusehen: Vor allen Befragungen wurden die Befragten über den Zweck der Befragung informiert. Die Teilnahme war grundsätzlich freiwillig³⁴. Bei den soziometrischen Erhebungen wurde verschwiegen, dass es speziell um den Status der noch substituierten Patienten innerhalb der Gruppe gehen sollte. Gleichzeitig waren aber alle Patienten informiert, dass der Hintergrund der Fragestellung eine Analyse der Gruppenbeziehungen untereinander ist. Diese Vorgabe ist weiter als die eigentliche Untersuchungsfrage. Die Benennung der eigentlichen Untersuchungsfrage, Status der substituierten Patienten, hätte möglicherweise zu einer Verzerrung im Antwortverhalten geführt.

Der Grundsatz, dass die Forschungstätigkeit die Untersuchten nicht schädigen oder ihren therapeutischen Fortschritt stören darf ist ein weiteres Prinzip. Hier kann eine Störung des therapeutischen Prozesses ausgeschlossen werden. Die Gespräche mit den Patienten erfolgten zusätzlich zu und nicht anstelle von therapeutischen Interventionen. Unter Umständen kann sogar eher eine Förderung des therapeutischen Prozesses vermutet werden, da die Patienten sich in die Entwicklung der Einrichtung einbezogen fühlen und somit höhere Kontrollüberzeugungen entwickeln konnten und damit der Therapie insgesamt positiver gegenüber standen.

³⁴ Zweifel an der Freiwilligkeit könnten mit der Stellung des Forschers als leitender Mitarbeiter der Fachklinik begründet werden. Für die Patienten ist nicht auszuschließen, dass sie sich im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht an der Rehabilitation auch zur Mitwirkung an der Forschertätigkeit verpflichtet gesehen haben. Allerdings haben zu beiden Untersuchungszeitpunkten ein Teil der Patienten nicht an den Leitfragengesprächen teilgenommen, die Freiwilligkeit der Teilnahme war also glaubhaft. Für die Teilnahme an den soziometrischen Befragungen wurde eine Belohnung gezahlt, die die Freiwilligkeit unterstrichen hat. Diese wurde mehrfach betont. Die Mitarbeiter waren selbst eher an weiteren Gesprächen zum Thema Substitution in der Therapie interessiert. Auch sie wurden auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen.

Die informationelle Selbstbestimmung der Untersuchten und die damit verbundenen Rechte wurden gewahrt. Die Vertraulichkeit und Anonymität der Darstellung der Daten wurde zugesichert und gewährleistet. Im Rahmen qualitativer Forschung besteht die Gefahr, dass die Angaben so detailliert sind, dass auch bei einer nicht erfolgten Namensnennung dennoch relativ einfach die entsprechenden Personen identifiziert werden können. Die Patienten wurden über dieses Risiko aufgeklärt und ausdrücklich um ihre Einwilligung gebeten. Alle Daten, die sich als nicht relevant erwiesen, aber zu einer Identifizierung des Patienten beitragen hätten können, wurden aus der Untersuchung gestrichen.

4 Grundlagen der Entwöhnungsbehandlung

Eine Fachklinik ist in eine sozialpolitische Landschaft eingebunden, die durch wechselnde rechtliche Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen gekennzeichnet ist. Teilweise müssen diese direkt in das Handeln und in die Struktur der Fachklinik übernommen werden, wie z. B. die Vorgaben der Leistungsträger in Bezug auf das Berichtswesen. Andere wirken indirekt auf die Fachkliniken, z. B. durch den Aufbau alternativer Behandlungsangebote (Substitution, Originalstoffvergabe, ambulante Angebote). Die notwendige Auseinandersetzung mit diesen Einflüssen führt zu einer Definition der Aufgaben und Ziele der Fachklinik und bestimmt ihre Identität. Im Folgenden werden wesentliche Einflüsse auf die Entwicklung der Entwöhnungsbehandlung dargestellt und daraufhin untersucht, inwieweit eine Integration von Substitutionstherapie in die Fachkliniken dadurch erleichtert oder erschwert wird.

4.1 Rehabilitationsbehandlung oder Krankenbehandlung

In Deutschland wird bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen grundsätzlich zwischen Rehabilitationsmaßnahmen und Krankenbehandlungen unterschieden. Dabei handelt es sich nicht nur um unterschiedliche Rechtsgrundlagen (SGB IX bzw. SGB V), sondern auch um unterschiedliche Zielsetzungen. Während die Krankenbehandlung, also z. B. eine stationäre Entgiftungsbehandlung oder eine Psychotherapie bei einem niedergelassenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten, die Wiederherstellung der Gesundheit auf der Grundlage einer Diagnose nach ICD-10 als Ziel verfolgt, ist das Ziel der Rehabilitation die Wiedereingliederung Behinderter in die Gesellschaft. Dies umfasst auch die Überwindung und Linderung von Gesundheitsstörungen, geht jedoch weit darüber hinaus.

Die Eingliederung Behinderter durch Institutionen mit systematischem Vorgehen und methodischem Handeln begann in Deutschland vor rund 200 Jahren, als erste sogenannte „Krüppelheime“ gegründet wurden (vgl. *Wiegand* 2000). Die Methode und das System der medizinischen Rehabilitation sind in der Geschichte ihrer Entwicklung eng mit den Folgen der industriellen Revolution und den Versuchen verbunden, diese sozialarbeiterisch zu bewältigen. Zu den Folgen der Industriellen Revolution im 19. Jahrhundert gehörten u. a. Verelendung und Verarmung weiter Bevölkerungskreise. Die früher bestehenden sozialen Absicherungen im Rahmen der Großfamilie im ländlichen Raum waren unter den

Bedingungen der industriellen Revolution nicht mehr ausreichend, eine soziale Absicherung des Einzelnen gab es kaum.

Mit Beginn der Sozialgesetzgebung in den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts wurde ein differenziertes Sozialversicherungssystem aufgebaut. Später wurden diese Gesetze weiterentwickelt und in der Reichssicherungsverordnung kurz vor dem Ersten Weltkrieg zusammengefasst. Diese bilden im Wesentlichen die Grundlagen der Rehabilitation, die durch die massiven Kriegsfolgen des Ersten Weltkriegs mit einer großen Zahl von Kriegsversehrten an Bedeutung gewann.

Auch die Möglichkeit, Abhängigkeitskranke zu therapieren, wurde bereits mitgedacht. *Dandsauer* hält in seinen Erläuterungen zur „Behandlungsfürsorge für Versorgungsberechtigte“ fest: „Neben den grundsätzlich in Universitätskliniken oder geschlossenen Heil- und Pflegeanstalten durchgeführten Morphinentziehungskuren wird neuerdings in vorläufig beschränktem Umfange auch eine ambulante Behandlung der Rauschgiftsüchtigen durch bestimmte neurologisch-psychiatrisch vorgebildete Fachärzte versucht“ (*Dandsauer* 1930, zit. n. *Stachowske* 2008, S.45). Dennoch lagen vorerst die Schwerpunkte der Suchtkrankenhilfe bei sozialarbeiterischen Bemühungen, z. B. im Bereich der nicht-esshaften Hilfe und in kirchlichen Kreisen (vgl. *Schaller* 2009; *Hauschildt* 1997). Die Sozialarbeit stand in Konkurrenz zu Laienhelfern, anderen sozialen Berufen, kirchlichen Mitarbeitern etc. und konnte kaum ein eigenes Profil z. B. durch zielgerichtete Forschungsaktivitäten entwickeln (vgl. *Barsch* 2001).

4.2 Entwicklungen der Abhängigkeitsbehandlung ab 1968

Die Entwicklung der Abhängigkeitsbehandlung ist durch zwei grundsätzlich unterschiedliche Ansätze geprägt: Auf der einen Seite der Ansatz der therapeutischen Gemeinschaft, die ausdrücklich gesellschaftliche Wertefragen in die Behandlung einbezieht und auf der anderen Seite der naturwissenschaftliche Ansatz der versucht, über Forschungsergebnisse eine Behandlungsrationalität zu konstruieren.

4.2.1. Therapeutische Gemeinschaft: Behandlung in und durch Beziehung

1968 gründete *Hilarion Petzold* in Paris die erste „therapeutische Gemeinschaft“. Zu den sozialarbeiterischen Bemühungen der Vergangenheit kam jetzt ein gesellschaftlicher Anspruch, der sich auf die Grundlagen der Gedanken der humanistischen Psychologie bezog (vgl. *Petzold* 1974). „Das professionelle Ziel in der Therapie der Drogenabhängigen in dieser Zeit war auch daran orientiert, Veränderungs- und Wachstumsprozesse zu initiieren, sowohl den gesellschaftlichen als auch den familiären Konservatismus zu überwinden und um eine neue Entwicklung des Lebens zu ermöglichen“ (*Stachowske* 2008, S.48). In der Therapie wurde ein „emanzipatorischer Prozess“ (vgl. *Petzold* 1989) angestoßen, der den Betroffenen aus der „Versklavung“ befreien sollte. Die Versklavung wurde dabei sowohl in der Drogenabhängigkeit als auch in der Einbindung in das kapitalistische Gesellschaftssystem gesehen. Die Befreiung sollte durch einen diskursiven Prozess geschehen, in dem der Drogenabhängige nachreifte und zunehmend in die Lage versetzt werden sollte, Verantwortung für ein besseres Leben zu übernehmen. Dabei wurde diese Verantwortung nicht nur in einer gesellschaftlichen Teilhabe gesehen, sondern durchaus in einer Distanzierung von bestehenden gesellschaftlichen Strukturen und in einer Mitarbeit an der Verbesserung und Humanisierung bestehender gesellschaftlicher Bedingungen. So war nicht nur der Konsum von Drogen, z. B. im Rahmen der sogenannten „Hippie-Bewegung“, mit politischen und gesellschaftlichen Zielen verknüpft, sondern auch die Überwindung einer entstandenen Drogenabhängigkeit.

Die Einrichtungen waren daher nicht vorrangig nach suchttherapeutischen Erkenntnissen (die es zu dieser Zeit erst in relativ geringem Ausmaß gab), sondern vor allem nach politischen Prinzipien organisiert.

Das Urteil des Bundessozialgerichts 1968

1968 entschied das Bundessozialgericht (BSGE, 28, 114), dass Suchterkrankungen als Krankheiten zu bewerten und in das System zur Versorgung kranker Menschen einzubeziehen sind.

Bereits vor diesem Urteil waren Konzepte und Einrichtungen für Drogenabhängige entstanden. Aus der Entscheidung des Bundessozialgerichts resultierte die Sicherheit der Finanzierung der Therapie von Drogenabhängigen. Suchterkrankungen waren jetzt Teil der

Krankenbehandlung nach SGB V und der medizinischen Rehabilitation nach SGB VI bzw. SGB IX. Dadurch wurden aus vielen bestehenden und neu gegründeten „therapeutischen Gemeinschaften“ in der Folge Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Während in diesen Einrichtungen bereits sozialarbeiterische Herangehensweisen, z. B. im Sinne von praktischen Hilfen zur Lebensbewältigung mit den psychotherapeutischen und gesellschaftliche Zielen der humanistischen Psychologie konkurrierten, kam nun die Spannung zwischen den Grundlagen der medizinischen Rehabilitation und den Handlungsprinzipien einer „therapeutischen Gemeinschaft“ hinzu (z. B. indikationsgeleitete, ärztlich entschiedene Aufnahme von „Patienten“ versus basis-demokratischem Abstimmen der Mitglieder einer therapeutischen Gemeinschaft über die Aufnahme neuer „Klienten“ oder „Bewohner“).

Das naturwissenschaftliche Menschenbild und das darin verankerte medizinische Krankheitsmodell geht davon aus, dass die wesentlichen Ursachen der Erkrankungen in der Person liegen und in der Folge zum „Symptom“ Drogenkonsum führen. Dies steht im Widerspruch zum Menschenbild der humanistischen Psychologie, das ganz wesentlich auch gesellschaftliche Bedingungen als krankheitsverursachend bzw. abhängigkeitsverursachend annimmt.

Therapeutische Gemeinschaften mit ihren Ordnungsprinzipien (s. Kapitel 2) wurden durch die Integration in das bestehende System der medizinischen Rehabilitation zu „Fachkliniken“. Damit wurden nunmehr die Standards der Behandlung definiert. Die personellen, konzeptuellen und räumlichen Voraussetzungen wurden durch die Leistungsträger festgelegt. Man kann davon ausgehen, dass sicher gerne die finanzielle Sicherheit, die die Integration in das System der medizinischen Rehabilitation gewährleistete, durch die Träger der früheren therapeutischen Gemeinschaften und jetzigen Fachkliniken angenommen wurde. Eine Vielzahl anderer Vorgaben und die Übernahme der Prinzipien des Systems der medizinischen Rehabilitation wurden jedoch häufig eher kritisch gesehen.

Die Widersprüche in der Philosophien der humanistischen Psychologie einerseits und ihrer Ausführungen in den klassischen therapeutischen Gemeinschaften und den Prinzipien der medizinischen Rehabilitation und des medizinischen Krankheitsmodells andererseits wirken bis heute. Das medizinische Modell legt nahe, die Behandlung durch die Entwicklung evidenzbasierter Behandlungsleitlinien zu optimieren. Gleichzeitig ist beispielsweise in der

KTL, *Klassifikation therapeutischer Leistungen*, (Deutsche Rentenversicherung 2007) eine breite Verfahrensvielfalt zugelassenen, die auch psychotherapeutische Methoden umfasst, die nicht evidenzbasiert sind und nicht zu den sogenannten Richtlinienverfahren zählen, aber damit die Realität in den Suchthilfeeinrichtungen abbilden. Auch die Ausbildung zum Sucht- und Sozialtherapeuten wird in einer Vielzahl von Verfahren außerhalb der anerkannten, in ihrer Wirksamkeit belegten Richtlinienverfahren ermöglicht (www.suchthilfe.de, 2007).

4.2.2 Evidenzbasierung und Leitlinien: Behandlung durch Wissenschaft

Evidenzbasierte Behandlung als Zukunftsvision

Die Forschung zur Etablierung von Leitlinien und zur Entwicklung von Manualen wird als Richtung weisend und Erfolg versprechend bezeichnet (vgl. Mann 2008). Kufner (2007) sieht dies ähnlich, weist aber auch auf Probleme hin. Er hält die Entwicklung von Leitlinien für einen ersten Schritt zur Evidenzbasierung der Suchttherapie und begrüßt dies. Gleichzeitig gibt es Einflussfaktoren (er benennt z. B. Risiko- und Schutzfaktoren wie ein „soziales Umfeld“), die sich aus einer Vielzahl von Gründen, bis hin zu ethischen Gründen, einer Erforschung im „Goldstandard“ der randomisierten Doppelblindstudie entziehen. Dennoch sieht er einen hohen Bedarf, diese Faktoren, gegebenenfalls in anderer Form, in die Forschung einzubeziehen: „Daraus ergibt sich die Forderung nach Meta-Analysen von Risiko- und Schutzfaktoren, die Forderung nach einer Kategorisierung hinsichtlich der Veränderbarkeit dieser Faktoren und die Diskussion einer Bewertung solcher Risiko- und Schutzfaktoren hinsichtlich der Kausalitätsnähe. Auch bezüglich der Erfolgskriterien einer Evaluationsstudie ergäbe sich eine Erweiterung von den Symptomen der Störung hin zu Risiko- und Schutzfaktoren. Das würde zwar eine Komplexitätserhöhung bedeuten, könnte aber eher Aussagen über Wirkfaktoren und längerfristige Prognosen ermöglichen“ (Kufner 2007, S. 57).

Einerseits wird angenommen, dass die Evidenzbasierung der kommende etablierte Überbau ist, in dessen Rahmen sich die Auseinandersetzung um Versorgung in Zukunft bewegen wird. Andererseits bestehen eine Reihe von noch nicht gelösten Problemen, wie z. B. den Mangel an fehlenden Studien, die wissenschaftlichen Ansprüchen genügen (vgl. Degkwitz 2008). Diese liegen fast nur im Bereich der pharmakologischen Therapien (z. B. Substitution) vor. Hinzu kommt eine fragliche Übertragbarkeit von Ergebnissen, die an ausgewählten Populationen oder in anderen Kulturen erzielt wurden und die mangelnde Implementierung und damit „Praxistestung“ von wissenschaftlichen Erkenntnissen in der Praxis (vgl. Degkwitz

2008). Für den gesamten Bereich der Opioidabhängigen besteht ein Mangel an evidenzbasierten Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie (vgl. *Vogel et al.* 2010).

Hier stellt sich die Frage, ob dies alles „Versäumnisse“ abbildet, oder nicht auch ein Ausdruck der gänzlich unterschiedlichen Abläufe und Wirkmechanismen in Studien und in der Praxis einer Fachklinik ist. Auch evidenzbasierte Forschung sollte nicht nur interessengeleitet (wie häufig in der Pharmaforschung) durchgeführt werden, sondern sich an den Fragen der Anwender orientieren (vgl. *Behrendt* 2008). Möglicherweise hat „gute Suchtarbeit“ (vgl. *Uchtenhagen* 2008) recht wenig mit dem Setting eines der üblichen Forschungsdesigns zu tun, sondern geht darüber hinaus. Insbesondere betont *Uchtenhagen* den Einfluss von situativen und individuellen Umweltfaktoren einerseits und hält andererseits fest, dass gerade unter diesen „situativen“ Einflüssen die Evidenzbasis nicht immer hilfreich oder anwendbar ist.

Eine Metaanalyse der Forschungsergebnisse aus dem angloamerikanischen Raum seit 1999 erbringt keine Belege für eine Verbesserung der Versorgungspraxis suchtkranker Menschen durch eine stärkere Modularisierung (als Folge evidenzbasierter Methoden) der Behandlung (vgl. *Lindenmeyer* 2008a). Insgesamt bilanziert *Lindenmeyer* nur geringe Fortschritte in der Behandlung Suchtkranker durch die in den letzten Jahren gesammelten Erkenntnisse: „Stagnation der Suchtbehandlung: Keine Fortschritte trotz evidenzbasierter Verfahren. Keine gesicherten Wirkvariablen. Keine gesicherten Indikationskriterien“ (*Lindenmeyer* 2011, Folie 5).

Diskurs um die Erstellung von Leitlinien

Handlungen und Entscheidungen sollten durch wissenschaftliche Ergebnisse belegt sein. Die Zusammenfassung dieser Ergebnisse in Leitlinien weisen eine Reihe von Vor- und Nachteile auf (vgl. *Petermann* 2008).

- Eine gelungene Leitlinie dient der Optimierung der klinischen Praxis, der Verbesserung der Kommunikation zwischen Forschung und Praxis und ökonomischerer Behandlung durch Vermeidung von wirkungslosen Therapien.
- Leitlinien sind auch eine Hilfe für den Patienten, da unnötige Maßnahmen vermieden werden. Der Patient erhält eine optimale Behandlung und kann sogar einen Rechtsanspruch auf Anwendung wissenschaftlich gesicherter Verfahren begründen.

- Leitlinien können eine Hilfe für den Therapeuten sein. So kann er in schwierigen Situationen Unterstützung bei Entscheidungen erfahren. Dadurch wird seine fachliche Kompetenz erhöht. Zudem gewinnt er eine rechtliche Sicherheit wenn er sich an Leitlinien orientiert hat.

- Aus Sicht der Kostenträger stellen Leitlinien ebenfalls eine Hilfe zur optimalen Nutzung der für die Rehabilitation zur Verfügung stehenden Mittel dar. Leitlinien können dabei als Kontrollinstrumente eingesetzt werden.

Es existieren typische Grundprobleme von Rehabilitations-Leitlinien.

- Nur einzelne Therapiemodule sind in ihrer Wirksamkeit empirisch belegt.
- Es gibt Übertragungsprobleme: empirisch abgesicherte Module sind häufig nicht in dem Setting einer Rehabilitationsklinik überprüft worden, sondern z. B. im Rahmen einer Institutsambulanz an einer Universität. Die stationäre Rehabilitation ist eine sehr komplexe Leistung, die nicht einem wissenschaftlichen Design entspricht.

- Die Entwicklung von Leitlinien ist problematisch, die Abgrenzung von Leitlinien zu Standards und Richtlinien ist unscharf.

- Es gibt einen großen Mangel an empirischer Evidenz. Dies führt dazu, dass Leitlinien oft fehlerhaft sind und sich Leitlinien verschiedener Fachgesellschaften zu einem Störungsbild widersprechen können.

- Die Leitlinienerstellung ist sehr aufwendig und teuer. Viele Leitlinien sind auf Grund ihrer langen Entstehungsgeschichte bei Veröffentlichung bereits veraltet und beinhalten nicht neuere, wesentliche Forschungserkenntnisse.

- In der Anwendung von Leitlinien entstehen Probleme durch Einschränkungen der therapeutischen Handlungsfreiheit, denn gerade Sonderfälle und Ausnahmen sind in Leitlinien nicht berücksichtigt. Insbesondere widerspricht eine Standardisierung und Ökonomisierung der Behandlung der notwendigen Individualisierung des Angebotes für eine optimale Rehabilitation.

Erste Erfahrungen mit bestehenden Leitlinien gibt es z. B. in der Rehabilitation bei koronaren Herzerkrankungen (vgl. *Lubenow* 2005). Hier zeigen sich für Kliniken, die sich eng an den Leitlinien orientieren, eher schlechtere Behandlungsergebnisse als für Kliniken, die stark von den Leitlinien in ihren Therapien abweichen. Dennoch wird seitens des Rentenversicherungsträgers eine stärkere Standardisierung der Fachkliniken und der Behandlungsinhalte und Abläufe gefordert und angestrebt. Die evidenzbasierten Leitlinien

wurden zwar als Qualitätsmanagementinstrument und nicht als ökonomisches Instrument entwickelt, die Behandlungsbudgets sind aber begrenzt und so wird von der Rentenversicherung davon ausgegangen, dass durch die Leitlinien Umschichtung zu den anerkannten Angeboten stattfinden werden. Die DRV-Bund fordert die Umsetzung von Leitlinien und wünscht sich eine geringere Heterogenität und wesentlich stärkere Standardisierung der Einrichtungen (vgl. *Korsukewitz* 2008). Dahinter steht die Überlegung, dass zum gleichen Indikationsbereich Rehabilitationseinrichtungen nicht unterschiedlich und dennoch ähnlich erfolgreich vorgehen können. Eine Haltung, die stark an die überwunden geglaubte „Königsweg“ Diskussion der Vergangenheit in Bezug auf Substitutionstherapie (s. u., Kapitel 4.4.1) oder auch den sogenannten Schulstreit in der Psychotherapie erinnert.

Die Reduktion der als unplausibel bezeichneten Varianz zwischen den Einrichtungen ist ein wesentliches Ziel der Reha-Qualitätssicherung der DRV (vgl. *Beckmann et al.*, 2009). Der Erfolg der Behandlungen ist belegt, ein Zusammenhang zwischen Erfolg einer Einrichtung und der mehr oder weniger engen Orientierung an den Reha-Therapiestandards (RTS) oder der Menge der erworbenen „Qualitätspunkte“ einer Einrichtung ist aber weiter nicht nachgewiesen, sondern wird nur postuliert oder vermutet (vgl. *Lindow et al.*, 2011).

Leitlinien für die Entwöhnung von Drogenabhängigen liegen noch nicht vor, in Bezug auf Alkoholranke existiert eine Pilotversion: Leitlinien für die medizinische Rehabilitation, Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit – Pilotversion (*Deutsche Rentenversicherung*, 2009).

Notwendige philosophische Erweiterung der „Evidenzbasierung“

Die tatsächliche Komplexität der Realität erschwert die empirische Validierung einleuchtender Modelle wie Becks kognitives Modell (vgl. *Beck* 1976) oder Marlatts sozial-kognitives Rückfallmodell (vgl. *Marlatt* 1985) und erbringt sogar abweichende Befunde (vgl. *Lindenmeyer* 2008b). Die nachfolgenden Modelle wiederum, die diese Befunde integrieren, erschweren mit ihrer Komplexität ihre Anwendung und die Ableitung verifizierbarer Hypothesen. Eine mögliche Haltung, um eine richtige, aber praktisch wertlose Erkenntnis wie ein „Alles-hängt-mit-allem-zusammen“ zu vermeiden könnte die Konzentration auf die wichtigsten und entscheidenden Einflussfaktoren sein unter bewusster Vernachlässigung von Interaktionen und weniger relevanten Faktoren.

Die Vernachlässigung von Wechselwirkungen ist jedoch kein gangbarer Weg, wenn diese gerade die psychologische Realität abbilden (vgl. *Tretter* 2009). Die Grenzen der linearen Test-Theorien der Korrelationsstatistiken sind zunehmend deutlich geworden. Die systematische Vernachlässigung z. B. der Konzepte von *Grawe* (2004) im Sinne einer integrativen psychologischen Theorie führt zu Modellen, die zu kurz greifen. „Die Zentrierung der psychologischen Therapie der Sucht auf Konzepte, die letztlich in Flussdiagrammen und Schaltkreisen dargestellt werden, wie auch auf modular strukturierte Therapieprogramme, mit der Fokussierung auf das Verhalten, führt zur Vernachlässigung des Patienten als subtil erlebendes Subjekt“ (*Tretter* 2009, S.57). *Tretter* zieht den Schluss: „Sicher scheint mir zu sein, dass es eine wichtige Investition ist, die suchtbefragten systemtheoretischen Perspektiven weiter auszubauen und parallel dazu die wissenschaftsphilosophische Reflektion zu pflegen“ (*Tretter* 2009, S. 58). In der Verhaltenstherapie werden ähnliche Positionen vertreten. Unbestritten ist, dass empirisch validierte, störungsspezifische Ansätze Fortschritte erbrachten. Für einen großen Teil psychischer Störungen liegen überprüfte, manualisierte Behandlungskonzepte vor. Problematisch sind dabei nicht berücksichtigte Wechselwirkungen (ein Angstpatient mit Borderline-Akzentuierung benötigt wahrscheinlich eine andere Behandlung, als ein Angstpatient mit einer anderen komorbiden Erkrankung). Die Berücksichtigung von Wechselwirkungen ist einerseits kaum im erforderlichen Maß praktisch leistbar, andererseits bei psychisch kranken Menschen sehr häufig. Hinzu kommt die Vernachlässigung unspezifischer Wirkfaktoren in der Behandlung bei störungsspezifischen Ansätzen. Die Grenzen der Behandlungsverbesserung durch die Erstellung weiterer manualisierter Behandlungskonzepte scheint erreicht (vgl. *Caspar* 2011).

Es ist ein Dilemma, dass einerseits der Behandlungsspielraum durch evidenzbasiertes Vorgehen eingeschränkt wird, andererseits aber individualisierte Behandlungsstrategien gefordert werden unter Einbezug der individuellen Lebensbedingungen. Alleiniges evidenzbasiertes Vorgehen greift zu kurz (vgl. *Günthner* 2008). Als ein Beispiel benennt *Günthner* die Schwierigkeiten, die bei der Umsetzung von Modellen entstehen, die nicht nur linear eine Methode verfolgen, wie beim CRA (Community Reinforcement Approach): Bei der Behandlung von Abhängigkeiten gibt es weder klare Zuständigkeiten (Krankenkasse, Rentenversicherung, Sozialhilfeträger, Pflegekassen, je nach individueller Fallgestaltung), noch sind wichtige Einflussfaktoren auf die Behandlung (Wohnung, Arbeit – hier ist die Arbeitsverwaltung „zuständig“ für die Vermittlung z. B. in fördernde Maßnahmen) in den

Therapiekonzepten und der Forschung konzeptuell verankert. „Ein Modell psychotherapeutischen Handelns unter Berücksichtigung verfügbarer Evidenz, gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, des Settings und der Biografien der Beteiligten benötigt in der Suchttherapie eine fundierte philosophische Basis, in gemeinsamer Verantwortung mit all denen, die sich gleichfalls um abhängigkeitskranke Menschen kümmern und diesen ihre Hilfe anbieten“ (Günthner 2008, S. 61). Dabei fordert er die achtsame und partnerschaftliche Verständigung der Beteiligten und den Einbezug der Rahmenbedingungen, also die Berücksichtigung der „Wechselwirkungen“, die nicht nur zufällig entstehen, sondern durch die Abstimmung der Beteiligten untereinander kontrolliert und systematisch beeinflusst werden sollten.

Einerseits sollte das therapeutische Vorgehen also wissenschaftlich begründet und möglichst gut erforscht und belegt sein. Andererseits entzieht sich ein komplexes suchttherapeutisches Handeln durch die Vielzahl der möglichen Wirkfaktoren und der Dynamik der Faktoren und durch die Bedeutung der individuellen Therapiebedingungen einer Erforschung, die den herkömmlichen Standards der randomisierten Doppelblindstudie folgt.

Die gängigen diagnostischen Kriterien, wie die Unterscheidung der Patienten nach ihrer „Hauptdroge“, z. B. zwischen cannabisabhängigen und opiatabhängigen Menschen, die in klassischen Forschungsdesigns klare Unterschiede ergibt, verwischen sich in der Alltagspraxis der Einrichtungen. In einer Evaluationsstudie unter Praxisbedingungen konnte beispielsweise gezeigt werden, dass zumindest in Bezug auf sogenannte Partydrogen und Cannabis die Substanzen keine unterschiedlichen Behandlungsangebote nahelegen: „Es ergeben sich zu beiden Messzeitpunkten keinerlei signifikante Gruppenunterschiede bei den substanzbezogenen und psychischen Merkmalen. Angst und interpersonale Probleme stellen die größten Belastungsfaktoren dar. Insgesamt ergeben sich für allgemeine psychische Faktoren höhere Belastungen als für substanzbezogene. Beide Gruppen profitieren in hohem Ausmaß von der stationären Behandlung“ (Dau et al. 2009, S. 339). Die Menschen in stationären Einrichtungen scheinen einer Vielzahl von Einflüssen zu unterliegen, wobei Faktoren, die in direktem Zusammenhang mit dem Suchtmittel stehen, auch von geringerer Bedeutung als z. B. interpersonelle Schwierigkeiten sein können.

Vor allem durch die vom Bundesministerium geförderten Suchtforschungsverbände hat seit Mitte der 90er Jahre die Suchtforschung stark an Qualität und Quantität zugenommen. Damit

verbunden ist die Hoffnung, dass sich in Zukunft Therapien und Prävention stärker an belastbaren Daten, die wissenschaftliche Suchtmodelle unterstützen, orientieren. Die Erwartung wird formuliert, dass sich die Wechselwirkung zwischen „genetischer Matrix“, individueller Lerngeschichte und Umwelteinflüssen besser klären lässt und hieraus individuellere Behandlungsansätze entstehen (vgl. Mann 2010). Gerade Wechselwirkungen werden aber in den klassischen Designs eher nicht erforscht.

Es besteht die Notwendigkeit, eine sinnvolle Synthese zwischen der Orientierung an empirischen Veröffentlichungen einerseits und einer notwendigen Orientierung an der Beziehung zwischen Patient und Behandler andererseits zu finden. Erfolgreiche Therapie ist mehr als die Addition von Maßnahmen. „Grundlage für jede gelingende Therapie ist eine Beziehung zwischen Patient und Therapeut, die dem Patienten die Kraft gibt, auch schwere Aufgaben zu wagen. Für eine Beziehung braucht man ganze Menschen, die sich begegnen. Beziehung ist insofern der Gegenpol zu fragmentierter Behandlung. Wir wollen versuchen, das Spannungsfeld zwischen empirisch belegten Techniken und persönlicher Beziehung auszuloten“ (Beutel 2011, S. 3).

Die Hoffnung, allein mit Forschung, die den herkömmlichen Standards der randomisierten Doppelblindstudie folgt, ausreichend Erkenntnisgewinn für eine allgemeingültige, fundierte Suchttherapie zu erzielen, hat sich bisher nicht erfüllt. Weiterführend könnte die Einbettung der vorhandenen Erkenntnisse in ein allgemeingültiges, konsensuales System oder Modell sein, das sowohl nicht erforschte, aber gleichwohl relevante Faktoren wie „das soziale Setting“ oder die „konkrete Umgebung“ des Patienten erfasst, und so die sinnvoll Anwendung evidenzbasierter Methoden erlaubt, als auch Wechselwirkungen zwischen Faktoren zu beschreiben versucht. Ein solches Modell könnte die ICF darstellen.

4.3 ICF

Die „internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ versucht, die Begrenzung zu überwinden, die sich aus dem Widerspruch ergibt, entweder individuelle Bedingungen der Erkrankung und der Behinderung anzunehmen, oder die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen als wesentlichen Faktor für die Entstehung einer Behinderung zu benennen. Das biopsychosoziale Modell der ICF wird nicht nur additiv verstanden, d.h. zu biologischen und medizinischen Problemen kommen soziale oder

psychische Schwierigkeiten hinzu, sondern es wird eine „komplexe Beziehung zwischen den Gesundheitsproblemen eines Menschen und seinen personenbezogenen Faktoren einerseits und den externen Faktoren, welche die Umstände repräsentieren, unter denen das Individuum lebt andererseits“ (ICF 2005, S. 20/ pdf S. 22) angenommen.

Die ICF, die 2001 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedet und zur Anwendung empfohlen wurde, definiert den Begriff der „funktionalen Gesundheit“ als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person, Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren. Sie geht damit über die ICD (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) hinaus. Die ICD ermöglicht die eindeutige Kommunikation über Krankheiten innerhalb und zwischen Professionen und Institutionen. Sie findet aber dort ihre Grenzen, wo nicht nur über die Krankheit, sondern über die mit ihnen einhergehenden funktionalen Probleme kommuniziert werden soll. Durch die zunehmende Lebenserwartung und Prävalenz chronischer Erkrankungen ergibt sich die Notwendigkeit, auch für funktionale Probleme eine einheitliche Sprache zu entwickeln, die von allen professionellen Gruppen im sozialen Sicherungssystem verstanden wird. Die ICF versucht, eine solche Sprache zur Verfügung zu stellen. Dies ist insoweit gelungen, dass das SGB IX wesentlich auf die Begrifflichkeit der ICF zurückgreift (vgl. *Schuntermann* 2003).

Dabei handelt es sich nicht um eine Erweiterung der ICD, sondern um einen Paradigmenwechsel. Eine Diagnose nach ICD ist für die medizinische Rehabilitation eine handlungsleitende Voraussetzung. Im Sinne der ICD ist eine Krankheit jedoch dem Individuum zugeordnet und Kontextfaktoren haben bestenfalls eine nachrangige Bedeutung. „Die bisher dominante lineare Symptom- und Defizitorientierte Perspektive von Krankheit, repräsentiert durch die ICD und die sich hieraus entwickelnden Therapien als Ausdruck einer zum Teil jahrhundertealten Tradition von Diagnose und Therapie, werden durch die ICF zugunsten einer ganzheitlich biopsychosozialen Beachtung des Menschen in seinem gesamten Kontext verändert. Krankheiten [...] stehen nicht mehr als isolierter, dysfunktionaler Teil des Menschen im Vordergrund von Diagnose und Therapie, sondern werden vielmehr als Teil des Lebens, des Menschen und seines Kontextes verstanden“ (*Stachowske* 2008, S.60). D. h., ob und wie intensiv eine Behandlung durchgeführt wird, hängt überwiegend von der Interaktion von Krankheit und Kontextfaktoren ab.

In der ICF selbst ist hierzu aufgeführt: „Das medizinische Modell betrachtet ‚Behinderung‘ als ein Problem einer Person, welches unmittelbar von einer Krankheit [...] verursacht wird [...]. Das Management von Behinderung zielt auf Heilung, Anpassung oder Verhaltensänderung des Menschen ab. [...] Das soziale Modell von Behinderung hingegen betrachtet Behinderung hauptsächlich als ein gesellschaftlich verursachtes Problem und im Wesentlichen als eine Frage der vollen Integration Betroffener in die Gesellschaft, hierbei ist ‚Behinderung‘ kein Merkmal einer Person, sondern ein komplexes Geflecht von Bedingungen, von denen viele vom gesellschaftlichen Umfeld geschaffen werden. Daher erfordert die Handhabung dieses Problems soziales Handeln und es gehört zu der gemeinschaftlichen Verantwortung der Gesellschaft in ihrer Gesamtheit, die Umwelt so zu gestalten, wie es für eine volle Partizipation (Teilhabe) der Patienten mit Behinderung in allen Bereichen des sozialen Lebens erforderlich ist“ (ICF 2005, pdf S. 24f). Damit ist ein hoher Anspruch formuliert.

4.3.1 Beschreibung der ICF

Die ICF-Endfassung mit Stand Oktober 2005 lässt sich als pdf-Datei von der Internetseite des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (www.dimdi.de) herunterladen. Die ICF ist die Nachfolgerin der ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) von 1980. Das biopsychosoziale Modell, das bereits mit der ICIDH eingeführt worden ist, wurde mit der ICF erheblich erweitert. Während die ICIDH im Wesentlichen ein Krankheitsfolgemodell vertrat, ist in der ICF das biopsychosoziale Modell der Komponenten von Gesundheit die Grundlage. Dabei gilt das übergreifende Konzept der funktionalen Gesundheit, das im Folgenden näher erläutert wird. Wesentlich ist die Abwendung der ICF von der überwiegenden Defizitorientierung des ICIDH hin zu einer ausgewogenen Ressourcen- und Defizitorientierung. Soziale Beeinträchtigungen werden nicht, wie im ICIDH, als Attribut einer Person, sondern als Wechselwirkung zwischen den gesundheitlichen Problemen einer Person und ihren Umweltfaktoren gesehen. Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren bleiben im ICIDH unberücksichtigt, bzw. werden höchstens implizit berücksichtigt. In der ICF dagegen sind Umweltfaktoren integraler Bestandteil des Konzeptes und werden klassifiziert; personenbezogene Faktoren werden explizit erwähnt, auch wenn sie nicht klassifiziert werden.

In der ICF geht es wesentlich um die funktionale Gesundheit und ihre Beeinträchtigung. Eine Person ist nach der ICF als funktional gesund anzusehen, wenn ihre körperlichen Funktionen einer allgemein anerkannten Norm entsprechen, wenn sie alles tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme erwartet wird und sie zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat und sich in diesen Lebensbereichen entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen und Aktivitäten erwartet wird. Dabei wird Bezug genommen auf eine Definition von „Normalität“, die sich entweder auf statistische Daten stützt, zum Beispiel bezüglich der Körperfunktionen, oder auf die relevanten Bezugsgruppen, d.h. die Teilhabe an den relevanten Lebensbereichen kann je nach Kultur durchaus unterschiedlich verstanden werden (vgl. *Schuntermann*, 2009).

Die funktionale Gesundheit hängt also nicht allein von individuellen Faktoren ab, sondern ebenso von den Gegebenheiten des gesamten Lebenshintergrunds einer Person. Diese werden in der ICF Kontextfaktoren genannt. Kontextfaktoren bestehen dabei aus Umweltfaktoren und aus personenbezogenen Faktoren. Die Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab und werden in der ICF klassifiziert. Die einzelnen Kapitel heißen: „Produkte und Technologien“ (z. B. Hilfsmittel und Medikamente), „Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt“, „Unterstützung und Beziehungen“ (z. B. Familie und Sozialsystem), „Einstellungen und Werte anderer Personen und der Gesellschaft“ sowie „Dienste, Systeme und Handlungsprozesse“ (z. B. Rechtsvorschriften).

Die personenbezogenen Faktoren sind der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person (ihre Eigenschaften und Attribute). Sie sind in der ICF nicht klassifiziert auf Grund hoher soziokultureller Verschiedenheiten und wegen „ethischer Probleme“ (*Schuntermann* 2009, S. 24). Personenbezogene Faktoren sind beispielsweise Geschlecht, Alter, Bildung, sozialer Hintergrund, Charakter, Lebensstil, persönliche Erfahrungen und Motivationen etc.

Bei den Kontextfaktoren werden Förderfaktoren und Barrieren unterschieden. Durch den Begriff der Förderfaktoren werden Ressourcen betont, die die Person unter Umständen nutzen kann, um Barrieren zu überwinden und Defizite auszugleichen. Diese Kenntnisse von Förderfaktoren, Barrieren, Umwelt des Patienten und umfassende Kenntnisse über die verschiedenen Gesundheitsprobleme des Patienten haben nach Günthner früher die Qualitäten

des guten Hausarztes beschrieben: „Der alte Hausarzt ist ICF pur, der kannte den Patienten **und** die Umgebung“ (Günthner 2010 S. 59).

Die Zusammenhänge können folgendermaßen grafisch dargestellt werden (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2006, S. 9):



Schuntermann (2009, S. 30) fasst zusammen: „Damit kann der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person betrachtet werden als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und ihren Kontextfaktoren auf ihre Körperfunktionen und -strukturen, ihre Aktivitäten und ihre Teilhabe an Lebensbereichen. Dies ist Sichtweise der ICF. [...] Nach diesem komplexen Interdependenzmodell variiert der Zustand der funktionalen Gesundheit mit dem Gesundheitsproblem (ICD) und den Kontextfaktoren, so dass eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit neue Gesundheitsprobleme oder funktionale Probleme nach sich ziehen kann.“

4.3.2 Anwendungen der ICF

Bei der Anwendung der ICF sind zwei Möglichkeiten zu unterscheiden vgl. (Schuntermann, 2009):

- Die Kodierung von festgestellten Sachverhalten nach ICF.

- Die Anwendung des biopsychosozialen Modells und der Begrifflichkeiten der ICF

Die Kodierung von festgestellten Sachverhalten nach ICF ist bis heute die Ausnahme in der Anwendung. Hier gibt es im Wesentlichen einige Modellprojekte, aber kaum praktische Ausführungen.

Der Schwerpunkt der Anwendung der ICF liegt demnach auf einer Anwendung des biopsychosozialen Modells und der Begrifflichkeiten der ICF. Dabei soll rehabilitatives Denken systematisiert werden und damit insbesondere neue Perspektiven für rehabilitierendes Handeln durch die Einbeziehung von Kontextfaktoren eröffnet werden. Die verschiedenen Konzepte der ICF können in der medizinischen Rehabilitation praktisch umgesetzt werden. So wird der Ansatz der Menschenrechte und das Teilhabe-Konzept im Umgang des Rehabilitationsteams mit dem Rehabilitanden umgesetzt, indem die Selbstbestimmung des Rehabilitanden beachtet wird (vgl. *Schuntermann* 2009; *Schuntermann* 2011).

Der Ansatz der subjektiven Erfahrungen des Teilhabe-Konzeptes wird aus Sicht des Rehabilitanden durch die Bestimmung und die Präferenz-Struktur der Reha-Ziele umgesetzt. Das Konzept der Körperfunktionen und -strukturen wird durch Verhütung von Verschlimmerung der Funktionsstörungen und der Wiederherstellung oder Verbesserung beeinträchtigter Körperfunktionen berücksichtigt, aber auch durch Stärkung nicht beeinträchtigter Körperfunktionen. Das Konzept der Aktivität findet seine Berücksichtigung in der Wiederherstellung oder Verbesserung der Leistungsfähigkeit in Lebensbereichen abhängig von den Reha-Zielen und in der Verhütung einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeiten. Das Konzept der Kontextfaktoren, also Umwelt- und Personenbezogene Faktoren, findet seine Berücksichtigung durch den Abbau von Barrieren, die die Leistung bzw. Teilhabe erschweren und durch den Aufbau von Förderfaktoren, die die Teilhabe verbessern.

Die wichtigste Anwendung ergibt sich aus dem Hauptziel der ICF, das sich nach *Schuntermann* (2009, S.81) folgendermaßen beschreiben lässt: „Das wichtigste Ziel der ICF ist, eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung der funktionalen Gesundheit zur Verfügung zu stellen, um die Kommunikation zwischen Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen, insbesondere in der Rehabilitation sowie den Menschen mit beeinträchtigter Funktionsfähigkeit zu verbessern.“ *Schuntermann* (2009, S.82) führt weiter aus: „Bereits jetzt ist festzustellen, dass das biopsychosoziale Modell der funktionalen Gesundheit und die

Begrifflichkeiten der ICF auf hohe Akzeptanz stoßen. Die Kodierung nach ICF wird jedoch derzeit noch als problematisch angesehen“. Entsprechend wird die Core Set der ICF mit 1424 Kategorien für die routinemäßige Anwendung nicht verwendet.

Einarbeitung der ICF in Leitlinien

Bisher hat die ICF vor allen Dingen als konzeptionelles Bezugsbezugssystem in Arbeitsmaterialien Eingang gefunden, wie sie die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation veröffentlicht. In den RPK-Empfehlungsvereinbarungen vom 29.09.2005 (*Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2006a*) ist der gesamten ICF eine Seite gewidmet, in der der Begriff der funktionalen Gesundheit erläutert wird. Eine nähere Umsetzung, zum Beispiel durch Prozessvorgaben in Form von Kommunikationsrichtlinien, erfolgt nicht. Dies geschieht ansatzweise im ICF-Praxisleitfaden (*Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006b*). Dabei wird festgehalten, dass die ICF eine gemeinsame Denk- und Handlungsgrundlage für alle darstellt, die an der Behandlung, Therapie und Versorgung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen beteiligt sind. Die ICF wird als eine Philosophie zum besseren Verständnis von Behinderung und Gesundheit auf der Grundlage biopsychosozialer Wechselwirkungen verstanden. Außerdem wird die ICF als eine Klassifikation zur Kodierung der Komponenten der funktionalen Gesundheit dargestellt. Dabei wird jedoch festgehalten: „Die Kodierung wird in absehbarer Zeit nur in speziellen Zusammenhängen verwendet werden können.“ (*Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2006b, S. 7*).

Zu demselben Ergebnis kommt auch der gegenwärtig aktuellste Praxisleitfaden (*Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2010, S.10*): „Bis auf weiteres wird sich die Nutzung der ICF auf die Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells unter Verwendung der Begrifflichkeiten der ICF beschränken.“ Ähnlich bilanziert *Schuntermann* in einem Artikel, der die Bedeutung der ICF für das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem zusammenfasst: „Der Schwerpunkt der Anwendung der ICF liegt derzeit auf der Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells und der Begrifflichkeiten der ICF. Die Philosophie der ICF systematisiert rehabilitatives Denken und eröffnet insbesondere durch die Einbeziehung von Kontextfaktoren im Sinne von Barrieren und Förderfaktoren erweiterte Perspektiven für rehabilitatives Handeln“ (*Schuntermann 2011, S. 12*).

In den „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen“ für den beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund wird kein Bezug auf die ICF genommen, hier ist der Bezug auf die ICD-10 mit Verweisen auf die Diagnostik nach DSM IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - (*Deutsche Rentenversicherung*, 2010) wesentlich. In den „Leitlinien für die medizinische Rehabilitation, Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit – Pilotversion“, wird ebenfalls lediglich Bezug auf die ICD-10 und nicht auf die ICF genommen (*Deutsche Rentenversicherung*, 2009).

Dies ist darauf zurück zu führen, dass die Idee der ICF, d. h. das Erfassen von Wechselwirkungen und daraus abgeleiteten individuellen, sowohl personenzentrierten als auch umweltbezogenen Handlungsweisen, nur sehr schwer in die Logik der Leitlinien und Richtlinien zu integrieren ist. Leitlinien gehen gerade von der These aus, dass es eine „beste“ Behandlung für eine Erkrankung gibt, die sich aus einer Vielzahl von Studien durch Metaanalysen herausfiltern lässt. Das dahinterstehende Störungs- und Menschenbild orientiert sich eben nicht an der ICF, sondern an der ICD-10, die Behinderung im Wesentlichen als im Individuum angelegt sieht und entsprechendem den Schwerpunkt der therapeutischen Maßnahmen setzt.

Bei einer Leitlinienerstellung wird weder auf die Wechselwirkung des Individuums mit seiner Umwelt Bezug genommen, noch werden die Wechselwirkungen verschiedener möglicher Interventionen berücksichtigt. Bei den Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit (*Deutsche Rentenversicherung*, 2009) werden insgesamt 14 evidenzbasierte Therapie-Module benannt. Inwieweit die evidenzbasierten Therapie-Module in Wechselwirkung treten, wird nicht thematisiert³⁵. Die evidenzbasierten Therapie-Module werden anhand ihrer therapeutischen Inhalte, der formalen Ausgestaltung und der KTL-Leistungseinheiten beschrieben. Darüber hinaus wird ein Mindestanteil der entsprechend zu behandelnden Rehabilitanden festgelegt. Zum Beispiel werden für das evidenzbasierte Therapie-Modul 5a, „arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose“, insgesamt 20 KTL-Leistungseinheiten beschrieben, die mindestens 16 Stunden pro Woche durchgeführt werden sollen und die mindestens 90 % der zu behandelnden Rehabilitanden bekommen sollen. Eine denkbare Zuordnung oder eine Ableitung von Strategien, wie KTL-Leistungen gemäß einer

³⁵ Denkbar ist z. B., dass das Modul „Psychotherapie“ die Effekte des Moduls „Ergotherapie“ positiv oder negativ beeinflusst. Auch für Sporttherapie und Psychotherapie sind Wechselwirkungen nachgewiesen und bei medikamentösen Behandlungen sind sie häufig ein Grund für Kontraindikationen.

Beschreibung der funktionalen Gesundheit des Patienten zugeordnet werden sollen, wird aber nicht erörtert.

So bleibt es den Einrichtungen überlassen, in ihren Konzepten auf die ICF Bezug zu nehmen und Strategien zu entwickeln, die unterschiedlichen Berufsgruppen des Teams mit ihren jeweiligen Beobachtungen und Erhebungen zusammenführen und gemeinsam mit dem Rehabilitanden Therapieziele zu formulieren und einen Therapieplan aufzustellen.

Die ICF als Klassifikation und ihre Anwendung im Bereich der Rehabilitation Abhängigkeitskranker

„Die ICF hat sich fortentwickelt von einer Klassifikation der ‚Krankheitsfolgen‘ (ICIDH von 1980) hin zu einer Klassifikation der ‚Komponenten der Gesundheit‘. ‚Komponenten der Gesundheit‘ bezeichnen Bestandteile der Gesundheit, während ‚Folgen‘ den Blick auf die Auswirkungen von Krankheiten oder anderen Gesundheitsproblemen lenken...“ (ICF 2005, S.10)

Die genannten Komponenten teilen sich auf in: Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivität und Teilhabe, Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren. Bis auf die personenbezogenen Faktoren werden alle Komponenten unabhängig voneinander klassifiziert. Kategorien bilden die Einheiten der Klassifikation. Insgesamt gibt es 1424 Kategorien.

Im dritten Leitfaden der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur Implementierung der ICF wird festgehalten: „Bis auf Weiteres wird sich die Nutzung der ICF auf die Anwendung des bio-psycho-sozialen Modells unter Verwendung der Begrifflichkeiten der ICF beschränken. Nach ICF kodiert wird nach wie vor nur in Forschungsprojekten. Auch mittelfristig wird wegen der z. B. noch nicht praktikablen Schweregradeinteilung die Kodierung nicht sinnvoll realisierbar sein“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2010, S.10).

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information liefert eine Auflistung der im deutschsprachigen Raum laufenden und abgeschlossenen Forschungsprojekte zu ICF Core Sets, Forschungsvorhaben, Weiterentwicklungen und Validierungen (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/icf-projekte.html>; 2010). Nur in

wenigen Bereichen liegen abgeschlossene Arbeiten vor, da die Entwicklung der ICF Core Sets aufwendig ist.

Für den Bereich „Abhängigkeitserkrankungen“ ist eine Arbeitsgruppe benannt. Die „durch den Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) und den Fachverband Sucht (FVS) getragene AG hat das Ziel, ein Core Set „Abhängigkeitserkrankungen“ zu entwickeln. Zu diesem Zweck wurde eine Pilotstudie mit 20 Experten durchgeführt, deren Ergebnis spätestens im 1. Quartal 2011 veröffentlicht werden soll. Danach soll entsprechend dem Delphi-Konsensusverfahren der Kreis der Experten erweitert werden, um ein mehrheitlich akzeptiertes Core Set schließlich verabschieden zu können. (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/icf-projekte.html>; 2010). Erste Ergebnisse dieses Versuchs präsentierte Amann (2009) auf der Siebten Anwenderkonferenz der Deutschen Rentenversicherung, deutliche relevante Unterscheidungen zwischen Items konnten aber noch nicht hergestellt werden. Erste Ergebnisse liegen in Bezug auf Anwendungsmöglichkeiten vor, dabei ist inzwischen die Identifikation relevanter Items fortgeschritten (vgl. Amann u. Breuer 2011). Auch erste Erhebungsinstrumente, im wesentlichen Fragebogen, liegen vor und weitere Entwicklungsmöglichkeiten werden positiv eingeschätzt: „die Ergebnisse zeigen, dass ein Core Set Sucht gut machbar ist“ (Amann et al., 2011 S. 28).

In Fachkliniken, in denen schon weitergehend mit der ICF gearbeitet wird, z. B. im Rehabilitationszentrum Häuser am Latterbach, Medizinische Rehabilitation in Peiting – Herzogsägmühle, sind hausinterne Anpassungen erfolgt. Vor allem wird die Möglichkeit geschätzt, eine interdisziplinäre Sprache zu finden und in der Behandlung „Problemcluster“ zu definieren. Eine für den Suchtbereich geltende Auswahl trifft die Fachklinik Nordfriesland in ihrem Konzept (*Fachklinik Nordfriesland* 2008, S.30f.):

„1. Körperfunktionen (bxxx.x)

b110 Funktionen des Bewusstseins

b114 Funktionen der Orientierung

b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit

b130 Ausmaß der psychischen Energie/des Antriebs

b1303 Drang nach Suchtmitteln

b1304 Impulskontrolle

b140 Funktionen der Aufmerksamkeit

b144 Funktionen des Gedächtnisses
b147 Psychomotorische Funktionen
b152 Emotionale Funktionen
b160 Funktionen des Denkens
b164 Höhere kognitive Funktionen
b240 Mit den Hör- und vestibulären Funktionen verbundene Empfindungen
b2401 Schwindelgefühl
b410- b429 Funktionen des kardiovaskulären Systems
b435 Funktionen des Immunsystems
b440 Funktionen des Atmungssystems
b515 Verdauungsfunktion (Aufschlüsselung, Absorption, Nährstoffe)
b540- b545 Allgemeine und spezifische Stoffwechselfunktionen
b555 Funktionen der endokrinen Drüsen
b640 Sexuelle Funktionen
b660 Fortpflanzungsfunktionen
b730 Funktionen der Muskelkraft
b735 Funktionen des Muskeltonus
b780 Mit den Funktionen von Muskeln und der Bewegung in Zusammenhang stehende Empfindungen

2. Körperstrukturen (sxxx.x)

s100 Struktur des Gehirns
s140 Struktur des sympathischen Nervensystems
s150 Struktur des parasympathischen Nervensystems
s560 Struktur der Leber

3. Aktivität und Partizipation (Teilhabe) (dxxx.x)

d163 Denken
d175 Probleme lösen
d177 Entscheidungen treffen
d220 Mehrfachaufgaben übernehmen
d230 Die tägliche Routine durchführen
d240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen
d310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen
d315 Kommunizieren als Empfänger non-verbaler Mitteilungen
d330 Kommunizieren als Sender: Sprechen

d335 Kommunizieren als Sender: Non-verbale Mitteilungen produzieren
d350 Konversation
d355 Diskussion
d475 Ein Fahrzeug fahren
d510- d560 Selbstversorgung
d570 Auf seine Gesundheit achten
d5702 Seine Gesundheit erhalten
d520 Seine Körperteile pflegen
d610 Wohnraum beschaffen
d620 Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen
d640 Hausarbeiten erledigen
d710 Elementare interpersonelle Aktivitäten
d720 Komplexe interpersonelle Interaktionen
d760 Familienbeziehungen
d770 Intime Beziehungen
d840 Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit
d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden
d860- d870 Elementare und komplexe wirtschaftliche Transaktionen und wirtschaftliche
Eigenständigkeit
d910 Gemeinschaftsleben
d920 Erholung und Freizeit

4. Umweltfaktoren (exxx.x)

4.1 Produkte und Technologien

e110 Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch
e1100 Lebensmittel (Alkohol)
e1101 Medikamente
e125 Produkte und Technologien zur Kommunikation (z.B. Internet, Spielsucht)
e135 Produkte und Technologien für die Erwerbstätigkeit

4.2 Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt

4.3 Unterstützung und Beziehungen

e310 Engster Familienkreis
e315 Erweiterter Familienkreis
e320 Freunde
e325 Bekannte, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und andere Gemeindemitglieder
e330 Autoritätspersonen
e340 Persönliche Hilfs- und Pflegepersonen

e355 Fachleute der Gesundheitsberufe

4.4 Einstellungen

e410 Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises

e415 Individuelle Einstellungen der Mitglieder des erweiterten Familienkreises

e420 Individuelle Einstellungen von Freunden

e425 Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen (Peers), Kollegen, Nachbarn und anderen

Gemeindemitgliedern

e430 Individuelle Einstellungen von Autoritätspersonen

e450 Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe

e460 Gesellschaftliche Einstellungen

e580 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens“

Im Konzept wird nicht weiter auf einen Einbezug dieser Auswahl in Diagnostik, Behandlungsplanung oder Evaluation hingewiesen.

Für die Arbeit mit Abhängigkeitserkrankungen sind erst wenige Umsetzungen dokumentiert, die über eine Übernahme der Begrifflichkeit und den Bezug aus das bio-psycho-soziale Modell hinausgehen. In einer Untersuchung in einer Fachklinik zur Alkoholentwöhnung wurde festgestellt, dass die ICF für die Behandlungsplanung in der Praxis brauchbar ist (vgl. *Klein et al.* 2011). Patienten mit geringerer funktionaler Gesundheit und Prädiktoren hierfür konnten identifiziert werden, sodass im Behandlungsverlauf konkrete Maßnahmen zur Steigerung der funktionalen Gesundheit geplant werden konnte.

Die Anwendung der ICF zur Therapieplanung durch Identifikation der relevanten Items und Einbezug in eine Behandlungsplanung ist insgesamt noch nicht sehr weit fortgeschritten. Ein einheitliches Core Set existiert noch nicht. Der Bezug auf die Begrifflichkeit der ICF in den Rehabilitationskonzepten und Materialien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation existiert, für die Erstellung von Leitlinien scheint er aber ohne Relevanz zu sein, so dass offen ist, inwieweit eine Orientierung an der ICF und daraus abgeleiteten Core Sets mit einer leitliniengerechten Behandlung in Einklang steht.

ICF Messinstrumente

Bisher wird die ICF kaum zur Routinediagnostik in der Suchthilfe in Deutschland eingesetzt. In den Niederlanden gibt es eine umfangreiche Implementierung im Rahmen der Diagnostik

im Suchtbereich (vgl. *Schippers et al.* 2009). Dort wurde das „Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation - ICF-Core-Set and Needs for Care“ (MATE-ICN) entwickelt. Ziel des Verfahrens ist die Zuordnung der Patienten zu verschiedenen intensiven Behandlungsmöglichkeiten. Bei der Erstellung des MATE wurden, ähnlich wie gegenwärtig in Deutschland (vgl. *Amann et al.*, 2011) von einem Expertengremium diejenigen ICF-Kategorien ausgewählt, die für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen relevant erschienen. Die deutsche Version des MATE wurde im Rahmen einer Pilotstudie in verschiedenen Suchteinrichtung erprobt (vgl. *Buchholz et al.*, 2009; *Küfner et al.*, 2009). Insgesamt erscheint das Instrument sinnvoll, um „Informationen über spezifische Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit zur individuellen Behandlungsplanung“ (*Buchholz et al.* 2011, S. 18) zu nutzen. Buchholz et al. bewerten insgesamt die Entwicklung und Implementierung des MATE als ein positives Beispiel zur Umsetzung der ICF in der Suchthilfe: „Neben einer ausführlichen und standardisierten Routinediagnostik in Bezug auf die funktionale Gesundheit und aktuellen Hilfebedarf gelingt es dadurch auch, die Hauptziele der ICF und zwar:

- die Bereitstellung einer disziplinübergreifenden Sprache,
 - eine bessere Verständigung zwischen Betroffenen, Professionen und Institutionen sowie
 - eine verbesserte Möglichkeit zu Datenvergleichen
- umzusetzen“ (*ebd.*, S.19).

Die ICF für den Alltag handhabbarer zu machen ist auch ein Anliegen der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Berlin (vgl. Baron 2010). Hier wurde das „Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP)“ entwickelt, um Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen zu klassifizieren und das in der ICF beschriebene theoretische Konzept in ein praktikables Vorgehen umzusetzen. Dabei werden alle verfügbaren Informationen genutzt und durch Fachpersonal eingeschätzt. Die Ergebnisse dienen sowohl der Therapieplanung und Zielfindung als auch der Zustandsdiagnostik, Prognoseeinschätzung, sozialmedizinischen Beurteilung und Messung des Therapieerfolgs. Damit liegt ein handhabbares Instrumente zur Erfassung und Messung von Teilhabe und Aktivitätseinschränkungen und -veränderungen.

4.4 Integration von Substitutionsbehandlungen in das System der Rehabilitation

Durch die gleichzeitige Orientierung an einem aus der humanistischen Psychologie abgeleiteten Menschenbild und einem Menschbild, das sich eher an einem medizinischen Krankheitsbegriff anlehnt, wird ein Spannungsfeld aufgebaut, das sich besonders in der Diskussion um die Aufnahme substituierter drogenabhängiger Patienten in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation abbildet. Eine Substitutionsbehandlung berührt eine Reihe von Grundsätzen, die mit dem komplexen System der Rehabilitation verbundenen sind.

Vor allem zwei Grundsätze der Substitutionstherapie sind mit Grundsätzen der medizinischen Rehabilitation vereinbar: Das pragmatische Ziel der „Harm Reduction“, dass durch eine Substitutionstherapie verfolgt wird, ist gut mit sozialarbeiterischen, arbeitstherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen in der Rehabilitation kompatibel, die vor allen Dingen in dem systematischen Anstreben und Erreichen von Teilzielen zur besseren Integration bestehen. Die Substitutionstherapie entspricht außerdem dem grundlegenden medizinischen Krankheitsmodell und dem seit Paracelsus vorhandenen Standard, eine Erkrankung durch eine pharmazeutische Intervention zu heilen oder zu lindern.

Die Rolle des Substituts als Medikament oder als Droge ist aber gerade, je nach Standpunkt, weiter umstritten. Die Unterscheidung von Substitut und Droge ist für manche lediglich eine zwischen den Systemen „legale Welt“ und „illegale Welt“, jedoch nicht unbedingt eine, die der Substanz selbst zuzuschreiben ist. „Eigentlich ist es schon absurd, dass es sich eingebürgert hat, Polamidon als bessere Droge zu akzeptieren. Die klinische Erfahrung der Nachkriegsjahre sprach zumindest in Europa dafür, dass es sich bei diesem Stoff durchaus um eine Substanz mit Drogenmissbrauchspotential handelt. Nirgendwo finden wir Hinweise darauf, dass Polamidon, wäre es illegalisiert, nicht zu vergleichbaren Sekundäreffekten führen würde, wie heute das Heroin; ebenso finden sich nirgendwo Hinweise darauf, dass Heroin als legale Substanz andere Sekundäreffekte zeitigen würde als heute das Polamidon.“ (*Springer* 1993, S.125). In Untersuchungen wurden keine Unterschiede in der psychischen Befindlichkeit der Patienten bei unterschiedlichen Substituten festgestellt (vgl. *Verthein et al.* 2007). Konsequenterweise wird auch die Nutzung des Heroins selbst in Form von Diamorphin zur Substitution gefordert (vgl. z. B. *Haasen, 2007, Haasen et al. 2007*).

Gerade der unklare und von der Bewertung der Funktionalität abhängige Status des Substituts als Medikament oder Droge erschwert die Integration von Substitutionstherapie in die Rehabilitation. Die Einnahme von „Drogen“ widerspricht dem nach wie vor zentralen „Abstinenzparadigma“ (vgl. *Körkel* 2011a, 2011b) der Fachkliniken, dass auch für die Leistungsträger weiter Gültigkeit hat und sich in der vorgeschriebenen Abdosierung während der Rehabilitation niederschlägt.

Darüber hinaus ist die Substitutionsbehandlung schwer mit dem Gedanken einer Emanzipierung des Patienten von Konsumstrukturen und gesellschaftlichen und individuellen Abhängigkeiten³⁶ im Sinne der humanistischen Psychologie zu vereinbaren. Wenn man Drogenabhängige als hochtraumatisierte³⁷ Menschen versteht (vgl. *Petzold* 1989), ist eine Substitution allenfalls als kurzfristige Unterstützung zur Aufnahme einer „wirklichen“ Therapie akzeptabel. „Solch komplex gestörte Lebensentwürfe sind, so denke ich, nicht durch Pharmazie zu heilen – allenfalls damit ruhig zu stellen. Auch eine ergänzende psychosoziale Begleitung³⁸ löste diesen Widerspruch nicht auf“ (*Stachowske* 2005, S.58)

Die Frage bleibt, inwieweit die „Widersprüchlichkeit“ notwendigerweise aufgelöst werden muss, um eine erfolgreiche Rehabilitationsbehandlung durchzuführen. Tatsächlich gibt es eine Vielzahl von Einrichtungen, die einerseits ihre Traditionen und Erfahrungen als „therapeutische Gemeinschaft“ bewahrt und weiterentwickelt haben und gleichzeitig erfolgreich medizinische Rehabilitation betreiben unter Berücksichtigung aller Vorgaben und Standards der Leistungsträger und vor dem Hintergrund eines wissenschaftlich begründeten Therapiekonzeptes. Dabei werden verschiedene, über die Richtlinienverfahren hinausgehende psychotherapeutische Methoden (s. Klassifikation der Therapeutischen Leistungen, KTL, der *Deutschen Rentenversicherung*, 2007), sozialarbeiterische Interventionen, Arbeitstherapie, Sporttherapie, Soziotherapie etc. eingesetzt und gleichzeitig die Gesamtbehandlung fachärztlich geleitet und entsprechend ärztlich-medizinischer Standards dokumentiert.

³⁶ Mit Ausnahme des Zwangs der Drogenbeschaffung, der aber durch den Zwang des Arztbesuchs und Einhaltung der damit verbundenen Anforderungen verbunden ist.

³⁷ Tatsächlich sind 70 % der Drogenabhängigen traumatisiert oder weisen eine PTBS auf (vgl. *Driessen et al.* 2008). Inwieweit die Behandlung der Traumatisierung allerdings durch eine Substitutionsbehandlung erschwert wird, ist strittig. Es werden durchaus auch günstige Behandlungsverläufe berichtet (vgl. *Stubenvoll* 2011 in bisher wenigen Fällen mit substituierten Patientinnen im speziellen Behandlungsprogramm nach *Najavitz*, 2009). Umfangreiche und positive Erfahrungen in der Behandlung von traumatisierten, substituierten Patienten wurden in einer hierauf spezialisierten Klinik gemacht (vgl. *Lüdecke* 2011).

³⁸ Vgl. auch *Heinz* (2011) zur psychosozialen Begleitung, der diese nicht als „Suchttherapie“ anerkennt, vor allem auf Grund ungeeigneter Rahmenbedingungen und mangelnder Qualifikation der Betreuer. Die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Substitutionspatienten ist hingegen belegt (vgl. *Specka u. Scherbaum* 2011).

Denkbar erscheint, dass eine gewisse Widersprüchlichkeit und damit aber auch facettenreiche und breit angelegte Behandlung erfolgreicher sein könnte als ein standardisiertes, einheitliches, sich stark an Leitlinien orientierendes Vorgehen. Möglich ist, dass dies mit der „Widersprüchlichkeit“ der Patienten zusammenhängt. Diese werden durch die Eingangsdiagnose nach ICD-10 nicht ausreichend beschrieben. Die sich hieraus ableitenden Behandlungsstrategien bleiben grob, da Kontextfaktoren, also umweltbezogene und personenbezogene Faktoren, nicht berücksichtigt werden.

Die ICF ermöglicht die Überwindung der Begrenzungen, die sich aus alten Widersprüchen durch einseitige Orientierung an dem medizinischen oder humanistischen Bild von Abhängigkeit ergeben und ermöglicht eine individuelle, rationale Therapieplanung, die sowohl die Abstinenz als auch die zeitweise oder dauerhafte Substitution für einen Patienten denkbar machen. Vor dem Hintergrund eines teilhabeorientierten Modells wäre daher nicht nur die Abdosierung im Rahmen der Rehabilitation sinnvoll, sondern durchaus auch eine gegebenenfalls indizierte Weiterführung der Substitution während und nach der Rehabilitationsmaßnahme.

4.4.1 Geschichte der Substitutionsbehandlung

Die Substitutionsbehandlung hat eine wesentlich längere Tradition als oft angenommen wird. Bereits seit 125 Jahren gibt es Bemühungen Abhängigkeitserkrankungen durch die Vergabe von Ersatzstoffen zu behandeln. (vgl. *Stachowske* 2008). Zu dieser Zeit wurde als Alternative zum bekannten „kalten Entzug“ intensiv nach verschiedenen pharmazeutischen Substanzen gesucht, um den Morphinismus zu behandeln (vgl. *Stachowske* 2002). Atropin, Strychnin, Cannabistinktur, Trivalin, Kokain und andere Substanzen kamen zum Einsatz, die teilweise unseriös beworben wurden (vgl. *de Ridder* 1990). Die Praxis der Substitution hatte eine hohe Bedeutung, wurde aber zunehmend negativ bewertet. Mit dem Opiumgesetz 1929 und auf standesrechtlicher Ebene mit den „Leitsätzen über Suchtgifte und Giftsuchten“, verabschiedet auf dem Ärztetag in Danzig 1928, wurde das Abstinenzparadigma begründet (vgl. *Bienieck* 1993).

Seit ca. 25 Jahren werden in Deutschland in größerem Umfang Substitutionstherapien angeboten. Bis Mitte der achtziger Jahre herrschte das Abstinenzparadigma vor, das erst unter

dem Druck internationaler Forschungsergebnisse (vgl. *Gerlach u. Stöver* 2005) und bei zunehmender Anzahl von HIV-Infektionen bei Drogenabhängigen in Frage gestellt wurde. Substitutionstherapien waren in Deutschland formal nie verboten (vgl. *Ullmann* 2005), entsprachen aber nicht den anerkannten allgemeinen Behandlungsgrundsätzen. In den siebziger Jahren wurden erstmals zwei Substitutionsprogramme erprobt. Die Ergebnisse wurden von den Projektleitern aber als wenig erfolgversprechend interpretiert. Hintergrund war eine Konzentration auf das Therapieziel einer völligen Abstinenz. Schadensminderung („Harm-reduction“) wurde zu dem Zeitpunkt noch nicht als ausreichendes Therapieziel verstanden (vgl. *Scheerer* 1979).

Diese Interpretation der Ergebnisse wurde kaum in Frage gestellt. Die Abstinenz wurde zum Mittel und Zweck der Entwöhnungsbehandlung, der „Königsweg“ der drogenfreien Therapie war geboren. Noch Mitte der Achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts ging man in Deutschland davon aus, dass es niemals ein Methadonprogramm geben würde (vgl. *Heckmann* 1984). In dieser Zeit wurde nur von wenigen Ärzten substituiert, die Substanzen einsetzten (z. B. Kodein), die damals nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt waren (vgl. *Ulmer*, 1997).

Die Methadon-Diskussion wurde in den achtziger Jahren durch die Politik neu eröffnet, vor allem vor dem Hintergrund der zunehmenden Aids-Erkrankungen, der hohen Sterblichkeit bei Drogenabhängigen und hoher Beschaffungskriminalität. Es setzte „ein Glaubenskrieg“ zwischen Befürwortern und Gegnern einer Methadonsubstitutionsbehandlung ein (vgl. *Gerlach* 2005). Als Folge dieser Auseinandersetzung wurden Abstinenztherapie und Substitutionstherapie als etwas Gegensätzliches und einander Ausschließendes wahrgenommen. Letztlich konnte sich die Methadonsubstitution vor dem Hintergrund kontrollierter Studien, operationalisierter Ziele und entsprechenden empirischen Befunden etablieren. Das förderte eine stärkere Einbindung rational-naturwissenschaftlich geprägter „pragmatischer“ Behandlungen im Rahmen eines medizinischen Modells.

1991 wurde die Methadonbehandlung von den gesetzlichen Krankenversicherungen anerkannt. Erst seit 2002 sind die gesetzlichen Krankenkassen jedoch prinzipiell verpflichtet, die im Rahmen einer Substitutionsbehandlung anfallenden Behandlungskosten zu übernehmen. Vorher war die Diagnose einer Opiatabhängigkeit allein nicht unbedingt ausreichend, um eine Substitutionsbehandlung zu finanzieren. Inzwischen wird die

Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigen flächendeckend in Deutschland angeboten. Vermutlich kämen bis zu 200.000 Opiatkonsumenten in Deutschland für eine Substitutionsbehandlung in Frage (vgl. *Gerlach 2005; Wittchen et al. 2005*). Die Deutsche Rentenversicherung geht vorsichtiger von 100.000 bis 150.000 opiatabhängigen Menschen in Deutschland in 2008 aus (vgl. *Deutsche Rentenversicherung 2010*). Die Zahl substituierte Patienten war in den letzten Jahren kontinuierlich steigend. Während im Jahr 2003 ca. 60.000 Menschen substituiert waren (vgl. *Wittchen et al., 2005*) wurden 2007 68.800 Substitutionspatienten gemeldet (Hüsgen, 2009). In 2010 wurde ein neuer Höchststand von 77.400 gemeldeten Substitutionstherapie erreicht (vgl. *Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2011*). Da die Anzahl der Opiatkonsumenten bzw. Erst-Konsumenten in den letzten Jahren eher leicht zurückgegangen ist (vgl. *Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren 2010*), kann von einer inzwischen noch weiter verbesserten Versorgung von Opiatabhängigen mit Substitutionstherapie ausgegangen werden. Zwar werden wesentlich mehr Opiatabhängige durch Substitutionstherapien als durch Abstinenztherapien erreicht³⁹, aber auch die Substitutionstherapien scheinen nicht für alle Opiatabhängigen eine Alternative zum Drogenkonsum darzustellen.

Insgesamt gilt für die Substitutionstherapie: „Sie ist heute die Methode der Wahl“ (*Stöver u. Gerlach 2010, S.10*) und hat sie sich zur first-line Therapie vor einer medizinischen Rehabilitation entwickelt. Diese wird häufig nur noch als eine Möglichkeit nach dem Scheitern einer Substitutionstherapie verstanden (vgl. *Heinz 2011*). Teilweise wird daher bezweifelt, ob es sich bei der Opiatsubstitution noch um „Suchttherapie“ handelt, da nur eine Minderheit psychosoziale Betreuung erhält, die sich zudem wesentlich auf sozialarbeiterische Basis- und Krisenhilfe beschränke. Suchttherapeutische Angebote und Qualifikationen sind eher selten. Die Leistungsträger hemmen durch restriktive Zugangsbedingungen für Substituierte den Aufbau entsprechender Behandlungsmöglichkeiten (vgl. *Heinz 2011*)

Die Geschichte der Substitutionsbehandlung in der stationären Rehabilitation beginnt in Deutschland 1996 mit einem Modellprojekt (vgl. *Arbeitskreis für Jugendhilfe 2001*) und ist seit Verabschiedung der Anlage 4 „Zielvorstellungen und Entscheidungshilfe für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei übergangsweisem Einsatz eines Substitutionsmittels“ der

³⁹ 2008 befanden sich 10840 drogenabhängige Patienten (in der Mehrzahl opiatabhängige Patienten) in ambulanter und stationärer Rehabilitation zu Lasten der DRV (vgl. *Deutsche Rentenversicherung 2010*)

„Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger“ seit 2001 flächendeckend möglich. Dennoch wird Substitutionstherapie erst in relativ wenigen stationären Rehabilitationseinrichtungen angeboten (vgl. *akzept e.V.* 2010). Trotz ermutigender Ergebnisse handelt es sich um ein vernachlässigtes Behandlungssetting in der Rehabilitation, das erst noch stärker erschlossen werden muss (vgl. *Stöver u. Gerlach* 2010). Bisher scheint es so zu sein, dass sich Substitutionstherapien und Abstinenztherapien vor allem in den Biografien der Patienten verbinden (vgl. *Remmert* 2000), nicht aber im Alltag der für Drogenabhängige zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten.

4.4.2 Gegenwärtige Situation der Substitutionsbehandlung

Die Rechtslage der Substitutionsbehandlung

Ein Grund für die geringe Anzahl von Rehabilitationseinrichtungen, die substituierte Patienten aufnehmen, liegt möglicherweise darin, dass die Rechtslage als kompliziert eingeschätzt wird (vgl. *Weber u. Schroeder-Printzen* 2009). Bei Fehlern und Mängeln werden zudem strafrechtliche Konsequenzen befürchtet. Die Substitutionsbehandlung ist „die einzige Krankenbehandlung, welche detailliert Bestandteil des Strafgesetzbuch ist“ (*Follmann u. Hoenkopp* 2005, S. 293). Bis heute gibt es umstrittene Urteile und Verfahren gegen substituierende Ärzte, z. B. wegen Vergabefehlern wie durch die im Einzelfall nachvollziehbare, aber grundsätzlich verbotene Weitergabe des Substituts über Dritte an den Patienten (vgl. *Ullmann* 2011).

Tatsächlich sind eine Reihe sehr verschiedener Gesetze und Richtlinien für die Durchführung einer Substitutionsbehandlung relevant. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Gesetze und Richtlinien in der Regel nicht im Hinblick auf eine Substitutionsbehandlung erlassen wurden, sondern vornehmlich andere Zielsetzungen verfolgen. So ist das Betäubungsmittelgesetz in erster Linie ein Gesetz, das die Abgabe, das Herstellen, das Handeln usw. mit Betäubungsmitteln unter staatliche Kontrolle stellen will und hierfür auch Straftatbestände schafft. Gleichzeitig ist Zweck des Betäubungsmittelgesetzes die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicher zu stellen, ohne dass Betäubungsmittel missbraucht werden. Dies zieht eine Vielzahl von Abgrenzungsbemühungen zwischen sinnvollem Gebrauch und Missbrauch eines Betäubungsmittels nach sich. Deshalb sind weitere Richtlinien und Vorschriften zur Konkretisierung notwendig:

- So regelt die Betäubungsmittelverschreibungsordnung Einzelheiten der Verschreibung von Betäubungsmitteln, deren Nichteinhaltung zu Ordnungswidrigkeitsverfahren und Strafanzeigen führen kann.
- Die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger spiegelt den zum Zeitpunkt ihrer Erlassung gültigen und für Ärzte verbindlichen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse wider⁴⁰.

Bei der Indikationsstellung werden abstinenzorientierte Therapien und Substitutionstherapie gegenübergestellt, eine „Abwägung aller entscheidungsrelevanten Gesichtspunkte gegenüber primärabstinenzorientierten Therapieformen“ (*Bundesärztekammer* 2010, pdf S. 5) muss stattfinden. Wie früher werden psychosoziale Maßnahmen zur Erreichung der Therapieziele verlangt, ausdrücklich wird aber in den neuen Richtlinien auf die „Einbeziehung von Einrichtungen und Professionen des Suchthilfesystems“ (*ibd.*, S. 7) hingewiesen. Darüber hinaus gilt, dass „die Verfügbarkeit von den zuständigen Kostenträgern sicherzustellen“ (*ibd.*, S. 7) ist. Damit ist allerdings nur die psychosoziale Betreuung gemeint und nicht ein denkbarer Rechtsanspruch für Substituierte zur Aufnahme in Entwöhnungsbehandlungen mit laufender Substitutionsbehandlung.

Die Notwendigkeit und die Sinnhaftigkeit der Fortführung der Substitutionstherapie bei einem Wechsel in ein stationäres Setting werden betont. In den Richtlinien heißt es: „Bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form der stationären Unterbringung ist die Kontinuität der Behandlung durch die übernehmende Institution sicherzustellen“ (zit. n. *Hönekopp*, 2010, S.31). Die Aufnahme von substituierten Patienten und die Fortführung der Substitution in Institutionen hat in den Richtlinien eine Selbstverständlichkeit, die von der Realität in den Fachkliniken noch nicht erreicht wird.

Die Möglichkeit der Aufnahme von substituierten Patienten in die Rehabilitationseinrichtungen der Rentenversicherungsträger ist seit 2001 in der Anlage 4 der „Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und

⁴⁰ Zuletzt wurden die Richtlinien der Bundesärztekammer am 19.02.2010 aktualisiert (vgl. *Kunstmann et al.*, 2010; *Bundesärztekammer* 2010). Die Bundesärztekammer stellt erstmalig fest, dass die „Substitutionsgestützte Behandlung eine wissenschaftliche evaluierte Therapieform der manifesten Opiatabhängigkeit“ ist. (www.Bundesärztekammer.de/downloads/RiliSubstSynapse.PDF). An der Abstinenzorientierung der Behandlung wird weiter festgehalten, gleichzeitig wird ausdrücklich als Behandlungsziel die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben betont. Die Beratungskommissionen sind weggefallen.

Rentenversicherungssträger“ geregelt. Hier wird weiter am Ziel der vollständigen Abstinenz jeglicher Art von Drogen festgehalten. Das Substitutionsmittel soll nur übergangsweise eingesetzt werden. Vor der Aufnahme soll eine Vorbereitungszeit genutzt werden und die Abstinenz von anderen Drogen als dem Substitut nachgewiesen werden.

Im Übrigen unterscheiden sich die Indikationen und die Art und Organisation in der Behandlung - mit Ausnahme der substitutionsbedingten Einschränkungen - nicht von denen anderer Patienten in den Rehabilitationseinrichtungen. Wesentlich ist, dass Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit nicht in Frage gestellt sind.

Aus den genannten Rechtsgrundlagen ergibt sich eine Reihe von Bedingungen, die eine Rehabilitationseinrichtung erfüllen muss, wenn sie substituierte Patienten aufnehmen möchte. So ist genügend geeignetes Personal vorzuhalten, insbesondere medizinisches Fachpersonal⁴¹. Die Lagerung, Bestellung und Vergabe der Substitute erfordert klar geregelte Verantwortlichkeiten, lückenlose Dokumentation, ständige Verfügbarkeit medizinischen Personals und bestimmte räumliche Voraussetzungen.

Probleme durch die Rechtslage

Viele Rehabilitationseinrichtungen für Drogenabhängige orientieren sich an den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft (vgl. *Jablonkski* 1990) und haben sich erst im Laufe der Jahre langsam „medizinisiert“. Die Voraussetzungen für die Einrichtung in Bezug auf medizinisches Personal, die sich aus den rechtlichen Gegebenheiten bei einer Substitutionsbehandlung ableiten, sind noch über die RPK-Empfehlungsvereinbarungen hinausgehend. Der Arzt benötigt neben der ärztlichen Approbation und der Facharztbezeichnung eine weitere fachliche Befähigung (Fachkunde Suchtmedizin), die in der Regel durch das von den Ärztekammern zertifizierte Curriculum „Suchtmedizinische Grundversorgung“ erlangt wird. Bei bestehendem erheblichem Fachärztemangel im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie ist dies für viele Fachkliniken nur schwer zu gewährleisten. Das nichtärztliche Personal, das in die Substitutionsvergabe eingebunden ist, muss keine besonderen Qualifikationen nachweisen, jedoch verbleibt die gesamte Verantwortung über die

⁴¹ Bereits in der RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 29.9.2005 (vgl. *Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation* 2006) wird empfohlen, dass die Rehabilitationseinrichtungen unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Arztes mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie zu stehen hat. Des Weiteren ist bei der Personalbemessung in den Empfehlungsvereinbarungen festgehalten, dass mindestens drei Gesundheits- und Krankenpfleger in der Fachklinik beschäftigt sein sollen, unabhängig von der Größe der Einrichtung, im Übrigen aber der Krankenpflegerschlüssel sich zwischen 1:10 und 1:20 bewegen soll, das heißt, auf 10 bis 20 Patienten soll mindestens ein Krankenpfleger beschäftigt werden.

Substitutionsvergabe beim substituierenden Arzt, der also auch persönlich bereit sein muss, diese Verantwortung zu tragen.

Zur Lagerung der Substitutionsmittel und der Betäubungsmittelrezepte muss gemäß den Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes ein Tresor zur sicheren Lagerung vorhanden sein. Darüber hinaus gibt es für die Rezepte genau definierte Formalien, die einzuhalten sind. Fehlerhaft ausgestellte Rezepte und der beim Arzt verbleibende Teil des Betäubungsmittelrezeptes müssen mindestens drei Jahre lang aufbewahrt werden und gegebenenfalls der zuständigen Landesbehörde vorlegt werden können.

Neben den allgemeinen Dokumentationspflichten, die sich aus dem Berufsrecht und aus den Vorschriften der Leistungsträger ergeben, gibt es weitere Dokumentationsverpflichtungen in der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmGvv). Diese Verordnung bestimmt, dass jeder Arzt Substitutionsbehandlungen an die Bundesopiumstelle zu melden hat, die ein Substitutionsregister führt, um Doppelsubstitutionen zu vermeiden. Neben der Dokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung und der Dokumentation für die Leistungsträger ist darüber hinaus eine Substitutionsbescheinigung auszustellen, die zeitweilige oder dauerhafte Wechsel des behandelnden Arztes festhält.

Durch die Vielzahl der beteiligten Gesetze und die restriktive Zielsetzung des Betäubungsmittelgesetzes, das Zuwiderhandlungen schnell als Ordnungswidrigkeiten oder Straftaten behandelt, wird ein Abschreckungseffekt erzielt. Dieser Effekt ist zum Teil sicher gewollt, um den Missbrauch von Betäubungsmitteln einzuschränken oder zu verhindern, wirkt aber auch unspezifisch auf Behandlungseinrichtungen, die mit opiatabhängigen Menschen arbeiten, aber von ihrer Tradition her eher nicht-medizinisch ausgerichtet sind und personelle Schwierigkeiten haben, die rechtlichen Vorgaben zu erfüllen.

4.4.3 Effekte langfristiger Substitution: Ergebnisse der „Premos“ Studie

Die Effekte der langfristigen Substitutionstherapie sind in der Vergangenheit relativ wenig untersucht worden. Die bisher größte Studie („COBRA-Studie“) erforschte die Effekte der Substitution über einen Zeitraum von zwölf Monaten (vgl. *Wittchen et al.*, 2008). Dabei wurde nachgewiesen, dass die Substitutionsbehandlung mit Methadon und Buprenorphin die Mehrzahl der untersuchten Patienten erreicht. Die Mortalität war niedrig und ein Teil der

Patienten (11 %) wurden abstinent oder wechselten in eine weiterführende drogenfreie Abstinenztherapie. Die Haltequote betrug 65 % und die meisten Patienten reduzierten ihren Substanzkonsum. Damit einher ging eine Verbesserung des Gesundheitszustands der oft auch chronisch psychisch und körperlich kranken Patienten.

Eine repräsentative Längsschnittstudie stellt die „Premos-Studie⁴²“ (vgl. *Wittchen et al.* 2011) dar, die zwischen 2003 und 2010 zu insgesamt maximal fünf Untersuchungszeitpunkten mit Ausschöpfungsquoten zwischen 71 und 91 % 2694 Patienten über einen 6-Jahres-Zeitraum untersuchte. Lediglich die letzte der Nachuntersuchungen wurde an einer Zufallsauswahl von 33 % der Patienten der vorangegangenen Nachuntersuchung durchgeführt. Insgesamt standen 1624 vollständige Datensätze zur Verfügung, auf die sich die Schlussfolgerungen der Studie stützen. Dabei wurden vor allem die Themenbereiche „Beschreibung von Verlauf und Ergebnis langfristiger Substitution“ und „Analyse der Einflussfaktoren auf Verlauf und Ergebnis langfristiger Substitution“ erfasst.

Patientenmerkmale zum Studienbeginn

Das Durchschnittsalter lag bei 35,3 Jahren, 53,1 % waren arbeitslos, 3,7 % ohne festen Wohnsitz oder in Einrichtungen lebend. Die Dauer des Opioidgebrauchs betrug im Durchschnitt 15,4 Jahre, die meisten Patienten befanden sich schon länger als 4 Jahre in Substitutionstherapie, mindestens jedoch bereits zwei Monate. Für 28,6 % war es die erste Substitutionsbehandlung. 61,1 % wurden als leichtgradig, 32,5 % als mittelschwer und 6,4 % als schwer suchtkrank beurteilt. Der Beigebrauch betrug 20 - 25 % für Heroin, 1 - 10 % für Kokain und 27 - 47 % für Cannabis. Die somatische Morbidität war im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung vierfach erhöht: 77 % litten an mindestens einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung, vor allem chronischen HCV-Infektionen (67,7 %). Die psychischen Morbidität war im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung zweifach erhöht, 30 % wiesen zwei oder mehr Störungen nach ICD 10 auf. 83,3 % der Patienten zeigten auffällig erhöhte Werte in der psychopathologischen Belastung.

Behandlungsmerkmale und Veränderungen im Laufe der Studie

Anfangs standen für fast alle Patienten (85 - 99 %) die Verminderung der negativen Auswirkungen des Drogenkonsums im Vordergrund. Abstinenz bzw. Opioid- und Substitutsfreiheit wollten immerhin anfangs 53 - 69 % erreichen, dieser Anteil stieg im

⁴² Alle Angaben und Ergebnisse sind dem Premos Schlussbericht von *Wittchen et al.*, 2011 entnommen, soweit nicht anders kenntlich gemacht.

Verlauf deutlich um 15 bis 20 % an, so dass mindestens dreiviertel der Patienten dieses Ziel anstrebten.

Während des Studienzeitraums stieg der als stabil eingeschätzte Dosisstatus leicht an. 70 % der Patienten verblieben im Beobachtungszeitraum in Substitution, 21 % unternahmen mindestens einen Versuch der Abdosierung. Die psychosoziale Betreuung wurde relativ wenig in Anspruch genommen und betrug am Ende des Beobachtungszeitraums zwischen 54,8 % und 47,1 % gegenüber 76,1 und 60,8 % Teilnahmequote zu Beginn.

Ergebnisse für die Gesamtgruppe der Untersuchten

In der Premos-Studie wird zwischen primären und sekundären Zielkriterien unterschieden. Für die Beurteilung der primären Zielerreichung wurden zwei Outcome-Gruppen gebildet, die einen positiven oder ungünstigen Verlauf definieren. Danach zeigen 46 % der Patienten nach sechs Jahren in den letzten zwölf Monaten einen stabilen Substitutionsverlauf, 7,1 % waren abstinent oder in abstinenzorientierter Therapie. Allerdings wird kritisch angemerkt, dass bei zeitlich differenzierter Analyse nur 30 % der Patienten einen stabilen Substitutionsverlauf aufweisen. Auch die Abstinenz scheint nicht über die Zeit stabil zu sein. Insgesamt wird der Klassifikationsversuch „günstig versus ungünstiger Verlauf“ als nicht als nicht aussagefähig beurteilt, weil er der Heterogenität und der zeitlichen Dynamik der Erkrankung nicht gerecht wird. Die Nützlichkeit und Aussagekraft dieser Beurteilungsversuche beschränkt sich auf Zeiträume von etwa einem Jahr.

In den sekundären Zielkriterien werden die Ergebnisse überwiegend positiv interpretiert. Der Beigebrauch reduziert sich insgesamt für alle erhobenen Substanzen von 58,9 % auf 40,7 %. Opioidbeikonsum reduziert sich von 21,2 % auf 12,8 %, bei der letzten Nachuntersuchung konsumieren 33,4 % Cannabis und 18,6 % Benzodiazepine oder Barbiturate. Dieser relativ hohe Anteil wird damit erklärt, dass rund ein Drittel der Patienten eine Dosierung erhält, die unter der empfohlenen Erhaltungsdosis liegt. Der Alkoholkonsum wurde nicht als problematischer Beikonsum erfasst, sondern nur im Rahmen der Ermittlung der Lebenszufriedenheit berücksichtigt.

Bemerkenswert ist die geringe Verbesserung in der körperlichen und psychischen Morbiditätslage. Die körperliche Morbidität wird vor allem durch die erfolgreiche Behandlung von Hepatitis B und C gesenkt, allerdings kam es in den insgesamt 9

untersuchten Krankheitsgruppen nur noch bei neurologischen Erkrankungen zu einer Abnahme, alle anderen Erkrankungsarten wiesen einen mehr oder weniger starken Anstieg auf⁴³.

Bezüglich der psychischen Morbidität gibt es ebenfalls Verbesserungen, so steigt der Anteil der Patienten ohne psychische Belastung von 36,7 % auf 44,3 %. Jedoch bleibt mehr als die Hälfte schwer psychopathologisch auffällig. Depressive Erkrankungen, Schlafstörungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen nehmen zu. Entsprechend ist die Entwicklung in der generischen Lebensqualität. Der Anteil unauffälliger Patienten stieg von 27,6 % auf 30,7 %, der der schwer beeinträchtigten aber deutlicher von 20,6 auf 34,5 %. Besonders positiv stechen die abstinenten Patienten heraus, die mit Abstand die höchste Lebensqualität erreichen. Eine systematische Untersuchung der funktionalen Gesundheit, wie sie im ICF konzeptualisiert ist fand nicht statt.

Die berufliche Situation verbessert sich etwas. Der Anteil Arbeitsloser sinkt von 51,6 % auf 42 %. Deutlich sind auch die Verbesserung in der Wohnsituation und der Rückgang der Drogendelikte und der Haftquote.

Die substituierenden Ärzte geben Zielerreichungsquoten von 70 % bis 80 % an, wobei besonders die Abstinenz von illegalen Drogen als erreichtes Ziel genannt wird⁴⁴. Deutlich seltener wird „Opioidabstine“ oder „Vermittlung in Abstinenztherapie“ als erreichtes Ziel erwähnt, obwohl dieses Ziele von mehr als dreiviertel der Patienten angestrebt wird.

Folgerungen aus der Premos-Studie

Bei Gruppenvergleichen wird deutlich, dass die Gruppe der Abstinenten in allen untersuchten Variablen (Lebensqualität, Schweregradindex, Morbidität) die besten Ergebnisse zeigt, gefolgt von den stabil substituierten Patienten. Besonders Patienten mit Beigebrauch und instabilem Substitutionsverlauf zeigen schlechte Werte. Die Gruppe der Patienten mit abgebrochener Substitutionsbehandlung weist dazu im Vergleich überraschend gute Werte auf. Eine Abstinenzorientierung in der Substitution scheint aber dennoch nicht eindeutig empfehlenswert, da sich zwar grundsätzlich die Werte für den Schweregrad und den

⁴³ In der Studie wird dieses Ergebnis nicht näher interpretiert. Neben der sicher zum Teil auf Alterungsprozesse bei den Untersuchten zurückzuführenden Verschlechterungen liegen weitere Gründe sicher im weiterhin hohen Beikonsum und nicht näher erfassten Alkohol- und Nikotinkonsum.

⁴⁴ Wobei der Rückgang beim Beigebrauch illegaler Drogen mit 58,9 zu 40,7 nicht so deutlich ausfiel.

Beigebrauch verbessern, allerdings auch eine höhere Mortalität und Abbruchrate der Substitution beobachtet wird⁴⁵. Dies lädt zu der Folgerung ein, dass „...eine regelhafte Beendigung der Substitution mit dem Ziel Abstinenz für die überwiegende Mehrzahl aller teilnehmenden Substitutionsärzte und die Mehrzahl ihrer Patienten im langfristigen Therapieverlauf kein sinnvolles Behandlungsziel ist“ (Wittchen et al. 2011, S. 79). Dabei wird aber nicht die Förderung der Abstinenz durch eine Rehabilitation diskutiert. Damit werden das erklärte Ziel der Mehrheit der Patienten und die Möglichkeiten der Rehabilitationsbehandlungen in Fachkliniken bei dieser Einschätzung übergangen.

Bedauerlich ist, dass in der Studie „von den ursprünglich 96 Personen in einer abstinenzorientierten Behandlung ... aus Datenschutzgründen keine Informationen gesammelt werden“ (Wittchen et al. 2011, S. 123) konnten. Vor dem Hintergrund der für abstinenzorientierte Therapien vorliegenden Ergebnisse (vgl. Funke, 2011b; Fischer, 2008, Fischer et al. 2007a, 2007b) mit Abstinenzquoten von 22 bis 55 % in den Katamnesen scheint hier ein Potential für deutliche Verbesserungen oder Ergänzungen der Substitutionstherapie zu liegen.

Trotz hohem Behandlungsbedarf (nach Einschätzung der Ärzte 84,3 bis 95,4 %) und hoher Belastung der Patienten durch psychische Störungen (63,3 bzw. 55,7 % nach sechs Jahren Substitutionstherapie) wird nur eine geringe Zusammenarbeit mit psychiatrischen (22,4 %) und psychotherapeutischen (18 %) Institutionen festgestellt. Eine Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen wird überhaupt nicht berichtet. Insgesamt wird für die Gesamtgruppe nur durchschnittlich ein Termin bei einem Psychiater oder Psychotherapeuten in den letzten 12 Monate als Durchschnittswert ermittelt. Hier sind dringend Verbesserungen zu fordern, da die Psychotherapie von Drogenabhängigen in Substitutionsbehandlung durchaus wirkungsvoll ist (vgl. Specka u. Scherbaum 2011).

Es werden überwiegend höchst komplexe und variable Langzeitverläufe gefunden, in denen krisenhafte Zuspitzungen und Verschlechterungen selbst bei positiv verlaufender Substitution – oder erreichter Abstinenz – eher die Regel als die Ausnahme sind. Festgehalten werden

⁴⁵ Gerade diese Einschätzung der Premos-Studie wird kontrovers diskutiert. „...Teilhabeorientierung, Rehabilitation oder Abstinenz gelten jedoch als „Risiko“, Behandlung von psychischer Komorbidität und die Betreuung von Müttern, Eltern und Kindern bleiben hinter dem Notwendigen zurück. Der Fachverband Drogen und Suchthilfe hält eine Verbesserung der Substitutionsbehandlung in allen Bereichen der Teilhabe für dringend notwendig“ (Fachverband Drogen- und Suchthilfe 2012, pdf S. 5)

durchschnittlich deutliche Verbesserungen in einer Reihe von Kriterien, z. B. Senkung des Beigegebrauchs von 58,9 % auf 40,7 % (jedoch ohne Berücksichtigung möglicher Veränderungen im Alkoholkonsum) und Verbesserung der somatischen Morbidität in Teilbereichen (HCV), sowie positive Veränderungen durch geringere Kriminalitätsbelastung und verbesserte Wohn- und Beschäftigungssituationen. Dies schlägt sich aber nur teilweise in einer höheren Lebenszufriedenheit nieder. Die psychische Morbidität bleibt hoch und die Chancen zur Mitbehandlung komorbider psychischer Erkrankungen werden nicht ausreichend genutzt.

Ein Modell, das die Einflussfaktoren für günstige oder ungünstige Langzeitverläufe darstellt, konnte nicht gefunden werden. Dies deutet darauf hin, dass die Erfassung von personenbezogenen Variablen allein, ohne die Berücksichtigung situativer Faktoren und der individuellen Lebenssituation, die Behandlungserfolge und –misserfolge nicht angemessen aufklären kann.

Trotz der deutlich positiveren Werte in Morbidität, Lebenszufriedenheit und Schweregradindex für abstinenten Patienten wird empfohlen, die Abstinenz nur nach sorgfältiger Prüfung im Einzelfall anzustreben, da die Risiken durch Rückfälle einerseits hoch und die Wahrscheinlichkeit einer dauerhaften Abstinenz andererseits als gering eingeschätzt werden. Dabei werden jedoch die Ergebnisse der Patienten, die in abstinenzorientierte Therapien wechselten, nicht erhoben und entsprechend nicht berücksichtigt. Zwar wird ausdrücklich eine bessere Kooperation, zum Beispiel in Modellprogrammen zwischen Substitutionsstellen, PSB sowie Psychiatern und Psychotherapeuten empfohlen. Die bestehenden Versorgungsangebote im Rahmen der ambulanten und stationären Rehabilitation oder die bestehenden Möglichkeiten, Patienten gemäß der Anlage 4 der „Vereinbarung zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern“ in Rehabilitationsbehandlungen zu vermitteln, werden hingegen nicht erwähnt. Dies bestätigt die These von *Heinz*, der postuliert, dass „die Opiatsubstitution (...) de facto als Ausschlussgrund gegenüber der medizinischen Rehabilitation“ (*Heinz* 2011, S. 2) wirkt, u. a. auf Grund von mangelnder „Kenntnis und Feldkompetenz hinsichtlich der medizinischen Rehabilitation“ (*ebd.* S. 2) seitens des substitutionsorientierten Gesundheitswesens.

4.5 Zusammenfassung und Ausblick

Seit 1968 wird die Entwöhnungsbehandlung zu Lasten der Rentenversicherungsträger, die Entzugsbehandlung jedoch zu Lasten der Krankenversicherungen durchgeführt. Abhängigkeitserkrankungen sind als Krankheit sozialrechtlich anerkannt. Diese letztlich rechtlichen Festlegungen sind nicht unbedingt kompatibel mit anderen Auffassungen von Sucht als Lebensstil, als Ausdruck politischen Willens oder als Folge gesellschaftlicher Mechanismen, denen das Individuum unterliegt. Die hiermit verbundenen Diskussionsprozesse und Einstellungen dominierten das Handeln in den Rehabilitationseinrichtungen teilweise mehr als die Ergebnisse der Suchtforschung.

Bisher hat sich keine Behandlung der Abhängigkeitserkrankung als „Königsweg“ etablieren können. Die Substitutionstherapie erreicht die meisten opioidabhängigen Patienten, jedoch bleiben bei fast allen Patienten auch nach jahrelanger Substitutionstherapie wesentliche Behandlungsziele offen. Heterogenität, Individualität und Inkonsistenz in den Lebens- und Behandlungsverläufen der Patienten sind ein klares Ergebnis der umfangreichsten Längsschnittstudie zur Substitutionstherapie, die keine pauschalen Behandlungsstrategien nahe legt. Die Entwöhnungsbehandlungen erreichen nur einen kleineren Teil der Patienten und konnten ihre Abstinenzquoten kaum steigern. Die Suchtbehandlung insgesamt stagniert trotz versuchter Leitlinienentwicklung, Qualitätssicherung und Forschungsverbänden. Gleichwohl gibt es eine Reihe von Befunden, die die Wirksamkeit verschiedener Ansätze belegen. Dabei konnte immer nur ein kleiner Teil der Patienten alle mit der jeweiligen Therapie verbundenen Ziele (dauerhaft) erreichen.

Das Abstinenzparadigma und die Rolle der Abstinenz als vorrangiges Ziel und Mittel der Behandlung hat nur noch wenige Anhänger. Das Abstinenzparadigma als Ordnungsprinzip stabilisiert zwar einerseits therapeutische Gemeinschaften und Fachkliniken, ist aber kaum in der Lage, neuere Erkenntnisse der Suchtforschung und veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen, eben die flächendeckende Substitutionsbehandlung als Behandlung erster Wahl, zu integrieren. Der Patientenwunsch und die Befunde, die eine deutliche höhere Lebenszufriedenheit, Integration und Gesundheit für abstinenten Patienten belegen, sollten aber nicht ignoriert werden.

Eine Orientierung an naturwissenschaftlichen Erkenntnissen und daraus entwickelten Leitlinien ist mangels ausreichender und in die Praxis übertragbarer Erkenntnisse nicht möglich. Befunde sind oft widersprüchlich, Leitlinien liegen noch nicht vor und die Versuche ihrer Konstruktion mit vielen Schwierigkeiten verbunden. Als Ordnungsprinzip für die Abläufe und Interaktionen in einer Fachklinik und zur Konstruktion einer „corporate identity“ sind sie nicht geeignet.

Möglicherweise kommt es weniger auf eine „Optimierung“ einer standardisierten, evidenzbasierten Behandlung an, sondern mehr auf die sinnvolle Verknüpfung vorhandener, für einen Teil der Patienten hilfreicher Therapieelemente. Dabei müssen neben den Effekten der einzelnen Therapieelemente auch die sich ergebenden Wechselwirkungen zwischen Therapien, Patient und Umwelt berücksichtigt werden.

Eine Orientierung an der Philosophie der ICF ermöglicht unter Umständen eine leichtere Integration vorhandener Befunde in einen individuellen, auf die spezifischen Bedürfnisse, Defizite und Ressourcen des Patienten abgestimmten Behandlungsplan. Jedoch hat sich die ICF noch nicht als allgemeine Grundlage der Rehabilitation im Sinne einer Handlungsanleitung für Therapieplanung und –durchführung etablieren können.

Aus den vorliegenden Literaturbefunden, Studienergebnissen und wissenschaftsphilosophischen Überlegungen lassen sich keine klaren Aussagen darüber treffen, wie und für wen die Einführung einer Substitutionsbehandlung in einer Fachklinik zur Rehabilitation von drogenabhängigen Menschen die Behandlungs- und Versorgungsqualität verbessert. Die Auswirkungen oder Veränderungen, die sich in einer Fachklinik durch die Aufnahme substituierter Patienten ergeben oder die notwendig sind, um die Behandlung erfolgreich zu gestalten, lassen sich daher bisher nicht aus theoretischen Überlegungen ableiten. Eine Theorie der Sucht oder Suchttherapie, die eine Ordnung nahe legen würde, die substituierte und abstinente Patienten selbstverständlich in eine Behandlung integriert, existiert nicht. Es gibt keine einheitliche, allgemein akzeptierte Fundierung rehabilitativen Handelns.

Es ist allerdings zu erwarten, dass die bisher im System Substitutionstherapie medizinisch-ambulant versorgten Patienten Erwartungen und Einstellungen vorfinden, die durch das System Rehabilitation und seine Traditionen geprägt sind.

Im nächsten Kapitel wird dargestellt, welche der oben beschriebenen Entwicklungen das System der hier untersuchten Fachklinik beeinflussten und welche konkreten Veränderungen in der Fachklinik mit der Aufnahme von substituierten Patienten zu beobachten waren.

5 Veränderungsprozesse in Fachkliniken

Fachkliniken und ihre Konzepte sind ständigen Veränderungen unterworfen. Die Notwendigkeit dieser Veränderungen ergibt sich aus der gesellschaftliche Verankerung der Suchtrehabilitation (vgl. *Reker* 2010). Die Abhängigkeitserkrankungen unterliegen Veränderungen, die durch veränderte Gesetzgebung, die Zulassung von Substituten, die „Einführung“ neuer Drogen (z. B. künstlicher Cannabinoide) und neuer Konsumentengruppen bedingt sind. Der Konsum von Drogen ist dabei immer durch die entsprechende und sich stets verändernde (Jugend-)Kultur beeinflusst (vgl. *Tossmann* 2004).

Die Rahmenbedingungen der Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe verändern sich ständig, z. B. durch Umgestaltungen in der Gesetzgebung und gesellschaftliche Wandlungsprozesse. Das „Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG)“ aus dem Jahr 1996 begrenzte beispielsweise die Therapiezeiten und legte ein Gesamtbudget für die Rehabilitation fest. Aber auch Veränderungen in Wissenschaft und Forschung, z. B. durch neu geschaffene Forschungsverbände, Gewährung von Fördermitteln oder Veränderungen in den Vorgaben der Leistungsträger, wie durch das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger, zwingen die Rehabilitationseinrichtungen zu Änderungsprozessen.

In diesem Kapitel werden die Veränderungsprozesse beschrieben, die aus der Interaktion von gesellschaftlichen, rechtlichen und wissenschaftlichen Umwelteinflüssen mit den Gegebenheiten der therapeutischen Gemeinschaften bzw. Fachkliniken entstanden sind. Für die untersuchte Fachklinik wird dies konkretisiert und um die Veränderungen erweitert, die parallel zur Einführung von Substitutionstherapie in die Entwöhnungsbehandlung in der untersuchten Fachklinik zu beobachten waren. Die weiteren Untersuchungen sollen klären, inwieweit die Einführung der Substitutionstherapie hier ursächlich für Veränderungen der Fachklinik gewesen ist.

5.1 Phasenmodell der Veränderung

Die Entwicklungen der Fachkliniken können in einem Phasenmodell nachgezeichnet werden (vgl. *Indlekofer* 2010). Den jeweiligen Phasen können Grundannahmen und Leitsätze

zugeordnet werden, die den Fachkliniken oder therapeutischen Gemeinschaften in der jeweiligen Phase zugrunde lagen.

- In Phase Eins nach *Indlekofer*, die bis ca. 1990 datiert ist, waren alle Drogenabhängigen gleich und benötigten deshalb auch dasselbe Therapieprogramm. Es bestand das Dogma, dass nur, wer „ganz unten“ war, es auch schafft aus der Drogenabhängigkeit auszusteigen. Dabei wurde jedoch allen „Junkies“ unterstellt, dass sie nicht wirklich aufhören wollen. Für die Einrichtungen selbst galt hingegen, dass jede Einrichtung in ihrer Selbstwahrnehmung beste Therapieeinrichtung war mit der einzig richtigen Therapieform. Politik und Gesellschaft sollten froh sein, dass ihnen die Problemgruppe „Drogenabhängige“ abgenommen wurde und dankbar dafür sein, dies auch bezahlen zu dürfen.

- In Phase Zwei, die Mitte der 1990er Jahre endete, wurden einige Dogmen aufgeweicht. Dies hing mit der Problematik der zunehmenden HIV-Infektionen bei drogenabhängigen Menschen zusammen. Der Königsweg der Abstinenztherapie wurde durch den Anstieg der Zahl von Drogentoten und der sichtbaren Verelendung der Drogenabhängigen in Frage gestellt. Erst jetzt wurden alternative Behandlungsangebote entwickelt, die von Substitution und ambulanten Therapien über Kurzzeitbehandlungen, Adaptionbehandlungen bis hin zu niedrigschwelligen Angeboten reichten. Individualisierung und differenzierte Indikationsstellung wurden akzeptiert.

- Die Phase Drei nach *Indlekofer* war durch ein stärkeres Engagement der Leistungsträger gekennzeichnet. Wissenschaftliche Konzepte wurden zunehmend diskutiert und das Fünf-Punkte-Qualitätssicherungsprogramm eingeführt, das die Entwicklung der Einrichtungen nachhaltig beeinflusste. Das Peer-Review-Verfahren verbesserte die Qualität der Behandlungs- und Verlaufsberichte, veränderte die Arbeitsansätze in den Einrichtungen und erleichterte die Vergleichbarkeit von Einrichtungen. Die Einführung der „Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)“ beeinflusste die Behandlungsprogramme. Leistungen, die nicht im Rahmen der KTL codierbar sind oder von Berufsgruppen erbracht werden, die nicht im Personalplan⁴⁶ vorgesehen sind, verloren zunehmend an Bedeutung in der Behandlungsplanung. Die Strukturqualität wurde normiert hinsichtlich Personalausstattung, räumlicher Vorgaben und Hierarchisierung.

⁴⁶ Vor Einführung der KTL waren „Ex-User“, also ehemalige, jetzt abstinent lebende Drogenabhängige, wichtige Mitarbeiter der therapeutischen Gemeinschaften. Ihre therapeutischen Qualität als Vorbild fand jedoch keine Anerkennung in der KTL, so dass heute kaum noch „Ex-user“ ohne einschlägige Qualifikation in der Rehabilitation beschäftigt sind.

- Die Phase vier gegen Ende der 1990er Jahre war durch wachsende Arbeitsteilung zwischen den Mitarbeitergruppen gekennzeichnet. Zunehmend wurde auf elektronische Kommunikation gesetzt.

- Die Phase fünf beschreibt nach *Indlekofer* die Gegenwart, in der die negativen Auswirkungen dieser Veränderungen diskutiert werden. Wie ist unter diesen Rahmenbedingungen eine beziehungs- und bindungsorientierte Entwicklungsarbeit möglich? Lässt sich der Behandlungsbedarf in bestehenden KTL-Kategorien und vorgegebenen Personalstrukturen realisieren und ist der "Hotel-Standard" der Einrichtung für alle Patienten erstrebenswert und fachlich sinnvoll? Sind gleiche Strukturvorgaben für Fachkliniken, die mit regional unterschiedlichen Voraussetzungen arbeiten immer angemessen und dürfen Patienten auch in Zukunft noch so „gefährliche“ Arbeiten wie Tischlern und Schlossern durchführen?

In einem praktischen Beispiel werden die Auswirkungen des Qualitätssicherungsprogramms der DRV auf eine Fachklinik dargestellt und dieser Prozess als das „Zerlegen einer therapeutischen Gemeinschaft“ (*Stracke* 2010, Folie 1) bezeichnet. Die im Beispiel von *Stracke* beschriebene Suchtfachklinik existiert seit 1979. Sie war anfangs gemäß den Merkmalen einer therapeutischen Gemeinschaft organisiert. Eigeninitiative und Verantwortungsübernahme wurden durch Übernahme sozialer Rollen eingeübt. Die Strukturierung der Therapie erfolgte durch das soziale Setting. Realraum und Therapie wurden auch im Rahmen der Arbeitstherapie miteinander verbunden. In der Dichte des Behandlungsmilieus sollten therapeutische Kontingenzerfahrungen durch zeitnahe Rückmeldungen ohne Zersplitterung von Zuständigkeiten möglich sein. Im familiären und überschaubaren Milieu sollten dabei Nachreifungsprozesse initiiert werden und Selbstreflexion, Selbstwernerleben und Veränderungsbereitschaft durch die Spiegelung und Wertschätzung in der Gemeinschaft gefördert werden. Dadurch werden die Grundbedürfnisse wie Orientierung und Kontrolle, Bindung, Selbstwertsteigerung und auch Lustgewinn befriedigt (vgl. *Grawe* 2004).

Durch die Vorgaben der DRV wird zunehmend eine sozialmedizinische Haltung mit einer starken Orientierung am Erwerbsleben gefordert. Das erfordert auf Seiten der Fachkliniken Prozessmerkmale wie eine indikative Zuweisung zur Arbeitstherapie, Individualisierung der Therapieverläufe, ein Bezug zu der ICF, bestimmte Strukturqualität in personeller, inhaltlicher und baulicher Hinsicht, Kommunikation per EDV, Anwendung der KTL, Basisdokumentation und katamnestische Erhebungen. Damit tritt eine Veränderung hin zu

einem multiprofessionellen Ansatz ein, der seinerseits neue Leitungsstrukturen, Hierarchien und stärkere Arbeitsteilung in der Einrichtung nach sich zieht. Die Individualisierung und die Modularisierung führten zu einer Abnahme der Gruppenkohäsion. Durch die ICF und eine sozialmedizinische Ausrichtung der Behandlung werden Therapieziele in Konkurrenz⁴⁷ zueinander gesetzt, die Therapeutesprache verändert sich und Arbeitsabläufe sind umzugestalten. Die geforderten Strukturmerkmale und der Wegfall von Arbeitsbereichen, die der Selbstversorgung dienen⁴⁸, führen zu finanziellen Belastungen, die nur durch ein „Zwangswachstum“ der Fachkliniken zu beherrschen sind.

In der im Beispiel von *Stracke* beschriebenen Einrichtung gab es zunehmende Identitätskrisen: Geht es um Abstinenz? Geht es um Erwerbsfähigkeit? Ist die Arbeitstherapie mehr wert als die Psychotherapie? Sind indikative Gruppen wichtiger als Bezugsgruppen? Wie ist das Verhältnis von Psychopharmaka, Sozialmedizin und Psychotherapie? Ist Kreativtherapie Nebensache? Wesentliche Grundbedürfnisse⁴⁹ (vgl. *Grawe* 2004) waren in der neu gestalteten Fachklinik schwerer zu verwirklichen.

- Die Orientierung für Mitarbeiter und Patienten erfolgte nicht mehr ausschließlich am Weg und Ziel der Abstinenz, sondern wurde eingeschränkt durch andere Inhalte, neue Begriffe, veränderte Abläufe und neue Schwerpunkte in der Behandlung. Die Kontrollerfahrung ist geringer, wenn die Arbeitsteilung zunimmt und die Arbeit stärker durch Anweisungen von Vorgesetzten bestimmt wird.

- Die Bindung der Mitarbeiter und Patienten untereinander ist verringert durch die Zeit, die für die Organisation der differenzierteren Abläufe benötigt wird. Dies geht zu Lasten der kollegialen und therapeutischen Beziehungen. Die Modularisierung begünstigt den Vereinzelungsprozess und die Kommunikation mittels EDV verdrängen direkte Einzelkontakte. In einer therapeutischen Gemeinschaft, in der die Patienten wesentliche Abläufe mitbestimmen und in der Kontakteinschränkungen und Selbstversorgung den

⁴⁷ Denkbar erscheint, dass die angestrebte Abstinenz auch von Substituten manchmal das Erreichen anderer Rehabilitationsziele im Sinne von beruflicher und sozialer Integration verhindern könnte.

⁴⁸ In therapeutischen Gemeinschaften war die Arbeitstherapie nicht indikationsgeleitet auf die individuell diagnostizierten beruflichen Leistungsdefizite des Patienten zugeschnitten. Die Arbeitstherapie diente vielmehr als Medium zur Initialisierung interaktioneller Prozesse und sollte die Patienten zur besseren Konfliktbewältigung und zum Gemeinschaftserleben befähigen. Die Arbeitstherapie sorgte für die Aufrechterhaltung der alltäglichen Versorgung der therapeutischen Gemeinschaft (Küche, Wäsche, Einkäufe, Hauspflege) und sollte die Verantwortungsübernahme der Patienten in einer Gemeinschaft befördern. Gleichzeitig konnten die Kosten der Einrichtung durch die damit erfolgte Einsparung von Dienstleistern niedrig gehalten werden.

⁴⁹ Grundbedürfnisse, nach deren Verwirklichung jeder Mensch strebt sind nach *Grawe* Kontrolle, Bindung, Selbstwert und Lust.

Austausch mit der Umwelt verringert wurde die Bindung unter Patienten und Mitarbeiter gestärkt.

- Der Selbstwert und das Selbstverständnis der in der therapeutischen Gemeinschaft sozialisierten Mitarbeiter ist bedroht, wenn die therapeutische Gemeinschaft, mit der der Mitarbeiter sich bis dahin identifiziert, durch die Umwelt geringgeschätzt wird. Strukturvorgaben und Kontrollinstrumente der Leistungsträger werden als versteckte oder offene Kritik an der bisher geleisteten Arbeit wahrgenommen.

- Spaß an der Arbeit wird möglicherweise weniger erlebt, wenn der Eindruck entsteht, mehr auf Grund wirtschaftlicher Ziele der Träger und Vorgaben der Leistungsträger als auf Grund der Ergebnisse der Kommunikation „auf Augenhöhe“ mit Patienten und Mitarbeitern zu handeln.

Folgt man *Stracke*, ist der Prozess der Umgestaltung der alten therapeutischen Gemeinschaften im Bereich der Rehabilitation von Drogenabhängigen hin zu Fachkliniken, die den Organisationsprozessen moderner Kliniken und damit auch den Vorstellungen der Leistungsträger entsprechen, noch längst nicht abgeschlossen. Widerstände resultieren aus den Traditionen der Einrichtungen und dem Selbstverständnis der Mitarbeiter. Darüber hinaus ist aber auch denkbar, dass die Organisationsform „Klinikbetrieb“ und der damit verbundene Versuch der Behandlungsoptimierung durch Linearisierung von Behandlungsabläufen nicht den menschlichen Veränderungsprozessen entspricht, die eher dynamisch verlaufen und durch Rückkopplungsprozesse gekennzeichnet sind (vgl. *Stracke* 2010). Durch die in der Phase fünf langsam erfolgende Integration von Substitutionstherapie in die Entwöhnungsbehandlung, die ein weiter differenziertes Behandlungsangebot – mindestens im somato-medizinischen Bereich der Fachklinik – erfordert, wird der Prozess der Entwicklung in Richtung einer neuen Organisationsform möglicherweise beschleunigt.

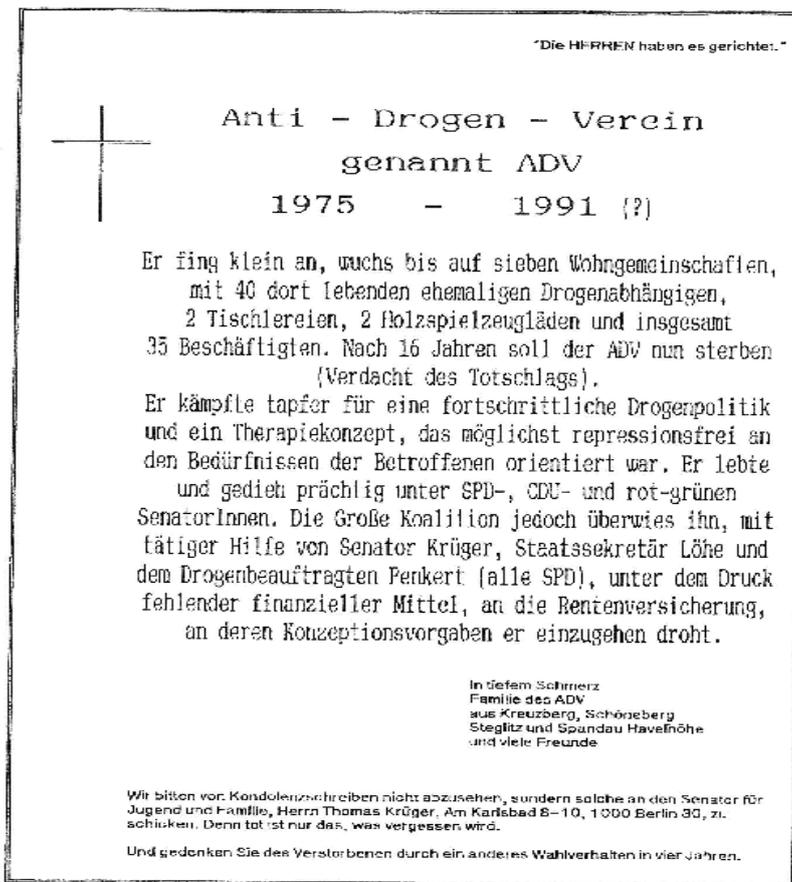
5.2 Entwicklungen in der Fachklinik F42

Diese oben (Kap. 5.1) genannten Phasen lassen sich für die Fachklinik F42 der ADV gGmbH nachzeichnen. Zwar wurde diese Fachklinik erst 1993, also in einer späteren Phase des oben zitierten Modells aufgebaut. Sie fußt aber auf einem seit 1975 existierenden Trägerverein, der stark von den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft geprägt war. Der ADV e. V. wurde 1975 von Mitarbeitern der psychiatrischen Drogentherapiestation des Krankenhauses Havelhöhe in Berlin-Spandau gegründet. Die Patienten sollten die Möglichkeit erhalten, ihre

im Krankenhaus begonnene Therapie unter möglichst realen Lebensbedingungen außerhalb der Klinik fortzusetzen. Dazu entwickelte der ADV das Konzept für mehrere therapeutische Wohngemeinschaften im Zentrum von Berlin. Die erste Wohngemeinschaft eröffnete noch im selben Jahr. 1980 wurde eine überbetriebliche Ausbildungstischlerei in Berlin-Kreuzberg gegründet, um den Patienten eine Beschäftigungsmöglichkeit und eine berufliche Perspektive zu geben. Ähnliche Zwecke verfolgte der 1981 gegründete erste „Kleinholz-Spielzeugladen“ in Schöneberg. Auch die HIV-Problematik bewegte den Verein, so dass im Rahmen eines Nachsorgeangebotes 1987 zwei Lebenswohngemeinschaften für HIV-positive, abstinent lebende Menschen gegründet wurden. Ab 1988 kamen weitere Kleinholz-Spielzeugläden hinzu, die vor allem der beruflichen Integration und Beschäftigung von drogenabhängigen Menschen dienten.

1990/91 veränderte sich die Sicht auf die Drogentherapie und im Zuge der Wiedervereinigung Deutschlands auch auf ihre Finanzierung in Berlin. Bis 1991 wurden die Einrichtungen des ADV durch Zuwendungen des Berliner Senats gefördert. Diese deckten rund 90 % der Kosten. Aufgrund der schwierigen Berliner Haushaltslage sollte der ADV e. V. nunmehr innerhalb von sechs Monaten eine Finanzierungsvereinbarung mit der Rentenversicherung treffen. Die Zuwendungen aus dem Landeshaushalt wurden gekürzt und ihr Wegfallen angekündigt.

Neben existentiellen Sorgen für den Träger waren hiermit auch konzeptionelle Diskussionen verbunden. Aufgrund der standardisierten konzeptionellen Vorgaben des Rentenversicherungsträgers sollte das Konzept der Einrichtung völlig verändert werden. Dies hatte zur Folge, dass das ursprüngliche, offene Therapieangebot mit den dezentralen Wohngemeinschaften nicht mehr existieren konnte (s. Abbildung 5.1 „Todesanzeige“).



Sachliche Informationen auf der Rückseite

Abb. 5.1: „Todesanzeige“, Flugblatt, 1991

Trotz des Zeitdrucks gelang es, mit der Rentenversicherung die Finanzierung der Therapie über Tagespflegesätze zu vereinbaren. Strukturelle Vorgaben des Rentenversicherungsträgers mussten umgesetzt werden: Der Therapieverbund mit der Station 19 des Krankenhauses Havelhöhe wurde aufgehoben. Ein wissenschaftlich fundiertes Konzept wurde erarbeitet und dem federführenden Rentenversicherungsträger zur Genehmigung vorgelegt, eine ärztliche Leitung wurde eingeführt sowie ein Umzug der dezentralen Wohngemeinschaften an einen gemeinsamen Standort durchgeführt. Durch Umzug der Wohngemeinschaften in ein Berlin-Neuköllner Haus entstand die Fachklinik F42 des ADV e. V.

Die Orientierung an den Vorgaben der Rentenversicherung erfolgte also nicht freiwillig, sondern nur unter dem Druck notwendiger Finanzierungsumstellung. Die Mitarbeiter, die vorher die therapeutischen Gemeinschaften betreut hatten, sollten jetzt Therapien im Rahmen der Strukturanforderungen und inhaltlichen Vorgaben der Rentenversicherungsträger

durchführen. Dies führte zu Teamkonflikten, die personelle Veränderungen und einen Wechsel in der therapeutischen Leitung nach sich zogen.

Nach und nach veränderten sich weitere zentrale Bestandteile der früheren therapeutischen Wohngemeinschaften: Bis 1995 konnten Patienten über die Neuaufnahme anderer Patienten „mitbestimmen“. Auch über die Fortführung der Therapie eines Patienten nach einem Rückfall wurde noch lange „basisdemokratisch“ von der Bezugsgruppe (mit)entschieden. Nach einer Visitation des zuständigen Leistungsträgers gab es erhebliche Kritik des federführenden Leistungsträgers (BfA bzw. DRV Bund) an der Struktur- und Prozessqualität: Die Raumsituation orientierte sich stärker an den Wünschen und Vorstellungen der Patienten, z. B. in Bezug auf Hygiene und Einrichtung der Patientenzimmer, als an den Standards einer medizinischen Einrichtung. Die Personalvorgaben seien nicht erfüllt worden, da „Ex-User“ therapeutische Aufgaben erfüllten. Strukturvorgaben im Sinne einer Hierarchie und einer deutlichen Trennung zwischen professionell handelnden Mitarbeitern und Patienten würden nicht ausreichend umgesetzt. Vor allem bezog sich die Kritik auf den Vorwurf, ein wissenschaftliches Konzept nur pro forma, aber nicht inhaltlich zu vertreten und weiter einem eher „gesellschaftlichen“ als medizinischem Suchtbegriff zu folgen. Das Konzept wurde 1996 neu formuliert und deutlich stärker an den Vorgaben der Rentenversicherung ausgerichtet. Dies beinhaltete eine zunehmende Professionalisierung bzw. Qualifizierung des therapeutischen Personals.

Das Spannungsfeld zwischen den Traditionen des ADV und den Vorgaben der Rentenversicherung blieb jedoch bestehen, was immer wieder zu Konflikten führte. Vor allem die räumliche Ausgestaltung der Therapieeinrichtung in einem normalen Berliner Mietshaus und die Umgebungsfaktoren der Lage in der Stadt wurden als Störfaktoren für die Behandlung wahrgenommen. Während in der F42 Eigenverantwortung und Autonomie der „Klienten“ betont wurde, sprachen die Leistungsträger schon lange von „Patienten“, die in einem bestimmten Behandlungssetting zu behandeln, vor Einflüssen zu schützen und als nicht erwerbsfähig anzusehen seien, so dass auch das Umfeld der Therapieeinrichtung, ein eher sozial problematischer Stadtteil Berlins und die weitgehende Selbstversorgung, negativ bewertet wurde. Eine ähnlich negative Bewertung erfuhr die Arbeitstherapie, die in Form einer Tischlerei durchgeführt wurde. Hier verrichteten die Patienten Tätigkeiten, die denen in einer „normalen“ Tischlerei ähneln. Differenzen im Menschenbild wurden auch in der Diskussion über die in der Fachklinik durchgeführte Selbstversorgung der Patienten im

Bereich der Ernährung deutlich. Einer Kompetenzannahme in Bezug auf den Patienten seitens der Fachklinik stand eine Defiziterwartung seitens der Rentenversicherung gegenüber, die entsprechend eine Versorgung und Anleitung der Patienten in Ernährungsfragen erwartete.

2003 wurde ein teilstationäres Konzept entwickelt, das intensiv mit der DRV diskutiert wurde. Die Umsetzung scheiterte an den räumlichen Gegebenheiten, die nicht den Strukturanforderungen der DRV für neue Einrichtungen entsprach. Im selben Jahr wurde die Rechtsform des Trägers der Fachklinik geändert. Aus dem wesentlich auch durch Mitarbeiter geprägten Verein wurde die Fachklinik ausgelagert und in eine gGmbH überführt. Dies sollte auch die Umsetzung von Vorgaben der Rente durch die Geschäftsführung und Klinikleitung erleichtern⁵⁰, die bei „alten“ Mitarbeitern weiter auf viel Skepsis trafen.

Ab 2006 übernahm ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie die Einrichtungsleitung. Dem voraus gegangen war wiederholte Kritik der Leistungsträger an der nicht ausreichenden Qualifizierung der leitenden Ärztin, die nur über die Fachkunden in Suchtmedizin und Psychotherapie verfügte, aber nicht Facharzt war. Mit dem Wechsel waren Erwartungen der Leistungsträger in Richtung einer stärkeren Hierarchisierung und Arbeitsteilung in der Fachklinik verbunden. Im selben Jahr wurde auf Anregung der Rentenversicherung ein modulares Behandlungskonzept erstellt, das in einem ersten Teil die Grundlagen der Rehabilitation in der ADV gGmbH im allgemeinen darstellte und durch spezifische Konzepte für die Langzeittherapie und die neu angebotene Kurz- und Kombinationsbehandlung ergänzt wurde. Damit wurden differenziertere Indikationsstellungen in Bezug auf die Dauer der Behandlung möglich.

⁵⁰ Zum Beispiel in Bezug auf die Qualifizierungsanforderungen an die Mitarbeiter.

5.3 Situation und Entwicklung der Fachklinik F42 ab 2010

Einbindung in eine Organschaft

Die Fachklinik F42 ist innerhalb der ADV gGmbH eine von drei Einrichtungen, die medizinische Rehabilitationen durchführen.

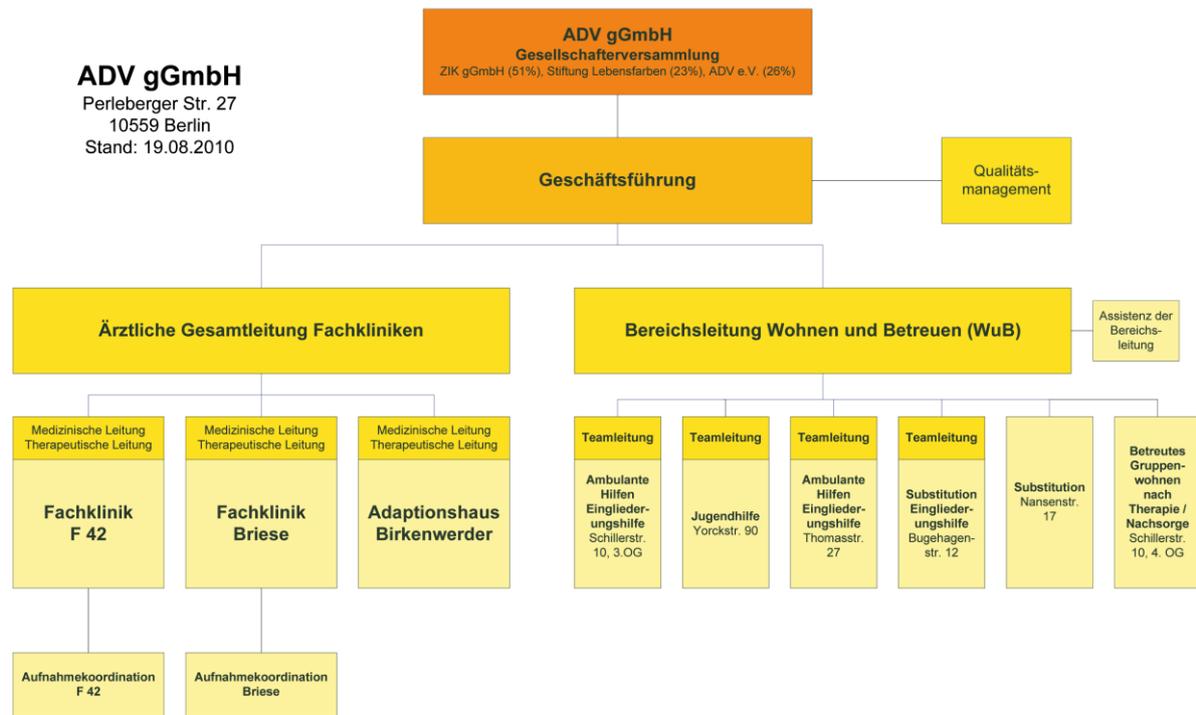


Abbildung 5.2: Organigramm (Remmert u. Reichert 2010, S. 7)

Die ADV gGmbH ist selbst in eine Organschaft⁵¹ eingebunden, in der Träger wie die ZiK („Zuhause-im-Kiez“) gGmbH, Felix-Pflegeteam gGmbH und Zeitraum gGmbH., Stiftung Lebensfarben und der Stadtrandverbund vertreten sind. Dadurch wurde ein Netzwerk geschaffen, das eine Vielzahl von ergänzenden Hilfen für die Patienten erschließt.

⁵¹ Die ADV gGmbH bildet gemeinsam mit den Gesellschaften ZiK, ZeitRaum, Wabe, Felix und diso eine steuerliche Organschaft. Die ZiK ist der Organträger und mehrheitlicher Eigentümer der Gesellschaften. Felix Pflegeteam hat sich u. a. auf die Pflege für Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörigen spezialisiert. Die Wabe ist ein Träger der Suchthilfe in Brandenburg. ZiK, zuhause im Kiez gGmbH, ist ein Wohnprojekt für Menschen mit HIV, Aids oder chronischer Hepatitis C. Innerhalb der Organschaft ist in der diso GmbH, Dienstleistung für soziale Träger, die Buchhaltung aller Träger, die EDV Betreuung und die Moonlight Administration zentralisiert (Remmert u. Reichert 2010, S. 8)



Abbildung 5.3: Organschaft (Remmert u. Reichert 2010, S. 8)

Strukturelle und Räumliche Situation

Die Einrichtung liegt im Norden des Berliner Stadtteils Neukölln. Neukölln hat 307.000 Einwohner, 154.000 leben im Bereich der „Altstadt Neukölln“, in dem sich die Fachklinik befindet (vgl. *Bezirksamt Neukölln* 2011). Der Bezirk ist in den letzten Jahren vor allem mit seinen sozialen Problemen wahrgenommen worden. Die Arbeitslosenquote im Januar 2011 wird mit 20,9 % angegeben (vgl. *Bezirksamt Neukölln*, 2011). Der Anteil der nicht arbeitslosen Empfänger von Existenzsicherungsleistungen nach SGB II und SGB XII wird im Jahr 2006 mit 21,1 % angegeben. Der Anteil bei den unter 15-jährigen Neuköllnern beträgt über 50 %. In Neukölln leben besonders viele Menschen mit Migrationshintergrund, der Anteil der Kinder mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit liegt in Nord-Neukölln bei knapp 40 % (vgl. *Häußermann et al.* 2008).

Das Gebiet zwischen Hasenheide und Rathaus Neukölln wird allgemein als Schwerpunkt der Drogenszene wahrgenommen. Dem gegenüber steht ein engmaschiges Netz von Hilfsorganisationen, die im Bereich des betreuten Wohnen und im komplementärem psychiatrischen Bereich aktiv sind. Hinzu kommen Krankenhäuser, Arztpraxen aller Fachrichtungen, Träger der beruflichen Bildung und Beschäftigung, Schulen,

Volkshochschulen, Bildungsinitiativen, Sportvereine und vielfältige Kulturangeboten. Fußläufig in der Nähe der Fachklinik sind eine Schule für abstinente Drogenabhängige, die Volkshochschule, das JobCenter, verschiedene niedergelassene Fachärzte, Kinos, Theater und Oper, Sportanlagen, Schwimmbad, Eisbahn, Geschäfte und Supermärkte, Parkanlagen und Verkehrsmittel (U-Bahn, Bus) zu erreichen.

Die Entwöhnungsbehandlung erfolgt in den Räumlichkeiten der Flughafenstraße 42, 12053 Berlin. Dabei stehen für die Unterbringung der Patienten 35 Einzelzimmer und zwei Doppelzimmer unterschiedlicher Größe zur Verfügung. Zusätzlich gibt es 7 Einzelappartements für Patienten in Adaptionenbehandlung. Des Weiteren verfügt die Einrichtung über eine Reihe von Therapieräumen, Gruppenräumen, Freizeiträumen und extern über eine 600 m² große Tischlerei, in der die Arbeitstherapie durchgeführt wird. Diese liegt ebenfalls im Stadtteil Neukölln, aber ca. 1,5 km von der Therapieeinrichtung entfernt.

Die Fachklinik weist einige prägende Besonderheiten auf.

- Es gibt keine zentrale Essensversorgung. Die Patienten verköstigen sich selbst (z. T. unter Anleitung). Das Essensgeld wird ausgezahlt. Es gibt keinen Wäscheservice. In allen Wohnbereichen stehen Waschmaschinen zur Verfügung.

- Engmaschige Alkohol- und Drogenkontrollen mittels Urin- und Speicheluntersuchungen werden durchgeführt. Bei Rückfall erfolgt in der Regel die Entlassung.

- Die Patienten haben große individuelle Freiheit in der Alltagsgestaltung außerhalb des festgelegten Therapieprogramms.

Insbesondere die Selbstversorgung und die hohe individuelle Freiheit in der Alltagsgestaltung sind eng mit der Tradition des Trägers und es in ihm verankerten Menschenbild verbunden. Danach sind abhängigkeiterkrankte Menschen „kompetent, verantwortlich und entscheidungsfähig“ (Remmert 2003, S. 12). Daraus wird ein partnerschaftliches Verständnis der therapeutischen Beziehung ohne „grenzüberschreitende Überversorgung“ (ebd., S. 12) und Bevormundung abgeleitet. Die Erfahrungen mit diesem Menschenbild sind positiv, soweit es die Akzeptanz bei den Patienten betrifft. Die große Mehrheit der in der Fachklinik behandelten Patienten hat keine Schwierigkeiten, ihre Ernährung und ihre persönliche Hygiene zu gestalten. Auch die hohe individuelle Freiheit führt nicht zu mehr Rückfällen oder Problemen im Therapieverlauf, die auf den freiheitlichen Rahmen zurückzuführen wären. Immer wieder wird allerdings, auch von Seiten der Leistungsträger, ein größerer Eingriff in

die Lebensgestaltung der Patienten in diesen Bereichen gefordert um Freizeitverhalten und Ernährung im Sinne des Rehabilitationsziels (funktionale) Gesundheit zu verbessern.

Entwicklung eines modularen Behandlungskonzepts

Die Prinzipien des Qualitätsmanagements legen ein flexibles Konzept nahe, mit dem schnell auf Anforderungen der Leistungsträger, Notwendigkeiten der medizinischen Rehabilitation und auf gesellschaftliche Änderungen, z. B. im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben, reagiert werden kann. Die DRV-Bund forderte schon 2002 die Entwicklung von Kombinationstherapien und modularen Behandlungsangeboten (vgl. *Schallenberg u. Lindow* 2002). Die Rehabilitanden sollen aktiv an der Behandlung beteiligt werden (vgl. *Hoffmann-Markwald u. Koch* 1993). Dabei soll der Patient zur weitestgehenden Teilhabe am Leben im Sinne des SGB IX befähigt werden. Zur Verbesserung der Behandlung wird die Orientierung auf bestimmte Zielgruppen angeregt (vgl. *Rumpf* 2005). Die Komplexität⁵² der Aufgabe erfordert eine stärkere Vernetzung mit anderen Trägern der Suchthilfe (ambulanten Angeboten, Angeboten im Rahmen des Betreuten Wohnen gemäß § 53 bzw. § 67 SGB XII) und der Rehabilitation (Berufsförderungswerke, Anbieter der beruflichen Fort- und Weiterbildung, Arbeitsverwaltung etc), aber auch eine stärker differenzierte, indikative Leistungen innerhalb der Fachklinik.

Ein modulares Behandlungskonzept stellt in einem allgemeinen Teil die Behandlungsprinzipien dar, die grundsätzlich für alle Behandlungsformen gelten, z. B. in Bezug auf das zu Grunde liegende Menschen- und Persönlichkeitsbild. In den einzelnen Modulen (Langzeittherapie, Auffangbehandlung, Kurzzeittherapie, Kombinationstherapie, ambulante Nachbehandlung) werden dann besondere Behandlungsbedingungen vor Ort und die konkreten Behandlungselemente vorgestellt, die kurzfristig veränderbar sind.

⁵² „Die (...) ICF operationalisiert den Begriff der funktionalen Gesundheit als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person und ihrer Umwelt. Diese Definition von Gesundheit legt nahe, Umwelt- und Umgebungsfaktoren stärker in die Rehabilitation einzubeziehen“ (*Remmert u. Reichert* 2010, S. 9f).

Die Therapiedurchführung orientiert sich an eine Regelkreismodell (*Remmert u. Reichert* 2010, S. 25):

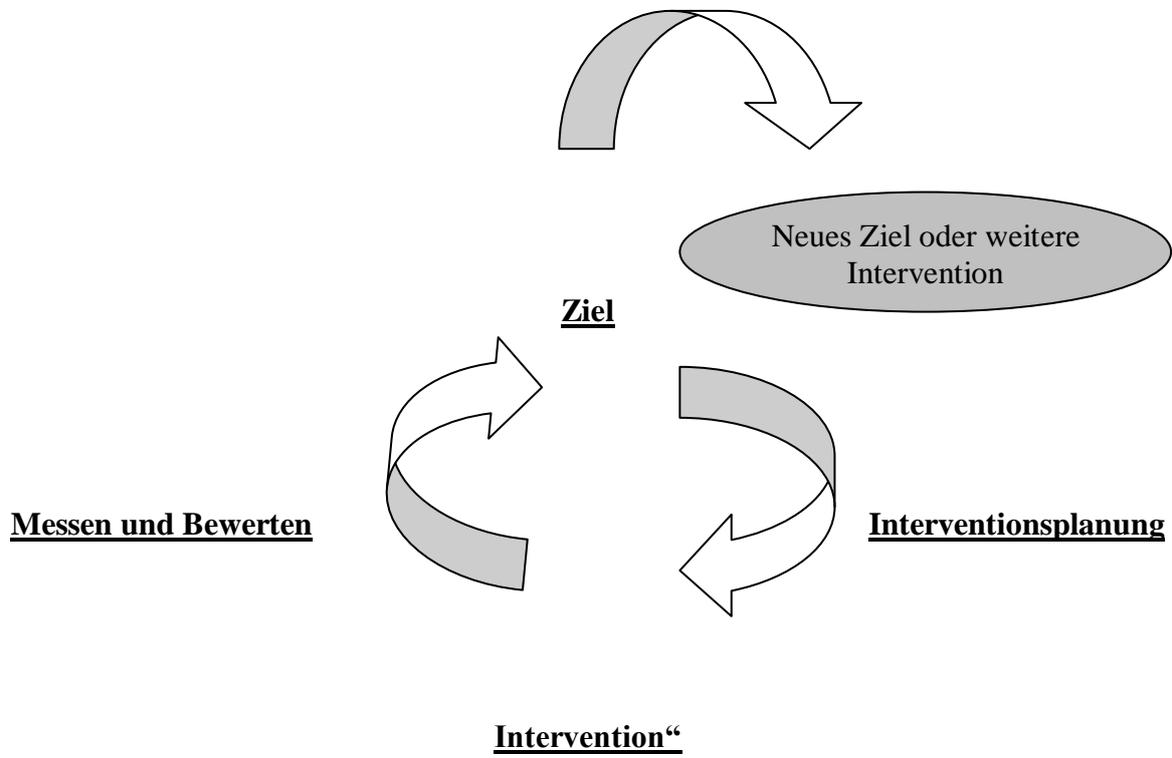


Abbildung 5.4: Regelkreismodell

Substitution im Rahmen des Behandlungskonzeptes Langzeittherapie

In der Fachklinik F42 werden Patienten mit bewilligten Kurz- und Langzeittherapien gemeinsam in Bezugsgruppen, indikativen Gruppen, Arbeitstherapie, Einzel- und Gruppenpsychotherapien und somatischen Therapien behandelt. Eine Trennung von Kurz- und Langzeittherapien durch Aufteilung in getrennte Wohnbereiche, unterschiedliche Bezugsgruppen oder in bestimmte indikative Gruppen findet nicht statt. Substituierte Patienten werden nur in die Langzeittherapie aufgenommen, damit ausreichend Zeit für die Abdosierung der Substitute und zur Bewältigung der Entzugssymptomatik zur Verfügung steht. Die Behandlung ist in zeitlich variable Therapiephasen unterteilt und dauert insgesamt bis zu sechs Monate. In der ersten Phase werden Schwerpunkte im Bereich Diagnostik und Psychoedukation gesetzt. In der zweiten Therapiephase liegt der Schwerpunkt in der Arbeitstherapie, die vormittags mit ca. zwanzig Stunden pro Woche, vorwiegend handwerklich orientiert, durchgeführt wird. Durchgehend nehmen die Patienten an drei bis vier Gruppentherapien in ihrer Bezugsgruppe pro Woche teil, die unterschiedliche

Schwerpunkte setzen. Hinzu kommen indikative Gruppen (z. B. russischsprachige Migrantengruppe, Anti-Gewalt-Gruppe, Körpertherapiegruppe, soziales Kompetenztraining, Malen und Meditation etc.).

Im Rahmen des Langzeittherapiekonzept wird die Substitutionsbehandlung folgendermaßen umgesetzt:

„Vorbereitungsphase

Wir bieten für diesen Patientenkreis eine regelmäßige Sprechstunde und eine Gruppe an, die einmal wöchentlich stattfindet. Der Gruppenbesuch ist verpflichtend. Die genaue Frequenz wird in Absprache mit der leitenden Ärztin festgelegt. Während dieser Phase soll die Rehabilitationsfähigkeit sichergestellt werden und ein mögliches Beigebrauchsmuster analysiert werden. Es erfolgt eine Beigebrauchsentgiftung und die Einstellung einer individuell zu bestimmenden Erhaltungsdosis und ein Erreichen von Dosisstabilität. Grundlage bilden hier die neuen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 19.02.2010 (...).

Aufnahme

Der Patient wird mit der Erhaltungsdosis aufgenommen. Diese wird vorerst beibehalten, die Verringerung der Dosierung wird in einem Plan zwischen leitender Ärztin und Patient fixiert. Dieser Plan wird wöchentlich überprüft.

Im Übrigen nimmt der Patient von Beginn an gemäß seinem individuellen Behandlungsplan an allen therapeutischen Angeboten teil. Mit Ausnahme der morgendlichen Substituteinnahme unterscheiden sich der Patient und die Kriterien der Behandlungsorganisation bei diesem Patienten sowie die Kriterien für bestimmte Behandlungsinhalte in keiner Weise von denen der nicht substituierten Patienten in der Einrichtung (...).

Vergabe und Kontrolle

Die Vergabe erfolgt unter Aufsicht der Leitenden Ärztin (Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie), die über die Zusatzbezeichnung „suchtmedizinische Grundversorgung“ und langjährige Erfahrung auf dem Gebiet der Substitutionsbehandlung und Abdosierung verfügt bzw. durch speziell geschulte und ausgebildete Mitarbeiter“ (Remmert 2010, S. 22 f.).

Die substituierten Patienten werden grundsätzlich nicht anders behandelt als die nicht-substituierte Patienten, d. h. es werden die gleichen diagnostischen Verfahren angewendet, die Indikationsstellung für die therapeutischen Maßnahmen unterscheidet sich nicht und sie unterliegen den gleichen therapeutischen Regeln und der gleichen Hausordnung.

Schrittweise Einführung der Substitutionstherapie

Die Einführung begann mit ersten Überlegungen im Februar 2010:

Februar 2010	Ideen zur Konzepterweiterung.
April 2010	Diskussion mit den Mitarbeitern über die geplanten konzeptuellen Veränderungen. Umfrage bei substituierenden Ärzten nach dem erwarteten Bedarf und der Bewertung des Angebotes.
Mai 2010	Erstellung des neuen schriftlichen Konzepts und Einreichung bei der federführenden Rentenversicherung.
Juni 2010	Besuche bei substituierenden Fachkliniken beginnen. Beginn der Vorbereitungsgruppe für substituierte Patienten. Benachrichtigung der Drogenberatungsstellen über die Planung.
Juli 2010	Notwendige Umbauten in der F42 werden begonnen, z. B. für die Lagerung des Substituts. Einstellung von zusätzlichem medizinischen Fachpersonal.
August 2010	Genehmigung des Konzeptes durch die DRV Berlin-Brandenburg.
September 2010	Benachrichtigung der Beratungsstellen und anderer zuweisenden Institutionen über die Genehmigung des Konzeptes.
Oktober 2010	Erster regelmäßiger Besucher der Vorbereitungsgruppe. Vorstellung auf den 2. Berliner Suchttherapietagen und in der Folge auf weiteren Fachtagen und bei öffentlichen Veranstaltungen.
November 2010	Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit durch Besuche bei allen Trägern in Berlin, die mit substituierten Patienten arbeiten.
Dezember 2010	Bis zu sieben regelmäßige Besucher der Vorbereitungsgruppe. Kostenübernahmen werden durch die DRV abgelehnt, da die Neuerung noch nicht bekannt ist und fälschlich höhere Kosten befürchtet werden. Erster Patient geht in Widerspruch zur abgelehnten Kostenübernahme.
Januar 2010	DRV ist inzwischen gut informiert, verlangt aber mehrere Urinkontrollen, die die Beigebrauchsfreiheit nachweisen. Z. T. wird die maximale Dosierung des Substituts für die Aufnahme vorgegeben, z. B. die Substitution mit höchstens 6 ml (!) Subutex®. Eine weitere Kostenübernahme zur Aufnahme mit Substitut wurde abgelehnt mit der Begründung, dass vorher zwei Kostenübernahmen (allerdings ohne Aufnahme mit Substitut) durch die Antragstellerin nicht wahrgenommen wurden. Die Patientin hatte jeweils die Entgiftungsbehandlungen abgebrochen.
14.1.2010	Erteilung der ersten Kostenübernahme.
24.1.2010	Der erste noch-substituierte Patient wird aufgenommen mit der Dosierung 10 mg/Tag Subutex®.
25.1.2010	Gegen drei Ablehnungen einer substitutgestützten Behandlung werden durch die Ltd. Ärztin mit unterschiedlichem Erfolg Stellungnahmen verfasst. <u>Beispielhafter</u> Ablauf bei Patientin B., gebildet, motiviert, große Probleme, den körperlichen Entzug zu bewältigen: 1. Kostenübernahme (KÜ) für eine Entwöhnungsbehandlung wurde in 2009 genehmigt. 2. KÜ Ende 2009 abgelaufen, da sie nicht entzogen aufgenommen werden kann (zwei abgebrochene Entzugsbehandlungen). 3. KÜ für Entwöhnungsbehandlung mit ausschleichender Substitution wird

	<p>beantragt.</p> <p>4. abgelehnt - ohne Begründung.</p> <p>5. Widerspruch (mit Stellungnahme der Ltd. Ärztin).</p> <p>6. tel. Nachfrage der Ltd. Ärztin: Ablehnung, weil sie schon sechs Therapien gehabt habe - im Prinzip sei ja eine substitutionsgestützte Therapie indiziert... zudem sei sie ja nicht begebrauchsfrei (THC).</p> <p>7. erneuter Widerspruch der Ltd. Ärztin: alle früheren Therapien waren extern (§35 BtmG) motiviert, wurden im Rahmen von Selbsthilfe oder anderen Finanzierungen durchgeführt, keine ging bislang zu Lasten der DRV - außerdem sei Frau B. jetzt begebrauchsfrei (incl. THC)</p> <p>8. Bewilligung einer „Cleantherapie“ (auch so bezeichnet, gemeint ist Aufnahme ohne Substitution).</p> <p>9. Patientin hat bis zum Ende dieser Untersuchung keine Entwöhnungsbehandlung begonnen.</p>
28.2.11	Aufnahme des zweiten substituierten Patienten mit 30 mg Methadon/Tag.
28.3.11	Der erste der aufgenommenen Patienten hat die Substitution beendet und ist „auf Null“.
April 2011	Die Vorbereitungsgruppe hat ca. 10 regelmäßige Teilnehmerinnen. Drei Teilnehmer mit Leistungsträger DRV Bund erhielten negative Bescheide, einer erhielt eine andere Fachklinik zur Abdosierung zugewiesen.
2.5.11	Der zweite, substituiert aufgenommene Patient bricht die Behandlung ab (noch mit 10mg/1ml Methadon).
3.5.11	Der dritte substituierte Patient (40mg Methadon) wird aufgenommen.
1.7.11	Einstellung einer Krankenschwester als zusätzliche medizinische Fachkraft.
15. und 18. 7.11	Zwei weitere Patienten (Herr T. und Herr S.) werden aufgenommen.
27.7.11	Der inzwischen abdosierte dritte Patient (Herr H.) wird nach heimlichem Methadonkonsum in ein Krankenhaus verlegt, das er jedoch nicht aufsucht. Kurze Zeit später bewirbt er sich erneut um eine Behandlung.
12.9. 11	Herr T., aufgenommen am 18.7. ist ab 12.9. abdosiert und bleibt dauerhaft entzogen, bekommt aber noch mal vom 20. bis 24.9. 2 bzw. 1 mg Subutex®.
21.09.11	Die erste substituierte Frau und insgesamt sechste substituierte Patientin wird aufgenommen.
4.10.11	Herr S., aufgenommen am 15.7., ist ab 4.10.11 „auf Null“ (Polamidon) wird aber ab 20.10. wegen nicht aushaltbarer Entzugserscheinungen auf seinen Wunsch hin wieder substituiert, jetzt allerdings mit Subutex® (2 mg bzw. ab 22.10.11 4 mg).
25.10.11	Der siebte substituierte Patient wird aufgenommen.
November 11	Herr H., früher substituiertes Patient, der zwar abdosiert hatte aber nach Rückfall verlegt worden war und die Behandlung dann abbrach, wird ohne Substitut erneut aufgenommen.
30.11.11	Ende der Datenerhebung für diese Untersuchung.

Tabelle 5.1: Einführung der Substitutionstherapie

5.4 Veränderungen in den Jahren 2010 und 2011

Anfangs machte die Einführung der Substitutionsbehandlung lediglich kleinere Veränderungen notwendig, wie zum Beispiel die Anschaffung eines Medikamententresors. Gleichzeitig waren weitere Veränderungen in der Fachklinik zu beobachten, die erstmal in keinem direkten Zusammenhang mit der Einführung der Aufnahme von Substituierten Patienten stehen⁵³.

Im Vorfeld der Konzeptänderungen wurden die möglichen Auswirkungen auf die Patienten und die Fachklinik diskutiert. Bedenken und Hoffnungen wurden formuliert, ein grundsätzlicher Konsens wurde nicht erzielt. Stattdessen wurde beschlossen, es „auszuprobieren“ und zu einem späteren Zeitpunkt die Auswirkungen zu bilanzieren.

Die Öffentlichkeitsarbeit wurde stark intensiviert, vor allem als, trotz regelmäßiger Routineinformationen bei Beratern und Entzugskliniken, starke Informationsdefizite in Bezug auf das neue Angebot „Therapie mit Substituierten“ deutlich wurden. Klar wurde, dass Erfahrungen und Behandlungsziele mit substituierten Patienten in der ambulanten Behandlung auf die Fachklinik projiziert wurden. So war manchen Drogenberatern und Ärzten nicht bekannt, dass eine Abdosierung des Substituts obligatorisch ist und Beikonsum auch von THC oder Alkohol nicht toleriert werden kann. Unklar war auch, ob die Behandlung eher als Alternative bei gescheiterter oder problematisch verlaufender Substitutionstherapie oder als Alternative auch bei positivem Substitutionstherapieverlauf gedacht ist⁵⁴. In der Folge wurde der Bereich Verwaltung, Sozialarbeit, Aufnahmekoordination und Öffentlichkeitsarbeit zum „Patientenmanagement“ zusammengefasst. Auf diese Weise war es möglich, eine durchgehende Vertretungen zu gewährleisten und einer Mitarbeiterin zu ermöglichen, alle Termine außerhalb der Einrichtung wahrzunehmen und umfangreich Besuche in Institutionen anbieten zu können.

Die Idee einer stärker individualisierten Behandlung, die dem persönlichen Behandlungsbedarf angepasst ist, wurde zunehmend umgesetzt. Dafür wurden vermehrt indikative Gruppen angeboten. 2010 waren es ein bis zwei indikative Gruppen pro Woche (Rückfallprophylaxe, russischsprachige Migrantengruppe, Sport) die ein oder mehrmals für

⁵³ Vermutete Zusammenhänge werden im Ergebnisteil dieser Arbeit diskutiert.

⁵⁴ Grundsätzlich soll bei den Patienten Rehabilitationsfähigkeit bestehen und das Rehabilitationsziel realistisch in der bewilligten Therapiezeit erreicht werden können.

bis zu acht Wochen durchgeführt wurden. Ab Mitte 2011 fanden dagegen fünf bis sechs Gruppen pro Woche mit deutlich erweitertem Themenspektrum statt (Skillsgruppe, Gruppe zu Ängsten und Depression, Selbsthilfe und Kommunikation, Anti-Gewalt-Gruppe, Soziales Kompetenztraining, Sport, russischsprachige Migrantengruppe, Körperbildstörungen, Rückfallprophylaxe, Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung und Kochen, Meditation, Elternschule).

Das „Prinzip der Resultatsverantwortung“⁵⁵ (vgl. *Lindenmeyer* 2011) wurde diskutiert und eingeführt. Dies führte zu einer starken Individualisierung der therapeutischen Regeln. Neue allgemeine Regeln werden eingeführt, die stärker disziplinarische und therapeutische Fragen trennen. Therapeutische Regeln sollen nur noch indikationsgeleitet mit dem Patienten vereinbart werden, inklusive einer möglichen Weiterbehandlung nach einem Rückfall. Das größere Indikationsspektrum durch die Aufnahme auch von substituierten Patienten und die höhere Komorbidität der Patienten zwingen zur stärkeren Individualisierung des Behandlungsprogramms. Die Individualisierung der Behandlung führt zu mehr indikationsgeleiteter Arbeitstherapie, die 2010 noch stark standardisiert und für alle Patienten ähnlich durchgeführt wurde. Für 2012 wird die Abschaffung der „Arbeitstherapie Tischlerei“ beschlossen, in der bisher fast alle Patienten pauschal rund 20 Stunden pro Woche tätig waren, zu Gunsten zeitlich und inhaltlich flexiblerer arbeitstherapeutischer Angebote.

Die differenziertere Indikationsstellung macht eine bessere Diagnostik notwendig. Während testpsychologische Diagnostik 2010 eher sporadisch angewandt wurde, wurde diese 2011 deutlich ausgeweitet. Im November 2011 wurde eine entsprechende Verfahrensregel verabschiedet, die die individuelle Testdiagnostik für jeden neu aufgenommenen Patienten bestimmt. Die medizinischen Diagnosemöglichkeiten wurden apparativ und durch Erweiterung des Untersuchungsspektrums bei Laboruntersuchungen verbessert.

⁵⁵ Beim Prinzip der Resultatsverantwortung alle werden Entscheidungen in Bezug auf die Therapie eines Patienten vom Bezugstherapeuten getroffen. Bei ihm laufen alle Informationen zusammen. Die Behandlung wird nicht durch Vorgaben der Vorgesetzten strukturiert, sondern der Mitarbeiter verwaltet in einem grob gesteckten Rahmen seine Ressourcen selbst und verantwortet nur das Resultat. Teamdiskussionen von Entscheidungen entfallen weitgehend, vorgegebene Standards z. B. in Bezug auf Frequenzen therapeutischer Massnahmen, die über die Vorgaben der Leistungsträger hinausgehen entfallen. M. a. W., wie der Therapeut seinen Patienten behandelt, bleibt ihm überlassen, solange das Ergebnis stimmt und die rechtlichen Rahmenbedingungen der Behandlung eingehalten werden.

In Bezug auf das Aufnahmeverfahren wird der Grundsatz der Inclusion statt Integration⁵⁶ diskutiert (vgl. *Wessel* 2011). Pauschale Kontraindikationen, wie z. B. opiat-positive Urinkontrollen am Aufnahmetag, werden nicht mehr genannt. Lediglich hinreichende Rehabilitationsfähigkeit sollte gewährleistet sein.

Die bis Anfang 2010 hohe Personalkonstanz veränderte sich deutlich. Im Jahr 2010 verlassen zwei Bezugstherapeuten das Mitarbeiterteam, in 2011 zwei weitere Bezugstherapeuten, der leitende Sozialarbeiter und zwei Arbeitstherapeuten. Zwei weitere Mitarbeiter haben ihr Ausscheiden für das Jahr 2012 angekündigt. Einige Mitarbeiter wechselten den Arbeitsbereich, neue Mitarbeiter kamen hinzu, insbesondere zwei medizinische Fachkräfte, ein Hausmeister, Honorarmitarbeiter im Bereich Ernährung und Sporttherapie sowie Reinigungskräfte. Dies entlastete therapeutische Mitarbeiter von nicht-therapeutischen Aufgaben wie z. B. die Kontrolle der Hygiene innerhalb einer Bezugsgruppe. Freigewordene Kapazitäten konnten für intensivere Diagnostik und zusätzliche indikative Therapieangebote genutzt werden.

5.5 Zusammenfassung

Die Entwicklungen in der Fachklinik F42 bis zur Aufnahme von substituierten Patienten ähneln in ihrem Ablauf dem von *Indlekofer* (2010) vorgestellten Phasenmodell. Parallel zur Aufnahme von substituierten Patienten sind weitere Veränderungsprozesse zu identifizieren, die den Charakter der Einrichtung deutlich beeinflussen. Die Behandlungsverläufe der Patienten in der Fachklinik haben sich stark individualisiert. Die Therapien werden nach intensiverer Diagnostik indikationsgeleitet ausgestaltet. Die früheren Kontraindikationen für eine Aufnahme wurden abgeschafft oder eingeschränkt, wodurch sich das Spektrum erweitert hat, vor allem hin zu noch nicht vollständig entgifteten, möglicherweise ambivalenteren Patienten und Patienten mit weiteren psychischen oder somatischen komorbiden Erkrankungen. Die Mitarbeiter arbeiten arbeitsteiliger und fachgruppenspezifischer. Die Fachklinik wurde vergrößert, es hat eine deutliche Personalfluktuation stattgefunden. Das neue Angebot der Aufnahme von substituierten Patienten wird zögerlich angenommen. Es können also deutliche Veränderungen bilanziert werden. Die Auswirkungen dieser Veränderungen auf die einzelnen Elemente des Systems sind aber nicht eindeutig.

⁵⁶ Damit ist gemeint, dass sich die Fachklinik so umgestaltet, dass sie in der Lage ist, möglichst alle behandlungsbedürftige Patienten aufzunehmen statt Vorbedingungen zu stellen oder Patienten aufzufordern – und damit oft zu überfordern – sich in ein bestehendes Behandlungssystem zu integrieren.

Die Akzeptanz der Veränderungen in der Mitarbeiterschaft scheint nicht durchgehend gegeben zu sein. Ein Teil der Mitarbeiter verlässt die Fachklinik. Die Veränderungen gehen in Richtung von Klinikstrukturen mit arbeitsteiligem, fachgruppenspezifischem Vorgehen, differenzierter Indikationsstellung und individuellerer Behandlung. Unklar ist aber, ob sich damit auch ein neues „System“ etabliert, oder ob lediglich Prozesse verändert werden, die einen Teil der Mitarbeiter zur Kündigung bewegen, die im übrigen aber in die bestehenden Ordnungsprinzipien der Fachklinik zu integrieren sind. Der Einfluss auf die Patienten und insbesondere, ob die neuen Behandlungsprozesse die gemeinsame Behandlung von substituierten und nicht-substituierten Patienten erleichtern oder erschweren ist noch nicht ersichtlich. Fraglich ist auch, ob die Aufnahme von substituierten Patienten die Veränderungen der Fachklinik in Richtung standardisierter Klinikstrukturen nahelegt. Um mögliche Antworten zu finden werden im folgenden Kapitel Fachkliniken untersucht, die bereits länger mit substituierten Patienten in der Rehabilitationsbehandlung arbeiten.

6 Erfahrungen mit Substitutionstherapie in Fachkliniken zur Rehabilitation von Drogenabhängigen

In der Bundesrepublik gibt es wenige Einrichtungen, die substituierte Patienten in die Behandlung aufnehmen. Der Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik spricht von „ca. 14 Reha-Einrichtungen, die meist ein begrenztes Kontingent ihrer Behandlungsplätze (jeweils 6 bis 10 Plätze) für Patienten unter Substitution geöffnet haben“ (*akzept e. V.* 2010, S. 28). Die meisten dieser Einrichtung werden federführend von einem Regionalträger der DRV betreut.

Die DRV Bund, die rund 45 % aller Versicherten vertritt, verfügt bundesweit über 12 Behandlungsplätze (vgl. *Heinz* 2011). Nach Auskunft von Dr. Köhler⁵⁷ belegt die DRV-Bund zwei stationäre und eine teilstationäre Einrichtung: „...die DRV Bund belegt gegenwärtig folgende Reha-Einrichtungen für substituierte Drogenabhängige: stationär: Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach, Haus Lindscheid Wermelskirchen – Kliniken Wied, teilstationär: - Tagesklinik, Flurstr. 47, 40235 Düsseldorf, (...) Es ist davon auszugehen, dass insbesondere im stationären Bereich die Regionalträger noch weitere Einrichtungen belegen, hier ist zuletzt auch in Baden-Württemberg einiges in Bewegung gekommen⁵⁸...“.

Im Rahmen dieser Arbeit werden die Erfahrungen mit der Aufnahme und Behandlung von substituierten Patienten von insgesamt acht Fachkliniken erhoben und ausgewertet. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Fachkliniken und ihre möglicherweise unterschiedlichen Erfahrungen und Ergebnisse bei der Behandlung von substituierten Patienten sollen Rückschlüsse darüber erlauben, welche Behandlungsbedingungen die Integration von substituierten Patienten erleichtern. Die im vorangegangenen Kapitel aufgeworfene Frage, ob die geschilderte Entwicklung der Fachklinik in Richtung standardisierter Klinikstrukturen die Integration der neuen Patientengruppe erleichtert, kann dadurch möglicherweise beantwortet werden. Neben den schriftlichen Konzepten konnten in vier Fällen systematische Auswertungen und statistische Daten der Kliniken einbezogen

⁵⁷ Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation, Referat 0441 Grundsatzaufgaben der Sozialmedizin, Mail vom 3.6.2010.

⁵⁸ Gemeint ist wahrscheinlich die Fachklinik der Drogenhilfe Tübingen, die ab 1.1.2011 im Rahmen eines bis 2013 befristeten Pilotprojektes substituierte Patienten aufnehmen will. Die dafür aufgestellten Kriterien gehen über die der „Anlage 4“ der Rahmenvereinbarungen hinaus. Insgesamt sind maximal 8 Behandlungsplätze vorgesehen.

werden. Vier Kliniken wurden persönlich besucht und Gespräche mit den (überwiegend leitenden) Mitarbeitern geführt. Zu den übrigen Kliniken wurde telefonisch und schriftlich Kontakt aufgebaut.

6.1 Substitutionsgestützte Rehabilitation von Drogenabhängigen in der „Fachklinik Wendepunkt“ der Drogenhilfe Köln gGmbH⁵⁹

Größe und Konzept

Die Fachklinik „Wendepunkt“ ist eine seit rund 30 Jahren bestehende, relativ kleine Einrichtung zur stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen. Insgesamt stehen 19 Behandlungsplätze zur Verfügung, darunter sechs Behandlungsplätze zur stationären Behandlung von substituierten Patienten (vgl. *Schuhmacher* 2004). In der Einrichtung werden ausschließlich Männer behandelt, wobei in der Regel Langzeitentwöhnungsbehandlungen (sechs Monate) durchgeführt werden. Außerdem existieren vier zusätzliche Plätze zur ganztägig ambulanten Rehabilitation.

Das Angebot der stationären medizinischen Rehabilitation unter Fortführung der Substitution richtet sich im „Wendepunkt“ an Drogenabhängige, die unter Substitution mit Verbleib in ihrem sozialen Umfeld keine weiterreichenden Ziele verwirklichen konnten. Dies sind Männer im Alter von 18 bis 40 Jahren, bei denen neben der Abhängigkeit in der Regel eine weitere psychiatrische Erkrankung vorliegt.

Die Therapieziele unterscheiden sich grundsätzlich nicht von den allgemeinen Zielen der Rehabilitation, die auch bei den nicht substituiert aufgenommenen Patienten verfolgt werden (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, abstinente Lebensführung, soziale Integration etc.). Als Substitute werden im „Wendepunkt“ Methadon, Polamidon und Buprenorphin eingesetzt; die Abdosierung sollte nach einem Drittel, spätestens nach der Hälfte der vorgesehenen Behandlungszeit abgeschlossen sein.

Erfahrungen und Entwicklungen

Die Erfahrungen der ersten drei Jahre mit diesem Behandlungskonzept wurden systematisch ausgewertet (vgl. *Vollmer* 2007). In der Fachklinik wurden in diesem Zeitraum insgesamt 35 Patienten substituiert aufgenommen. Nur in einem Fall wurde bis zum regulären

⁵⁹ Die Angaben beruhen wesentlich auf telefonischen und E-Mail-Kontakten mit Herrn Vollmer, 2011, und der von ihm durchgeführten Auswertung (vgl. *Vollmer* 2007)

Behandlungsende durchsubstituiert. Von Beginn an war die Nachfrage nach dem Behandlungsangebot groß, so dass insgesamt 18 % aller Patienten mit Substitut aufgenommen werden konnten. Der Altersdurchschnitt der substituierten Patienten liegt in der Fachklinik mit 31,9 Jahren fast drei Jahre über dem Altersdurchschnitt der nicht-substituierten Patienten.

Nur einem kleinen Teil der substituiert aufgenommenen Patienten gelang es, die Behandlung regulär zu beenden. Die Gründe der Behandlungsbeendigung stellt Vollmer wie folgt dar:

Jahr	Entlassung	regulär	Abbruch	Diszip. /	Haft	noch da
			auf eig. Wunsch	Ärztl. Veranl.		
2004	2	1	1			
2005	13	3	8	2		
2006	11	1	9	1		
2007	9	1	2	2	1	3
Gesamt	35	6	20	5	1	3

Tabelle 6.1: Entlassungen substituerter Patienten in der Fachklinik Wendepunkt (vgl. *Vollmer 2007*)

Insgesamt beendeten sechs Patienten die Behandlung regulär, ein Patient wurde durchgehend substituiert. Das heißt, rund 80 % der substituierten Patienten (gegenüber 45 % bei den nicht-substituierten Patienten in der Fachklinik) haben die Behandlung nicht wie geplant beendet. Von den 20 Patienten, die die Behandlung von sich aus abgebrochen haben brachen zehn in den ersten zwei Wochen die Behandlung ab. Vollmer führt dies auf falsche Erwartungen auf Seiten der Patienten zurück.

Eine weitere Häufung von Behandlungsabbrüchen wurde gegen Ende der Substitutionsbehandlung beobachtet. Vollmer vermutet hier einen Zusammenhang mit dem Erreichen des persönlichen Behandlungsziels („Clean-Status“) und dem geringen Interesse an weitergehenden Behandlungszielen. Auch eine relative Fixierung auf das Substitut führt beim endgültigen Wegfall des Mittels zu einer Destabilisierung. Insgesamt gelang es 16 der 35 Patienten ihre Substitutionsbehandlung im Rahmen der Behandlung in der Einrichtung „Wendepunkt“ zu beenden.

Bezüglich körperlicher Erkrankungen zeigen sich die substituierten Patienten deutlich stärker belastet. Zwei Drittel der substituiert aufgenommenen Patienten leiden an chronischer Hepatitis. Eine Reihe weiterer organmedizinischer Erkrankungen und Befunden der substituierten Patienten sind Adipositas, Depressivität, paranoide schizoaffektive Psychosen, Nervenlähmung, Zustand nach Unterschenkelamputation aufgrund arterieller Embolie, Schilddrüsenüberfunktion, Zustand nach Herzinfarkt, Herzklappeninsuffizienz, Gastritis, Venenplastik, Hypertonie, Ulcus Cruris, Zustand nach tiefer Beinvenenthrombose etc. Vollmer bilanziert, dass die organmedizinischen Erkrankungen und Befunde der Patienten im Vergleich zu denen der nicht substituierten Patienten insgesamt wesentlich gravierender, häufiger chronifiziert und mit Folgeschäden verbunden sind. Der medizinische Betreuungsaufwand wird insgesamt als wesentlich größer eingeschätzt.

Entsprechend skeptisch beurteilt Vollmer die berufliche Situation der Patienten. Die Chance auf eine berufliche Reintegration ist bei vielen tendenziell geringer und erfordert längerfristige Begleitung und Unterstützung im Vergleich zu den nicht substituierten Patienten. In Bezug auf gerichtliche Auflagen sieht Vollmer keine Unterschiede.

Bezüglich des Zusammenlebens zwischen substituierten und nicht-substituierten Patienten hat sich anfängliche Skepsis aufgelöst. Insbesondere für die substituierten Patienten wirkt sich die konstruktive Auseinandersetzung mit den Mitpatienten, die von vornherein ohne Substitution eine abstinenten Lebensführung anstreben und ähnliche Problemkonstellationen aufweisen, deutlich motivierend, ermutigend und anspornend aus. Befürchtete negative Auswirkungen auf die Gruppe nicht-substituierter Patienten sind nicht festzustellen. Vorbehalte ließen sich häufig durch offene Thematisierung in der Therapiegruppe auflösen. Substituierten Patienten stellen allerdings im Vergleich zu ihren Mitpatienten eine problematische Gruppe dar, weil sie in der Regel deutlich längere Suchtkarrieren und stärkere negative Folgen der Sucht zu tragen haben und häufiger komorbid erkrankt sind. Dies erfordert in der Regel einen größeren und zeitintensiveren Behandlungsaufwand. Auch nach Ende der systematischen Auswertung bis 2007 haben sich in den Folgejahren keine wesentlichen Veränderungen ergeben.

Bilanz

Substituierte Patienten sind häufiger komorbid erkrankt und bedürfen mehr Unterstützung und Behandlung. Die Abbruchquote ist höher als bei nicht-substituierten Patienten. Viele Patienten erreichen Teilziele und erweisen sich als leistungsfähiger und besser in der Lage,

Rehabilitationsziele zu erreichen, als im Vorfeld von den Patienten selbst oder von den Beratern angenommen wird. Die eigentliche Zielgruppe, Patienten mit guter psychosozialer Stabilisierung und wenigen Folgeschäden, aber beruflichen und sozialen Integrationsdefiziten die eine Rehabilitationsbehandlung indiziert erscheinen lassen, gelangen weiterhin kaum in die Behandlung.

6.2 Substitutionsgestützten Rehabilitation von Drogenabhängigen in der „Fachklinik Release“ des Netzwerkes Suchthilfe, Arbeitskreis für Jugendhilfe⁶⁰

Größe und Konzept

Die Drogenfachklinik „Release“ wurde 1996 gegründet. Sie ist die erste Klinik in Deutschland, in der nicht-substituierte und substituierte Drogenabhängige gemeinsam behandelt wurden. Die Einrichtung verfügt über 30 Behandlungsplätze in ländlicher Lage.

Das Konzept der Fachklinik ist vergleichbar mit ähnlich strukturierten ländlichen Drogentherapieeinrichtungen. Es gibt einen medizinischen Dienst, geleitet von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der aufgrund der geringen Größe der Einrichtung nur von ein bis zwei medizinischen Fachkräften in der Einrichtung unterstützt wird. Deshalb ist eine enge Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten vor Ort und in der Umgebung notwendig. Wesentliches Kernstück ist die Psychotherapie, die überwiegend in Bezugsgruppen, in Einzelgesprächen und in indikativen Kleingruppen durchgeführt wird. Die Patienten werden sozialarbeiterisch betreut. Nach einer kurzen Erprobung in der Ergotherapie wechseln die Patienten in die Arbeitstherapie. Hier werden in verschiedenen Bereichen die Arbeitsfähigkeit und die allgemeine berufliche Leistungsfähigkeit gefördert und trainiert.

Erfahrungen und Entwicklungen

Während der Laufzeit des Modellprojektes wurden insgesamt 219 nicht-substituierte und 215 substituierte Patienten behandelt. Inzwischen werden fast alle Patienten, die zur Entwöhnungsbehandlung in die Einrichtung kommen, substituiert. Bereits im Modellprojekt zeigte sich, dass die substituierten Patienten im Durchschnitt zwei Jahre älter als die nicht-substituierten Patienten waren. Dieser Trend hat sich fortgesetzt, wobei in der Fachklinik

⁶⁰ Die Angaben dieses Abschnittes beruhen auf dem persönlichen Gespräch mit Herrn Schinner, dem Bericht „Erfahrungen und Ergebnisse des Modellprojektes zur medizinischen Rehabilitation nicht-substituierter und übergangsweise substituierter Drogenabhängiger aus den Jahren 1996 bis 2000“ (*Arbeitskreis für Jugendhilfe* 2001) und einem Vortrag beim Arbeitskreis substituierender Ärzte der KV Berlin (vgl. *Schinner* 2010).

kaum noch Vergleiche möglich sind, da sich inzwischen kaum noch nicht-substituierte Patienten um eine Behandlung im Release bewerben. Insgesamt wurde bereits im Modellprojekt festgestellt, dass durch das Angebot für substituierte drogenabhängige Patienten insbesondere ältere Versicherte erreicht wurden. Der Frauenanteil an den Patienten konnte im Rahmen des Modellprojekts verdoppelt werden. Während bei den nicht-substituierten Patienten lediglich 12,4 % Frauen⁶¹ waren, war der Anteil bei den substituiert aufgenommenen Patienten 24,2 %. Insgesamt wird eine Erweiterung des Kreises erfolgreich behandelter Drogenabhängiger bilanziert.

Während des Modellprojekts wiesen die substituiert aufgenommenen Patienten eine deutlich längere „Drogenkarriere“ und häufiger eine komorbide Erkrankungen auf. 7 % der substituiert aufgenommenen Patienten im Modellprojekt waren HIV positiv und 74 % Hepatitis C positiv. Im Gegensatz dazu lag der Anteil bei den nicht-substituierten Patienten hier nur bei 1 % (HIV) bzw. 58 % (Hepatitis C). Darüber hinaus waren eine Reihe von weiteren schweren Erkrankungen und psychiatrischen Krankheitsbildern bei den substituierten Patienten häufiger vorzufinden. Durch den Anstieg des Anteils substituiertes Patienten in der Fachklinik erhöhte sich auch der medizinische Behandlungsbedarf. Auf Grund erheblicher Gesundheitsstörungen können ca. 20 % der substituierten Patienten während der Behandlung nicht abdosieren.

In der Auswertung des Modellprojekts zeigte sich, dass die substituierten Patienten häufiger über Therapievorverfahren⁶² und seltener über Therapieauflagen durch die Justizbehörden verfügten. Während in der Laufzeit des Modellprojekts der Anteil der Patienten mit einer Therapieauflage gemäß § 35 BtmG bei circa 30 % lag, ist inzwischen dieser Anteil auf 70 - 80 % gestiegen. Vermutet wird eine Tendenz der Justizbehörden, substituierten Patienten auf Grund des hohen medizinischen Behandlungsbedarfs schneller eine Strafzurückstellung zu gewähren, um Probleme in den Haftanstalten mit der Substitutionsbehandlung zu vermeiden. Dies könnte zur stärkeren Inanspruchnahme der Fachklinik durch Patienten mit einer Behandlungsaufgabe geführt haben.

⁶¹ Der überdurchschnittliche Frauenanteil, der im Modellprojekt beobachtet wurde, hat sich in den Folgejahren nicht in gleicher Form erhalten. Möglicherweise liegt dies daran, dass der Anteil sozial integrierter Patienten zunehmend abgenommen hat und der Anteil der Patienten mit juristischen Auflagen gestiegen ist.

⁶² Die häufigere Therapievorverfahren der Substituierten wird eher als Therapiehemmnis interpretiert (vgl. mit anderen Ergebnissen allerdings *Remmert 2008, Schickentanz 2011*).

Im Modellprojekt wird die reguläre Entlassungsquote von 30 - 40 % als vergleichbar mit der Entlassungsquote anderer Rehabilitationseinrichtungen angesehen und vor dem Hintergrund der Besonderheiten der substituiert aufgenommenen Patienten als Erfolg gewertet.

Während in den ersten zwei Jahren die Anfangsdosis durchschnittlich bei 100 mg Methadon lag, liegt zur Sicherstellung der Rehabilitationsfähigkeit inzwischen die maximale Eingangsdosis bei 60 mg, häufig aber auch darunter. Dabei wird üblicherweise mit Methadon substituiert. Eine Umstellung wird nach Möglichkeit während der Behandlung vermieden.

Es gibt keine Schwierigkeiten im Zusammenleben zwischen den substituierten und nicht-substituierten Patienten. Insbesondere eine höhere Rückfallgefährdung der abstinenten Patienten durch die Substitution wird nicht festgestellt. Die substituierten Patienten profitieren häufig von den nicht-substituierten Patienten im Sinne eines Ansporns.

In den Jahren nach 2000 stieg der Anteil substituiert aufgenommener Patienten stetig an, so dass nun rund 90 % der Patienten mit laufender Substitution aufgenommen werden. Dies wird auf Vorbehalte der Beratungsstellen und Leistungsträger zurückgeführt, die sich vom Angebot abgrenzen und ausschließlich abstinenzenorientierte Angebote bevorzugen. Dadurch entwickelte sich die Fachklinik ungewollt zu einem Spezialangebot für substituierte Patienten.

Bilanz

Insgesamt wird ein Patientenkreis erreicht, dessen Prognose häufig sehr schlecht ist, das heißt Menschen, die auch unter Substitution keine Fortschritte erzielen und in einer sehr schwierigen gesundheitlichen Situation sind. Eine gemeinsame Behandlung von nicht-substituierten und substituierten Patienten ist problemlos möglich und schafft keine zusätzlichen Konflikte im Therapiealltag. Die Abschlussquote der substituierten Patienten ist geringer. Bei regulärem Abschluss ist die Vermittlung in Arbeit genauso gut möglich wie bei nicht-substituierten Patienten.

6.3 Substitutionsgestützte Rehabilitation von Drogenabhängigen in den „Fachkliniken Nordfriesland gGmbH“, Bredstedt⁶³

Größe und Konzept

Zu der Fachkliniken Nordfriesland gehören neben dem Klinikbetrieb eine Drogenambulanz in Kiel, Suchtberatungsstellen, eine Übergangseinrichtung, zwei Wohnheime und ein Adaptionshaus. Die DRV Nord ist der zuständige und federführende Leistungsträger. Insgesamt stehen in der Klinik 63 Behandlungsplätze für Rehabilitationsbehandlungen und 40 Plätze für Entzugbehandlungen zur Verfügung, wobei 20 Plätze für drogenabhängige und 20 Plätze für alkoholabhängige Patienten zur Verfügung stehen. Eine Verschiebung ist je nach Nachfrage möglich. Im Rahmen der stationären Rehabilitation sollen 24 der 63 Behandlungsplätze mit drogenabhängige Patienten belegt werden. Auch hier sind Verschiebungen möglich, so dass eine hohe Flexibilität bei der Belegungsplanung gegeben ist. Zu Grunde liegt ein ausführliches therapeutisches Konzept für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (vgl. *Mai et al.* 2008). Im Konzept wird ausführlich auf die ICF eingegangen, jedoch ohne spezielle diagnostische oder therapeutischen Maßnahmen daraus abzuleiten. Substituierte Menschen werden seit 1999 aufgenommen. Statistische Auswertungen konnten nicht zur Verfügung gestellt werden.

Eine dosisabhängige Aufnahme der Patienten findet nicht statt. Entscheidend ist, inwiefern der Patient rehabilitations- und psychotherapiefähig erscheint. Gegebenenfalls können die Kapazitäten der Entgiftung mitgenutzt werden. Nur örtlich in der Nähe wohnende Patienten haben ein Vorgespräch in der Rehabilitationseinrichtung.

Die Arbeitstherapie spielt in der Fachklinik eine relativ geringe Rolle. Sie wird in der Regel als Block in Form von Projekten durchgeführt, nimmt im Durchschnitt aber nicht mehr als fünf Wochenstunden ein. Hinzu kommt ein Programm von zwei bis drei indikativen Gruppen pro Woche und eine zweimal wöchentlich stattfindende Bezugsgruppe. Das Programm wird ergänzt durch Einzelgespräche und ärztliche Visiten. Hinzu kommt die Möglichkeit, an verschiedenen Freizeitaktivitäten teilzunehmen.

⁶³ Die Angaben dieses Abschnittes beruhen auf einem Besuch in der Fachklinik im Jahr 2010 und dem persönlichen Gespräch mit den Mitarbeitern, insbesondere dem Leiter der Einrichtung, Herrn Dr. Petersen.

Erfahrungen und Entwicklungen

Von den zur Entwöhnungsbehandlung aufgenommenen drogenabhängigen Patienten sind 10 bis 20 % substituiert. Diese Patienten sind von Beginn an in den Klinikalltag voll integriert, zusätzlich steht ihnen eine indikative Gruppe zum Thema Substitution zur Verfügung. Die Ausgangsregeln werden wie bei nicht-substituierten Patienten gehandhabt. Es ist immer wieder notwendig, Patienten aus medizinischen Gründen durchzusubstituieren und nicht, wie eigentlich konzeptuell und inhaltlich vorgesehen, die Substitution während der Entwöhnungsbehandlung zu beenden. Diesbezüglicher Kritik der Leistungsträger konnte bisher immer angemessen und befriedigend begegnet werden. Der Anteil der durchsubstituierten Patienten wird auf bis zu 40 % geschätzt. Dabei werden in der Gruppe der substituierten Patienten nicht mehr Rückfälle beobachtet, die Anzahl der Rückfälle sei eher etwas geringer als bei nicht-substituierten Patienten. Die Behandlungsergebnisse seien im übrigen mit denen der nicht-substituierten Patienten vergleichbar, zumindest wenn lange genug, d. h. mindestens drei Monate, in der Behandlung selbst nicht mehr substituiert wird. Wenn die Abdosierung nur sehr schwer und erst kurz vor Ende der Entwöhnungsbehandlung gelingt ist die Abstinenzstabilität geringer.

Bilanz

Insgesamt wird in den Fachkliniken Nordfriesland die Substitution als sehr unspektakulär wahrgenommen. Auch innerhalb der Patientengruppe werden keine Konflikte beobachtet, die sich an der Tatsache der Aufnahme von noch-substituierten Patienten entzünden. Die Behandlungsergebnisse der substituierten und nicht-substituierten Patienten werden nicht unterschiedlich wahrgenommen. Allerdings wird die Abdosierung häufig als problematisch und nicht immer als indiziert angesehen. Möglicherweise hängt die geringe Rückfallquote der substituierten Patienten mit der indikativ bei rund 40 % der Patienten durchgeführten Fortsetzung der Substitutionsbehandlung über den gesamten Rehabilitationszeitraum zusammen.

6.4 Substitutionsgestützte Rehabilitation von Drogenabhängigen in der „Fachklinik Hohehorst“ der STEPS-SUCHTREHA, Bremen gGmbH⁶⁴

Größe und Konzept

Bei dem Therapiezentrum „Hohehorst“ handelt es sich um eine Fachklinik mit 55 Behandlungsplätzen. Zuletzt wurde die Adaption in eine externe Adaptionseinrichtung verlagert, so dass nunmehr ausschließlich Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt werden. Deren Dauer wurde durch den federführenden Leistungsträger, die DRV Oldenburg-Bremen, auf maximal 19 Wochen begrenzt.

Das Therapiezentrum „Hohehorst“ befindet sich in einer alten Kaufmannsvilla bei Bremen. Das ca. acht Hektar große Gelände ist mit vielfältigen Arbeits- und Freizeitmöglichkeiten ausgestattet. Das Therapieangebot richtet sich an Frauen, Männer und Paare ab 18 Jahren sowie Eltern mit ihren Begleitkindern. Die Behandlung erfolgt durch ein multiprofessionelles Team mit ärztlicher Leitung in einem Bezugstherapeuten-System. Jedem Patienten wird wöchentlich ein Psychotherapiegespräch angeboten, darüber hinaus finden täglich indikative Gruppentherapien statt. Neben Bewerbungstraining und externen Praktika wird in der Arbeitstherapie vor allem die Mitarbeit in Bereichen wie Küche, Hauswirtschaft, Haustechnik, Einrichtungscoordination und Recycling von den Patienten erwartet.

Seit 1999 werden in die Entwöhnungsbehandlung substituierte Patienten aufgenommen. Vorbedingung ist ein verbindliches Informationsgespräch. Dabei wird die Dosierung des Substituts bei Aufnahme besprochen. Der Patient wird während der Abdosierung nicht von bestimmten Therapieinhalten befreit.

Erfahrungen und Entwicklungen

Die Abdosierung beginnt nach einer Woche Eingewöhnungszeit und dauert in der Regel nicht länger als drei bis vier Wochen, höchstens jedoch sechs Wochen. Besondere Schwierigkeiten treten nicht auf. Die Patienten müssen eher zu einem langsameren statt zu einem schnelleren Abdosierungstempo angehalten werden, da manche die zu erwartenden Entzugserscheinungen unterschätzen. Zum Zeitpunkt des Gesprächs waren 7 von 42 Patienten noch substituiert, insgesamt sollen höchstens 15 Patienten bei Vollbelegung gleichzeitig substituiert werden.

⁶⁴ Die Angaben dieses Abschnittes beruhen auf einem persönlichen Besuch in der Fachklinik im Jahr 2010 und dem persönlichen Gespräch mit den Mitarbeitern, insbesondere Frau Tessloff, Therapeutische Leiterin und Herrn Gille, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und leitender Arzt des Therapiezentriums.

Die Erfahrungen mit der Abdosierung und dem Zusammenleben von substituierten und nicht-substituierten Patienten sind unspektakulär. Bei der Abdosierung wird die Dosis des Substituts immer nur verringert, nie jedoch erhöht. In seltenen Fällen muss bei starken Entzugserscheinungen eine Krankenhauseinweisung erfolgen. Eine Umstellung auf ein anderes Substitut wird grundsätzlich nicht durchgeführt.

Die substituierten Patienten werden als eine von mehreren Subgruppe innerhalb der Patientenschaft wahrgenommen (Türken, junge Erwachsene, Frauen, Russland-Deutsche usw.). Zwar gibt es gelegentlich Interaktionsprobleme zwischen dieser Subgruppe und den anderen Patienten, dies trifft jedoch in gleichem und oft auch erheblich höherem Ausmaß auf Gruppenkonflikte zwischen anderen Subgruppen zu.

Die Klinik musste 2008 nach einer Insolvenz neu strukturiert werden. Unter der damit verbundenen Unruhe und Umstrukturierung litt besonders der Therapieerfolg der substituierten Patienten. Von den 2008 mit Substitut aufgenommenen Patienten beendete kein Patient die Entwöhnungsbehandlung regulär. Die substituierten Patienten benötigen ein gewisses Maß an „Sonderzuwendung“, z. B. durch die angebotene NADA-Akupunktur, um mit nicht-substituierten Patienten vergleichbare Therapieergebnisse zu erzielen.

Bilanz

Die Rückfallhäufigkeit der substituierten Patienten entspricht dem Durchschnitt in der Fachklinik oder ist nur leicht erhöht. Die Abdosierung und das Zusammenleben der Patienten sind eher unproblematisch. In den vergangenen Jahren gingen Aufnahmen von nicht-opiatabhängigen Patienten zurück. Eine Verschiebung in der Patientenstruktur hin zu Opiatabhängigen Patienten wird beobachtet. Zuletzt waren 90 bis maximal 95 % der Patienten Opiatkonsumenten. Patienten mit länger dauernder Substitution in der Vorgeschichte, insbesondere mit Polamidon, wirken emotional und kognitiv stark verflacht. Hieraus ergeben sich Probleme durch die verkürzten Therapiezeiten, da viele Patienten erst nach Absetzen des Substituts und einer gewissen Erholungszeit effektiv psychotherapeutisch mitarbeiten können. Zusätzliche körperliche Erkrankungen bei substituierten Patienten behindern die Rehabilitation bisher nicht.

6.5 Substitutionsgestützte Rehabilitation von Drogenabhängigen in der „Fachklinik Nettetal“ der Caritas⁶⁵

Größe und Konzept

Die Fachklinik verfügt über 37 Behandlungsplätze ausschließlich für Männer. Die Einrichtung war früher nach den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft organisiert. Eine wesentliche Umorientierung fand durch die Einführung des Behandlungsschwerpunktes „Psychose und Sucht“ vor ca. zehn Jahren statt. Damit verbunden war eine intensive Diskussion um den Einsatz von Psychopharmaka in der Rehabilitation und die damit verbundene „Medizinalisierung“. Diese Diskussion veränderte die Institution und ihr Image und erleichterte die Einführung der substitutionsgestützten Rehabilitation, da nur noch „ein weiteres Medikament hinzukam“. Im Unterschied zur Personengruppe „Psychose und Sucht“ werden die substituierten Patienten auch nicht als besonders bedürftig oder wesentlich stärker komorbid erkrankt wahrgenommen.

Erfahrungen und Entwicklungen

Die Anzahl der substitutionsgestützt behandelten Patienten ist gering. Pro Jahr sind es ca. drei bis sieben Patienten, deren Behandlungsverlauf und deren Behandlungsergebnisse sich nicht von denen der anderen Patienten unterscheidet. Insbesondere wird keine erhöhte Rückfallwahrscheinlichkeit beobachtet. Allerdings werden mehr Behandlungsabbrüchen und disziplinarischen Entlassungen bei Überforderung durch die Abdosierung berichtet (vgl. *Sylvester* 2011). Eine „Durchsubstituierung“ kommt sehr selten und nur mit klarer medizinischer Indikation vor. Die Patienten werden nicht als stärker körperlich komorbid erkrankt wahrgenommen, lediglich Angststörungen und Depressionen werden häufiger beobachtet. Ein Zusammenhang mit dem eher geringeren Altersdurchschnitt der Patienten (25 Jahre) wird vermutet. Auch die substituierten Patienten sind durchschnittlich im selben Alter wie die nicht-substituierten Patienten.

Die Aufnahme der substituierten Patienten führte zu keiner Veränderung in der Nachfrage oder in der Zusammensetzung der aufgenommenen Patienten. Die Vorbereitung der Patienten erfolgt durch die Entgiftungsstation eines kooperierenden Krankenhauses. Hier werden die

⁶⁵ Die Angaben dieses Abschnittes beruhen auf Telefonaten im Jahr 2011 mit Herrn Boder, Therapeutischer Leiter der Fachklinik und der Vorstellung der Fachklinik auf der akzept-Fachtagung 2011 in Berlin (vgl. *Sylvester* 2011).

Patienten beraten und an die Fachklinik vermittelt, wenn eine substitutionsgestützte Behandlung indiziert erscheint.

Die Vergabe des Substituts erfolgt durch die Institutsambulanz des kooperierenden Krankenhauses. Die Patienten sind voll in das Behandlungsprogramm integriert. Zu Konflikten mit Mitpatienten und Störungen im täglichen Zusammenleben zwischen substituierten und nicht-substituierten Patienten kommt es kaum. Einzelne Mitpatienten lehnen die substituierten Patienten aber immer wieder stark ab. Insgesamt ist das Zusammenleben eher unspektakulär, ein besonderer Gewinn, z. B. durch eine verstärkte Thematisierung von Entzug, Substitution und verschiedenen „Wegen aus der Sucht“ ergibt sich aber auch kaum.

Bilanz

Die Integration der wenigen substituierten Patienten in die Behandlung gelingt und wirft keine besonderen Probleme auf, was vor allem auf die gleichzeitige Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen zurück geführt wird. Dies hat die Akzeptanz von medikamentösen und individuellen Behandlungsstrategien erhöht. Gleichzeitig besteht eine enge Kooperation mit einem Krankenhaus. Kritisch besteht der Eindruck, dass gegenwärtig eher die zunehmende Medizinalisierung der Entwöhnungsbehandlung – wozu auch die substitutionsgestützte Behandlung beitrage – hinterfragt werden sollte, da die Selbstverantwortung der Patienten hierdurch verringert wird.

6.6 Substitutionsgestützte Rehabilitation von Drogenabhängigen in der „Klinik am Kronsberg“ der STEP gGmbH in Hannover⁶⁶

Größe und Konzept

Die Fachklinik „Klinik am Kronsberg“ entstand durch die Zusammenlegung mehrerer kleinerer Therapieeinrichtungen des Trägers STEP gGmbH. Sie umfasst 80 stationäre und 8 teilstationäre Behandlungsplätze, die je zur Hälfte drogenabhängigen und alkoholabhängigen Patienten zur Verfügung stehen. Die Behandlung erfolgt nach einem integrierten und individualisierten Konzept. Die Ausgangsregeln erlauben unbegleitete Ausgänge und Heimfahrten bereits nach der ersten Behandlungswoche.

⁶⁶ Die Angaben dieses Abschnittes beruhen auf Telefonaten im Jahr 2011 mit Herrn Radam, Therapeutischer Leiter der Fachklinik.

Im Durchschnitt sind ca. 30 Plätze mit substituierten Patienten belegt. Beschränkungen durch ein Kontingent für substituierte Patienten existieren nicht. Eine Höchstdosis bei Aufnahme ist nicht festgelegt. Dosierungen über 100 mg Methadon sind eher die Ausnahme. Die Abdosierung vom Substitut ist eines von mehreren Behandlungszielen und wird anderen Rehabilitationszielen nicht übergeordnet. Rund 40 % der Patienten werden bis zum Behandlungsende durchsubstituiert.

Erfahrungen und Entwicklungen

Die Patienten werden als deutlich komplexer gestört erlebt als andere drogenabhängige Patienten oder alkoholabhängige Patienten in der Fachklinik. Dabei stehen psychische Störungen, vor allem durch Traumata, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen im Vordergrund. An somatischen Erkrankungen werden vor allem chronische Schmerzerkrankungen und Infektionen berichtet. Die substituierten Patienten sind zusammen mit anderen drogenabhängigen und alkoholabhängigen Patienten in Bezugsgruppen integriert. Das übrige Behandlungsprogramm richtet sich jedoch stark nach der individuellen Problemlage und den Ressourcen des Patienten, so dass sich die Behandlungspläne aller Patienten stark unterscheiden.

Die Rückfallhäufigkeit während der Behandlung ist bei den substituierten Patienten deutlich erhöht. Dies hängt mit unterschiedlichen Abstinenzvorsätzen der Patientengruppen, z. B. in Bezug auf Alkohol zusammen. Rückfälle führen jedoch in der Regel nicht zur Entlassung. Die Aufnahme von substituierten Patienten war bei den Mitarbeitern nie umstritten. Bei dem zuständigen Leistungsträger hatte sich die Klinik jahrelang für die Bewilligung eines solchen Konzeptes eingesetzt. Auch Konflikte zwischen den Patienten gibt es selten und in der Regel nur, wenn substituierte Patienten auf Grund einer hohen Dosis des Substituts deutlich intoxikiert wirken und den therapeutischen Inhalten innerhalb der Bezugsgruppen nicht angemessen folgen können.

Bilanz

Die Behandlungsergebnisse werden positiv bewertet, rund 70 % der Patienten beenden die Behandlung planmäßig. Die integrierte Behandlung von alkohol- und drogenabhängigen Patienten wird als empfehlenswert und hilfreich für die substituierten Patienten erlebt – nicht zuletzt um immer wieder der Gefahr einer „Szenebildung“ in der Klinik zu begegnen.

6.7 Substitutionsgestützte Rehabilitation von Drogenabhängigen in den „Kliniken Wied“, Facheinrichtung für psychosomatische Medizin, Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen⁶⁷

Größe und Konzept

Die „Kliniken Wied“ sind seit 1974 in der medizinischen Rehabilitation tätig. Insgesamt stellen die „Kliniken Wied“ 4 von 214 stationären Behandlungsplätzen für substituierte Patienten zur Verfügung. Im Behandlungskonzept wird die Adosierung der substituierten Patienten beschrieben (vgl. *Funke u. Schröder* 2008). In einer Erweiterung (*Funke et al.* 2010) werden auch Erfahrungen aus der Behandlung substituierten Patienten seit 2002 dargelegt und aufgearbeitet.

Die Fachklinik verfolgt ein integriertes Behandlungskonzept. In einer Bezugsgruppe können bis zu 50 % drogenabhängige Patienten behandelt werden, der Anteil liegt aber in der Regel deutlich darunter. Die Behandlungsdauer richtet sich nach dem individuellen Behandlungsbedarf und beträgt zwischen 6 und 26 Wochen. Das Behandlungskonzept ist tiefenpsychologisch orientiert, greift aber eine Reihe weiterer Behandlungsverfahren auf. Neben Psychoedukation und indikativen Elementen aus Ergo- und Arbeitstherapie, Bewegungstherapie, Physiotherapie und Sozialarbeit stellen pflegerische und medizinische Behandlungen besondere Schwerpunkte dar. In der Klinik sind neun Ärzte tätig, die unterschiedliche Fachrichtungen abdecken. Bei der Zusammenstellung der Bezugsgruppen werden bestimmte weitere Indikationen, z. B. somatische Erkrankungen, berücksichtigt.

Erfahrungen und Entwicklungen

Die Einführung von Substitutionsbehandlung in die Rehabilitation war in den Fachkliniken Wied anfangs mit einer Vielzahl von Befürchtungen und Fragen verknüpft. „Wie würden die abstinenten auf die substituierten Patienten reagieren? Wäre nicht eine Häufung von Rückfällen oder massiver Widerstand zu erwarten? Würden die substituierten Patienten nicht wie ‚dauernd rückfällig‘ und damit möglicherweise ‚ansteckend‘ wirken? Wie würde sich dieses Behandlungsprogramm auf die Arbeitsatmosphäre auswirken?“ (*Funke et al.* 2010, S. 7

⁶⁷ Die Angaben dieses Abschnittes beruhen auf einem persönlichen Besuch in der Fachklinik im Jahr 2011 und dem persönlichen Gespräch mit Prof. Dr. Funke, Leitende Psychologin und ihren Mitarbeitern sowie den überlassenen Unterlagen und Vortragsmanuskripten.

f). Die Autoren bilanzieren, dass sich diese Fragen recht schnell entlastend und praxistauglich beantworten ließen.

Insgesamt wurden zwischen 2002 und Juni 2010 82 Patienten zur substitutionsgestützten Entwöhnungsbehandlung aufgenommen. Davon waren 30,5 % Frauen. Das durchschnittliche Alter zu Therapiebeginn betrug 37,5 Jahre, wobei die Frauen im Durchschnitt drei Jahre jünger waren als die männlichen Patienten. Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer betrug 17,2 Jahre. Die Eingangsdosis des Substituts ist konzeptuell auf 60 mg Methadon oder äquivalent begrenzt (vgl. *Funke u. Schröder* 2008) und betrug tatsächlich durchschnittlich 47,4 mg. Die Dauer bis zur vollständigen Abdosierung betrug rund zehn Wochen, wobei der Range 10 bis 120 Tage betrug. Rund 67 % der Patienten wurden während der Behandlung rückfällig, 43 % der Patienten sogar mehrmals (vgl. *Funke et al.* 2010).

34 % der Patienten brachen die Behandlung ab, 2 % wurden disziplinarisch entlassen, 4 % verlegt. 28 % wurden auf medizinische und therapeutische Veranlassung entlassen, 4 % vorzeitig mit Einverständnis. 27 % beendeten die Behandlung regulär oder wechselten in eine Adaptionenmaßnahme oder ambulante Weiterbehandlung, Sinnvoll erscheint die Lösung von „eindimensionalen“ Zielvorstellungen um sich mit einem notwendigerweise intermittierenden und langfristigen Behandlungsbedarf zum Erreichen von Behandlungsteilerfolgen auseinanderzusetzen. „Die substitutionsgestützte Entwöhnungsbehandlung als Bestandteil einer intermittierenden, langfristig angelegten Rehabilitationsstrategie bedeutet die Anerkennung und Akzeptanz von Teilerfolgen auch für unvollständige Behandlungsverläufe und die Erreichung von Zwischenzielen. Erfahrungsgemäß zeigen sich in der Folge in unserem Haus auch für Patienten mit irregulärem Behandlungsabschluss Übergänge in andere, abstinenzbasierte Behandlungsprogramme“ (*Funke et al.* 2010, S. 5).

Eine besondere Herausforderung liegt in der deutlich erhöhten Häufigkeit von Suchtmittelkonsum bei den substituierten Patienten während der Entwöhnungsbehandlung (vgl. *Köhler u. Schickentanz* 2010). Besonders häufig treten Rückfälle bei Patienten auf, denen bereits vor der Entwöhnungsbehandlung die Beigebrauchsentgiftung nicht oder nur schwer gelang und die im Nachhinein von heimlichem Beikonsum in der Vorbereitungsphase berichten. Rückfälle scheinen sich auch dann zu häufen, wenn das Substitut komplett abgesetzt wird und die „totale Abstinenz“ erreicht wird. Ein hoher (Einzel-)Betreuungsaufwand in Therapie, Pflege und Medizin mit entsprechendem

personellem und materiellem Bedarf bei den substituierten Patienten wird berichtet (vgl. *Funke et al.* 2010, *Köhler u. Schickentanz* 2010). In der Regel sind die substituierten Patienten schwerer erkrankt als ihre nicht-substituierten Mitpatienten. Das Durchschnittsalter liegt weiterhin circa fünf Jahre über dem Durchschnittsalter der nicht substituierten drogenabhängigen Patienten. Eine durchgehende Substitution von Patienten wird grundsätzlich vermieden und ist bisher bei voller Ausschöpfung der Behandlungsdauer von 26 Wochen nicht notwendig gewesen.

In den Kliniken Wied findet eine sehr genaue Vorauswahl geeigneter Patienten statt. Insbesondere werden auch die Kriterien der „Anlage 4“ in Bezug auf berufliche und schulische Anforderungen an die Patienten berücksichtigt. Von den 87 zwischen 2002 und 2011 behandelten Patienten waren lediglich sieben ohne Schulabschluss oder machten keine Angaben. 38 % verfügten über einen Hauptschulabschluss, 34,5 % über einem mittleren Bildungsabschluss und 19,5 % über die Fachhochschulreife bzw. das Abitur. 17 % befanden sich bei Aufnahme der Entwöhnungsbehandlung noch in einem festen Arbeitsverhältnis (vgl. *Köhler u. Schickentanz* 2010). Nur ca. jeder zehnte Patient, der sich in der Fachklinik bewirbt, erhält schließlich eine positive Aufnahmezusage.

Bilanz

Die Aufnahme von substituierten Patienten hat sich bewährt. Negative Effekte auf die Gesamteinrichtung sind nicht zu verzeichnen, die substituierten Patienten profitieren von der Behandlung, die Anzahl der irregulären Beendigungen ist relativ gering. Allerdings gibt es durch die häufigen körperlichen komorbiden Erkrankungen und durch die häufigere Rückfälligkeit im Vergleich zu den nicht-substituierten Patienten einen erhöhten Behandlungsbedarf. Dem trägt die Klinik u. a. dadurch Rechnung, dass nur vier Plätze für substituierte Patienten zur Verfügung gestellt werden. Die individualisierte Behandlung wird durch die vielfältigen indikativen Angebote auf die speziellen Bedürfnisse der substituiert aufgenommenen Patienten zugeschnitten, gleichzeitig wird die Substitution nur als eine von vielen individuellen Besonderheiten bei Patienten in der Klinik wahrgenommen.

6.8 Substitutionsgestützte Rehabilitation von Drogenabhängigen in der psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach, „Haus Lindscheid“⁶⁸

Größe und Konzept

Die psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach ist eine psychiatrische Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen. Die Hauptklinik ist in Bergisch Gladbach unmittelbar an der Stadtgrenze Kölns gelegen und in die psychiatrische Pflichtversorgung für Köln und den Rheinisch-Bergischen Kreis eingebunden. Sie verfügt über 122 Betten (<http://www.kkh-gummersbach.de/index.php?id=594>). Für Drogenabhängige stehen 30 stationäre Rehabilitationsplätze und weitere 10 Plätze für Adaptionsbehandlungen zur Verfügung. Das Konzept von 1998 wird mit einem Anhang ergänzt, in dem die Aufnahme von substituierten Patienten und die Behandlung skizziert werden. Drogenabhängige Patienten werden im „Haus Lindscheid“, einer ländlich gelegenen Außenstelle behandelt.

Die Behandlung wird überwiegend mit Gruppentherapien durchgeführt. Der individuelle Behandlungsplan berücksichtigt Ressourcen und weiteren Behandlungsbedarf der Patienten. Mit rückfälligen Patienten wird dann weiter gearbeitet, wenn ein therapeutisches Bündnis aufrecht erhalten werden kann. Die Hausordnung (http://www.kkh-gummersbach.de/fileadmin/PSK/Behandlungsangebot/Reha_Drogen/Hausordnung.pdf) reglementiert auch Beziehungen, sexuelle Kontakte, die zur Verfügung stehenden Geldmittel, verpflichtet zur gemeinsamen Einnahme der Mahlzeiten und ist in ihrer Grundstruktur mit denen von klassischen therapeutischen Gemeinschaften zu vergleichen. Sie wird jedoch nicht mehr so streng gehandhabt und kann individuell sehr abgewandelt werden.

Die substituierten Patienten sind in das Programm integriert. Eine Eingangsdosis ist nicht definiert, da der Träger über eine eigene Entzugsstation verfügt, in der die Patienten soweit herunterdosiert werden können, bis sie in der Lage sind, den Anforderungen des rehabilitativen Behandlungsprogramms zu genügen. Die Abdosierung erfolgt nach einem Plan mit „rotem Faden“, der aber indikativ verändert werden kann.

Erfahrungen und Entwicklungen

In der Regel gelingt die Abdosierung gut, einige Patienten haben aber Probleme mit dem „letzten Schritt“. Die Implementierung der Substitution war vor allem deshalb

⁶⁸ Die Angaben beruhen auf dem Vortrag von Dr. Kuhlmann auf den Deutschen Suchttherapietagen (vgl. *Kuhlmann* 2011) und telefonischen und E-Mail Kontakten.

unproblematisch, weil bereits vorher (bedingt durch den regionalen Versorgungsauftrag) viele Patienten mit Doppeldiagnosen und entsprechender medikamentöser Therapie aufgenommen wurden und die Substitutionstherapie langsam mit kleinen Fallzahlen implementiert wurde.

Inzwischen werden nicht mehr als vier bis sechs substituierte Patienten gleichzeitig in der Einrichtung behandelt, da mit vielen substituierten Patienten in der Fachklinik die Atmosphäre und das therapeutische Klima ungünstig beeinflusst werden. Insgesamt sind die substituierten Patienten keine auffällige Gruppe im Rahmen der Rehabilitation, was darauf zurückführt wird, dass durch die anderen im Träger vorhandenen Angebote (Institutsambulanz, psychiatrische Versorgung, Entzugsstationen und inzwischen auch ein Wohnheim für drogenabhängige Patienten mit psychiatrischer Komorbidität) kaum Patienten in die Rehabilitationsbehandlung gelangen, die nicht für dieses Angebot geeignet sind. Die Erfolgsquoten, gemessen an den Entlassungsformen, sind bei substituierten und nicht-substituierten Patienten in der Klinik ähnlich und liegen bei 40 bis 50 % regulärer Entlassungen. Eine durchgehende Substitution war in keinem Fall notwendig.

Bilanz

Wenn die Erwartungen an die Rehabilitation bei den Patienten realistisch sind, kann medizinische Rehabilitation bei substituierten Patienten ähnlich erfolgreich sein wie bei nicht-substituierten Patienten. Voraussetzung ist, dass die substituierten Patienten in die Gruppe integrierbar sind und dass sie über genügend Reflexionsfähigkeit verfügen. Dies impliziert eine gewisse Vorauswahl. Grenzen werden vor allem durch eine begrenzte Belastbarkeit der Klinik gesehen, die eine Aufnahmequote notwendig macht.

6.9 Überblick über die Einrichtungsmerkmale

Die Heterogenität der Einrichtungen ist - trotz gleicher Strukturvorgaben der DRV – groß und durch regionale Rahmenbedingungen und Unterschiede in der Trägertradition bedingt. Zur besseren Übersicht geben die beiden Tabellen einen Überblick über die wichtigsten Merkmale der Behandlung von substituierten Patienten in den untersuchten Fachkliniken.

Einrichtung	Wendepunkt	Release	FK Nordfriesland	FK Hohehorst
Subst. Seit	2004	1996	1999	1999
Vorbereitung	Drogenberatung	Drogenberatung	Drogenberatung, Infogespräch wenn möglich	Drogenberatung, verbindliches Infogespräch
Größe	19 stationäre, 4 teilstationäre Plätze	30 stationäre Plätze	63 stationäre Plätze für Alkohol und Drogen, 40 stationäre Entzugsplätze	55 stationäre Plätze
Aufnahmequote	Max. 6 Plätze, nie erreicht	Keine Quote, 90% substituiert aufgenommen	Keine Quote, i. d. R. 10 – 20% subst. Pat.	Max. 15 Pat. in laufender Substitution
Aufnahmedosis⁶⁹	Max. 60 mg	Max. 60 mg	Nicht festgelegt	Individuell im Vorgespräch definiert
Aufnahme von Alkohol- und Drogenpatienten	Nur Drogen	Nur Drogen	Alkohol und Drogen, aber auf getrennten Stationen	Nur Drogen
Behandlungsprogramm	Normales Programm, aber höherer Aufwand	Normales Programm, aber erhöhter Aufwand durch somatische Beh.	Normales Programm, zusätzlich eine indikative Gruppe	Normales Programm, fester Plan zur Abdosierung, max. 6 Wochen
Leistungsträger, Lage Pat. mit „35er“	DRV-Land Stadtnah 80%	DRV-Land Ländlich 70 – 80%	DRV-Land Ländlich Unter 50%	DRV-Land Stadtnah 80%
Komorbidität	Psychisch und somatisch deutlich erhöht	Vor allem somatisch sehr krank	Psychisch und somatisch deutlich erhöht	Emotional und kognitiv verflacht
Erreichen der „0“-Dosis	Letzter Schritt problematisch	Letzter Schritt problematisch	Abdosieren problematisch	Kein Problem
Ergebnisse	45% erreichten Abdosierung, 20% regulären Abschluss. Substituierte weniger erfolgreich	30% regulär, keine Unterschiede zwischen substituierten und nicht-subst. Patienten	Keine Unterschiede.	Keine Unterschiede, aber bei schlechten Rahmenbedg. deutlich schlechter
Durchsubstituiert	1 von 35	20%	Ca 40%	0
Mitarb.-reakt.⁷⁰	Teambesprechung	?	unproblematisch	unproblematisch
Patienten-	problemlos,	keine	unproblematisch	unproblematisch

⁶⁹ Die Angaben beziehen sich auf Methadon als häufigste verwendete Substanz. In der Regel werden für Polamidon® und Burprenorphin entsprechende Grenzen definiert

⁷⁰ Bei Einführung der Substitutionstherapie in die Fachklinik

reaktion	gelegentlich Diskussionen mit Mitpat.			
Sonstiges	Oft falsche Erwartungen der Patienten im Vorfeld, Folge sind Abbrüche in den ersten 2 Wochen	Somatischer Behandlungsbedarf steigend. Negatives Image bei Leistungsträger	Schnelle Verlegung durch Kooperation mit Krankenhaus und eigene Entzugsstation	Abdosieren nach spätestens 6 Wochen kein Problem

Tabelle 6.2a: Kliniken im Vergleich

Einrichtung	FK Nettetal	Klinik am Kronsberg	Kliniken Wied	PSK Berg.-Gladbach
Substitution seit	2006	2008	2002	2005
Vorbereitung	Drogenberatung Kooperierendes Krankenhaus (Entzug)	Drogenberatung	Drogenberatung, Telefonat mit Kinikarzt	Drogenberatung, eigene Entzugsstation, Ambulanz
Größe	37 stationäre Plätze, nur für Männer	80 stationäre Plätze für Alkohol und Drogen (max. 45), 8 teilst.	214 stationäre Plätze für Alkohol und Drogen, 4 teilstationäre	122 Plätze, davon 30 Drogenrehabilitation
Aufnahmequote	Max. 4 Plätze, nie erreicht	Kein Quote, aktuell 70% substituiert aufgenommen	4 Plätze	Max. 4 – 6 substituierte Patienten
Aufnahmedosis	Wird mit kooperierendem KH festgelegt.	Sollte unter 100 mg sein, nicht festgelegt.	Max. 60 mg Methadon	Individuell vorher festgelegt
Aufnahme von Alkohol- und Drogenpatienten	Nur Drogen	Alkohol und Drogen, gemischte Bezugsgruppe	Alkohol und Drogen, gemischte Bezugsgruppen	Nur Drogen
Behandlungsprogramm	Normales Programm, kein höherer Aufwand	Individuelles Behandlungsprogramm	Individuelles Behandlungspr. Höherer Aufwand	Normales Programm
Leistungsträger Lage Pat. mit „35er“	DRV-Land Ländlich 70%	DRV-Land Stadtnah Unter 50%	DRV-Bund Ländlich Unter 30%	DRV-Land Ländlich 80%
Komorbidität	Nicht erhöht	Vor allem psychisch komplexer	psychisch und somatisch deutlich erhöht.	Nicht erheblich erhöht in der Reha

		gestört		
Erreichen der „0“-Dosis	Eher nicht problematisch	Kein vorrangiges Ziel	Erhöhtes Rückfall-Risiko bei „0“	Eher nicht problematisch
Ergebnisse	Wenig Unterschiede zu nicht-substituierten Patienten	70% werden planmäßig entlassen. Keine Unterschiede	27% regulär entlassen, weitere 31% planmäßig	Kein signifikanter. Unterschied, eventuell etwas schlechter
Durchsubstitution	Sehr selten	40%	Bisher 0	Bisher 0
Mitarb.-reaktion	Keine negativen.	Positiv.	Anfangs Teamdiskussion Bedenken schnell überwunden	Keine negativen
Patientenreaktion	Vereinzelt grobe Ablehnung der substituierten Patienten	Negative Reaktionen bei intoxikiert wirkenden Pat.+.	Unproblematisch	Unproblematisch
Sonstiges	Starke Imageveränderung durch zunehmende Medizinalisierung. Gute Kooperation mit Krankenhaus	Abstinenz wird nur als ein gleichrangiges von vielen Therapiezielen gesehen	Sehr gute medizinische Ausstattung. Im Rahmen der Vorauswahl wird nur jeder 10. substituierte Bewerber aufgenommen. Hoher Bildungsstand der Pat. Viele Rückfälle	Besonders gute Integration von anderen niedrigschwelligen Angeboten durch den regionalen Versorgungsauftrag.

Tabelle 6.2b: Kliniken im Vergleich

6.10 Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Die Konzepte der Fachkliniken nehmen selten und wenn, dann eher allgemein Bezug auf die ICF. Bei der konkreten Umsetzung der Behandlung wird die ICF nicht berücksichtigt. Individuelle Behandlung und indikative Behandlungsplanung werden durchgehend angegeben, aber in unterschiedlicher Weise umgesetzt.

Der Einbezug der Patienten in das normale Behandlungsprogramm der entsprechenden Fachklinik wird durchgehend angestrebt. Alle Einrichtungen begrüßen es, wenn der Patient

möglichst lange ohne Substitut in der Behandlung ist. Dies Ziel wird aber unterschiedlich entschieden angestrebt. Entsprechend werden keine, wenige oder bis zu 40 % der regulär entlassenen Patienten während der gesamten Behandlungsdauer substituiert. Die Abdosierung wird überwiegend als schwierig erlebt, z. T. auf Grund einer wahrgenommenen höheren Krankheitsbelastung der Patienten. Die Fachklinik Hohehorst berichtet unproblematische und positive Erfahrungen mit der Abdosierung.

Alle Einrichtungen arbeiten mit rückfälligen Patienten weiter, solange sich noch ein Behandlungsbündnis finden lässt. Die Häufigkeit von Rückfällen während der Behandlung bei den substituierten Patienten wird unterschiedlich beurteilt. Die Kliniken Wied legen Daten vor, die eine deutlich erhöhte Rückfallwahrscheinlichkeit der substituierten Patienten berichten (rund 67% werden ein oder mehrmals in der Therapie rückfällig), in den Fachkliniken Bredstedt und Hohehorst wird dies nicht beobachtet.

Insgesamt werden die Behandlungsergebnisse der substituierten Patienten als durchschnittlich bis leicht unterdurchschnittlich bewertet. Als mögliche Gründe für ungünstigere Verläufe werden schwierige Abdosierung, komorbide Erkrankungen und die mangelnde Vorbereitung der Patienten auf die Rehabilitation vermutet. Die hohen Erfolgszahlen der Kliniken Wied und der Klinik am Kronsberg sind darauf zurück zu führen, dass die Abstinenz nicht als einziges oder dominierendes Erfolgskriterium herangezogen wird und die Behandlungsdauer sehr dem individuellen Behandlungsbedürfnis der Patienten angepasst wird.

Die Komorbidität wird unterschiedlich beurteilt. Z. T. werden somatische, z. T. psychische Probleme als besonders häufig bei den Patienten wahrgenommen. In der Fachklinik Nettetal wird keine erhöhte Komorbidität wahrgenommen, in der Fachklinik Hohehorst wird vor allem eine emotionale und kognitive Verflachung der Patienten ohne diagnostische Einordnung berichtet. Die Fachklinik Nettetal und die Klinik am Kronsberg nehmen keinen erhöhten Behandlungsbedarf wahr.

Eine einheitliche Quotierung der Anzahl substituiertes Patienten in den Kliniken geschieht nicht. Bei einer Quotierung werden der höhere Behandlungsaufwand und eine befürchtete „Szenebildung“ als Begründungen genannt. Die gemeinsame Behandlung von alkohol- und drogenabhängigen Patienten wird von den Kliniken mit integriertem Behandlungskonzept als

eine Möglichkeit genannt, den negativen Ausprägungen des oft die Drogenabhängigkeit begleitenden Lebensstils zu begegnen.

Skeptische bis ablehnende Reaktionen von Mitarbeitern liegen i. d. R. lange zurück und haben sich durch Personalfluktuaton und Teamdiskussionen und durch die praktischen Erfahrungen minimiert und spielen gegenwärtig keine nennenswerte Rolle mehr. Die Klinik am Kronsberg berichtet von überwiegend positiven Mitarbeiterreaktionen. Die Reaktion der Mitpatienten ist überwiegend neutral und nur in einzelnen Fällen ablehnend.

Die Aufnahme von substituierten Patienten beeinflusst auch auf das Image der Einrichtung, wobei nur die Fachklinik Release deutlich negative Reaktionen bei Leistungsträgern und Beratungsstellen wahrnimmt.

Die Kliniken, die in ihrer Organisation den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft nahestehen wie die Fachkliniken Hohehorst oder Release beobachten im Gegensatz zu den großen Kliniken (Kliniken Wied, Fachkliniken Nordfriesland, Klinik am Kronsberg) eine zunehmende Einengung auf opioidabhängige Patienten.

6.11 Zusammenfassung

Die Arbeit mit substituierten Patienten gestaltet sich überwiegend unproblematisch. Eine gute Vorbereitung oder Vorauswahl der Patienten scheint sich günstig auf die Verläufe und Ergebnisse auszuwirken. Behandlungen werden vor allem dann als erfolgreich wahrgenommen, wenn vorrangig andere Ziele als alleine die Abstinenz verfolgt werden.

Regelmäßig wird ein erhöhter medizinischer Aufwand berichtet. Dies legt Klinikstrukturen nahe, die die somatische und psychiatrische Behandlung der Patienten erleichtern. Falls diese Strukturen nicht schon im Vorfeld vorhanden waren, mussten sie geschaffen werden. Dadurch wurden Veränderungsprozessen in den Kliniken initiiert. Insbesondere Kooperationen mit Krankenhäusern, eigene Entzugsstationen oder gut ausgebaute interne medizinische und pflegerische Dienste werden als sehr hilfreich wahrgenommen.

Verhältnismäßig große Kliniken, die auch drogen- und alkoholabhängige Patienten gemeinsam behandeln, scheinen substituierte Patienten leichter integrieren zu können. Diese

Kliniken mit guten medizinischen Versorgungsstrukturen, stark indikativ differenzierten Behandlungsangeboten und möglichen alternativen Zielvorstellungen neben der Abstinenz erleichtern die Integration multimorbid erkrankter und möglicherweise eingeschränkt abstinenzfähiger substituierter Patienten. Ordnungsprinzipien wie verbindliche Therapieregeln für alle Patienten, unabhängig von indikativen Erwägungen, und die Priorität der Abstinenz als Weg und Ziel der Behandlung fallen in diesen Kliniken weg. Wie werden solche Veränderungen erlebt und welchen „Preis“ zahlen hierfür die Mitarbeiter und Patienten? Wenn die Aufnahme von substituierten Patienten Veränderungen des Systems weg von Abstinenzorientierung und „Gleichbehandlung“ impliziert, könnte dies erhebliche Auswirkungen auf die Elemente „Patienten“ und „Mitarbeiter“ haben. Die Reaktionen der Mitarbeiter und Patienten auf die Einführung von Substitutionstherapie stehen im Mittelpunkt des folgenden Kapitels.

7 Auswertung der Gespräche mit Mitarbeitern und Patienten

7.1 Auswertungen der Mitarbeitergespräche vor Aufnahme von substituierten Patienten

Insgesamt wurden 15 Mitarbeiter im Sommer 2010 interviewt, die mehr als geringfügig in der Fachklinik in unterschiedlichen Funktionen (sechs therapeutische Mitarbeiter, drei Mitarbeiter der Arbeitstherapie und je einer der Hausversorgung, leitende Ärztin, leitender Sozialarbeiter, Verwaltungsmitarbeiterin, Arzthelferin, Aufnahmekoordination) beschäftigt sind. Zum Teil vertreten sich Mitarbeiter unterschiedlicher Funktionen auch berufsgruppenübergreifend oder nehmen Aufgaben in verschiedenen Funktionen wahr.

Die therapeutischen Mitarbeiter sind Psychologen und Pädagogen mit sucht- oder psychotherapeutischen Zusatzausbildungen. Die Arbeitstherapeuten verfügen über eine handwerkliche Grundqualifikation und unterschiedliche arbeitstherapeutische Weiterbildungen. Auch die übrigen Mitarbeiter verfügen neben ihrem Grundberuf über unterschiedliche Zusatzqualifikationen. Die Mitarbeiter sind sehr erfahren und bis auf zwei Mitarbeiter mehr als drei Jahre in der Suchtkrankenhilfe tätig, zehn Mitarbeiter bereits mehr als zwölf Jahre.

Die Mitarbeiter werden gemäß eines Leitfadens (s. Anhang) interviewt. Die Gespräche und zentralen Aussagen werden protokolliert. Außerdem sollen zwei Einschätzungen in skaliert Form abgegeben werden.

7.1.1 Quantitative Inhaltsanalyse

Kategorienbildung

Im Rahmen der Diskussion des neuen Konzeptes wurden neben Hoffnungen vor allem Sorgen und Ängste deutlich. Der Leitfaden soll einerseits alle relevant erscheinenden Fragen abdecken, andererseits aber auch Antwortspielräume eröffnen. Dafür werden ausdrücklich „Offene Anmerkungen“ ermöglicht, die in die quantitative und qualitative Inhaltsanalyse einfließen.

Nach Durchsicht der Antworten werden durch Zusammenfassung ähnlicher Formulierungen die Kategorien gebildet. So gehen z. B. die Erwartungen von „mehr Rückfällen“ und

„erhöhter Rückfallgefahr“ und „mehr Therapieabbrüchen“ in dieselbe Kategorie ein. Insgesamt werden vier Kategorien (Sorgen, Hoffnungen, Fachklinik, substituierte Patienten) mit drei bis vier Unterkategorien gebildet, auf die 198 Aussagen verteilt werden.

Quantitäten in den Kategorien

Sorgen		
65		
Patienten, Abläufe, Ergebnisse	Einrichtung, Konzept	Persönliche Sorgen
35	17	13

Tabelle 7.1: Sorgen, Mitarbeiter, t1

Insgesamt werden 65 Aussagen von Mitarbeitern in die Kategorie „Sorgen“ eingeordnet. Die Mehrzahl betrifft dabei Sorgen in Bezug auf die Patienten und die Abläufe in der Einrichtung sowie das Konzept der Einrichtung insgesamt. Persönliche Sorgen werden demgegenüber eher seltener geäußert.

Hoffnungen		
41		
Patienten, Abläufe, Ergebnisse	Einrichtung, Konzept, Wirtschaftlichkeit	Persönliche Hoffnungen
16	16	9

Tabelle 7.2: Hoffnungen, Mitarbeiter, t1

Hoffnungen werden insgesamt weniger als Sorgen geäußert. In Bezug auf die Einrichtung und das Konzept halten sich Hoffnungen und Sorgen ungefähr die Waage. Ähnliches gilt für persönliche Hoffnungen und persönliche Sorgen. In Bezug auf die Patienten und die Abläufe sowie in Bezug auf die Behandlungsergebnisse werden deutlich mehr Sorgen als Hoffnungen geäußert.

Fachklinik		
67		
Konzept	Lage und Struktur	Werte
19	21	27

Tabelle 7.3: Fachklinik, Mitarbeiter, t1

Zur Fachklinik werden insgesamt 67 Aussagen gemacht, die sich entweder auf das Konzept, die Lage und Struktur der Einrichtung oder aber bestimmte Werte (z.B. liberal, menschlich, respektierend) beziehen. Die Fachklinik wird stärker über mit ihr assoziierte Werte beschrieben, als über bestimmte Strukturmerkmale oder das Konzept.

Substituierte Patienten			
25			
Weniger bereit	Weniger fähig	Positiv	Nichts Besonderes
7	12	2	4

Tabelle 7.4: Substituierte Patienten, Mitarbeiter, t1

25 Äußerungen beziehen sich ausdrücklich auf die substituierten Patienten. In 19 Äußerungen drückt sich die Vermutung aus, dass dieser Patientenkreis entweder weniger bereit oder weniger fähig ist, das therapeutische Angebot wahrzunehmen. Äußerungen, die substituierte Patienten im Vergleich zu anderen Patienten eher positive Eigenschaften (z. B. „die sind besser informiert“) zuschreiben oder keine Besonderheiten erwarten, sind eher seltener.

7.1.2 Auswertung der Skalen

Die erste Skala fragt danach, inwieweit der Aufbau eines Angebotes für Substituierte als „absolut richtig“ (10) oder „völlig verkehrt“ (0) eingeschätzt wird. Alle Interviewten machen eine entsprechende Angabe (N = 15). Der Mittelwert der Angaben beträgt 7,3. Die Schwankungsbreite ist mit Standardabweichung $SD = 2,13$ relativ gering.

Die zweite Skala (N = 14) fragt nach dem Verhältnis von Vor- zu Nachteilen. Denkbar ist, dass zwar mehr Nachteile genannt werden, dennoch die erwarteten Vorteile stärker gewichtet

werden. Das Verhältnis von Vor- zu Nachteilen wurde mit 61,5 zu 38,5 ebenfalls überwiegend positiv eingeschätzt.

Die Korrelation der Skalen ist erwartungsgemäß mit $r = 0,69$ hoch. Im Gegensatz zur quantitativen Inhaltsanalyse, bei der eher Sorgen und Bedenken überwiegen, zeigt die Auswertung der Skalen, dass das Angebot begrüßt wird und die Vorteile als überwiegend eingeschätzt werden.

7.1.3 Qualitative Auswertung

Die qualitative Auswertung⁷¹ kann den Widerspruch zwischen der Einstufung in Skalen und der quantitativen Inhaltsanalyse möglicherweise aufklären.

Viele Mitarbeiter erwarten, dass die substituierten Patienten häufiger Beigebrauch betreiben, insgesamt häufiger die Behandlung abbrechen, den Beigebrauch heimlich betreiben und andere Patienten ebenfalls zum Konsum von Drogen verleiten („mehr Rückfälle“, „erhöhte Rückfallgefahr für alle“, „die ziehen sich gegenseitig runter“, „andere Patienten sind neidisch“ etc.). Die Befürchtungen für Einrichtung und Konzept resultieren zum Teil direkt hieraus: „Glaubwürdigkeitsproblem“, „Abstinenzorientierung wird unklar“, „Substituierte passen nicht ins Konzept“, „konzeptuelle Klarheit könnte verloren gehen“, „Rufschädigung“.

Hierauf beziehen sich auch die wesentlichen persönlichen Sorgen, d. h. es wird befürchtet, dass die eigene Arbeitsbeschreibung unklarer wird („schwammige Regeln in Bezug auf die Abstinenz“) und das Niveau der Arbeit insgesamt sinkt („Ich sitze hier mit dem letzten Gesindel“). Der Handlungsspielraum für die eigene therapeutische Tätigkeit wird durch die medizinische Behandlung mit Substituten als bedroht erlebt („mehr Diskussionen über Medikamente und UKs“, „das Medizinische tritt in den Vordergrund“).

Die Hoffnungen in Bezug auf die Patienten beziehen sich fast ausschließlich auf die substituierten Patienten („ein Personenkreis, der sonst nicht erreicht wird“, „Ausstiegserleichterung“, „Alternative zur Dauersubstitution“, „Chance für eine Randgruppe“).

⁷¹ Die Interviews werden mit der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ausgewertet (vgl. Mayring 1983).

Die Hoffnungen in Bezug auf die Fachklinik sind vor allem auf die Wirtschaftlichkeit bezogen („breiteres Spektrum und dadurch besserer Markt“, „erweiterter Kundenpool“). Zum Teil wird mit der Angebotserweiterung inhaltlich die Hoffnung verknüpft, „moderner“ zu werden und Patienten zu erreichen, die „etwas Neues reinbringen“. Der Wunsch nach „Teamentwicklung“ wird deutlich, die „spannend“ ist. Persönliche Hoffnungen beziehen sich auf die Chance daran mitzuwirken, die Fachklinik zu modernisieren und weiterzuentwickeln: „Aufbruch zu neuen Ufern.“

Die Klinik selbst wird mit Werten assoziiert, die sich auf einen offenen und partnerschaftlichen Umgang mit den Patienten beziehen. Sie wird als liberal und freiheitlich wahrgenommen und mit einer hohen Selbstverantwortung der Patienten assoziiert.

Bezüglich der Lage wird vor allen Dingen die Verortung in einem problematischen Stadtteil von Berlin hervorgehoben. Hinsichtlich der Struktur wird die Realitätsnähe, die geringe „Krankenhausatmosphäre“ der Klinik und das alte Gebäude (Berliner Mietshaus) betont. Das Konzept wird als gut geeignet für ältere Patienten und für Patienten aus Haft gehalten. Die hohe Quote von Patienten mit Justizaufgabe („35er dominiert“, „80 % Knackis“) wird kritisch bewertet.

Die substituierten Patienten werden eher als Belastung für die Einrichtung und die Therapeuten erlebt. Es werden negative Einflüsse erwartet durch ihre angenommene geringere Bereitschaft oder auch angenommene geringere Fähigkeit, sich in den Therapieprozess zu integrieren. So werden höhere Fehlzeiten in den Therapieangeboten und insbesondere in der Arbeitstherapie erwartet. Es wird befürchtet, dass diese Patienten nicht „nüchtern und klar“ sind und so von den therapeutischen Angeboten weniger profitieren. Es besteht die Sorge, dass die Patienten in ihrem Denken und Fühlen „ausschließlich ums Substitut kreisen“ und „nicht wirklich fähig und bereit sind“ drogenfrei zu leben. Grundsätzlich werden mehr komorbide Erkrankungen und eine insgesamt höhere Verelendung angenommen („Die total Fertigen sind das.“). Nur ein kleiner Teil der Mitarbeiter nimmt an, dass dieser Personenkreis keine Besonderheiten aufweist. Einzelne positive Äußerungen beziehen sich auf eine vermutete „geringere Haftvermeidungsmotivation“ dieses Personenkreises und eine gute Vorbereitung auf die Entwöhnungsbehandlung durch die Vorbereitungsgruppe für substituierte Patienten.

Bei näherer Betrachtung löst sich der Widerspruch zwischen der positiven Einschätzung der Aufnahme von substituierten Patienten in den Skalen und der überwiegenden Skepsis in der quantitativen Inhaltsanalyse auf. So finden sich eine Reihe von Äußerungen, die sich auf eine Freude an Veränderung beziehen und den Wunsch, „endlich mal etwas Neues zu machen“. Auch der Abbau eigener Vorurteile wird erhofft und ebenso eine Entwicklungsdynamik in der Einrichtung, die nach ihrem langen Bestand mit überwiegend langjährig beschäftigten Mitarbeitern als verkrustet erlebt wird. Die Erweiterung des Angebots und die damit verbundene „Modernisierung“ und die Belebung durch ein neues Angebot werden begrüßt und stärker gewichtet als die befürchteten praktischen Schwierigkeiten im Umgang mit substituierten Patienten oder im Umgang mit den befürchteten Konflikten zwischen den unterschiedlichen Patientengruppen. Hier erleben sich die Mitarbeiter vor dem Hintergrund ihrer langjährigen Erfahrung als kompetent.

Die Mitarbeiter sind sich zum Teil bewusst, ein negatives Vorurteil zu haben und erwarten, dass dieses in der Realität nicht bestätigt, sondern korrigiert werden wird. Möglicherweise spiegelt sich in der größeren Anzahl negativer Bewertungen in der quantitativen Inhaltsanalyse auch die in der Berufspraxis der Entwöhnungsbehandlung erworbene Fähigkeit wider, Risiken und Krisen schneller imaginieren zu können, um diese vorausszusehen und schnell auf sie reagieren zu können. Unspektakuläre, positive und „normale“ Verläufe hingegen bedürfen einer geringeren Aufmerksamkeit der therapeutischen Mitarbeiter.

7.2 Auswertungen der Patienteninterviews vor Aufnahme von substituierten Patienten

Insgesamt wurden 22 Patienten zwischen August und September 2010 in Form eines Leitfadeninterview (Leitfaden s. Anhang) befragt. Die Gespräche und zentralen Aussagen wurden protokolliert. Zwei Einschätzungen wurden in skaliertem Form abgegeben. Die Teilnahme war freiwillig und wurde allen Patienten angeboten. Zwölf Patienten nahmen aus Desinteresse, Zeitmangel oder Terminproblemen nicht an der Befragung teil.

Von den befragten Patienten sind sieben ausschließlich oder überwiegend (nach eigener Einschätzung) opiatabhängig. Sieben Patienten haben neben Opiaten auch andere Drogen und Alkohol exzessiv und abhängig konsumiert und bezeichnen sich selbst eher als polytoxikoman. Acht Patienten haben Opiate nicht oder nur sporadisch konsumiert und weisen Abhängigkeiten von anderen Drogen auf, vor allem von Kokain und THC.

7.2.1 Quantitative Inhaltsanalyse

Kategorienbildung

Der Leitfaden wurde nach Diskussionen und Gesprächen in den Therapiegruppen entwickelt. In den Gruppen wurde die Idee der Aufnahme von noch-substituierten Patienten vorgestellt und grob über das Konzept informiert. Gleichzeitig waren die Patienten darüber informiert, dass es wegen der Dauer der Vorbereitungsgruppe⁷² für substituierte Patienten während ihrer eigenen Therapiezeit wahrscheinlich noch zu keiner Aufnahme von substituierten Patienten kommen wird.

Im Interview wird erhoben, was die Patienten selbst als hilfreich erleben, wie sie die Fachklinik wahrnehmen, wie sie zu substituierten Patienten stehen und welche Veränderungen sie durch die Aufnahme von substituierten Patienten erwarten. Außerdem besteht die Möglichkeit zu offenen Anmerkungen. Dies wird vor allem für Vorschläge und Wünsche in Bezug auf die Gestaltung des neuen Behandlungsangebotes genutzt.

Die Kategorien werden nach Durchsicht der Antworten durch Zusammenfassung ähnlicher Formulierungen gebildet, die dann als Kategorie benannt werden. Dabei werden insgesamt fünf Kategorien (Fachklinik, Wichtig in Therapie, Aussagen zu Substituierten, Auswirkungen auf die eigene Therapie, Wünsche) gebildet, die weitere Unterkategorien enthalten.

Quantitäten in den Kategorien

Wichtig in Therapie		
72		
Therapeutische Maßnahmen/Struktur	Beziehungen zu Mitpatienten/Therapeuten	Selbstbesinnung
47	18	7

Tabelle 7.5: Wichtig in Therapie, Patienten, t1

Insgesamt 72 Aussagen der 22 interviewten Patienten werden in die Kategorie „Wichtig in Therapie“ eingeordnet. Die Mehrzahl der Aussagen bezieht sich dabei auf therapeutische

⁷² Substituierte Patienten, die sich um eine Aufnahme in die Rehabilitation bemühen, müssen regelmäßig mehrere Monate an einer vorbereitenden Gruppe teilnehmen und u. a. mindestens vier Wochen vor Antragstellung für eine Rehabilitation gemäß den Regularien der „Anlage 4“ frei vom Beigebruch sein.

Maßnahmen, wie z. B. das Einzelgespräch und den so genannten „cleanen Rahmen“, der innerhalb dieser Unterkategorie siebzehnmals genannt wird. Bestimmte therapeutische Maßnahmen werden als ursächlich für den drogenfreien Rahmen der Einrichtung gesehen („Besonders die Therapiegruppen schaffen einen cleanen Rahmen.“). Ebenfalls als wichtig für die Therapie werden Beziehungen zu Mitpatienten (häufiger) und zu Therapeuten (seltener) eingeschätzt. In der Unterkategorie, die mit „Selbstbesinnung“ überschrieben ist, sind Äußerungen zusammengefasst, die sich auf die eigene Selbstreflexion, die intrinsische Motivation und ähnliches beziehen.

Fachklinik		
62		
Konzept/Werte	Lage und Struktur, Personen	Lob
29	26	7

Tabelle 7.6: Fachklinik, Patienten, t1

Insgesamt machen die Patienten 62 Aussagen, die in diese Kategorie eingeordnet werden. Die meisten Aussagen beziehen sich auf das Konzept und die Werte, die mit der Fachklinik assoziiert werden. Dabei liegt der Schwerpunkt auf Aussagen zu den Werten (18) im Vergleich zu Aussagen zum Konzept (11), die aber oft verbunden sind („Das liberale Konzept find' ich gut.“). 26 Aussagen beziehen sich auf die Lage und Struktur der Einrichtung oder auf bestimmte Personen, die in der Einrichtung beschäftigt sind. Häufig wird die Realitätsnähe durch die Lage der Einrichtung hervorgehoben. Sieben Äußerungen sind positive Aussagen ohne nähere inhaltliche Umschreibung („F42 finde ich toll.“).

Aussagen zu Substituierten		
44		
Nicht motiviert	Weniger therapiefähig	Subjektive Zuschreibungen
7	27	10

Tabelle 7.7: Aussagen zu Substituierten, Patienten, t1

44 Äußerungen werden dieser Kategorie zugeordnet. Im Vordergrund stehen Befürchtungen, dass substituierte Patienten nicht ausreichend in der Lage sind, das therapeutische Angebot für sich zu nutzen. Seltener wird eine mangelnde Motivation dieses Personenkreises angenommen. Eine Unterkategorie enthält Zuschreibungen, die nicht direkt im

Zusammenhang mit der Therapiefähigkeit stehen („Die riechen anders“). Diese Aussagen sind überwiegend abwertend.

Auswirkungen auf die eigene Therapie			
55			
Positiv	Neutral	Direkt negativ	Indirekt negativ
2	13	17	23

Tabelle 7.8: Auswirkungen auf die eigene Therapie, Patienten, t1

Die erwarteten Auswirkungen auf die eigene Behandlung werden im Leitfadengespräch direkt erfragt. Die Mehrzahl der genannten Auswirkungen ist negativ. Am meisten werden indirekte negative Auswirkungen erwartet, z. B. durch eine Verflachung des therapeutischen Niveaus und durch zeitraubende Diskussionen in den Therapiegruppen über Substitute. Es werden aber auch viele direkte negative Einflüssen erwartet, z. B. durch verstärktes eigenes Drogenverlangen. Die neutralen Äußerungen beziehen sich überwiegend auf ein Desinteresse an diesem Personenkreis mit Betonung der eigenen Abgrenzungsfähigkeit. Als positiv werden vereinzelt die Herausforderung und das Neue des Angebotes gesehen.

Wünsche			
25			
Bedingte Nichtaufnahme	Getrennte Bereiche	Informationen	Kontrollen
9	10	3	3

Tabelle 7.9: Wünsche, Patienten, t1

Die Patienten nutzen die Möglichkeit der offenen Anmerkungen, um verschiedene Wünsche zu formulieren. Neben einem gewissen Informationsbedürfnis wird der Wunsch nach schärferen Kontrollen genannt, wiederholt verbunden mit der Befürchtung, dass Substituierte mehr Beigebrauch haben bzw. mit Suchtstoffen handeln. Ähnlich motiviert sind auch Wünsche danach, nicht mit substituierten Patienten zusammenwohnen zu müssen oder diese nicht in die Behandlung aufzunehmen.

7.2.2 Auswertung der Skalen

Es gibt keinen Widerspruch zwischen der skalierten Bewertung des Behandlungsangebotes und überwiegend negativen Äußerungen in der quantitativen Inhaltsanalyse. Die erste Skala fragt nach der Einschätzung, ob man dieses Programm für völlig verkehrt (0) oder absolut richtig (10) hält. Der Mittelwert (N=22) liegt mit 3,14 im deutlich skeptischen Bereich. Die Standardabweichung ist 3,54.

Obwohl praktisch kaum positive Aspekte genannt werden, wird doch bei der Einschätzung des Verhältnisses von Vor- zu Nachteilen des neuen Angebots dieses mit 24 zu 76 (Vor- zu Nachteilen) angegeben. Die Vorteile werden dabei fast ausschließlich bei dem Personenkreis der noch substituierten Patienten verortet, denen eine Chance geboten wird, die eine Reihe von Patienten als wertvoll und nützlich empfindet.

Die Korrelation zwischen den beiden Skalen ist mit $r = 0,52$ deutlich.

7.2.3 Qualitative Auswertung

Die in der quantitativen Inhaltsanalyse sichtbar werdenden Vorbehalte bilden sich noch deutlicher in der qualitativen Auswertung⁷³ ab, da insbesondere die ablehnenden und negativen Äußerungen sehr deutlich formuliert sind.

In Bezug auf das Konzept werden Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit betont. Die Realitätsnähe der Fachklinik wird auch mit ihrer Lage in Verbindung gebracht („Man sieht Süchtige mitten im Kiez“). Das Leben „mitten in der Szene“ und die von Beginn an hohe Konfrontation mit dem Alltag („der Gefahr“; „der Gefahr die ganze Zeit ausgesetzt“) wird offensichtlich als Selbstwert steigernd erlebt und als etwas, das die eigenen Fähigkeiten zur Abgrenzung bewusst macht. Gleichzeitig entstehen Ängste, dass die klare Aufteilung („draußen drauf, drinnen clean“) aufgeweicht wird. Häufig wird angenommen, dass die Aufnahme von Substituierten dem Konzept widerspricht („widerspricht dem Clean-Anspruch des Konzepts“, „Clean-Anspruch gilt nicht mehr“, „andere Verhaltens- und Denkweisen kommen ins Haus“, „Die Aufnahme von Drogis, Methadon ist legale Droge, widerspricht dem cleanen Rahmen“). Dies führt zur Schlussfolgerung: „Suchtarbeit ist nicht mehr

⁷³ Auch hier werden die Interviews mit der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet (vgl. Mayring 1983).

möglich“. Oft wird dabei die eigene Person ausdrücklich ausgenommen („Ich selbst bin stabil“).

Zum Teil werden auch Auswirkungen auf konkrete therapeutische Angebote befürchtet („Die sind in der Arbeitstherapie nicht arbeitsfähig“; „Die bekommen noch nichts mit und ziehen das Niveau runter“; „In den Therapiegruppen wird nur noch über Stoff geredet“). Insgesamt werden jedoch weniger konkrete Beeinträchtigungen durch Störungen des therapeutischen Angebotes befürchtet. Vielmehr beziehen sich die meisten Befürchtungen auf die „Aushöhlung des cleanen Rahmens“. Dies geht soweit, dass massiver Beikonsum und Drogenhandel in der Einrichtung durch Substituierte erwartet wird. Häufig sind konkrete Befürchtungen in Bezug auf aufkommendes eigenes Suchtverlangen („Da muss ich selbst an Drogennehen denken“). Zudem werden Neidgefühle und Konflikte untereinander imaginiert („Es kommt Neid auf“; „Die ziehen alle runter“).

Stereotype Bilder von der „Szene“ werden in den Befürchtungen von Auswirkungen auf die eigene Therapie und in der Sicht auf die substituierten Patienten deutlich. Ängste „an die eigenen Methadonvergangenheit erinnert“ zu werden und die Vermutung, „Substituierte sind unhygienisch und krank“, lassen das Bemühen erkennen, sich selbst zu distanzieren. Zum Teil werden drastische Konsequenzen gezogen: „Ich würde hier keine Therapie mehr machen“; „Ausschlusskriterium für mich“; „Ich würde die Einrichtung nicht mehr empfehlen, da sie keinen Clean-Anspruch mehr hat“. Die Einrichtung wird als „wertloser“ und die Therapie als „sinnloser“ bewertet. Häufig wird festgehalten, dass „ich es zum Glück nicht mehr erlebe“.

Die Wünsche der Patienten zeigen sich vor allen Dingen in den offenen Anmerkungen. Zum Teil werden konkrete Vorschläge formuliert. Substituierte Patienten sollen in Krankenhäusern, in Krankenhaus ähnlichen Bereichen und in gesonderten Bezugsgruppen behandelt werden. Misstrauen und Ängste zeigen sich auch in dem Wunsch nach engmaschigeren Kontrollen in Bezug auf Beikonsum und Drogenhandel bei diesem Personenkreis. Es werden mehr Informationen über die geplanten Abläufe gewünscht. Die Aufnahme von substituierten Patienten wird als gefährliches und herausforderndes Experiment empfunden, das nur unter ganz bestimmten Bedingungen, und am besten gar nicht, durchgeführt werden sollte.

7.3 Vergleich Mitarbeiter- und Patienteninterviews vor Aufnahme von substituierten Patienten

Die Thematik ist sowohl für die Mitarbeiter als auch die Patienten interessant. Beide Gruppen nehmen bereitwillig an den Interviews teil. Beide Gruppen äußern überwiegend Skepsis, Ablehnung und Besorgnis in Bezug auf die Aufnahme von substituierten Patienten. Die substituierten Patienten werden übereinstimmend als weniger motiviert und weniger therapiefähig eingeschätzt.

Unterschiede ergeben sich vor allem in den Skalen, mit denen das Verhältnis von Vor- und Nachteilen und die Richtigkeit der konzeptuellen Veränderung eingeschätzt werden. Im Gegensatz zu den Patienten halten die Mitarbeiter die Einführung der Aufnahme von substituierten Patienten für überwiegend richtig (7,3 zu 3,1) und eher vorteilhaft (61,5 zu 24).

Während die Patienten sich in ihrer Therapie bedroht fühlen, dominiert bei den Mitarbeitern das Interesse an einer Weiterentwicklung.

7.4 Auswertungen der Mitarbeitergespräche nach Aufnahme von substituierten Patienten

Erneut wurden 15 Mitarbeiter interviewt, die mehr als geringfügig in der Fachklinik in unterschiedlichen Funktionen beschäftigt sind (sieben therapeutische Mitarbeiter, zwei Mitarbeiter der Arbeitstherapie, zwei Mitarbeiter der Aufnahmekoordination und die leitende Ärztin, der leitender Sozialarbeiter, eine Verwaltungsmitarbeiterin und eine Arzthelferin).

Die Mitarbeiter wurden gemäß eines Leitfadens (s. Anhang) interviewt. Die Gespräche und zentralen Aussagen wurden protokolliert. Zwei Einschätzungen sollten in skaliertem Form abgegeben werden.

7.4.1 Quantitative Inhaltsanalyse

Kategorienbildung

Die Kategorien des ersten Interviewzeitpunktes konnten im Wesentlichen übernommen werden, wobei Sorgen jetzt als „negative Veränderungen“ und Hoffnungen als „positive

Veränderungen“ erfasst werden. Die Unterkategorien werden nicht umbenannt, wobei „persönliche Sorgen“ jetzt eher „negative Erfahrungen“ umschreiben. Hinzu kommt die Kategorie „Wünsche“, so dass insgesamt fünf Kategorien (negative Veränderungen, positive Veränderungen, Fachklinik, substituierte Patienten, Wünsche) mit bis zu vier Unterkategorien gebildet werden.

Quantitäten in den Kategorien

Negative Veränderungen		
60		
Patienten, Abläufe, Ergebnisse	Einrichtung, Konzept	Persönliche Sorgen
28	21	11

Tabelle 7.10: Negative Veränderungen, Mitarbeiter, t2

Insgesamt beschreiben 60 Aussagen negative Veränderungen. In Bezug auf die Patienten, Abläufe und Ergebnisse wird in 28 Aussagen vor allem der Verlust von Gemeinschaft, klarer Abstinentenorientierung und einer damit verbundenen Überforderung der Patienten beklagt („Lockert das Schwarz-Weiß Denken auf, damit sind die Patienten aber überfordert“). 21 Äußerungen beziehen sich auf die Einrichtung, dabei wird eine „Klinikisierung“ beklagt, womit sowohl der stärkere Einbezug der medizinischen Fachgruppe in die Behandlung als auch Standardisierungen und neue Abläufe gemeint sind. Der Verlust eines „cleanen Rahmens“ wird festgestellt. Elf Äußerungen sind eher persönliche negative Erfahrungen und beziehen sich auf verringerte Beziehungsarbeit, höheren Arbeitsaufwand mit Substituierten, aber auch Zweifel am Sinn der Arbeit und Unklarheiten in Bezug auf die „Gefahren der Substanzen“.

Positive Veränderungen		
42		
Patienten, Abläufe, Ergebnisse	Einrichtung, Konzept, Wirtschaftlichkeit	Persönliche Hoffnungen
19	12	11

Tabelle 7.11: Positive Veränderungen, Mitarbeiter, t2

Insgesamt werden 42 positive Veränderungen festgehalten. Teilweise ähneln die Punkte den negativen Veränderungen, werden jedoch anders bewertet. Bei den 19 positiven Veränderungen in Bezug auf Patienten und Abläufe wird gerade die verstärkte Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht positiv erlebt. Zwölf Äußerungen zum Konzept und der Einrichtung betonen das breitere Angebot und die damit verbundenen Möglichkeiten, mehr und andere Patientengruppen anzusprechen.

Fachklinik		
81		
Konzept	Lage und Struktur	Werte
30	30	21

Tabelle 7.12: Fachklinik, Mitarbeiter, t2

Zur Fachklinik werden insgesamt 81 Aussagen getroffen, die sich überwiegend auf das Konzept und die Lage und Struktur der Einrichtung beziehen. Die Aussagen spiegeln den Diskussionsprozess um konzeptuelle Veränderungen wieder („Umbruch“, „Grätsche zwischen Klinik und 68er humanistischen Suchtvorstellungen“).

Substituierte Patienten			
33			
Weniger bereit	Weniger fähig	Positiv	Nichts besonderes
2	10	17	4

Tabelle 7.13: Substituierte Patienten, Mitarbeiter, t2

Nur in zwei Fällen wird angenommen, dass substituierte Patienten weniger bereit zu einer Rehabilitationsbehandlung sind, immerhin in zehn Aussagen spiegeln sich aber Zweifel an der Rehabilitationsfähigkeit wieder. Deutlich häufiger sind positive Aussagen („Besonders motiviert“).

Wünsche
11

Tabelle 7.14: Wünsche, Mitarbeiter, t2

Insgesamt werden elf Wünsche geäußert, die sich auf bessere Organisation, Information und die Einhaltung der Aufnahme Standards für die Substituierten beziehen.

7.4.2 Auswertung der Skalen

Die erste Skala fragt danach, inwieweit der Aufbau eines Angebotes für substituierte als „absolut richtig“ (10) oder „völlig verkehrt“ (0) eingeschätzt wurde. Alle Interviewten machten eine entsprechende Angabe (N = 15). Der Mittelwert der Angaben liegt mit 7,73 im deutlich positiven Bereich. Die Standardabweichung beträgt SD = 2,05.

Die zweite Skala (N = 13) fragt nach dem Verhältnis von Vor- zu Nachteilen, das mit 63 zu 37 ebenfalls überwiegend positiv eingeschätzt wird.

Die Korrelation zwischen den Skalen beträgt $r = 0,82$

7.4.3 Qualitative Auswertung⁷⁴

Die meisten Aussagen beziehen sich auf die Fachklinik, ihr Konzept und die mit der Aufnahme von Substituierten verbundenen Veränderungen. Der Veränderungsprozess wird als noch nicht abgeschlossen wahrgenommen: „Nicht Fisch, nicht Fleisch mit Tradition in der Selbsthilfe und Klinikanspruch“. Die Veränderungen werden begrüßt und Chancen benannt „Stadtteilarbeit ist noch viel zu wenig im Konzept verankert“, aber auch skeptisch betrachtet: „Es gibt alte Mitarbeiter mit Beziehungsarbeit und Neue mit dem kalten Wind der Ökonomisierung“. Viele Veränderungen werden in Richtung verringerter Beziehungsarbeit („die Arbeit ist weniger beziehungsorientiert“; „noch den Patienten zugewandt“; „anonymer geworden“) interpretiert und lösen Unsicherheit aus („Zukunft mit Fragezeichen“), die auch den Wunsch nach mehr Klarheit („Wünsche mir klare Linie“) begründen. Ein deutliches Unbehagen in Bezug auf aufgeweichte Kriterien („die Ebenen legal, illegal, tolerabel, inakzeptabel, Methadon, Heroin, 1 ml oder 5 sind mir zunehmend unklar“) ist festzustellen.

Eine stärkere „Medizinalisierung“ der Behandlung wird wahrgenommen, aber unterschiedlich bewertet: „Medizinische Sicht funktioniert nicht“; „Medizinisch überversorgt“; „Klinikentwicklungen sind nicht gut und funktionieren nicht“. Andere Mitarbeiter empfinden

⁷⁴ Die Interviews wurden mit der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ausgewertet (vgl. *Mayring* 1983).

dies ganz anders: „Das Gesamtprogramm wird breiter durch bessere Integration von ärztlich-medizinischer und psychotherapeutischer Sicht“. Wiederholt wird der Begriff der „Klinikisierung“ verwendet, der mit eigenem Bedeutungsverlust und geringeren Handlungsfreiheiten und einer Aufwertung der medizinischen Mitarbeiter („Selbstwertsteigerung“) assoziiert wird.

Hiermit verbunden ist eine verringerte Bedeutung von Gemeinschaft: „Die Gemeinschaft gibt es so nicht mehr, wenn Substituierte dabei sind“; „manches ist nicht besprechbar durch die Einschränkungen der Substis“. Verschärft wird dies durch eine wahrgenommene „ungerechte zwei-Klassen-Gesellschaft“ die durch unterschiedliche Aufnahmevoraussetzungen, aber auch durch Unterschiede in der Therapiefähigkeit der Patienten begründet ist: „An die substituierten Patienten werden weniger Anforderungen gestellt.“ Daraus wird häufiger die Notwendigkeit abgeleitet, sich stärker um die nicht-substituierten Patienten zu kümmern („Andere Patienten brauchen mehr Schutz und Zuwendung“) und um zu vermeiden, dass die Gruppen in „cleane und Substituierte gespalten“ werden.

Eine Sonderstellung der substituierten Patienten ist unstrittig. Sie wird wechselnd an ihnen selbst („nehmen sich selbst als etwas Besonderes wahr“), an den Mitarbeitern („haben eine Sonderstellung, weniger bei den Mitpatienten, sondern vor allem bei den Therapeuten“) oder den Mitpatienten („Grenzen substituierte Patienten aus“) festgemacht.

Der insgesamt große Behandlungsbedarf und hohe Aufwand, den die Aufnahme der substituierten Patienten mit sich bringt, wird häufig beklagt. Der Aufwand bezieht sich dabei sowohl auf den medizinischen Mehrbedarf als auch den erhöhten Aufwand zur Koordination verschiedener Mitarbeiter („zuviel Mitarbeiter haben mit diesen Patienten zu tun“). Weitere Belastungen entstehen aus dem Wunsch, die substituierten Patienten zu integrieren („Werden durch Mitpatienten abgelehnt“) und durch einen höheren dokumentarischen und bürokratischen Aufwand („mehr Bürokratie durch die Leistungsträger und Berater“). Das „Verhältnis von Kosten und Nutzen“ wird als noch „nicht stimmig“ erlebt, auch wenn positiv benannt wird, dass „Fürsorglichkeit und Empathie der Patienten untereinander“ und „Teamarbeit und Verständnis für gegenseitige Probleme gefördert“ werden.

Als eine „positive Belastung“ wird die „stärkere Auseinandersetzung mit Drogen und Sucht“ gesehen: „Positiv ist, dass sich die Patienten differenzierter mit Suchtmitteln auseinander

setzen“ und „Schwarz-Weiß-Geschichten aus den Köpfen kommen“. Befürchtungen bestehen dahingehend, dass „Konsumneid“, „Aktualisierung von Ängsten“ und eine „Abwertung der Abstinenz“ und eine damit verbundene „geringere Motivation“ entstehen, sich um ein drogenfreies Leben zu bemühen.

Ganz überwiegend werden die substituierten Patienten als Bereicherung erlebt, was vor allem mit der beobachteten hohen Motivation („wesentlich intrinsischer motiviert“; „hoher Wunsch auf 0 zu kommen“; „eher motivierter als Mitpatienten“) und höherem Engagement („mehr bei der Sache“; „waren immer da“) zusammenhängt. Auf der anderen Seite werden deutliche Defizite benannt („viel kränker“; „mühselig und beladen“) und der Umgang damit („werden geschont und betudelt“; „viel sekundärer Krankheitsgewinn“; „Illusion wird genährt, der Entzug sei vermeidbar“) kritisiert. Die hohe Motivation wird auch auf die Vorarbeit in der Vorbereitungsgruppe für substituierte Patienten zurückgeführt, in der schon die „ambivalente Phase“ bearbeitet wurde. Gleichzeitig wird aber die „geringe Distanzierung vom Substitut“ bedauert und festgestellt, dass „die Substituierten kaum aus ihrem System herauskommen“. Neben der größeren Komorbidität ist der Entzug der Patienten eine „Herausforderung für alle“, die z. T. dadurch erschwert wird, dass „Substituierte noch gleiche Bewältigungsstrategien wie Konsumenten haben. Die Abdosierung stellt einen Quantensprung dar“.

Widersprüchlich ist die Wahrnehmung des Umgangs der Substituierten selbst mit ihren Defiziten: „erhöhte Frustrationstoleranz“; „Impulsiver“; „Leidend“; „Dankbares Klientel“. Dabei wird häufig festgehalten, dass die Substituierten „um Anpassung bemüht“ sind, aber oft in Gruppen „gehemmt“ wirken und „sich nicht trauen, mitzureden“. Ein Mitarbeiter formuliert, dass die substituierten Patienten „wirken, als wenn sie etwas ‚Unfeines‘ mit sich herumschleppen“. Eine therapeutische Mitarbeiterin sagt aber auch: „Methadon ist mir peinlich gegenüber Kolleginnen in anderen Arbeitsbereichen“. Viele Mitarbeiter benennen selbst einen Erkenntnisprozess: „Ich habe noch mal andere Ansicht zu Substitution und Einsicht in Segen und Fluch der Substitution gewonnen“ der positiv erlebt wird („Interessante und spannende Entwicklung“; „eine Herausforderung“). „Berührungsgängste“ wurden abgebaut.

Die Erweiterung des Angebotes der Einrichtung wird häufig positiv bewertet, wobei festgestellt wird, dass erstaunlich wenig Patienten eine Behandlung beginnen („Diskrepanz

zwischen Begrüßung des Angebotes in der Fachöffentlichkeit und der Anzahl tatsächlicher Aufnahmen“). Die aufgenommenen Patienten entsprechen dabei „nicht der ursprünglichen Zielgruppen fit-und-perspektivvoll“.

7.5 Auswertungen der Patienteninterviews nach Aufnahme von substituierten Patienten

Im Juli und August 2011 wurden Interviews in Form von Leitfadeninterview (Leitfaden s. Anhang) mit 29 Patienten durchgeführt. Die Gespräche und zentralen Aussagen wurden protokolliert. Zwei Einschätzungen wurden in skaliert Form abgegeben. Die Teilnahme war freiwillig und wurde allen Patienten angeboten. Elf Patienten nahmen aus Desinteresse, Zeitmangel oder Terminproblemen nicht an der Befragung teil.

Von den befragten Patienten sind zwölf ausschließlich oder ganz überwiegend (nach eigener Einschätzung) opiatabhängig. Zehn Patienten haben neben Opiaten auch andere Drogen und Alkohol exzessiv und abhängig konsumiert und bezeichnen sich selbst eher als polytoxikoman. Sieben Patienten haben Opiate nicht oder nur sehr selten konsumiert und weisen Abhängigkeiten von anderen Drogen, vor allem Kokain und THC auf.

Von den 29 interviewten Patienten waren drei substituiert aufgenommen worden. Deren Interviews wurde nicht in die Analyse mit einbezogen.

7.5.1 Quantitative Inhaltsanalyse

Kategorienbildung

Die Interviews wurden anhand eines Leitfadens (s. Anhang) durchgeführt. Im Interview wird erfragt, was die Patienten selbst als hilfreich erleben, wie sie die Fachklinik wahrnehmen, wie sie zu substituierten Patienten stehen und welche Veränderungen sie durch die Aufnahme von substituierten Patienten beobachten. Außerdem besteht wieder die Möglichkeit offener Anmerkungen.

Die Kategorien der ersten Auswertung wurden nach Durchsicht der Antworten durch Zusammenfassung ähnlicher Formulierungen gebildet, die dann als Kategorie benannt wurden. Dabei konnten insgesamt fünf Kategorien (Fachklinik, Wichtig in Therapie, Aussagen zu Substituierten, Auswirkungen auf die eigene Therapie, Wünsche) gebildet

werden, die weitere Unterkategorien enthielten. Während die fünf Hauptkategorien der ersten Auswertung ohne weiteres übernommen werden konnten, war eine Veränderung der Unterkategorien bei den Aussagen zu den Substituierten und bei den Wünschen notwendig. Dies ist auf die veränderte Situation zum zweiten Interviewzeitpunkt zurückzuführen, bei dem bereits Erfahrungen mit substituierten Patienten in der Therapie vorliegen.

Quantitäten in den Kategorien

Wichtig in Therapie		
62		
Therapeutische Maßnahmen/Struktur	Beziehungen zu Mitpatienten/Therapeuten	Selbstbesinnung
48	9	5

Tabelle 7.15: Wichtig in Therapie, Patienten, t2

Insgesamt 62 Aussagen werden in die Kategorie „Wichtig in Therapie“ eingeordnet. Die Mehrzahl der Aussagen (48) beziehen sich auf therapeutische Maßnahmen, wie z. B. das Einzelgespräch und indikative Gruppen. Der „cleane Rahmen“ wird nur noch einmal explizit angegeben. Beziehungen zu Mitpatienten („WG-Leben“; „mit nüchternen Menschen zusammen sein“) werden neunmal genannt. In der Unterkategorie, die mit „Selbstbesinnung“ überschrieben ist, wurden Äußerungen zusammengefasst (5), die sich auf die eigene Selbstreflexion bezogen.

Fachklinik		
58		
Konzept/Werte	Lage und Struktur, Personen	Lob
30	19	9

Tabelle 7.16: Fachklinik, Patienten, t2

Insgesamt werden 58 Aussagen in diese Kategorie eingeordnet. Die meisten Aussagen (30) beziehen sich auf das Konzept und Werte, die mit der Fachklinik assoziiert werden („Selbstständigkeit“, „Freiheit“). 19 Aussagen beziehen sich auf die Lage und Struktur der Einrichtung. Häufig wird die Realitätsnähe durch die Lage der Einrichtung hervorgehoben („Mitten in der Stadt, direkt in der Realität“). Neun Äußerungen sind einfache positive Aussagen ohne nähere inhaltliche Umschreibung („Gut“).

Aussagen zu substituierten Patienten		
43		
Nicht motiviert	Weniger Therapiefähig	Subjektive Zuschreibungen/ Anmerkungen
1	21	21

Tabelle 7.17: Aussagen zu Substituierten, Patienten, t2

43 Äußerungen beziehen sich auf die substituierten Mitpatienten. Deutlich im Vordergrund (21) stehen Wahrnehmungen und Annahmen, dass substituierte Patienten nicht ausreichend in der Lage sind, das therapeutische Angebot für sich zu nutzen („nehmen weniger wahr“; „Träge“). Vor allem die emotionalen Bewältigungskompetenzen werden als nicht ausreichend angesehen („Sind dauernd down und dann plötzlich aggressiv“, „schlechte Laune im Entzug führt dann zum Rückfall“). Eine mangelnde Motivation wird hingegen nur einmal genannt.

Subjektive Zuschreibungen und Anmerkungen (21) bilden teilweise konkrete Erfahrungen mit substituierten Mitpatienten ab und spiegeln Verständnis für, aber auch Belastungen durch, substituierte Mitpatienten wider, z. B. durch deren „Stimmungsschwankungen“. Diese Unterkategorie ist damit weiter gefasst als in 2010. Hier finden sich einerseits häufig Aussagen, die eine Aufnahme begrüßen („Bekommen auch eine Chance, das finde ich gut“; „Jeder Mensch verdient Therapie“; „Der Substi in meiner WG ist okay.“), andererseits aber auch Skepsis ausdrücken („hier zu entziehen ist doppelt schwer“; „Gut für die Substis, schlecht für die Therapie“).

Auswirkungen auf eigene Therapie			
59			
positiv	neutral	Direkt negativ	Indirekt negativ
7	23	13	16

Tabelle 7.18: Auswirkungen auf die eigene Therapie, Patienten, t2

Aussagen zu positiven und neutralen Auswirkungen (zusammen 30) und zu negativen Auswirkungen (zusammen 29) halten sich in etwa die Waage. Positive Aussagen beziehen sich auf das Gefühl, überlegen zu sein („Ja, ich baue mich selbst daran auf, wenn ich das Elend sehe“; „Ich merke, das ich schon einen Schritt weiter bin“), aber auch auf die

notwendige Auseinandersetzung mit der eigenen Sucht („Ich sehe mich selbst noch mal, das ist gut, da vergesse ich nicht so schnell die Sucht“). Oft werden Auswirkungen auf die eigene Behandlung negiert (23), dann aber doch direkte („macht was mit mir, wenn ich die sehe, da kriege ich doch Suchtdruck“) oder indirekte negative Auswirkungen benannt („Habe aber Angst, dass die Stoff reinbringen und alles verseuchen“). Zum Teil werden auch Störungen im Zusammenleben und im eigenen Gerechtigkeitsempfinden angegeben („Werden anders behandelt und besser therapeutisch umsorgt“) und vermutet, die eigene Therapie werde für die Entgiftung der Substituierten funktionalisiert („ich muss deren schlechte Laune aushalten, damit die entgiften können“).

Wünsche	
22	
Getrennte Bereiche	Anmerkungen
14	8

Tabelle 7.19: Wünsche, Patienten, t2

Die Patienten nutzten die Möglichkeit der offenen Anmerkungen, um verschiedene Wünsche („extra-Substi-WG wäre gut“) und allgemeine Anmerkungen („Gut, dass es eine Lösung gibt für die Patienten, die noch nicht clean sein können“) zu formulieren. Überwiegend beziehen sich die Wünsche darauf, nicht mit substituierten Patienten zusammenwohnen zu müssen.

7.5.2 Auswertung der Skalen

Die Aussagen in der quantitativen Inhaltsanalyse zu substituierten Mitpatienten und zu den Auswirkungen auf die eigene Behandlung sind mehrheitlich eher negativ oder skeptisch. Der Mittelwert der ersten Skala, der Frage nach der Einschätzung, ob man dieses Programm für völlig verkehrt (0) oder absolut richtig (10) hält, liegt dagegen mit 6,92 (SD = 3,72) im positiven Bereich.

Auch bei der Abwägung von Vor- und Nachteile der Aufnahme von substituierten Patienten werden in der Gewichtung mehr Vorteile gesehen. Das Verhältnis wird mit 56 zu 44 (Vor- zu Nachteilen) angegeben.

Die Korrelation zwischen den beiden Skalen ist mit $r = 0,73$ deutlich.

7.5.3 Qualitative Auswertung⁷⁵

Bei der Beschreibung der Fachklinik wird die konzeptuelle Ausgestaltung betont, die Eigenständigkeit und freie Entfaltung ermöglicht („Vorteilhaft, dass man sein Leben selbst in die Hand nehmen kann“). Hierin wird durchaus eine Herausforderung gesehen („Du musst Dich hier selbst am Riemen reißen“). Neben der Selbständigkeit, Selbstversorgung und den „vielen Freiheiten“ wird auch die Lage der Einrichtung als Entwicklungsaufgabe begriffen („Auseinandersetzung mit der Sucht ist durch die Lage unvermeidlich“) und die freundliche Atmosphäre betont („schöne Atmosphäre“, „Du wirst herzlich aufgenommen und kannst Dich schnell wohlfühlen“).

In Bezug auf therapeutisch wirksame Elemente der Fachklinik werden Einzelgespräche und weitere Therapieelemente wie indikative Gruppen genannt. Regeln und Strukturen werden positiv eingeschätzt, sofern sie tagesstrukturierend wirken („Struktur verhindert Langeweile“, „die Arbeitstherapie, die gibt mir wieder einen Alltag“) oder bestimmte Freiheiten erlauben („die Besuchsregel ist gut, sie erlaubt mir den Kontakt zur Familie zu stärken“). Für einen Teil der Patienten scheint die Auseinandersetzung mit den Regelungen therapeutisch hilfreich zu sein („Gut, sich mit den Regeln auseinander zu setzen“), dabei werden die Regeln sowohl als „ziemlich streng“ als auch als „recht locker“ erlebt. Sie werden mehrfach als „klar“ beschrieben und als „genügend persönlichen Entscheidungsspielraum“ lassend. Beziehungserfahrungen werden nur in sehr allgemeiner Form als hilfreich und unterstützend wahrgenommen („WG-Leben ist wichtig“, „mit nüchternen Menschen zusammen sein ist gut“). Mitpatienten oder Therapeuten werden nicht genannt.

Die Aufnahme von substituierten Patienten wird überwiegend abgelehnt („Keine gute Idee“, „Halte ich nichts von“, „Die brechen doch alle ab, das ist nicht gut“, „Finde ich nicht gut“) oder gleichgültig hingenommen („Bedeutet für mich nichts“, „kein Problem“). Konkrete Befürchtungen („die gefährden mich, falls die Drogen kaufen“) werden nur selten benannt. Viele Patienten erleben die substituierten Patienten als emotional unausgeglichen, belastet und belastend. Offensichtlich werden sie zum Teil als intoxikiert erlebt („Sind nach der Einnahme euphorisch“, „nicht klar im Kopf“, „können nicht immer folgen“). Auch ein schlechterer körperlicher Zustand wird beobachtet und damit Zweifel an der Fähigkeit ausgelöst, die

⁷⁵ Auch hier wurden die Interviews mit der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet (vgl. Mayring 1983).

Therapieangebote zu nutzen. Eine Reihe von Patienten begrüßt die Aufnahme aus ethischen Gründen („Jeder wie er's braucht“; „Jeder soll eine Chance kriegen“). Persönliche Motive werden, anders als bei manchen der Ablehnungen, nicht deutlich.

Die Auswirkungen auf die eigene Therapie beziehen sich vor allem auf die Beobachtung der substituierten Patienten unter Substitut („Drauf“, „macht was mit mir, wenn ich die breit sehe“, „kleine Pupillen“) oder im Entzug („im Entzug haben die wirklich schlechte Stimmung“). Beides wird als Belastung erlebt, wobei einzelne Patienten auch eine Chance in der Konfrontation mit den Entzugserscheinungen sehen, da es eine Auseinandersetzung mit der eigenen Abhängigkeit erfordert. Häufig wird die Belastung („die machen hier Entzug, das belastet alle“) durch die „schlechte Stimmung“, die bei den substituierten Patienten während der Abdosierung wahrgenommen wird genannt. Hier wird auch ein gewisser Unmut deutlich, selbst für „deren Entzug benutzt“ zu werden. Neben der emotionalen Unausgeglichenheit, die sich auf die Bezugsgruppe auswirkt („Motzen nur rum, wenn's ihnen nicht gut geht“, „Jammern ständig“) werden auch Neidgefühle benannt, die sich auf eine wahrgenommene bessere Behandlung („Therapeuten und die Ärztin kümmern sich mehr um die“) dieser Patienten beziehen. „Die nehmen nur und geben nichts“ beschreibt ebenfalls ein wahrgenommenes Ungleichgewicht in der Möglichkeit, voneinander zu profitieren („Ich habe Schwierigkeiten, von noch-Substituierten etwas anzunehmen, das ist schwer einzuordnen und oft bla-bla“).

Auch Patienten, die grundsätzlich die Aufnahme substituierten Patienten befürworten, plädieren häufig für eine räumliche Trennung. Äußerungen, selbst aktiv eine solche Trennung herbeiführen zu wollen, gibt es jedoch nicht.

7.6 Vergleich Mitarbeiter- und Patienteninterviews nach der Aufnahme von substituierten Patienten

Substituierten Patienten werden unterschiedlich wahrgenommen. Während die Therapeuten die substituierten Patienten durchaus als Bereicherung erleben, steht bei den Mitpatienten die wahrgenommene Belastung durch substituierte Patienten im Vordergrund. Sie würden eindeutig getrennte Einrichtungen oder zumindest getrennte Wohnbereiche bevorzugen. Zwar erleben auch die Mitarbeiter einen höheren Betreuungsaufwand, zumindest zum Teil aber

auch insgesamt eine bessere Auseinandersetzung mit dem Thema Abhängigkeit und eine höhere Motivation bei den substituierten Patienten.

Die Einschätzungen in den Skalen unterscheiden sich kaum. Sowohl Patienten als auch Mitarbeiter halten das Angebot für überwiegend richtig (6,92 zu 7,73) und sehen mehr Vor- als Nachteile (Verhältnis Vor- zu Nachteilen 56 zu 44 bzw. 63 zu 37).

7.7 Vergleich der Ergebnisse der Mitarbeiterinterviews vor und nach der Aufnahme von substituierten Patienten in der F42

Zu beiden Zeitpunkten wurden 15 Mitarbeiter interviewt. Durch Personalveränderungen sind jedoch je zwei Mitarbeiter nur vor bzw. nach der Einführung interviewt worden.

7.7.1 Quantitative Inhaltsanalyse

Kategorienbildung

Die Kategorien wurden für beide Zeitpunkte im Wesentlichen konstant gehalten. Hinzu kam die Kategorie „Wünsche“. Zum ersten Interviewzeitpunkt waren keine Wünsche genannt worden. Die Unterschiede in Kategorien, die zwischen dem ersten und zweiten Zeitpunkt übereinstimmen, wurden auf statistische Signifikanz überprüft⁷⁶.

Vergleich der Quantitäten in den Kategorien

Sorgen, negative Veränderungen			
Anzahl Nennungen	Patienten, Abläufe, Ergebnisse	Einrichtung, Konzept	Persönliche Sorgen, Negative Erfahrungen
2010: 65	35	17	13
2011: 60	28	21	11

Tabelle 7.20: Sorgen und negative Veränderungen, Mitarbeiter, Vergleich t1 - t2

Insgesamt stehen der Anzahl der in 2010 geäußerten Sorgen in 2011 weniger negative Erfahrungen gegenüber. Der Unterschied ist statistisch signifikant ($t(14) = 3.50, p < .01$),

⁷⁶ Die statistischen Auswertungen sind im Anhang dargestellt.

ebenso wie die Verschiebung zu negativen Veränderungen, die sich auf die Fachklinik und ihr Konzept beziehen ($t(14) = -2.256, p < .05$).

Hoffnungen, positive Veränderungen			
Anzahl Nennungen	Patienten, Abläufe, Ergebnisse	Einrichtung, Konzept	Persönliche Hoffnungen, Positive Erfahrungen
2010: 41	16	16	9
2011: 42	19	12	11

Tabelle 7.21: Hoffnungen und positive Veränderungen, Mitarbeiter, Vergleich t1 - t2

Die Gesamtzahl der genannten positiven Veränderungen in 2011 entspricht der Anzahl der Hoffnungen in 2010. Wie bei den negativen Veränderungen ist eine signifikante Verschiebung ($t(14) = 2.256, p < .05$), jetzt Verringerung, feststellbar zu Aussagen, die sich auf das Konzept und die Einrichtung beziehen.

Die Hoffnungen und positiven Erwartungen steigen in Bezug auf die Patienten, sie nehmen ab in Bezug auf das Konzept und die Fachklinik, so dass bei einer Zusammenfassung der Hoffnungen und Sorgen zwar eine leichte Abnahme der Sorgen und eine Zunahme der Hoffnungen festzustellen ist, diese aber jeweils nicht das Signifikanzniveau erreichen ($t(14) = 2.092, p > .05$ bzw. $t(14) = -0.323, p > .05$).

Fachklinik			
Anzahl Nennungen	Konzept	Lage und Struktur	Werte
2010: 67	19	21	27
2011: 81	30	30	21

Tabelle 7.22: Fachklinik, Mitarbeiter, Vergleich t1 - t2

2011 werden deutlich mehr Aussagen zur Fachklinik getroffen als in 2010. Es werden signifikant mehr Aussagen zum Konzept ($t(14) = -6.205, p < .001$) sowie zur Lage und Struktur ($t(14) = -4.583, p < .001$) der Einrichtung gemacht. Werte, die mit der Einrichtung assoziiert werden, sind dagegen signifikant seltener ($t(14) = 3.055, p < .01$) genannt worden. Die

Veränderungen können mit dem Diskussionsprozess um das Konzept und Profil der Einrichtung in Verbindung gebracht werden.

Aussagen zu den substituierten Patienten				
Anzahl Nennungen	Weniger bereit	Weniger fähig	Positiv	nichts Besonderes
2010: 25	7	12	2	4
2011: 33	2	10	17	4

Tabelle 7.23: Aussagen zu Substituierten, Mitarbeiter, Vergleich t1 - t2

Die Anzahl der Aussagen zu den substituierten Patienten ist angestiegen und die Verteilung der Aussagen ist deutlich verändert. Während kaum positive Erwartungen an die substituierten Patienten in 2010 geknüpft waren, sondern überwiegend eine mangelnde Fähigkeit und Bereitschaft zur Behandlung angenommen wurde, werden in 2011 überwiegend positive Äußerungen gemacht. Das „Image“ der substituierten Patienten hat sich für die Mitarbeiter signifikant gewandelt und verbessert. Die Gruppe wird jedoch weiter als besonders belastet („kränker“) wahrgenommen. Die hier festgestellte leichte Abnahme in der Einschätzung „Weniger fähig“ ist nicht signifikant. Die Patienten werden jedoch nicht mehr als weniger bereit für eine Behandlung erlebt, diese Veränderung ist signifikant ($t(14) = 2.646, p < .05$).

Wünsche
2010: 0
2011: 11

Tabelle 7.24: Wünsche, Mitarbeiter, Vergleich t1 - t2

Während in 2010 keine Wünsche genannt wurden, sind in 2011 einige Wünsche und Vorschläge zu identifizieren, die ebenfalls auf den Diskussionsprozess und die gemachten Erfahrungen zurückzuführen sind.

7.7.2 Vergleich der Skalenauswertung

	2010, N = 15	2011, N = 15
Mittelwert	7,3	7,7
Standardabweichung	2,13	2,05

Tabelle 7.25: Skalenvergleich Angebot, Mitarbeiter, Vergleich t1 - t2

Weiterhin wird die Aufnahme von substituierten Patienten in die Rehabilitation positiv begrüßt. Der Unterschied ist nicht signifikant.

	2010, N = 14	2011, N = 13
Vor- zu Nachteilen	62:38	63:37

Tabelle 7.26: Skalenvergleich Vor- zu Nachteilen, Mitarbeiter, Vergleich t1 - t2

Insgesamt werden in 2011 wie in 2010 durchschnittlich fast identische Angaben ohne signifikante Unterschiede gemacht.

7.7.3 Vergleich der qualitativen Auswertungen

Die Beschreibung der Fachklinik ist in 2011 durch die Veränderungsprozesse deutlich beeinflusst. Die Beschreibung ändert sich wenig in Bezug auf die Lage der Einrichtung mitten in der Stadt, die Realitätsnähe, die wohnliche Atmosphäre und die freiheitliche Grundhaltung mit Betonung der Selbstverantwortung der Patienten. Weniger bedeutsam als in 2010 scheint in 2011 die Beziehungsorientierung in der therapeutischen Arbeit und die Dominanz von Patienten mit juristischen Therapieauflagen zu sein.

In 2010 war eine deutliche Skepsis in Bezug auf die Rehabilitationsfähigkeit und -bereitschaft der substituierten Patienten festzustellen. Dies bildete sich vor allem in der Befürchtung von mehr Rückfällen der substituierten Patienten und ihrer Mitpatienten ab. In 2011 spielt dies kaum noch eine Rolle, wobei jetzt tatsächliche Belastungen durch Diskussionen in der Gruppe – die durchaus begrüßt werden – und zusätzlicher Koordinierungs-, Behandlungs- und Integrationsaufwand bilanziert werden. Die Erfahrungen mit den konkreten Patienten sind wesentlich weniger dramatisch und deutlich positiver als 2010 befürchtet.

Der Verlust von „Gemeinschaft“ und Beziehungsorientierung in der Arbeit mit den Patienten, der 2011 häufig genannt wurde, war in 2010 nicht vorhergesehen worden. Die 2011 in diesem Zusammenhang oft genannte Entwicklung hin zu einer Klinik wird dabei ambivalent beurteilt.

Die in 2010 häufig genannten wirtschaftlichen Vorteile für die Einrichtung spielen in 2011 praktisch keine Rolle, möglicherweise, weil sie sich nicht realisiert haben. So wird viel öfter als in 2010 die Frage nach der Kosten-Nutzen Relation gestellt, wobei die Kosten jetzt konkrete Mehrarbeit und höherer Aufwand darstellen und in 2010 vor allem in einer möglichen massiven Destabilisierung der Fachklinik gesehen wurden.

7.8 Vergleich der Ergebnisse der Patienteninterviews vor und nach der Aufnahme von substituierten Patienten in der F42

Zu beiden Zeitpunkten wurde die Mehrzahl der Patienten in der Fachklinik durch die Interviews erreicht. Zum zweiten Interviewzeitpunkt ist der Anteil von Patienten mit Opiatkonsum etwas höher.

Interviews	Gesamt	Opiate	Opiate u. a.	Anderes
August/Sept 2010	22	7	7	8
Juli/August 2011	29 (26 ⁷⁷)	12 (10)	10 (9)	7

Tabelle 7.27: Hauptdrogen, Vergleich t1 - t2

Von den 29 Interviews in 2011 wurden die drei Interviews mit substituierten Patienten nicht in die Auswertung einbezogen.

7.8.1 Quantitative Inhaltsanalyse

Kategorienbildung

Die Kategorien konnten für beide Zeitpunkte im Wesentlich konstant gehalten werden. Allerdings gab es Veränderungen in den Unterkategorien bei „Aussagen zu Substituierten“ und „Wünschen“, die auf die veränderte Situation durch die inzwischen aufgenommen substituierten Patienten zurückzuführen sind.

⁷⁷ Die Zahl in der Klammer gibt die Anzahl nach Abzug der Interviews mit substituierten Patienten an.

Vergleich der Quantitäten in den Kategorien

Wichtig in Therapie			
Anzahl Nennungen	Therapeutische Maßnahmen/Struktur	Beziehungen zu Mitpatienten/Therapeuten	Selbstbesinnung
2010: 72	47	18	7
2011: 62	48	9	5

Tabelle 7.28: Wichtig in Therapie, Patienten, Vergleich t1 - t2

Insgesamt werden in 2011 weniger Äußerungen in dieser Kategorie erfasst. Wie in 2010 beziehen sich die Aussagen vor allem auf konkrete therapeutische Maßnahmen (z. B. zwölfmal „Einzelgespräche“) und die vorgegebene Alltagsstruktur („Tagesstruktur“) in der Fachklinik. Während in 2010 der drogenfreie Rahmen und die damit verbundene Struktur siebzehnmals genannt werden, ist dies in 2011 nur in einem Fall („Clean-Anspruch des Hauses“) zu beobachten (vgl. auch die qualitative Auswertung). Signifikant seltener ($t(28) = 3.550, p < .001$) als in 2010 werden die Beziehungen zu den Mitpatienten und Therapeuten als hilfreich erlebt.

Fachklinik			
Anzahl Nennungen	Konzept/Werte	Lage und Struktur/ Personen	Lob
2010: 62	29	26	7
2011: 58	30	19	9

Tabelle 7.29: Fachklinik, Patienten, Vergleich t1 - t2

Es ergeben sich wenige Unterschiede in den Aussagen zur Fachklinik zwischen 2010 und 2011. Die Anzahl der Aussagen ist signifikant geringer in Bezug auf das Konzept ($t(28) = 2.703, p < .05$) und Strukturen oder Personen ($t(28) = 2.985, p < .01$). Zu beiden Zeitpunkten beziehen sich die Aussagen in Bezug auf die Werte vor allem auf Selbständigkeit und Freiheit und in Bezug auf die Lage vor allem auf die „Realitätsnähe“, die die frühe Konfrontation mit der städtischen Drogenszene einschließt.

Aussagen zu substituierten Patienten			
Anzahl Nennungen	Nicht motiviert	Weniger Therapiefähig	Subjektive Zuschreibungen/ Anmerkungen
2010: 44	7	27	10
2011: 43	1	21	21

Tabelle 7.30: Aussagen zu Substituierten, Patienten, Vergleich t1 - t2

Wie in 2010 gibt es auch 2011 starke Befürchtungen bei den nicht-substituierten Patienten, dass die substituierten Patienten das Angebot nicht angemessen für sich nutzen können, allerdings ist ein signifikanter Rückgang dieser Befürchtung feststellbar ($t(28) = 2.703$, $p < .05$). Die meisten der 2011 eingeordneten Aussagen beziehen sich jetzt weniger auf kognitive, sondern mehr auf emotionale Schwierigkeiten. Die substituierten Patienten werden als deutlich missgelaunt und starken Stimmungsschwankungen unterworfen erlebt (siehe auch qualitative Analyse). Die Vermutung einer mangelnden Motivation hat signifikant abgenommen ($t(28) = 2.703$, $p < .05$).

Während in 2010 vor allem negative subjektive Zuschreibungen dominierten, wird jetzt Bedarf und Motivation anerkannt, der mögliche Erfolg und die damit verbundenen Belastungen aber eher kritisch beurteilt. Die signifikante Zunahme subjektiver Zuschreibungen ($t(28) = -4.137$, $p < .001$) ist sicher eine Folge des persönlichen Kontaktes mit den substituierten Patienten.

Auswirkungen auf die eigene Behandlung				
Anzahl Nennungen	Positiv	Neutral	Direkt negativ	Indirekt Negativ
2010: 55	2	13	17	23
2011: 59	7	23	13	16

Tabelle 7.31: Auswirkungen auf die eigene Behandlung, Patienten, Vergleich t1 - t2

Nur in der Kategorie Auswirkungen auf die eigene Behandlung ließen sich 2011 mehr Aussagen als 2010 identifizieren. Die signifikante Zunahme betrifft die Anzahl der Aussagen

über positive und neutrale Auswirkung der substituierten Patienten auf die eigene Therapie ($t(28) = -2.415, p < .05$; $t(28) = -3.839, p < .001$). Das Verhältnis negativer und neutraler und positiver Äußerungen ist in 2011 eher ausgeglichen. Erwartet wurden in 2010 vor allem ein Abflachen des therapeutischen Niveaus, eine Fixierung auf Substanzdiskussionen in den Gruppen, vermehrte Rückfälle und ein erhöhtes (eigenes) Suchtverlangen. 2011 werden positive Auswirkungen durch eine stärkere Auseinandersetzung mit der eigenen Sucht und mögliche Selbstaufwertung benannt. Direkte und indirekte negative Auswirkungen beziehen sich auf auftretendes Suchtverlangen und die notwendige Auseinandersetzung mit und die Involvierung in den Entzug der substituierten Patienten. Dabei ist sowohl der Rückgang bei den direkten wie den indirekten negativen Auswirkungen signifikant ($t(28) = 2.117, p < .05$; $t(28) = 2.985, p < .01$).

Wünsche				
Anzahl Nennungen	Bedingte Nichtaufnahme	Getrennte Bereiche	Informationen	Kontrollen
2010: 25	9	10	3	3
	Getrennte Bereiche		Anmerkungen	
2011: 22	14		8	

Tabelle 7.32: Wünsche, Patienten, Vergleich t1 - t2

Die Möglichkeit offener Anmerkungen wurde 2011 etwas weniger als 2010 genutzt. Deutliche Ablehnung einer Aufnahme substituierten Patienten wurde nicht formuliert, aber signifikant häufiger ($t(28) = -2.117, p < .05$) der Wunsch, nicht gemeinsam in einer Bezugsgruppe (identisch mit einem Wohnbereich) mit substituierten Patienten untergebracht zu werden.

Die Anmerkungen signalisieren Verständnis („Manche brauchen eben länger“) und unspezifische Ablehnung („Ich halte da nichts ´von“), ohne konkrete Maßnahmen wie 2010 in Form von Informationen oder mehr Kontrollen zu fordern.

7.8.2 Vergleich der Skalenauswertung

Die Einschätzung, ob die Aufnahme von substituierten Patienten „richtig“ ist, hat sich signifikant ($t(21) = -2.673, p < .05$) verändert und ist nun überwiegend positiv.

	2010, N = 22	2011, N = 26
Mittelwert	3,14	6,92
Standardabweichung	3,54	3,72

Tabelle 7.33: Skalenvergleich Angebot, Patienten, Vergleich t1 - t2

Entsprechend werden auch mehr Vor- als Nachteile gesehen, die die Aufnahme von substituierten Patienten nach sich ziehen. Hier wird das Signifikanzniveau allerdings nicht erreicht.

	2010, N = 22	2011, N = 26
Vor- zu Nachteilen	24:76	56:44

Tabelle 7.34: Skalenvergleich Vor- zu Nachteilen, Patienten, Vergleich t1 - t2

Zwar werden in der quantitativen Inhaltsanalyse mehr skeptische als befürwortende Aussagen deutlich, diese scheinen aber weniger gewichtig zu sein im Vergleich zur Chance, die substituierten Patienten durch die Aufnahme geboten wird.

7.8.3 Vergleich der qualitativen Auswertungen

In 2010 waren die Interviews durch eine entschiedene und sehr deutlich formulierte, ablehnende Haltung gegenüber einer Aufnahme von substituierten Patienten gekennzeichnet. Neben konkreten Ängsten („Drogenhandel im Haus“; „mehr Rückfälle“) wurden vor allem konzeptuelle Unvereinbarkeit und das Ende des „cleanen Rahmens“ genannt. Darüber hinaus wurden stärkeres Suchtverlangen, Konfrontation mit der eigenen Sucht und sinkendes therapeutisches Niveau durch mangelnde Therapiefähigkeit und –bereitschaft der Substituierten angenommen. 2010 schlossen viele Patienten für sich eine gemeinsame Behandlung mit substituierten Patienten aus.

In 2010 wurden die Auswirkungen einer hypothetischen Situation diskutiert, die in 2011 Realität geworden ist. Die Wahrnehmung und Beschreibung der Einrichtung scheint hiervon wenig beeinflusst zu sein. Die Fachklinik wird positiv bewertet. Lage und Konzept fordern und fördern eigenverantwortliches Handeln. Viele Therapieelemente werden als wirksam erlebt. Die Wichtigkeit der persönlichen Beziehung für die Therapie ist jedoch geringer geworden. Der drogenfreie Rahmen wird nur noch ausnahmsweise thematisiert.

In Bezug auf die substituierten Patienten sind die Bedenken weiter vorhanden, werden aber weniger pointiert formuliert. Insbesondere theoretische Überlegungen zur konzeptuellen Vereinbarkeit und Katastrophenphantasien („Drogenhandel im Haus“) spielen kaum noch eine Rolle in den Gesprächen. Stattdessen werden die konkreten Belastungen, die der Entzug der Mitpatienten vom Substitut mit sich bringt und daraus resultierende „schlechte Stimmung“ angesprochen. Eine generell geringere Motivation bei substituierten Menschen wird nicht mehr angenommen. Die Hilfebedürftigkeit dieses Personenkreises wird wahrgenommen. Persönliche positive Erfahrungen werden aber von keinem Patienten geschildert.

Während sich die Patienten in 2010 massiv gegen eine Aufnahme aussprachen, nehmen die Patienten 2011 die Aufnahme von substituierten Patienten hin, auch wenn sie sie als Belastung erleben. Einzelne begrüßen die Aufnahme Substituierter um eigene Überlegenheit zu spüren und um „jedem eine Chance“ zu geben. Getrennte (Wohn-)Bereiche werden weiter gewünscht.

7.9 Zusammenfassung

In den Interviews bildet sich der Diskussionsprozess ab, der sich an der Aufnahme von substituierten Patienten in die Rehabilitation entzündet. In den Mitarbeiterinterviews finden sich mehr Äußerungen zur Einrichtung, die sich tendenziell stärker auf das Konzept beziehen. Dabei werden Erwartungen in Bezug auf die Patienten zwischen den Interviewzeitpunkten positiv korrigiert, in Bezug auf die Fachklinik und ihr Konzept werden mehr negative Aussagen gemacht. Zunehmend werden Wünsche und Veränderungsvorschläge geäußert. Die Bewertungen der konzeptuellen Veränderungen sind sowohl positiv wie negativ. Die negativen Veränderungen erscheinen deutlich weniger dramatisch als die früher geäußerten Sorgen.

Negativ erlebt wird vor allem der wahrgenommene Verlust einer Beziehungsorientierung in der Arbeit und der erhöhte Behandlungsaufwand für substituierte Patienten. In den Patienteninterviews bildet sich dies durch eine deutlich seltenere Nennung von Beziehungen oder einzelnen Bezugspersonen als hilfreiche Elemente in der Therapie ab. Sowohl Therapeuten als auch Patienten erleben die Fachklinik zwischen den Interviewzeitpunkten verändert. Dabei nehmen die Patientenäußerungen signifikant ab, die Therapeutenäußerungen signifikant zu⁷⁸.

Der bei den Patienten kaum noch genannte „cleane Rahmen“ als bestimmendes Element in der Therapie findet bei den Mitarbeitern seine Entsprechung in einer Verunsicherung und dem Verlust einer klaren Abstinenzorientierung. Neue Zielausrichtungen – neben der Abstinenz – werden noch nicht deutlich, auch wenn die Erweiterung des Angebotes und die bessere Kooperation mit dem medizinischen Bereich erwähnt werden.

Bei den Mitarbeitern hat sich die anfängliche, stark skeptische Haltung in den Interviews zum ersten Zeitpunkt nicht in der Skaleneinschätzung niedergeschlagen, was vor allem mit der oft erwähnten Lust auf Neues und dem Wunsch nach Veränderungen erklärbar ist. Auch zum zweiten Zeitpunkt wird das neue Angebot ganz überwiegend begrüßt, was nun vor allem mit den positiven Erfahrungen mit der Motivation und dem Engagement der substituierten Patienten begründbar ist. Die praktische Arbeit wird vielfältiger, wobei die stärkere Berücksichtigung somatisch-medizinischer Fragen unterschiedlich bewertet wird.

Die Patienten halten jetzt die Aufnahme von substituierten Patienten für überwiegend richtig, auch wenn sie, ähnlich wie die Therapeuten, nach wie vor oft Zweifel an der Rehabilitationsfähigkeit dieser Patientengruppe äußern. Substituierte Patienten werden nicht mehr als existentielle Bedrohung der eigenen Therapie empfunden, jedoch durchaus als Belastung. Auch hier sind sich Patienten und Mitarbeiter in ihrer Einschätzung ähnlich. In beiden Gruppen bestehen keine signifikanten Unterschiede in der positiveren Einschätzung der substituierten Patienten und ihrer Behandlungsbereitschaft.

⁷⁸ Signifikanter Unterschied von dem ersten zum zweiten Zeitpunkt in beiden Gruppen: Haupteffekt des Faktors Zeitpunkt: $F(1,42) = 5.993$, $p < .05$. Signifikante Abnahme in der Patientengruppe sowie eine signifikante Zunahme der Aussagenanzahl in der Mitarbeitergruppe: Interaktion der Faktoren Zeitpunkt und Gruppenzugehörigkeit: $F(1,42) = 32.989$, $p < .001$. Siehe auch die Auswertungen im Anhang.

Die bestimmenden Elemente „Mitarbeiter“ und „Patienten“ des Systems haben sich deutlich verändert. Die Mitarbeiter haben ihre Einschätzung der Risiken revidiert, sind eher positiv von den substituierten Patienten überrascht, stehen der Entwicklung der Fachklinik aber tendenziell skeptischer gegenüber. Die Patienten haben vor allem ihre stark ablehnende Haltung gegenüber den substituierten Patienten aufgegeben. Bei gleichzeitig geringerer Bedeutung des „cleanen Rahmens“ und einer hilfreichen Beziehung zu Therapeuten und Mitpatienten stellt sich die Frage, ob die substituierten Patienten hiervon profitieren und als gleichrangige Beziehungspartner in der Patientengruppe akzeptiert werden. Dieser Frage wird im folgenden Kapitel mit der Untersuchung der Beziehungen und des Status der substituierten Patienten in den Patientensubgruppen nachgegangen.

8 Ergebnisse der soziometrischen Untersuchung

Von vielen Therapeuten werden die therapeutischen Beziehungen – und in Therapeutischen Gemeinschaften die Kontakte und Beziehungen aller Beteiligten – als entscheidende Wirkvariablen in der Behandlung wahrgenommen. Für den Bereich der Psychotherapie erscheint dies hinreichend belegt (vgl. *Lambert, Shapiro u. Bergin* 1986; *Wampold* 2001). Im letzten Kapitel konnte gezeigt werden, dass sich Sorgen und Bedenken, die mit der Aufnahme von substituierten Patienten in Verbindung gebracht wurden, stark verringerten. Gleichzeitig wurden Beziehungen für den Therapieprozess nach der Aufnahme von substituierten Patienten als weniger bedeutsam erachtet. Hier soll der Frage nachgegangen werden, ob sich substituierte Patienten und nicht-substituierte Patienten in ihrem sozialen Status und damit in der Möglichkeit unterscheiden, von Beziehungen auch therapeutisch zu profitieren.

Die von Jakob Moreno entwickelte Soziometrie ist eine Methode, um die Beziehungen und den sozialen Status von Mitgliedern einer Gruppe abzubilden (vgl. *Schnegg* 2010). Die Erhebung der Beziehungen zwischen den definierten Mitgliedern einer sozialen Gruppe geschieht mit einfachen Fragen, die von allen Personen einer Gruppe zu beantworten sind. Dabei werden Bevorzugung und Ablehnung der Gruppenmitglieder untereinander erfasst.

8.1 Fragebogen und Soziomatrix

Die Patienten werden gefragt, mit welchen Mitpatienten sie sich ein gemeinsames Zimmer oder eine Zusammenarbeit vorstellen könnten⁷⁹:

- *Mit wem könnten Sie sich am ehesten vorstellen/auf keinen Fall vorstellen ein Doppelzimmer zu teilen (je 1 Person)?*
- *Wenn ich mit zwei Mitpatienten aus meiner Gruppe zusammenarbeiten müsste, würde ich am liebsten/nicht so gerne mit ... (je 2 Personen) zusammenarbeiten.*

Jeder Patienten hat die Möglichkeit, maximal drei Wahlen abzugeben und diese auf zwei oder drei Patienten zu verteilen. Die Antworten werden in eine Soziomatrix übertragen. Aus der

⁷⁹ Die Fragen wurden von den Patienten einer Bezugsgruppe vor einer ihrer gemeinsamen Gruppentherapien schriftlich beantwortet (Fragebogen im Anhang). Dabei wurde in der mündlichen Instruktion betont, dass die Fragen rein hypothetisch sind und einem Forschungsinteresse dienen, das aber nicht näher erläutert, sondern mit „allgemeinen Gruppenprozessen“ umschrieben wurde. Die Frage nach der Zusammenarbeit bezog sich auf die Möglichkeit, im Rahmen der Arbeitstherapie ein gemeinsames Projekt zu verwirklichen. Dies ist in der Fachklinik ein übliches und den Patienten bekanntes therapeutisches Angebot.

Anzahl der erhaltenen positiven und negativen „Wahlen“ lassen sich verschiedene soziometrische Indizes ermitteln.

Beispiel:

Soziomatrix der positiven Wahlen in der Bezugsgruppe 4 am 29.06.2011 (Abbildung 1). Der substituierte Patient ist unterstrichen (P 5). Die Reihenfolge bildet die Länge des Aufenthaltes in der Fachklinik ab, d.h., Patient 1 ist am längsten da, Patient 9 dagegen wurde zuletzt aufgenommen.

Die Spalten zeigen, dass alle Patienten bis auf P 8 drei Wahlen abgegeben haben. Durch die Fragestruktur ist es möglich, einen Mitpatienten einmal oder zweimal zu wählen.

Wahlmatrix (Bezugsgruppe 4, 29.6.2011, *positive* Wahlen)

	P 1	P 2	P 3	P 4	<u>P 5</u>	P 6	P 7	P 8	P 9	Σ
P 1				x	xx	x	x		x	6
P 2			x	x		x		x		4
P 3		x				x				2
P 4	x	xx			x			x	xx	7
<u>P 5</u>	xx		x	x						4
P 6			x				x			2
P 7										0
P 8										0
P 9								x		1
Σ : 3 3 3 3 3 3 2 3 3 (abgegebene Wahlen)										

Abbildung 8.1: Soziomatrix positive Wahlen

In der Matrix ist für jeden Patienten erkennbar, welche Mitpatienten er wählt. Der positive Status, definiert als Anzahl positiver Wahlen, wird für jeden Patient ermittelt. Die

Summenwerte der Zeilen zeigen, dass in diesem Beispiel P 4 und P 1 am häufigsten gewählt wurden, die Patienten P 3, P 5 seltener und P 7 bis P 9 kaum.

Wahlmatrix (Bezugsgruppe 4, 29.6.2011, *negative* Wahlen)

	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	Σ
P 1										0
P 2										0
P 3									xx	2
P 4			xx			x	xx			5
P 5		xx		x		x	x	x	x	7
P 6										0
P 7	xx	x			xx	x				6
P 8	x									1
P 9								x		1
Σ : 3 3 2 1 2 3 3 2 3 (abgegebene Wahlen)										

Abbildung 8.2: Soziomatrix negative Wahlen

Bei der Beispielmatrix zu den negativen Wahlen (Abbildung 2) wird deutlich, dass nicht alle Patienten ihre maximale Wahlmöglichkeit (drei Stimmen) nutzten. Der negative Status, definiert als Anzahl negativer Wahlen, wird für jeden Patient ermittelt. Die ablehnenden Wahlen konzentrieren sich auf drei Patienten.

8. 2 Ermittlung des soziometrischen Status

Der positive (S+) oder negative (S-) soziometrische Status kann für jeden Wahltermin für jeden Patienten nach folgender Formel bestimmt werden.

$$S \text{ +/-} = \frac{\text{Anzahl der erhaltenen Wahlen des Patienten} \times (\text{Zeilensumme})}{\frac{\text{Gesamtsumme der abgegebenen Wahlen}}{\text{Anzahl Bezugsgruppenmitglieder}}}$$

Dadurch ist festgelegt, dass ein Status von $S \text{ +/-} = 1$ genau dem Durchschnitt entspricht.

Beispiel:

Patient 5, Patient 4 und Patient 1 aus der Wahlmatrix der Bezugsgruppe 4 vom 29.6.2011 (positive Wahlen)

$$\text{Pat 5: } S+ = 4: \frac{26}{9} = 1,4$$

$$\text{Pat 4: } S+ = 7: \frac{26}{9} = 2,4$$

$$\text{Pat 1: } S+ = 6: \frac{26}{9} = 2,1$$

Patient 4 und Patient 1 haben also einen wesentlich höheren positiven Status als Patient 5, dessen Status aber ebenfalls leicht über dem Durchschnitt der Gesamtgruppe liegt.

Für jeden der drei Patienten ergibt sich folgender negativer Status (es wurden insgesamt 21 negative Wahlen von 9 Patienten abgegeben):

$$\text{Pat 5: } S- = 7: \frac{21}{9} = 3,0$$

$$\text{Pat 4: } S^- = 5: \frac{21}{9} = 2,1$$

$$\text{Pat 1: } S^- = 0: \frac{21}{9} = 0$$

Patient 5 hat einen stark negativen Status. Patient 4 wird deutlich (2,1) abgelehnt, Patient 1 überhaupt nicht.

Durch die getrennte Erhebung von positiven und negativen Wahlen kann ein Patient also sowohl einen hohen positiven als auch einen hohen negativen Status haben.

8.3 Ermittlung der Beachtung durch Mitpatienten

Wie die Beispiele zeigen, kann der negative und positive Status bei einem Patienten gleichzeitig hoch oder niedrig sein. Auch ein überwiegend positiver Status (im Beispiel Patient 1) oder negativer Status ist möglich.

Erhält ein Patient weder positive noch negative Wahlen, wird er von seinen Mitpatienten in den in Frage stehenden Kategorien nicht beachtet. Die Anzahl der insgesamt erhaltenen Wahlen ist ein Indikator dafür, inwieweit ein Patient durch die Mitpatienten beachtet wird. Dafür wird folgende Formel aufgestellt:

$$\text{Beachtung (B)} = (S^- + S^+) : 2$$

Hohe Werte zeigen eine hohe Beachtung des Patienten durch seine Mitpatienten. Ist B größer als 1, erhält der Patient insgesamt mehr Wahlen als der Durchschnitt der Mitpatienten. Ist B geringer als 1, wird der Patient hingegen unterdurchschnittlich oft gewählt.

8.4 Korrelation zwischen soziometrischem Status und Länge der bisher absolvierten Behandlung

Insgesamt wurden 124 Datensätze⁸⁰ mit positiven und negativen Wahlen erhoben, davon 14 Datensätze von substituierten Patienten. Im Durchschnitt wurden jeweils 5,4 Wahlen (2,9 positive, 2,5 negative) abgegeben. Neben den Wahlen jeder Person wurde ihre Aufenthaltsdauer in der Fachklinik zum Wahlzeitpunkt festgehalten.

Betrachtet man die Matrizen, stellt man fest, dass Patienten, die sich schon länger in der Behandlung befinden, mehr positive Wahlen erhalten. Deshalb wird die Korrelation zwischen der Therapiedauer zum Untersuchungszeitpunkt und dem Status S ermittelt.

Die Korrelation zwischen Therapiedauer und positivem Status bei den nicht substituierten Patienten ist $r = .56$. Bei den nicht-substituierten Patienten ist sie mit $r = .48$ nur geringfügig niedriger. Die Korrelation bestätigt somit, dass Patienten mit längerem Aufenthalt in der Fachklinik mehr positive Wahlen erhalten.

In Bezug auf den negativen Status ist die Korrelation bei beiden Gruppen sehr gering ($r = .11$ bei den nicht substituierten Patienten bzw. $r = -.08$ bei den substituierten Patienten). Ein längerer Aufenthalt beeinflusst daher kaum den Grad der Ablehnung.

Für den Vergleich zwischen substituierten und nicht substituierten Patienten könnten die Korrelationen also dann eine Rolle spielen, wenn die durchschnittliche Länge des Aufenthaltes zum Untersuchungszeitpunkt deutlich unterschiedlich ist. Die Anzahl der zum jeweiligen Zeitpunkt der soziometrischen Datenerhebung absolvierten Therapietage unterscheidet sich für die Gruppen aber kaum:

Für die substituiert aufgenommenen Patienten gilt:

$$N = 14$$

$$\text{Durchschnitt Behandlungstage} = 58,0$$

$$SD = 48,1$$

⁸⁰ Ein Datensatz sind die von einem Patienten zu einem Untersuchungszeitpunkt abgegebenen positiven und negativen Wahlen

Für die nicht-substituiert aufgenommen Patienten gilt:

$N = 110$

Durchschnitt Behandlungstage = 52,9

$SD = 49,3$

Der Unterschied ist gering⁸¹. Verzerrungen im soziometrischen Status auf Grund unterschiedlich langer Therapiedauer sind somit nicht zu erwarten.

8.5 Soziometrische Indizes der substituierten Patienten im Vergleich zu den nicht-substituierten Patienten

In Bezug auf den Status und die Beachtung durch Mitpatienten sollen mögliche Unterschiede zwischen den Patientengruppen ermittelt werden.

Status

Die substituierten Patienten erreichen im Durchschnitt einen positiven Status von

$S+ = 0,49$ ($N = 14$, $SD = 0,47$).

Die nicht-substituierten Patienten erreichen im Durchschnitt einen positiven Status von

$S+ = 1,06$ ($N = 110$, $SD = 0,53$).

Die substituierten Patienten erhalten weniger als die Hälfte der im Durchschnitt zu erwartenden positiven Wahlen und weisen somit einen signifikant ($t(122)=-3.851$, $p<.05$) niedrigeren positiven sozialen Status als nicht-substituierte Patienten auf.

Der negative Status der substituierten Patienten beträgt im Durchschnitt

$S- = 1,76$ ($N = 14$, $SD = 1,25$).

Der negative Status der nicht-substituierten Patienten beträgt im Durchschnitt

$S- = 0,90$ ($N = 110$, $SD = 0,9$).

⁸¹ Die etwas längere Durchschnittsbehandlungszeit zum Untersuchungszeitpunkt bei den substituierten Patienten ist darauf zurückzuführen, dass keiner der substituierten Patienten die Behandlung zu einem frühen Zeitpunkt abgebrochen hat.

Die substituierten Patienten weisen einen stark negativen Status auf, der sich signifikant ($t(122)= 3.197, p<.05$) von den nicht-substituierten Patienten unterscheidet, allerdings ist die Schwankungsbreite in den negativen Wahlen deutlich größer, sowohl bei den substituierten als auch bei den nicht-substituierten Patienten.

Beachtung durch Mitpatienten

Die Beachtung durch Mitpatienten beträgt für die substituierten Patienten

$B = 1,12$ ($N = 14, SD = 0.74$).

Für die nicht-substituierten Patienten ist dieser Wert etwas geringer:

$B = 0,98$ ($N = 110, SD = 0,71$).

Der Unterschied ist gering und nicht signifikant ($t(122)=0,693, p>.05$).). Substituierte und nicht-substituierte Patienten werden also nicht unterschiedlich stark von ihren Mitpatienten beachtet.

Unterschiede im Status von substituierten und nicht-substituierten Patienten können also nicht auf eine geringere Beachtung dieser Patientengruppe zurückgeführt werden. Möglicherweise ist der signifikant geringere positive und höhere negative Status aber ein Phänomen, was auch für andere Subgruppen der Patientenpopulation festgestellt werden kann.

8.6 Soziometrischer Status anderer Patientengruppen

Möglicherweise ist der Status anderer Subgruppen als die der substituierten Patienten in der gesamten Patientenpopulation ebenfalls verringert. Denkbar ist, dass einzelne, deutliche Unterscheidungsmerkmale auf Grund von Vorurteilen zu einer Abwertung führen.

8.6.1 Status und Beachtung der russischsprachigen Migranten

Häufig werden russischsprachige Migranten in den Fachkliniken als Problemgruppe wahrgenommen (Remmert, 2008b). Möglicherweise schlägt sich dies auch im soziometrischen Status und in der Beachtung durch die Mitpatienten nieder.

Der positive Status der russischsprachigen Migranten beträgt im Durchschnitt $S+ = 0,98$ ($N = 12$, $SD = 0,76$).

Der negative Status der russischsprachigen Migranten beträgt im Durchschnitt $S- = 0,88$ ($N = 12$, $SD = 1,22$).

Die Beachtung beträgt $B = 0,93$

Der positive oder negative Status der russischsprachigen Migranten und ihre Beachtung durch Mitpatienten unterscheidet sich kaum von den entsprechenden Werten ($1,06$ für $S+$; $0,90$ für $S-$ und $B = 0,98$) der nicht-substituierten Patienten. Der bei den substituierten Patienten zu beobachtende Effekt eines erhöhten negativen und verminderten positiven Status lässt sich bei den russischsprachigen Migranten nicht finden.

8.6.2 Status und Beachtung von anderen ausländischen Patienten⁸²

Der positive Status der anderen ausländischen Patienten beträgt im Durchschnitt $S+ = 1,0$ ($N = 13$, $SD = 0,61$).

Der negative Status der anderen ausländischen Patienten beträgt im Durchschnitt $S- = 0,79$ ($N = 13$, $SD = 0,93$).

Die Beachtung beträgt $B = 0,90$

Der positive Status der anderen ausländischen Patienten oder ihre Beachtung unterscheidet sich nicht bedeutend von den nicht-substituierten Patienten ($S+ = 1,0$ im Vergleich zu $S+ = 1,06$), der negative Status ist sogar eher etwas geringer ($S- = 0,79$ im Vergleich zu $S- = 0,9$), der Unterschied ist aber nicht signifikant ($t(121)=0,415$, $p>.05$). Die Tatsache, einer Subgruppe anzugehören hat also nicht automatisch Folgen im Sinne einer Verminderung des sozialen Status.

Vergleicht man die Datensätze der ausländischen Patienten ($N = 13$) mit denen der substituierten Patienten ergeben sich trotz der relativ kleinen Datenbasis signifikante

⁸² Es gingen die soziometrischen Daten von arabischen, türkischen, griechischen und spanischen Patienten ein

Unterschiede für den positiven ($t(25)=-2,463$, $p<.05$) und negativen ($t(25)=2,272$, $p<.05$) sozialen Status:

Positiver Status der anderen ausländischen Patienten:

$S+ = 1,0$ ($N = 13$, $SD = 0,61$).

Positiver Status der substituierten Patienten:

$S+ = 0,49$ ($N = 14$, $SD = 0,47$).

Negativer Status der anderen ausländischen Patienten:

$S- = 0,79$ ($N = 13$, $SD = 0,93$).

Negativer Status der substituierten Patienten:

$S- = 1,76$ ($N = 14$, $SD = 1,25$).

Der Unterschiede zwischen dem Status der substituierten Patienten und der ausländischen Patienten ist nicht mit der Tatsache der Subgruppenzugehörigkeit zu erklären.

8.7 Zusammenfassung

Es werden insgesamt etwas mehr positive als negative Wahlen abgegeben. Negative Wahlen scheinen den Patienten eher schwerer zu fallen. In dem soziometrischen Maß der Beachtung ergeben sich keine Unterschiede zwischen den untersuchten Subgruppen. Alle Subgruppen der Patientenpopulation erhalten eine ähnliche Anzahl von Wahlen.

Positive Wahlen korrelieren mit der Therapiedauer und nehmen mit zunehmender Therapiedauer eher zu. Ablehnungen hängen nicht mit der Länge der Therapie zusammen. Freundschaften und Bekanntschaften brauchen zu ihrer Entstehung und Festigung offensichtlich gemeinsame Zeit und Erfahrung. Die verwendeten Fragebögen legen nahe, positive Wahlen eher an Gruppenmitglieder zu vergeben, mit denen man bereits positive Erfahrungen in Bezug auf das Zusammenleben oder das gemeinsame Arbeiten gemacht hat. Das die negativen Wahlen nicht mit der Therapiedauer korrelieren ist u. U. auf gegenläufige Effekte zurückzuführen. Einerseits wirken sich stereotype negative Vorurteile sicher stärker bei negativen Wahlen von neueren Mitpatienten aus, mit denen noch keine korrigierenden

Erfahrungen gemacht werden konnten. Andererseits werden im Rahmen der Behandlung und des Gruppenlebens negative Erfahrungen mit Mitpatienten gesammelt. Im Laufe der Zeit führt das dazu, dass die Hemmung, negative Wahlen abzugeben, überwunden wird.

Substituierte Patienten profitieren kaum von ihrer, im Vergleich zu der Gruppe der nicht-substituierten Patienten, sogar etwas längeren Therapiezeit. Sie haben einen deutlich geringeren positiven Status und einen deutlich höheren negativen Status⁸³. Insgesamt erhalten sie fast doppelt so viel negative Wahlen und nur rund die Hälfte der positiven Wahlen wie ihre Mitpatienten. Dies gilt sowohl für den Vergleich mit der Gesamtheit der nicht-substituierten Patienten als auch für Vergleiche mit anderen abgrenzbaren Subgruppen (Ausländer, russischsprachige Migranten). Die Statusunterschiede zu den ausländischen Patienten sind dabei ebenfalls signifikant. Dies ist überraschend, weil in anderen Fachkliniken (z. B. in der „Fachklinik Hohehorst“, vgl. Kapitel 6) die substituierten Patienten zwar als Subgruppen wahrgenommen, jedoch keine größeren Differenzen zur Gesamtheit der Patienten angenommen oder beobachtet werden.

Offensichtlich ist die Tatsache der Substitution eine Eigenschaft⁸⁴, die die Mitpatienten daran hindert, substituierte Patienten als potentielle Mitbewohner eines Doppelzimmers oder als Teilnehmer in einem gemeinsamen Arbeitsprojekt zu akzeptieren. Die im vorhergehenden Kapitel beschriebenen Einstellungsänderungen, die mit dem direkten Kontakt und den Erfahrungen mit substituierten Mitpatienten in Verbindung gebracht werden, wirken sich nicht entsprechend positiv aus. Tatsächlich werden die substituierten Patienten nicht nur nicht positiv gewählt, sondern auch doppelt so häufig wie ihre Mitpatienten explizit abgelehnt.

Trotz einer Behandlung, die die gleichen Grundsätze, Entscheidungsrationale, Regeln und Bedingungen für substituierte und nicht-substituierte Patienten beinhaltet, gelingt keine vergleichbare Integration der substituierten Patienten in die Gemeinschaft der Mitpatienten. Die substituierten Patienten bleiben eine unterscheidbare Subgruppe. Möglicherweise werden damit auch die bestimmenden Elemente des Systems Klinik (Mitarbeiter, Patienten) und die Wechselwirkung der Elemente mit den Umgebungsfaktoren deutlich verändert, da die Patientengruppe in zwei unterscheidbare Subgruppen aufgeteilt ist. Inwieweit die

⁸³ Die Beachtung durch die Mitpatienten ist in allen Gruppen ähnlich.

⁸⁴ In anderen Beschreibungsdimensionen (Hafterfahrung, Dauer der Abhängigkeit etc.) unterscheidet sich die Gruppe der substituierten Patienten kaum von der gesamten Patientenpopulation (s. Kapitel 9 und 10)

substituierten Patienten sich in einer Sonderrolle in der Fachklinik erleben und wie sie die Behandlung subjektiv erleben, wird im folgenden Kapitel dargestellt.

9 Die substituierten Patienten

In Kapitel 8 wurde gezeigt, dass die substituierten Patienten trotz des nach ihrer Aufnahme erfolgten Abbaus von Vorurteilen bei Mitpatienten und Therapeuten und zum Teil stark positiver Wahrnehmung durch die Therapeuten eine abgrenzbare Subgruppe bleiben. Hier werden jetzt die Biografien der substituierten Patienten beschrieben um gegebenenfalls Gemeinsamkeiten außer der Substitution zu identifizieren. Anschließend werden die mit den substituierten Patienten durchgeführten Interviews ausgewertet. Wichtige Themen der substituierten Patienten und ihr subjektives Erleben der Behandlung werden dargestellt.

9.1 Beschreibung und Verlauf

Übersicht

Die Gruppe der substituierten Patienten zeigt ein sehr heterogenes Bild. Die Lebensläufe der Patienten sind, wie die von nicht-substituierten Patienten der Fachklinik, durch Brüche und wechselnde Phasen mehr oder weniger stabiler Lebensbedingungen gekennzeichnet. Es lassen sich keine einheitlichen Merkmale für die Gruppe der substituierten Patienten darstellen (s. a. Kapitel 10).

Name	Alter b. Aufn.	Berufser fahrung	Hafter- fahrung	Entlas- sungs- form ⁸⁵	Dauer Abhgk ⁸⁶	Weitere Diagnosen	ICF Aufn ⁸⁷	ICF Entl.	§ 35 ⁸⁸
W.	49 J	15 J	2 J	Reg.	30 J	Depression Coxathrose	20	13	Nein
C.	42 J	10 J	3 J	Abb.	23 J	Hep C	18	20	Ja
H.	52 J	11 J	17 J	Disz.	35 J	HIV Hep C Bandscheib envorf.	19	12	Ja
S.	30 J	6 J	2 J	Reg.	10 J	-	14	14	Ja
T.	33 J	4 J	1 J	Reg.	12 J	-	14	7	Ja
K.	34 J	8 J	4 J	Lfd.	16 J	Hep. C	16	11	Nein
B.	40 J	8 J	5 J	Lfd.	10 J	Bandscheib envorfall, Depression, Restless- leg-Syindr.	18	16	Ja

Tabelle 9.1: Die substituierten Patienten

Herr W.; 49 Jahre

Herr W. nahm seit Oktober 2010 an der Vorbereitungsgruppe für substituierte Patienten teil. Er hatte nach einer stationäre Behandlung in der Fachklinik F42 vier Jahre abstinent gelebt. Nach Rückfall folgten eineinhalb Jahre Substitutionstherapie, zunächst mit Methadon, seit Sommer 2010 mit Buprenorphin (Subutex®). Es gab mehrere Entzugsversuche, die letztlich erfolglos waren und viele Rückfälle mit Alkohol und Heroin, zuletzt in der Weihnachtszeit

⁸⁵ Reg.: Regulär. Abb.: Behandlungsabbruch durch den Patienten. Diss.: Disziplinarisch durch die Fachklinik. Lfd.: Behandlung läuft noch zum Ende der Datenerhebung.

⁸⁶ Dauer der Abhängigkeit von Drogen seit Ausprägung eines Abhängigkeitssyndroms nach ICD 10. Bei Herrn S., Frau K. und Herrn B. bestand erst später Abhängigkeit von Opiaten.

⁸⁷ Wert im Mini-ICF-APP (s. Kapitel 3) bei Aufnahme in bzw. Entlassung aus der Behandlung.

⁸⁸ Therapieaufgabe gemäß §§ 35/36 BtmG („Therapie statt Strafe“)

2010. Herr W. wurde deshalb wieder auf 10 mg Buprenorphin/Tag hoch dosiert, nachdem er vorher schon ambulant bis auf 2 mg herunter dosiert war.

Herr W. wuchs mit zwei Geschwistern bei den Eltern auf. Die familiäre Atmosphäre erlebte er als wenig förderlich und gewalttätig. Die Kinder wurden häufig vom Vater misshandelt. Herr W. rebellierte gegen Autoritäten und versuchte, eine Identität in Abgrenzung zu „normalen bürgerlichen“ Lebenswelten zu finden. Drogen wurden ab dem 16. Lebensjahr eingesetzt, um ein mangelndes emotionales Erleben und Gefühle von Wertlosigkeit auszugleichen und um eine eigene Identität und eine Rolle im Leben zu finden. Die Schule und eine Lehre wurden abgebrochen. Mit 19 Jahren wurde Herr W. erstmals inhaftiert. In Haft holte er den Schulabschluss nach und begann mit einem Tischlerlehrgang. Er bemühte sich um Stabilität durch berufliches Engagement, verlor jedoch zunehmend die Kontrolle über den Substanzkonsum, wurde arbeitslos und ab dem 35. Lebensjahr auch obdachlos bis zum Zeitpunkt der ersten Behandlung im Jahr 2003. Danach lebte Herr W. mehrere Jahre abstinent, zuerst in einer Nachsorgewohnungsgemeinschaft, später in einer eigenen Wohnung. Er war durchgehend weiter berufstätig. Im Rahmen einer Betriebsfeier wurde er alkoholrückfällig. Kurze Zeit später konsumierte er erneut Heroin. Entzugsbehandlungen scheiterten und eine dann begonnene Substitutionsbehandlung brachte kaum eine Stabilisierung.

Der Patient konnte die Entwöhnungsbehandlung gut für sich nutzen. Die Abdosierung vom Substitut erfolgt komplett und komplikationslos. Der Patient schloss eine Adaptionsbehandlung an die Entwöhnungsbehandlung an. Die Behandlung war letztlich durch große soziale Ängste des Patienten dominiert, der nur wenig in der Lage war, außerhalb der Fachklinik Kontakte aufzubauen.

Herr C.; 42 Jahre

Herr C. nahm über mehrere Monate an der Vorbereitungsgruppe teil. Während dieser Zeit erfolgte eine Abdosierung auf 30 mg Methadon/Tag.

Herr C. wurde in der Türkei geboren. Seine Kindheit verbrachte er bis zum 12. Lebensjahr bei seinen Großeltern. Seine Eltern lebten als Gastarbeiter in Deutschland. Der Vater war Alkoholiker und gewalttätig, eine positive Beziehung zu seinen Eltern baute er nie auf. Das Fehlen von emotionaler Wärme und ein Mangel an Sicherheit und Wertschätzung ziehen sich

durch Kindheit und Jugend. Ab dem 16. Lebensjahr lebte er vor allem auf der Straße und dort zunehmend in der Drogenszene. Mit 19 Jahren begann er Heroin zu konsumieren, war ab dem 22. Lebensjahr drei Jahre inhaftiert und lebte dann nach der Abschiebung aus Deutschland zehn Jahre in der Türkei. In dieser Zeit wurden kein Heroin, aber exzessiv Alkohol und zunehmend Benzodiazepine und Codein konsumiert. Nach einer Eheschließung kehrte er nach Deutschland zurück. Er fühlte sich überfordert und konsumierte verschiedene Drogen, Alkohol sowie intravenös Heroin. Eine Reihe von Entzugsbehandlungen wurde sämtlich abgebrochen.

Herr C. begann während der Behandlung die Hintergründe seiner Drogenabhängigkeit zu reflektieren. Er zeigte sich allerdings durchgehend stark in seiner Fixierung auf körperliche Symptome gefangen. Er bestand auf einer sehr langsamen Reduktion des Substituts. Häufig äußerte er den Wunsch, das Substitut früher am Tag (sechs Uhr) zu erhalten. Herr C. war nicht in der Lage, sich vom Substitut zu „verabschieden“, und brachte jedes Missempfinden in Zusammenhang mit der Abdosierung. Herr C. brach die Behandlung ab, als die letzte Reduzierung von 10 mg Methadon auf „Null“ bevorstand.

Herr H.; 53 Jahre

Vor der Aufnahme nahm der Patient seit Dezember 2010 an der Vorbereitungsgruppe für substituierte Patienten teil. Die Substitution bestand seit 1992 mit zuletzt 40 mg Methadon/Tag.

Herr H. wurde in Berlin geboren und wuchs bei den Eltern auf. Seinen alkoholabhängigen Vater, der Inhaber einer großen Malerfirma war, beschrieb er als ehrgeizig und sehr streng. Er sei sehr oft von seinem Vater geschlagen worden. Seine Mutter sei eher unscheinbar und zurückhaltend gewesen.

In der Schule fiel ihm das Lernen schwer. Nach der achten Klasse verließ er die Hauptschule. Im 14. Lebensjahr zog er aus dem elterlichen Haushalt aus. Gleichzeitig begann er mit dem Alkohol- und etwas später mit dem Cannabiskonsum.

Im väterlichen Betrieb absolvierte er eine Lehre als Maler und Lackierer, dabei fühlte er sich oft überfordert. Mit 19 Jahren begann der Heroinkonsum. Zunehmend beging er Straftaten (Einbrüche, Überfälle). Mit 20 Jahren lernte er seine erste Frau kennen. Seine Söhne, zu

denen kein Kontakt besteht, wurden 1982 und 1984 geboren. Wegen eines Tötungsdelikts war er langjährig inhaftiert. Nach der Haftentlassung begab der Patient sich in eine Substitutionsbehandlung. Seit sechs Jahren wurde kein Heroin mehr eingenommen. Täglich konsumierte Herr H. Cannabis und häufig Alkohol. Methadon wurde ca. einmal im Monat intravenös konsumiert.

Bei der Suchtentwicklung des Patienten spielen Modellernen (Alkoholkonsum des Vaters), mangelndes soziales Lernen sowie die frühe Frustration von Grundbedürfnissen nach Anerkennung und Wertschätzung eine Rolle. Herr H. lernte, eigene Wünsche und Bedürfnisse zu unterdrücken und Aufgaben zu vermeiden. Durch Anschluss an Drogen konsumierende Gleichaltrige erfuhr er Anerkennung und Zugehörigkeit. Dies beeinflusste seine Identitätsbildung wesentlich.

Der Patient trat die Therapie sehr motiviert an und suchte sowohl bei Therapeuten als auch bei Mitpatienten Anerkennung. Stärke zeigen und „endlich selbst etwas erreichen“ waren zentrale Themen für den Patienten. Die Auseinandersetzung mit der Identität als einerseits bürgerlich und wohlhabend aufgewachsener, „ordentlicher“ Mensch und der andererseits langjährigen Integration in kriminelle Lebenswelten nahm viel Raum ein. Die Abdosierung verlief scheinbar komplikationslos, allerdings zeigte eine Laborkontrolle des Urins dann einen positiven Wert für Methadonmetaboliten. Herr H. räumte den heimlichen Konsum von Methadon ein. Eine Verlegung in ein Krankenhaus scheiterte. Der Patient brach die Behandlung dort ab, bemühte sich aber sofort um eine erneute Behandlung.

Nach bewilligter Kostenübernahme gelang ihm im November die erneute Aufnahme der Rehabilitation ohne laufende Substitutionsbehandlung.

Herr S.; 30 Jahre

Herr S. besuchte über mehrere Wochen die Vorbereitungsgruppe und wurde mit 40 mg Methadon/Tag aufgenommen.

Herr S. kommt aus Thüringen. Seinen Vater hat er nie kennen gelernt. Er wuchs mit zwei Halbschwestern bei der Mutter auf, die häufig Partnerschaften einging, die durch Streit und Gewalt geprägt waren. Herr S. war erleichtert, als er ab dem 12. Lebensjahr auf Veranlassung des Jugendamts in einer Einrichtung des „Betreuten Wohnen“ leben konnte.

Ab dem 15. Lebensjahr konsumierte er regelmäßig THC. Kokain wurde sporadisch eingenommen. Mit 16 Jahren verließ er das „Betreute Wohnen“ und arbeitete in einer „Drücker-Kolonne“, später in einem Schlachtbetrieb an der holländischen Grenze. Mit 20 Jahren kehrte er nach Berlin zurück und ging eine kurze Beziehung ein, aus der ein Sohn hervorging. Aus Überforderung habe er ab dem 23. Lebensjahr Heroin konsumiert. Eine weitere Beziehung scheiterte an gegenseitiger Gewalt. Seit 2007 wurden Substitutionstherapien durchgeführt und aus unterschiedlichen Gründen beendet. Der letzte intravenöse Heroinkonsum erfolgte 2008.

Der Therapieverlauf war durch die Selbstunsicherheit und starke Fixierung des Patienten auf körperliche Empfindungen und das Substitut gekennzeichnet. Andere wichtige Therapiethemen, z. B. die weitere Lebensgestaltung und die soziale und berufliche Integration, konnten wenig bearbeitet werden. Herrn S. gelang nur eine sehr langsame Abdosierung, die insgesamt drei Monate dauerte. Zuletzt wurde in 2 mg (entspricht 0,2 ml) Schritten von 8 mg Methadon/Tag (0,8 ml) in vier Wochen auf 0 reduziert. Nach 15 Tagen wurde mit Subutex[®] (4 mg) die Substitutionsbehandlung wieder aufgenommen. Der Patient zeigte sich erleichtert und konnte sich in der Folge besser mit Themen wie Konflikten mit Mitpatienten und sozialen Fragen beschäftigen. Eine Verhaltensänderung war jedoch kaum zu beobachten, die Auseinandersetzung im Rahmen der Psychotherapie blieb eher oberflächlich. Der Patient formulierte große Enttäuschung über sich selbst, da er „schwach geworden sei“.

Herr T.; 33 Jahre

Herr T. nahm über mehrere Monate an der Vorbereitungsgruppe teil, eine Kostenübernahme wurde anfangs verweigert bzw. für eine Fachklinik ausgestellt, die dem Patienten nicht geeignet erschien, weil er den Kontakt zu seinem Sohn nicht hätte aufrecht erhalten können. Seit 2010 wurde eine Substitutionsbehandlung mit Polamidon durchgeführt, zuletzt mit 30 mg Polamidon/Tag. Sporadisch konsumierte der Patient Heroin.

Herr T. wuchs in Berlin als Kind eines heroinabhängigen Vaters auf, der selten arbeitete und sich wenig an der Erziehung beteiligte. Die Mutter war berufstätig und arbeitete 33 Jahre als Monteurin in einer Lampenfirma und kümmerte sich in der übrigen Zeit um Herrn T. und seine zwei Brüder. Herr T. erreichte den Hauptschulabschluss und arbeitete anschließend überwiegend als Hilfsarbeiter. Herr T. konsumierte ab dem 22. Lebensjahr Heroin, z. T.

zusammen mit dem Vater und dem jüngeren Bruder. Den Drogenkonsum führte er wesentlich auf das Vorbild des Vaters zurück.

2006 lernte er die Mutter seines Kindes kennen und distanzierte sich von der Drogenszene. 2007 wurde sein Sohn geboren, ab 2008 konsumierte er heimlich Heroin, ab 2009 wieder täglich. Herr T. empfand die Substitutionsbehandlung als wenig hilfreich, befürchtete zunehmenden Beigebrauch und Probleme mit der Partnerin und dem eigenen Sohn.

Die Behandlung war durch die Selbstdisziplin und die Bereitschaft des Patienten gekennzeichnet, Schwierigkeiten auszuhalten. Eigene Aktivitäten, konkrete Verhaltensänderungen oder der Erwerb zusätzlicher Kompetenzen fielen dem Patienten durchgehend schwer. Ein ganz wesentlicher Ansporn stellte der Wunsch dar, dem eigenen Sohn ein anderes Vorbild zu bieten, als er es selbst vom eigenen Vater erlebt hat. Der Patient konzentrierte sich auf die Überwindung des körperlichen Entzuges und verfolgte auch nach der Abdosierung nur sehr vorsichtig weitergehende Ziele.

Frau K.; 34 Jahre

Frau K. war vor der Aufnahme inhaftiert und konnte deshalb die Vorbereitungsgruppe nicht besuchen. Zum ersten Aufnahmetermin, direkt nach der Haftentlassung, erschien sie stark intoxikiert. Eine Aufnahme erfolgte dann mit 60 mg Polamidon[®]/Tag nach einer Entgiftung vom Beigebrauch.

Frau K. wurde in Stralsund geboren und im Alter von sechs Monaten von ihrer damals 17-jährigen Mutter zur Großmutter gegeben. Die Mutter ist Alkoholikerin, ihren Vater lernte sie nie kennen. Ein vier Jahre jüngerer Halbbruder wuchs bei der Mutter auf. Bis zum 18. Lebensjahr lebte sie bei ihrer Großmutter, die sehr fürsorglich und beschützend war. Mit Beginn der Pubertät habe sie gehäuft unter Angstzustände mit Panikattacken gelitten. Mit 18 Jahren zog sie aus und begann sogenannte „Partydrogen“ (Entaktogene, Amphetamine, LSD) sowie Alkohol und Benzodiazepine zu konsumieren. Sie lernte einen drogenabhängigen Mann kennen und gebar 1999 ihren ersten Sohn. Während der Schwangerschaft sowie in den ersten Jahren nach der Geburt nahm die Patientin kaum Drogen. Nach dem Ende der Beziehung zum Kindsvater und einer gescheiterten Ausbildung wurden ab 2002 erneut verschiedene Drogen eingenommen. 2004 wurde ihr zweiter Sohn geboren, bis 2007 lebte Frau K. alleine mit ihren Kindern. Wegen durch Frau K. nie näher benannter „Erziehungsprobleme“ wurde das

Sorgerecht für die Kinder durch das Jugendamt dem Kindsvater bzw. der Großmutter zugesprochen, wo die Kinder dann auch lebten. Frau K. begann Heroin nasal zu konsumieren. Ab 2007 wurde eine Substitutionsbehandlung durchgeführt, jedoch mit hohem Beikonsum, u. a. ab 2009 mit intravenösem, fast täglichem Heroinkonsum. Frau K. war mehrfach inhaftiert wegen Trunkenheitsfahrten und Diebstählen.

Frau K. zeigte einen ängstlich-vermeidenden Interaktionsstil mit Defiziten im Selbstvertrauen und in sozialen Kompetenzen. Der Therapieverlauf war durch Ängstlichkeit und eine deutliche Funktionalisierung der Abdosierung und der Entzugserscheinungen gekennzeichnet, die häufig herangezogen wurden, um therapeutische Aufgabenstellungen zu vermeiden. Gleichzeitig legte die Patientin viel Wert darauf, nicht „aufzufallen“ und sich angemessen zu verhalten. Emotionale Probleme und soziale Schwierigkeiten versuchte sie teilweise durch Beziehungen zu Mitpatienten zu vermeiden oder zu lösen.

Herr B.; 40 Jahre

Herr B. besuchte mit viel Engagement die Vorbereitungsgruppe für substituierte Patienten. Entzugsversuche in Akutkrankenhäusern waren im Vorfeld gescheitert. Bei Aufnahme wurde Herr B. mit 60 mg Polamidon[®]/Tag substituiert und bekam zusätzlich Antidepressiva (Lyrica[®], Trimipramin[®]).

Herr B. wurde in Berlin geboren. Zusammen mit einem älteren Bruder wuchs er wechselnd bei seiner Mutter und im Heim auf. Im Heim erwarb er den Hauptschulabschluss und absolviert zweieinhalb Jahre eine Ausbildung als Maurer. Einschneidend war der Unfalltod des Bruders 1993. Damals verstärkte sich der im Heim begonnene Cannabiskonsum, zusätzlich wurde massiv Kokain konsumiert. Gleichzeitig wurde der Kontakt zur Mutter intensiver und andere Kontakte aufgegeben. Während einer Haftstrafe begann er im 35. Lebensjahr den Heroinkonsum. Anschließend lebte Herr B. mit seiner Mutter zusammen, die zunehmend seine Angelegenheiten regelte.

Von Beginn an zeigte der Patient wenig Interesse und Bereitschaft, sich inhaltlich an der Therapie zu beteiligen. Gruppen- und Einzeltherapien wurden vermieden. Der Patient konzentrierte sich auf die Mitbehandlung der somatischen Beschwerden. Eine begleitende Schmerztherapie wurde diskutiert. Eine Abdosierung im Behandlungszeitraum erschien kaum möglich, deshalb wurde mit dem Patienten zuletzt die vorzeitige Entlassung besprochen.

9.2 Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Interviews mit den substituierten Patienten

Die Patienten wurden mehrfach zu Ihrer Situation interviewt. Die Gespräche waren nicht vorstrukturiert, sollten sich aber thematisch um die Befindlichkeit, Einschätzungen des Patienten zu seiner Therapie und andere, für den Patienten aktuell relevanten Themen drehen. Das erste Gespräch wurde innerhalb der ersten zwei Wochen nach der Aufnahme durchgeführt. Ein zweites Interview fand jeweils statt, wenn das Substitut abgesetzt wurde. Ein drittes Interview wurde mehrere Wochen nach abgeschlossener Abdosierung, in der Regel kurz vor dem regulären Behandlungsende, geführt. Die Gespräche dauerten zwischen 20 und 40 Minuten.

Patient	1. Interview	2. Interview	3. Interview	Behandlungsende
W.	X	X	X	Regulär
H.	X	X	-	Verlegt
C.	X	X	-	Abbruch
T.	X	X	X	Regulär
S.	X	X	X	Regulär ⁸⁹
K.	X	X	-	Noch laufend
B.	X	-	-	Noch laufend

Tabelle 9.2: Übersicht über die Gespräche

Die Interviews wurden verschriftlicht und mittels der Methode der systematischen zusammenfassenden Inhaltsanalyse (vgl. *Mayring* 1983, 2002) ausgewertet⁹⁰. Trotz der individuellen Unterschiede und der offenen Gesprächsgestaltung⁹¹ konnten gemeinsame Inhalte identifiziert werden.

Diese lassen sich grob in die Bereiche Gesundheit, Entwicklung und Beziehungen unterteilen. Im gesundheitlichen Themenbereich herrschen Überlegungen zum Entzug und der

⁸⁹ Der Patient wurde bis zum Behandlungsende nach zwischenzeitlicher zweiwöchiger Abdosierung weiter substituiert.

⁹⁰ Die Transkripte befinden sich im Anhang.

⁹¹ In unterschiedlichen Formulierungen wurde das Gespräch mit der Frage nach dem Befinden in der Fachklinik eingeleitet. Dauer und Themen waren nicht vorgegeben.

Substitutionsbehandlung vor. Der Bereich Entwicklung umfasst Veränderungen im emotionalen und kognitiven Bereich, in der Motivation und in sozialen Kompetenzen. Diese Veränderungen stehen in einem Zusammenhang mit dem Verhältnis zu den Mitpatienten und anderen sozialen Kontaktpersonen im Themenbereich Beziehungen.

9.2.1 Gesundheit

Angst vor dem Entzug

„Ich hab richtig Angst, das ist auch meine Hauptsorge im Moment.“ (S1)⁹²

Die Ängste vor dem Entzug, der Umgang mit Entzugserscheinungen und die Sorge zu scheitern treiben die Patienten immer wieder um. Es ist das Gefühl, zu dem am ehesten Zugang besteht. Andere Gefühle werden viel seltener benannt oder erlebt. „...aber diese Angst die hat sich richtig manifestiert...vor dem Entzug...es ist komisch...die ist richtig...ich denke kaum noch über was anderes...“ (C2) Zum Teil scheint der Wunsch nach einem schnelleren Abdosieren des Substituts auch in dem Wunsch nach der Vermeidung dieser Angst begründet zu sein. „Dass ich jetzt hier *so* langsam ausgeschlichen werde, ist nicht in meinem Sinne.“ (W1) „Also die Angst vorm Entzug... natürlich habe ich Angst vorm Entzug.“ (W2) „Eigentlich will ich ja auch so schnell wie möglich runter.“ (S1)

Neben dem Wunsch nach einem schnellen Ende der Substitution ist Ablenkung eine häufig verfolgte Strategie, mit Ängsten umzugehen. Dies erschwert unter Umständen aber gerade auch die Konzentration auf andere, therapierelevante und emotional belastende Themen, die insgesamt kaum benannt werden.

Die langsame Reduktion des Substituts wird durchaus als fürsorglich und stützend erlebt. Dies scheint die Bindung an die Fachklinik und das Vertrauen in den gesamten therapeutischen Rahmen zu stützen. „Draußen hätte ich das nie geschafft und hier sage ich mir auch, durch Frau Doktor jetzt, dass man hier das vorsichtig macht, dass man aufpasst und langsam vor allem und nicht hier mit dem Vorschlaghammer.“ (H1) „Wenn ich zwei [ml] nachher kriege dann wird sich das schon ein bisschen bemerkbar machen, ist ja klar...aber ich werde versuchen mich dann abzulenken, und ich weiß, sie passen auf mich auf.“ (KI) Im Kontrast dazu wird der Entzug im Krankenhaus („gnadenlos jeden Tag runter“ W1) oder beim Hausarzt

⁹² Die Zitate sind den einzelnen Interviews durch den Buchstaben (Patient) und die Zahl (Nummer des Interviews) zuzuordnen.

(„Der Entzug, der ist brutal. Ich kenn’s, ich hab’s durchgemacht, über eineinhalb Jahre. Mein Hausarzt, der kann mich schon gar nicht mehr sehen und wenn dann nur von hinten.“ *W1*) als wenig individuell und auf die persönliche Situation eingehend erlebt. Die Möglichkeit der langsamen Abdosierung wird als seltene Chance begriffen: „... und habe vorher die Therapiebedingungen nicht erfüllen können mit dem Clean sein und habe halt immer gehofft oder gesucht, nach einer Therapieform wie diese jetzt hier angeboten wird, mit dieser Substitution.“ (*B1*)

Umgang mit Substitution und Entzugssymptomatik

„Immer dieses, alles dreht sich um Substitut oder Nicht-Substitut. Ich bin das so leid.“ (W2)

Große Teile der Gespräche thematisieren den Umgang mit dem Substitut, der Abdosierung, den unterschiedlichen Substanzen und ihre Vor- und Nachteile. Die Entzugssymptomatik wird vielfach schwerer als erwartet erlebt. „Ich hab’s ehrlich gesagt nicht so schwer erwartet.“ (*C2*) „Das ist eine Qual für mich. Seit Montag. Ich versuche mit Tabletten auf den Beinen zu bleiben.“ (*T2*) Der Entzug vom Substitut wird dabei überwiegend schwerer als vom Heroin beschrieben. „Zum Anfang von Heroin, also da hatte ich nur eine Woche Entzug, das ging. Aber vom Substitut selber das ist ja das Schlimmste, was es gibt.“ (*S2*)

Der Umgang mit der Symptomatik ist unterschiedlich. Die Entzugssymptomatik wird z. T. als Grund für eine geringere Beteiligung an den therapeutischen Angeboten gesehen: „Also ich mach wirklich nur so wie ich kann.“ (*S1*) „Da werde ich auch mit der Ärztin heute sprechen, dass ich nicht zur AT [Arbeitstherapie] gehen muss.“ (*S1*) Der Umgang wird aber auch kritisch reflektiert: „Ich hab keinen Appetit – das liegt am Substitut, ich kann nicht schlafen – liegt am Substitut. Und dann hab ich jetzt im Moment: Mir ist kalt – liegt am Entzug, Zigaretten schmecken nicht – liegt am Entzug. Das läuft jetzt alles so. Das kann ich mir jetzt noch ein paar Tage einreden, aber...“ (*W2*)

Die eigene Symptomatik wird gegenüber den Mitpatienten häufig eher verborgen. „Ja klar, geht’s mir abends auch manchmal schlecht. (...) Aber ich versuche das wirklich nicht zu zeigen manchmal.“ (*C1*) Hintergrund sind sowohl das Bedürfnis, andere nicht zu belasten, als auch Ängste, dann stärker abgelehnt zu werden.

Die Patienten sehen die Entzugssymptomatik auch als eine Möglichkeit, eigene Leistungsgrenzen zu erproben und auszuweiten. „In der AT, da will ich mich durchbeißen, da gehe ich trotzdem hin. Wenn der Entzug zu übel ist, kann mich ja auch einer abholen oder so. Ich gehe da soweit es geht, dass will ich austesten, mir beweisen.“ (T2)

Der Ehrgeiz, die Abhängigkeit vom Substitut zu überwinden, ist hoch: „Wenn ich auch Jahre lang runter auf vier Metha oder auf drei Metha war, es ist doch eine Sucht, es ist ein Halsband, es ist ein Würgeband und ich will das jetzt endlich mal schaffen, ganz und gar clean zu sein, ja.“ (H2) Dabei sind weniger konkrete Zielvorstellungen die treibende Kraft, sondern ein Gefühl, so nicht mehr weiter leben zu wollen. „Ich habe das so satt.“ (K1) „Für mich beginnt der Tag erst ab da, wo ich mein Substitut gekriegt hab und ich denke: So, jetzt bin ich lebensfähig. Aber das hat für mich nichts mit leben zu tun“ (W2) Eine deutliche Unterscheidung zwischen Substitut und Heroin wird von den Patienten kaum getroffen: „Metha oder Hero, was soll's.“ (S1) „Ja, wo ist der Unterschied, ob ich jetzt eine legale Droge im Kopf habe oder eine illegale?“ (W2)

Komorbidität

„...und dann spürt man seinen eigenen Körper, was da los ist überhaupt“ (C2).

Vier der sechs interviewten substituierten Patienten weisen erhebliche chronische komorbide Erkrankungen auf. Dies wird aber kaum von ihnen selbst thematisiert. Lediglich ein Patient nennt als eine Funktion der Substitution auch die Mitbehandlung der somatischen Beschwerden „Ich hab richtig Schmerzen. Durch die Knie oder durch die Bandscheiben und so. Ist wirklich Wahnsinn. Das Methadon war für mich auch ein Schmerzmittel.“ (H1) Ein weitere Patient sieht einen unklaren Zusammenhang mit psychischen Problemen: „Und dann sind da ja noch die psychischen Schwierigkeiten, die machen es auch nicht leichter, Depressionen.“ (W1) Ein dritter Patient war immerhin mehrere Monate in der Psychiatrie. Er attribuiert dies vor allem auf die Wirkung des Substituts, räumt aber ein, dass die depressive Erkrankung bereits vor der Abdosierung begann: „Zwei Monate Krankenhaus wegen Depressionen noch. Die zwar auch mit dem Entzug auch zu tun hatten, die aber auch vorher schon da waren. Die sich halt durch den Entzug verstärkt haben.“ (B1) Häufig wird eine Verbesserung der Selbstwahrnehmung mit der Abdosierung genannt, dies jedoch häufiger in Bezug auf kognitive oder emotionale Veränderungen (s. u.).

9.2.2 Entwicklung

Motivation und Ambivalenz

„Und eigentlich lief draußen alles. Aber trotzdem kann es nicht so weiter gehen.“ (H1)

Die Suche nach Veränderung ist eine deutliche Motivation für die Patienten: „Aber ich wollte das auch mal miterleben, wie so ´ne Therapie halt ist, weil ich das ja nicht kenne.“ (T1) „Es muss sich irgendwas ändern, was, das weiß ich noch nicht genau.“ (H1) Der Wunsch, (bürgerlichen) Normen zu entsprechen, spielt bei der Motivation zur Abdosierung eine große Rolle. „Also ich will von mir aus, weil ich 30 werde und ich muss auch, weil ich 30 werde.“ (S2) „Ich will wieder normal denken. Normal schmecken. Normal riechen. Normal Sex haben.“ (K2) „Das hat bei mir Klick gemacht dieses Jahr. Es hat schon vorher Klick gemacht. Aber noch nicht so wie jetzt. Dieses Jahr richtig. Wie sagt man? Midlife-crisis?“ (S2)

Praktische Ziele, wie z. B. „Therapie-statt-Strafe“, spielen eine untergeordnete Rolle. Deutlich wird der Wunsch, die Substitution und die damit verbundenen Lebensbedingungen hinter sich zu lassen: „Warum ich das machen will? Ich will endlich weg.“ (S1) „... alles toll. Aber hintenrum war doch nicht alles toll. Die ganze Beschaffung, die ganze Kriminalität.“ (H2)

Die Patienten haben im Laufe der Abdosierung immer wieder mit Gedanken an einen Rückfall oder Behandlungsabbruch zu kämpfen. Dabei werden Ängste deutlich vor den Anforderungen, die nun abstinenz zu bewältigen sind. „Bin gespannt, was meinen sie, wie das hier ist, wenn das Substitut ganz weg ist? Bisschen Angst ist da.“ (B1) „Was wäre, wenn ich nachher vom Methadon runter wäre und die Schmerzen fangen an, ich hoffe, dass es dann hier oben irgendwo nicht Klick macht und ich denke vielleicht daran, mir irgendwas zu holen oder zu nehmen.“ (H1)

Der Wunsch, diese Anforderungen zu bewältigen, ist groß: „Und was mich einfach so am meisten animieren wird: Mein Vater hat mir ja immer gesagt, ich sei dumm, ich taue nichts, ich lande in der Gosse, und das hat mich ja schon immer fertig gemacht, diese Minderwertigkeitskomplexe, wenn man das lange genug erzählt kriegt, du bist doof, dann glaubt man das.“ (W1) Dabei werden biografische Einflüsse auf die psychische Struktur der Patienten deutlich, die Wünsche, Normen oder Vorstellungen über die eigene Person schufen,

die mit der Substitutionstherapie in Konflikt kommen. „Ich bin anders erzogen. Nicht so zum Verlierer.“ (H2)

Der Wunsch nach einem drogenfreien Leben wird oft mit Abstinenz Erfahrungen begründet: „Ich habe vorher ein cleanes Leben gehabt ohne Drogen und ohne Substitut. Und das ist der einzige Punkt, wo ich sehr wieder rein möchte. Nicht immer dieses ständig zum Arzt gehen.“ (B1)

Eine Rückfallgefahr sehen die Patienten vor allem beim endgültigen Absetzen des Substituts. „Denn draußen hat man immer in der Phase, [...] ständig Rückfälle, Beikonsum, ja und so viele Leute draußen, irgendwann steigt man wieder ein.“ (C1) „Ich hab mir die letzten Wochenenden durch den Kopf gehen lassen, wo’s mir wirklich übel ging. Hab mir gesagt: ‚So, was willst du machen? Auch wenn du alles hinschmeißt und tust und machst, es bringt dir doch gar nichts.‘ Hätte mir doch gar nichts gebracht und dann wieder auf die Schnauze.“ (T2) Eine mehr oder weniger ausgeprägte Ambivalenz zur endgültigen Abdosierung ist die Regel. „Na klar, diese Ambivalenz, das ist halt diese Waage. Das macht ja das Schwierige bei Sucht aus.“ (W2)

Emotionale Entwicklung

„Ich möchte ja endlich, ja, ganz normal fühlen.“ (W2)

Der Wunsch nach Normalität ist auch in Aussagen spürbar, die in Bezug auf ein verändertes emotionales Erleben gemacht werden. „...das fühlt man, so langsam, wie man ist und wie man fühlt oder wie man denkt, so langsam, die Gefühle ändern sich. Man fängt an, zur Normalität zurückzukehren.“ (K2) Dabei werden sowohl Veränderungen in der Wahrnehmung beschrieben, die emotional aufwühlen („ich hab mich hingelegt und ich hab die Bettdecke, hatte ich gewaschen gehabt und das hab ich so gerochen so richtig und da war wieder dieses Gefühl wieder ja, wie Frühlingsgefühle, ja so ist das...“ C2), als auch der Eindruck, durch die zurückkehrenden Gefühle wieder ein ganzer Mensch zu werden und Persönlichkeitsanteile wiederzufinden, die lange verloren oder nicht spürbar waren. „Und noch mit den Gefühlen, die sind auch wieder mehr da. Das ist manchmal unbeschreiblich, so wie nach Hause kommen, da ist wieder was.“ (T2)

Die erlebten Veränderungen sind in der Regel positiv. „Lustiger auf jeden Fall und humorvoller. (...) Humor hilft mir auch, über Dinge zu reden, wo mir das sonst so todernst sehr schwerfallen würde.“ (W3) Die Wirkung des Substituts wird aversiv beschrieben. „Und zwischen Substitution und clean bleiben, ja das ist bei mir ein Unterschied, weil Opiate nehmen mir einfach die Lebensfreude.“ (W3) Zwar überwiegen bei weitem die positiven Veränderungen, von denen angenommen wird, dass sie sich mit Dauer der Abstinenz stabilisieren, jedoch scheinen die ebenfalls intensivierten negativen Gefühle bedrohlich zu sein: „Und gut, manchmal geht es mir auch jetzt nicht gut. Kopfschmerzen, klar, und eben auch Tiefen, wo ich manchmal kurz davor stehe, einfach zu gehen. Aber ich weiß, das wäre nicht gut, könnte Rückfall heißen.“ (T3) Der Umgang mit dem intensivierten emotionalen Erleben stellt für die Patienten eine Herausforderung dar. „Ich merk das auch, das Leben, die Gefühle, die wieder wach werden. Ich stehe ständig am Wasser, weil ja, ich weiß auch nicht, so viele Gefühle kommen wieder hoch. Das ist schwer.“ (H1)

Selbstbewusstsein

„Ja und selbstbewusster bin ich auch geworden, auf jeden Fall, das liegt aber auch daran, wie ich mich fühle, wenn ich drauf bin oder substituiert bin, dann fühle ich mich ja gar nicht wie ein vollwertiger Mensch.“ (W3)

Die Patienten erleben sich substituiert als weniger wertvoll, weniger leistungsfähig und stärker eingeschränkt. „Die anderen sprechen klarer und können klarer denken und können selbstständiger sprechen, also ihnen fällt mehr ein und so Blitzgedanken, das habe ich noch nicht.“ (S1) Dabei vermischen sich reale Wahrnehmungen und Erlebnisse mit eigenen Annahmen, aktivierten Grundüberzeugungen und aktualisiertem Kränkungsleben aus anderen Zusammenhängen. „Und wenn ich heute so behandelt werde, wenn die Leute denken, ich bin dicht, dann setze ich das immer irgendwie mit ‚nicht ganz zurechnungsfähig, nicht ganz klar im Kopf‘ gleich, ja und ich komm dann wieder zu dem Punkt ‚Ich bin doof‘. Das geht mir so an die Nieren.“ (W1) Gleichzeitig wird die abstinente Lebensweise idealisiert, oft mit Bezugnahme auf eigene Abstinenzzeiten. „Wenn ich wieder clean bin, wird einfach alles besser“ (B1) „Ich war richtig stolz auf mich, als ich die Cleanzeit hatte.“ (S1)

Das Selbstwertgefühl der Patienten ist sehr gering, die Abdosierung wird als Chance gesehen, sich und anderen etwas zu beweisen: „Obwohl ich ganz klein bin, nur mit Hut, (...) das ist alles nicht so sehr einfach hier für mich.“ (H1) „Selbstwertgefühle hab ich null. Das kann ich

nur aufbauen, wenn ich irgendwas bringe.“ (H1) Gleichzeitig wird eine große Angst deutlich, es nicht zu schaffen: „Ja super, rückfällig’ mit allem Möglichen, das wär’ noch nicht mal das Schlimmste, sondern das mal wieder versagt zu haben, mal wieder weggerannt zu sein und dass das, was ich wirklich haben möchte, ein normales Leben, mal wieder in weiter Ferne liegt.“ (W3)

Die Abdosierung stellt eine klar messbare Leistung dar („...weil, vor ein paar Wochen war ich ja noch auf 10 ml, jetzt bin ich auf 3 ml und das ist schon gut.“ K1), die mit jedem Schritt ein Erfolgserlebnis vermittelt, das oft noch durch Rückmeldungen der Mitpatienten verstärkt wird. „Ich bin richtig stolz darauf, dass ich so lange nichts genommen habe, das ich jetzt runtergehe.“ (H1) „Ich hab das jetzt durchgezogen, also 10 mg ist für mich ein Riesenerfolg.“ (C2) „Und dann bin ich natürlich auch einwenig, ja, ein wenig Stolz darauf und so. Da sag’ ich mir, da hast Du was erreicht, echt gut, mach’ jetzt keinen Mist. Und da paß’ ich dann auf mich auf.“ (T2)

Hinzu kommen objektive Verbesserungen in der kognitiven („Also das merke ich bei vielen Sachen, dass mir Wörter wieder einfallen und da fühle ich mich einfach viel fitter und das ist natürlich auch schön.“ W3 „Ich kann mich nun auch besser gedanklich konzentrieren.“ T3) und physischen Leistungsfähigkeit („Das merkt man schon, die Haut ist besser, ich bin gesünder“ K1), aber auch in der Bereitschaft, Neues zu erproben: „Ich traue mich viel mehr. (...) Ich wunder mich selber über mich, dass ich mich so traue, obwohl ich noch oft unsicher bin, ja, ich bin noch oft unsicher.“ (H2)

Die Patienten fühlen sich in ihrer Leistungsfähigkeit auch durch die Erfüllung von therapeutischen Aufgaben wie Teilnahme an der Arbeitstherapie, den Gruppentherapien oder dem Sportprogramm und der Einhaltung des Regelwerks bestätigt: „Ich bin auch natürlich stolz auf mich, dass ich das hinkriege und dass ich wirklich die Regeln beachte und das ist, wie gesagt, alles neu hier für mich.“ (T2)

Ein deutlicher Gewinn an persönlicher Unabhängigkeit wird ebenfalls als Teil eines gestiegenen Selbstwertgefühls berichtet: „Ich bin nicht mehr abhängig, nicht mehr von meinen Eltern abhängig. Ich hab das alleine gemacht.“ (H2) Entsprechend wird aber auch die nicht-gelingende Abdosierung als Schwäche und Niederlage erlebt. „Wenn ich es nehme, bin ich schwach. Oder bin ich schwach geworden.“ (S3)

Veränderungen

Es haben sich Veränderungen aufgetan. Meine Frau merkt das ja auch. Sie sagt ja auch „Du bist ganz anders geworden.“ (H2)

Die Patienten bilanzieren deutliche Veränderungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit. „Ja also mir fallen Sachen ein, die ich vorher vergessen hatte, ich kann mich besser konzentrieren.“ (W3) Häufig wird der Zustand unter Substitutionstherapie als geistige Erstarrung beschrieben, die sich nur langsam löst: „... aber ich kann noch nicht so ganz alleine klar denken. Man muss mich immer so ein bisschen anstupsen. Aber ich glaube, das ist normal auf Opiate.“ (S1)

Neben Merkfähigkeit und einer unspezifischen geistigen Beweglichkeit werden viele Verbesserungen genannt, die sich auf soziale Kontakte auswirken. „Ja, irgendwie bin ich geistig viel gesünder geworden. Früher, da viel mir nichts ein, da kam auch in der Gruppe nichts, dass ich dann manchmal mitten im Satz aufhörte kam vor, weil mir die Worte fehlen, nicht nur deutsche Wörter, nein alle, weil die einfach so weg sind.“ (T3) Dementsprechend beobachten die Patienten auch eine Ausweitung ihrer Interessen und Aktivitäten. „...dann haben sie sich über Banken unterhalten, mit Guthabenkonto und so, wo ich dann mal mitgekriegt habe: Ja, das interessiert mich auch, das möchte ich auch wissen.“ (W3) Die zunehmenden Aktivitäten und das intensivere Erleben werden eng in einen Bezug zur Abdosierung und wenig in Zusammenhang mit den objektiven Freizeitmöglichkeiten gebracht. „Und ich merke jetzt hier, dass das Leben wirklich noch was anderes bringt, was Schönes. Auch wenn es nur ein Spaziergang ist oder na ja, so, ich hab draußen ein Boot, und trotzdem ist das jetzt hier besser.“ (H1)

Selbst wenn das Ziel der Abdosierung noch nicht abschließend erreicht ist, berichten die Patienten, z. T. trotz Entzugserscheinungen ruhiger geworden zu sein: „jetzt bin ich ja schon sieben Wochen hier und jetzt bin ich auch ein bisschen ruhiger geworden.“ (H2) „...wo ich runter dosiert bin, das sieht man schon, ich bin jetzt ruhiger.“ (K1)

Im Zusammenhang mit dem steigenden Selbstbewusstsein wird die Fähigkeit verbessert, sich selbst zu vertreten: „Keine Hinterfragung und nichts, ich weiß es einfach, ich spüre es einfach, ich merk's an mir. Es läuft bei mir alles ganz anders als früher.“ (H2) „Da bin ich ganz

konsequent geworden, da bin ich klar. Da bin ich innerlich stärker geworden. Ich brauch' mich nicht verstecken und drum 'rum reden, wenn mir's nicht passt.“ (T2) Die Folgen dieser persönlichen Veränderungen sind manchmal belastend, da sie zu Irritationen oder Zurückweisungen durch bisherige vertraute Personen führen oder Zweifel wecken, ob Beziehungen zu anderen substituierten Menschen weitergeführt werden können. „Ja und da hab ich auch so ein kleines bisschen Angst vor, dass ich mich von ihr trennen muss. (...) Sie merkt, wie ich jetzt bin, Gänsehaut, ihr juckt die Nase schon wieder. Ja, ich will mich eigentlich nicht von ihr trennen, ja, aber das geht nicht.“ (H2) Die Kontaktaufnahme und die Kontaktpflege werden generell als leichter erlebt. „Ich muss nicht mehr aufs Substitut warten, um lebensfähig sein zu können. Ich trinke einen Kaffee und dann kann ich mich zu meinen Mitmenschen gesellen. Und nicht ständig auf die Uhr gucken und quatsch mich nicht voll, ich warte hier...“ (W2)

Soziale Kompetenz

„Ich muss halt nur erstmal den Entzug überstehen. Dann fang ich auch wieder an zu reden.“
(S1)

Alle befragten Patienten berichten über eine Zunahme an persönlicher Kontaktbereitschaft und der Fähigkeit, auf Mitpatienten zuzugehen: „...da liegen Welten zwischen. Ich geh auch mal auf die Menschen zu. Ich grenz' mich da nicht mehr ab.“ (W3) „Es ist schön mit den Mitpatienten etwas zu unternehmen und in Kontakt zu kommen, das war nicht immer so, mal zusammen lachen und Spaß zu haben, das geht jetzt besser, viel besser, weil ich es auch will.“ (T3)

Dabei wird die wachsende Fähigkeit, Konflikte angemessen zu lösen, besonders oft genannt. „...aber ich hab was zu sagen, ja. Ich kann jetzt auch Konflikte schon ein bisschen besser angehen. Also nicht in der Gruppe, Ich warte dann lieber kurz und nehm' mir den Einzelnen und sage: Du, was war denn das vorhin? Was meinst du denn damit? Musste das sein?“ (H2) „Mensch hör doch mal auf damit! sage ich. Richtig so. Ja, da bin ich mal so ein bisschen aggressiv geworden, was ich mich ja sonst nie getraut hätte.“ (H2) „Ich habe jetzt schon gelernt, wenn was ist oder so, darüber zu reden. Das ist schon besser geworden, am Anfang war das so, dass ich gar nichts gesagt habe. Ich mich nicht getraut habe und jetzt ist es schon so, wenn mir was nicht passt, dann sage ich das auch.“ (K2)

Die verbesserten sozialen Kompetenzen werden dabei sowohl auf die Abdosierung vom Substitut zurückgeführt („Aber ich weiß, dass meine Probleme auf Menschen zuzugehen, je länger ich clean bin, umso besser wird das. Und dass ich dann auch nicht mehr so diese Probleme hab. Ich weiß nicht, die Zeit, wo ich clean war, da war ich nicht depressiv.“ W2), als auch auf die Wirkung der Gruppentherapie: „Aber in der Gruppentherapie, da lernt man natürlich auch was, seinen Standpunkt klar machen. Zuhören. Ausreden lassen. Konzentrieren. Ja, und auch selbst reden, wenn da 8 oder so sitzen, die das vielleicht ganz anders sehen. Oder die das nicht so interessiert, und dann doch was sagen.“ (T2) Der längere Aufenthalt in einem zunehmend vertrauten Rahmen ermutigt zur offenen Kommunikation. „Und jetzt wo ich hier und wo ich auch alles kenne jetzt hier, traue ich mich doch ein bisschen mit dem Mund. Bei Fremden ist doch immer noch ein bisschen schwierig oder wenn mir eine Autoritätsperson gegenüber sitzt und so weiter, dann klappe ich doch noch ganz schön ein.“ (H2) Auch der Umgang mit destruktiven Impulsen gelingt besser: „Manchmal habe ich ja immer noch so wie früher diesen Hass auf die Menschheit, handle aber ganz anders.“ (W3)

9.2.3 Soziale Bezüge

Funktion der Bezugsgruppe

„Ich kann ja nur sagen, was ich von anderen so höre, ne...ich selber kann mich nicht so beurteilen...“ (K1)

Die Patienten äußern sich wenig über die konkreten Effekte des Lebens in einer Bezugsgruppe. „...das es jetzt aber nicht nur vom Substitut abhängig, dass es mir jetzt hier besser geht, sondern auch vom Umgang mit Menschen, was ich ja eigentlich weiß, dass das das Selbstbewusstsein stärkt, wenn man sich mit anderen Mensch unterhält.“ (W3) Nur wenig wird von korrigierenden Erfahrungen berichtet. Ansatzweise wird die Bezugsgruppe als Lernfeld zur Erweiterung der eigenen sozialen Kompetenz gesehen: „... und vor allem auch zu sprechen mit anderen, dass muss ich langsam mal lernen. Weil ich bin so ein Mensch, ich fresse es dann in mich rein...“ (K1).

Die Bezugsgruppe erfüllt Grundbedürfnisse nach Bindung, Sicherheit und Anerkennung, wird aber nicht als zentral für die eigene Behandlung hervorgehoben. Die Bezugsgruppen bildet den Hintergrund, auf dem sich die Behandlung abspielt. „Wir sind hier wie eine Familie.“ (C1) Der normale Alltag mit den Mitpatienten in der Bezugsgruppe hat eine stützende

Funktion. „Wir kochen, wir essen gemeinsam. Das ist ja auch das, was Mut gibt und die Kräfte wieder aufbaut. Wenn man schlechte Laune hat, ist der Andere dann da und alles.“ (BI) Dies wird als Schutz vor Rückfallrisiken erlebt: „Man ist ja nicht auf sich allein gestellt, da hat man immer einen Schutz drumherum.“ (S3)

Dabei wird von manchen substituierten Patienten selbst die Aufnahme weiterer substituierter Patienten in der eigenen Bezugsgruppe kritisch betrachtet: „Wenn jetzt die Gruppe aus acht oder zehn Personen besteht und drei substituiert sind, dann könnte das sein, dass man ständig drüber redet und dann wenn man auf null geht, das sind ja andere Schmerzen dann, psychisch und körperlich, da wird man nicht so getragen.“ (CI)

Neben motivierenden Äußerungen innerhalb der Bezugsgruppen berichten alle Patienten auch von als kränkend erlebten Bemerkungen. „...`Das schaffst du schon´ und das motiviert einen dann ja auch...ne...ich habe aber auch schon gehört, sieh mal zu das Du runter kommst...“ (KI)

Das Verhältnis zu den Mitpatienten

Dass man Leuten auch vertrauen kann...mit denen man über alles reden kann...und das hilft auf jeden Fall...Wenn die einem dann auch gut zureden und sagen: Och Kati...“ (KI).

Im Verhältnis zu den Mitpatienten finden sich positive und negative Erfahrungen, aber durchgehend der Wunsch, nicht aufzufallen und integriert zu sein: „So mehr oder weniger im Mittelpunkt stehen, das ist mir unangenehm, ich steh immer lieber außerhalb und am Rand.“ (HI) „Ich möchte auch nicht auffallen in der Gruppe.“ (CI) Dieses Bemühen wird durch die geringe Anzahl von substituierten Patienten in der Fachklinik erschwert. „...ja ich fühl mich unwohl dabei, hier der einzige zu sein, der noch, so sieht’s vielleicht der ein oder andere, Drogen kriegt, obwohl Subutex[®] überhaupt nicht dicht macht, breit macht.“ (WI)

Über die Meinung der Mitpatienten herrscht bei den substituierten Patienten eher Unsicherheit: „Ich weiß nicht, sie sagen ja auch nicht ehrlich, was sie denken.“ (WI) „Also die würden mich niemals direkt ansprechen. Von daher weiß ich nicht, wer das jetzt so sieht, dass man da neidisch drauf sein muss, wenn jemand noch substituiert wird.“ (WI) Tatsächlich sind eher die substituierten Patienten darauf „neidisch“, selbst noch nicht abdosiert zu sein:

„...dass es mir schlecht geht und denen geht's gut, das ist das Einzige. Da bin ich ein bisschen neidisch einfach.“ (S1)

Insbesondere das Verhältnis zu den nicht-opiatabhängigen Patienten ist durch mangelndes Verständnis geprägt. „Einer der nicht Opiate zu tun hat und über mich lacht so, mit dem würde ich mal einfach fünf Minuten tauschen, wenn ich Entzug habe. Einfach nur mal, dass er sieht, was überhaupt Entzug ist.“ (S2) Negative Erfahrungen sind selten und ebenfalls oft auf Kontakte mit den nicht-opiatabhängigen Patienten bezogen: „Angefeindet werde ich nur von einem Kokser deswegen. Der sieht's wohl irgendwie so, dass ich, ja ein Loser bin...“ (W1) „Aber meistens kommt das Sticheln ja auch nur von den Leuten, die mit Opiate eigentlich gar nichts zu tun haben. Das ist ja das Schlimme.“ (C2)

Die Patienten fühlen sich gut aufgenommen und haben Verständnis für Vorbehalte ihrer Mitpatienten: „Bei mir in der Gruppe im speziellen merke ich keine Repressalien oder auch die Abneigung. Im Gegenteil, manchmal bauen sie einen auch auf und sagen "Jetzt geht's noch" obwohl manche Angst vor Substis haben.“ (B1) „Die waren sehr hilfsbereit, sind sie immer noch. War ein herzliches Aufnehmen, war positiv auch für mich. Ich hab mich nicht fremd gefühlt, sag ich mal so. Das ist gut.“ (T1) Die substituierten Patienten benennen Verantwortungsgefühle, die hieraus entstehen: „Ich bin ja als Einziger Substi in der Gruppe irgendwie Vorbild. Wenn ich das jetzt irgendwie missbrauche oder irgendwas mache, das geht nicht, also die haben mir wirklich auch die Hilfe alle gegeben.“ (C2)

Der Wunsch, andere nicht zu enttäuschen, bei gleichzeitig als geringer erlebter Leistungsfähigkeit („Die anderen sprechen klarer und können klarer denken und können selbstständiger sprechen“ S1), führt zu einem erhöhten Leistungsdruck. „Das ist auch schwierig, ja, das Gruppenleben ist auch sehr schwierig, ja.“ (H2) „Es ist sehr anstrengend. Ich habe ja noch Natalie und Ronny. Und Udo. Mit dem kann ich auch sehr gut. Das besprechen, wenn was ist, so Probleme. Und der achtet mal so drauf, wenn ich jetzt mal länger in meinem Zimmer bin, ruft der mich an. `Ach komm doch mal auf einen Kaffee und so und `Geht's dir gut?' und er kümmert sich sehr.“ (K1)

Das Gefühl, anders zu sein oder von den Mitpatienten und Therapeuten anders behandelt zu werden, ist bei allen Patienten zumindest zeitweilig vorhanden: „Aber ich hab aber auch schon gemerkt, dass ich hier irgendwie ein ganz klein bisschen gesondert werde.“ (H1)

Die Rolle der Vorbereitung

„Ich fühl mich gut angenommen ja, das ist eigentlich selten, ich bin eigentlich ein sehr sehr sehr zurückhaltender Mensch, ein absoluter Einzelgänger.“ (H1)

Die Vorbereitungsgruppe, die alle Patienten bis auf Frau K. über mehrere Wochen und Monate besuchten, schafft eine Verbundenheit mit der Therapie vor ihrem eigentlichen Beginn. Die Bewältigung von Schwierigkeiten mit der Kostenübernahme und die dabei erlebte Unterstützung erhöhen die Bereitschaft, die Behandlungschance ernsthaft wahrzunehmen: „Ja, erst habe ich eine Absage bekommen und dann habe ich mir gedacht, die genehmigen mir das nicht, aber Frau A. [Mitarbeiterin], der bin ich auch dankbar, die hat sich dann gekümmert, (...) deshalb will ich es auch schaffen.“ (CI) „Für mich ist es auf jeden Fall was Besonderes, jetzt hier zu sein, weil ich halt nicht aufgegeben habe und ich bin hier reingekommen, ja. Da haben sich alle gefreut, auch die Therapeuten, ja.“ (TI)

Der Effekt der langen („da habe ich vier Monate gekämpft.“ CI) und mühseligen Vorbereitung („Also ich habe wirklich sieben oder acht Briefe schon an die Rentenversicherung geschrieben.“ TI) ist aber nicht nur positiv, sondern auch mit vielen Risiken behaftet. Eine Reihe von Patienten wurde während der Vorbereitungszeit erneut drogenrückfällig: „Und ich hab ja auch den ganzen Papierkram offengelegt, (...) und die Rechtsanwältin, die hat mir dann auch geholfen, wegen dem ganzen Papierkram (...) Allein deswegen wurde ich schon rückfällig. Ich kam nicht damit klar, ich war damit überfordert.“ (WI) „Dann hat’s ja auch lange gedauert mit der Kostenübernahme. Dann war ich ja auch ´ne ganze Weile sauber gewesen, ja, aber ich hab’s dann doch wieder nicht ausgehalten und hab wieder geraucht.“ (HI) „Als die Rentenversicherung immer ja sagte, und dann kam doch noch ´ne Nachforderung. Wieder enttäuscht, warten. Da ist man schnell beim Rückfall.“ (T2)

9.3 Zusammenfassung

Die Entwicklungsbedingungen der Patienten waren sehr unterschiedlich. Die Lebensläufe weisen, neben dem Drogenkonsum und den damit verbundenen Folgen, wenig Gemeinsamkeiten auf. Im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung beschäftigen die Patienten sich mit ähnliche Themen und zeigen Parallelen in der Sicht auf die Rehabilitation.

Alle Patienten sind froh über die Möglichkeit einer Rehabilitationsbehandlung mit laufender Substitutionstherapie. Positive Effekte im psychischen, physischen und sozialen Bereich werden dabei von Beginn an beschrieben. Die Patienten erwarten, dass sich diese positiven Effekte nach der endgültigen Abdosierung noch einmal erhöhen.

„Frei von Substituten“ wird eng mit angestrebten bürgerlichen Lebensidealen verknüpft. Substitute werden dabei von allen Patienten als „Opiate“ bezeichnet und mehr den Drogen als den Medikamenten zugerechnet. Alle Patienten identifizieren sich nicht mit der Subkultur des Drogenmilieus, sondern vertreten Werte und idealisierte Vorstellungen, die sich an der klassischen Arbeitsethik (Fleiß, Ordnung) oder an bürgerlichen Familienvorstellungen orientieren. Die Patienten scheinen teilweise die Vorbehalte der Mitpatienten nachvollziehen zu können und teilen die zu Grunde liegenden Überzeugungen.

„Frei von Substituten“ ist eine klare, operationalisierbare Veränderung, die mit einem deutlich verbesserten „Status“ verbunden ist. Die Patienten, (T, W, H), die das Ziel der Abdosierung erreichten, sind zufrieden, stellen aber fest, dass mit der Abdosierung nur Teilziele erreicht sind. Der Vorgang der Abdosierung schafft einen Inhalt zur Beschäftigung mit sich selbst und auch zum Austausch mit Mitpatienten und Mitarbeitern, der dann wegfällt.

Die Gemeinschaft mit den Mitpatienten wird als hilfreich und zweckorientiert erlebt. Der Beziehungsgestaltung und den Kontakten zu Mitpatienten und Therapeuten wird aber keine für die Behandlung herausgehobene Bedeutung zugeschrieben.

Konkrete Therapiemaßnahmen, insbesondere im Rahmen der Abdosierung, und gesundheitliche Fragestellungen nehmen einen breiten Raum ein. Im folgenden Kapitel soll untersucht werden, wie die subjektiven Veränderungen und Verbesserungen sich auch in einer messbaren Veränderung der funktionalen Gesundheit niederschlägt. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob durch die Einführung der Substitutionstherapie Veränderungen in der Patientenzusammensetzung oder in der Abschlussquote der Behandlung festzustellen sind.

10 Auswertungen patienten- und fachklinikbezogener Daten

In den vorangegangenen Kapiteln konnten deutliche Veränderungen der Fachklinik und der bestimmenden Elemente „Patienten“ und „Mitarbeiter“ beschrieben werden. Die Gruppe der substituierten Patienten unterscheidet sich von den nicht-substituierten Patienten durch einen deutlich niedrigeren sozialen Status. Trotzdem profitieren die Patienten subjektiv stark von der Behandlung. Hier sollen dem subjektiven Erleben der Patienten Veränderungen der funktionalen Gesundheit gegenüber gestellt werden, die mit dem Mini-ICF-APP erhoben wurden. Darüber hinaus werden fachklinikbezogene Daten erhoben um zu überprüfen, ob die Aufnahme von substituierten Patienten Veränderungen in der Zusammensetzung der aufgenommenen Patienten oder in der Häufigkeit regulärer Therapieabschlüsse nach sich zieht.

Datenerhebung

Der erste substituierte Patient wurde am 24.1.2011 aufgenommen. Ab diesem Zeitpunkt wurden bei allen aufgenommenen Patienten Art der Abhängigkeit (Opiatabhängigkeit mit und ohne Substitutionstherapie vs. Nicht-Opiatabhängigkeit), Alter, Berufserfahrung, Dauer bisheriger Inhaftierungen („Hafterfahrung“), Abhängigkeitsdauer, Therapieauflage gemäß §§ 35/36 BtmG, Zusatzdiagnosen und Form der Behandlungsbeendigung erhoben. Die Daten wurden den sozialmedizinischen Epikrisen der einzelnen Patienten entnommen, in denen die anamnestischen Befunde von den zuständigen Bezugstherapeuten der Fachklinik dokumentiert werden. Innerhalb der ersten vier Behandlungswochen wurde der Mini-ICF-APP erhoben. Die zweite Messung erfolgte bei Behandlungsende oder, bei noch laufender Behandlung, zwischen dem 28. und 30.11.2011.

Die Entscheidung für die Erhebung gerade dieser Daten wurde durch folgende Kriterien bestimmt:

- Die Möglichkeit, Zusammenhänge herzustellen mit ähnlichen, im Jahresbericht der Fachklinik erhobenen Daten zurückliegender Patientenjahrgänge.
- Alter: Aussagemöglichkeit zu Veränderungen im Klientel, Zusammenhänge mit komorbiden Erkrankungen.
- Art der Abhängigkeit: Aussagemöglichkeit zu Veränderungen im Klientel, Unterschiede in Patientengruppen.

- Therapieauflage: Zusammenhänge mit Therapieerfolg, Aussagemöglichkeit zu Veränderungen im Klientel.
- Haft- und Berufserfahrung: prägende Sozialisationsmerkmale.
- Form der Behandlungsbeendigung, Veränderungen im Behandlungsergebnis zu den Vorjahren.
- Zusatzdiagnosen: Unterschiede zwischen den Subgruppen.
- Mini-ICF-APP: Inhaltliches Behandlungsergebnis, Unterschiede zwischen den Subgruppen.
- Einfache Durchführbarkeit und gute Praktikabilität.
- Verfügbarkeit, Vollständigkeit.
- Vergleichbarkeit.

Insgesamt wurden zwischen dem 24.1.11 und dem 30.10.11 91 Patienten in die Behandlung aufgenommen. 81 Patienten⁹³ gingen in die Auswertung ein. 10 Patienten, die nach weniger als einem Monat die Behandlung in der Fachklinik abbrachen, wurden nicht erfasst.

⁹³ Die anonymisierten Rohdaten finden sich als Liste im Anhang.

10.1 Vergleich der Daten der substituierten opiatabhängigen Patienten, nicht-substituierten opiatabhängigen und nicht-opiatabhängigen Patienten

	Subst. Pat.	Nicht-subst. Opiatabhängige	Nicht-Opiatabh.	Gesamt
N =	7	51	23	81
Alter	40,00	36,14	35,17	36,20
Arbeitserf.	8,86	6,39	6,00	6,49
Hafterfahrung	4,86	4,55	5,91	4,96
Abhängigkeitsd.	19,43	14,92	14,30	15,14
Diagnosenzahl ⁹⁴	1,43	1,20	1,83	1,40
Therapieauflage	71,4 %, N = 5	66,7 % N = 34	65,2 % N = 15	66,7% N = 54
ICF Aufn.	17,00	15,10	16,74	15,73
ICF Entl.	13,00	12,10	11,30	11,98
ICF Diff.	4,00	3,00	5,44	3,75
Reg. und Lfd ⁹⁵ .	71,4 %, N = 5	60 %, N = 30	65,2 % N = 15	61,7 % N = 50

Tabelle 10.1: Datentabelle Patienten und spezifische Abhängigkeit

Die beobachtbaren Unterschiede zwischen den Gruppen sind insgesamt gering. Die substituierten Patienten weisen etwas mehr Arbeitserfahrung und eine längere Abhängigkeit von Drogen auf, was sicher mit dem etwas höheren Durchschnittsalter dieser Gruppe zusammenhängt. Die Gruppe der nicht-opiatabhängigen Patienten hat etwas mehr Hafterfahrung und verbessert sich am stärksten in den Werten des Mini-ICF-APP.

Bei dem Vergleich der Gruppen in Bezug auf den Mini-ICF-APP-Wert wird deutlich, dass in allen Gruppen eine deutliche Abnahme festzustellen ist. Diese ist statistisch signifikant in allen Gruppen ($F(1,78) = 42.429, p < .001$). Zwischen den einzelnen Gruppen wurden jedoch keine signifikanten Unterschiede festgestellt ($F(2,78) = 2.772, p > .05$).⁹⁶

Vergleicht man den Mini-ICF-APP-Wert zum Aufnahmezeitpunkt mit dem Wert zum Entlassungszeitpunkt für alle Gruppen unter der Berücksichtigung der Haftdauer,

⁹⁴ Außer F1 Diagnosen.

⁹⁵ 28 Patienten haben die Behandlung bereits regulär abgeschlossen, 22 Patienten sind noch in laufender Rehabilitationsbehandlung.

⁹⁶ Die statistischen Auswertungen im Detail finden sich im Anhang.

Entlassungsform, Therapiedauer und weiteren Diagnosen als potentielle Kovariaten, dann erwies sich die Entlassungsform als signifikante Kovariate ($F(1,74) = 4.826, p < .05$). Die übrigen Kovariaten leisten keinen signifikanten Beitrag zur Varianzerklärung⁹⁷. D. h., dass letztlich alle Patienten ähnlich gut von der Behandlung profitieren. Die Tatsache einer substituierte oder nicht-substituiert aufgenommenen Behandlung ist kein Prognosekriterium für das Maß der Verbesserung der funktionalen Gesundheit. Die funktionale Gesundheit wird vor allem dann verbessert, wenn die Behandlung regulär abgeschlossen wird, unabhängig von den weiteren hier erhobenen patientenbezogenen Faktoren.

Vergleich der positiv- und negativ abgeschlossenen Behandlungen

Ein Zusammenhang zwischen der Art der Behandlungsbeendigung und der Abnahme des Wertes im Mini-ICF-APP besteht⁹⁸. Eine signifikante Interaktion der Faktoren Mini-ICF-APP und Entlassungsform ist feststellbar ($F(1,76) = 6.851, p < .001$).

	Positiv	Negativ	Gesamt ⁹⁹
N =	28	31	81
Alter	37,46	35,23	36,20
Arbeitserf.	7,32	5,16	6,49
Hafterfahrung	5,57	4,61	4,96
Abhängigkeitsd.	16,54	13,3	15,14
Diagnosenzahl	1,37	1,53	1,40
Therapieauflage	78,6 %	58,1 %	66,7 %
ICF Aufn.	15,04	17,40	15,72
ICF Entl.	8,46	15,74	11,97
ICF Diff.	6,58	1,66	3,75

Tabelle 10.2: Positive und negative Abschlüsse

Zwar lassen sich für weitere Faktoren Unterschiede zwischen den Gruppen der negativ oder positiv bewerteten Abschlüsse finden. So haben die positiven Beender etwas häufiger eine juristische Auflage, sind etwas älter und länger drogenabhängig, etwas haft- und arbeitserfahrener und etwas seltener komorbid erkrankt. Die Unterschiede sind jedoch gering.

⁹⁷ Varianzanalyse im Anhang.

⁹⁸ Die reguläre Beendigung ist dabei mit längeren Behandlungszeiten als eine irreguläre Beendigung verbunden.

⁹⁹ Regulär, Irregulär und Laufend.

Die deutlichen Unterschiede zwischen den Mini-ICF-APP-Werten der Gruppen der regulären und irregulären Beender können mit diesen Faktoren nicht erklärt werden.

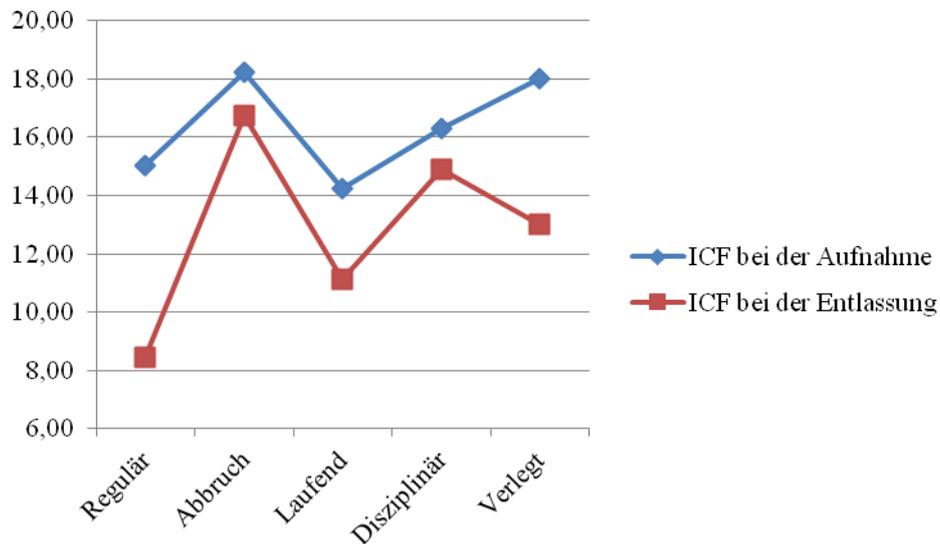


Abbildung 10.1: Vergleich der ICF-Werte bei der Aufnahme und Entlassung unter Berücksichtigung der Entlassungsform

In der grafischen Darstellung wird dies noch einmal gezeigt. Verlegte Patient (N = 2) werden je nach Form der Verlegung als positiver oder. negativer Abschluss gewertet.

Die Bedeutung der Therapie für die Verbesserung der funktionalen Gesundheit, gemessen mit dem Mini-ICF-APP, liegt deutlich über der Bedeutung der hier erhobenen biografischen Faktoren. Die subjektive Sicht der substituierten Patienten, von der Therapie zu profitieren, wird bestätigt. Die Verbesserung bei regulär abgeschlossenen Behandlung im Mini-ICF-APP ist enorm. Die Verbesserungen während laufender Behandlungen liegen dabei über denen der abgebrochenen Behandlungen oder der disziplinarische beendeten Therapien. Der deutliche verringerte soziale Status der substituierten Patienten (s. Kapitel 8) scheint ebenso wie die erhobenen patientenbezogenen keinen direkten Einfluss auf die Verbesserung der funktionalen Gesundheit zu haben. Denkbar sind allerdings hier nicht untersuchte Zusammenhänge zwischen dem sozialen Status und dem Verbleib in der Behandlung.

10.2 Anteil nicht-opiatabhängiger Patienten im Vergleich zu den Vorjahren

Möglicherweise kommt es zu einer Verschiebung in der Patientenpopulation hin zu weniger Aufnahmen von nicht-opiatabhängigen Patienten. Beim Vergleich mit den Zahlen der Jahresberichte 2007 bis 2009 zeigt sich tatsächlich ein geringerer Anteil nicht-opiatabhängiger Patienten.

2007	2008	2009	2010	24.1.-30.10.11
N = 121	N = 114	N = 123	N = 139	N = 81 ¹⁰⁰
38,3 %	40,1 %	36,8 %	39,6 %	28,4 %

Tabelle 10.3: Anteil nicht-opiatabhängiger Patienten

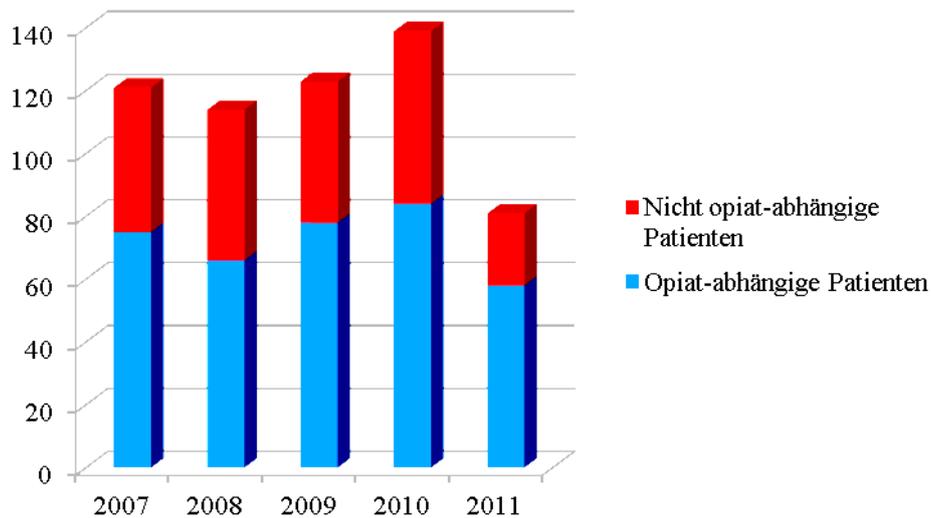


Abbildung 10.2: Patientenanzahl in den Jahren 2007 bis 2011

Selbst wenn man die substituiert aufgenommenen Patienten herausrechnet, ergibt sich ein Anteil von nur noch 31,1 % nicht-opiatabhängiger Patienten. Möglicherweise wird die Fachklinik durch die neue Schwerpunktsetzung für opiatabhängige Patienten attraktiver und für nicht-opiatabhängige Patienten weniger attraktiv.

¹⁰⁰ Bei den nicht berücksichtigten Patienten (10) waren zwei nicht-opiatabhängig.

10.3 Entwicklung der positiven Therapieabschlüsse

Die DRV kennt verschiedene Entlassungsformen. Neben regulären Entlassungen gibt es disziplinarische Entlassungen, Verlegungen, vorzeitige Entlassungen mit und ohne ärztliche Zustimmung und auf ärztliche Veranlassung. In dieser Untersuchung handelt es sich bei den positiven Therapieabschlüssen zu rund 90% um reguläre Entlassungen. Negative Abschlüsse sind vor allem disziplinarische Entlassungen und Entlassungen ohne ärztliches Einverständnis („Abbruch“). Die anderen Entlassungsformen werden differenziert betrachtet. Eine Verlegung in ein Krankenhaus, z. B. nach massivem oder längerem heimlichen Rückfall wird negativ gewertet, es sind aber auch Verlegungen denkbar – z. B. zur Weiterbehandlung in einer Adaptionseinrichtung oder zur Behandlung einer somatischen Erkrankung – die als positive Behandlungsabschlüsse gewertet werden.

2007	2008	2009	2010	24.1.-30.10.11
N = 87 ¹⁰¹	N = 106	N = 112	N = 126	N = 69 ¹⁰²
50,6 %	58,5 %	62,5 %	68,3 %	40,6 %

Tabelle 10.4: positive Abschlüsse

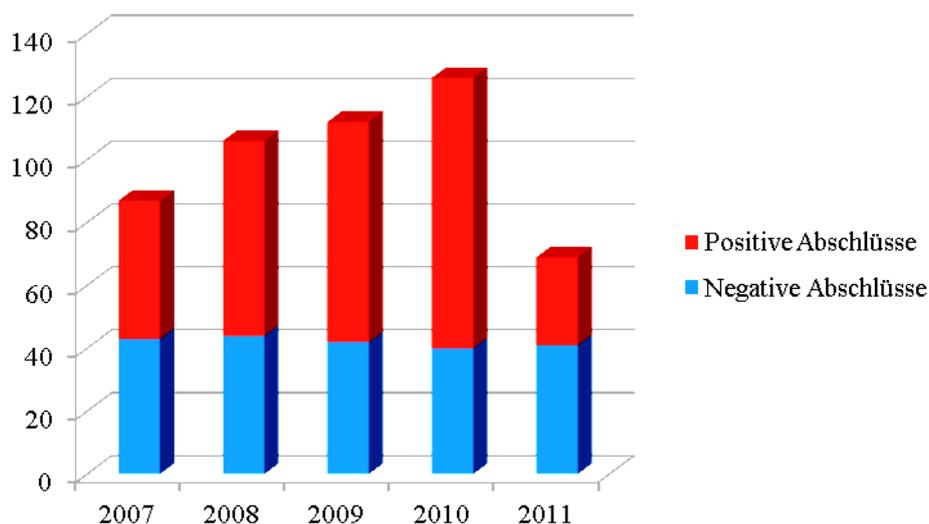


Abbildung 10.3: Abschlüsse in den Jahren 2007 bis 2011

¹⁰¹ Die Zahlen der Abschlüsse differieren mit den Zahlen der sich in Behandlung befindlichen Patienten, da laufende Behandlungen nicht berücksichtigt sind und Patienten, die über den Jahreswechsel behandelt werden, doppelt gezählt sind.

¹⁰² 59 Patienten, die in die Untersuchung eingingen plus 10 Patienten, die nach kurzer Zeit (weniger als ein Monat) die Behandlung verließen.

Für die Patienten im Untersuchungszeitraum ergibt sich ein Rückgang positiver Abschlüsse. Die Ursachen hierfür können vielfältig sein. Neben zufälligen Schwankungen, die sich für kürzere Zeiträume finden lassen – gerade für die hier einbezogenen Sommermonate – gab es im Jahr 2011 größere Probleme mit dem Konsum künstlicher Cannabinoide, die erst seit Oktober 2011 für die Fachklinik durch Laboruntersuchungen nachweisbar sind. Die Einnahme dieser Substanzen verursacht nach Angaben der Patienten starke psychische und physische Effekte. Schon nach kurzer Einnahme wird ein Craving erlebt und die weitere Behandlung – auch im Sinne des Rückfallschocks (vgl. *Körkel* 1988) – als sinnlos erlebt.

Denkbar sind aber auch Auswirkungen auf das Behandlungsergebnis, die durch strukturelle Veränderungen der Fachklinik, erhöhte Personalfuktuation und Veränderungen im Behandlungsprogramm wie z. B. die vermehrte Durchführung indikativer Gruppen bei Verringerung der Anzahl von Bezugsgruppen verursacht werden. Dennoch ist für den Untersuchungszeitraum festzuhalten, dass die Aufnahme von substituierten Patienten jedenfalls nicht zu einer Verbesserung des Gesamtbehandlungsergebnis aller Patienten der Fachklinik geführt hat.

10.4 Zusammenfassung

Die Unterschiede zwischen den Gruppen der substituierten Opiatabhängigen, nicht-substituierten Opiatabhängigen und nicht-Opiatabhängigen sind gering. Alle Gruppen profitieren ähnlich gut von der Behandlung. Der höhere Profit der nicht-opiatabhängigen Patienten ist nicht signifikant. Entscheidend scheint zu sein, inwieweit es dem einzelnen Patienten gelingt, das Behandlungsangebot anzunehmen bzw. inwieweit es der Fachklinik gelingt, auf den Patienten angemessen einzugehen. Ein positiver Behandlungsabschluss ist in aller Regel mit einer längeren Therapiezeit verbunden, welche auch die einzige signifikante Kovariate darstellt. Welche Patienten wiederum länger in der Behandlung verbleiben sowie die damit verbundenen Veränderungen im Mini-ICF-APP-Wert (und damit in der funktionalen Gesundheit), lassen sich nicht durch biografische oder andere hier erhobene personengebundene Faktoren vorhersagen. Häufig negativ bewertete Faktoren wie juristische Therapieauflagen, höheres Alter oder längere Abhängigkeit sind nach den hier ausgewerteten Daten keine negativen Vorhersagekriterien für den Behandlungserfolg.

Eine Verschiebung hin zu mehr opiatabhängigen Patienten wird auf Grund der vorliegenden Daten nicht als nachteilig gewertet. Inwieweit die beobachtete Verschiebung einen stabilen und anhaltenden Trend anzeigt kann hier nicht beantwortet werden. In anderen Fachkliniken (s. Kapitel 6) konnten entsprechende Entwicklungen jedoch beobachtet werden.

Der Rückgang positiv beendeter Behandlungen im Untersuchungszeitraum ist möglicherweise auf andere Faktoren oder Zufälle zurückzuführen. Ursächlich können aber auch durch die Aufnahme von substituierten Patienten angeregte Veränderungen in der gesamten Behandlungsstruktur der Fachklinik sein, die sich in einer geringeren Erfolgsquote abbilden.

Die Behandlung ist weiter wirksam, vor allem wenn Patienten lange an ihr teilnehmen und zu einem regulären Abschluss gelangen. Dies ist nicht von der Tatsache der Substitution oder von anderen hier untersuchten Faktoren abhängig. Sollte die Erfolgsquote oder Haltekraft der Fachklinik durch die Aufnahme von substituierten Patienten nachgelassen haben, so ist dies am ehesten mit der von den Therapeuten und Patienten berichteten verringerten Beziehungsorientierung (s. Kapitel 7) und möglicherweise damit in Zusammenhang stehenden Unterschieden im sozialen Status innerhalb der Patientengruppe erklärbar.

11 Ergebnisse

Hier werden die Ergebnisse der vorangegangenen Kapitel zusammengefasst und in einen Zusammenhang gebracht. Auf verschiedenen Ebenen können bei den Elementen, die die Ordnung Fachklinik konstituieren, Veränderungen festgestellt werden. Der Prozess der Integration von Substitutionsbehandlung in die klassische Rehabilitation ist aber weder im hier untersuchten Beispiel noch im System der medizinischen Rehabilitation insgesamt abgeschlossen. Unten wird dargelegt, wie dies mit den unvereinbaren Ordnungsprinzipien der bestehenden Systeme – und nicht etwas mit spezifischen Eigenschaften der substituierten Patienten – zusammenhängt. Eine Ausrichtung der Rehabilitation an neuen Ordnungsprinzipien liegt nahe.

11.1 Die Unterschiede zwischen substituierten und nicht-substituierten Patienten sind gering

Wenig Unterschiede in den soziodemografischen Daten und in der regulären Therapiebeendigung

Die substituiert aufgenommenen Patienten sind im Durchschnitt ca. vier Jahre älter als die übrigen Patienten. Dem entspricht eine etwas längere Berufserfahrung (ca. plus zwei Jahre) und längere Dauer der Abhängigkeitserkrankung (ca. plus vier Jahre). Weitere Unterschiede sind kaum festzustellen.

Darüber hinaus zeigt sich, dass Faktoren wie biografische Daten oder unterschiedliche Drogenpräferenzen, Dauer der Abhängigkeit oder komorbide Belastungen sich nicht oder nicht alleine zur Vorhersage des Therapieverlaufs oder des Therapieerfolges eignen¹⁰³. Die hohe Individualität der Lebensläufe, Problemkonstellationen und Ressourcen der Patienten ist eine verallgemeinerbare Erkenntnis.

Zusätzlich zu den üblichen Anforderungen, die die Rehabilitation an die Patienten stellt, müssen die substituiert aufgenommenen Patienten den körperlichen Entzug in der Entwöhnungsbehandlung bewältigen. Dennoch schließen die Patienten in der vorliegenden Untersuchung etwas häufiger regulär ab oder sind noch in Behandlung und verbessern sich

¹⁰³ Eine Erkenntnis, die auch die Premos-Studie (s. Kapitel 4.4.3) bestätigt.

etwas mehr in dem als Maß für den Erfolg genutzten Mini-ICF-APP. Die Unterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant.

11.2 Substituierte Patienten profitieren von der Behandlung

Abdosieren des Substituts

Die Psyche eines Patienten wird als informationsverarbeitendes System verstanden, das sich sowohl durch die Neigung zur Stabilität als auch durch die Fähigkeit zur Anpassung an neue Umgebungsbedingungen auszeichnet. Aus systemtheoretischer Sicht kann man das drogenabstinente Leben eines Patienten und das Leben als Drogenkonsument und Substituierter als zwei verschiedene Ordnungen eines Systems begreifen. Veränderungen verlaufen typischerweise in Entwicklungssprüngen und sind durch krisenhafte Phasen gekennzeichnet.

Diese krisenhaften Entwicklungen werden von Mitpatienten und Mitarbeitern vorhergesehen und begründen Vorbehalte gegen die Aufnahme von substituierten Patienten. Die Reaktionen der substituierten Patienten sind jedoch, anders als erwartet, weniger verhaltensbezogen (Rückfälle, heimlicher Konsum, Drogenhandel) oder somatisch (höherer medizinischer Aufwand zur Überwindung der Entzugssymptomatik), sondern äußern sich in emotionalen Belastungsreaktionen, die vor allem von den Mitpatienten beobachtet werden.

Die substituierten Patienten selbst erleben den Entzug individuell sowohl schwerer als auch leichter als erwartet. Der Behandlungsrahmen der Fachklinik wird als stützend erlebt, vor allem durch die individuelle und langsame Abdosierung und die vorgegebenen Strukturen, therapeutischen Angebote und Beziehungen zu Mitpatienten und Therapeuten. Ängste beziehen sich neben der Entzugssymptomatik vorrangig auf ein mögliches Scheitern.

Vor allem bei Patienten, deren Selbstbild stark durch den jahrelangen Drogenkonsum und die langjährige Substitutionsbehandlung geprägt ist, erscheint ein längerfristiger Ablösungsprozess notwendig, der praktisch nur innerhalb einer mehrmonatigen Rehabilitation zu leisten ist. Das Wegfallen der Substitution ist auch ein Wegfallen von Tagesstruktur und Lebensinhalt. Kommunikationsstrukturen und -inhalte werden aufgegeben. Alternative Inhalte sind jedoch zunächst wenig vorhanden.

Die im Rahmen dieser Arbeit untersuchten Kliniken berichten mehrheitlich von unproblematischen Verläufen. Wenn Schwierigkeiten beobachtet werden, dann vor allem zum Zeitpunkt der gerade oder fast erreichten vollständigen Abdosierung, also zum anstehenden Systemwechsel hin zu einem durch andere Inhalte als die Substitution geprägten Alltag. Die Erfahrungen anderer Kliniken haben sich diesbezüglich bei den hier untersuchten Patienten bestätigt.

Von den sieben hier untersuchten Patienten gelang vier Patienten die Abdosierung. Ein Patient wurde nach kurzer Zeit erneut substituiert, ein weiterer wurde mit Methadon rückfällig und brach eine Krankenhausentgiftung ab, ließ sich aber nicht erneut substituieren und nahm nach einigen Monaten die Behandlung ohne Substitutionstherapie wieder auf.

Die substituierten Patienten verbessern sich in ihrer Teilhabe

Die funktionale Gesundheit der Patienten wurde mit dem Mini-ICF-APP erhoben. Dabei zeigt sich, dass die Patienten vor allem in Abhängigkeit von der Dauer der Behandlung (die bei einem regulärem Abschluss am längsten ist) signifikante Verbesserungen im ähnlichen Ausmaß erzielen können, wie nicht-substituierte oder nicht-opiatabhängige Patienten.

Die Sehnsucht nach einem „normalen Leben“ ist bei den substituierten Patienten sehr ausgeprägt. Positive Veränderungen in der sozialen Kompetenz, in der Kommunikationsfähigkeit, im Denken, Fühlen und Erleben werden beschrieben und z. T. euphorisch begrüßt. Eine sich fortsetzende positive Veränderung nach einer vollständigen Abdosierung wird erwartet, dabei werden negative Folgen im eigenen sozialen System eher überrascht und besorgt zur Kenntnis genommen.

Zumindest während der noch bestehenden Substitution sehen sich die substituierten Patienten gegenüber den Mitpatienten in einer unterlegenen oder Außenseiterposition. Sie bemühen sich um Anerkennung und darum, nicht aufzufallen. Auch die Mitarbeiter erleben die Integration der substituierten Patienten in die Bezugsgruppen als nicht immer leicht.

11.3 Ansichten zu substituierten und nicht-substituierten Patienten

Durch die Aufnahme von substituierten Patienten in die Behandlung hat sich die Wahrnehmung dieses Patientenkreises bei Mitarbeitern und Mitpatienten verändert. Einigkeit

herrscht über einen durch die Abdosierung erhöhten Behandlungsaufwand und erschwerten Behandlungsverlauf. Auch eine gewisse „Außenseiterrolle“ wird den substituierten Patienten zugeschrieben. Belastungen durch die Behandlung Substituierter werden dabei, je nach Position oder Funktion, unterschiedlich bewertet und verarbeitet. Während die Therapeuten die hohe Motivation erfreut wahrnehmen, fokussieren viele Mitpatienten auf Störungen im Zusammenleben durch die emotionale Labilität der abdosierenden Patienten.

Mitarbeitermeinungen

Den Therapeuten ist bewusst, dass ihre Ansichten zu substituierten Patienten vor deren Aufnahme in die Rehabilitation durch stereotype Vorurteile geprägt sind. Hinzu kommen ein Unbehagen und eine Unsicherheit in Bezug auf die Eingruppierung von Substituten unter „schädliche Drogen“ oder „hilfreiche Medikamente“. Den substituierten Patienten wird eine wesentlich höhere Neigung zu Verhaltensweisen unterstellt, die sich negativ auf die Behandlung auswirken. Die Therapiefähigkeit und die Motivation zur Behandlung werden sehr skeptisch beurteilt. Mit zunehmender Erfahrung mit der Behandlung substituierter Patienten verändert sich die Wahrnehmung. Sie werden nun als motivierter wahrgenommen, jedoch weiterhin als deutlich belasteter und weniger therapiefähig eingeschätzt. Ein deutlich erhöhter Behandlungsaufwand durch notwendige somatische und medikamentöse Behandlung und geringere Integrierbarkeit in die bestehenden Bezugsgruppen wird bilanziert und die Frage aufgeworfen, ob die „Kosten“ den „Nutzen“ rechtfertigen.

Meinung der Mitpatienten

Vor Aufnahme von substituierten Patienten wurden substituierte Menschen als kaum therapiefähig oder behandlungsmotiviert wahrgenommen. Die Ablehnung war fundamental und eindeutig. Eigene Erfahrungen mit ambulanter Substitutionsbehandlung wurden zur Begründung herangezogen. Substitute und illegale Drogen wurden weder in der Funktionalität, noch in der Handhabung deutlich unterschieden.

Im Alltag nach der Aufnahme von substituierten Patienten relativiert sich dieses Urteil. Die substituierten Patienten werden als motiviert, jedoch eingeschränkt therapiefähig erlebt. Die Abdosierung stellt eine Belastung für die Bezugsgruppe dar.

Der Status der substituierten Patienten – auch im Vergleich zu anderen Patientensubgruppen – ist deutlich schlechter, gemessen an der Bereitschaft, mit ihnen ein Zimmer zu teilen oder

zusammenzuarbeiten. Trotz eines modifizierten Meinungsbildes, bei dem den substituierten Patienten von ihren Mitpatienten auch positive Eigenschaften zugesprochen werden und trotz des häufig betonten Wunsches, auch diesem Personenkreis eine Chance einzuräumen, stoßen Substituierte bei den Mitpatienten weiterhin eher auf Ablehnung.

Selbstwahrnehmung der Substituierten

Die Substituierten ähneln in ihrem Urteil über sich selbst eher der Einschätzung ihrer Mitpatienten als der der Therapeuten. Einzelne lehnen sogar die Aufnahme (weiterer) substituiertes Patienten ab. Allerdings werden die eigene Bereitschaft und das Bemühen betont, die Anforderungen der Behandlung zu erfüllen. Die eigene Begrenztheit, vor allem durch die Entzugssymptomatik, wird beklagt. Eine Unterscheidung von Substituten und illegalen Drogen wird nur teilweise getroffen, die substituierten Patienten empfinden sich selbst nicht als „clean“ und nicht als voll anerkannte Mitglieder in der Patientengemeinschaft.

Die endgültige Aufgabe der Substitutionsbehandlung wird als großer Schritt empfunden, an den eine Reihe von Ängsten und Erwartungen geknüpft ist. Im gleichen Maß, in dem komorbide Störungen und von der Substitution unabhängige Belastungen bagatellisiert werden, wird von der vollständigen Abstinenz die Lösung fast aller Probleme erwartet.

Durch Einschränkungen in der sozialen Kompetenz und den emotionalen und kognitiven Fähigkeiten fühlen sich substituierte Patienten nur begrenzt in der Lage, sich durchzusetzen. Sie stehen einerseits unter erheblichem Leistungsdruck, ausgelöst durch den hohen Wunsch, der Abstinenznorm (die stark intrinsisch und von der Rehabilitationsbehandlung gesetzt ist) zu entsprechen, andererseits weisen sie gleichzeitig eine verringerte Leistungsfähigkeit auf.

Die substituierten Patienten nehmen im Verlauf erhebliche positive Veränderungen in Leistungsfähigkeit, Aktivität und Teilhabe wahr.

Koordinaten der Wahrnehmung

Die Wahrnehmung der substituierten Patienten wird einerseits durch objektive Unterschiede beeinflusst. Mit Ausnahme der Umstände der Abdosierung sind die substituierten Patienten aber, sowohl was die beschreibenden Kennzeichen der einzelnen Personen als auch die Verläufe und das Verhalten in der Behandlung angeht, nicht signifikant von nicht-substituierten Patienten zu unterscheiden. Die Wahrnehmung wird andererseits vor allem

durch die individuellen Zielvorstellungen, unterschiedlichen Meinungen zu den Wirkfaktoren in der Therapie, den Voraussetzungen für eine Rehabilitation und der Rolle des Substituts als Medikament auf dem Weg zur Abstinenz oder als Mittel zur legalen Fortsetzung des Drogenkonsums determiniert.

Gerade die substituierten Patienten selbst gehen von einem „alles wird gut, wenn ich erst einmal entzogen habe“ aus. Sie vertreten wesentlich Werte und Normen, die mit einer Substitutionsbehandlung, ihrem Image und ihren konkreten Behandlungsumständen nicht vereinbar sind. Defizite, die aus objektiv vorhandenen komorbiden Erkrankungen resultieren, werden auf das Substitut attribuiert. Zwischen der Einnahme des Substituts und dem Konsum illegaler Drogen werden nur geringe Unterschiede gemacht.

Die Gemeinschaft der Mitpatienten hat als gemeinsamen kleinsten Nenner die Abstinenz aller Patienten. Bezüglich anderer Merkmale liegen keine vergleichbaren Übereinstimmungen vor. Die Abstinenz wird als notwendige – und oft ausreichende – Bedingung zur Überwindung der mit der Abhängigkeitserkrankung einhergehenden Schwierigkeiten angesehen. Gemeinschaft selbst wiederum wird zumindest von einem Teil der Patienten als wesentliche Voraussetzung für eine gelingende Behandlung postuliert. Menschen, die in den Augen der Mitpatienten nicht „clean“ sind, werden daher als Bedrohung erlebt. Entsprechend wird der Kontakt mit ihnen eher gemieden.

Die Mitarbeiter selbst sehen Abstinenz als Ziel, aber auch als wesentlichen Bestandteil des Weges zum Behandlungserfolg an. Dies hat verschiedene Gründe:

- Mitarbeiter, die eine psychotherapeutische Ausbildung absolvierten, lernten häufig, dass der Konsum von Alkohol und Drogen eine Behandlung ausschließt oder zumindest sehr erschwert.

- Erfahrungen mit nicht-drogenabstinenten und substituierten Menschen beschränken sich oft auf rückfällige, ehemalige Patienten, die sich erneut um eine Rehabilitation bewerben oder mit anderen Hilfeersuchen den Kontakt aufnehmen. Diese Menschen sind häufig in einem desolaten körperlichen und psychischen Zustand und bedauern den Verlust der Abstinenz. Erfolge im Sinne einer verbesserten Aktivität und Teilhabe sind für die Mitarbeiter daher fast ausschließlich mit Abstinenz verknüpft.

- Hinzu kommt eine Verunsicherung in der eigenen Rolle als Experte für die Therapie durch geringe Kenntnisse der Substitutionsbehandlung.

- Falls Abstinenz auch als wesentliches Mittel zur Konstitution einer therapeutisch wirkenden Gemeinschaft angesehen wird, Substituierte aber nicht als „richtig“ abstinent erlebt werden, erscheint die therapeutische Arbeit bedroht.

Die Überzeugung, dass Substitute hilfreiche Medikamente sind, kann nur über eine Auseinandersetzung mit der Rolle von Medikamenten in der Entwöhnungsbehandlung erfolgen. Diese konnte in der Vergangenheit vermieden werden, da die ärztliche Mitbehandlung eine geringere Rolle in anderen Therapiebereichen (Gruppen- und Einzeltherapien) spielte und alle Drogen und Medikamente pauschal abgelehnt oder zumindest als nicht in die eigene Zuständigkeit fallend angesehen werden konnten. Die Frage nach dem Sinn einer völligen Abstinenz von allen psychotropen Substanzen in der Rehabilitation erfolgt nur, wenn Abstinenz nicht von vornherein als festgesetzter Weg und alleiniges Ziel der Behandlung angenommen wird. Vor diesem Hintergrund fällt eine „objektive“ Wertung und Wahrnehmung der substituierten Patienten schwer. Die negativen Erwartungen, die direkt mit den substituierten Patienten verknüpft waren, werden durch gegenläufige Erfahrungen relativ schnell korrigiert. Für Grundüberzeugungen oder eine als basal empfundene Arbeitsvoraussetzungen – die Abstinenz aller Patienten von psychotropen Substanzen – sind langsamere Veränderungsprozesse zu erwarten.

Der negative Status der substituierten Patienten bei den Mitpatienten und die skeptische Haltung der Mitarbeiter sind sowohl Folge des Abstinenzparadigmas und als auch Folge der nicht eindeutig akzeptierten Rolle des Substituts als Medikament.

11.4 Wechselwirkungen und Veränderungen in der Fachklinik

Organisation und Prozesse

Eine Reihe von Veränderungen geht mit der Aufnahme substituierten Patienten einher. So wurde medizinisches Fachpersonal eingestellt, dessen Aufgabenbereiche und Entscheidungskompetenzen definiert werden mussten. Veränderungen in Arbeitsabläufen und Arbeitsbereichen waren die Folge. Dies machte eine Neustrukturierung der Supervision notwendig, die bisher vor allem von den Psychotherapeuten und teilweise den Arbeitstherapeuten genutzt wurde. Eine Organisationsberatung wurde eingeschaltet, um die veränderten Rollen der Berufsgruppen zu definieren und die Zusammenarbeit in deutlich arbeitsteiligeren Abläufen zu reorganisieren. Die Position der jeweils eigenen Berufsgruppe

gewann an Bedeutung. Die unterschiedlichen Sichtweisen der Berufsgruppen bezüglich der Arbeitsaufgaben und Prioritäten erforderte eine bessere Koordination durch neu eingeführte regelmäßige Visiten unter ärztlicher Leitung.

Die bisherige „Eintrittskarte“ für die Therapie, der Nachweis der erfolgreichen Entgiftung durch eine „saubere“ Laborkontrolle, wurde durch die ärztliche Definition der Rehabilitationsfähigkeit ersetzt. Die nur vorläufige Feststellung der Rehabilitationsfähigkeit in der Aufnahmeuntersuchung beförderte die Entwicklung einer intensivierten und differenzierten psychologischen und arbeitstherapeutischen Testdiagnostik, die wiederum Arbeitsabläufe und Dokumentationsprozesse beeinflusste.

Die Kommunikation mit Leistungsträgern und der übrigen Fachöffentlichkeit lenkte den Blick nach außen und führte zu einer Neuorganisation und Schulung der für die Koordination der Aufnahmen zuständigen Mitarbeiter. Die Kooperation mit Entzugsstationen und anderen medizinischen Einrichtungen mit den substituierten Patienten als gemeinsames Bindeglied wurde verbessert.

Philosophie

Bei einer intensiven Interaktion von Individuum und Umgebung können einzelne Wirkfaktoren nur schwer identifiziert werden. Der Kontext, in dem die Behandlung stattfindet, gewinnt dann an Bedeutung. In der Fachklinik wird der Kontext von den Patienten häufig als „der cleane Rahmen“ bezeichnet. Hierunter verstehen die Patienten die Orientierung an der Abstinenz als verbindendes und ordnendes Element. In der Therapie kann und darf nur sein, wer keine Drogen konsumiert, alles andere – mit Ausnahme offener Gewaltausübung und größerer Straftaten – ist relativierbar und diskutabel. Von den Therapeuten wird der Kontext der Behandlung durch eine Beziehungsorientierung charakterisiert. Damit ist die gegenseitige Unterstützung der Patienten untereinander, die Diskussion therapeutischer Inhalte, die Vermittlung von Sicherheit und eine gewisse menschliche Geborgenheit gemeint.

Der „cleane Rahmen“ wird nach Aufnahme der substituierten Patienten von den Mitpatienten kaum noch als wesentliches Moment in der Therapie genannt. Ähnliches gilt für die „Beziehungsorientierung“ der Mitarbeiter in der Behandlung. Die Aufnahme relativ weniger substituierten Patienten, die sich nicht besonders von den übrigen Patienten unterscheiden, hat

eine Ordnung durchbrochen, die sich bislang an dem Grundsatz der „völligen Abstinenz“ orientierte. Findet sich kein adäquater neuer Ordnungsgrundsatz, wäre die Ordnung im Ganzen möglicherweise bedroht.

11.5 Auf der Suche nach neuen Ordnungsgrundsätzen

Der neue Ordnungsgrundsatz, oder die neue „Philosophie“ der Fachklinik, ist mehr als nur eine Zielvorgabe im Sinne der Rentenversicherung, sondern entsteht aus den Grundüberzeugungen der Patienten und Mitarbeiter, was denn eine Therapie ausmacht, was wirkt, was notwendige und hinreichende Bedingungen für ihr Gelingen sind. Desorientierung („Nicht Fisch, nicht Fleisch mit Tradition in der Selbsthilfe und Klinikanspruch“) und der Wunsch, diese zu überwinden, sind deutlich. Der Prozess ist noch nicht abgeschlossen.

Individualität

Ein erstes sich heraus kristallisierendes Ordnungsprinzip, auf das sich alle Berufsgruppen zu einigen beginnen, ist das der „individuellen Behandlung“. Die individuelle Behandlung wird auch von den Patienten gewünscht und bereits als Merkmal der Fachklinik wahrgenommen. Gleichzeitig besteht allerdings der Wunsch nach einem gleich machenden, gleich behandelnden „cleanen Rahmen“ mit relativ starren gemeinschaftskonstituierenden Regeln, die Sicherheit und Halt geben. Individuelle Behandlungen, die in einem durch Gruppentherapien dominierten Setting nicht als willkürlich und „ungerecht“ erlebt werden sollen, bedürfen der Legitimation durch nachvollziehbare und begründbare Entscheidungen. Diese setzen einerseits differenzierte und vergleichbare Verfahren der Informationserhebung und Informationsverarbeitung voraus. Andererseits müssen vielfältige Informationen gewichtet und verarbeitet werden, die teilweise unscharf und schwer zu operationalisieren sind, wie der „Kontakt“¹⁰⁴ im Rahmen einer therapeutischen Beziehung. Dies kann nur durch die Verarbeitungskompetenz eines zuständigen Therapeuten bewältigt werden. Dies führt weg von ausdiskutierten Teamentscheidungen hin zu einer Verantwortung des Bezugstherapeuten, der die Informationen aus verschiedenen Bereichen bei sich sammeln, auswerten und in eine Entscheidung über die Therapieplanung einfließen lassen muss.

¹⁰⁴ Ein „guter Kontakt“ zwischen Patient und Therapeut wird oft als notwendige Voraussetzung für eine hilfreiche therapeutische Beziehung angesehen. Die Definition eines „guten Kontaktes“ erfolgt aber in der Regel subjektiv durch die Beteiligten. Die im Rahmen der Psychotherapieausbildung obligatorische Selbsterfahrung und Supervision der Behandlungen soll zu einer besseren und objektiveren Wahrnehmung und Gestaltung des Kontakts zum Patienten führen.

Daraus resultierte zuletzt die Abkehr von grundsätzlichen Rückfallregeln (Vorher erfolgte bei Rückfällen immer die Entlassung oder Verlegung des Patienten. Dies war ein wesentliches Definitionsmerkmal der Einrichtung). Stattdessen trifft nun der Bezugstherapeuten eine Entscheidung in der Therapieplanung über eine Behandlungsfortführung nach einem Rückfall. D. h., nicht nur die Patienten werden indikativ individuell behandelt, sondern auch die Therapeuten können Entscheidungen entsprechend ihrer möglicherweise von anderen Therapeuten abweichenden Sicht und Einschätzung der Informationen unabhängig und individuell treffen.

Systemwechsel von einer therapeutischen Gemeinschaft zur medizinischen Klinik

Eine therapeutische Gemeinschaft unterscheidet sich in vielen Punkten von einem Klinikbetrieb. Kennzeichen sind das oft gebräuchliche „Du“ in der Anrede zwischen Mitarbeitern und Klienten („Patient“ ist ein Wort, das in der therapeutischen Gemeinschaft vermieden wird), die konsensuale Entscheidungsfindung in basisdemokratisch organisierten Gremien, die Betonung von Gemeinschaft statt Individualität und eine geringere Orientierung an Zielvorgaben der Leistungsträger und individuellen Patientenwünschen zugunsten der Orientierung an verinnerlichten Gemeinschaftswerten.

Ein Klinikbetrieb ist hingegen hierarchisch und arbeitsteilig durchorganisiert. Privates¹⁰⁵ von Mitarbeitern und Patienten wird von den Inhalten der Behandlung deutlich getrennt. Die Dogmen sind eher wissenschaftsphilosophischer statt gesellschaftskritischer Art und weniger handlungsleitend für die individuelle Behandlung. Gemeinschaft ist notwendig auf Grund ökonomischer und praktischer Erwägungen, aber nicht eine eigenständige oder gar die zentrale „Wirkvariable“. Die „Sachorientierung“ steht anstelle einer „Beziehungsorientierung“ im Vordergrund.

Während die Einrichtungen und ihre langjährigen Mitarbeiter aus der Tradition der therapeutischen Gemeinschaft kommen, wird von den Leistungsträgern die Entwicklung hin zu Kliniken mit den damit verbundenen Standards forciert. Während nicht-substituierte drogenabhängige Patienten in der Regel in beiden Behandlungsformen ausreichend behandelt werden können, erfordert die Behandlung noch-substituierter Patienten zumindest teilweise Klinikstrukturen (Arbeitsteilung zwischen somato-medizinischem und psychotherapeutischem Personal, persönlich verantwortliche Entscheidungsträger). Kliniken sind hierfür auf Grund

¹⁰⁵ Von Kritikern des Klinikbetriebes wird vermutet, dass gerade die Beziehungen und das „Private“ das Wesentliche in der Suchtbehandlung sind.

der selbstverständlichen Individualisierung der Behandlung und des medizinischen Personals, das mit der Betäubungsmittelanwendung vertraut ist, besser geeignet als therapeutische Gemeinschaften. Durch die Aufnahme von substituierten Patienten wird die Entwicklung hin zu Klinikstrukturen beschleunigt (der von den Mitarbeitern oft beklagten und seltener begrüßten „Klinikisierung“). Auch die im Rahmen der Studie untersuchten Fachkliniken konnten substituierte Patienten dann am erfolgreichsten behandeln, wenn sie sich stärker an den Organisationsprinzipien einer Klinik als an denen einer therapeutischen Gemeinschaft¹⁰⁶ orientierten.

Zeit des Übergangs

Der Verlust eines Ordnungsgrundsatzes, z. B. „Gemeinschaft“, führt nicht automatisch zur Konstituierung neuer Grundsätze. Bei der Wahrnehmung der Fachklinik durch die Mitarbeiter wurden vor der Aufnahme Substituierter vor allem Werte betont, die die Tradition der Einrichtung im Sinne einer Gemeinschaft mit partnerschaftlichem Umgang mit den Patienten unterstreicht. Eine positive Identifikation mit der Einrichtung wird ebenso wie der unspezifische Wunsch nach Veränderung deutlich. Ein Jahr später wird der Verlust von Identität und ein noch nicht abgeschlossener Entwicklungsprozess hin zu einem – oft negativ bewerteten – Klinikbetrieb bilanziert.

Die Entscheidung, substituierte Patienten aufzunehmen, wurde an einem bestimmten Punkt des Diskussionsprozesses um die konzeptuelle Entwicklung der Klinik getroffen und greift in bestehende Behandlungsgrundsätze ein. Das System stabilisiert sich, indem durch die Entscheidung getroffene Veränderungen und Uneindeutigkeiten in die neue Ordnung eingepasst werden. Der Preis der Ordnung ist dabei die Veränderung von Handlungsmöglichkeiten, z. B. wird die Möglichkeit reduziert, Behandlungsverantwortung mit dem „Team“ zu teilen. Der Verlust von alten Handlungsmöglichkeiten wird dabei als Einschränkung, der Gewinn neuer Handlungsmöglichkeiten (z. B. die individuelle Gestaltungsmöglichkeit der Therapieinhalte durch den Bezugstherapeuten) weniger als Chance, sondern vor allem auch als Belastung und Herausforderung erlebt. Die Veränderungsprozesse werden an der veränderten Außendarstellung der Fachklinik mit der Betonung der individuellen Behandlung anstelle der strikten Abstinenz deutlich. Intern zeigen

¹⁰⁶ Die Fachklinik Release und z. T. auch die Fachklinik Hohehorst, die noch stärker den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft verpflichtet sind, entwickeln sich entweder in Richtung einer Spezialeinrichtung für substituierte Patienten (FK Release) oder schließen individuelle Vorgehensweisen in der Abdosierung aus (FK Hohehorst), um substituierte Patienten in die Gemeinschaft zu integrieren.

sie sich vor allem in Personalfuktuation und Entflechtung der Berufsgruppen durch klarere Aufgaben- und Verantwortungszuordnung.

Ein einfacher Ursache-Wirkungs-Zusammenhang im Sinne von „die Aufnahme von Substituierten führt zu Klinikstrukturen“ ist jedoch auszuschließen. Der Wunsch nach und die Entwicklungen hin zu den Ordnungsprinzipien einer Klinik ermöglicht die Aufnahme von substituierten Patienten, was wiederum Veränderungen in Richtung der Ordnungsprinzipien einer Klinik befördert.

Eine Orientierung an der ICF ist vorteilhaft

Der individuelle Behandlungsbedarf ist gerade bei substituierten Patienten auf Grund der häufigen komorbiden Störungen, aber auch auf Grund der individuellen Förderfaktoren und Barrieren sehr unterschiedlich. Während die Erkrankungen häufig chronisch und schwer behandelbar sind, erscheinen im Rahmen der Rehabilitation gerade die Förderfaktoren¹⁰⁷ und Barrieren veränderbar. Bei einem arbeitsteiligen Vorgehen der verschiedenen beteiligten Professionen in der Behandlung sind eine gemeinsame Sprache, aber auch gemeinsame Diagnose- und Messinstrumente zur Therapieevaluation nicht nur eine Erleichterung, sondern eine Notwendigkeit. Ein lediglich an die ICD angelehntes Vorgehen greift daher zu kurz.

Komorbide Störungen sind generell und bei den hier untersuchten Patienten die Regel. Die Lebensumstände der Patienten sind sehr unterschiedlich. Die individuelle Komplexität erfordert individuelle, koordinierte Behandlungen mit differenzierter, fachübergreifender medizinischer, psychologischer, sozialarbeiterischer und arbeitstherapeutischer Diagnostik. Das wichtigste Ziel der ICF ist die gemeinsame Sprache zwischen Fachleuten. Instrumente wie das Mini-ICF-APP ermöglichen die differenzierte Einschätzung und den Nachweis von Behandlungserfolgen über die somatische Gesundheit und Abstinenz hinaus. Bei einer systematischen Anwendung werden auch Förderfaktoren und Barrieren erfasst und in die Behandlungsplanung einbezogen.

¹⁰⁷ Angemessener Wohnraum, zufriedenstellende Beschäftigung und Integration in hilfreiche Sozialkontakte, z. B. im Rahmen von Selbsthilfegruppen, sind erreichbare Ziele im Rahmen der Rehabilitation, die die Lebensqualität der Patienten steigern.

11.6 Rehabilitationsbedarf substituierter Patienten

Der Bedarf besteht und ist gut zu befriedigen

Die Aufnahme von substituierten Patienten in eine Berliner Fachklinik zur Rehabilitation von Drogenabhängigen wird vom Berliner Arbeitskreis substituierender Ärzte eindeutig befürwortet. Die Ärzte geben an, dass 10 bis 50 % ihrer Patienten für ein entsprechendes Angebot in Frage kommen. Komorbide Erkrankungen bei substituierten Patienten sind sehr häufig. Vor allem psychische Erkrankungen bessern sich unter Substitution kaum und werden selten systematisch mitbehandelt. Ein erheblicher Teil der substituierten Patienten unternimmt immer wieder Versuche, die Substitutionstherapie zu verlassen und drogenabstinent zu leben. Dies alles lässt die Aufnahme von substituierten Patienten in die bestehenden stationären Einrichtungen logisch und beinahe zwingend erscheinen.

Fachkliniken, die ein entsprechendes Angebot vorhalten, berichten überwiegend von ähnlich erfolgreichen Therapien wie bei Patienten, die ohne laufende Substitutionsbehandlung die Rehabilitation aufgenommen haben. Die in dieser Studie untersuchten substituierten Patienten profitierten nachweislich von der Behandlung. Auch die in anderen Fachkliniken überwiegend beobachteten unspektakulären Behandlungsverläufe konnten bestätigt werden.

Der Bedarf besteht nicht oder wird nicht nachgefragt

Die Bedarfsermittlung für das Bundesland Berlin ließ erwarten, dass sich eine Vielzahl von substituierten Patienten um eine Aufnahme bewerben würde. Die Fachklinik machte ihr neues Angebot in der Fachöffentlichkeit mehrfach durch schriftliches Informationsmaterial, Fachtagungen, persönliche Kontakte, Informationsveranstaltungen, Gremienbesuche, regelmäßige Besuche den Entzugsstationen etc. bekannt. Die Fachklinik war weiterhin gut belegt und nachgefragt, jedoch nicht von substituierten Patienten. Aufnahmen werden grundsätzlich sehr patientenfreundlich gestaltet, substituierte Patienten nach bewilligter Kostenübernahme vorgezogen und mögliche Ausschlusskriterien¹⁰⁸ sehr weit ausgelegt. Anfängliche Probleme im Verwaltungsablauf konnten mit den Leistungsträgern bereinigt werden, so dass diese ab Mitte des Jahres 2011 nicht mehr als Erklärung der wenigen Bewerbungen und Aufnahmen in Frage kommen.

¹⁰⁸ insbesondere Konsum von Cannabinoiden, Benzodiazepinen oder Alkohol vor der Aufnahme

Auch andere Fachkliniken berichten von einer verhaltenen Nachfrage. Fachkliniken, die die Plätze kontingentiert haben, schöpfen das Kontingent in der Regel nicht aus. Jüngere Patienten mit eher kurzer Substitution und guten Integrationschancen werden als Zielgruppe praktisch nicht erreicht. Die wenigen Plätze (bundesweit 14), die die DRV-Bund ihren Versicherten zur Verfügung stellt, reichen offensichtlich aus, um die Nachfrage von DRV-Bund Patienten zu befriedigen.

Zwei grundsätzlich unterschiedliche Behandlungssysteme

Bei der abstinenzorientierten Rehabilitation und bei der Substitutionsbehandlung handelt es sich um zwei getrennte Systeme im Rahmen der Suchthilfe, die wenige Berührungspunkte aufweisen und jeweils eigenen Ordnungsgrundsätzen und Regeln folgen. Patienten haben mit Substitutionstherapien und Rehabilitationen häufig viel Erfahrung, trennen diese Therapien aber in ihrer Biografie. Solange substituierte Patienten sich selbst als „nicht abstinente“ erleben, ist der Eintritt in eine Abstinenztherapie ein mutiger Schritt, der in dieser Untersuchung vor allem von Patienten gewagt wurde, die eine weitere Substitutionstherapie aus Gründen persönlicher Wertung ablehnen.

Systeme haben die Neigung zur Stabilität. Neues wird integriert, ohne grundlegende Ordnungsprinzipien zu verändern. Informationen werden vor dem Hintergrund der grundlegenden Ordnungsprinzipien des jeweiligen Systems gesammelt und zu Entscheidungen verarbeitet. Jüngere, weniger kranke und gut rehabilitierbare Patienten stellen auch in der Substitutionstherapie die „erfolgreichen“ Patienten dar. Deren Vermittlung in eine medizinische Rehabilitation mit dem damit verbundenen vorrangigen Abstinenzziel stellt ein Risiko dar. Der Patient kann an den Anforderungen der Rehabilitation bei gleichzeitiger Abstinenzverpflichtung scheitern¹⁰⁹. Das berührt jedoch ein zentrales Ordnungsprinzip der Substitutionsbehandlung – die Verhinderung einer Verschlimmerung.

Eine aktive Vermittlung in die medizinische Rehabilitation wird nicht stattfinden, solange grundlegende Ordnungsprinzipien differieren und in der medizinischen Rehabilitation weiter die Abstinenz als Ziel mit oberster Priorität erscheint und „Harm-Reduction“ und Teilziele wenig Berücksichtigung in der individuellen Behandlungsplanung finden. Lediglich

¹⁰⁹ Nach disziplinarischer oder anderweitig irregulärer Behandlungsbeendigung droht einem Teil der Patienten mit Auflagen gemäß § 35 BtmG die Inhaftierung. Die PSB wurde vor der Therapie beendet. Viele Patienten sind wohnungslos und konnten auch nicht während der Rehabilitation durch ein betreuendes Angebot begleitet werden. Dies ist in der Regel sozialrechtlich ausgeschlossen. Kontakte zu substituierenden Ärzten bestehen während der Rehabilitation und durch die Kliniken in der Regel nicht.

Patienten, die sich in ihrem eigenen Wertesystem mit den Ordnungsprinzipien der Rehabilitation identifizieren, oder die Ziele der Substitution nicht mehr erreichen können, kommen dann in die Rehabilitationseinrichtungen.

Gemeinsame Ordnungsprinzipien als Lösung

Die gemeinsame Orientierung an der ICF sowohl in der Substitutionstherapie als auch in der medizinischen Rehabilitation wäre ein Weg, die Kommunikation über die Probleme der Patienten und mögliche Lösungen zu erleichtern. Die Festschreibung von Zielvorgaben (wie die Abdosierung in der Rehabilitation) oder Methoden (wie die ambulante, körpermedizinische und pharmakologische Behandlung in der Substitutionstherapie) erscheint dann nicht hilfreich und sinnvoll.

Eine Behandlung, die sich überwiegend an Leitlinien orientiert, die modularisiert durchgeführt und deren Dauer durch bürokratische und wirtschaftliche Vorgaben bestimmt wird, ist nicht in der Lage, der hohen Individualität der Patienten gerecht zu werden. Die hohe Komorbidität der Patienten hat den Trend zu größeren Kliniken befördert. Nur in diesen scheint es möglich, durch verschiedene indikative Angebote für „Psychose und Sucht“, „Trauma und Sucht“, „Ältere Süchtige“, „Süchtige mit chronischen somatischen Erkrankungen“ etc. auf den individuellen Behandlungsbedarf einzugehen. Diese Differenzierungen kommen jedoch dann an ihre Grenzen, wenn trotz aller indikativen Angebote die Biografien und die Kombination unterschiedlicher psychischer und somatischer Störungen – gegebenenfalls noch kompliziert durch andere unterscheidende, für die Behandlung aber u. U. wichtige Merkmale¹¹⁰ – den Behandlungserfolg wesentlich beeinflussen. Statt differentialdiagnostisch Patienten bestimmten Behandlungsangeboten zuzuordnen und dann in diese Behandlungen zu integrieren, wäre eine Inklusion der Patienten sinnvoller.

Der Gedanke der Inklusion geht davon aus, dass jeder Patient sehr individuelle Voraussetzungen für eine Behandlung mitbringt. In jedem Einzelfall wird der individuelle Behandlungsbedarf ermittelt und dann dem Patienten vor dem Hintergrund weniger definierter Grundprinzipien der Behandlung (z. B. Multiprofessionalität) angeboten. Indikative Schwerpunkte einer Klinik wie z. B. „Trauma und Sucht“ machen dann nur wenig

¹¹⁰ Hier sind Förderfaktoren wie z. B. ein stützendes Umfeld oder berufliche Integration, aber auch Barrieren wie Sprachschwierigkeiten nach Migration und Wohnungslosigkeit etc. denkbar.

Sinn, da auch bei Patienten, die diese Kriterium erfüllen, die interindividuellen Unterschiede größer und für die Behandlung bedeutender sind, als die Gemeinsamkeit einer Traumatisierung und einer Suchterkrankung.

Die Inklusion von Patienten mit Betonung der individuellen Unterschiede hätte die Inklusion von Methoden zur Folge. Ein Vorgehen, das bei einem Patienten indiziert ist, kann bei einem anderen Patienten mit ähnlicher psychischer Störung, aber anderen Förderfaktoren unangemessen sein. Für die Integration von Substituierten in die medizinische Rehabilitation könnte das bedeuten, dass für einen substituierten Patienten mit guter beruflicher Bildung (z. B. ein Pilot), der aber auf Grund seiner Substitutionsbehandlung berufliche Teilhabeziele verfehlt, die Erlangung der Abstinenz vorrangig ist und die Therapiemethoden entsprechend darauf ausgerichtet werden. Ein substituiertes Patient mit einer chronischen Schmerzerkrankung würde dagegen andere Ziele ohne das festgeschriebene Ziel der Abstinenz besser verfolgen können.

In die ambulante Substitutionstherapie mit psychosozialer Betreuung müssten Elemente der medizinischen Rehabilitation – wie z. B. intensive psychotherapeutische Behandlung und arbeitstherapeutische Förderung – eingearbeitet werden, wenn gemeinsame Ordnungsprinzipien wie der Gedanke einer zielorientierten, umfassenden und den Patienten in Teilhabe und Leistungsfähigkeit fördernden Behandlung größeren Raum einnähme.

11.7 Offene Forschungsfragen

Die angewendete Methode sollte nicht den Nachweis einer „objektiven“ Verbesserung der Teilhabe eines Patienten zur Begründung und Rechtfertigung des neuen Behandlungsangebotes erbringen, sondern die Bewertung dieser Behandlung aus verschiedenen Perspektiven erlauben und Hinweise auf Teilaspekte geben.

Weitere Forschung erscheint notwendig, um über die hier genannten Hinweise hinaus zu ergründen, wie es gelingen kann, den objektiven und von Fachleuten immer wieder postulierten Behandlungsbedarf der substituierten Patienten in Bezug auf komorbide Erkrankungen mit den spezialisierten Angeboten der medizinischen Rehabilitation zu verbinden.

Der Preis einer individualisierten Behandlung ist ein geringerer Grad von erlebter Gemeinschaft. Im Rahmen von sozialen Vergleichsprozessen wird es immer eine erlebte „Ungerechtigkeit“ bei Patienten geben, die zur Konstitution von Gemeinschaft eine pauschale Gleichbehandlung fordern. Ungeklärt ist, wie viel „Gemeinschaft“ notwendig und hilfreich ist, um Patienten zu einer abstinenter Lebensführung zu verhelfen, wenn diese von ihnen angestrebt wird. Das Verhältnis möglicher Wirkvariablen zueinander und möglicher Wechselwirkungen bleibt offen.

Verallgemeinerbar erscheinen vor allem die Individualität der Patienten und ihr Wunsch, diese in der Behandlung berücksichtigt zu sehen. Unklar ist, wie dies am besten geschieht ohne die negativen Folgen der Suchterkrankung im Bereich gestörter Beziehungen, Vereinzelung und Vereinsamung zu wenig in der Behandlung zu berücksichtigen. Vielleicht ist Gemeinsamkeit etwas paradox durch eine klare Bewertung und Akzeptanz der hohen Individualität mit unterschiedlichem Behandlungsbedarf, Behandlungswunsch und Behandlungsfähigkeit herstellbar, der dann erst Gemeinsamkeiten auf anderen Ebenen sichtbar werden lässt. Auf therapeutischer Ebene könnte dies einerseits in einer Orientierung an den allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie (vgl. *Grawe* 2005) und andererseits an sehr individuellen Vorgehensweisen ohne festgelegte Ziel- und Methodenvorgaben seine Entsprechung finden.

Die Sicht der Patienten wurde in dieser Untersuchung berücksichtigt. Gezeigt wurde, dass Einstellungen und die „Identität“ des Patienten, seine Identifikation mit einem Behandlungsangebot und sein Glaube an bestimmte Wirkfaktoren die Behandlung beeinflussen. Offen bleibt, wie stark dies die Behandlung beeinflusst und ob dadurch Behandlungsergebnisse mehr als durch „objektiv“ angemessene Interventionen beeinflusst werden.

12 Literaturverzeichnis

Ackermann-Siegle, A.; Beer, M.; Hautzinger, M.: Katamnese von Patienten einer teilstationären Drogenrehabilitationseinrichtung. In: Sucht, 2008, 54, 2. S. 71 – 77.

Akzept e.V., Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik: Strategien zur Sicherung und Verbesserung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. Dokumentation ExpertInnentreffen am 2.6.2010.
http://www.akzept.org/experten_gespraech/pdf/2_6_10dokuweb.pdf

Agostini, R.: Substitutionsbehandlung im Rahmen stationärer Therapie. In: Gerlach, R.; Stöver, H. (Hrsg.). Vom Tabu zur Normalität. Lambertus 2005

Amann, K.: ICF-Pilotstudie zur Entwicklung eines Core-Sets Suchterkrankungen. Vortrag auf der 7. ICF-Anwenderkonferenz 2009. http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nm_10462/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01_sozialmedizin_forschung/04_klassifikationen/dateianhaenge/icf/2009_7_icf_awk_beitrag_09_amann.html, 2009

Amann, K; Breuer, M.: Anwendungsmöglichkeiten der ICF in der Suchttherapie. Arbeitsgruppe auf der 97. Wissenschaftlichen Jahrestagung des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe „buss“ am 23.3.2011, Berlin

Amann, K.; Stracke, R.; Veltrup, C.; Kufner, R.; Roeb-Rienas, W.: Auf dem Weg zu einem Konsensusverfahren „ICF-Core-Set Alkohol- und Drogenabhängigkeit“ – Ein Pilotprojekt mit 20 Suchtexperten. In: Suchttherapie S. 20 – 28, 12, 2011

Angermeier, M.J.W.: Gruppenpsychotherapie. Lösungsorientiert statt problemhypnotisiert. Psychologie Verlagsunion, 1994.

Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V.: Erfahrungen und Ergebnisse des Modellprojekts zur medizinischen Rehabilitation bei nicht-substituierter und übergangsweise substituierter Drogenabhängiger aus den Jahren 1996 bis 2000. Ascheberg-Herbern, 2001

Abfalg, R.: Die heimliche Unterstützung der Sucht: Co-Abhängigkeit. Neuland, 1990.

Bandura, A.: Sozialkognitive Lerntheorie. Klett-Cotta, 1979.

Banger, M.: Case-Management in der Suchtkrankenversorgung. Referat auf der Tagung der Fachgruppe Psychiatrie des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. am 20. – 22.10.2004 in Neustadt/Holstein.

Baron, S.: Das “Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen” (Mini-ICF-APP). Vortrag auf der 8. ICF-Anwenderkonferenz. http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_10462/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01_sozialmedizin_forschung/04_klassifikationen/dateianhaenge/icf/2010_8_icf_awk_beitrag_1_baron,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/2010_8_icf_awk_beitrag_1_baron, 2010

Barsch, G.: Praxis und Forschung in der Drogen- und Suchtkrankenhilfe – Szenen einer Ehe. Vortrag auf dem DHS-Kongress „Sucht und Medizin“ in Braunschweig. 2001. <http://p102252.typo3server.info/>

Bätzing, S.: Kommentare zum bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung. In: Sucht 53, 6, 2007, S. 355 - 370

Beck, A.T.: Cognitiv therapy and the emotional disorders. International University Press, 1976.

Beck, A.T.; Rush, J.; Shaw, B.; Emery, G.: Kognitive Therapie der Depression. Psychologie Verlagsunion, 1992.

Beck, A.T.; Freeman, A. u.a.: Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Psychologie Verlagsunion, 1993.

Beck, A. T.; Wright, F. D.; Newmann, C. F.; Liese, B. S.: Kognitive Therapie der Sucht. Psychologie Verlagsunion, 1997.

Beckmann, U.; Grünbeck, P.; Naumann, B.; Klosterhuis, H.: Aktuelle Ergebnisse aus der Qualitätssicherung der Suchtrehabilitation. Sucht Aktuell, 2009, 16, 2, S. 29 – 34

Beckmann, U.; Klosterhuis, H.; Naumann, B.: Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS), (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2010. Neuland, 2010.

Behrendt, K.: Interview Suchttherapie. In: Suchttherapie 2008, 9, 2, S. 70 – 71

Beutel, M.: Therapie als Bausatz – was macht die Teile zum Ganzen? Programm der 97. Wissenschaftlichen Jahrestagung des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe „buss“ am 23.3.2011, Berlin, S.3

Bezirksamt Neukölln: Internetauftritt. 2011.

<http://www.berlin.de/ba-neukoelln/derbezirk/arbeit.html>

http://www.berlin.de/ba-neukoelln/derbezirk/melde_rechtl.html

Bienieck, R.: Entkriminalisierung von Drogenabhängigen durch Substitutionsbehandlung. Peter Lang, Frankfurt 1993

Boder, H.J.: Persönliches Gespräch am 8.8.2011 zum Thema „Abläufe und Erfahrungen mit substitutionsgestützter Rehabilitation“ in der Fachklinik Nettetal des Caritasverband für die Diözese Osnabrück e. V.

Böker, W.; Nelles, J.: Drogenpolitik wohin? Bern, Stuttgart, Wien 1992

Böllinger, L.: Drogensucht, Drogentherapie. FH Frankfurt. Materialien zur Sozialarbeit und Sozialpolitik, Bd. 12, 1983.

Böning, J.: Zur Neuropsychologie und Klinik des Suchtgedächtnisses. In: Stetter, F. (Hrsg.), Suchttherapie an der Schwelle der Jahrtausendwende. Neuland, 2000.

Böning, J.: Neurobiologische Perspektiven für die Suchtforschung und -behandlung am Beispiel des „Suchtgedächtnisses“. In: FDR (Hrsg.), Die Zukunft der Suchtbehandlung. Neuland, 2002.

Bronisch, T.: Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach den Kriterien aktueller internationaler Klassifikationssysteme. Verhaltenstherapie 2: S.140-150, 1992.

BSGE: Bundesozialgericht, Urteil vom 18.06.1968. 28, 114

[Buchholz, A.; Rist, F.; Küfner, H.; Kraus, L.:](#) [Die deutsche Version des Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation \(MATE\): Reliabilität, Validität und Anwendbarkeit,](#) Sucht 55, 4 , 2009, S. 219 - 214

Bundesärztekammer: Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. Stand: 19. Februar 2010 (Deutsches Ärzteblatt 107, 11, S. A-511 – 516.

www.Bundesärztekammer.de/downloads/RiliSubstSynapse.PDF

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): RPK-Empfehlungsvereinbarungen vom 29. September 2005 über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie die Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen. BAR, 2006a.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): ICF - Praxisleitfaden, Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation, BAR, 2006b.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): ICF - Praxisleitfaden 3, Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) für das Krankenhausteam, BAR, 2010

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe, Martin Beutel (Hrsg.): Standard und Intuition. Neuland, 2003.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.): Rehabilitation in der Rentenversicherung, Bd. 1, 3. Auflage, 1995.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Rundschreiben 8022-5/01 von 09.10.01: Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation im stationären Entwöhnungsbereich.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte: Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistung zur medizinischen Rehabilitation. 29.04.2003.

Caspar, F.: Hat sich der störungsspezifische Ansatz in der Psychotherapie zu Tode gesiegt? In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, VPP 2011, 43, 4, S. 891 - 892

Caspers-Merk, M.: Drogen und Suchtbericht 2000. BMG Bonn, 2001.

Ciampi, L.: Affektlogik. Stuttgart. Klett-Cotta. 1982

Ciampi, L.: Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. 1997

Dansauer, F.: Behandlungsfürsorge für Versorgungsberechtigte. In: Fortschritte der Therapie, Berlin, 1930.

Dau, W.; Schmidt, A.; Schmidt, A. F.; Banger, M.: Sind gemeinsame Therapieangebote für Partydrogen- und Cannabiskonsumenten sinnvoll? Ergebnisse zum stationären Behandlungsangebot des »Bonner Modells – Junge Sucht«. In: : SUCHT 2009, 55, 6, S 339 - 346.

De Ridder, M.: Heroin. Die Geschichte einer pharmazeutischen Spezialität. Berlin, 1990

Degkwitz, P.: Was wirkt wirklich? Evidenz und Erfahrung in der Suchtarbeit. In: Suchttherapie 2008, 9, 2, S. 47 – 48

Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS), (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2010. Neuland, 2010.

Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS), (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2011. Neuland, 2011.

Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information: ICF-Projekte im deutschsprachigen Raum. (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/icf-projekte.html>; 2010)

Deutsche Rentenversicherung: Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit, Pilotversion. Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. 2009 www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung: Leitlinien zur sozialmedizinischen Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen. Stand: 20.4.2010 www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): KTL. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. 5. Auflage, 2007

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen und Suchtbericht 2008, www.bmgbund.de/Drogen und Sucht

Diewald, M.; Sattler, S.: Soziale Unterstützungsnetzwerke. In: Stegbauer, C.; Häußling, R (Hrsg.): Handbuch Netzwerkforschung. VS Verlag. 2010

Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10. Huber, 1991.

Dollase, R.: Soziometrische Techniken. Weinheim/Basel. Beltz 1973

Dörner, D.: Problemlösen als Informationsverarbeitung. Stuttgart: Kohlhammer. 1976

Dörner, K.; Plog, U.: Irren ist Menschlich. Psychiatrie Verlag, 1984.

Driessen, M.; Schulte, S.; Luedecke, C.; Schäfer, I.; Sutmann, F.; Ohlmeier, M.; Kemper, U.; Koesters, G.; Chodzinski, C.; Schneider, U.; Broese, T.; Dette, C.;

Havemann-Reinecke, U.: Trauma and PTSD in Patients with Alcohol, Drug or Double Dependence: A Multi-Center-Study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2008, 32, 3. S. 481 - 488

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Drogen- und Suchtbericht 2011. <http://www.drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2011-02/drogen-und-suchtbericht-2011.html>

Fachklinik Nordfriesland gGmbH: Therapeutisches Konzept für die Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. 2008. www.fklmf.de

Esser, H.; Klenovits, K.; Zehnpfennig, H.: Wissenschaftstheorie Bd. 1: Grundlagen der Analytischen Wissenschaftstheorie. Klett. Stuttgart 1977

Fachverband Drogen- und Rauschmittel (Hrsg.): Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe. Neuland, 1997.

Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V. (Hrsg.): Gespräch mit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. In: FDR-Berichte 1, 2012, S. 3 – 5.

Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Die Zukunft der Suchtbehandlung, Trends und Prognosen. Neuland, 2002.

Fahrenberg, J.; Myrtek, M.; Schumacher, J.; Brähler, E.: Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ), Handanweisung. Göttingen. Hogrefe. 2000.

Finzen, A.: Tags in die Klinik – abends nach Hause. Die Tagesklinik. Psychiatrie Verlag, 1986.

Fiedler, P.: Verhaltenstherapie mit und in Gruppen. Beltz, 1996.

Fischer, M.: Abstinenzorientiertes Behandlungsangebot für drogenabhängige Patienten/-innen. Eine Wirksamkeitsstudie. In: DRV-Bund (Hrsg.): Evidenzbasierte Rehabilitation. DRV Schriften-Reihe, Bd. 77. S. 517f., 2008

Fischer, M.; Missel, P.; Nowak, N.; Roeb-Rienas, W.; Schiller, A.; Schwehm, H.: Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen (Drogenkatamnese). Teil 1. Sucht Aktuell 1, 2007a, S. 41 – 47

Fischer, M.; Missel, P.; Nowak, N.; Roeb-Rienas, W.; Schiller, A.; Schwehm, H.: Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen (Drogenkatamnese). Teil 2. Sucht Aktuell 2, 2007b, S. 37 – 46

Flick, U.: Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Rowohlt Verlag. Hamburg. 2. Aufl. 2009 (2007)

Feuerlein, W.: Alkoholismus. Thieme, 1986.

Föhres, F.; Kleffmann, A.; Weinmann, S.: Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA). BMGS, 2003.

Follmann, A.; Hoenekopp, I.: Rechtliche und formale Grundlagen der Substitutionstherapie. In: Gerlach, R.; Stöver, H. (Hrsg.): Vom Tabu zur Normalität. Lambertus 2005

Früh, W.: Inhaltsanalyse: Theorie und Praxis. 6. überarb. Aufl. UVK Verlagsgesellschaft, Konstanz 2007

Funke, W.: Persönliches Gespräch in den Kliniken Wied. Wied, 15.07.2011

Funke, W.; Missel, P.: Effizienz der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress 2011, Frankfurt, 28.09.2011. www.deutscher-suchtkongress.de

Funke, W.; Frank, G.: Persönliches Gespräch in den Kliniken Wied. Wied, 15.07.2011

Funke, W.; Schroeder, W.: Qualität durch Können, Verbindlichkeit und Respekt. Integriertes Rehabilitationskonzept für Patienten und Patientinnen mit der Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“. Kliniken Wied, 2008

Funke, W.; Schickentanz, B.; Schmitz, I.; Schroeder, W.: Stationäre Medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger unter ausschleichender Substitution. Konzept der Kliniken Wied. Kliniken Wied, 2010

Fydrich, T.; Sommer, G.; Tydecks, S; Brähler, E.: Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). Zeitschrift für Medizinische Psychologie 2009, 18, S. 43-48

Gerlach, R.: Zur neueren Geschichte der Substitutionsbehandlung. In: Gerlach, R.; Stöver, H. (Hrsg.): Vom Tabu zur Normalität. Lambertus 2005

Gerlach, R.; Stöver, H. (Hrsg.): Vom Tabu zur Normalität. Lambertus 2005

Günthner, A.: ICF-basierte indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte. Seminar der PQ GmbH – Paritätische Gesellschaft für Qualität und Management. Frankfurt a. M., 29. – 30.11.2010

Gölz, J. (Hrsg.): Der drogenabhängige Patient. Urban und Schwarzenberg, 1995.

Grawe, K.: Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. In: Psychologische Rundschau, 1992, 43, S. 132 - 162

Grawe, K.: Neuropsychotherapie. Verlag Hogrefe, 2004

Grawe, K.: Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. In: Report Psychologie 7/8 2005. S. 311.

Günthner, A.: Suchttherapie und Psychotherapie. Brauchen wir eine Philosophie der Suchttherapie? In: Suchttherapie 2008, 9, 2, S. 55 – 62

Haasen, C.: Einführung der Diamorphinbehandlung in Deutschland: ein weiter Weg. In: Sucht 53, 5, 2007, S. 265 - 267

Haasen, C.; Verthein, U.; Degkwitz, P.; Kuhn, S.; Hartwig, C.; Reimer, J.: Eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger – Zielgruppenspezifische Ergebnisse. In: Sucht 53, 5, 2007

Haisch, J.; Frey, G.: Die Theorie sozialer Vergleichsprozesses. Huber, 1978.

Haken, H.; Schiepek, G.: Synergetik in der Psychologie. 2., korrigierte Auflage, Hogrefe, 2010

Hauschildt, Elke: Suchtkrankenhilfe in Deutschland|Geschichte - Strukturen - Perspektiven ; herausgegeben anlässlich des 50jährigen Jubiläums der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) e.V. Freiburg im Breisgau, Lambertus, 1997

Häußermann, H.; Kapphan, A.; Förste, D.: Die Entwicklung der Verkehrszellen 2001-2006 im Bezirk Neukölln“. 2008

http://www.berlin.de/ba-neukoelln/derbezirk/neukoellner_gutachten.html

Heckhausen, H.: Fortschritte der Leistungsmotivationsforschung. In: H. Thoma (Hrsg.), Handbuch der Psychologie. Hogrefe, 1980.

Heckmann, W.: Therapeutische Gemeinschaften für Drogenabhängige. In: Heckmann, W. (Hrsg.), Vielleicht kommt es auf uns selber an: Therapeutische Gemeinschaften für Drogenabhängige. Fischer-Verlag, Frankfurt, 1980.

Heckmann, W.: Abstinence oder Maintenance? Warum es in Deutschland kein Methadon-Programm geben wird. In: Soziale Arbeit 1984; 33 (7) S. 336ff

Heide, M. (Hrsg.): Individualisierung der Suchtherapie. Bonner Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht, 1990.

Heidegger, M.: Konzeptqualität – Vernetzungsqualität. In: Standard und Intuition, Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe, Martin Beutel (Hrsg.). Neuland, 2003.

Heinz, W.: Verlaufstypen der Opiatsubstitution: Ihre Bedeutung für substitutionsunterstützte Psychotherapie und medizinische Rehabilitation. Thesenpapier zur akzept-Fachtagung am 2.12.2011 in Berlin

Hertz, M.I.; Endicott, J.: Day versus Inpatient Hospitalization. American Journal of Psychiatrie. 1971.

Hildebrand, A.; Bauer, C.; Sonntag, D.: Patienten mit opioidbezogenen Störungen: Analyse soziodemografischer und behandlungsbezogener Daten der Suchthilfestatistik 2007. In: SUCHT 2009, 55 (Sonderheft 1) S 43 – 51

Hinsch, R.; Pfingsten, U.: Gruppentraining sozialer Kompetenzen. Beltz, 1998.

Hoffmann-Markwald; Koch, U.: Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen aus Experten- und Versichertensicht. In: Müller-Fahrnow (Hrsg.), Medizinische Rehabilitation. Versorgungsstrukturen, Bedarf und Qualitätssicherung. Juventa, 1994.

Hönekopp, I.: Therapeutische Aspekte im Vordergrund. Die Bundesärztekammer hat ihre Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger überarbeitet. In: Konturen 2010; 2; 31 Jg. S. 28 - 31

Hüsgen, H.-A.: Über die Entwicklung der Substitution bei Opiatabhängigen in der medizinischen Rehabilitation. Suchttherapie 2009; 10; S. 180 - 185

ICF, Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. WHO 2005. www.dimdi.de

Indlekofer, W.: Mögliche Auswirkungen von Qualitätssicherungsprogrammen auf Behandlungssetting und Teamentwicklung. Vortrag auf der Jahrestagung des BUSS, 2010. <http://www.suchthilfe.de/veranstaltung/jt/2010/ag1indlekofer.pdf>

Jakobowski, C.: Erfahrungen mit der Methadon Substitution in Berlin. In: Götz, J. (Hrsg.), 1995.

Kardorff, E. v.: Soziale Netzwerke in der Rehabilitation und im Gesundheitswesen. In: Stegbauer, C.; Häußling, R (Hrsg.): Handbuch Netzwerkforschung. VS Verlag. 2010

Klaghöfer, R.; Brähler, E.: Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 2008, 49, S. 115 - 124

Klein, J.; Buchholz, A.; Lindenmeyer, J.; Rist, F.: Prädiktoren der funktionalen Gesundheit zu Beginn und Ende einer Alkoholentwöhnungsbehandlung. In: Suchttherapie 2011, 12, S. 29 - 34

Klingemann, H.: Wieviel Therapie braucht der Mensch? SUCHT 2009, 55, 2, S. 72–74

Klingemann, H.; Sobell, L. C. (Hrsg.): Promoting Self-Change from Addictive Behaviors. Practical Implikationen for Policy, Prevention, and Treatment. Springer, 2007.

Klug, A.; Bremer, R.; Kornblum, P.; Volmer, M.: Einführung in die Theorie der Sozialen Systeme. Abschlussbericht Seminar. 2003, Universität Hamburg

Köhler, J.: Konzeptqualität – Vernetzungsqualität. In: Standard und Intuition, Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe, Martin Beutel (Hrsg.). Neuland, 2003.

Köhler, J.: Mail vom 3.6.2010. Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation, Referat 0441 Grundsatzaufgaben der Sozialmedizin, R 6207, Ruhrstr. 2, 10704 Berlin

Köhler, J.; Schickentanz, B.: Substitutionsgestützte Rehabilitation Drogenabhängiger. Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress 2010, Köln

Körkel, J.: Der Rückfall des Suchtkranken. Berlin, Heidelberg 1988

Körkel, J.: Rückfälle Drogenabhängiger: Eine Übersicht. In: Ztschrft. Abhängigkeiten, 5. Jhg., 1999.

Körkel, J.: Selbstkontrollierter Substanzkonsum als Weg und Ziel von Suchtbehandlung. Vortrag auf dem 5. ADV-Fachtag am 14.9.2011. 2011a. www.adv-suchthilfe.de

Körkel J.: Selbstkontrolle des Substanzkonsums: Grundlagen, Programme, Befunde. Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress 2011b, Frankfurt, 28.09.2011. www.deutscher-suchtkongress.de

Körkel, J.; Kruse, G.: Mit dem Rückfall leben. Bonner Psychiatrie Verlag, 1993

Korsukewitz, C.: Evidenz und Qualität für die Rehabilitation: Die Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung. In: DRV-Bund (Hrsg.): Evidenzbasierte Rehabilitation. DRV Schriftenreihe, Bd. 77. S. 31f., 2008

Kruse, G.: Tagesklinik. In Göltz (Hrsg.): Moderne Suchtmedizin. Thieme, 1998.

Küfner, H.: Zur Diskussion der Evidenzbasierung der Suchttherapie. Leserbrief. Sucht, 2007, 53, 1. S. 57

Küfner, H.; Vogt, M.; Weiler, D.: Medizinische Rehabilitation und Methadon-Substitution. 1999

[Küfner, H.](#); [Buchholz, A.](#); [Lindenmeyer, J.](#); [Kraus, L.](#); [Rist, F.](#): [Änderungssensitivität und prognostische Validität der MATE Indizes](#). Sucht 2009, 55, 4, S. 243 - 251

Küfner, T.; Ridinger, M.: Psychosoziale Behandlung von Drogenabhängigen unter Substitution. Pabst, 2010

Kuhlmann, T.: Substitution während medizinischer Rehabilitation – Erfahrungen über Chancen, Grenzen und Herausforderungen. Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress 2011, Frankfurt, 29.09.2011. www.deutscher-suchtkongress.de

Kunstmann, W.; Aschenraden, C.v.; Hessenauer, F.: Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. Neue Richtlinien verabschiedet. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg 107, 11, 2010

Lambert, M. J.; Shapiro, D. A. & Bergin, A. E. (1986): The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Hg.): Handbook of Psychotherapy and Behavior change, New York (Wiley), S. 157 – 212. (3rd ed.).

Lange, W.; Reker, M.; Driessen, M.: Community Reinforcement Approach (CRA) – Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. In: Sucht 2008, 54, 1.

Lettieri, D. J.; Welz, R. (Hrsg.): Drogenabhängigkeit - Ursachen und Verlaufsform. Beltz, 1983.

Linden, M.; Baron, S.; Muschalla, B.: Mini-ICF-APP. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Huber, Bern, 2009.

Lindenmeyer, J.: Alkoholabhängigkeit. Hogrefe, 1999.

Lindenmeyer, J.: Perspektiven für Perspektivlose. In: FDR (Hrsg.), Rehabilitation Suchtkranker – Mehr als Psychotherapie. Neuland, 2001.

Lindenmeyer, J.: Individuelle vs. Manual gestützte Behandlung: Was sagt die Wissenschaft. In: DRV-Bund (Hrsg.): Evidenzbasierte Rehabilitation. DRV Schriften-Reihe, Bd. 77. S. 516f., 2008a

Lindenmeyer, J.: AMAZ – Zur Krise des sozialkognitiven Rückfallmodells. In: Sucht, 2008b, 54, 6, S.332 - 333

Lindenmeyer, J.: Belohnen als therapeutisches Prinzip: Eine methodenkritische Reflektion aus verhaltenstherapeutischer Perspektive. Vortrag auf dem ersten CRA-Kongress, Bielefeld, 17.-18.3.2011. http://www.cra-kongress.de/uploads/media/1_CRA_Kongress_-_Vortrag_-_Belohnen_als_therapeutisches_Prinzip.pdf

Lindenmeyer, J.: Das Prinzip der Resultatsverantwortung. Die Arbeit in Therapieeinrichtungen zwischen Selbstbestimmung und Qualitätskontrolle. Vortrag auf dem 5. ADV-Fachtag in Birkenwerder, 14.9.2011. http://www.adv-suchthilfe.de/fileadmin/ADV/Downloads_2010/ADV_intern/Fachtage/Prinzip%20der%20Resultatsverantwortung_Lindenmaier%20ADV%20Fachtag%2011.pdf

Lindow, B.; Kranzmann, A.; Klosterhuis, H.: Aktuelles zur Qualität der Sucht-Rehabilitation – wie groß sind die Einrichtungsunterschiede? In: Sucht-Aktuell, 2011, 18, 1, S. 6 - 14

Lubenow, B.: Leistungsmerkmale und Qualitätskriterien in der Zusammenarbeit zwischen Kliniken und BfA am Beispiel des Leitlinienprogramms. Vortrag auf den 10. Tübinger Suchttherapietagen vom 28. – 30.09.05

Lubenow, B.; Brückner, U.; Hagemann, M. und Baron, P.: Visitationen der BfA in Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation – Beschreibung, Weiterentwicklung und Ausblick. In: DANGVERS 5, S. 237 – 242, 2005.

Lüdecke, C.: Sucht und Traumafolgestörungen – Diagnostik und Behandlung. Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress 2011, Frankfurt, 29.09.2011. www.deutscher-suchtkongress.de

Mai, C.; Petersen, R.; Schwenk, W.; Bauer, A.: Therapeutisches Konzept für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Bredstedt, 2008

Mann, K.: Suchttherapie und Suchtforschung 2008. In: Sucht. 2007, 53, 1. S. 5 f

Mann, K.: Suchtforschung und Suchttherapie – eine Vision für 2020. In: Sucht. 2010, 56, 1, S. 9 - 10

Marlatt, G. A.: Cognitive factors in the relapse process. In: Marlatt & Gordon, Relapse Prevention. Guildford, 1985.

Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim. Beltz 1983

Mayring, P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz-Verlag. Weinheim und Basel. 5. überarbeitete Auflage, 2002

Meyers, R.A.; Smith, J.E.: CRA-Manual zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit. Psychiatrie-Verlag, 2007

Miller, W. R.; Rollnick, S.: Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Lambertus, 1999.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales von NRW (Hrsg.): Medikamentengestützte Rehabilitation i.v.-Opiatabhängiger. Katamnese. 1998.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (Hrsg.): Medikamentengestützte Rehabilitation bei i.v. Opiatabhängigen. Abschlussbericht über das wissenschaftliche Erprobungsvorhaben NRW. Prognos, 1993

Missel, P.; Schneider, B.; Bachmeier, R.; Funke, W.; Garbe, D.; Herder, F.; Kerstin, S.; Medenwaldt, J.; Schneider, B.; Verstege, R.; Weissinger, V.; Wüst, G.: Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2008 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. In: Sucht-Aktuell, 18, 1, 2011a, S. 15 - 26

Missel, P.; Schneider, B.; Bachmeier, R.; Brenner, R.; Finkelmeier, B.; Funke, W.; Garbe, D.; Herder, F.; Janner-Schraml, A.; Kerstin, S.; Klein, T.; Kramer, D.; Lange, N.; Löhnert, B.; Majewski, M.v.; Medenwaldt, J.; Obendieck, J.-H.; Schneider, B.; Schneider, P.; Steffen, D.; Steffen, R.; Verstege, R.; Weissinger, V.; Wüst, G.: Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2008 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. In: Sucht-Aktuell, 18, 1, 2011b, S. 27 – 33

Moreno, J. L. Die Grundlagen der Soziometrie. Wege zu Neuordnung der Gesellschaft, 1974, Nachdruck, 1996

Müller-Farnow (Hrsg.): Medizinische Rehabilitation. Versorgungsstrukturen, Bedarf und Qualitätssicherung. Juventa, 1994.

Müller-Farnow, W.; Spyra, K.; Stoll, S.; Ilchmann, U.; Kühner, S.: Suchtkrankenhilfe im Wandel. In: FDR (Hrsg.), Die Zukunft der Suchtbehandlung. Neuland, 2002.

Najavits, L.M.: Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmißbrauch. Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“. Hogrefe, 2009.

Oerter, R.; Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Urban und Schwarzenberg, 1987.

Petermann, F.: Leitlinien in der Rehabilitation – Chancen und Risiken. In: DRV-Bund (Hrsg.): Evidenzbasierte Rehabilitation. DRV Schriften-Reihe, Bd. 77. S. 26 - 29, 2008

Pertersen, J.: Persönliches Gespräch in den Fachkliniken Nordfriesland gGmbH, Bredstedt, am 18.06.2010

Petzold, H.: Drogentherapie. Modelle, Methoden, Erfahrungen. Paderborn, 1974.

Petzold, H.: Drogentherapie heißt Karrierebegleitung. In: Therapeutische Gemeinschaft Völkse (Hrsg.), TKN-Seminar, Tonbandprotokoll geschrieben von Mertineit, H.W., Grote, D., 1989

Pfeiffer-Gerschel, T.; Steppan, M.;Hildebrand, A.; Wegmann, L.: Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. In: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (DHS), (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2010. Neuland, 2010.

Poy, F.: Lebenszufriedenheit, soziale Unterstützung, psychische Belastung und Zurückweisungsempfindlichkeit bei Drogenabhängigen in stationären Entwöhnungsbehandlungen. Diplomarbeit am Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie. Frei Universität Berlin, 2010.

Prochaska, J. O.; DiClemente, C. C.: Toward a comprehensive model of change. In: W.R. Miller & N. Heather (Hrsg.), Treating addictive behaviors. Plenum, 1986.

Quinten, C. u.a. (Hrsg.): Ressourcenorientierung in der Psychotherapie. Schriftenreihe Fachverband Sucht. Neuland, 1994.

Radam, M.: Erfahrungen mit der substitutionsgestützten Entwöhnungsbehandlung in der Fachklinik „Klinik am Kronsberg“ der STEP gGmbH. Telefoninterview vom 18.08.2011

Raschke, P.; Schliehe, F.: Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten. Langzeitstudie am Beispiel des Hammer Modell, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, NRW 1985.

Raschke, P.; Verthein, U.; Kalke, U.: Ambulante Abstinenztherapie mit Drogenabhängigen. Lambertus, 1996.

Rehm, J.; van den Brink, W.: 15 Jahre Forschung zu ärztlich verschriebenem Heroin. Wie passen die Ergebnisse des deutschen Heroinversuchs in das Puzzle der schweizerischen und niederländischen Ergebnisse. In: Sucht 53, 5, 2007, S. 262-264

Reker, M.: Community Reinforcement Approach. Positiv verstärkende Interventionen im sozialen Umfeld. Eine neue Perspektive für die (Sucht-)Behandlung ? Vortrag im Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam am 21. April 2010

Remmert, C.: Wirkungsforschung in der Musiktherapie. In: Musik-, Tanz- und Kunsttherapie, Zeitschrift für künstlerische Therapie, 3, 1992

Remmert, C.: „Abstinenzorientierte Therapie mit substituierten Patienten. Ein Plädoyer für die sinnvolle Verknüpfung zweier etablierter Behandlungsformen“ in: Sucht, 46, 2000

Remmert, C.: Teilstationäre Rehabilitationsbehandlung in der F42. Konzept. 2003. ADV gGmbH, Fachklinik F42, Flughafenstr. 42, 12053 Berlin

Remmert, C.: „Migranten in der Rehabilitation – Chance oder Belastung? Der interkulturelle Ansatz in der Rehabilitation“ in: DRV-Bund (Hrsg.), Schriften Bd. 77, 2008a

Remmert, C. „Prädikatoren für einen erfolgreichen Therapieabschluss“ in: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. 40. Jg., 4, 2008b

Remmert, C., Reichert, S.: Modulares Behandlungskonzept für abhängigkeiterkrankte Menschen der ADV gGmbH. 2010. ADV gGmbH, Perlebergerstr. 27, 10559 Berlin

Remmert, C.: Fachklinik F42. Stationäre Langzeittherapie. Konzept. 2010. ADV gGmbH, Perlebergerstr. 27, 10559 Berlin

Remmert, C.: Fachklinik F42. Adaption. Konzept. 2010. ADV gGmbH, Perlebergerstr. 27, 10559 Berlin

Rönnau, J.; Rehwald, T.: „Anti-Gewalt-Training in der stationären Entwöhnungsbehandlung.“ Vortrag auf den 15. Hamburger Suchttherapietagen, 2010

Rogmann, R.; Lüdtke, G.-B.: Ergebnisse einer 18-Monats-Katamnese der LVA Berlin über stationäre Entwöhnungsbehandlungen. In: Sucht 37, S. 37 – 42, 1991.

Rumpf, H.-J.: Die deutsche Suchthilfestatistik 2004 – Qualitätsziele und Versorgungsmängel. In: Sucht 51, Sonderheft 2, S. 4 –5, 2005.

Rumpf, H.-J.; Bischof, G.; Meyer, C.; Hapke, U. u. John, U.: Remission ohne formelle Hilfe bei Alkoholabhängigkeit: Der Stand der Forschung. Sucht, 2009, 55, 2, S. 104 – 110

Schallenberg, H.: Strukturelle Voraussetzungen für teilstationäre Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung. Vortrag auf den „Hamburger Suchttherapietagen, 13. – 16. Juni 2000.

Schallenberg, H.; Lindow, B.: Kombinationsbehandlung/modulare Therapien und arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation. In: FDR (Hrsg.): Die Zukunft der Suchtbehandlung. Neuland, 2002.

Schaller, S.: Kampf dem Alkohol : weibliches Selbstverständnis und Engagement in der deutschen alkoholgegnerrischen Bewegung (1883 - 1933). fwpf, Fördergemeinschaft wissenschaftlicher Publikationen von Frauen, Freiburg, 2009

Scheerer, S.S.: Therapie als Strafe. Alternative Formen der Suchttherapie. Unveröffentl. Diplomarbeit Universität Münster, FB09. Münster 1979

Schell, R.; Hill, P. B.; Esser, E.: Methoden der empirischen Sozialforschung. Oldenbourg Verlag, München Wien. 2008

Scherbaum, N.: Der aktuelle Wissensstand zur Psychotherapie bei Substituierten. Vortrag auf der akzept-Fachtagung am 2.12.2011 in Berlin

Schickentanz, B.: Stationäre Rehabilitatin substituierte Drogenabhängiger in einem integrierten Konzept. Ergebnisse aus Dokumentation und Evaluation der Kliniken Wied. Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress 2011, Frankfurt, 29.09.2011. www.deutscher-suchtkongress.de

Schinner, D.: Persönliches Gespräch in Berlin am 30.6.2010

Schinner, D.: Unterschiedliche Konzepte in der Rehabilitation Opiatabhängiger. Vortrag beim Arbeitskreis methadonsubstituierender Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin am 30.6.2010

Schlitt, R.: Diamorphin-Substitution. KV-Vorstand und Senat suchen nach einer Versorgungslösung. In: KV-Blatt Berlin, Mitteilungen der kassenärztlichen Vereinigung Berlin. 2, 58 Jg., 2011

Schmidt, G.: Geleitwort. In: Angermeier, 1994.

Schnegg, M.: Die Wurzeln der Netzwerkforschung. In: Stegbauer, C.; Häußling, R (Hrsg.): Handbuch Netzwerkforschung. VS Verlag. 2010

Schneider, B.; Knuth, S.; Bachmeier, R.; Beyer, S.; Deichler, M.-L.; Funke, W.; Garbe, D.; Herder, F.; Kerstin, S.; Klitscher, B.; Kruttschnitt, A.; Medenwaldt, J.; Missel, P.; Laaß, T.; Rilk, P.; Schneider, B.; Trösken, A.; Verstege, R.; Weissinger, V.; Wüst, G.: Effektivität der Ganztägig Ambulanten Suchtrehabilitation – Fachverband Sucht-Katamnese des Entlassjahrgangs 2008 aus Einrichtungen Alkohol- und Medikamentenabhängiger. In: Sucht-Aktuell, 18, 1, 2011, S. 34 - 41

Schröder, W.: Integrierte Behandlung von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen. In FDR (Hrsg.): Die Zukunft der Suchtbehandlung. Neuland, 2002.

Schuch, M.; Claussen, U.; Kunz, D.: Psychosoziale Belastungsfaktoren und Therapieabbruch bei jugendlichen und erwachsenen Drogenabhängigen. In: FDR (Hrsg.), Die Zukunft der Suchtbehandlung. Neuland, 2002.

Schu, M.; Schmid, M.: Motivational Case Management (MOCA): Paradigmenwechsel in der Drogenhilfe? In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 38, S. 77 – 94, 2006.

Schuhmacher, B.: Fachklinik Wendepunkt. Stationäre Entwöhnungsbehandlung für Abhängigkeitskranke von illegalen Drogen. Konzept 2004. Drogenhilfe Köln gGmbH. wendepunkt@drogenhilfe-koeln.de

Schuntermann, M.: Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In: Deutsche Rentenversicherung I-II/2003, S. 52 – 59.

Schuntermann, M.: Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen. Dritte Auflage. Ecomed-medizin, 2009.

Schuntermann, M.: Die Bedeutung der ICF für das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem. In: Suchttherapie. S. 8 – 13, 12, 2011

Senge, P. M.: Die fünfte Disziplin. Kunst und Praxis der lernenden Organisation. Stuttgart, Klett-Cotta. 4. Auflage, 1997

Seubert, W.: Zur symbolischen und politischen Funktion des Drogenkonsums. Dissertation, TU-Berlin, 2005

Silbereisen, R.K.; Kastner, R.: Jugend und Problemverhalten. In : Oerter, R. Montada, C. (Hrsg), 1987.

Sobell, L.: The Phenomenon of Self-Change: Overview und Key Issues. In: Klingemann, H.; Sobell, L. C. (Hrsg.), 2007.

Sobell, L.: Suchtverhalten ohne professionelle Hilfe überwinden. Interview in: Suchttherapie 10, 4, 2009, S. 150f.

Sonntag, D.; Welsch, K.; Bauer, C.: Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. In: Jahrbuch Sucht 2006, Neuland, 2006.

Specka, M.; Scherbaum, N.: Die Psychotherapie Drogenabhängiger in der Substitutionsbehandlung. In: Sucht, 57, 5, 2011, S. 347 – 352

Springer Alfred: Heroinmythologie und Heroinkontrolle: zur Sozialgeschichte einer Beziehung. In: Böker Wolfgang, Nelles Joachim: Drogenpolitik wohin? Bern, Stuttgart, Wien 1992

Stachowske, R.: Mehrgenerationentherapie und Genogramme in der Drogenhilfe. Drogenabhängigkeit und Familiengeschichte. Kröning, Heidelberg, 2002

Stachowske, R.: Sucht und Drogen im ICF-Modell. Asanger, Kröning 2008

Stadler, M.; Kruse, P.; Strüber, D.: Struktur und Bedeutung in kognitiven Systemen. In: Schiepek, G.; Tschacher (Hrsg.): Selbstorganisation in Psychologie und Psychiatrie. Braunschweig. Vieweg. 1997

Stähler, T.P.: Zukünftige Herausforderungen in der beruflichen Wiedereingliederung aus Sicht der Rentenversicherungsträger. In: FDR (Hrsg.), Die Zukunft der Suchtbehandlung. Neuland, 2002

Staebler, K. E.; Helbing, E.; Rosenbach, C.; Renneberg, B.: Rejection sensitivity and Borderline Personality Disorder. Published online in Wiley InterScience (www.Interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/ccp.705

Stark, W.: Vortrag auf dem fdr-Kongress 2007
http://www.gesundheitberlin.de/download/Stark_W..pdf

Stegbauer, C.; Häußling, R (Hrsg.): Handbuch Netzwerkforschung. VS Verlag. 2010

Stimmer, F. (Hrsg.): Suchtlexikon. München, Wien. 2000

Stöver, H.: Mann, Rausch, Sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 38, S. 63 – 76, 2006

Stöver, H.; Gerlach, R.: Geschichte und aktuelle Problembereiche der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. Vom Glaubenskrieg zur Standardtherapie. Konturen, 2010; 2; 31. Jg.; S. 8 – 13

Stöver, H.; Schäffer, D.; Backmund, M.: Ursachen des nichtbestimmungsgemäßen Konsums von Substitutionsmitteln. Pressemitteilung. Akzept e.V, 2011

Stracke, R.: Vom Zerlegen einer therapeutischen Gemeinschaft – Auswirkungen der Qualitätssicherungsprogramme auf Team und Setting. Vortrag auf der Jahrestagung des BUSS, 2010
http://www.suchthilfe.de/veranstaltung/jt/2010/stracke_therapeutische_gemeinschaft_jt2010.pdf

Stubenvoll, M.; Schulze, C.; Schäfer, I.: Sicherheit finden – Ein Therapieprogramm für Posttraumatische Störungen und Substanzmissbrauch. Seminar auf den 16. Hamburger Suchttherapietagen. 2011

Sydow, K. v.: Evidenzbasierte Psychotherapie. Fortschritte oder Einengung in der therapeutischen Praxis mit (Sucht-)Klienten? Über Abgründe und Brücken zwischen empirischer Therapieforschung und therapeutischer Alltagspraxis. 10. Salonrunde im Therapieladen, Berlin, 6.5.2011

Sylvester, E.: Stationäre medizinische Rehabilitation mit Substituierten. Vortrag auf der akzept-Fachtagung am 2.12.2011 in Berlin.

Thielen, M.: Bündnis für Gesundheit: Position zu Leitlinien in der Psychotherapie. Internes Papier des „Bündnis für psychische Gesundheit“ in der Psychotherapeutenkammer Berlin. 2008

Tölle, R.: Psychiatrie. Springer Verlag, 1988.

Tossmann, H. P.: Konsum von Cannabis, Ecstasy und Amphetaminen – Gibt es einen suchtspezifischen Hilfebedarf? In: Sucht, 2004, 50, 3, S. 164-171

Tretter, F.: Stellungnahme zum Artikel von H. Elsner, Bochum, „Disziplinarische Beendigung einer ambulanten Methadonsubstitution...“. In: Sucht, 2008, 54, 4, S. 234ff

Tretter, F.: Kommentar zum Editorial von J. Lindenmeyer „AMAZ – Zur Krise des sozialkognitiven Rückfallmodells“ In: Sucht, 2009, 55,1, S. 57 - 58

Uchtenhagen, A.: Was meint „good practice“ in der Suchtarbeit? In: Suchttherapie 2008, 9, 2, S. 49 – 54

Ullmann, R.: Behandlung von Drogenabhängigen in der Allgemeinpraxis. In: Gerlach, R.; Stöver, H. (Hrsg.): 20 Jahre Substitution in Deutschland – eine Zwischenbilanz und Aufgabenstellung für die Zukunft. Lambertus, 2005.

Ullmann, R.: Die Verfolgung und Verurteilung des Arztes Malte F aus Uelzen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz im Rahmen der Substitutionsbehandlung, dargestellt vom Landgericht Lüneburg unter tätiger Mithilfe des beim MDK angestellten Kardiologen Dr. Schwartau. http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/dgs-info_extra_20110527/Abschlussbericht_F_Uelzen-Lu_776_neburg_2011.pdf

Ullrich de Muynck, R.; Ullrich, R.: Das Assertive Training Programm. Pfeiffer, 1993.

Ulmer, A.: Die Dihydrocodein-Substitution. Thieme. Stuttgart/New York 1997

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Aktiv Gesundheit fördern. Schattauer, 2000.

Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger. Anlage 4: Zielvorstellungen und Entscheidungshilfe für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei übergangsweisem Einsatzes eines Substitutionsmittels, 2001. http://www.berlin.de/sen/soziales/berliner-sozialrecht/land/sonstige/vereinbarung_abhaengigkeitserkrankungen.html

Vertheim, U.; Reimer, J.; Ullmann, R.; Haasen, C.: Psychische Befindlichkeit in der Substitutionsbehandlung mit Levomethadon und d,l-Methadon – eine doppel-blinde randomisierte Corss-over-Studie. Sucht. 2007, 53, 1.

Vogel, M.; Petitjean, S.; Borgwardt, S.; Wiebeck, G. A.; Walter, M.: Therapie der Opioidabhängigkeit – ein Update. Schweizerisches Archiv für Neurologie und Psychiatrie. 2010, 161, 1, S. 5 - 13

Vogt, I.: Zum Schicksal von Manualen. Vortrag auf dem 2. Berliner Fachtag zur Psychosozialen Betreuung von opiatabhängigen Menschen in medizinischer Behandlung (Substitutionsbehandlung) 11.06.2010

Vogt, I.: Alter und Alkohol, Zigaretten, Cannabisprodukte und andere illegale Drogen: Herauswachsen aus der Sucht, Weitermachen wie gewohnt oder Hineinwachsen in die Sucht? Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, 42. Jg., 3, 2010, S. 593 - 609

Vollmer, H. C.; Ferstl, R.; Leitner A.: Der Rückfallprozess bei Drogenabhängigen aus lerntheoretischer Sicht. In: Watzl, H.; Cohen, R. (Hrsg.), 1989.

Vollmer, K.: 25 Jahre Fachklinik Wendepunkt. Diskussionsforum „Erfolgreiche stationäre Behandlung unter Substitution“. 18.10.2007. Fachklinik Wendepunkt, Drogenhilfe Köln gGmbH

Vollmer, K.: Persönliches Gespräch auf dem fdr-Kongress 2011, 1.6.2011

Wagner, H.B.; Krausz, M.; Schwoon, D.R. (Hrsg.): Tagesklinik für Suchtkranke. Lambertus, 1996.

Wampold, B. E.: The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates. 2001

Watzl, H.; Cohen, R. (Hrsg.): Rückfall und Rückfallprophylaxe. Springer Verlag, 1989.

Weber, B.; Schroeder-Printzen, J.: Substitution und Recht. Ein rechtlicher Leitfaden für die substitutionsgestützte Behandlung in Deutschland. Ecomed MEDIZIN, 2009

Welzer, H.: „Das ganze Leben ist eine Erfindung“, in: Die Zeit, Nr. 13 (2004)

Wendt, W.R.: Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Lambertus, 1997

Wessel, T.: Inklusion, Teilhabe, ICF, Nutzerorientierung. Perspektiven der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe. Vortrag auf dem ADV-Tag, Berlin, 22.09.2011

West, G.S.; Wiklund, R. A.: Einführung in sozialtherapeutisches Denken. Beltz, 1985

Weymann, N.; Baldus, C.; Miranda, A.; More, K.; Reis, O.; Thomasius, R.: Trainereffekte in einem Gruppentraining für junge Cannabiskonsumenten. Ergebnisse der Multicenterstudie „CAN Stop“. *SUCHT*, 57, 3, 2011, S. 193 – 202

WHO, World Health Organization: The Groningen Social Disabilities Schedule. University of Groningen. Departement of Social Psychiatry. 1987

WHO, World Health Organization (Hrsg.): Internationale Klassifikation der der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). WHO, Genf, 2005

Wiegand, G.: Rehabilitation. In: Stimmer, F. (Hrsg.): Suchtlexikon, S. 495ff. München, Wien 2000

Wiegand, G.: Persönliches Gespräch auf dem fdr-Kongress. Berlin, 31.5.2011a

Wiegand, G.: Medizinische Rehabilitation mit Substituierten - innovative Modelle - Sicht der Kostenträger. Vortrag auf der akzept-Fachtagung am 2.12.2011 in Berlin. 2011b

Wittchen, H.-U.; Apelt, S. M.; Mühlig, S.: Die Versorgungslage der Substitutionstherapie. In: Gerlach, R.; Stöver, H. (Hrsg.): Vom Tabu zur Normalität. Lambertus 2005

Wittchen, H.-U.; Träder, A.; Landsmann, T.; Mark, K.; Luderer, S.; Siegert, J.: Ergebnisse und Folgerungen der Deutschlandweiten COBRA-Studie von 2.694 Patienten. *Suchtmedizin*, 10(2), S. 105-106. 2008

Wittchen, H.-U., Bühringer, G., Rehm, J.: Langfristige Substitution Opiatabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcomes (PREMOS)
http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Illegale_Drogen/Heroin_andere/Downloads/Abschlussbericht_PREMOS.pdf 2011

Wöbcke, M.: Rauschmittelmissbrauch: Prävention und Therapie. Kösel Verlag, 1977

www.suchthilfe.de: Geprüfte Weiterbildungen im Sinne der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04. Mai 2001, Stand: April 2007
http://www.suchthilfe.de/basis/anerkannte_weiterbildung4-2007.pdf

Yablonsky, L.: Die therapeutische Gemeinschaft: Ein erfolgreicher Weg aus der Drogenabhängigkeit. Beltz, 1990

Young, J.E.; Klosko, J.S.: Sein Leben neu erfinden. Jungfermann, 2008

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E.: Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Junfermann 2005

Yalom, I.-D.: Theorie und Praxis in Gruppenpsychotherapie - Ein Lehrbuch. Pfeiffer, 1989

Zimmer, D.: Überlegungen zu einem Modell der Therapeut - Klient – Beziehung. In: Zimmer, D., (Hrsg.): Die therapeutische Beziehung. edition Psychologie, 1983

Zurhold, H.; Degkwitz, P.; Martens, M.: Lebenslagen von älteren Drogenabhängigen in Hamburg. Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, 42 Jg., 3, 2010, S. 637 - 646

13 Abkürzungsverzeichnis

AvD:	Arzt vom Dienst
ADV:	Bis 2003 Anti-Drogen-Verein e. V. , danach ADV gGmbH.
Anlage 4:	s. Begriffsverzeichnis
AT:	Arbeitstherapie
BAR:	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation
BetrVG:	Betriebsverfassungsgesetz
BfA:	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Rentenversicherung
Briese:	Fachklinik Briese der ADV gGmbH
BSGE:	Bundessozialgericht-Entscheidung
BtmG:	Betäubungsmittelgesetz
CRA:	Community Reinforcement Approach
DIN ISO 9001:	S. Begriffsverzeichnis
DGSS:	Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie
DRV:	Deutsche Rentenversicherung
DRV-Bund:	Deutsche Rentenversicherung Bund, früher BfA
DRV-Land:	Deutsche Rentenversicherung, regionaler Träger, früher LVA
DSM IV:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
F42:	Fachklinik F42 (Flughafenstr. 42) der ADV gGmbH
HCV:	Hepatitis C Infektion
ICD 10:	Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF:	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ICIDH:	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
Lenne´:	Fachklinik Lenne´ in Berlin, Lenne´ gGmbH
LVA:	Landesversicherungsanstalt, Rentenversicherung für Arbeiter
LSD:	Lysergsäurediethylamid
KTL:	Klassifikation therapeutischer Leistungen
KÜ:	Kostenübernahme für die Entwöhnungsbehandlung
MAE:	Mehraufwanderstattung für durch das JobCenter vermittelte Tätigkeiten („Ein-Euro-Jobs“)
Mehta:	Methadon [®]
Mini-ICF-APP:	Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen
NRW:	Nordrhein-Westfalen
PSB:	Psychosoziale Betreuung
RCT-Studie:	(englisch: randomized controlled trial) randomisierte kontrollierte Studie
RPK:	Rehabilitation psychisch Kranker.
SD:	standard deviation, dtsh.: Standardabweichung
SGB V:	Sozialgesetzbuch fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI:	Sozialgesetzbuch sechstes Buch. Gesetzliche Rentenversicherung.
SGB IX:	Sozialgesetzbuch neuntes Buch. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB XII:	Sozialgesetzbuch zwölftes Buch. Sozialhilfe
TG:	Therapiegruppe, im allgemeinen ist die Bezugsgruppe gemeint
THC:	Tetrahydrocannabinol. Wirkstoff des Cannabis, Haschisch, Marihuana
VV:	Vollversammlung der Patienten in der Fachklinik
WHO:	Weltgesundheitsorganisation

14 Begriffsverzeichnis:

§§ 35/36 BtmG: Die Paragraphen 35 und 36 des Betäubungsmittelgesetzes regeln die Zurückstellung der Strafvollstreckung zu Gunsten einer Behandlung und die Anrechnung der Therapiezeit auf Freiheitsstrafen. Auch als „Therapie statt Strafe“ bezeichnet.

35er: → §§ 35/36 BtmG.

Abstinenzparadigma: Unter Abstinenzparadigma versteht man in der deutschen Drogendiskussion die Ausrichtung aller Bemühungen auf völlige Abstinenz von Drogen und i. d. R. auch Alkohol, seltener auch von allen Medikamenten, Coffein, Nikotin und weiteren → psychotropen Substanzen. Die Abstinenz wird dabei sowohl als Ziel vorgegeben, als auch als einzig möglicher Weg zur Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit angenommen.

Abstinenztherapie: Häufig als Synonym für die Entwöhnungsbehandlung gebraucht.

Amphetamine: Synthetische Substanz mit stimulierender Wirkung. Viele Derivate mit jeweils leicht unterschiedlicher Wirkung und Anwendung. Illegal gehandelt als „Speed“.

Anlage 4: In der Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungssträger sind in der „Anlage 4: Zielvorstellungen und Entscheidungshilfe für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei übergangsweisem Einsatzes eines Substitutionsmittels“ die Bedingungen festgehalten, unter denen eine übergangsweise Substitution in einer Rehabilitationsklinik möglich ist.

Antidepressiva: Antidepressiva sind eine große Gruppe Psychopharmaka mit ganz unterschiedlichen Wirkstoffen, die häufig in der Entzugsbehandlung neben Substituten eingesetzt werden. Viele Abhängigkeitskranke weisen auch eine depressive Symptomatik auf, so dass auch später oft die antidepressive Medikation fortgesetzt wird.

Beigebrauch: Einnahme von Drogen oder Alkohol und nicht verordneten Medikamenten während einer Substitutionstherapie.

Benzodiazepine: Große Gruppe von vor allem beruhigend wirkenden Medikamenten (Tranquilizern) mit z. T. erheblichem Suchtpotential.

Bezugsgruppe: Therapiegruppe, die durchgehend während der Behandlungszeit besucht wird, in der hier untersuchten Fachklinik in der Regel dreimal wöchentlich.

Buprenorphin: Buprenorphin wird halbsynthetisch aus einem Opium-Alkaloid gewonnen und gehört zu den → Opioiden. Wird unter dem Namen → Subutex[®] in der → Substitutionsbehandlung eingesetzt.

Clean: Jargon für „Abstinent“, wobei häufig unklar ist, auf welche Substanzen genau sich die individuelle Definition von „clean“ bezieht.

Cleaner Rahmen: Umgangssprachlicher Begriff. Während der Behandlung in der Fachklinik ist der den Konsum und Besitz von Drogen und Alkohol verboten. Auch Besucher dürfen die

Fachklinik nur → clean betreten. Der Kontakt zu Drogenkonsumenten und substituierten Menschen ist in den Patienten in den meisten Fachkliniken untersagt.

DIN ISO 9001: Die DIN (Deutsche Industrie Norm) EN ISO 9001 ist die Kernnorm im Qualitätsmanagement (QM). Qualitätssicherungssysteme sind inzwischen verpflichtender Standard für alle Fachkliniken, die von der DRV oder den Krankenkassen belegt werden. Dabei werden alle relevanten Kernprozesse der Behandlung (Aufnahmeverfahren, Umgang mit Notfällen, Therapiedurchführung etc.) detailliert beschrieben und Verfahren festgelegt, wie mit Abweichungen und Fehlern umgegangen werden soll.

Drogenabhängige: Umgangssprachlicher Begriff für Patienten, die an Störungen leiden, die nach ICD 10 unter F11 bis F16, F 18 oder F19 klassifiziert werden und die an einem Abhängigkeitssyndrom leiden. → Drogenabhängigkeit

Drogenabhängigkeit: Im ICD 10 wird das Abhängigkeitssyndrom als Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene bezeichnet, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen, früher wichtigeren Verhaltensweisen (Arbeit, Beziehungs- und Gesundheitspflege etc.). Typische Merkmale der Drogenabhängigkeit sind der starke Wunsch oder Zwang, die Substanzen zu konsumieren, eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge, Konsum zur Vermeidung von Entzugssymptomen, ein Entzugssyndrom, eine Toleranzentwicklung, d. h. eine zunehmende Dosissteigerung ist notwendig, um die gewünschte Wirkung zu erzeugen, Vernachlässigung anderer Interessen und ein eingeschränktes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz sowie die Fortsetzung des Konsums trotz erheblicher Nachteile. Mindestens drei der genannten Merkmale sollten im letzten Jahr erfüllt sein, um von einem Abhängigkeitssyndrom zu sprechen.

Oft wird Abhängigkeit umgangssprachlich weiter verwendet, z. T. aber auch enger, zum Beispiel durch Beschränkung auf Opioidabhängige, obwohl allgemeiner von Drogenabhängigen gesprochen wird. Patienten nehmen Abhängigkeiten von Substanzen, die keine oder nur wenig körperliche Abhängigkeit erzeugen, nicht unbedingt als solche wahr.

Hier wird Drogenabhängigkeit gemäß der ICD 10 definiert. Wenn einzelne Abhängigkeiten (z.B. von Kokain, ICD 10, F 14.2, oder Cannabinoiden, ICD 10, F12.2) gemeint sind, werden sie entsprechend benannt.

Entaktogene: Psychoaktive Substanzen, unter deren Einfluss die eigenen Emotionen intensiver wahrgenommen werden. „Extasy“ und GHB (Gammahydroxybuttersäure) zählen beispielsweise dazu.

Entzug: Oft auch als Entgiftung bezeichnet. Wird in der Regel im Krankenhaus, seltener ambulant, durchgeführt und häufig medikamentös unterstützt, z. B. mit Substituten oder Psychopharmaka. Zuständiger Leistungsträger ist die Krankenkasse. Häufiger wird heute bei Opioidabhängigen ein sogenannter „warmer Entzug“ durchgeführt, bei dem die Entzugssymptomatik medikamentös, z. B. durch Methadon, gedämpft wird. → Kalter Entzug

Entwöhnungsbehandlung: Bei Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und/oder Drogen kann eine Entwöhnungsbehandlung als ambulante oder stationäre Rehabilitation gewährt werden. Die stationäre Entwöhnungsbehandlung ist eine langfristig angelegte Behandlung und findet in Fachkliniken für Suchtkranke statt. Die Entwöhnungsbehandlung zählt zur Medizinischen Rehabilitation und wird i. d. R. von der Rentenversicherung übernommen. Sie dauert bei Drogenabhängigen bis zu sechs Monate.

Ex-User: Abstinenter lebender Drogenabhängiger, der in dieser Funktion in einer therapeutischen Gemeinschaft oder Fachklinik pädagogisch oder therapeutisch tätig ist.

Fachklinik: Stationäre Rehabilitationseinrichtung, die den Standards der Rentenversicherung in Bezug auf Struktur- und Prozessqualität genügt. Dies umfasst insbesondere die Zertifizierung nach → DIN ISO 9001 oder den entsprechenden Kriterien der BAR, ein wissenschaftlich fundiertes Konzept und die Einhaltung räumlicher und personeller Vorgaben.

Fünf-Punkte-Qualitätssicherungsprogramm: Ein Programm der Deutschen Rentenversicherung, die einheitliche und operationalisierbare Qualitätsstandards definiert. Diese beziehen sich vor allem auf die im Rahmen des → Peer-Review-Verfahrens geprüfte Qualität der Abschlussberichte, der Zeit zwischen Behandlungsende und Berichtserstellung, die Häufigkeit von Beschwerden in Bezug auf eine Klinik und die Einhaltung von Vorgaben der Struktur- und Prozessqualität.

Funktionale Gesundheit: Eine Person ist nach der ICF als funktional gesund anzusehen, wenn ihre körperlichen Funktionen einer allgemein anerkannten Norm entsprechen, wenn sie alles tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme erwartet wird und sie zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat und sich in diesen Lebensbereichen entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen und Aktivitäten erwartet wird.

Haltequote: Bezeichnet den Anteil der Patienten, der in einer Behandlung verbleibt. In aller Regel wird eine hohe Haltequote angestrebt.

Harm-reduction: Schadensminderung. Inzwischen das anerkannte Hauptziel der → Substitutionsbehandlung, da sich das ursprüngliche Ziel der Abstinenz in der Regel nicht erreichen lässt.

Heroin: Halbsynthetisches Opioid, das intravenös nach Auflösung z. B. in Säure gespritzt wird („drücken“, „ballern“), als feines Pulver durch die Nase aufgenommen wird („sniefen“) oder verdampft und eingeatmet wird („Folie rauchen, Blech rauchen“).

Kalter Entzug: Körperlicher Entzug ohne medikamentöse Unterstützung und Dämpfung der Entzugssymptomatik

Katamnesestandard: Die DGSS (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie) hat Standards definiert, nach denen die Katamnesen der Therapien bewertet werden. Unterschieden werden vier Stufen, die vor allem die Nicht-Antworten bei Nachuntersuchungen unterschiedlich gewichten.

Komorbidität: Damit ist das gleichzeitige Leiden an mehreren, schweren Erkrankungen gemeint, z. B. einer Abhängigkeitserkrankung und einer Hepatitis oder Psychose.

Leistungsträger: Der federführende Leistungsträger ist für eine Fachklinik in der Regel die örtliche DRV (für die Fachklinik F42 also die DRV Berlin-Brandenburg) oder die DRV Bund. Der Leistungsträger überwacht die Einhaltung der Standards und ist zuständig für die Vereinbarung von Tagessätzen, die dann von den anderen Leistungsträgern (andere Rentenversicherungsträger, Krankenversicherungen, Knappschaft, Privatkassen etc.) ohne weitere Prüfung übernommen werden.

Lysergsäurediethylamid: (LSD) Halluzinogen wirkende Droge.

Maya: → Spice.

Methadon: Methadon ist ein vollsynthetisch hergestelltes Opioid, das als Heroinersatzstoff das am häufigsten verwendete Substitut in der Substitutionstherapie ist.

Opiatabhängige: Eigentlich Opioidabhängige, da neben Heroin und anderen Opiaten (das sind bestimmte Alkaloide des Opiums) auch → Opioide abhängig konsumiert werden können.

Opioide: Opioide bezeichnet Stoffe, die morphinartige Eigenschaften aufweisen und an Opioidrezeptoren wirksam sind. Neben natürlichen Substanzen können dies auch halbsynthetische (→ Heroin) und vollsynthetische Mittel (z. B. Tilidin[®]) sein.

Ordnung: Eine Ordnung bezeichnet ein System, das aus bestimmten Elementen besteht, die durch gemeinsamen Regeln und Prinzipien verknüpft sind.

Originalstoffvergabe: Substitutionstherapie mit Diamorphen (→ Heroin).

Peer-Review-Verfahren: Geschulte Prüfer der Deutschen Rentenversicherung, im allgemeinen Leitende Ärzte der von der DRV belegten Fachkliniken, beurteilen anhand eines Leitfadens die Qualität anonymisierter Abschlussberichte anderer Fachkliniken.

Polamidon[®]: Eine Form des → Methadons

Psychosoziale Betreuung: Begleitende, früher verbindliche, aber inzwischen nur von einem Teil der Patienten wahrgenommene, sozialarbeiterische, ambulante Betreuung mit dem Ziel, substituierte Menschen bei der Bewältigung des Alltags und der Integration in soziale Bezüge und Arbeit zu unterstützen. → Substitutionsbehandlung

Psychotrope Substanzen: Eine psychotrope Substanz ist ein die Psyche des Menschen beeinflussender Stoff.

Rehabilitation: Ein Sammelbegriff für verschiedene (medizinische, berufliche und juristische) Bemühungen, einen Menschen in einen verlorenen Vorzustand zurück zuversetzen. Die medizinische Rehabilitation, die hier gemeint ist, versucht, die körperlichen, psychischen und sozialen Folgen einer Behinderung bzw. Aktivitätseinschränkung zu minimieren. Näheres regelt das SGB IX.

Spice: Unter diesem Begriff und anderen Begriffen (z. B. Maya, Räucherwerk etc.) werden Drogen verkauft, die unterschiedliche künstliche Cannabinoide enthalten. Zum Teil sind die Wirkstoffe nicht durch das BtmG erfasst und damit legal handelbar. Der Konsum birgt verschiedene, wenig erforscht Risiken (Psychosen, kognitive Störungen). Die Wirkstoffe binden an Cannabinoid-Rezeptoren an und sind häufig wesentlich potenter. Der Nachweis im Blut oder Urin ist aufwendig und nicht von allen Laboren leistbar.

Standardabweichung: Die Standardabweichung ist ein Begriff der Statistik und ein Maß für die Streuung der Werte einer Zufallsvariablen um ihren Mittelwert.

Startergruppe: Psychoedukative Gruppe in der hier untersuchten Klinik für Patienten in den ersten vier Therapiewochen.

Substitutionsbehandlung (auch Substitutionstherapie oder Substitution): Sie bezeichnet die Versorgung bzw. Behandlung Drogenabhängiger mit Drogenerersatzstoffen nach den gesetzlichen Richtlinien. Zielrichtung sind sowohl die Abstinenz von illegalen Drogen als auch die Schadensminimierung.

Substitutionsprogramme: Sie umfassen neben der eigentlichen Substitutionstherapie mehr oder weniger umfangreiche → Psychosoziale Betreuung und weitere Hilfsangebote für die Patienten.

Substitut: Heroinersatzstoff zur Substitutionstherapie. Am gebräuchlichsten sind → Methadon, → Polamidon[®] und → Subutex[®].

Suchttherapie: In der Regel ist → Entzugsbehandlung, → Entwöhnungsbehandlung und → Substitutionsbehandlung gemeint. Unter Suchttherapie werden je nach Blickwinkel aber auch weitere Maßnahmen summiert, wie z. B. Selbsthilfe und ambulante Suchtberatung, Behandlungen in andere Institutionen (z. B. im Massregelvollzug) oder Hilfen im Rahmen des betreuten Wohnens.

Subutex[®]: Handelsname von Buprenorphin, das seit circa Mitte der 1990er Jahre als Substitutionsmittel eingesetzt wird.

Therapie: Patienten verstehen unter der Therapie i. d. R. die Entwöhnungsbehandlung. Während der laufenden Behandlung wird der Begriff von Patienten oft als Bezeichnung für die Einzel- und Gruppenpsychotherapie verwendet

Therapeutische Gemeinschaft: Eine Gemeinschaft, in der durch gemeinsame Lebensgestaltung, gemeinsame Arbeit und Auseinandersetzung miteinander und über gesellschaftliche Fragestellungen ein individueller Erkenntnisgewinn und Reifungsprozess erreicht wird. In den siebziger und achtziger Jahren dominierende Form der Entwöhnungsbehandlung bei drogenabhängigen Patienten.

Therapie-statt-Strafe: → §§ 35/36 BtmG

Trennungsvertrag: Jargon für das Unterlaufen der Ausgangsregeln durch heimliche Absprachen mit eingeweihten Mitpatienten.

Vorbereitungsgruppe für substituierte Patienten: In der → Anlage 4 werden die Bedingungen für die Aufnahme von substituierten Patienten festgelegt. Dabei wird von einer sechsmonatigen Vorbereitungszeit ausgegangen, u. a. um die vorgeschriebene → Beigebrauchsfreiheit vor Antragstellung zu überprüfen und zu unterstützen. Zu diesem Zweck wird in der hier untersuchten Fachklinik eine wöchentliche Gruppe für substituierte Bewerber angeboten.

15 Zusammenfassung

Titel

Auswirkungen der Einführung von Substitutionstherapie in einer Fachklinik zur Rehabilitation drogenabhängiger Menschen

Schlüsselwörter

Abhängigkeitserkrankung, Opiatabhängigkeit, Entwöhnungsbehandlung, Substitutionstherapie, Systemtheorie, Abstinenz, Soziometrie, Inhaltsanalysen, ICF

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht die Folgen der Einführung von Substitutionstherapie in eine abstinenzorientierte, stationäre Entwöhnungsbehandlung. Bisher wurden die beiden etablierten Behandlungsformen fast nur getrennt eingesetzt und oft als konkurrierende, sich gegenseitig ausschließende Behandlungen aufgefasst.

Die Fachklinik wird als System verstanden, das Stabilität durch Ordnungsprinzipien erlangt. Die Aufnahme von Substituierten durchbricht das Ordnungsprinzip „totale Abstinenz“. Die eingesetzten quantitativen und qualitativen Methoden bilden eine Destabilisierung und grundlegende Veränderung der Fachklinik ab. Neben sich wandelnden Einstellungen zu den Grundlagen der Behandlung und zur Aufnahme von substituierten Patienten werden erhöhte Personalfuktuation, Veränderungen in der Ergebnisqualität und in der Patientenzusammensetzung beobachtet. Dies legt die Notwendigkeit nahe, neue Ordnungsprinzipien zu etablieren, wie z. B. eine Orientierung an der ICF.

The impact of introducing substitution therapy in the treatment of drug addicts in specialised clinics

Keywords:

Dependency-related illnesses, opiate dependency, withdrawal treatment, substitution therapy, system theory, abstinence, sociometry, content analysis, ICF

Abstract

The present study investigates the consequences of introducing substitution therapy in an abstinence-oriented in-patient withdrawal treatment. To date, these two established forms of treatment were mostly used separately and often understood as competing, mutually exclusive forms of treatment.

The specialised clinic is understood as a system which achieves stability through organising principles. The admission of substituted patients breaches the organising principle of ‘total abstinence’. The use of quantitative and qualitative methods represent the destabilisation and fundamental change of the specialised clinic. In addition to changing attitudes concerning the treatment and admission of substituted patients, increased employee turnover as well as changes in the quality of results and the composition of patients could be observed. This suggests the need to establish new organising principles such as an orientation towards the ICF.

Anhang zur Dissertation

Auswirkungen der Einführung von Substitutionstherapie in einer Fachklinik zur Rehabilitation drogenabhängiger Menschen

zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt der Philosophischen Fakultät III
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von

Christian Remmert
geb. am 29.12.1962 in Detmold

Anhang

	Seite
1. Interviewleitfaden Patienten	2
2. Interviewleitfaden Mitarbeiter	3
3. Interviewleitfaden Berater	4
4. Soziometrischer Fragebogen	5
5. Mini-ICF-APP, Ratingskala	6
6. Mini-ICF-APP, Zuordnung zu den ICF-Kapiteln	8
7. Mini-ICF-APP, Ratinganweisungen und Ankerdefinitionen	9
8. Auswertung der Interviews	24
9. Signifikanznachweise zu den soziometrischen Indizes	34
10. Tabelle der untersuchten Patienten	36
11. Interviewtranskripte	39
W 1 bis W 3	39
H 1 und H 2	56
C 1 und C 2	71
T 1 bis T 3	79
S 1 bis S 3	93
K 1 und K 2	109
B 1	113
12. Statistische Auswertung der anamnestischer Daten und Messungen mit dem Mini-ICF-APP	119

1. Interviewleitfaden Patienten

Name:

Datum:

Hauptdroge:

Wie würden Sie einem anderen Abhängigen die F42 beschreiben?

Was erleben Sie als besonders wichtig und therapeutisch wirksam?

Was bedeutet für Sie die Aufnahme von Mitpat., die noch substituiert sind?

Welche Unterschiede nehmen sie wahr?

Was heißt das für ihre eigene Therapie?

Halten Sie es für Richtig, noch-Substituierten die Teilnahme zu ermöglichen?

0 = völlig verkehrt

10 = absolut richtig

Jedes Ding hat zwei Seiten, wie sehen sie das Verhältnis von Vor- und Nachteilen (10 zur 90, 50 zu 50...)?

Noch offene Anmerkungen?

2. Interviewleitfaden Mitarbeiter

Name:

Datum:

Welche Besonderheiten erwartest Du bei dieser Patientengruppe?

Wie richtig findest Du den Aufbau eines solchen Programms?

0 = völlig verkehrt

10 = absolut richtig

Welche Befürchtungen knüpfst Du an die Aufnahme von Subst. Pat?

Für die Einrichtung

Für Dich persönlich

Für die Patienten

Welche Hoffnungen knüpfst Du an die Aufnahme von Subst. Pat?

Für die Einrichtung

Für Dich persönlich

Für die Patienten

Welches Verhältnis siehst Du in der Abwägung zwischen Vor und Nachteilen?

10 zu 90, 20 zu 80 etc

Wie würdest Du gegenwärtig die F42 einem Fachmann aus einer anderen Stadt die F42 beschreiben, wenn Du nur zwei Minuten Zeit hast?

Offene Anmerkungen

3. Interviewleitfaden Berater

Name/Beratungsstelle:

Datum:

Welche Besonderheiten erwarten Sie bei dieser Patientengruppe?

Wie richtig finden Sie den Aufbau eines solchen Programms

0 = völlig verkehrt bis 10 = absolut richtig

Welche positiven Erwartungen oder Schwierigkeiten assoziieren Sie mit der Aufnahme von Subst. Pat?

Für die Einrichtung

Für Berater

Für die Patienten

Welches Verhältnis sehen Sie in der Abwägung zwischen Vor und Nachteilen

10 zu 90, 20 zu 80 etc

Wie würden Sie gegenwärtig die F42 einem Kollegen beschreiben, wenn Sie nur zwei Minuten Zeit hast?

Wie meinen Sie, wird sich die F42 durch die Aufnahme von noch-substituierten Patienten verändern?

Welchen Einfluss wird das auf Ihre Vermittlungen haben?

Offene Anmerkungen

4. Soziometrischer Fragebogen

Mit diesem Fragebogen sollen Beziehungen innerhalb einer Bezugsgruppe erfasst werden.

Die Fragen haben keinen „realen“ Hintergrund, das heißt Ihre Antworten haben keinerlei Einfluss auf die Therapiegestaltung, die Zimmervergabe oder irgendwelche anderen praktischen Folgen. Sie dienen lediglich einer Erhebung im Rahmen eines Forschungsprojektes.

Die Fragebögen werden ausschließlich durch Christian Remmert ausgewertet. Alle Auswertungen werden anonymisiert und nur so veröffentlicht, dass kein Teilnehmer auf irgendeine Weise zurück zu verfolgen ist!

Für jeden **vollständig** ausgefüllten Fragebogen erhalten Sie 1 Euro.

Mein Name:

1. Wenn ich ein Doppelzimmer hätte, könnte ich mir vorstellen, es am ehesten mit..... aus meiner WG zu teilen.

(Vorname oder Nachname)

2. Auf gar keinen Fall würde ich aus meiner WG im Doppelzimmer haben wollen.

3. Wenn ich mit zwei Mitbewohnern meiner WG zusammenarbeiten müsste, zum Beispiel im Rahmen einer Renovierungsarbeit, würde ich am liebsten mit..... und zusammenarbeiten.

4. Nicht so gerne würde ich mitund zusammenarbeiten

Vielen Dank!
C.R.

5. Mini-ICF-APP, Ratingskala

Mini-ICF-APP

Ratingbogen

Patientenname: _____ Beruf: _____

Name des Beurteilers: _____ Datum: _____

Beruf des Beurteilers: Arzt Psychologischer Psychotherapeut
 Sozialarbeiter

Informationsbasis: Klinisches Interview Teambesprechung
 Begutachtung

Kontextbezug: ohne Kontextbezug allgemeiner Arbeitsmarkt
 Bezugsberuf

zu beurteilende Fähigkeit	Beeinträchtigung				
	keine	leicht	mittelgradig	schwer	vollständig
1. Anpassung an Regeln und Routinen Fähigkeit, sich an Regeln zu halten, Termine verabredungsgemäß wahrzunehmen und sich in Organisationsabläufe einzufügen. Dies beinhaltet bspw. die Erfüllung von täglichen Routineabläufen, Einhalten von Verabredungen, punctliches Erscheinen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Planung und Strukturierung von Aufgaben Fähigkeit, den Tag und/oder anstehende Aufgaben zu planen und zu strukturieren, d. h. angemessene Zeit für Aktivitäten (Arbeit, Haushaltsführung, Erholung und andere Tages- und Freizeitaktivitäten) aufzuwenden, die Reihenfolge der Arbeitsabläufe sinnvoll zu strukturieren, diese wie geplant durchzuführen und zu beenden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit Fähigkeit, sich im Verhalten, Denken und Erleben wechselnden Situationen anzupassen, d. h. inwieweit der Proband in der Lage ist, je nach Situation unterschiedliche Verhaltensweisen zu zeigen. Dies kann Veränderungen in den Arbeitsanforderungen, kurzfristige Zeitveränderungen, räumliche Veränderungen, neue Sozialpartner oder auch die Übertragung neuer Aufgaben betreffen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Anwendung fachlicher Kompetenzen Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, d. h. beruflich, ausbildungsspezifisch oder aufgrund der Lebenserfahrung. Fähigkeit, Fach- und Lebenswissen oder Kompetenzen gemäß den situativen Rollenerwartungen einzusetzen und unter Berücksichtigung des Lebenshintergrunds zumutbare inhaltliche und fachliche Anforderungen zu erfüllen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit Fähigkeit, kontextbezogen und nachvollziehbar Entscheidungen zu fällen oder Urteile abzugeben. Fähigkeit, Sachverhalte differenziert und kontextbezogen aufzufassen, daraus die angemessenen Schlussfolgerungen und Konsequenzen zu ziehen und dies in erforderliche Entscheidungen umzusetzen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

zu beurteilende Fähigkeit	Beeinträchtigung				
	keine	leicht	mittelgradig	schwer	vollständig
6. Durchhaltefähigkeit Fähigkeit, hinreichend ausdauernd und während der üblicherweise erwarteten Zeit an einer Tätigkeit (im Beruf oder bei sonstigen Aufgaben) zu bleiben und ein durchgehendes Leistungsniveau aufrechtzuerhalten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Selbstbehauptungsfähigkeit Fähigkeit, in sozialen Kontakten oder auch Konfliktsituationen ohne beeinträchtigende Befangenheit zu bestehen und für seine Überzeugungen einzustehen, ohne dabei soziale Normen zu verletzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Kontaktfähigkeit zu Dritten Fähigkeit, unmittelbare informelle soziale Kontakte mit anderen Menschen aufzunehmen, wie Begegnungen mit Kollegen, Nachbarn oder Bekannten und mit diesen angemessen zu interagieren, wozu auch Rücksichtnahme, Wertschätzung des Gegenübers oder die Fähigkeit, Gespräche zu führen, gehören. Dazu gehört die Fähigkeit des Probanden, unverbindlich zu kommunizieren.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Gruppenfähigkeit Fähigkeit, sich in Gruppen einzufügen, die expliziten oder informellen Regeln der Gruppe zu durchschauen und sich darauf einzustellen. Die Beurteilung bezieht sich auf das Verhalten des Probanden in Gruppensituationen bzw. seine Fähigkeit zur öffentlichen Präsentation. Dazu gehören Kleingruppen wie das Arbeitsteam, der Verein oder Großgruppen wie die Firma, eine politische Gruppierung oder die Kirche.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Familiäre bzw. intime Beziehungen Fähigkeit, enge und ggf. intime Beziehungen zu einem vertrauten Menschen oder in der Familie aufzunehmen und aufrechtzuerhalten. Beurteilt wird die Fähigkeit, enge emotionale Zuwendung zu geben und zu empfangen und mit den anderen Rollenerwartungen und dem beruflichen Umfeld befriedigend abzustimmen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Spontan-Aktivitäten Fähigkeit des Probanden, außerhalb beruflicher oder sozialer Pflichten Spontanverhalten zu initiieren, Freizeitaktivitäten wahrzunehmen und in seinen Alltag zu integrieren. Beurteilt werden Aktivitäten, bei denen der Proband selbst aktiv und initiativ werden muss und die nicht beispielsweise durch eine Berufsrolle aufgezwungen werden. Dazu gehören zum einen Aktivitäten des täglichen Lebens wie häusliche Aktivitäten, z. B. die Beschaffung von Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs, die Zubereitung von Mahlzeiten, die Pflege von Wohnung, Haus und Haushaltsgegenständen, die Versorgung von Pflanzen oder Haustieren. Dazu gehören des Weiteren kreative oder rekreative Aktivitäten, z. B. Hobbys, der Besuch von kulturellen Veranstaltungen, Erholungsaktivitäten, Sport oder künstlerische Aktivitäten. Qualität und Quantität stehen in einem sich ergänzenden Verhältnis, jemand kann ein intensives Hobby haben, dem viel Zeit gewidmet wird, oder sich vielen verschiedenen Dingen zuwenden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Selbstpflege Fähigkeit zur Selbstfürsorge und -pflege, also die Fähigkeit, sich zu waschen, Haut, Fuß- und Fingernägel, Haare und Zähne zu pflegen, sich sauber und der Situation, dem Anlass und der Jahreszeit entsprechend zu kleiden, die gesundheitlichen Bedürfnisse seines Körpers wahrzunehmen und darauf angemessen zu reagieren.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Verkehrsfähigkeit Fähigkeit des Probanden, zu verschiedenen Orten zu gehen bzw. sich in verschiedenen Situationen zu begeben und Transportmittel, wie Auto, Bus oder Flugzeug, zu benutzen. Beurteilt wird, ob der Proband ohne Probleme jeden verkehrsüblichen Platz aufsuchen und jedes verkehrsübliche Fortbewegungsmittel benutzen kann	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

6. Mini-ICF-APP, Zuordnung zu den ICF-Kapiteln

Tabelle 3: Zuordnung der Items des Mini-ICF-APP-Ratings zu den Kapiteln der ICF

Mini-ICF-APP	ICF – Aktivität und Störungen von Aktivitätsfunktionen
1. Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen	Kapitel 8: Bedeutende Lebensbereiche
2. Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben	Kapitel 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
3. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit	Kapitel 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
4. Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen	Kapitel 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen Kapitel 8: Bedeutende Lebensbereiche
5. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit	Kapitel 1: Lernen und Wissensanwendung
6. Durchhaltefähigkeit	Kapitel 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen Kapitel 8: Bedeutende Lebensbereiche
7. Selbstbehauptungsfähigkeit	Kapitel 3: Kommunikation
8. Kontaktfähigkeit zur Dritten	Kapitel 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
9. Gruppenfähigkeit	Kapitel 9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben
10. Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen	
11. Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten	Kapitel 6: Häusliches Leben Kapitel 9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben
12. Fähigkeit zur Selbstpflege	Kapitel 5: Selbstversorgung
13. Verkehrsfähigkeit	Kapitel 4: Mobilität

In der Tabelle 4 ist dargestellt, inwieweit die Dimensionen des GSDS-II den Items des Mini-ICF-APP-Ratings entsprechen und wie die Zuordnung vorgenommen werden kann.

7. Mini-ICF-APP: Ratinganweisungen und Ankerdefinitionen

Allgemeine Ratinganweisungen

Mit dem Mini-ICF-APP ist der Grad bzw. das Ausmaß der Störung von Aktivitäten und Partizipation zu beurteilen. Funktionen werden nicht erfasst, sondern sind mit anderen fachüblichen Psychopathologieskalen zu erfassen. Gleiches gilt für Personenfaktoren.

Unter Aktivität versteht die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF, der WHO die »Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen«, unter Partizipation das »Einbezogensein in eine Lebenssituation«. In Abschnitt 7 der ICF wird ausgeführt, dass Aktivitäten und Partizipation aufeinander bezogen und nur bedingt zu trennen sind, sodass je nach Anwendungsfeld eine Unterscheidung nach »eigenen operationalen Regeln« erforderlich ist.

Des Weiteren unterscheidet die ICF bezüglich Aktivitäten und Partizipation zwischen Leistung (performance) und Leistungsfähigkeit (capacity): Leistung ist ein Konstrukt, das als Beurteilungsmerkmal angibt, was Personen in ihrer gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt tun, und deshalb den Gesichtspunkt des Einbezogenseins einer Person in Lebensbereiche berücksichtigt. Leistungsfähigkeit (capacity) ist ein Konstrukt, das als Beurteilungsmerkmal das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit, das eine Person in einer Domäne der Aktivitäten und Partizipationsliste zu einem gegebenen Zeitpunkt erreicht, angibt. Die Leistungsfähigkeit wird in einer uniformen Standardumwelt gemessen und spiegelt daher das umwelt-adjustierte Leistungsvermögen wider (vgl. Anhang 1 der ICF).

Diese Vorgaben sind im Mini-ICF-APP wie folgt umgesetzt und bei dem Rating zu berücksichtigen:

1. Der Rater hat sich für den konkreten Fall, unter Bezug auf alle verfügbaren Informationen zu Personenfaktoren und der Lebenssituation des Probanden, ein Bild zu machen über die geltende »uniforme Standardumwelt« bzw. soziale Referenzgruppe, d. h. aus welcher sozialen oder ethnischen Gruppe stammt der Proband, handelt es sich um einen Mann oder eine Frau, einen Arbeiter oder Akademiker, welcher berufliche Bildungsgrad liegt vor, usw. Konstitutionelle oder ausbildungsbedingte Leistungsgrenzen werden bei der Urteilsbildung der Standardumwelt zugerechnet und nicht als Leistungsbehinderung im Sinne der ICF gewertet.
2. Bezogen auf diese Standardumwelt, soziale Referenzgruppe und an den Probanden gestellten Rollenerwartungen ist dann zu beurteilen, welche Fähigkeiten vorliegen. Es wird nicht beurteilt, ob diese Fähigkeiten ausgeführt werden (performance), sondern ob sie ausgeführt werden könnten (capacity), wenn der Proband wollte oder die Situation dies erlaubt oder erfordert.
3. Bei der Urteilsbildung können alle verfügbaren Informationen berücksichtigt werden, d. h. anamnestische und ggf. fremdanamnestische Angaben ebenso wie Beobachtungen in der Untersuchungssituation. Beobachtungen haben die größere Bedeutung. Die Beurteilungen sollten nicht subjektive qualitative Selbsteinschätzungen der Probanden wiedergeben sondern Urteile des Raters sein, die er aus möglichst detaillierten Verhaltensschilderungen ableitet.
4. Die ICF gibt als »Qualifier« ein Rating für Fähigkeitseinschränkungen von 0 bis 4 vor. Dem entsprechend ist das Ausmaß der vorliegenden Beeinträchtigung je Dimension zu quantifizieren:

0: keine Beeinträchtigung:

Der Proband entspricht den Normerwartungen bez. seiner Referenzgruppe.

1: leichte Beeinträchtigung:

Es bestehen einige leichtere Schwierigkeiten oder Probleme, die beschriebenen Fähigkeiten/ Aktivitäten auszuüben. Es resultieren daraus keine wesentlichen negativen Konsequenzen.

2: mittelgradige Beeinträchtigung:

Im Vergleich zur Referenzgruppe bestehen deutliche Probleme die beschriebenen Fähigkeiten/ Aktivitäten auszuüben. Dies hat negative Auswirkungen bzw. negative Konsequenzen für den Probanden oder andere.

3: schwere Beeinträchtigung:

Der Proband ist wesentlich eingeschränkt in der Ausübung der beschriebenen Fähigkeiten/ Aktivitäten. Er kann Rollenerwartungen in wesentlichen Teilen nicht mehr gerecht werden. Er benötigt teilweise Unterstützung von Dritten.

4: vollständige Beeinträchtigung:

Der Proband ist nicht in der Lage die beschriebenen Fähigkeiten/ Aktivitäten auszuüben. Der Proband muss entpflichtet werden und die Aktivitäten durch Dritte übernommen werden.

5. Das Mini-ICF-APP listet eine Auswahl an Fähigkeiten aus der ICF auf, bzw. fasst diese zu klinisch sinnvollen Obergruppen zusammen (z.B. Kontaktfähigkeit zu Dritten umfasst die ICF-Kategorien: eine Unterhaltung beginnen, aufrechterhalten, eine Diskussion führen, kommunizieren als Empfänger u. v. a.). Ausgewählt und aufgelistet sind solche Fähigkeiten, die bei psychischen Erkrankungen häufiger beeinträchtigt sein können, während Aktivitäten, die üblicherweise keinen Bezug zu psychischen Erkrankungen haben (z. B. Sitzen oder Knien), nicht erfasst werden.

6. Die im Folgenden aufgeführten ausführlichen Definitionen für die Ratingstufen »0 = keine Beeinträchtigung«, »2 = mittelgradige Beeinträchtigung« und »4 = vollständige Beeinträchtigung« sollen dem Anwender einen Orientierungsrahmen sowie eine Hilfestellung für die Beurteilung geben. Unabhängig von der Beschreibung der einzelnen Fähigkeit ist den Abstufungen das grundsätzliche Beurteilungsmerkmal zugrundegelegt, dass »0« keine Beeinträchtigung bedeutet, »1« eine leichte Beeinträchtigung ohne Negativeffekte, »2« eine Beeinträchtigung mit Negativeffekten ohne Assistenznotwendigkeit, »3« eine Beeinträchtigung mit partieller Assistenznotwendigkeit und »4« eine Beeinträchtigung mit weitgehender Assistenznotwendigkeit bzw. sogar partieller Entpflichtungsnotwendigkeit.

1. Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen

Beurteilt wird die Fähigkeit des Probanden, sich an Regeln zu halten, Termine verabredungsgemäß wahrzunehmen und sich in Organisationsabläufe einzufügen. Dies beinhaltet bspw. die Erfüllung von täglichen Routineabläufen, Einhalten von Verabredungen, pünktliches Erscheinen.

0: keine Beeinträchtigung:

Der Proband erscheint beispielsweise pünktlich zur Arbeit oder zu anderen Terminen bzw. hält Verabredungen ein. Er hat keine Schwierigkeiten sich der täglichen Routine anzupassen oder sich in Organisationsabläufe einzufügen.

2: mittelgradige Beeinträchtigung:

Der Proband hat größere Schwierigkeiten, sich der täglichen Routine anzupassen und/oder sich in Organisationsabläufe einzufügen. Er hat in relevantem Umfang Probleme, Verabredungen z. B. mit Freunden oder Bekannten einzuhalten, pünktlich zu Terminen oder zur Arbeit zu erscheinen oder sich an die Hausordnung zu halten. Er behindert hierdurch das Leben seiner Mitmenschen bzw. stößt er bei anderen auf negative Reaktionen.

4: vollständige Beeinträchtigung:

Der Proband ist nicht in der Lage, sich der täglichen Routine anzupassen und/oder sich in Organisationsabläufe einzufügen. Er kann sich nicht verlässlich an Termine oder Absprachen halten. Er vergisst diese und/oder ist regelhaft unpünktlich, er erscheint beispielsweise nicht zur Arbeit oder einem geplanten Termin. Andere müssen ihn erinnern, herbeiholen oder beaufsichtigen. Von diesen ist er abhängig bez. der Einhaltung von Terminen und Absprachen (wie Arztbesuche oder Medikamenteneinnahme) und der Erfüllung von Routineaufgaben.

2. Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben

Beurteilt wird die Fähigkeit des Probanden, den Tag und/oder anstehende Aufgaben zu planen und zu strukturieren, d. h. angemessene Zeit für Aktivitäten (Arbeit, Haushaltsführung, Erholung und andere Tages- und Freizeitaktivitäten) aufzuwenden, die Reihenfolge der Arbeitsabläufe sinnvoll zu strukturieren, diese wie geplant durchzuführen und zu beenden.

0: keine Beeinträchtigung:

Der Tagesablauf des Probanden ist gut strukturiert, es ist ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Arbeit/Pflichterfüllung und Erholung zu erkennen. Anstehende Aufgaben werden in zweckmäßiger Folge erledigt. Nach der Aufgabenerfüllung ist der Proband fähig, sich von diesen zu lösen und sich anderen Dingen zuzuwenden.

2: mittelgradige Beeinträchtigung:

Der Proband hat größere Schwierigkeiten, den Tag zeitlich zu strukturieren. Anstehende Aufgaben werden nicht in ihrer zweckmäßigen Folge erledigt, sondern abhängig von Augenblickseinfällen oder äußeren Stimulationen. Einige Tätigkeiten werden nicht zu Ende geführt, oder es wird regelhaft mehr Zeit als vorgesehen aufgewendet.

4: vollständige Beeinträchtigung:

Eine Tagesstruktur oder ein geregelter Arbeitsablauf kann nicht aufrechterhalten werden. Der Proband ist plan- und ziellos. Übernommene Aufgaben können nicht geordnet und deshalb nicht erledigt werden. Er benötigt enge Aufsicht und Anleitung durch Dritte.

3. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit

Beurteilt wird die Fähigkeit des Probanden, sich im Verhalten, Denken und Erleben wechselnden Situationen anzupassen, d. h. inwieweit er in der Lage ist, je nach Situation unterschiedliche Verhaltensweisen zu zeigen. Dies kann Veränderungen in den Arbeitsanforderungen, kurzfristige Zeitveränderungen, räumliche Veränderungen, neue Sozialpartner oder auch die Übertragung neuer Aufgaben betreffen.

0: keine Beeinträchtigung:

Der Proband verfügt über ein angemessen differenziertes Verhaltensrepertoire. Er kann umdenken, sich in neue Situationen einfügen und an neue Situationen anpassen.

2: mittelgradige Beeinträchtigung:

Der Proband hat Schwierigkeiten, sich neuen Situationen erwartungsgemäß anzupassen. Er ist wenig flexibel, d. h. seine Fähigkeit, sich in Bezug auf wechselnde Anforderungen der Umwelt angemessen zu verhalten, ist deutlich eingeschränkt. Wenn es z. B. zum Wechsel von Arbeitsaufgaben, Terminen, Mitarbeitern oder Räumen kommt, zeigt der Proband deutliche negative emotionale Reaktionen und/oder eine reduzierte Leistung. Seine mangelnde Anpassungsfähigkeit führt bei anderen zu Negativreaktionen.

4: vollständige Beeinträchtigung:

Der Proband ist von neuen oder wechselnden Situationen überfordert. Sein Verhalten, Denken und Fühlen sind durch große Rigidität gekennzeichnet. Wird von ihm etwas »außer der Reihe« verlangt, dekompenziert er und Dritte müssen seine Aufgaben übernehmen.

4. Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen

Beurteilt wird die Fähigkeit des Probanden zur Anwendung seiner fachlichen Kompetenzen, d. h. beruflich, ausbildungsspezifisch oder aufgrund seiner Lebenserfahrung. Es soll eingeschätzt werden, ob der Proband in der Lage ist, sein Fach- und Lebenswissen oder seine Kompetenzen gemäß den situativen Rollenerwartungen einzusetzen und den an ihn gestellten und ihm, unter Berücksichtigung seines Lebenshintergrunds, zumutbaren inhaltlichen und fachlichen Anforderungen nachzukommen.

0: keine Beeinträchtigung:

Der Proband kann die den Rollenerwartungen entsprechenden fachlichen Kompetenzen bzw. Fertigkeiten realisieren und erbringt eine den Erwartungen entsprechende Leistung.

2: mittelgradige Beeinträchtigung:

Die vom Probanden umgesetzte fachliche Kompetenz entspricht nur teilweise den an ihn zu stellenden Rollenerwartungen. Er wird den an ihn gestellten fachlichen Erwartungen nur teilweise gerecht. Von seiner Umwelt wird er als jemand wahrgenommen, der unter inhaltlichen und qualitativen Gesichtspunkten eine eingeschränkte Leistung erbringt, was ggf. von anderen kompensiert werden muss, die seine inhaltlichen Umsetzungen überprüfen bzw. korrigieren müssen.

4: vollständige Beeinträchtigung:

Der Proband ist nicht fähig, den an ihn gestellten Rollenerwartungen zu entsprechen und seine Kompetenzen zur Anwendung zu bringen. Die Leistung des Probanden ist z. B. für den Arbeitgeber weitgehend wertlos. Der Proband eignet sich nicht für die Erfüllung z. B. der Arbeitsaufgaben, sodass eine vollständige Aufgabenentpflichtung erforderlich ist.

5. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit

Beurteilt wird die Fähigkeit des Probanden, kontextbezogen und nachvollziehbar Entscheidungen zu fällen oder Urteile abzugeben. Zu beurteilen ist, zu welchem Grad der Proband Sachverhalte differenziert und kontextbezogen auffasst, inwieweit er in der Lage ist, daraus die angemessenen Schlussfolgerungen und Konsequenzen zu ziehen und dies in erforderliche Entscheidungen umzusetzen.

0: keine Beeinträchtigung:

Der Proband ist in der Lage, Zusammenhänge zu erfassen, sachbezogene Schlüsse daraus zu ziehen und in erforderliche Entscheidungen umzusetzen.

2: mittelgradige Beeinträchtigung:

Der Proband hat Schwierigkeiten sachliche Schlussfolgerungen zu ziehen und Entscheidungen zu fällen. Statt die gegebenen Fakten zur Kenntnis zu nehmen und daraus die sachgerechten Schlussfolgerungen zu ziehen und Ableitungen zu treffen, lässt er sich von äußeren Bedingungen beeinflussen oder durch innere Zustände ablenken. Es werden Schlussfolgerungen und Konsequenzen gezogen, die nicht aus der Sache zu erklären sind, sondern von Augenblickseinfällen oder sachfremden Eingebungen abhängen oder durch innerpsychische Faktoren bestimmt werden. Dies führt dazu, dass z. B. Vorgesetzte oder Kollegen immer wieder Entscheidungen überprüfen, infrage stellen oder korrigieren müssen.

4: vollständige Beeinträchtigung:

Der Proband ist nicht in der Lage, einsichtige Schlussfolgerungen zu ziehen und Entscheidungen zu treffen. Gegebene Fakten haben keinen Einfluss auf das, was geschieht. Entscheidungen werden durch intrapsychische Faktoren bestimmt (z. B. als Folge von Angst, Rachegefühlen oder Halluzinationen). Dritte fühlen sich den Handlungen des Probanden ausgeliefert, Vorgesetzte oder Kollegen nehmen entsprechende Entscheidungen an sich. Zu Einschränkungen der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit kann es trotz fachlicher Kompetenz kommen.

6. Durchhaltefähigkeit

Beurteilt wird die Fähigkeit des Probanden, hinreichend ausdauernd und während der üblicherweise erwarteten Zeit an einer Tätigkeit (in seinem Beruf oder sonstigen Aufgabenbereichen) zu bleiben und ein durchgehendes Leistungsniveau aufrechtzuerhalten. Es ist sein Durchhaltevermögen zu beurteilen.

0: keine Beeinträchtigung:

Der Proband verfügt über ein normales Durchhaltevermögen, d. h. er kann an seiner Aufgabe über die erforderliche Zeit hin aktiv bleiben. Die Qualität seiner Arbeit bleibt über die gesamte Arbeitszeit hinweg auf einem konstant guten Niveau.

2: mittelgradige Beeinträchtigung:

Der Proband kann keine volle Leistungsfähigkeit über die ganze Arbeitszeit hin zum Einsatz bringen. Sein Durchhaltevermögen ist deutlich vermindert. Durch Nichterfüllung von Aufgaben ergibt sich ein reduziertes Leistungsniveau und ggf. eine Zusatzbelastung für den Arbeitgeber oder Partner.

4: vollständige Beeinträchtigung:

Der Proband erbringt (trotz ggf. gegebener Kompetenz) auch nicht annähernd die erwartete Leistungsmenge in der verfügbaren Zeit. Er verfügt über keinerlei Durchhaltevermögen. Eine Entpflichtung ist unumgänglich.

7. Selbstbehauptungsfähigkeit

Beurteilt wird die Fähigkeit des Probanden, in sozialen Kontakten oder auch Konfliktsituationen ohne beeinträchtigende Befangenheit zu bestehen und für seine Überzeugungen einzustehen, ohne dabei soziale Normen zu verletzen. Kriterium ist, inwieweit der Proband im Kontakt mit anderen Personen seine Meinung sagt, sich in Entscheidungen einbringt, seine eigene Position deutlich, nachvollziehbar und verständlich macht, seine Position erforderlichenfalls wahrt, aber sie auch mit anderen abstimmen und Kompromisse suchen kann.

0: keine Beeinträchtigung:

Der Proband kann sich in sozialen Situationen gut behaupten, d. h. er ist in angemessener Weise selbstsicher, verfügt über Selbstvertrauen und kann sich dementsprechend gegenüber anderen durchsetzen. Dabei verletzt er keine Regeln der Rücksichtnahme gegenüber Dritten.

2: mittelgradige Beeinträchtigung:

Der Proband hat Schwierigkeiten, sich in sozialen Situationen durchzusetzen und zu behaupten. Er lässt sich schnell einschüchtern, ist unsicher und kann nur wenig überzeugend für seine Interessen eintreten, oder aber er geht unangemessen, grenzverletzend oder rücksichtslos vor. Beim Gegenüber führt das dazu, dass man den Probanden nicht ernst nimmt oder sich von ihm zurückzieht.

4: vollständige Beeinträchtigung:

Der Proband ist in keinsten Weise in der Lage, für sich selbst einzustehen und seine Interessen sozial verträglich zu vertreten. In sozialen Situationen wird er entweder nicht wahrgenommen oder aufgrund überschüssiger und inadäquater Reaktionen zurückgewiesen. Dritte müssen seine Interessen vertreten. Dies ist unabhängig von der unmittelbaren Kontaktfähigkeit, d. h. der Proband kann dennoch ggf. im unmittelbaren Kontakt freundlich und gewinnend auftreten.

8. Kontaktfähigkeit zu Dritten

Beurteilt wird die Fähigkeit des Probanden, unmittelbare informelle soziale Kontakte mit anderen Menschen aufzunehmen, wie Begegnungen mit Kollegen, Nachbarn, Bekannten, etc. und inwiefern er in der Lage ist, mit diesen angemessen zu interagieren, wozu auch Rücksichtnahme, Wertschätzung des Gegenübers oder die Fähigkeit, Gespräche zu führen, gehören. Dazu gehört die Fähigkeit des Probanden, unverbindlich zu kommunizieren, als Partner im sozialen Gefüge aufzutreten, sich Bekannten oder Fremden zuzuwenden, zuzuhören, von sich selbst zu berichten, auf Äußerungen anderer einzugehen oder selbst Fakten zu einem Gespräch beizutragen.

0: keine Beeinträchtigung:

Der Proband nimmt regelmäßig Kontakt zu verschiedenen Kollegen, Freunden oder Bekannten auf. Es findet ein gegenseitiger Austausch und für beide Seiten zufriedenstellender Dialog statt.

2: mittelgradige Beeinträchtigung:

Der Proband hat Schwierigkeiten, sich mit Kollegen, Freunden oder Bekannten zu unterhalten. Entweder zieht er sich zurück, redet nicht und wirkt abweisend oder er bringt sich zu dominant ein und erschwert so die Interaktion. Dies führt zu einer Einschränkung im sozialen Umfeld aus Freunden und Bekannten. Der Proband hat Schwierigkeiten beim Aufbau neuer Beziehungen.

4: vollständige Beeinträchtigung:

Der Proband ist nicht fähig, sich mit Kollegen, Freunden oder Bekannten zu unterhalten bzw. mit diesen angemessen zu interagieren. Entsprechend ist er isoliert und hat keinen Kontakt zu anderen Menschen. Eine Kommunikation geht ausschließlich vom Gegenüber aus.

9. Gruppenfähigkeit

Beurteilt wird die Fähigkeit des Probanden, sich in Gruppen einzufügen und die expliziten oder informellen Regeln der Gruppe zu durchschauen und sich darauf einzustellen. Die Beurteilung bezieht sich auf das Verhalten des Probanden in Gruppensituationen bzw. seine Fähigkeit zur öffentlichen Präsentation. Dazu gehören Kleingruppen wie das Arbeitsteam, der Verein oder Großgruppen wie die Firma, eine politische Gruppierung oder die Kirche. Zu beurteilen ist, ob der Proband Teil der Gruppe oder Außenseiter oder ausgeschlossen ist und inwieweit er sich in das soziale Leben integrieren kann.

0: keine Beeinträchtigung:

Der Proband fügt sich in Gruppen, in das Arbeitsteam oder berufliche und gesellschaftliche Organisationen oder Gruppen problemlos ein. Er ist über die Gruppenstrukturen, in denen er sich bewegt, und/oder betriebsinterne Abläufe gut informiert.

2: mittelgradige Beeinträchtigung:

Der Proband beteiligt sich nur sehr eingeschränkt an sozialen, firmeninternen oder gesellschaftlichen Aktivitäten. Er ist über die bestehenden Gruppenstrukturen und Gruppenprozesse nur eingeschränkt informiert. Er zieht sich häufig von der Teilnahme an Gruppen oder Organisationen zurück oder gerät in Konflikte mit anderen Mitgliedern, Nachbarn u. a., weil er unsensibel für gruppenspezifische Prozesse ist und dadurch Interessen anderer verletzt.

4: vollständige Beeinträchtigung:

Der Proband ist nicht in der Lage, an Gruppensitzungen teilzunehmen oder die sozialen Gruppenstrukturen, in denen er sich bewegt, zu erkennen und sich in sie einzubringen. Er wird übergangen oder ist ein Störfaktor. Andere müssen einspringen und ihn führen.

10. Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen

Beurteilt wird die Fähigkeit des Probanden, enge und ggf. intime Beziehungen zu einem vertrauten Menschen oder in der Familie aufzunehmen und aufrechtzuerhalten. Beurteilt wird seine Fähigkeit, enge emotionale Zuwendung zu geben und zu empfangen und mit den anderen Rollenerwartungen und dem beruflichen Umfeld befriedigend abzustimmen.

0: keine Beeinträchtigung:

Der Proband kann enge emotionale Beziehungen zum Partner, zu Kindern oder dem erweiterten Familienkreis herstellen und aufrechterhalten. Es finden gemeinsame Aktivitäten und Kontakte statt. Er gibt und erhält Unterstützung in täglichen oder wichtigen Lebensangelegenheiten. Er kann Arbeit und die privaten Beziehungen miteinander vereinen.

2: mittelgradige Beeinträchtigung:

Es bestehen deutliche Probleme in den Beziehungen zu vertrauten Menschen. Es gibt wenig emotionale Zuwendung sowie Interessen füreinander, es kommt häufig zu Rücksichtslosigkeiten. Der Proband zieht sich emotional zurück. Als Konsequenz werden entsprechende Kontakte vernachlässigt, gemeinsame Aktivitäten deutlich vermieden oder passiv wahrgenommen. Arbeit und Privatsphäre können sich gegenseitig beeinträchtigen.

4: vollständige Beeinträchtigung:

Der Proband hat keine engeren emotionalen Beziehungen. Er vermeidet Kontakt zu Familienmitgliedern. Wenn es solche Kontakte gibt, ist die Beziehung durch Gleichgültigkeit oder Rücksichtslosigkeit gekennzeichnet. Der Proband ist nicht an Familienangelegenheiten beteiligt und andere müssen entsprechende Aufgaben für ihn übernehmen. Sein Verhalten stößt auf heftige Kritik seitens der Familienmitglieder oder wird von ihnen mit Resignation oder Ablehnung beantwortet. Arbeit und Privatsphäre sind nicht zu vereinen.

11. Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten

Beurteilt wird die Fähigkeit des Probanden, außerhalb beruflicher oder sozialer Pflichten Spontanverhalten zu initiieren, Freizeitaktivitäten wahrzunehmen und in seinen Alltag zu integrieren. Beurteilt werden Aktivitäten, bei denen der Proband selbst aktiv und initiativ werden muss und die nicht beispielsweise durch eine Berufsrolle aufgezwungen werden. Dazu gehören zum einen Aktivitäten des täglichen Lebens wie häusliche Aktivitäten, z. B. die Beschaffung von Waren- und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs, die Zubereitung von Mahlzeiten, die Pflege von Wohnung, Haus und Haushaltsgegenständen, die Versorgung von Pflanzen oder Haustieren. Dazu gehören des Weiteren kreative oder rekreative Aktivitäten, z. B. Hobbys, der Besuch von kulturellen Veranstaltungen, Erholungsaktivitäten, Sport oder künstlerische Aktivitäten. Qualität und Quantität stehen in einem sich ergänzenden Verhältnis, jemand kann ein intensives Hobby haben, dem viel Zeit gewidmet wird, oder sich vielen verschiedenen Dingen zuwenden.

0: keine Beeinträchtigung:

Der Proband erfüllt seine häuslichen und sonstigen nicht von äußeren Bedingungen erzwungenen Pflichten, er beteiligt sich an Freizeit- und Erholungsaktivitäten entsprechend den Erwartungen seiner Sozial- und Bezugsgruppe. Diese Eigeninitiativen und rekreativen Aktivitäten sind mit der Arbeit vereinbar.

2: mittelgradige Beeinträchtigung:

Der Proband vernachlässigt seinen Haushalt, sodass dadurch Probleme entstehen oder andere Kritik äußern. Der Proband beteiligt sich nur selten oder in begrenztem Umfang an Spiel, Sport, Kunst und Kultur. Hobbys hat er kaum bzw. werden diese vernachlässigt. Wenn der Proband nicht durch die Arbeit oder äußeren Druck zu Aktivitäten gezwungen ist, dann verfällt er in Lethargie und Passivität und verbringt seine Zeit ohne Plan z. B. vor dem Fernseher.

4: vollständige Beeinträchtigung:

Die Haushaltsführung und außerberufliche Aktivitäten müssen vollständig von anderen übernommen werden. An Spiel und Sport, Kunst und Kultur beteiligt sich der Proband überhaupt nicht mehr, er hat keinerlei Hobbys. Wenn er nicht von außen dazu angehalten wird, ist keine Eigenaktivität erkennbar. Gelegentlich kann es dabei auch vorkommen, dass der Patient sich in monomorpher Art mit einer einzelnen Aktivität beschäftigt, wobei zugleich alle weiteren Lebensbereiche vernachlässigt werden. Dies führt zu einer gravierenden Einschränkung der Lebensqualität. Arbeit und außerberufliche Aktivitäten sind nicht mehr zu vereinen.

12. Fähigkeit zur Selbstpflege

Beurteilt wird die Fähigkeit des Probanden zur Selbstfürsorge und -pflege, also die Fähigkeit, sich zu waschen, Haut, Fuß- und Fingernägel, Haare und Zähne zu pflegen, sich sauber und der Situation, dem Anlass und der Jahreszeit entsprechend zu kleiden, die gesundheitlichen Bedürfnisse seines Körpers wahrzunehmen und darauf angemessen zu reagieren.

0: keine Beeinträchtigung:

Die Selbstpflege und das äußere Erscheinungsbild des Probanden entsprechen den Erwartungen der Bezugsgruppe. Die Kleidung und Sauberkeit ist den Gegebenheiten angemessen. Der Proband achtet auf die Ernährung, kennt seine psychischen und körperlichen Bedürfnisse, betreibt ein angemessenes Niveau körperlicher Aktivität und merkt, wenn er sich zuviel zumutet.

2: mittelgradige Beeinträchtigung:

Der Proband hat Probleme, sich um seine Pflege zu kümmern. Er macht z. B. einen unsauberen und ungepflegten Eindruck oder er kleidet sich nicht sozial- und situationsangemessen. Er ernährt sich ungesund. Seine körperliche Fitness ist deutlich beeinträchtigt und seine Gesundheit gefährdet. Er ignoriert die eigene Gesundheit, kümmert sich nicht um die notwendige Erholung oder die Rücksichtnahme auf selbstverständliche psychische Bedürfnisse.

4: vollständige Beeinträchtigung:

Der Proband ist auf die Hilfe anderer bei der Selbstpflege und Gesundheitsvorsorge angewiesen, bzw. ist von diesen abhängig. Persönliche Hygiene, äußeres Erscheinungsbild und Kleidung werden extrem vernachlässigt oder er ernährt sich extrem ungesund und nimmt keine Rücksicht auf seine Gesundheit.

13. Verkehrsfähigkeit

Beurteilt wird die Fähigkeit des Probanden, zu verschiedenen Orten zu gehen bzw. sich in verschiedene Situationen zu begeben und Transportmittel, wie Auto, Bus oder Flugzeug, zu benutzen. Beurteilt wird, ob der Proband ohne Probleme jeden verkehrsüblichen Platz aufsuchen und jedes verkehrsübliche Fortbewegungsmittel benutzen kann.

0: keine Beeinträchtigung:

Die Fähigkeit des Probanden, Wege zu gehen, sich fortzubewegen, sowie bei Bedarf verkehrsübliche Transportmittel, einschließlich U-Bahnen und Flugzeuge, zu benutzen, entspricht den Erwartungen der Bezugsgruppe. Der Proband ist in der Lage, sich in privaten wie öffentlichen Gebäuden, sowie außerhalb der eigenen Wohnung und anderer Gebäude aufzuhalten und zu bewegen.

2: mittelgradige Beeinträchtigung:

Der Proband hat Schwierigkeiten, sich außerhalb der eigenen Wohnung oder anderer Gebäude zu bewegen. Die Benutzung bestimmter privater und/oder öffentlicher Transportmittel wird, wenn möglich, vermieden, ist mit starkem Unbehagen und Angst verbunden oder seine Fähigkeit zur Benutzung entsprechender Verkehrsmittel ist beeinträchtigt, sodass Hilfe benötigt wird.

4: vollständige Beeinträchtigung:

Der Proband ist nicht in der Lage, seine Wohnung zu verlassen bzw. sich außerhalb der eigenen Wohnung oder in anderen Gebäuden zu bewegen. Notwendige Erledigungen bzw. die Versorgung mit Lebensmitteln und Dingen des täglichen Bedarfs müssen vollständig von seinen Mitmenschen übernommen werden. Er ist nicht in der Lage, Transportmittel jeglicher Art zu benutzen.

8. Auswertung der Interviews

1. Mitarbeitergruppe

- Vergleich der Kategorien zwischen dem ersten und zweiten Zeitpunkt → nur Kategorien, die zwischen dem ersten und zweiten Zeitpunkt übereinstimmen.

Deskriptiv:

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Sorgen_PatientenAbläufe Ergebnisse	2,33	15	,488	,126
	NegVeränderung_ PatientenAbläufe Ergebnisse	1,87	15	,352	,091
Pair 2	Sorgen_Einrichtung Konzept	1,13	15	,352	,091
	NegVeränderung_ EinrichtungKonzept	1,40	15	,507	,131
Pair 3	Sorgen_Persönlich	,87	15	,352	,091
	NegVeränderung_ Persönlich	,73	15	,458	,118
Pair 4	Hoffnungen_Einrichtung KonzeptWirtschaft	1,07	15	,258	,067
	PosVeränderung_ EinrichtungKonzept Wirtschaft	,80	15	,414	,107
Pair 5	Hoffnungen_Persönlich	,60	15	,507	,131
	PosVeränderung_ Persönlich	,73	15	,458	,118
Pair 6	Fachklinik_Konzept	1,2667	15	,45774	,11819
	Fachklinik_Konzept_2	2,0000	15	,00000	,00000
Pair 7	Fachklinik_LageStruktur	1,40	15	,507	,131
	Fachklinik_LageStruktur_ 2	2,00	15	,000	,000
Pair 8	Fachklinik_Werte	1,8000	15	,41404	,10690
	Fachklinik_Werte_2	1,4000	15	,50709	,13093
Pair 9	SubstituiertePatienten_ WenigerBereit	,47	15	,516	,133
	SubstituiertePatienten_ WenigerBereit_2	,13	15	,352	,091
Pair 10	SubstituiertePatienten_ WenigerFähig	,80	15	,414	,107
	SubstituiertePatienten_ WenigerFähig_2	,67	15	,488	,126

T-Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
					95% Confidence Interval of the Difference				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1	Sorgen_PatientenAbläufe Ergebnisse - NegVeränderung_ PatientenAbläufe Ergebnisse	,467	,516	,133	,181	,753	3,500	14	,004
Pair 2	Sorgen_Einrichtung Konzept - NegVeränderung_ EinrichtungKonzept	-,267	,458	,118	-,520	-,013	-2,256	14	,041
Pair 3	Sorgen_Persönlich - NegVeränderung_ Persönlich	,133	,352	,091	-,062	,328	1,468	14	,164
Pair 4	Hoffnungen_Einrichtung KonzeptWirtschaft - PosVeränderung_ EinrichtungKonzept Wirtschaft	,267	,458	,118	,013	,520	2,256	14	,041
Pair 5	Hoffnungen_Persönlich - PosVeränderung_ Persönlich	-,133	,352	,091	-,328	,062	-1,468	14	,164
Pair 6	Fachklinik_Konzept - Fachklinik_Konzept_2	-,73333	,45774	,11819	-,98682	-,47985	-6,205	14	,000
Pair 7	Fachklinik_LageStruktur - Fachklinik_LageStruktur_ 2	-,600	,507	,131	-,881	-,319	-4,583	14	,000
Pair 8	Fachklinik_Werte - Fachklinik_Werte_2	,40000	,50709	,13093	,11918	,68082	3,055	14	,009
Pair 9	SubstituiertePatienten_ WenigerBereit - SubstituiertePatienten_ WenigerBereit_2	,333	,488	,126	,063	,604	2,646	14	,019
Pair 10	SubstituiertePatienten_ WenigerFähig - SubstituiertePatienten_ WenigerFähig_2	,133	,352	,091	-,062	,328	1,468	14	,164

- Signifikante Unterschiede zwischen dem ersten und zweiten Zeitpunkt für folgende Kategorien:
 - Eine signifikante Abnahme der Sorgen in Bezug auf Patienten, Abläufe und Ergebnisse: $t(14)=3.50$, $p<.01$
 - Eine signifikante Zunahme der Sorgen in Bezug auf Einrichtung und ihr Konzept: $t(14)=-2.256$, $p<.05$
 - Eine signifikante Abnahme der Hoffnungen in Bezug auf Einrichtung, Konzept und Wirtschaft: $t(14)=2.256$, $p<.05$
 - Eine signifikante Zunahme der Aussagenanzahl über Fachklinik und ihr Konzept sowie ihr Lage und Struktur: $t(14)=-6.205$, $p<.001$ / $t(14)=-4.583$, $p<.001$
 - Eine signifikante Abnahme der Aussagenanzahl über Fachklinik und ihre Werte: $t(14)=3.055$, $p<.01$
 - Eine signifikante Abnahme der Aussagen darüber, dass substituierte Patienten sich als weniger bereit/motiviert zeigen: $t(14)=2.646$, $p<.05$.

Zusammenfassung der einzelnen Kategorien der Skalen Hoffnung und Sorgen zu einem Mittelwert und Vergleich zwischen dem ersten und zweiten Zeitpunkt.

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Sorgen_G	1,4444	15	,29991	,07744
NegVeränderung_G	1,3333	15	,35635	,09201
Pair 2 Hoffnung_G	,9111	15	,26627	,06875
PosVeränderung_G	,9333	15	,36078	,09315

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Sorgen_G & NegVeränderung_G	15	,817	,000
Pair 2 Hoffnung_G & PosVeränderung_G	15	,677	,006

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	95% Confidence Interval of the Difference							
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1 Sorgen_G - NegVeränderung_G	,11111	,20574	,05312	-,00282	,22504	2,092	14	,055
Pair 2 Hoffnung_G - PosVeränderung_G	-,02222	,26627	,06875	-,16968	,12523	-,323	14	,751

- Sorgen nahmen von ersten Zeitpunkt zum zweiten ab, diese Abnahme erreichte jedoch nicht das Signifikanzniveau: $t(14)=2.092, p>.05$
- Konsistent mit der ersten Aussage, Hoffnungen nahmen vom ersten Zeitpunkt zum zweiten zu, diese Zunahme erreichte jedoch ebenfalls nicht das Signifikanzniveau: $t(14)=-0.323, p>.05$.
- Auswertung des Einstellungsfragebogens

Vergleich der Einschätzung zwischen dem ersten und zweiten Zeitpunkt.

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Einstellung	7,3333	15	2,12692	,54917
Einstellung_2	7,7333	15	2,05171	,52975
Pair 2 Vorteile	60,0769	13	11,03375	3,06021
Vorteile_2	62,6923	13	22,04308	6,11365
Pair 3 Vorteile_Nachteile	1,6878	13	,73362	,20347
Vorteile_2Nachteile_2	3,0950	13	2,99861	,83166

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Einstellung & Einstellung_2	15	,136	,628
Pair 2 Vorteile & Vorteile_2	13	,098	,749
Pair 3 Vorteile_Nachteile & Vorteile_2Nachteile_2	13	,099	,747

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	95% Confidence Interval of the Difference							
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1 Einstellung - Einstellung_2	-,40000	2,74643	,70912	-1,92092	1,12092	-,564	14	,582
Pair 2 Vorteile - Vorteile_2	-2,61538	23,65917	6,56187	-16,91248	11,68171	-,399	12	,697
Pair 3 Vorteile_Nachteile - Vorteile_2Nachteile_2	-1,40721	3,01562	,83638	-3,22952	,41511	-1,682	12	,118

- Keine signifikante Veränderung der Einschätzung vom ersten zum zweiten Zeitpunkt: $t(14)=-0.564, p>.05$
- Kein signifikanter Unterschied in Bezug auf Vorteile sowie das Verhältnis zwischen Vorteilen und Nachteilen: $t(12)=-0.399, p>.05; t(12)=-1.682, p>.05$.

2. Patientengruppe

- Vergleich der Kategorien zwischen dem ersten und zweiten Zeitpunkt → nur Kategorien, die zwischen dem ersten und zweiten Zeitpunkt übereinstimmen.

		Mean	Std. Deviation	95% Lower Upper Mean	Lower	Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	Fachklinik_KonzeptWerte - Fachklinik_Konzepte Werte_2	,207	,412	,077	,050	,364	2,703	28	,012
Pair 2	Fachklinik_LageStruktur - Fachklinik_LageStruktur_2	,241	,435	,081	,076	,407	2,985	28	,006
Pair 3	Fachklinik_Lob - Fachklinik_Lob_2	-,069	,258	,048	-,167	,029	-1,440	28	,161
Pair 4	SubstituiertePatienten_WenigerBereit - SubstituiertePatienten_WenigerBereit_2	,207	,412	,077	,050	,364	2,703	28	,012
Pair 5	SubstituiertePatienten_WenigerFähig - SubstituiertePatienten_WenigerFähig_2	,207	,412	,077	,050	,364	2,703	28	,012
Pair 7	SubstituiertePatienten_Subjektives - SubstituiertePatienten_Subjektives_2	-,379	,494	,092	-,567	-,191	-4,137	28	,000
Pair 8	WichtigInTherapie_MaßnahmenStruktur - WichtigInTherapie_MaßnahmenStruktur_2	-,034	,680	,126	-,293	,224	-,273	28	,787
Pair 9	WichtigInTherapie_Beziehungen - WichtigInTherapie_Beziehungen_2	,310	,471	,087	,131	,489	3,550	28	,001
Pair 10	WichtigInTherapie_Selbstbesinnung - WichtigInTherapie_Selbstbesinnung_2	,069	,258	,048	-,029	,167	1,440	28	,161
Pair 11	Auswirkung_positiv - Auswirkung_positiv_2	-,172	,384	,071	-,319	-,026	-2,415	28	,023
Pair 12	Auswirkung_neutral - Auswirkung_neutral_2	-,345	,484	,090	-,529	-,161	-3,839	28	,001
Pair 13	Auswirkung_direkt - Auswirkung_direkt_2	,138	,351	,065	,004	,271	2,117	28	,043
Pair 14	Auswirkung_indirekt - Auswirkung_indirekt_2	,241	,435	,081	,076	,407	2,985	28	,006
Pair 15	Wünsche_Getrennte Bereiche - Wünsche Getrennte	-,138	,351	,065	-,271	-,004	-2,117	28	,043

- Eine signifikante Abnahme der Aussagenanzahl in Bezug auf Fachklinik und ihre Konzepte und Werte sowie die Länge und Struktur: $t(28)=2.703, p<.05; t(28)=2.985, p<.01$.
- Eine signifikante Abnahme der Anzahl der Aussagen darüber, dass substituierte Patienten weniger motiviert und weniger fähig sind: $t(28)=2.703, p<.05; t(28)=2.703, p<.05$.
- Eine signifikante Zunahme der Anzahl der Aussagen mit subjektiver Einschätzung substituierter Patienten: $t(28)=-4.137, p<.001$
- Eine signifikante Abnahme der Anzahl der Aussagen über die Bedeutung der Beziehungen in der Therapie: $t(28)=3.550, p<.001$
- Eine signifikante Zunahme der Anzahl der Aussagen über positive und neutrale Auswirkung der substituierten Patienten auf eigene Therapie: $t(28)=-2.415, p<.05; t(28)=-3.839, p<.001$

- Konsistent mit der vorherigen Aussage: eine signifikante Abnahme der Anzahl der Aussagen über direkte und indirekte negative Auswirkung der substituierten Patienten auf eigene Therapie: $t(28)=2.117$, $p<.05$; $t(28)=2.985$, $p<.01$.
- Eine signifikante Zunahme der Wünsche, getrennte Bereiche zu haben: $t(28)=-2.117$, $p<.05$.

Vergleich der Einschätzung vom ersten zum zweiten Zeitpunkt.

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Einstellung	3,1364	22	3,53615	,75391
Einstellung_2	6,5909	22	3,85028	,82088
Pair 2 Vorteile	28,8235	17	23,94847	5,80836
Vorteile_2	45,2941	17	32,99955	8,00357
Pair 3 Vorteile_Nachteile	,6275	16	,62771	,15693
Vorteile_2Nachteile_2	1,9432	16	2,96147	,74037

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Einstellung & Einstellung_2	22	-,345	,115
Pair 2 Vorteile & Vorteile_2	17	-,055	,834
Pair 3 Vorteile_Nachteile & Vorteile_2Nachteile_2	16	,054	,841

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
				95% Confidence Interval of the Difference				
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1 Einstellung - Einstellung_2	-3,45455	6,06102	1,29221	-6,14185	-,76724	-2,673	21	,014
Pair 2 Vorteile - Vorteile_2	-16,47059	41,82421	10,14386	-37,97461	5,03344	-1,624	16	,124
Pair 3 Vorteile_Nachteile - Vorteile_2Nachteile_2	-1,31572	2,99369	,74842	-2,91095	,27950	-1,758	15	,099

- Eine signifikante Zunahme der Einschätzung vom ersten zum zweiten Zeitpunkt: $t(21)=-2.673$, $p<.05$
- Kein signifikanter Unterschied in Bezug auf Vorteile sowie das Verhältnis zwischen Vorteilen und Nachteilen: $t(16)=-1.624$, $p>.05$; $t(15)=-1.758$, $p>.05$.

3. Mitarbeiter- vs. Patientengruppe

ANOVA

- Vergleich aller Kategorien und zwischen dem ersten und zweiten Zeitpunkt, die für beide Gruppen und beide Zeitpunkte gleich blieben.

Kategorie: Fachklinik_Struktur:

Faktor Zeitpunkt: Vergleich zwischen dem ersten und zweiten Zeitpunkt

Gruppenzugehörigkeit: Patienten- vs. Mitarbeitergruppe

Descriptive Statistics

Gruppenzugehörigkeit		Mean	Std. Deviation	N
Fachklinik_LageStruktur	Mitarbeiter	1,40	,507	15
	Patienten	,90	,818	29
	Total	1,07	,625	44
Fachklinik_LageStruktur_2	Mitarbeiter	2,00	,000	15
	Patienten	,66	,484	29
	Total	1,11	,754	44

Multivariate Tests^b

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
zeitpunkt	Pillai's Trace	,125	5,993 ^a	1,000	42,000	,019
	Wilks' Lambda	,875	5,993 ^a	1,000	42,000	,019
	Hotelling's Trace	,143	5,993 ^a	1,000	42,000	,019
	Roy's Largest Root	,143	5,993 ^a	1,000	42,000	,019
zeitpunkt * Gruppenzugehörigkeit	Pillai's Trace	,440	32,989 ^a	1,000	42,000	,000
	Wilks' Lambda	,560	32,989 ^a	1,000	42,000	,000
	Hotelling's Trace	,785	32,989 ^a	1,000	42,000	,000
	Roy's Largest Root	,785	32,989 ^a	1,000	42,000	,000

a. Exact statistic

b. Design: Intercept + Gruppenzugehörigkeit
Within Subjects Design: zeitpunkt

- Ein signifikanter Unterschied von dem ersten zum zweiten Zeitpunkt in beiden Gruppen: Haupteffekt des Faktors Zeitpunkt: $F(1,42)=5.993$, $p<.05$
- Eine signifikante Abnahme in der Patientengruppe sowie eine signifikante Zunahme der Aussagenanzahl in der Mitarbeitergruppe: Interaktion der Faktoren Zeitpunkt und Gruppenzugehörigkeit: $F(1,42)=32.989$, $p<.001$.

Kategorie: Aussagen zu substituierten Patienten_WenigerBereit

Descriptive Statistics

Gruppenzugehörigkeit		Mean	Std. Deviation	N
SubstituiertePatienten_WenigerBereit	Mitarbeiter	,47	,516	15
	Patienten	,24	,435	29
	Total	,32	,471	44
SubstituiertePatienten_WenigerBereit_2	Mitarbeiter	,13	,352	15
	Patienten	,03	,186	29
	Total	,07	,255	44

Multivariate Tests^b

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
zeitpunkt	Pillai's Trace	,263	14,976 ^a	1,000	42,000	,000
	Wilks' Lambda	,737	14,976 ^a	1,000	42,000	,000
	Hotelling's Trace	,357	14,976 ^a	1,000	42,000	,000
	Roy's Largest Root	,357	14,976 ^a	1,000	42,000	,000
zeitpunkt * Gruppenzugehörigkeit	Pillai's Trace	,019	,820 ^a	1,000	42,000	,370
	Wilks' Lambda	,981	,820 ^a	1,000	42,000	,370
	Hotelling's Trace	,020	,820 ^a	1,000	42,000	,370
	Roy's Largest Root	,020	,820 ^a	1,000	42,000	,370

a. Exact statistic

b. Design: Intercept + Gruppenzugehörigkeit
Within Subjects Design: zeitpunkt

- Ein signifikanter Unterschied von dem ersten zum zweiten Zeitpunkt in beiden Gruppen: Haupteffekt des Faktors Zeitpunkt: $F(1,42)=14.976$, $p<.001$

- Kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen, Abnahme in beiden Gruppen: keine signifikante Interaktion der Faktoren Zeitpunkt und Gruppenzugehörigkeit: $F(1,42)=0.820$, $p>.05$.
- In beiden Gruppen eine signifikante Abnahme der Aussagen darüber, dass substituierte Patienten weniger bereit sind.

Kategorie: Aussagen zu substituierten Patienten_WenigerFähig

Descriptive Statistics				
Gruppenzugehörigkeit		Mean	Std. Deviation	N
SubstituiertePatienten_ WenigerFähig	Mitarbeiter	,80	,414	15
	Patienten	,93	,651	29
	Total	,89	,579	44
SubstituiertePatienten_ WenigerFähig_2	Mitarbeiter	,67	,488	15
	Patienten	,72	,455	29
	Total	,70	,462	44

Multivariate Tests ^b						
Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
zeitpunkt	Pillai's Trace	,150	7,404 ^a	1,000	42,000	,009
	Wilks' Lambda	,850	7,404 ^a	1,000	42,000	,009
	Hotelling's Trace	,176	7,404 ^a	1,000	42,000	,009
	Roy's Largest Root	,176	7,404 ^a	1,000	42,000	,009
zeitpunkt * Gruppenzugehörigkeit	Pillai's Trace	,008	,346 ^a	1,000	42,000	,559
	Wilks' Lambda	,992	,346 ^a	1,000	42,000	,559
	Hotelling's Trace	,008	,346 ^a	1,000	42,000	,559
	Roy's Largest Root	,008	,346 ^a	1,000	42,000	,559

a. Exact statistic

b. Design: Intercept + Gruppenzugehörigkeit
Within Subjects Design: zeitpunkt

- Ein signifikanter Unterschied von dem ersten zum zweiten Zeitpunkt in beiden Gruppen: Haupteffekt des Faktors Zeitpunkt: $F(1,42)=7.404$, $p<.01$
- Kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen, Abnahme in beiden Gruppen: keine signifikante Interaktion der Faktoren Zeitpunkt und Gruppenzugehörigkeit: $F(1,42)=0.346$, $p>.05$.
- In beiden Gruppen eine signifikante Abnahme der Aussagen darüber, dass substituierte Patienten weniger fähig sind.

Vergleich der Einschätzung zwischen dem ersten und zweiten Zeitpunkt unter Berücksichtigung der Gruppenzugehörigkeit.

Between-Subjects Factors

Gruppenzugehörigkeit	Value	Label	N
1		Mitarbeiter	15
2		Patienten	22

Descriptive Statistics

Gruppenzugehörigkeit	Mean	Std. Deviation	N	
Einstellung	Mitarbeiter	7,3333	2,12692	15
	Patienten	3,1364	3,53615	22
	Total	4,8378	3,66298	37
Einstellung_2	Mitarbeiter	7,7333	2,05171	15
	Patienten	6,5909	3,85028	22
	Total	7,0541	3,25701	37

Multivariate Tests^b

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	
zeitpunkt	Pillai's Trace	,131	5,288 ^a	1,000	35,000	,028
	Wilks' Lambda	,869	5,288 ^a	1,000	35,000	,028
	Hotelling's Trace	,151	5,288 ^a	1,000	35,000	,028
	Roy's Largest Root	,151	5,288 ^a	1,000	35,000	,028
zeitpunkt * Gruppenzugehörigkeit	Pillai's Trace	,087	3,321 ^a	1,000	35,000	,077
	Wilks' Lambda	,913	3,321 ^a	1,000	35,000	,077
	Hotelling's Trace	,095	3,321 ^a	1,000	35,000	,077
	Roy's Largest Root	,095	3,321 ^a	1,000	35,000	,077

a. Exact statistic

b. Design: Intercept + Gruppenzugehörigkeit
Within Subjects Design: zeitpunkt

GLM

- Eine Zunahme der Einschätzung in beiden Gruppen: Haupteffekt des Faktors Zeitpunkt: $F(1,35)=5.288$, $p<.05$.
- Keine signifikanten Unterschiede zwischen der Patienten- und Mitarbeitergruppe in Bezug auf die Veränderung der Einschätzung: keine signifikante Interaktion der Faktoren Zeitpunkt (Vergleich zwischen dem ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt) und Gruppenzugehörigkeit: $F(1,35)=3.321$, $p>.05$.

Vergleich der Vorteile und Nachteile zwischen dem ersten und zweiten Zeitpunkt unter Berücksichtigung der Gruppenzugehörigkeit.
Deskriptiv

Descriptive Statistics

Gruppenzugehörigkeit		Mean	Std. Deviation	N
Vorteile	Mitarbeiter	60,0769	11,03375	13
	Patienten	28,8235	23,94847	17
	Total	42,3667	24,79778	30
Vorteile_2	Mitarbeiter	62,6923	22,04308	13
	Patienten	45,2941	32,99955	17
	Total	52,8333	29,64396	30
Nachteile	Mitarbeiter	39,9231	11,03375	13
	Patienten	71,1765	23,94847	17
	Total	57,6333	24,79778	30
Nachteile_2	Mitarbeiter	37,3077	22,04308	13
	Patienten	54,7059	32,99955	17
	Total	47,1667	29,64396	30

Between-Subjects Factors

Gruppenzugehörigkeit	Value Label	N
1	Mitarbeiter	13
2	Patienten	16

Descriptive Statistics

Gruppenzugehörigkeit		Mean	Std. Deviation	N
Vorteile_Nachteile	Mitarbeiter	1,6878	,73362	13
	Patienten	,6275	,62771	16
	Total	1,1028	,85424	29
Vorteile_2Nachteile_2	Mitarbeiter	3,0950	2,99861	13
	Patienten	1,9432	2,96147	16
	Total	2,4595	2,98191	29

Multivariate Tests^b

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
zeitpunkt	Pillai's Trace	,179	5,895 ^a	1,000	27,000	,022
	Wilks' Lambda	,821	5,895 ^a	1,000	27,000	,022
	Hotelling's Trace	,218	5,895 ^a	1,000	27,000	,022
	Roy's Largest Root	,218	5,895 ^a	1,000	27,000	,022
zeitpunkt * Gruppenzugehörigkeit	Pillai's Trace	,000	,007 ^a	1,000	27,000	,936
	Wilks' Lambda	1,000	,007 ^a	1,000	27,000	,936
	Hotelling's Trace	,000	,007 ^a	1,000	27,000	,936
	Roy's Largest Root	,000	,007 ^a	1,000	27,000	,936

a. Exact statistic

b. Design: Intercept + Gruppenzugehörigkeit
Within Subjects Design: zeitpunkt

- Eine Zunahme der Vorteile bei einer gleichzeitigen Abnahme der Nachteile in beiden Gruppen: Haupteffekt des Faktors Zeitpunkt (Vergleich des Verhältnisses zwischen dem ersten und zweiten Zeitpunkt: $F(1,27)=5.288$, $p<.05$).
- Keine signifikanten Unterschiede zwischen der Patienten- und Mitarbeitergruppe in Bezug auf das Verhältnis zwischen Vorteilen und Nachteilen: keine signifikante

Interaktion der Faktoren Zeitpunkt(Vergleich zwischen dem ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt) und Gruppenzugehörigkeit: $F(1,27)=0.007$, $p>.05$.

9. Signifikanznachweise zu soziometrischen Indizes

1. Positiver sozialer Status: substituierte Gruppe vs. nicht-substituierte Gruppe

S+= 0,49

N = 14

SD = 0,47

S+=1,06

N=110

SD=0,53

$t(122)=-3.851, p<.05$

Substituierte Patienten weisen einen signifikant niedrigeren positiven sozialen Status als nicht-substituierte Patienten auf.

2. Negativer sozialer Status: substituierte Gruppe vs. nicht-substituierte Gruppe

S-=1,76

N=14

SD=1,25

S-=0,9

N=110

SD=0,9

$t(122)= 3.197, p<.05$

Substituierte Patienten weisen einen signifikant höheren negativen sozialen Status als nicht-substituierte Patienten auf.

3. Wahrnehmung: substituierte Gruppe vs. nicht-substituierte Gruppe

W=1,12

N=14

SD=0,74

W=0,98

N=110

SD=0,71

$t(122)=0,693, p>.05$

Kein signifikanter Unterschied

4. Positiver sozialer Status: substituierte Gruppe vs. ausländische Gruppe

S+=0,49

N=14

SD=0,47

S+=1

N=13

SD=0,61

$t(25)=-2,463, p<.05$

Substituierte Patienten weisen einen signifikant niedrigeren positiven sozialen Status als ausländische Patienten auf.

5. Negativer sozialer Status: substituierte Gruppe vs. ausländische Gruppe

S=-1,76

N=14

SD=1,25

S=-0,79

N=13

SD=0,93

$t(25)=2,272, p<.05$

Substituierte Patienten weisen einen signifikant höheren negativen sozialen Status als nicht-substituierte Patienten auf.

6. Positiver sozialer Status: ausländische Gruppe vs. nicht-substituierte Gruppe

S+=1,06

N=110

SD=0,53

S+=1

N=13

SD=0,61

$t(121)=0,379, p>.05$

Kein signifikanter Unterschied

7. Negativer sozialer Status: ausländische Gruppe vs. nicht-substituierte Gruppe

S=-0,9

N=110

SD=0,9

S=-0,79

N=13

SD=0,93

$t(121)=0,415, p>.05$

Kein signifikanter Unterschied.

10. Tabelle der untersuchten Patienten

Substituierte Patienten									
N=7	Alter b. Aufn.	Berufserfahrung	Hafterschaft	Entl.	Dauer Abhgk	Weitere Diagnosen	ICF Auf	ICF Entl.	35er
WSub	49 J	15 J	2 J	Reg.	30 J	2	20	11	Nein
CSub	42 J	10 J	3 J	Abb.	23 J	1	18	20	Ja
HSub	52 J	11 J	17 J	Verl. ¹	35 J	3	19	12	Ja
SSub	30 J	6 J	2 J	Reg.	10 J	-	14	14	Ja
TSub	33 J	4 J	1 J	Reg.	12 J	-	14	7	Ja
KSub	34 J	8 J	4 J	Lfd.	16 J	1	16	11	Nein
BSub	40 J	8 J	5 J	Lfd.	10 J	2	18	16	Ja
Mittelw.	40 J	8,86 J	4,86 J		19,43 J	1,29	17,0	13,0	
Standard-abw.	8,31	3,58	5,52		10,1	1,11	2,38	4,16	
Prozent-Verteilung				42,8% Pos. 28,6% Neg. 28,6% Lfd.					71,4% Ja, 28,6% Nein
Opiat-Abhängige									
N=51	Alter b. Aufn.	Berufserfahrung	Hafterschaft	Entl.-form	Dauer Abhgk	Weitere Diagnosen	ICF Auf	ICF Entl.	35er
AOp1	34 J	15 J	2 J	Reg.	17 J	-	8	11	Ja
AOp2	38 J	10 J	3 J	Reg.	10 J	-	17	5	Ja
AOp3	22 J	1 J	0 J	Abb.	4 J	1	15	15	Nein
AOp4	36 J	12 J	2 J	Lfd.	21 J	2	21	11	Nein
AOp5	21 J	3 J	1 J	Reg.	4 J	-	14	7	Ja
AOp6	43 J	10 J	2 J	Reg.	5 J	1	12	12	Ja
BOp7	27 J	6 J	2 J	Diss.	3 J	1	10	10	Ja
BOp8	27 J	6 J	2 J	Diss.	3 J	1	10	10	Ja
BOp9	34 J	4 J	9 J	Lfd.	16 J	1	10	3	Ja
BOp10	38 J	1 J	11 J	Lfd.	13 J	1	14	8	Nein
BOp11	34 J	3 J	10 J	Reg.	18 J	-	19	6	Nein
BOp12	34 J	1 J	0 J	Abb.	10 J	1	27	25	Nein
BOp13	29 J	1 J	7 J	Reg.	9 J	-	15	6	Ja
BOp14	55 J	17 J	13 J	Reg.	36 J	1	11	5	Ja
BOp15	21 J	2 J	0 J	Lfd.	5 J	1	16	16	Nein
COp16	45 J	5 J	9 J	Reg.	25 J	1	20	19	Ja
COp17	34 J	8 J	2 J	Verl. ¹	6 J	-	17	14	Ja
COp18	54 J	15 J	4 J	Reg.	22 J	1	10	4	Ja
DOp19	43 J	15 J	4 J	Diss.	21 J	-	17	18	Ja
Dop20	30 J	1 J	6 J	Abb.	16 J	1	23	23	Ja

¹ Ins Krankenhaus verlegt und dort die Behandlung abgebrochen.

Dop21	35 J	5J	7J	Abb.	15 J	3	17	11	Ja
EOp22	37 J	1 J	17 J	Abb.	20 J	-	16	17	Ja
FOp23	29 J	6 J	2 J	Lfd.	7 J	-	10	5	Ja
FOp24	38 J	8 J	3 J	Reg.	20 J	1	10	6	Ja
FOp25	25 J	2 J	7 J	Diss.	11 J	-	15	14	Ja
FOp26	25 J	2 J	7 J	Lfd.	11 J	-	16	12	Ja
GOp27	35 J	5 J	9 J	Lfd.	17 J	1	9	9	Ja
GOp28	55 J	26 J	0 J	Lfd.	34 J	2	9	13	Nein
HOp29	29 J	6 J	1 J	Diss.	5 J	-	9	9	Ja
HOp30	41 J	6 J	2 J	Diss.	20 J	1	11	17	nein
HOp31	41 J	6 J	2 J	Lfd.	20 J	0	17	13	nein
HOp32	47 J	6 J	7 J	Lfd.	25 J	1	13	10	Ja
IOp33	37 J	3 J	2 J	Reg.	19 J	1	17	9	Ja
KOp34	29 J	5 J	1 J	Diss.	4 J	1	15	13	Ja
KOp35	49 J	10 J	13 J	Diss.	32 J	2	22	18	Ja
KOp36	37 J	2 J	6 J	Diss.	11 J	1	23	21	Ja
LOp37	46 J	15 J	1 J	Diss.	6 J	-	15	15	Nein
LOp38	40 J	7 J	6 J	Lfd.	20 J	1	21	13	Ja
LOp39	28 J	3 J	1 J	Diss.	13 J	1	16	16	Nein
MOp40	35 J	10 J	0 J	Abb.	5 J	1	14	10	Nein
NOp41	27 J	2 J	2 J	Lfd.	9 J	1	14	15	Ja
POp42	36 J	10 J	2 J	Lfd.	17 J	1	15	15	Nein
SOp43	25 J	1 J	3 J	Lfd.	8 J	-	11	7	Ja
SOp44	43 J	7 J	8 J	Lfd.	26 J	3	16	16	Nein
SOp45	43 J	2 J	7 J	Abb.	24 J	1	19	13	Nein
ROp46	29 J	4 J	3 J	Lfd.	12 J	1	14	14	Ja
ROp47	51 J	2 J	2 J	Abb.	23 J	1	17	11	Nein
TOp48	33 J	4 J	6 J	Reg	16 J	1	19	11	Ja
TOp49	48 J	13 J	9 J	Lfd.	24 J	-	13	13	Ja
TOp50	40 J	10 J	3 J	Abb.	8 J	-	19	18	Nein
WOp51	31 J	1 J	4 J	Reg.	15 J	-	12	7	Ja
Mittelwert	36,14 J	6,39 J	4,55 J		14,92 J	0,78	15,1	12,1	
Standard-abw.	8,75	5,28	3,92		8,35	0,76	4,24	4,93	
Prozent-Verteilung				26% Pos. 42% Neg. 34% Lfd.					66,7% Ja 33,3% Nein

Nicht Opiat-Abhängige

N=23	Alter b. Aufn.	Berufserfahrung	Hafterschaft	Entl.-form	Dauer Abhgk	Weitere Diagnosen	ICF Auf	ICF Entl.	35er
ANOp1	36 J	2 J	10J	Diss.	11 J	-	28	12	Ja
ANOp2	39 J	2 J	11 J	Reg.	17 J	1	18	9	Ja
ANOp3	37 J	12 J	7 J	Reg.	20 J	-	15	8	Ja
BNOp4	37 J	10 J	1 J	Lfd.	19 J	1	18	8	Nein
BNOp5	42 J	7 J	3 J	Abb.	28 J	-	13	14	Nein

BNOp6	29 J	4 J	1 J	Reg.	11 J	-	18	9	Nein
DNOp7	35 J	2 J	3 J	Abb.	15 J	-	19	19	Nein
ENOp8	21 J	0 J	6 J	Diss.	4 J	-	21	21	JA
FNOp9	44 J	17 J	7 J	Reg.	18 J	1	16	4	Nein
FNOp10	54 J	21 J	6 J	Reg.	33 J	1	11	4	Ja
GNOp11	31 J	3 J	9 J	Lfd.	13 J	-	19	13	Ja
GNOp12	39 J	0 J	11 J	Reg.	11 J	-	16	9	Ja
HNOp13	27 J	0 J	7 J	Abb.	2 J	1	18	18	Ja
HNOp14	32 J	3 J	2 J	Abb.	14 J	1	18	18	Nein
HNOp15	26 J	1 J	4 J	Reg.	11 J	1	23	16	Ja
HNOp16	33 J	2 J	9 J	Reg.	13 J	1	15	7	Ja
LNOp17	25 J	5 J	1 J	Reg.	12 J	-	18	10	Ja
MNOp18	40 J	18 J	2 J	Lfd.	7 J	-	3	4	Ja
KNOp19	41 J	3 J	11 J	Reg.	19 J	-	9	4	Ja
RNOp20	32 J	8 J	2 J	Abb.	13 J	-	21	21	Nein
SNOp21	31 J	0 J	6 J	Abb.	8 J		18	15	Ja
SNOp22	48 J	6 J	15 J	Reg.	16 J	-	18	9	Ja
SNOp23	30 J	12 J	2 J	Reg.	14 J	1	12	8	Nein
Mittelwert	35,17 J	6,0 J	5,91 J		14,3 J	0,39	16,7 4	11,30	
Standard- abw.	7,74	6,21	4,01		6,88	0,49	5,0	5,52	
Prozent. Verteilung				52,2% Pos. 34,8% Neg. 13% Lfd.					65,2% Ja 34,8% Nein
Gesamtheit									
N=81	Alter b. Aufn.	Berufserfah- rung	Hafter fahrun- g	Entl.- form	Dauer Abhgk	Weitere Diagnos- en	ICF Auf	ICF ²	35er
Mittelwert	36,2 J	6,49 J	4,96 J		15,14 J	0,70	15,7 2	11,97	
Standard- abw.	8,43	5,43	4,08		8,13	0,77	4,39	5,01	
Prozent. Verteilung				34,5% Pos. 38,3% Neg. 27,2% Lfd.					65,4% Ja 34,6% Nein
10 Patienten, die weniger als 1 Monate an der Therapie teilnahmen, wurden nicht in die Auswertung einbezogen									

² Bei Entlassung oder 11/2011 bei laufender Behandlung und mind. einmonatiger Behandlungsteilnahme

11. Interviewtranskripte

Die Tabelle zeigt die durchgeführten Interviews mit den substituierten Patienten. Die Transkripte der Gespräche finden sich in der Reihenfolge der Auflistung in der Tabelle.

Patient	1. Interview	2. Interview	3. Interview	Behandlungsende
W.	X	X	X	Regulär
H.	X	X	-	Verlegt
C.	X	X	-	Abbruch
T.	X	X	X	Regulär
S.	X	X	X	Regulär ³
K.	X	X	-	Noch laufend
B.	X	-	-	Noch laufend

Tabelle Übersicht über die Gespräche

Interview W1

Interviewer: Der Plan ist im Prinzip, dass Sie einfach erzählen zu Ihrem Befinden, was sie bisher für Fortschritte gemacht haben, auch vielleicht im Hinblick auf das Institut und wie Ihr Empfinden ist, für sich, für Ihre Therapie und für Ihre Umwelt – so eine kleine Gesamtschau.

Patient: Ja, dann fang ich mal damit an, dass ich ja draußen schon fast auf Null war, ich wollte ja eigentlich gar nicht der Erste sein, der hier substituiert reinkommt. So mehr oder weniger im Mittelpunkt stehen, das ist mir unangenehm, ich steh immer lieber außerhalb und am Rand. Nun musste ich ja unbedingt noch rückfällig werden, damit ich mit der Substitution wieder von Vorne beginnen durfte. Methadon oder Polamidon nehme ich ja nicht mehr, weil ich das ja nicht vertrage, ich habe psychische Probleme und diese Substanzen verstärken dies auf ein unerträgliches Maß, deswegen kommt für mich nur Subutex® in Frage. Die Erfahrungen, die ich bisher gemacht habe mit dem Ausschleichen, also das geht ja jetzt seit über eineinhalb Jahren so, dass ich ausgeschlichen hab, rückfällig, wieder von Vorne angefangen mit der Substitution. Entweder war ich fertig mit Ausschleichen oder kurz davor, rückfällig, wenn man das langsam und vorsichtig ausschleicht, Subutex®, weiß ich, hat man überhaupt keine Entzugserscheinungen, gar nichts, also die kleinste Einheit an Tabletten sind ja 0,4mg und da passiert gar nichts, da hat man überhaupt keinen Entzug. Also nicht vergleichbar mit Methadon. Ich wurde einmal im Neuköllner Krankenhaus ausgeschlichen, da haben die mich bei 2mg auf null gesetzt, da hat man Entzug, nicht so schlimm wie bei Methadon, aber so viel besser war das auch nicht. Und das Ergebnis war dann auch, als die mich nach 5 Tagen entlassen haben, lag ich sofort flach, rückfällig. Ich wäre auch schon

³ Der Patient wurde bis zum Behandlungsende nach zwischenzeitlicher zweiwöchiger Abdosierung weiter substituiert.

früher gegangen, weil ich den Entzug nicht haben wollte, aber ich lag auf der geschlossenen Station wegen einer Abzessbehandlung und ich konnte da nicht abhauen. Aber ich bin mitsamt Rucksack, Reisetasche zum Krankenhaus. Hauptsache der Entzug hört nach 5 Tagen endlich auf.

Wie's mir hier im Haus damit geht, ja ich fühl mich unwohl dabei, hier der einzige zu sein, der noch, so sieht's vielleicht der ein oder andere, Drogen kriegt, obwohl Subutex® überhaupt nicht dicht macht, breit macht. Man merkt da überhaupt nichts, gar nichts. Ob ich jetzt morgens aufstehe und mich ganz normal fühl oder ne Stunde nachdem ich die Tablette genommen hab, da ist kein Unterschied. Angefeindet werde ich nur von einem Kokser deswegen. Der sieht's wohl irgendwie so, dass ich, ja ein Loser bin...

Interviewer: Wer ist denn das?

Patient: W-. Ich hab's nicht geschafft, wie alle anderen hier schließlich auch, entgiftet zu kommen. Der sieht's auch so, dass die Zeit, wo ich hier substituiert werde, mit Therapie nichts zu tun hat, weil ich in seinen Augen ja sowieso dicht bin. Aber ich fühle mich schon anders, das kann er ja in mir nicht sehen.

Interviewer: Welche Gefühle sind anders?

Patient: Ja natürlich, ich bin klar im Kopf. Völlig klar im Kopf.

Interviewer: Klar im Kopf, gut, natürlich sind wir schon ein bisschen älter geworden seit ihrer Therapie damals, dass ist natürlich an uns beiden nicht vorbei gegangen, aber ich erlebe keinen grundsätzlichen Unterschied bei uns.

Patient: Nö, von daher ist mir schon irgendwie so ein Stück weit unwohl in meiner Haut, dass ich kurz vor Therapiebeginn, ich hätte ja am 10. kommen können, noch mal rückfällig werden musste. Ansonsten finde ich das persönlich sehr gut, diese Möglichkeit, hier Entgiftung mit Therapie zu verbinden. Weil man hier wesentlich langsamer ausgeschlichen wird, als die das im Krankenhaus machen und man erspart sich damit doch einiges, mit diesen ganzen Entzugserscheinungen. Dass ich jetzt hier *so* langsam ausgeschlichen werde, ist nicht in meinem Sinne.

Interviewer: Es sollte und könnte also schneller vorangehen?

Patient: Ja, nur einmal in der Woche finde ich sehr langsam. Und müsste auch nicht sein.

Interviewer: Wie weit sind Sie jetzt?

Patient: Ja so bei 4.

Interviewer: Bei 4. Ja das ist aber schon erheblich.

Patient: Ja, aber wenn man zweimal in der Woche runterdosieren würde, da würd ich auch nichts von merken. Im Krankenhaus reduzieren sie gnadenlos jeden Tag runter. Aber selbst im Krankenhaus, die Entzugserscheinungen fingen erst an am ersten Null-Tag. Selbst bei 2mg, immer noch nichts gemerkt. Aber der zweite Tage, der wurde dann ungemütlich.

Interviewer: Das ist der der Spiegel, der Körper denkt ja...

Patient: Ja, von daher merk ich auch nie am ersten Tag, wo ich runterdosiert werde, merke ich grundsätzlich nichts. Da ist der Körper sage ich mal, noch gesättigt und der Spiegel so aufgebaut, dass ich da gar nichts von merke. Ja, was möchten Sie denn sonst noch wissen?

Interviewer: Mich würde interessieren; ist es eine große Hürde, von 0,4 auf 0 zu kommen. Fühlen Sie sich denn von den anderen, also bis auf diesen einen genannten Herrn, angenommen und auf Augenhöhe akzeptiert?

Patient: Ich weiß nicht, sie sagen ja auch nicht ehrlich, was sie denken. R. sagte gestern, er wäre nicht der einzige, der so reden würde wie er. Weiß ich nicht ob das stimmt. Herr W. sagte mir mal, als wir uns so darüber unterhalten haben, dass manche da neidisch drauf wären, dass ich hier sozusagen noch Drogen kriegen würde und ich hatte ihn dann wohl auch angesprochen und gesagt, ja wieso sprechen die Leute mich denn nicht direkt an, dann kann man sich doch darüber unterhalten, kann man doch darüber reden und dann kriegte ich zur Antwort: „Ja, dann werden die dir wohl irgendwie sagen.“ oder wie er sich ausgedrückt hat. Also die würden mich niemals direkt ansprechen. Von daher weiß ich nicht, wer das jetzt so sieht, dass man da neidisch drauf sein muss, wenn jemand noch substituiert wird. Ich finde da nichts Beneidenswertes dran. Zumal ich da ja gar nichts von hab, es macht ja nichts.

Interviewer: Ich glaube, der einzige der vielleicht neidisch ist, ist der Herr W, weil der ja lange Zeit ..., na ja, der war ja überwiegend medikamentenabhängig. Ich glaube, der hat da wahrscheinlich tatsächlich irgendwo ein Problem im Sinne von Neid oder dass er Suchtdruck verspürt, also das könnte ich mir vorstellen, aber das ist für ihn doch eine Chance, sich damit auseinanderzusetzen. Haben Sie jetzt diese Rückmeldung schon mal bekommen?

Patient: Na, es redet ja keiner offen mit mir. Herr S. hat mich mal darauf angesprochen, so wie das jetzt ist mit der Substitution und dann hab ich mich mit ihm ganz normal unterhalten. Heute Morgen hab ich mich noch wieder mit ihm unterhalten. Über das Ausschleichen. Und was mich einfach so am meisten animieren wird, mein Vater hat mir ja immer gesagt, ich sei dumm, ich taue nichts, ich lande in der Gosse, und das hat mich ja schon immer fertig gemacht, diese Minderwertigkeitskomplexe, wenn man das lange genug erzählt kriegt, du bist doof, dann glaubt man das. Deswegen bin ja dann auch mal früher zur Abendschule gegangen, um meinen Hauptschulabschluss nachzumachen und Mittlere Reife habe ich dann noch nachgemacht. Ich war grad bei der Schule und da hab ich gedacht, jetzt packst du das an. Und weil ich dachte, dadurch könnte ich die Minderwertigkeitskomplexe... das würd mir helfen. Hat mir natürlich nicht geholfen. Und wenn ich heute so behandelt werde, wenn die Leute denken, ich bin dicht, dann setze ich das immer irgendwie mit ‚nicht ganz zurechnungsfähig, nicht ganz klar im Kopf‘... ja und ich komm dann wieder zu dem Punkt ‚Ich bin doof‘. Das geht mir so an die Nieren, wenn ich irgendwo den Eindruck gewinne..., ja ich weiß nicht, ich hab jetzt einen neuen Computer und dass manche Leute denken: ‚Whow, obwohl er dicht ist, kann er trotzdem mit dem Computer umgehen‘. Als wenn ich noch mit irgendwelchen Holzstäben oder so Feuer mache. Ich weiß es nicht. Da hab ich wieder so den Eindruck gehabt ‚Ja genau wie früher.‘, dass ich immer irgendwie beweisen muss: ‚Ich bin nicht dumm.‘

Interviewer: Ja und gleichzeitig die Erfahrung, Beweise helfen nicht gegen Glauben.

Patient: Nö, wenn jemand das fest glauben will. Genauso wie ich auch nicht mehr gegen Besserwisser diskutiere, es gibt ja auch Leute, ja die sind so der Meinung, mir steht da noch das nackte Grauen bevor, der Entzug. Das muss ja so was... Der Entzug, der ist brutal. Ich

kenn's, ich hab's durchgemacht, über eineinhalb Jahre. Mein Hausarzt, der kann mich schon gar nicht mehr sehen und wenn dann nur von hinten.

Interviewer: Ich glaube, eigentlich ist es ja was, ...an dieser Sonderrolle, vielleicht genau richtig. Weil es mal was Besonderes ist, es ist wirklich eine besondere Anforderung, als erster Substituierter innerhalb von Berlin, Sie sind der allererste Drogenabhängige, der in Berlin mit Substitut sich in eine Entwöhnungsbehandlung traut. Es gibt da noch gar keine Tradition. Von daher ist das erstmal ein mutiger Akt und auch ein kluger Akt und ich halte es für eine besondere Herausforderung und ich finde es erstmal gut, dass Sie sich dieser Herausforderung stellen. Vielleicht sollte man auch stärker diese Chancen nutzen. Das ist auch ein bisschen meine Hoffnung, dass Leute dadurch stärker über das Thema Sucht sprechen. Nicht nur über die üblichen Interessen Sex, Crime, Hierarchie, sondern auch, ja worum es eigentlich geht.

Patient: Ja, bei mir hat es ja, nachdem ich vor eineinhalb Jahren rückfällig wurde, lange genug gedauert, bis ich begriffen habe, ich schaff es nicht mehr, ohne Therapie da raus zu kommen, ich wollte das ja gar nicht wahrhaben. Es ging ja über fast viereinhalb Jahre alles gut. Und ich war mir auch so sicher. Und als es dann anfang, dass ich rückfällig wurde, da hab ich noch gedacht, ich muss mich noch mehr zusammenreißen. Bis ich dann eingesehen habe, nach fünf Entgiftungen...

Interviewer: Mit Zusammenreißen alleine hat das nichts zu tun.

Patient: Nee, das geht von Anfang an so, noch mal wieder eine Therapie. Und ich finde das komplett gut. Für mich war das auch sehr hilfreich. Hier substituiert kommen zu können, sonst wäre ich, glaube ich, jetzt noch nicht hier. Weil ich ja draußen immer ..., ich versteh's ja selber nicht, aber kaum war ich entweder fertig oder fast fertig, noch nicht ganz abgeschlossen, die Substitution. Ich mein am Schluss 0,4 oder 0,8, das spielt auch keine Rolle mehr. Aber als ich noch hoch dosiert war, zumal ich von Dr. J. Subutex® gekriegt habe, mit dem Opiatblocker, da wusste ich, ich brauch sowieso kein Heroin mehr anfangen, hat sich erledigt. Aber als ich dann nahezu null war... ein paar Wochen später wieder zu Herrn Dr. J. und ja weiter geht's mit Subutex®. Und ich weiß nicht, als ich das letzte Mal rückfällig geworden in, da spielte dann auch noch ein Stück weit mit, die Angst. Ich habe ja sowieso ein psychisches Problem, Angst vor Menschen und dann noch dieser Status, hier der einzige Substituierte zu sein... Irgendwie als wenn ich mich jetzt vor der Therapie damit drücken könnte. Wenn ich jetzt Heroin nehmen würde, total schwachsinnig, ich weiß, aber ich hatte es ja erst mal geschafft, dass ich wieder nicht...

Interviewer: Ja das scheint ja doppelbödig zu sein: Eigentlich wissen Sie, durch genügend Beweise, dass Sie nicht doof sind, sondern handlungsfähig. Dass Sie clean leben können und alles. Und gleichzeitig ist da auf der anderen Seite ein Gefühl, das dem entgegensteht. Denn gleichzeitig wollen Sie Therapie machen und dann kommt von ganz unten irgendwo so'n Cut, der vielleicht auch ausgenutzt hat, dass die DRV Sie auch einfach hingehalten hat.

Patient: Also die Rentenversicherung, also war's ja schon so weit und dann kam da wieder noch eine Nachforderung und Schriftkram was weiß ich alles, hat sich das ja dann noch mal verzögert. Ja da habe ich mich ja überall noch durchgebissen. Und ich hab ja auch den ganzen Papierkram offengelegt, also nicht ich alleine, nach dem letzten Krankenhausaufenthalt bin ich dann wenigstens endlich mal hingegangen, da ich wusste, ich werde sowieso rückfällig, also geh ich jetzt besser mal zur Selbsthilfegruppe. Denn das wusste ich ja, ich wird ja dann sowieso wieder eingestellt werden. Und dann bin ich ja auch endlich mal clean geblieben. Da war ich dann jeden Tag bei der Selbsthilfegruppe und die Rechtsanwältin, die hat mir dann

auch geholfen, wegen dem ganzen Papierkram. Allein deswegen wäre ich schon rückfällig geworden. Ich kam nicht damit klar, ich war damit überfordert. Wenn ich Leute da angeschrieben habe, die haben da gar nicht drauf reagiert, hat die gar nicht interessiert. Als die Rechtsanwältin geschrieben hat, da haben sie dann reagiert. Das hätte schon gereicht für mich, um wieder Drogen zu nehmen. Die hat ja dann alles für mich geregelt und mit der LVA... einerseits war es zwar stressig, aber ich war auch froh, dass ich beschäftigt war. Ich hatte eine Aufgabe, ich musste dahin, ich musste dorthin und als irgendwann alles erledigt war, da fehlte mir das schon. Dann war mir langweilig. Und ich wusste, der Termin steht jetzt, ich wusste, ohne Therapie werd ich nicht gehen. Den wollt ich aber auch nicht richtig, also nehme ich halt Drogen und dann brauch ich da nicht hin. Hat ja funktioniert, für zwei Wochen.

Interviewer: Für zwei Wochen, aber dann?

Patient: Ja, damit wurde mir das erschwert, die Probleme, die ich sowieso mit Menschen hab und dann, ja jetzt kommt hier der erste Substituierte, wenn man sowieso schon lieber am Rand steht. Und dann wird man auf einmal in die Mitte geschubst.

Interviewer: Hier liegt vielleicht eine große Chance, das einmal für sich zu würdigen...

Patient: Ja, ich weiß ja, dass ich ohne Therapie keine Chance hab. Das weiß ich ja, das haben die letzten eineinhalb Jahr auch gezeigt. Ich wollte ja immer clean bleiben, aber nichts. Die Tage, wo ich mal clean war, die kann ich an einer Hand abzählen. Na außer wo ich dann jetzt endlich mal zur Selbsthilfegruppe gegangen bin, da bin ich dann clean geblieben. Aber ansonsten hat sich an meiner Situation ja nicht geändert. Gestolpert bin ich ja dadurch, dass ich mir kein cleanes Umfeld aufgebaut hab, keine Freizeitgestaltung, sondern nur arbeiten war. Und durch die Selbsthilfegruppe hatte ich dann tagsüber Kontakte und dass ich dann endlich mal unter Menschen war. Und dann sind da ja noch die psychischen Schwierigkeiten, die machen es auch nicht leichter, Depressionen.

Interviewer: Haben Sie das eigentlich jetzt fortgeführt, die Selbsthilfegruppe?

Patient: Ich war bis Anschluss immer da ja.

Interviewer: Aber jetzt von hier aus noch nicht?

Patient: Nee, wie soll ich da hinkommen? Sowie ich alleine hier raus darf, will ich da wieder hin. Damit auch nicht soviel Zeit vergeht und ich auch den Anschluss nicht verliere.

Interviewer: Na ja vielleicht mit Jemandem zusammen? Herr S. oder..

Patient: Ich könnte ihn mal fragen, ja. Zumal, das ist ja mehr so eine Begegnungsstätte. Zur Gruppe war ich einmal in der Woche in der Urbanstraße, aber tagsüber bin ich immer zum Sterndamm. Morgens gibt's da von 9 bis 11 Frühstück, fand ich immer gut, so zusammen frühstücken. Mittags gibt's Mittagessen, wird immer gekocht und alles sehr gut, wunderbar. Einen Computerraum haben wir, mit Internetanschluss.

Interviewer: Sind denn überwiegend Substituierte da oder ist das ganz gemischt?

Patient: Da ist keiner substituiert. Die sind alle clean und trocken. Also der größte Teil ist Alkoholiker, also trockene Alkoholiker. Aber auch Drogis, aber die sind alle clean.

Interviewer: Wäre ja auch mal einen Ausflug mit der Startergruppe wert.

Patient: Ja natürlich, da mal hinfahren. Zumal das ja auch wirklich sehr ungezwungen... Man kommt da rein, man setzt sich dahin, man kann sich mit den Leuten unterhalten und kann auch den Computerraum nutzen, was ich auch viel gemacht hab. Das hat mir sehr geholfen, anstatt direkt in eine Selbsthilfegruppe, denn die Leute, die kennen sich da alle schon untereinander und wieder dieses ‚Ich bin hier fremd und die sind alle fremd für mich.‘ Und da ich die Leute ja jetzt schon, also einige von denen von der Begegnungsstelle kannte und das reicht mir ja dann auch, wenn ich schon mal ein, zwei kenne, dann ist das für mich nicht mehr neu oder dass ich mich so unbehaglich fühle. Das war für mich alles viel einfacher. Und nach der Therapie will ich da auch meine Geldstrafe abarbeiten, die ich hab. Da schlage ich dann natürlich zwei Fliegen mit einer Klappe. Ich bin sowieso jeden Tag da und jeden Tag werden mir dann Schulden erlassen. Aber ich hab aber ich wüsste jetzt auch gar nicht, was ich da jetzt noch weiter... Ja, Subutex[®] kann man doch nicht vergleichen mit Methadon, da hat man keinen Entzug. Da habe ich es vielleicht nicht so schwer.

Interview W 2

Interviewer: Ja, ich bin gespannt auf Ihre Erfahrungen jetzt nach zwei Monaten und jetzt den ersten Tag auf null, wie man so sagt.

Patient: Ja mit dem heutigen Tag, ein paar leichte Entzugserscheinungen hab ich, ein paar leichte. Mir ist kalt öfter, aber da zieh ich einen Pullover gegen an. Ich bin früher müde, das Stehen in der Werkstatt fällt mir nicht mehr so leicht, aber das sind alles Kleinigkeiten. Und das ist jetzt ein paar Tage lang. Ich bin heilfroh, dass das jetzt endlich beendet ist. Ich mag Substitution nicht. Entweder will ich clean sein oder nicht. Wenn ich nicht clean sein möchte, dann bräuchte ich jedenfalls keine Therapie, das bringt ja nichts. Und ich mag einfach nicht, wenn ich mein ganzes Leben entweder auf Drogen oder auf das Substitut angewiesen bin. Bevor ich morgens nicht mein Substitut gekriegt habe, mach ich nicht, da interessiert mich nichts, da brauch mich keiner ansprechen. Für mich beginnt der Tag erst ab da, wo ich mein Substitut gekriegt hab und ich denke: „So, jetzt bin ich lebensfähig“. Das hat für mich nichts mit leben zu tun. Ob das jetzt Heroin ist oder ein Substitut.

Interviewer: Fühlen Sie sich von den anderen gefördert oder gebremst oder hat die Erleichterung auch mit der Gruppe zu tun?

Patient: Dass ich jetzt clean bin?

Interviewer: Ja.

Patient: Mich haben zwar ein paar gefragt, zwei oder drei, ob ich jetzt durch bin. Hab ich dann gesagt: „Ja“. Aber ich hab's jetzt nicht, obwohl das Frau A. [Mitarbeiterin] oder Frau R. [Mitarbeiterin] gerne gehabt hätten, das zu sagen, wollte ich aber nicht, weil ich einerseits der Meinung bin, das geht nur mich was an, andererseits habe ich da anfangs drunter gelitten. Ich hab mich abgelehnt und beobachtet gefühlt. Die dachten, ich pack das nie. Ich sag's Ihnen mal, was der W. da immer gesagt hat, dass man mich für dicht gehalten hat und damit nicht für zurechnungsfähig. Das Problem hatte ich hier ja auch ein paar mal, dass mir das ja gesagt wurde: „Der ist ja sowieso dicht“. Und von daher war mein Hauptinteresse

auch, dass gar nicht an die große Glocke zu hängen. Wenn nämlich jetzt immer noch jemand meint: „Ja ja, der ist ja sowieso dicht“, ja schön, dann kann er sich warm anziehen.

Interviewer: (lacht) Da lauern Sie etwas drauf.

Patient: Ja.

Interviewer: Das wäre eine gewisse Befriedigung, um dann...

Patient: Ja, die erleben dann was...

Interviewer: ...scharf zurück schießen zu können.

Patient: Wenn jetzt irgendjemand an meiner Argumentation was nicht passt und „Du bist doch eh dicht, du weißt doch gar nicht, was du redest“ kommt, dann kann ich dann sagen: „Entschuldigung, aber ich krieg doch momentan gar nichts mehr. Lass dir bitte ein anderes Argument einfallen.“ Und von daher habe ich kein Interesse, das zu sagen. Ja ansonsten geht das ganz gut. Ja, mittlerweile, mit anderthalb Jahren komm ich ja schon gar nicht mehr aus, mittlerweile sind es ja schon fast zwei Jahre, wo ich wieder auf Opiate bin. Mal Heroin, mal Substitut oder beides gemischt. Und letztendlich wieder clean zu sein und heute Morgen dann auch in der Werkstatt gesagt, jetzt ist mir das natürlich auch sehr wichtig, dass beschäftigt werde. Damit ich erst gar nicht auf dumme Gedanken kommen kann. Natürlich habe ich daran gedacht, wieder etwas zu nehmen. Kaum clean und zack. Manchmal hab ich ja gar nicht abgewartet. „Kommen da jetzt irgendwelche Entzugserscheinungen?“ Bevor ich die hätte kriegen können, war ich schon wieder beim Dealer. Gar nicht erst abgewartet, was passiert.

Interviewer: Woran lag das?

Patient: Das hab ich mich auch gefragt.

Interviewer: Klingt so ein bisschen, als wenn es mit Perspektivlosigkeit, mangelnde Beschäftigung oder was Sie gerade so nannten zu tun hat.

Patient: Anfangs war ich ja beschäftigt, da hatte ich ja noch Arbeit. Also die Angst vorm Entzug... natürlich habe ich Angst vorm Entzug, aber ich wusste ja, wo ich das erste Mal ausgeschlichen habe, dass da bei mir nicht viel passiert. Das erste mal war ich ja auch, weil ich schlechte Erfahrungen mit Methadon und so gemacht habe auch so was von langsam ausgeschlichen und auch gleich immer nach der nächst kleineren Einheit gefragt, von daher wusste ich das auch alles, das ist 0,4. Und wo ich dann aufgehört habe, „Ach toll“. Wie gesagt, vielleicht war das zu problemlos. Aber jetzt, wo ich weiß, dass das so problemlos geht, da kann ich ja auch gleich wieder rückfällig werden. Ich weiß es nicht, eine andere Erklärung hab ich nicht.

Interviewer: Das ist ja immer so ein bewusster und unbewusster Entscheidungsprozess, also wo Argumente auf beiden Seiten der Waage liegen. Es gibt immer Argumente dafür, wenn man entgiftet hat, jetzt auch clean zu bleiben. Und es gibt natürlich auch Argumente auf der anderen Seite. Seien das Entzugssymptome, die man weghaben will und Gewohnheiten usw.

Patient: Ja und wenn man entzügig ist, ist es klar, dass man das nicht sein möchte. Aber wenn man's noch gar nicht ist und schon wieder rückfällig wird. Genauso wie ich nie verstehen werde, warum ich, wenn ich mich dicht gemacht hab, nicht eher aufgehört habe, bis ich

wirklich auf dem Boden lag. Und irgendwann kann ich dann auf einmal nicht schnell genug clean sein und möchte im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte sein und frage mich dann, warum ich dann ein paar Wochen oder Monate vorher noch als so, na erstrebenswert ja nicht, aber ich wollte das ja. Am besten auf dem Boden liegen und überhaupt nichts mehr mitkriegen. Hab ich ja auch geschafft. Mehrmals.

Interviewer: Erleben Sie das jetzt als Einschnitt, dass jetzt die Beschäftigung mit solchen Themen so richtig losgeht?

Patient: Die Frage habe ich schon mal jemand anderem gestellt, warum ich das mache. Aber ich weiß nicht mehr, wer das war. Nee, da beschäftigen mich eigentlich manchmal andere Sachen mehr. Im Moment, ja natürlich, das lässt sich jetzt nicht vermeiden, dass ich jetzt mich konzentriere, so wie vorher, wenn ich substituiert war, jede Unpässlichkeit habe ich auf das Substitut geschoben. Also z.B. da konnte ich mit fünf Mann draußen stehen, allen war kalt. Fünf Mann haben sich gedacht: „Hätte ich doch mal ne dickere Jacke angezogen.“ Ich denk mir: „Scheiße, ich bin (unterdosiert).“ Ja und das geht den ganzen Tag so. Ich hab keinen Appetit – das liegt am Substitut, ich kann nicht schlafen – liegt am Substitut. Und dann hab ich jetzt im Moment: Mir ist kalt – liegt am Entzug, Zigaretten schmecken nicht – liegt am Entzug. Das läuft jetzt alles so. Das kann ich mir jetzt noch ein paar Tage einreden, aber...

Interviewer: Stimmt. Das ist natürlich eine so eine Fixierung auf einen Stoff, dass da alles dran hängt. Und an dem Nichtvorhandensein des Stoffes, hängt auch alles dran. Also in ein paar Tagen kann man immer noch sagen: „Das ist der Entzug, schmeckt nicht – das ist der Entzug“.

Patient: Ja das hat sich dann aber spätestens bis zum Wochenende dann auch erledigt. Das zieht sich ja nicht wie beim Methadon über Wochen und Monate hin. Das weiß ich ja. Das sind ein paar Tage, wo man leichte Erscheinungen hat. So wie jetzt. Ja gut, morgen werde ich einen dickeren Pullover auf Arbeit anziehen.

Interviewer: Ja es waren auch heute Morgen bei mir zuhause -4°C vorm Fenster. Das wäre auch eine alternative Erklärung. -4°C reicht um zu frieren, würde ich behaupten.

Patient: Nee, ansonsten... Ich hab ja in letzter Zeit schon bemerkt, dass meine Erinnerungen zurück kommen, dass mir Worte wieder einfallen. Das wird jetzt erst wieder alles, wenn ich richtig clean werde. Da freu ich mich drauf, dass ich dann nicht mitten im Gespräch aufhöre oder merke, dass ich Bruchteile von Sekunden, das kommt einem ja irgendwie länger vor, wenn man dann nach Wörtern sucht. Das wird in Kürze erledigt sein. Nee, ich bin froh, dass ich jetzt wieder denken kann. Natürlich bin auch froh, jetzt in Therapie zu sein. Dass ich nicht mehr wie draußen „Na ja, ich guck mir das jetzt mal einen Tag lang mit an“ und dann wird's nachts vielleicht noch ungemütlich und am ersten Tag: „Ach, einmal kann man doch“. Das ging ja in den letzten knapp zwei Jahren so, mit dem Gedanken bin ich dann immer zum Dealer: „Ach, noch einmal.“

Interviewer: Ich stell mir das ein bisschen so vor – ich meine, vorher haben Sie auch so Ihren Weg gemacht - wie ein Seiltänzer und da drunter ist das Netz. Und jetzt wurde das Netz weggenommen. So ein Bild habe ich ein bisschen. Also, da kommt dann so ein bisschen Sorge oder Angst hoch, denn der Rückgriff aufs Substitut ist ja jetzt erstmal nicht mehr da. Auch, auch dass man sagt: „Ah, ich hab Kopfschmerzen, das liegt jetzt am Substitut“ oder „Ah, ich hab keinen Appetit, das liegt am Substitut“, diese Hintertür, die ist ja nicht mehr da.

Patient: Ja, die will ich aber auch nicht.

Interviewer: Aber das ist auch kein Problem, dass die nicht mehr da ist?

Patient: Nee, ganz im Gegenteil. Da will ich ja nicht hin. Ich möchte ja endlich, ja ganz normal fühlen, essen, schlafen, trinken, wie jeder andere Mensch auch. Und wenn mir dann draußen mal kalt ist, dann liegt das nicht am Substitut oder am Entzug, dann liegt es wirklich daran, dass es ein bisschen kühler geworden ist. Und heute Morgen war ich kurz davor zu fragen: „Sag mal, ist das jetzt hier wirklich so kalt in der Werkstatt oder liegt das an meinem Entzug?“ Ich hatte ja kein normales Empfinden mehr. Immer dieses, alles dreht sich um Substitut oder Nicht-Substitut. Ich bin das so leid.

Interviewer: Auch vor den anderen, wenn die mit Ihnen sprechen oder...

Patient: Wenn mich jemand fragt, mir geht's gut. Ich mein, mir geht's ja auch eigentlich... Ich bin gut gelaunt...

Interviewer: Ja, Ihr Lächeln spricht Bände eigentlich.

Patient: Ich freu mich, dass das endlich vom Tisch ist. Und die paar Kleinigkeiten jetzt, das ist mir egal.

Interviewer: Ich freu mich auch.

Patient: Mein Gott, wenn ich müde bin, dann trinke ich einen Kaffee, wenn mir kalt ist, dann zieh ich mir vielleicht noch einen Pullover an, dann ist mir auch nicht mehr kalt. Aber deswegen jetzt zu denken: „Ach wenn's nur ne 0,4er wäre, dann bräuchte ich den Kaffee nicht, den zweiten Pullover nicht. Ja nee, tut mir leid, dann doch lieber den Pullover. Nee nee, zwei Monate lang wollt ich das nicht, hab immer irgendwie bedauert, immer nur einmal in der Woche runterzudosieren. Ich hab angefangen, wo ich sowieso so viel gekriegt hab, da hätte man auch zweimal. Das ist mir bis zum Schluss nicht aus dem Kopf gegangen.“

Interviewer: Sie hätten gerne schneller...

Patient: Ja. Da ist ja soviel Zeit ins Land gegangen. Über zwei Monate glaub ich. Und jetzt...

Interviewer: Genau glaube ich. 27.1.?

Patient: Ja am 24. bin ich gekommen. Ja, das ist auch alles so was, was mir jetzt wieder einfällt. Ich hab nur einmal hier gehört, wann mein Entlassungstermin ist und da hab ich am Wochenende mit meiner Mutter telefoniert, weil die schickt mir, die hat da so ein Reisebüro, wo sie immer hingehet, die schickt mir das Zugticket. Da konnte ich ihr gleich sagen: „Am 26. werde ich entlassen.“ Obwohl ich das Datum nur einmal gehört habe.

Interviewer: Da wollen Sie zu Ihrer Mutter fahren?

Patient: Ich will einen Tag vorher hier, wenn ich entlassen werde bzw. der 26. ich hab schon geguckt, das ist ein Dienstag, ich würde aber gerne zum Wochenende entlassen werden, also am Freitag, so dass ich vom Freitag auf Samstag in meiner Wohnung bin. So einen Tag oder einen halben Tag möchte ich da gerne sein. Ich hab nun mal eine schöne Wohnung und auch mal ne Nacht zu Hause schlafen, Wäsche waschen, aber aus meinem heutigen Standpunkt

heraus, weil ich mich eben noch unsicher fühle, ich bin froh, dass ich momentan noch hier bin. Ich würd mir da draußen nicht lange geben. Obwohl ich sage, ich bin froh, wenn ich hier drin clean bin.

Interviewer: Hm?

Patient: Na klar, diese Ambivalenz, das ist halt diese Waage. Das macht ja das Schwierige bei Sucht aus. Aber jetzt, alleine draußen, ich kann nur mit dem Denkverhalten, was ich heute habe, planen. Und dieses Zu-meiner-Mutter – ich mein, sie freut sich, ich freu mich, das war sowieso letztes Jahr schon geplant, dass ich zu meiner Mutter fahre. Sie ist letztes Jahr gekommen, ich seh sie nur einmal im Jahr. Aber in erster Linie ist das für mich mal wieder ne Flucht.

Interviewer: Eine Flucht?

Patient: Ja weg hier, weil ich Angst habe, rückfällig zu werden. Hier bin ich in Sicherheit, bin ich bei meiner Mutter aber auch. Eine Nacht in meiner Wohnung, kein Problem, aber am ersten Morgen war's immer so, ich hatte Entzug und tschüss, das wars. Ja, so denke ich eben heute, weil ich mich nicht sicher fühle. Was heißt ‚nicht sicher fühle‘, mich dürfte man jetzt nicht rauslassen, also nicht für mehrere Tage.

Interviewer: Ja, das ist ja gut, diese Selbsteinschätzung zu haben und sich die auch einzugestehen. Das spricht für ein gewisses gestiegenes Selbstbewusstsein. Nur der, der so ein bisschen Selbstwertgefühl aufbaut, der gesteht sich das zu, Schwächen zu haben oder Ambivalenzen zu haben, zu wollen und es vielleicht trotzdem nicht umsetzen zu können. Das find ich stark, das ist gut.

Patient: Ja, da spielen aber auch Erfahrungen mit rein. Ich hab es ja erlebt in letzter Zeit. Auch wenn ich zur Selbsthilfegruppe gegangen bin und meine Post erledigt wurde und ich weiß nicht, wie oft ich auf dem Nachhauseweg überlegt hab, da hatte ich auch keinen Grund Drogen zu nehmen. Das war hier alles angeleiert, meine Rechtsanwältin, die kümmerte sich um meine Post, ich war unter Menschen und trotzdem habe ich mir auf dem Nachhausweg überlegt: „Ich fahr einen kleinen Umweg, beim Dealer vorbei“.

Interviewer: Wie oft haben Sie es gemacht?

Patient: Kein Mal, aber es fiel mir sehr schwer. Es fiel mir sehr schwer. Ich hab dann eben nur, wie ich das auch schon mal in der Visite sagte, ich hab mich dann irgendwie zusammengerissen und mir gesagt: „Ich hör jetzt erstmal nur auf bis ich in Therapie bin.“ Ja da bin ich jetzt. Dann „Ich hör jetzt erstmal auf solange ich hier bin“. Und dann flüchte ich zu meiner Mutter, da kann mir auch nichts passieren. Und bis dahin, sollte ich endlich Abstand gefunden haben.

Interviewer: Ja, gute, kleine Zwischenschritte.

Patient: Spätestens bis dahin wollte ich dann endlich denken: „Ja okay, ich will nicht mehr“. Aber ich weiß, wie so was geht, das habe ich ja damals erlebt, als ich entlassen wurde. Und da bin ich auch nicht so sicher raus. Ich weiß noch, dass ich damals gesagt hab, mir reicht es jetzt, irgendwo zu leben, wo nur Besoffene und Dealer, nein gut, das ist jetzt ein bisschen übertrieben, es sind ja nicht alle besoffen und dealen. Aber da hatte ich die Faxen dicke, das

wollte ich nicht mehr. Und dann bin ich ja nach Marienfelde von der Caritas, wo's noch ein bisschen ruhiger ist und nicht an jedem U-Bahnhof... das wollte ich schon.

Interviewer: Mir fällt auf, dass Sie jetzt so kleine Schritte haben oder Etappen, das finde ich schon mal gut. Was ist jetzt möglich, was vorher mit Substitut nicht möglich war? Auch so im Bereich Arbeit, soziale Kontakte, versuchen Sie da irgendwie, in kleinen Schritten weiterzumachen. Haben Sie eine Idee?

Patient: Ja für mich fängt der Tag jetzt erstmal ganz anders an. Ich muss nicht mehr aufs Substitut warten, um lebensfähig sein zu können. Ich trinke einen Kaffee und dann kann ich mich zu meinen Mitmenschen gesellen. Und nicht ständig auf die Uhr gucken und „quatsch mich nicht voll, ich warte hier“... nee. Ja es hat sich jetzt... ja die Frage zielt wohl darauf ab, ob ich dann geselliger werde oder mehr unter Menschen will...

Interviewer: Ja zum Beispiel oder ob Sie dann mehr so Vorstellungen haben: „Das kann ich jetzt machen, das konnte oder wollte ich vorher nicht, mit Substitut, aber jetzt ...“

Patient: Das Substitut hatte negative Auswirkungen darauf. Das hat mir ja nie irgendwie die Ängste genommen unter Menschen zu gehen oder dass ich selbstbewusster wurde, wenn das so gewesen wäre, dann hätte ich ja, wo ich noch hoch dosiert war, mal anfangen können, zu irgend so einem Modellflugplatz zu gehen oder so. Aber diese Auswirkungen oder Wirkungen hatte das Zeug ja nicht.

Interviewer: Ja aber so wie Sie das schildern, hat es ja sehr den Tagesablauf und die Gedanken bestimmt und alles wurde irgendwie im Zusammenhang mit dem Substitut gesehen, so jede Befindlichkeit. Und das fällt jetzt ja weg und dann werden die Befindlichkeiten ja anders zugeordnet. Wenn man sich langweilt, langweilt man sich nicht, weil das Substitut zu gering war, sondern weil man grad nichts tut und dann ist der Anspruch ja ein anderer oder?

Patient: Ja an meinem Umgang mit Menschen wird das nichts ändern. Im Moment ist es so, dass ich eben beschäftigt werden muss. Ich war heute kaum bei der Arbeit und hatte nichts zu tun und schon ging's mir schlecht, ich möchte Arbeit haben. Sonst kann ich auch ins Haus gehen und beschäftige mich dann mit dem Computer. Aber erstmal komm ich draußen schon nicht mit Langeweile klar. Das ist ein Problem und jetzt ist es für mich umso wichtiger, beschäftigt zu werden, damit ich mich dann nicht noch reinsteigern kann. Ich kenn mich. Ich steigere mich darein, mir geht's nicht gut, ich kann mich da so reinsteigern, bis ich einen Grund habe zum Dealer zu gehen. Wenn ich draußen bin. Und schon panisch werden, gar nicht erst abwarten, wie die Nacht wird, vorher schon zum Dealer gehen...ach, oh Mann...

Interviewer: Viele kleine Denkfallen, ne. Sich das schon so auszumalen: „Ja die Nacht ist sowieso grauenhaft und wenn die Nacht schon grauenhaft ist, dann geh ich morgen früh sowieso und dann kann ich auch gleich gehen“ nicht?

Patient: Ja genau. Wieso soll ich mich die Nacht rumquälen, spätestens morgen geh ich sowieso zum Dealer, also... Nee aber so... solange ich jetzt clean bin oder auf dem Weg dahin, Reste sind ja immer noch im Körper... Nee, an meinem Umgang mit Menschen wird das nichts ändern. Ja wer da auch meint, ich hab das ja oft genug gehört, wo Leute dachten: „ach jetzt wird er allmählich mal wach“, nur weil ich mal beim Spaziergehen so gesagt habe, da liefen vor uns zwei Frauen und wo ich dann sagte: „Hey, die wackelt aber schön mit dem Arsch. Jawohl Frühling.“ Das wird dann auch gleich aufs Substitut bezogen: „Ja jetzt

wird er endlich mal wach“, nur weil ich heute Abend runterdosieren gehe. Das hat überhaupt nichts damit zu tun. Als wenn mir das mit 10mg nicht auffallen würde, ob die Frau jetzt eine gute Figur hat oder was weiß ich, lasziv geht.

Interviewer: Da fällt mir ein, ein bisschen anderes Thema, aber ob Sie Lust hätten, der Herr St., der hat sich ja gestern angekündigt, diese indikativen Gruppen...

Patient: Frau A. hat mich schon angesprochen. Ich wollte zu ihr in die Gruppe für Depressive. Obwohl ich manchmal so Zweifel habe, ob ich das wirklich bin. Wenn ich mit Dealern rummache ja, dann ja, da hat man auch allen Grund dafür, depressiv zu sein, denke ich mir mal. Aber ich weiß das noch von damals, wo ich auch gesagt habe: „Ich will das alles nicht mehr“, daher kenne ich glaube ich auch Frau Dr. A. wo ich dann auch mit ihr ausgemacht habe, Antidepressiva haben eh keine Wirkung, das können wir uns gleich schenken, ich versuch das hier mal ohne alles. Und da hatte ich ja noch diese Angstattacken, die dann auch manchmal wiederkamen aus heiterem Himmel, das werde ich nie vergessen, wo ich da mal einen Tag lang ins Zimmer verbarrikadiert habe.

Interviewer: Oh Gott, so schlimm?

Patient: Ja, da war ich doch immer viel spazieren in der Hasenheide und mehr kriegte ich ja nicht auf die Reihe. Und das wurde dann immer besser mit den Angstattacken und eines Tages, ganz normal aufgestanden, wollte rausgehen, wollte in die große WG, hörte nur Stimmen im Treppenhaus und Tür zu, aufs Zimmer, da die Tür zu und das hab ich nicht verstanden. Und da kam ich auch nicht mit klar, weil ich dachte, das wäre jetzt erledigt und auf einmal kam das mit voller Wucht zurück.

Interviewer: Wann war das?

Patient: Als ich das erste Mal hier war, ich weiß nicht, ich hab ja damals zwei oder drei Monate gebraucht, bis ich mich gefangen hatte. Und das kam dann aber auch nie wieder, also nicht so, aber das habe ich noch so gut in Erinnerung, weil ich da wirklich... und die Stimmen, die ich im Treppenhaus gehört habe waren auch von denen, wo ich dann mit spazieren war, also nicht jetzt irgendjemand, der mit mal blöd kam, nee nee, noch nicht mal das. Aber gut, davon bin ich ja jetzt weit entfernt. Die Probleme hab ich ja nicht mehr. Aber ich weiß, dass meine Probleme auf Menschen zuzugehen, je länger ich clean bin, umso besser wird das. Und das ich dann auch nicht mehr so diese Probleme hab. Ich weiß nicht, die Zeit wo ich clean war, da war ich nicht depressiv und nur weil man vielleicht ein mulmiges Gefühl hat, einen Raum zu betreten, wo 10, 15 oder 20 Mann sind, das hat für mich nichts mit Depressionen zu tun. Das kann bei vielen ganz normalen Menschen..., denen ist das nicht so ganz geheuer. Gut, es gibt Menschen, die können in einen Saal treten, wo hundert sind und die hätten auch kein Problem dann auf die Bühne und aus ihrem Leben zu erzählen, aber das sind ja wohl die wenigsten.

Interviewer: Die, die das können, haben das fast alle auch geübt, die konnten das nicht von Anfang an. Es gibt Menschen, denen ist das so in die Wiege gelegt, aber das ist wirklich die große Ausnahme. Es gibt da einen berühmten griechischen Philosophen, der war eigentlich Stotterer, der hat das dann geübt zu überwinden, sowohl Erregungsniveau zu senken als auch mit der Übung und irgendwann wurde es dann besser.

Patient: Ja das lernt man ja auch, wenn man in einer Gruppe vor zehn Mann oder so erzählen soll, dass das immer besser wird. Anfangs stottert man vielleicht noch oder bewegt sich

unruhig und nach spätestens zehn Minuten kann man dann wesentlich unverkrampfter erzählen. Nee, aber ich werde trotzdem zu Frau Dr. A. gehn und ich werde mir das mal angucken, anhören, schaden kann's ja nicht.

Interviewer: Sonst hätte ich Sie zu dem sozialen Kompetenztraining einladen wollen. Aber...

Patient: Nee, ich hab's nicht mit Gewalt.

Interviewer: Nee ist ja nicht Anti-Gewalt-Training, sondern es geht da halt um soziale Kompetenz, also zum Beispiel die Situationen, sich darzustellen und aufzutreten...

Patient: Ja mit Ämtern... Ja gut, ich wird' zwar wütend, wenn mir irgendwelche Beamten quer kommen, aber wer wird das nicht, aber trotzdem weiß ich immer, wird' ich jetzt irgendwie laut oder vergreife mich in der Wortwahl, erreiche ich gar nichts. Also die Beherrschung bringe ich schon auf, dass ich solchen Leuten, von denen ich was will, also das nicht sage, was ich da in dem Moment denke. Sonst kann ich das gleich vergessen. Und das dürfte ja wohl soziale Kompetenz sein. Nee nee, die Beherrschung bring ich schon auf.

Interviewer: Ja, ich würd mich erstmal bedanken für das Interview und ich denke so, in vielleicht acht Wochen der nächste Abschnitt.

Patient: Ach so und ich dachte, das wär jetzt immer nur, weil ich substituiert war und das ist jetzt abgeschlossen...

Interview W 3

Interviewer: Ja, das ist jetzt unser drittes Gespräch in Bezug und speziell zum Thema Substitution und Therapie und mich würde einfach mal ganz platt interessieren, was Ihnen dazu jetzt so noch einfällt. In der Rückschau und wie das jetzt so war.

Patient: Mit der Substitution jetzt?

Interviewer: Mmh. War das gut, so in Therapie zu gehen? Wie haben die Leute Sie aufgenommen? Wie hat sich das angefühlt? Was hat sich bei Ihnen verändert? Hat sich vielleicht Ihre Sichtweise auf die Dinge verändert in der Zeit?

Patient: Ja, wie ich aufgenommen wurde, das habe ich ja alles schon mal geschildert, dass manche Leute da auch ein Problem mit hatten oder mich für dicht gehalten haben oder auch ein Problem damit hatten, weil sie es selber gerne gewesen wären, also neidisch. Dass ich ein Problem damit habe, wenn man mich für dicht hält. ‚Dicht‘ ist für mich gleichsetzend mit ‚nicht zurechnungsfähig‘ und das mag ich nicht. Für mich selber war das nach wie vor hilfreich, überhaupt substituiert zu kommen, weil ich ja vorher auch noch unbedingt rückfällig werden musste. Ich weiß nicht, ob ich das geschafft hätte, jetzt hier clean wirklich zu kommen. Na gut, ich hätte direkt in die Entgiftung gehen..., ja gut, direkt Entgiftung..., na gut, ich hätt's dann wohl geschafft, aber so war es einfacher. Und nicht zum 6. Mal ins Neuköllner Krankenhaus... So war es für mich einfacher, zumal ich ja draußen schon den Weg bereitet hatte mit einer Selbsthilfegruppe, wo ich ja dann fünf Monate war, die mich auch clean gehalten haben über Monate, aber dann, wie ich ja auch schon sagte..., als es dann endlich soweit war und der Termin stand, ich hätte kommen können, daneben die Angst vor

dem Neuen und alles, die Angst vor so vielen fremden Menschen und ja... und die war ja fast auch neu. Und da denkt man doch noch mal über vieles nach.

Interviewer: Erleben Sie sich denn jetzt irgendwie fähiger, also sind die Fähigkeiten mehr geworden oder ist es eher so, dass Sie wieder stärker an sich glauben? Kann man da irgendwie was benennen?

Patient: Was meine Fähigkeiten anbelangt, ja also mir fallen Sachen ein, die ich vorher vergessen hatte, ich kann mich besser konzentrieren, aber das dauert bei mir sehr lange, das dauert Monate bis ich mich wieder ganz normal konzentrieren kann oder fast normal. Ja ich fühl mich geistig viel fitter und es ist auch nicht mehr wie früher, dass ich dann manchmal mitten im Satz aufhöre, weil mir die Worte fehlen und zwar die einfachsten Worte, weil die einfach weg sind. Also das merke ich bei vielen Sachen, dass mir Wörter wieder einfallen und da fühle ich mich einfach viel fitter und das ist natürlich auch schön, weil ich das ja eben nicht mag. Ja gut, ich fühl mich auch viel wohler von meiner Einstellung her, viel positiver, ich kann viel lachen und gut, ich hab nach wie vor Höhen und Tiefen und eben auch Tiefen, wo ich manchmal kurz davor stehe, die Flinte ins Korn zu werfen. Wo ich dann mal wieder wegrennen möchte vor meinen Problemen, vor mir selbst und dann bin ich bemüht, mir das schön zu reden.

Interviewer: Was schön zu reden?

Patient: Ja ähm, letzte Lösung Drogen nehmen. Und gleich alles, Alkohol gleich mit und so weiter und so fort. Nur schaff ich's einfach nicht mehr so wie früher, die Konsequenzen so einfach wegzustreifen, also jetzt nur noch den Drogenkonsum zu nehmen, den ich manchmal gerne hätte, aber ich weiß, was am nächsten Tag kommt. Also im wahrsten Worte, das böse Erwachen. Und dabei wär's das noch nicht mal, dass ich dann aufwachen würde: ‚Ja super, rückfällig‘ mit allem Möglichen, das wär noch nicht mal das Schlimmste, sondern das mal wieder versagt zu haben, mal wieder weggerannt zu sein und dass das, was ich wirklich haben möchte, ein normales Leben, mal wieder in weiter Ferne liegt. Das sind alles Sachen, die kann ich nicht... also so schön kann kein Rückfall sein, also wenn er überhaupt schön sein kann. Also keine Ahnung, das könnte ich alles nicht verdrängen. Ich hab mich dann auch daran erinnert, ich hatte mal so ein Abschlussgespräch bei meiner ersten Therapie, wo mir der Therapeut dann gesagt hat, also jetzt wo ich zehn Monate Therapie gemacht hätte und so, also wortwörtlich weiß ich's nicht mehr, aber sinngemäß, ich könnte nie wieder in meinem Leben Alkohol oder Drogen so gedankenlos konsumieren wie vorher. Ich könnte das nicht einfach aus dem Gedächtnis streichen, was ich da gelernt hätte und die Konsequenzen und die Tatsache, dass das was ich da gerade mache falsch ist.

Mein Leben lang mache ich mich dicht, obwohl das ja anfangs, als ich angefangen hab mit Alkohol, da habe ich ja angefangen zu trinken, weil ich nicht leben wollte und nicht, weil ich das schön fand, weil mir Drogen und Alkohol so ein Spaß gemacht haben, dass ich das in Kauf genommen habe, süchtig zu konsumieren. Aber später..., ich hab ja gar nicht drüber nachgedacht, was ich da mache. Ich habe Alkohol und Drogen konsumiert wie andere Leute ihre Nahrung und was ich damit erreicht habe, mit dem Alkohol, dass ich auf Menschen zugehen konnte, dass ich lustig war und völlig kontaktoffen, das ist mir halt erst später bewusst geworden, wofür ich manche Drogen benutzt habe und da meinte ich auch noch, ich hätte das alles genommen, weil mir das Spaß macht, weil, na es ist eben schön auf einer Party zu saufen... Ich konnte mir das nicht vorstellen, dass ich mich Jahre lang durch den halben Ruhrpott saufe und das Spaß macht und auch mal irgendwann keinen Spaß mehr macht.

Interviewer: Das klingt ja ein bisschen so, als ob es unterschiedliche Herr W.s gebe, so unterschiedliche Identitäten, so als ob Sie ein anderer Mensch sind, wenn Sie substituiert sind, wenn Sie drauf sind, wenn Sie clean sind.

Patient: Ja, bin ich sowieso manchmal, weil ich anders handle, als ich denke. Manchmal habe ich ja immer noch so wie früher diesen Hass auf die Menschheit, handle aber ganz anders. Und zwischen Substitution und clean bleiben, ja das ist bei mir ein Unterschied, weil Opiate nehmen mir einfach die Lebensfreude und ja, wenn man sich auf nichts mehr richtig freuen kann, wenn man nichts mehr richtig empfinden kann, Trauer, Freude, wenn das alles mehr so auf einem Level ist, ja da ist nichts schön dran. Klar empfinde ich es in dem Moment, wo es mir schlecht geht auch nicht als schön, aber andererseits ist das menschlich. Kein Mensch hat nur Höhenflüge, nur dass ich dann oft meine, bei irgendwelchen Tiefs Drogen nehmen zu müssen. Machen andere Leute schließlich auch nicht. Und von daher, diese ganze Gefühlswelt, da nüchtern mit klar zu kommen, das zu akzeptieren, dass das eben so normal ist und manche empfinden das als angenehm, wenn das Gehirn sozusagen in Watte liegt, wenn man substituiert ist, wenn alles schön gedämpft ist, nichts kommt wirklich an einen ran – ich kann da nichts schön dran finden. Von daher gibt's für mich auch nichts zwischen entweder ‚drauf‘ oder ‚clean‘. Gut, für viele liegt Substitution dazwischen, für mich nicht.

Interviewer: Für Sie gehört das mehr so auf die ‚drauf‘-Ebene?

Patient: Ja wo ist der Unterschied, ob ich jetzt eine legale Droge im Kopf habe oder eine illegale? Ich mein nur, dass ich jetzt mein Medikamente vom Arzt kriege, aufhöre zu klauen oder sonstigen kriminellen Aktivitäten nachkomme und arbeiten gehen kann, gut mich körperlich erholen... wer damit klar kommt, okay, für mich wär's keine Lösung.

Interviewer: Nehmen Sie neue Eigenschaften an sich wahr oder alte Eigenschaften, die wieder stärker geworden sind oder Eigenschaften, die verschwunden sind?

Patient: Keine Ahnung, kann ich jetzt gar nicht drauf antworten. Ich überlege... Ich denke öfter drüber nach, wie ich früher war und wie ich heute bin, aber jetzt... inwiefern?

Interviewer: Gibt es alte Eigenschaften, die Ihnen einfallen, die jetzt vielleicht stärker geworden sind, die neu sind oder die sich verändert haben im Vergleich zur Zeit vor der Therapie. Sie erleben sich jetzt als selbstbewusster oder lustiger oder langweiliger oder schwächer oder solche Eigenschaften.

Patient: Lustiger auf jeden Fall und humorvoller, weil mir das manchmal so vorkommt, als würde ich mit dem ganzen Humor und den ganzen Sprüchen hier so manchmal rüberkommen, ich mein nicht immer, aber manchmal hab ich so den Eindruck, als wenn ich damit überspielen wollte, wie es wirklich in mir aussieht.

Interviewer: Ja, Humor hat oft zwei Seiten, aber es ist die bessere Seite trotz allem. Also es gibt so etwas wie ‚schwarzen Humor‘, Humor ist immer auch eine Bewältigungsform und Dinge zu bewältigen ist nicht unbedingt schlecht.

Patient: Nee nee, um Gottes Willen, Humor hilft mir auch, über Dinge zu reden, wo mir das sonst so todernst sehr schwer fallen würde.

Interviewer: Stimmt, das ist auch so ein Einstieg.

Patient: Wenn es jetzt wirklich ans Eingemachte geht, bei Gefühlen und so weiter und so fort, dazu dies dann etwas ins Lächerliche zu ziehen, obwohl ich das eigentlich todernst meine, ja da denke ich mir dann, lieber auf die humorvolle Art vorgetragen als gar nicht. Ja und selbstbewusster bin ich auch geworden, auf jeden Fall, das liegt aber auch daran, wie ich mich fühle wenn ich drauf bin oder substituiert bin, dann fühle ich mich ja gar nicht wie ein vollwertiger Mensch. Die Droge bremst mein Hirn aus, ich bin von meinem Arzt abhängig, ich muss da jeden Tag ankommen, ich kann gar nicht machen, was ich will. Ja, die Droge bestimmt dann mein Leben, ob ich das vom Arzt krieg oder nicht. Bevor ich dann morgens nicht mein Substitut gekriegt habe, beginnt ja mein Leben gar nicht, da mache ich ja nichts, da möchte ich ja noch nicht mal Menschen sehen. Das hat ja Auswirkungen bei mir, ich brauch nichts essen, weil ich mir einrede, ich habe keinen Appetit.

Interviewer: Da muss ich gerade dran denken: eine Bekannte von mir, die hat mal gefastet und das Hauptproblem für sie war dann auf einmal die Zeit und die Tagesstruktur, weil sie festgestellt hatte, also vorher war der Tag um die Mahlzeiten strukturiert und zum Teil hatte sie dadurch einfach auch Kontakte, also Mittagessen mit Kollegen so. Das fiel weg. Sie hatte auf einmal viel mehr Zeit, weil sie nicht einkaufen brauchte, sie brauchte nicht kochen, sie brauchte nicht abwaschen, ganz viele Dinge musste sie nicht machen, die sie im Alltag auch zum Teil als nervig erlebte und das ist bei einem Substitut, wenn das wegfällt, ja noch viel stärker. Es fällt der tägliche Kontakt mit dem Arzt weg oder zumindest der wöchentliche, das ganze Rumgerenne, das damit verbunden ist, das fällt ja alles weg und auch die gedankliche Beschäftigung: Hab ich noch genug? Brauch ich mehr? Brauch ich weniger? – Das fällt ja alles weg. Wie ist das bei Ihnen? Wie ersetzen Sie das? Haben Sie einen neuen Inhalt gefunden?

Patient: Ja mit dem Substitut, ja bei mir hatte das ja auch solche Auswirkungen, dass ich bei jeder Unpässlichkeit, wenn mir kalt war oder sonstiges... das war immer das Substitut. Leicht am Frösteln, da konnten fünf Leute neben mir stehen und frösteln – ich war unterdosiert. War alles das Substitut, da drehte sich alles drum. Da habe ich aber recht schnell, die ersten paar Tage, als ich dann kein Substitut mehr gekriegt habe, da dachte ich dann noch ‚Ja jetzt käme eigentlich, ich krieg ja nichts mehr...‘ wo ich froh drum war. Nicht dass ich dachte ‚Ach ich hätt ja noch gerne‘, um Gottes Willen. Nee nee, das ging aber schnell weg, da unterscheidet sich auch Subutex vom Methadon, wo man noch richtig schön x Wochen Spaß mit hat. Und Subutex hinterlässt auch nicht so einen Schaden im Kopf, da hatte ich dann auch viel mehr Depressionen, weil der Körper die eigene Produktion eingestellt hat, von Endorphinen oder was das noch mal ist und die dann anschließend erst wieder hochfährt, das ist bei Subutex nicht so, Gott sei Dank. Um noch mal auf das Selbstbewusstsein zurückzukommen, das ist jetzt aber nicht nur vom Substitut abhängig, dass es mir jetzt hier besser geht, sondern auch vom Umgang mit Menschen, was ich ja eigentlich weiß, dass das das Selbstbewusstsein stärkt, wenn man sich mit anderen Mensch unterhält, wenn man so wie ich das Problem hat sich ständig anderen Leuten nicht ebenbürtig zu fühlen: ‚Ich kann zu wenig, ich weiß zu wenig, andere sind besser als ich...‘ Und obwohl ich das weiß, dass sich das von ganz alleine abbaut, wenn man mit anderen Menschen zu tun hat, weil man einfach feststellt ‚Ich bin anderen Menschen ebenbürtig. Jeder Mensch hat seine Schwächen und Stärken. Da weiß er mehr, da weiß ich mehr und so weiter und so fort.‘ Klar stärkt das das Selbstbewusstsein und das hat nichts mit der Droge zu tun. Und jetzt mit der Substitution, das ist ja jetzt schon wieder eine Zeit lang her, da denke ich jetzt eigentlich nicht mehr dran. Das ist für mich abgeschlossen, das war für mich ohnehin ziemlich schnell abgeschlossen. Und da denke ich jetzt eigentlich viel mehr daran, dass ich jetzt ein ganz normales Leben führen kann. Also jetzt meine Probleme in den Griff zu bekommen, das liegt dann an mir.

Interviewer: Und der Inhalt hat sich ein bisschen gewandelt von der Fixierung aufs Substitut hin zu gucken: ‚Okay, was finde ich an Lebensinhalt‘ und da stehen andere Menschen ziemlich im Mittelpunkt.

Patient: Ja, weil ich jetzt auch ganz deutlich gemerkt habe, wie sehr ich mich verändert habe. Ich war fünf Monate bei der CSO, hab dann da meistens einfach nur rumgesessen oder war im Computerraum, an den PCs, nicht dass ich jetzt wirklich Zugang und Kontakt zu den Menschen gefunden hatte, mit denen ich solange zusammen war...

Interviewer: Das heißt, während Sie substituiert waren, hatten Sie auch mit den Menschen zu tun, aber es hat sich nie wirklich was ergeben?

Patient: Und jetzt war ich ein paar Mal wieder da und da liegen Welten zwischen. Ich geh auch mal auf die Menschen zu. Ich grenz mich da nicht mehr ab, also da gibt's einen Tisch, wo wir Frühstück und Mittagessen essen und dann gibt's noch so ne Eckcouch, das ist so wie ein Wohnzimmer, also eine Couchgarnitur... also ich saß meistens abseits. Wenn ich dann mal mit am Tisch saß, dann hab ich mir eingeredet, dass worüber die alle reden, das interessiert mich alles gar nicht oder das ist mir nicht tiefgründig genug und ach, ich weiß es auch nicht... mein Problem mit Menschen zu kommunizieren. Und jetzt setze ich mich ganz bewusst dahin, wo die meisten sitzen, also an den Küchentisch, an den Esstisch, rede mit denen, stell auch mal fest..., dann haben sie sich über Banken unterhalten, mit Guthabekonto und so, wo ich dann mal mitgekriegt habe ‚Ja, das interessiert mich auch, das möchte ich auch wissen, ich hab auch Schulden, wo zahle ich die wenigsten Gebühren?‘. Also von wegen, da wird sich nur über das Wetter unterhalten oder sonst was. Ich kann jetzt auch mitlachen, weil ich jetzt auch meinen eigenen Humor mal wiedergefunden habe. Da wird ja auch viel gelacht bei der CSO und auch rumgealbert.

Interviewer: Ja das kann ich mir gut vorstellen. Manchmal gebe ich da so das Beispiel, dass dies der Unterschied ist zwischen Fußball gucken und Fußball spielen oder jemandem beim Arbeiten zugucken oder selber arbeiten. Das sind völlig andere Dinge. Ich interessiere mich vielleicht für das gleiche, ob ich Fußball gucke oder Fußball spiele, da kann ich sagen ‚Fußball‘ interessiert mich. Aber es ist ein ganz entscheidender Unterschied, ob man es selber macht, zum Beispiel wenn Leute sich unterhalten, ob man sich mit unterhält oder ob man daneben sitzt und zuguckt. Das sind vom Spüren und vom Dabeisein ganz andere Qualitäten. Das eine ist leben und das andere ist zugucken dabei, wie andere leben.

Patient: Ja, für mich war das dann früher manchmal auch seltsam. Ich wusste nicht, wohin mit mir, zum Dealer wollte ich nicht, also CSO, manchmal so richtig wohl gefühlt habe ich mich da auch nicht, weil ich mich selber abgegrenzt habe und ja jetzt gehe ich endlich mal auf die Leute zu, nach fünf Monaten, die ich da war. Es ist aber auch schön mit denen in Kontakt zu kommen und auch über irgendwelche Banalitäten zu lachen und Spaß zu haben. Ja natürlich habe ich mich verändert, zum Positiven und das sind alles Sachen, wo ich mich natürlich drüber freue. Na klar. Aber das sind nicht die Sachen, die mich vom Rückfall abhalten ja. Sondern weil ich dann eben scheitere, mein Leben wieder in den Griff zu bekommen, erstmal. Dann wäre ich wieder erstmal eine Zeit lang drauf, ein paar Entgiftungen, Therapie neu beantragen, also das wären dann ja erstmal wieder ein, zwei Jahre. Ja, wenn ich schnell wäre, vielleicht ein Jahr, aber ich hab da gar keine Eile. Ob der Kostenträger da mitspielt, steht ja auch noch mal auf einem anderen Blatt Papier. Wenn ich ständig da Therapie beantrage. Ja, das schreckt mich am meisten ab, dass ich da nun erstmal wieder alles vergessen könnte.

Interviewer: Gut. Fällt Ihnen noch was ein zum Thema?

Patient: Nee, das kam jetzt auch alles ganz plötzlich und spontan.

Interviewer: Okay, dann setzten wir da jetzt erst mal einen Punkt.

Interview H 1

Interviewer: Vielleicht rücken Sie einfach ein bisschen näher ran.

Patient: Ja okay, ich werde laut reden. Obwohl ich ganz klein bin, nur mit Hut.

Interviewer: Aha, wieso sind Sie klein mit Hut?

Patient: Na ja, das ist alles nicht so sehr einfach hier für mich. Das ist das erste Mal so, dass ich eine Therapie auch durchziehen will. Und ganz ehrlich, ich fühl mich hier wohl, das ist alles für mich mehr oder weniger das erste Mal. Ich hab zwar schon Therapieversuche gemacht. Da war ich im Tannenhof gewesen damals, da war ich aber auch sehr jung gewesen, war 1987.

Interviewer: Oh ja, das ist ja schon lange her.

Patient: Ja, das war sehr, sehr, sehr, sehr straff gewesen und ich bin gerade aus dem Knast gekommen auch und so'ne Arme ne und so und alles. Und dann vor 60 Leuten - Bart ab, Ohrring raus, Gürtel ab und damit haben sie mich schon gleich gebrochen. Und damals war ich verheiratet gewesen, hab ja auch zwei große Jungs und ich hab einfach die Kontakte, also aus'm Knast raus gleich in Therapie, ich war dreieinhalb Jahre damals weg gewesen und da haben die mich so gebrochen gleich, dass ich es nicht ausgehalten habe durch die Kontaktsperre, ne. Da ist 'ne Klinke gewesen, da bin ich dann abends heimlich raus und hab´ telefoniert mit meiner Frau, ja, weil die Sehnsucht war einfach zu groß gewesen und so und damals hab ich auch. 'Gehste lieber in Knast.' ne, das war für mich einfacher gewesen, als das harte Ding da durchzustehen. Das zweite Mal war gewesen, hier bei Spatz in der Vogelstraße, da war ganz klar gewesen, da war ich auch noch viel zu sehr drauf gewesen, das war Anfang der 80er Jahre dann, da bin ich dann auch ausgebüchst. Ist klar, da war ich noch viel zu sehr drauf gewesen. Das hab ich auch nicht gepackt. Auch wieder die Kontaktsperre, hab ich alles nicht geschafft. Das ist für mich immer ein großes Problem gewesen, mit der Kontaktsperre, damals ja. Mittlerweile bin ich älter, ja das ist auch, grad gestern haben wir ja gesehen, wie ich gekämpft habe, ich hab´ gestern noch unheimlich viel Mühe und Schmerzen gehabt. Aber jetzt hab´ ich gesagt, ihr müsstet mal die Zeilen lesen, die ich nach Hause schreibe. Ich hab´ mich selten so wohl gefühlt wie hier, ja. Alle lieb, alle nett und vor allen Dingen sehr verständnisvoll, jetzt hab´ auch schon das gewisse Alter und weiß auch selber, dass es so einfach nicht mehr weiter geht.

Interviewer: Sie fühlen sich gut angenommen hier.

Patient: Ich fühl mich gut angenommen ja, das eigentlich selten, ich bin eigentlich ein sehr, sehr, sehr zurückhaltender Mensch, ein absoluter Einzelgänger, für mich gibt's nur meinen Lebenspartner. Ich hab´ keine Freunde, ich hab´ niemanden, überhaupt nichts gar nichts, ich kann mich auch nur sehr schwer irgendwie mit Leuten anfreunden und noch schwerer, in der Gruppe sehen, und ja, ich mag das hier wirklich, ich bin hier gut angenommen worden.

Interviewer: Aber Sie sagten anfangs, Sie spüren hier und da auch so ein bisschen Kritik und Ablehnung, sagen wir mal heute direkt.

Patient: Nee, eigentlich nicht. Nee, nee wirklich nicht, da haben Sie mich, glaube ich, falsch verstanden. Nee, kann ich nicht sagen, die Leute hier, also meine Mitbewohner, sind alle nett, okay, das ganze Team hier auch super, Frau Doktor, mag ich ganz besonders, also sie ist auch ´ne sehr nette.

Interviewer: Kennen Sie sich schon länger, von früher, von der Station 9?

Patient: Ja, von denen hab ich´s ja auch her.

Interviewer: Ja das ist ja eigentlich gut. So trifft man sich wieder.

Patient: So trifft man sich wieder ja. Na ja, nun war ich ja auch schon vier Monate in der Vorbereitungsgruppe, bin ja Anfang Dezember schon hergekommen, nach vier Monaten, ich konnt´s ja irgendwie gar nicht abwarten, dass ich hier her komme.

Interviewer: Vorbereitungsgruppe vier Monate und dann hat´s ja endlich geklappt.

Patient: Und dann hat´s ja auch lange gedauert mit der Kostenübernahme. Dann war ich ja auch ´ne ganze Weile sauber gewesen, ja aber ich hab´s dann doch wieder nicht ausgehalten und hab wieder geraucht. Ja, in letzter Zeit war´s auch schlimm gewesen, mit meiner Frau, mit ihrem Krebs und den Schmerzen und der Angst. Ja, was soll ich als Mann machen, sie ständig trösten, ja. Ja zwei Mal im Krankenhaus, erste rausgenommen, dann wieder noch mehr rausgeräumt, jetzt ist noch mehr Krebsdinger da, jetzt wurde noch mehr rausgeräumt, das muss erst mal alles verheilen wieder. Drei Operationen hintereinander geht nicht, das belastet natürlich gewaltig, ob das denn nun noch schlimmer wird. Und sie heult mir immer die Ohren voll, ‚Wenn ich sterbe, wenn ich sterbe...‘ und so’. Ooah. Ohne scheiß. Und Hauptgrund war natürlich auch gewesen, hier, mit dem Methadon, ja. Draußen hätte ich das nie geschafft und hier sage ich mir auch, durch Frau Doktor jetzt, dass man hier das vorsichtig macht, dass man aufpasst und langsam vor allem und nicht hier mit dem Vorschlaghammer, wie ich das schon ein paar mal gemacht habe im Knast, ja und dann war ich sofort wieder drauf gewesen.

Interviewer: Ja und die Entzüge werden ja auch jedes Mal schwerer, das ist ja so ein...

Patient: Ja, natürlich, meine Krankenakte kann ich Ihnen mal zeigen. Ich hab kaputte Knie, wie sonst nicht was, die Bandscheibe ist völlig kaputt, ich kann nicht mal ´ne Sekunde oder drei Sekunden schräg stehen, ja, ich hab einen unheimlichen Bandscheibenschaden.

Interviewer: Woher kommt das?

Patient: Vom Ackern, vom Ackern, vom Ackern. Und dann als Kind hatte ich auch schon Scheuermann, ich hab ein ganz krummes Kreuz. Und ich denk´ mal, mein Vater ist auch sehr krank jetzt, der hat geschindet wie ein Vieh und jetzt hat er das Ergebnis dafür, der kann sich auch nicht mehr bewegen, nicht mehr bücken, gar nichts mehr, der ist völlig fertig. Zwei künstliche Hüften, na ja, der hat sich kaputt geackert. Total. Ja und das war die Hauptsache gewesen, Verständnis hier zu finden und langsam runter zu dosieren. Zuhause hätte ich´s niemals geschafft, vom Methadon runterzukommen. Die Hektik, die ich draußen habe, mit der Frau, mit dem Sohn und na ja alles drum herum, alles lag auf meiner Schulter. Meine Frau hat

sich nur auf mich verlassen, ich konnte alles machen zuhause, ich bin nun mal der Typ, der alles macht, von Hause aus so erzogen worden, der Vater hat's verlangt und meine Frau hat sich drauf verlassen. Also ich kenn's nicht anders. Sauberkeit, Ordnung, Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, das hab' ich alles voll reingekriegt. Meine Drogensucht, das war das Ding vielleicht - ich meine, man fragt immer, 'Warum bist du drogenabhängig geworden?', ich schätzte mal, das war genau das.

Interviewer: Ja klar. Meistens gibt's mehrere Faktoren, die so zusammen kommen.

Patient: Ich bin als Kind schon von der Schule abgeholt worden. Wenn meine Mutter vor der Schule stand, der Vater hat das alles aufgebaut, das Geschäft und alles drum und dran, heute mehrfacher Millionär und so, mehrere Häuser, ein Riesengrundstück am Wasser und ich musste als Kind natürlich immer neben ihm stehen und ich musste der Sohn sein, der genauso ist wie er. Und wenn was nicht geklappt hat oder weiß ich was, hat er oft viel getrunken und es gab mehr Prügel, als zu fressen. Und ich musste parieren und Widerspruch gab's nicht.

Interviewer: Ja, dann sucht man sich so seine eigenen Lösungen und seinen eigenen Weg und oft das Gegenteil.

Patient: Ich bin dann auch schon mit 15 von Zuhause ausgezogen, früh weg, nur weg von Zuhause, nur weg und dann natürlich in die falschen Kreise gekommen, Drogen, Haschisch, Alkohol, Drogen und na ja das war dann so der Anfang.

Interviewer: Hatten Sie denn mal eine drogenfreie Zeit?

Patient: Na klar. Meistens im Knast. Und Therapieversuche.

Interviewer: Wie lange waren Sie denn im Knast insgesamt?

Patient: Oh das möchte ich gar nicht sagen. Also 20 Jahre bestimmt. Na ja, kann ich jetzt gar nicht zählen, aber so an die 18 Jahre.

Interviewer: Oh ja, da kommt einiges zusammen. Na klar, ich meine, Sie sind auch nicht mehr der Jüngste.

Patient: Viel Zeit verloren, na ja, klar. Meine Frau hat sich scheiden lassen dann, na ja, klar, kein Mann, kein Vater und so weiter, wir waren 12 Jahre verheiratet.

Interviewer: Haben Sie Kinder?

Patient: Ja, zwei erwachsene schon, ich bin sechs mal schon Opa.

Interviewer: Sechs mal schon Opa?

Patient: Ja, meine Kinder, der eine ist 32 und einer ist 24 oder 25. Ich hab aber keinen Kontakt, auch mit der Frau nicht, nichts, gar nichts.

Interviewer: Wollen Sie auch nicht?

Patient: Ja, ich hab's letztens versucht, meine Frau angerufen, weil ich die Rente, weil ich die ganzen Geburtsurkunden brauchte und so. Aber wir haben uns dann unterhalten für eine

Stunde, aber der Kontakt ist weg. Sie ist jetzt glücklich verheiratet mit einem anderen Mann, das gönne ich ihr alles.

Interviewer: Ja, aber zu den Enkelkindern vielleicht mal.

Patient: Ehm, nee gar nichts.

Interviewer: Ist das so ein Ziel vielleicht, so ganz im Hinterkopf?

Patient: Nee, gar nicht. Das ist alles so fremd. Zwischendurch, aber das ist auch schon wieder Jahre her, kamen meine Kinder mal zu mir und das ging dann mal für eine Zeit lang gut, aber da haben die dann auch angefangen, meine Wohnung leer zu fressen, sind nicht arbeiten gegangen und alles drum und dran und meine Frau hat sich letztens auch beschwert, dass die auch faul sind und so, auch nichts doll los, mit den Göhren und dann haben sie mir Geld geklaut und dann haben sie von mir Geld verlangt und dann sind sie zur Oma rüber und haben sich dort auch noch Geld geholt, also auch nicht gerade so toll, ja. Der Älteste, der hat jetzt auch schon vier Kinder, hat auch eine ganz falsche Frau und das geht auch nur nach unten. Nee, ich brauche das nicht, ich will den Kontakt nicht haben. Ich habe mit mir genug zu tun, habe mit meiner Frau genug zu tun, mit der Tochter genug zu tun, also was soll ich mir da noch aufhalsen? Ich habe auch kein Interesse, muss ich ganz ehrlich sagen. Wirklich nicht. Sie sind mir auch schon fremd mittlerweile, was soll ich da noch mit anfangen?

Interviewer: Haben Sie sonst noch so Zielvorstellungen hier?

Patient: Ja, Zielvorstellungen...

Interviewer: Ja, wo Sie sagen ‚Das möchte ich erreichen.‘ Also ‚kein Methadon mehr‘ oder so.

Patient: Ja klar, in erster Linie möchte ich natürlich sauber werden. Das ist schon schwierig, jetzt hier so spontan zu antworten. Wenn ich jetzt in meinem Zimmer bin, ja, Herr P. [Mitarbeiter] hat das schon gesagt, dass ich mir immer viele, viele, viele Notizen mache, ständig, ich bin immer nur am Notizen machen, wenn ich so Sachen höre, die mich auch irgendwo inspirieren und was angehen, wo ich denke ‚aha, das ist ja toll‘, was mir einfällt, was ich dazu sagen könnte. Na ja, alles so Sachen, da mache ich mir immer viele Stichpunkte und lasse mir das dann durch den Kopf gehen. Ich habe meiner Frau auch viel geschrieben. Also mein Ziel ist hauptsächlich, sauber zu werden und dass sie das auch mitschafft. Was genau weiß ich noch nicht, aber irgendwas muss sich ändern zuhause. Meine Frau ist so krank, hat ja auch zwei künstliche Hüften und so. Und ich merke jetzt hier, dass das Leben wirklich noch was anderes bringt, was Schönes. Auch wenn es nur ein Spaziergang ist oder, na ja. Also es ist so, ich habe draußen ein Boot, wir haben unsere Freizeit gestaltet, wir sind draußen auf's Boot, wir sind Fahrrad gefahren und so. Ich habe auch eine sehr schöne Wohnung, große Terrasse, Eigentumswohnung, die hat er mir geschenkt. Na ja, die Tochter und... Ich habe zwei große Keller, ich habe eine eingerichtete Werkstatt, ich repariere Fahrräder, ich gehe fischen, na ja, so nebenbei arbeiten, ich gehe für etliche Frauen, also alte Leute bei uns in der Siedlung, einkaufen. Also langweilig war mir nicht. Mein Tag war irgendwo durchstrukturiert. Na, was heißt durchstrukturiert, na klar gab's auch manchmal Langeweile, wer hat das nicht, aber ich war immer auf den Fersen, ich war immer unterwegs, habe immer gemacht und getan, gespart, gemacht, wir haben uns zwei große Fernseher geleistet und haben ein neues Bett gekauft, ich bin sehr sparsam auch.

Interviewer: Dann ist das ja eigentlich ein ziemlicher Schritt dann, hier in einem, ich sag mal, kleinen Zimmer, also es wird ja ein bisschen größer werden irgendwann, aber da haben Sie viele Sachen ja nicht, die Sie mit Substitution ja eigentlich hatten. Dann hätte es ja auch so weiter gehen können.

Patient: Ja, na ja, klar, da bin ich ganz ehrlich. Wenn ich den Knastdruck nicht hätte, na dann würde ich weiter..., na mir geht's zuhause gut. Na gut, ich hab jetzt natürlich Knastdruck. Mmmhh, na, wenn man, ich hab ein bisschen mehr Haschisch gehabt und dann ist da natürlich ein Anschiss dabei gewesen, dass ich 15 Monate noch offen habe und so und mit, ja, mit dem Haschisch, das war, na klar, Haschisch haben, besorgen ist auch kriminell, ich möchte da nichts beschönigen, aber ich nehm' ja auch schon seit sechs Jahren keine Drogen, das kann ich auch nachweisen, bei meiner Ärztin war nur Sichtkontrolle, und ich habe über die ganzen Jahre, wo ich jetzt bei meiner Ärztin bin und so weiter, nur ganze saubere UKs gehabt, bis auf THC, ja. Und mit der Frau, mit der ich jetzt zusammen bin, mit der bin ich jetzt auch schon sechs Jahre zusammen, mit dem Kind da und so, das ist auch für mich wichtig gewesen, dass ich mit der Frau nicht konsumiere, das ist die erste Frau, mit der ich nicht konsumiere. Mir ist das Kind wichtig und mir ist die Frau wichtig. Und eigentlich lief draußen alles. Aber trotzdem kann es nicht so weitergehen.

Interviewer: Aber trotzdem kann es so nicht weiter gehen?

Patient: Nee, na, das Methadon ist doch schon ein ganz schönes Würgehalsband. Man kann nicht weg, man ist immer auf das Methadon angewiesen und gesund ist es auch nicht. Und dann muss ich ganz ehrlich sein, ab und zu hab' ich mir das mal reingejagt. Wenn irgendwelche Probleme waren, also losmarschiert, Dope geholt habe ich mir nicht, also ich hab' mir so ab und zu mal, ja, was heißt ab und zu mal, so einmal im Monat denke ich mal so jetzt, da habe ich mich mal hingegeben. Wenn sie das nicht gehört hat oder irgendwie war eine Chance dagewesen oder wenn ich unterwegs war, Methadon holen war oder wie auch immer, dann hab' ich mir das mal gegeben, dann kam das mal so auf und dann hab ich das mal wieder gemacht. Oder wenn wir uns gestritten haben oder wenn es Stress und Ärger gab.

Interviewer: Ich bin mal gespannt wie das hier so weitergeht. Was meinen Sie? Wird es mit Ihren Mitbewohnern noch Thema werden oder wenn Sie dann mal die Nulllinie erreichen.

Patient: Na, davor habe ich natürlich Angst. Auch wenn ich mich jetzt sehr wohl fühle, da sollen sie doch fragen, lieber nachher, wenn's mir wirklich schlechter geht, was dann in meinem Kopf vorgeht. Ich wünschte, dass Sie meine Briefe mal lesen könnten, ja, nicht dass ich jetzt hier sitze und Ihnen irgendwas vom Pferd erzähle, aber ich möchte, also ich will das hier durchziehen, es muss sich irgendwas ändern, was, das weiß ich noch nicht so genau. Ich merk' das auch, das Leben, die Gefühle, die wieder wach werden. Ich stehe ständig am Wasser, weil ich das einfach... ja ich weiß auch nicht, so viele Gefühle kommen wieder hoch. Das ist schwer. Ich bin richtig stolz darauf, dass ich so lange nichts genommen habe, das ich jetzt runtergehe und sie hat auch schon gesagt, als ich gegangen bin, wie sie mich beneidet. Ja, sie wollte ja auch schon mal hierher kommen, aber da kam ja dann die Krankheit dazwischen. Sie war ja auch schon mal hier angemeldet. Ja, sie beneidet mich richtig, dass ich das Methadon loswerde. Sie heult ja oftmals, dass sie das Scheißzeug nimmt. Irgendwie mit Kind, na ja, mit dem Kind, das ist sowieso eine Affenliebe.

Interviewer: Wie alt ist denn das Kind?

Patient: 14.

Interviewer: Junge oder Mädchen?

Patient: Mädchen. Na ja, ich hab´ meine Frau damals kennengelernt, da haben sie ihr die Kleine gerade weggenommen. Ja, sie hat ein Terminversäumnis gehabt, die Kleine kam von der Schule, stand vor der Tür und ja, gleich war das Jugendamt da. Weil sie einen Termin auch nicht eingehalten hat und da haben sie sich die Kleine gleich weggenommen. Ja und da ist die fast ausgerastet. Ja, und da hab´ ich sie kennengelernt, hab ihr die Wohnung renoviert und, na ja, dann sind wir zusammen geblieben. Dann hat sie auch gemerkt und gesehen, was ich für eine Wohnung habe, was ich für ein Typ bin und dass bei mir alles ordentlich war, ich hab´ ja immer alles ordentlich gehabt. Anders kenn´ ich´s nicht, von zuhause aus schon nicht und so ist sie bei mir geblieben. Und ich hab´ sie dabei ordentlich unterstützt, dass sie das Kind wiederkriegt. Ja, und jetzt haben wir die Eigentumswohnung gekriegt und die Kleine wohnt da gleich, zehn Minuten entfernt in einer Kindergruppe und dadurch haben wir sie eigentlich jeden Tag zuhause und in den Ferien zuhause und na ja. Da ist sie jetzt happy. Wenn wir ´ne größere Wohnung hätten, also die Wohnung größer wäre, wir haben ja eine 2-Zimmer-Wohnung nur, dann wäre die Kleine schon längst bei uns, aber ich hab´ ihr auch gesagt, lass´ das sein, die hat da die Erzieher und so weiter, na ja, das passt ihr sowieso nicht. Ich meine, ich sage auch nicht alles, da geht sie gleich auf die Barrikaden, ‚Klar würde ich das...‘ na ja, ich denk mir dann meinen Teil. Sie hat ja mit sich auch genug zu tun und dann kann sie nicht auch noch das Kind, Schule und Lehrstelle und so weiter, das würde sie sowieso nicht schaffen. Also, ich finde das besser, dass das Kind da wohnt, wir haben sie ja so auch, das reicht. Das ist ja auch okay. Sie lernt Französisch, hat Realschule, das ist alles toll. Das hätte sie garantiert bei mir nicht geschafft, denk ich mir mal.

Interviewer: Ist doch ein gutes Arrangement, so wie´s ist. Aber ihre Frau plant auch noch abzudosieren, oder?

Patient: Ja, sicher. Ja, natürlich.

Interviewer: Aber ist natürlich einerseits mit der Krebserkrankung und dann... da hat sie ja auch Schmerztherapie gleichzeitig und dann wird es besonders schwierig dann.

Patient: Das Methadon ist auch ein Schmerzmittel.

Interviewer: Ja, natürlich.

Patient: Was denken Sie, was mit mir passiert noch, wenn ich das Methadon ganz loswerde. Dann lieber langsam. So lange ich mich noch wohl fühle ist das okay. Und ich sag´ das auch an, ja. Ich übernehme mich nicht. Ich hab´ richtig Schmerzen. Durch die Knie oder durch die Bandscheiben und so. Ist wirklich Wahnsinn. Das Methadon war für mich auch ein Schmerzmittel. Jeder sagt hier oder alle Leute, mit denen ich mich unterhalten habe, Schmerzen und so, Kreuzschmerzen, kennen wir alle, ja. Aber ich hab´ richtige Schmerzen. Durch den kaputten Rücken und ich hab´s mit dem Knie und so. Jahrelang auf dem Estrich ´rumgerutscht und nichts gemacht, immer im feuchten kalten Estrich, ja, also meine Knie sind, ich hab´ ´ne schwere Arthritis in den Knien, Bandscheibe kaputt, ich bin eigentlich ein Wrack.

Interviewer: Haben Sie auch Fußbodenleger gemacht?

Patient: Auch, ja, ja ich hab zwei gelernte Berufe, Maler und Lackierer und Tischler. Wir haben Dachbodenausbau gemacht, wir haben Fliesen gemacht, wir haben Malerei gemacht, wir haben alles gemacht.

Interviewer: Dann haben Sie auch viel Arbeitserfahrung.

Patient: Viel Arbeitserfahrung ja, ich hab auch oft die Firmenautos, Autos repariert, alles schon in meinem Leben gemacht.

Interviewer: Also doch viel von ihrem Vater übernommen.

Patient: Na, als Belohnung ist klar. Ohne Fleiß kein Preis, ja ist so. War ja nicht so gewesen, dass ich ´was umsonst gemacht habe, er hat mich natürlich immer belohnt für meinen Fleiß, klar.

Interviewer: Na gut, ich meine, so was hilft Ihnen jetzt vielleicht auch, so ein bisschen Selbstdisziplin und Durchhalten und so eine Fähigkeit, Dinge, die Sie in Angriff genommen haben, dann auch zu Ende zu bringen.

Patient: Na, hundert Prozent. Das Ding ist auch immer das, ich bin ein hundertprozent genauer Typ, hundertprozentiger Typ bin ich, bei mir gibt's keine Verspätung, bei mir gibt's kein leeres Geschwafel, für mich überzeugen nur Taten. Na ja, so habe ich's reingekriegt. Das einzige wofür ich ihn wirklich hasse ist, dass er mir völlig die Selbstwertgefühle genommen hat, absolut, das weiß ich, ich mein, ich bin ja nicht dumm, ich weiß ja, was mit mir los ist. Selbstwertgefühle hab ich null. Das kann ich nur aufbauen, wenn ich irgendwas bringe.

Interviewer: Das ist natürlich wie der Hamster im Hamsterrad. Das geht natürlich immer weiter dann. Man wird immer getrieben, weil, da hat man was erreicht und dann muss man sich das nächste beweisen.

Patient: Das ist nur, das ist dann mein Beweis. Und damit habe ich immer schon imponiert, damit habe ich mir immer Respekt geholt. Das Geld, das Ackern, die Zuverlässigkeit. Wenn ich was sage, bin ich auch da. Ackern kann ich wie ein Vieh. Und auch hier, mal ´nen Teller abwaschen, ´ne Tasse abwaschen oder irgendwas. Wenn ich da hingucke, reicht mir das schon. Das hab ich gelernt, da brauch´ich mir nichts sagen lassen.

Interviewer: Na, dann würd´ich mal sagen, gucken wir mal, wie es weitergeht. Ich wollte Sie so alle sechs bis acht Wochen mal, also das nächste Mal wenn man sich vielleicht so der Nulllinie nähert und dann wenn Sie das hinter sich haben...

Patient: Ja, noch hab ich keinen Bock drauf oder so, aber ich kann ja noch nicht sagen, nachher wenn's mir dreckig geht, ich weiß es noch nicht. Vorhin hab ich auch grade gesagt, Mann, mir geht's ja eigentlich gut, aber das kommt ja erst noch. Was wäre, wenn ich nachher vom Methadon runter wäre und die Schmerzen fangen an, ich hoffe, dass es dann hier oben irgendwo nicht klick macht und ich denke vielleicht daran, mir irgendwas zu holen oder zu nehmen. Also ich fühle mich hundert Prozent sicher. Jetzt habe ich sechs Jahre kein Pulver angefasst und ich hätte es tausendmal schon machen können.

Interviewer: Ja gut, wir haben ja die Ärzte und auch Zeit, das ist ja das Wichtigste.

Patient: Und vorsichtig runterdosieren.

Interviewer: vorsichtig runter...

Patient: Ich weiß noch nicht, was Frau A. [Mitarbeiterin] meinte, da war ich ganz schnell so ein bisschen geknickt, aber sie ist ernst zu nehmen und muss wissen wie sie's macht und so, weil ich hab' zuhause mein Metha immer dann genommen, wenn ich's gemerkt habe und ich hab' mir gesagt, solange ich keine Methadon brauche, nehm' ich's nicht. Aber sie meint, ich muss es morgens um neun nehmen, zwischen acht und neun. Natürlich, klar, ich bin keine Ausnahme hier oder irgendwas. Aber da ich ja weiß, dass ich dann runtergehe und umso später ich das jetzt nehme, wissen Sie, wenn es immer weniger Methadon wird, dann brauch' ich das auch immer ein bisschen früher, ist ja klar. Und deswegen wollte ich das so lange wie möglich aushalten, ich hätte es ja noch ausgehalten. Also ich hab' noch keine Schwäche, noch keinen Entzug gemerkt, mir ging es gut.

Interviewer: Na gut.

Patient: Aber ich hab' aber auch schon gemerkt, dass ich hier irgendwie ein ganz klein bisschen gesondert werde. Weil, wenn es darum geht, irgendwelche Leute zu begleiten, klar, ich sitzt ja auch nicht gern den ganzen Tag in meinem Zimmer oder im Haus hier, dann wird ich so'n bisschen erstmal, kann das sein?

Interviewer: Also von mir nicht, aber das kann ja durchaus sein.

Patient: Also ich guck mir das noch ne Weile an und dann wird' ich aber Herrn T. [Mitarbeiter] mal ansprechen. Irgendwelche Leute begleiten oder irgend so was, da übergeht er mich. Hab ich das Gefühl. Ich freu mich jedes Mal, wenn ich einkaufen gehen kann. Mal aus dem Haus raus.

Interviewer: Ja, fragen Sie mal, sprechen Sie's mal an.

Patient: Ja, ja wird' ich machen. Na klar, natürlich. Bei wie viel sind wir? Ich guck mal hier rein, was ich hier so habe, na ich denk mal, ich hab mich ganz gut unterhalten, ja.

Interview H 2

Patient: Ich kann mich nicht gut ausdrücken, von daher schreibe ich das immer alles auf hier.

Interviewer: Sie finden, dass Sie das nicht so gut können? Ich finde, Sie können sich ziemlich gut ausdrücken.

Patient: Ja sagen wir mal so, wenn es dann zum Gespräch kommt oder überhaupt, ja, dann hab ich das nicht immer alles so im Kopf. Manchmal kann ich das nicht ordnen, dann fiel mir noch was ein, weil auch immer viele Anstöße kommen, weil ich das erste mal, ich kann das alles nicht so schnell ordnen. Das ist hier drinnen das Gute, dass ich nachdenken kann, irgendwie fällt mir das alles nicht so spontan ein und meistens dann nach den Gruppen, vielleicht noch dies und noch jenes, das schreibe ich mir dann alles so auf.

Interviewer: Interessant. Meinen Sie, das hängt einfach mit dem Alter zusammen oder mit dem Substitut noch oder ist das einfach eine Eigenart?

Patient. Ja, das ist meine Eigenart, ja. Wir haben ja nun nicht so viel miteinander zu tun. Ich bin ja nun so eher allein hier. Ich hab ja immer einen richtigen Mann neben mir gehabt, der mich immer unterdrückt hat, sprich meinen Vater. Ein sehr, sehr strenger Meister, der schon von Kindheit an auch immer geprügelt wurde und der sich so durchgebissen hat und ich wollte ja das Geschäft machen, ich sollte ja. Ich habe nie was für ihn richtig gemacht. Ich bin nie neben ihm groß geworden. Ich war immer nur ein Ducker neben ihm und so weiter.

Interviewer: Er hat Sie so grundsätzlich verunsichert. Wahrscheinlich kommt deshalb so der Eindruck, weil Sie können sich gut ausdrücken und mir ist auch noch nicht aufgefallen, dass Sie irgendwie vergesslicher wären als irgendjemand anders, als ich zum Beispiel. Ich vergesse 'ne ganze Menge, aber Sie spüren das stärker.

Patient: Ja das war mein letzter Gedanke gewesen unten. Ich bin immer darauf gedrillt worden perfekt zu sein. Nichts zu vergessen, ja. Ich bin anders erzogen. Nicht so zum Verlierer.

Interviewer: Ja und hundert Prozent ist einfach unmenschlich. Hundert Prozent kann selbst ein Atomkraftwerk nicht leisten oder ein Computer und ein Mensch schon mal gar nicht. Ein Mensch ist von Geburt an mit Schwächen behaftet, es geht gar nicht anders.

Patient: Mein Leben war eigentlich, obwohl ich meine Drogen hatte, auch immer geregelt gewesen. Ich hatte meine Frau, Kinder, Familie, Arbeit, ich hab immer alles gemacht und das habe ich alles unter einen Hut gekriegt. Ja ich hab manchmal tausend Sachen auf einmal gemacht und da ich das nicht alles behalten konnte hatte ich Notizen deswegen. Als ich noch draußen war bin ich immer mit einem Notizzettel rumgerannt, bloß nichts vergessen. Zuhause, überall haben Zettelchen geklebt, ja. Ich hatte immer einen Kalender, Zettelblock und so gehabt. Immer, nur nichts vergessen. Ob das zuhause die ganzen Besorgungen sind und als ich zuerst hier ankam hat man mir dann auch gesagt „Mensch kümmere dich um deinen Arsch“ und überhaupt und so. Ich hab immer noch für zuhause mitgedacht. Muss ich zur AOK? Beahlt die das? Wird zuhause alles eingezahlt? Wird dies gemacht? Wird das gemacht?

Interviewer: Und hat sich das jetzt ein bisschen verändert?

Patient: Jetzt, ja. Ja, ich sag das ganz ehrlich, ich freu mich, dass ich hier bin. Ich hab das Richtige für mich gefunden.

Interviewer: Und jetzt mit der Substitution, Sie sind ja schon nur noch auf 1ml.

Patient: Ja. 7-5.

Interviewer: 0,75 ja, nicht mal mehr 1ml. Und, ist das ein komisches Gefühl?

Patient: Oh Mann, ständig Gänsehaut und kaum Schlaf, ich bin ganz schön kaputt und Konzentrationsschwierigkeiten und so ja. Klar, natürlich. Aber ja, das schreibe ich immer alles auf hier. Wissen Sie, manchmal habe ich so das Gefühl, dass man hier so denkt, ob das Frau A. [Mitarbeiterin] ist oder gestern der Anwalt, „Mach nicht so schnell, mach nicht so schnell“. Doch das ist meine Natur, ich bin sowieso hektisch, ich bin sowieso so'n Hibbelkopf, da, hier, da und dann mach ich noch die WG sauber und dann mach ich das und das. Aber das ist so meine Natur, ich kann mich nicht lange hinsetzen und ruhen, ja. Es sei

denn ich lese, schreibe oder so. Aber ich muss immer beschäftigt sein. Ich brauch' Beschäftigung. Das lenkt mich ab und damit geht's mir gut.

Interviewer: Ja klar. Haben Sie genug Beschäftigung? In der WG?

Patient: Na ja klar, ich bin der Putzlappen der WG und dann, wie gesagt, schreib' ich unwahrscheinlich viel, lese und bin hier wirklich zur Ruhe gekommen. Also, wenn ich überlege, wie es zu Anfang war, also die ersten Wochen so ein bisschen, jetzt bin ich ja schon sieben Wochen hier und jetzt bin ich auch ein bisschen ruhiger geworden. Ich trau' mich viel mehr. Herr T. [Mitarbeiter] spricht uns auch immer an, „Herr H., Herr F.“, ich wunder' mich selber über mich, dass ich mich so traue, obwohl ich noch oft unsicher bin, ja, ich bin noch oft unsicher.

Interviewer: Aber Ihre Stimme hat Gewicht, merken Sie so langsam, Sie haben was zu sagen.

Patient: Na ja, nicht Gewicht, aber ich hab was zu sagen, ja. Ich kann jetzt auch Konflikte schon ein bisschen besser angehen. Also nicht in der Gruppe. Ich warte dann lieber kurz und nehm' mir den Einzelnen und sage „Du, was war denn das vorhin? Was meinst du denn damit? Musste das sein?“ und so, ja. Aber dann ist es wieder das Dumme, „Wie kommt der denn rüber?“ Das ist ja auch in der Gruppe dann so, aber sobald die Gruppe vorbei ist, ist man schon wieder ganz anders. Das ist so. Das hat mich früher sehr viel durcheinander gebracht, da hab' ich auch immer gedacht: „Warum sind die in der Gruppe so?“. Ja, machen einen auf ‚kratze kratze‘ ja und außerhalb der Gruppe läuft das schon wieder ganz anders. Da ist das schon wieder vergessen, was da war und der zieht über den her und der über den oder so was. Damit komme ich überhaupt nicht klar. Ja, da wusste ich immer früher schon nicht, wie ich mich da verhalten soll. Ja, man kennt die Leute ja noch teilweise von draußen oder so was und denkt: „Ja, was ist denn mit dem hier los? Was fährt der denn für'n Film?“ Und draußen ist das schon wieder ganz anders.

Interviewer: Und wie gehen Sie jetzt damit um?

Patient: Ich mach' mein eigenes Ding. Was andere jetzt so sagen und machen und tun, das interessiert mich überhaupt nicht. Ja, ich mach' mein Ding, ich weiß, was ich will. Das sagte ich Ihnen ja glaube ich auch schon, jetzt bin ich 54, dass ich das noch mal durchziehen will. Bis jetzt war Knast für mich immer am einfachsten. Ich hab' drei Versuche hinter mir, aber immer irgendwie verstoßen gegen die Regeln. Meistens immer nur Kontaktsperre, damit bin ich nie klargekommen, weil ich hänge an meiner Familie. Vater und Mutter, meine Frau, meine Kinder, ja und dadurch bin ich immer rausgeflogen, wegen der Kontaktsperre, wegen dem Kontaktsperrenbruch, ja. Ja und jetzt, ja, wie gesagt, als ich zu Anfang kam, dachte ich mir auch nur noch „Was ist draußen? Was ist draußen?“ Aber mittlerweile, ja ich hab' ihr jetzt auch grade wieder eine SMS geschrieben: „Na, wie ist das Leben draußen?“ Ja, und da hab' ich auch so ein kleines bisschen Angst vor, dass ich mich von ihr trennen muss.

Interviewer: Ja weil Ihre Wege sind jetzt so ziemlich...

Patient: Auseinander, ja. Sie merkt, wie ich jetzt bin, Gänsehaut, ihr juckt die Nase schon wieder. Ja, ich will mich eigentlich nicht von ihr trennen, ja, aber das geht nicht. Ich glaube sie gibt sich auch nicht genug Mühe. Sie hätte gestern kommen sollen...

Interviewer: ...zur Vorbereitungsgruppe...

Patient: Ja. Aber auch wieder eine Ausrede. Ich würde gerne mal zu ihrem Arzt gehen, aber der wird mir keine Auskunft geben. So dass sie sagt, sie geht auch runter und hört auf mit allem, aber das geht nicht, hab´ ich nicht das Gefühl.

Interviewer: Wie viel hat sie denn noch?

Patient: Na vier Metha, sind ja immer vier Metha gewesen. Fünf hat sie jetzt, durch ihren ganzen Krebs und so weiter, die Schmerzen und so. Aber meine Frau ist sehr leidend, sie leidet sehr. Sie kriegt´s nicht so sehr auf die Reihe, da hab´ ich immer alles gemacht. Ich hab´ alles zuhause eigentlich getan und gemacht und erledigt.

Interviewer: Na gut, jetzt spüren Sie auch so ein bisschen, wo Sie sich selbst ein bisschen stärker mitkriegen, was das auch für eine Belastung eigentlich ist, ja.

Patient: Ja, na ja klar. Ich hab mich manchmal selber auch angekotzt, aber ich kann´s nicht liegen lassen, ich kann´s nicht akzeptieren. Mein Leben muss stimmen, wenn ich auch unter anderem drunter gelitten habe in Punkto Drogen etc. Beschaffung und so, aber trotzdem, vorne raus musste immer alles stimmen. Eine total geile Wohnung ja, wenn jemand zu mir kommt, der würde nie denken, dass da ein Junkie wohnt, ja, Ich hab ´ne super Wohnung, Eigentumswohnung mit Garten und so, alles toll. Aber hintenrum war doch nicht alles so toll. Die ganze Beschaffung, die ganze Kriminalität und so, na ja, wofür ich mir noch nebenbei Zeit nehmen musste.

Interviewer: Es klingt so ein bisschen so, als wenn Sie es hinkriegen würden, Ihr Leben so ein wenig zu entstressen, auch wenn Sie gerade so ein bisschen merken, also so ein bisschen.

Patient: Na, Adrenalin ist immer drinne.

Interviewer: Ja, na, einfach ein bisschen zur Ruhe zu kommen und nicht in dieser Mühle so drin zu sein, also diese ganzen kleinen kriminellen Geschichten und sich um die Frau zu kümmern, bisschen auch den Schein aufrecht zu erhalten und die ganzen Rennereien.

Patient: Ja, das muss alles ein bisschen ruhiger werden, das war ganz schön hektisch. Auch jetzt, ja, da will sie manchmal Geld haben, auch immer schlimm. Na, aber ich meine, es lässt immer wieder nach und die letzten sechs Jahre ist sie bei dem Thema ruhiger gewesen. Dann hab´ ich hier im Haus, wir wohnen ja in so einer Siedlung, habe ich dann für die alten Frau da eingekauft, ich hab´ Fahrräder repariert, ich hab´ nebenbei so ein bisschen gefuscht, aber ich hatte immer was zu tun, ohne kriminell zu werden, ja. Das sind ja nur jetzt noch alte Sachen, die da kommen. Widerruf und so. Jetzt zum Beispiel war ich beim Anwalt und ich warte jeden Tag auf einen Beschluss. Noch einen Widerruf, Führungsaufsicht ohne Ende oder so. Oder Verhaftung, Abholen, Weg mit mir.

Interviewer: Echt, so krass?

Patient: Ja, ich hatte damals einen Totschlag gehabt und davon habe ich bis auf fünf Monate alles abgessen und weil ich dann wieder mit Haschisch auffällig wurde und kleine Sachen, hat die Senatsverwaltung den Gnadengesuch widerrufen und jetzt hat mein Anwalt noch mal versucht, das Ding zu machen, wir hatten aber einen guten Staatsanwalt, St. heißt der, der hat sich darauf eingelassen, dass ich die Therapie durchziehen kann und so weiter und nach der Therapie reden wir weiter, dann hat´s der Staatsanwalt aber abgegeben, an eine Frau, die da ein bisschen strenger ist und die meinte gestern zu mir, da wird´s ein bisschen eng werden.

Kann sein, dass sie so eine Hundertprozentige ist, das ist eine, die liebt Vollstrecken, und vollstreckt. Und dann hab ich gefragt, können Sie mit ihr nicht reden, haben Sie mit der nicht ein bisschen irgendwie... meistens kann man ja was machen. Da kann ich natürlich Pech haben, dass die kommen und mich hier rausholen.

Interviewer: Ja, das würde ich erstmal nicht sehen. Wie viel haben Sie denn noch offen?

Patient: Na, fünf Monate.

Interviewer: Fünf Monate, sind nur die fünf Monate noch offen?

Patient: Nee, 15 Monate noch wegen Haschbesitz. Ja, aber das ist auf Paragraph 35. Was damals nicht anerkannt wurde sind die fünf Monate Rest.

Interviewer: Ja, aber wesentlicher sind die 15 Monate, dass man die mit 35er gut erledigt. Na gut, dann muss man ja auch eine gewisse Zeit irgendwie hinkriegen. 15 Monate, eigentlich zwei Drittel, sind eigentlich 10 Monate. Sechs Monate Therapie, dann in die Adaptionsgruppe, aber das ist dann noch nicht so, das kann man auch mit ambulanter Nachsorgetherapie oder sonst irgendwie machen. Da finden wir schon einen Weg. Und die fünf Monate, da kann ich Ihnen dann auch noch mal ein Schreiben machen.

Patient: Das wäre natürlich jetzt, wo ich das mal wirklich endlich mal packe und ich möchte eigentlich mal auch ´nen Cleanen haben, Führerschein vielleicht wiederkriegen und überhaupt alles. Ich will das durchziehen, ist mir egal, was ich nicht alles mache. Noch dazu, ich will das hier durchkriegen, das ist für mich das A und O, keine Hinterfragung und nichts, ich weiß es einfach, ich spüre es einfach, ich merk's an mir, es ist ganz anders. Es läuft bei mir alles ganz anders als früher. ‚Ach machste Knast. Alle Therapien sind zu schwer. Gruppengespräche, Therapeutengespräche – um Gottes Willen, was will denn der bloß wieder von mir?‘ – nee, ist alles nicht mehr da.

Interviewer: Erstaunlich. Wie kommt diese Veränderung, ich meine, man könnte da auch ins Gegenteil verfallen, so mit diesem Druck und dem Staatsanwalt, da könnte man sich auch drüber ärgern und auch sagen „Ja, leckt mich am Arsch“ irgendwie. Fünf Monate wird dann auch durchsubstituiert wahrscheinlich. Gut, die 15, müssen wir mal gucken, aber irgendwie könnten Sie ja weiter versuchen, sich so durchzuschlängeln.

Patient: Nee, nee, Durchschlängeln ist nicht mehr. Wenn ich auch Jahre lang ´runter auf vier Metha oder auf drei Metha war, es ist doch eine Sucht, es ist ein Halsband, es ist ein Würgeband und ich will das jetzt endlich mal schaffen, ganz und gar clean zu sein, ja. Und dann spielt meine Krankheit auch nicht ganz so doll mit, HIV, die Knie kaputt, der Rücken kaputt, ich bin nicht mehr 20, nicht mehr 30 und nicht mehr 40, ich bin die letzten zehn Jahre ganz schön gealtert. In den Knast möchte ich auch nicht mehr, ja, das möchte ich nicht mehr.

Interviewer: Nee, das ist ab einem gewissen Alter nicht mehr lustig, das ist ja einfach verlorene Zeit.

Patient: Ja, verlorene Zeit. Es geht nicht voran.

Interviewer: Das merkt man ja umso stärker, je älter man wird. Mit 20 sagt man sich „Ach Gott, die fünf Jahre bzw. die fünf Monate, ist immer ´ne Erfahrung, kann man mal gucken“

Patient: Ja, das hat man anders weggesteckt. Und ich seh´ das ja auch, wie Jüngere, ich bin nicht mehr jung, ganz einfach. Ich hab ein ganz anderes Denken jetzt. Zu meinem Zweier-Antrag auch hier, da hab ich ja schon wieder über drei Seiten geschrieben, ich bin mal gespannt, wie die nachher reagieren „Ach, der schreibt viel zu viel“ und alles ja. Ich könnte fünf Seiten schreiben, was mir dazu alles einfällt.

Interviewer: So voll eben. Toll. Kommt das jetzt alles raus, so als wenn man einen Deckel wegnimmt oder?

Patient: Ja, so ungefähr.

Interviewer: Also merken Sie schon, wie sich eine Veränderung ergibt?

Patient: Das auf jeden Fall, da hat sich schon eine Veränderung aufgetan. Es haben sich Veränderungen aufgetan. Meine Frau merkt das ja auch. Sie sagt ja auch „Du bist ganz anders geworden.“ Andere auch, mit denen ich telefoniere, wie meine Mutter oder so.

Interviewer: Und was fällt denen auf oder was sagen die?

Patient: Na, dass ich konsequenter bin. Konsequenter ja, dass ich nicht mehr irgendwie rumdruckse oder „könnte“ oder dies. Auch mein Vater, wir waren ja draußen mit meinem Vater gewesen, wir haben da ein Motorboot draußen, mit dem F. und dem A. und ja, dem habe ich die Stirn geboten, ja, ich hab´ mal was gesagt. „Räum´ das auf, mach´ das weg, denk´ daran, das Boot sauber zu machen, wo hast du das Putzzeug hingetan, ach, das machst du doch sowieso nicht“ oder so was. „Mensch hör doch mal auf damit!“ sage ich, „Was soll denn das immer?“ Richtig so, ja, da bin ich mal so ein bisschen aggressiv geworden, was ich mich ja sonst nie getraut hätte ja.

Interviewer: Und wie war das? Hat er das geschluckt?

Patient: Ja, der hat geschluckt. Er hat nichts gesagt.

Interviewer: Ja, es wird ihn auf eine Art vielleicht sogar gefreut haben.

Patient: Ich weiß nicht, ob er so weit denkt.

Interviewer: Das weiß man nicht, aber wie man´s macht, macht man´s eh verkehrt.

Patient: Ja, das meine ich auch.

Interviewer: Ja, wenn Sie die Klappe halten und einfach nur putzen, ist verkehrt, weil ja, Waschlappen ne, und wenn Sie nicht putzen und sagen „Ja mach deinen Scheiß alleine“ ist auch verkehrt. Ja, so gesehen, können Sie auch machen, was Sie wollen. Ist ja auch gut dann.

Patient: Ja genau, das ist es. Mein Leben lang war ich abhängig, auch von meinen Eltern. Wenn irgendwas war, die haben mich im Knast unterstützt, die haben mich immer wieder aufgefangen und ich musste immer wieder katzbuckeln. Jetzt bin ich schon seit Jahren selbstständig, nicht mal „Mama, hast du mal nen Fuffi“ oder „Papa, kann ich mal dies?“ Ich bin nicht mehr abhängig, nicht mehr von meinen Eltern abhängig. Ich hab das alleine gemacht. Die drei, vier Metha, die hab´ ich ja gekriegt, aber ich brauchte kein Geld mehr, ich brauchte keinen Druck mehr, ich war nicht mehr im Knast gewesen. In den letzten sechs

Jahren hatte ich überhaupt nicht mehr gefragt. Und jetzt wo ich hier und wo ich auch alles kenne jetzt hier, traue ich mich doch ein bisschen mit dem Mund. Bei Fremden ist doch immer noch ein bisschen schwierig oder wenn mir eine Autoritätsperson gegenüber sitzt und so weiter, dann klappe ich doch noch ganz schön ein oder ‚sagt der das Richtige‘ oder...

Interviewer: Ja, da kommt so ein altes Muster noch vor, aber da sind Sie dran.

Patient: Ja, und wenn ich hier manchmal so, grade den B. oder den F. Herr B. ist sowieso einer, der sich hier über alles stellt, hat sich hier einen Status geschaffen, der meckert über euch hier und alles ja. Ich seh´ das immer noch so: mein Gott, ihr seid nicht die Abhängigen, ihr kommt mit eurem Leben zurecht. Er ist hier für sich, ja, da bin ich immer noch ein bisschen mehr konservativ eingestellt. Was der so für Forderungen hat, was der sich so manchmal einbildet. Also damit komm´ ich nicht klar. Ich bin dankbar, dass ich hier sein darf. Ja, Sie könnten ja auch sagen oder na ja, Sie vielleicht nicht oder so. Ich bin dankbar, dass ich hier sein darf. Ich hab kein Recht, Kritik an euch zu üben.

Interviewer: Na ja, ich finde schon, jeder hat das Recht seine Meinung zu sagen, aber es muss ja auch ein Auskommen sein.

Patient: Ja, aber das wird dann schon ein bisschen viel.

Interviewer: Ja, man kann ja auch irgendwas ansprechen und sagen „Das und das finde ich besser, so und so hätte ich es gerne“, nur erstens, finde ich, muss man es dann dort tun, wo es auch hingehört und nicht hintenrum oder so. Dafür haben wir VV, da sagt nie einer was. Wie „Ich will dies, ich will das“, immer nur hintenher. Ich find einfach, das kann man ja sagen und dann kann man ja auch Ja oder Nein sagen. Ich kann Sie ja fragen, zum Beispiel heute, „Haben Sie Zeit? Machen Sie mit?“, da können Sie ja auch sagen „Nee, mach ich nicht.“ Das, fände ich, ist okay. Weil jeder hat so seinen Bereich, über den er so ein bisschen bestimmen kann. Und ich denke, der ganze Rahmen, den sollte man für sich nutzen. Das ist die Aufgabe, ne. Und wenn man immer nur laut fordert, dass andere was tun, dann nutzt man den Rahmen eigentlich nicht für sich, weil man soll ja selbst irgendwie was machen, man will sich ja selbst verändern. Die anderen können ein bisschen was für einen tun, die Sozialarbeiterin kann einem eine Bescheinigung ausstellen oder irgendwas, aber clean werden, das muss man selber machen.

Patient: Ja, das schon, aber gestern habe ich ja so ein Ding gesehen. Dieser kleine Typ da oben, dieser Bengel da ja, der sitzt in der Gruppe und macht so auf stur und so unangenehm, so ein richtig kindliches Verhalten ja.

Interviewer: Ja ja, das kann er gut.

Patient: Ja, aber ich meine, im Grunde genommen weiß der Therapeut, na gut, wenn wir uns eine Weile unterhalten, wenn Sie mich kennen, okay. Dann würden Sie das vielleicht sogar akzeptieren, dass ich jetzt mal gegenspreche oder mal andere Meinung bin. Aber wie kann ich von vornherein das aussprechen, was ich will. Da muss ich einfach davon ausgehen „Was denkt der Andere jetzt? Kommt der damit zurecht?“ oder „Wie führt der sich denn hier auf“ oder „Was soll das denn?“. Also, das sind so viele Sachen, es dauert immer echt ´ne Weile, oder ein Gespräch, oder man muss sich ja erst mal kennen. Ja, unterschiedlich alles. Genau wie die ganzen Fragen hier. Die eine ist zwar viel, aber das ist doch ein kleines bisschen was anderes, was mir dann dazu jetzt einfällt, aber überwiegend ähnlich. Die ganzen Fragen ähneln sich irgendwo ein bisschen, sie wollen bloß anders aufgeschrieben werden.

Interviewer: Ich finde, Sie machen sich richtig viele Gedanken, auch über so das Gruppenleben und wie Sie da so zurechtkommen.

Patient: Das ist auch schwierig ja, das Gruppenleben ist auch sehr schwierig, ja. Eigentlich sind wir ja hier, um uns gegenseitig auch zu helfen, nicht? Und ob auch das Licht aus ist, ob der Fernseher aus ist, nee, passiert nicht. Überall brennt das Licht, überall ist der Fernseher an, sprech´ich´s an: Kopfschütteln. Ja also, aber es müsste mich eigentlich nicht belasten, ja aber trotzdem belastet mich das. Weil ich sehe es wenn die überall das Licht anlassen, überall Dreck machen, überall weiß ich nicht alles, ja. Das ist doch nicht gut, asozial ist das.

Interviewer: Man kann´s ansprechen und dann merkt man auch, ja, wie man ist. Dadurch dass man auch sieht, andere sind anders und man entwickelt auch seine Position. Und manche Sachen kann man sagen ‚okay‘ und verändert das dann irgendwann und bei manchen wird man auch umso sicherer „So will ich nicht leben.“ „So will ich sein.“ „Das finde ich gut an mir.“

Patient: „Ja, so will ich sein.“ Da ist immer so drinnen, mitzuschwimmen. „Was denken die jetzt über mich, wenn ich so bin?“ Nee, ich will so sein. Ich möchte so akzeptiert werden. Stimmt, das sind die Anstöße, die mir fehlen. Stimmt, na klar. Einfach das sagen, was man selber denkt und ja, ‚Ich sein‘.

Interviewer: Genau, das finde ich halt das Wichtigste.

Patient: Das steht hier drinnen alles. Wollen Sie das hier sehen? Folgeantrag und Kontakt.

Interviewer: Na super, gerne.

Patient: Hier ist der Folgeantrag. Na, überall bin ich ausgeschweift, was?

Interviewer: Ach, das weiß ich nicht.

Patient: Und hier ist die Kontaktsperre-Auflösung.

Interviewer: Ach, das sieht aber ganz gut aus, das WG-Foto.

Patient: Das haben wir für den kleinen Jungen gemacht von Herrn F.. Wir waren ja auch schwimmen und so. Auf unserem kleinen Motorboot. Hat er eine Mail geschickt, als Foto. Ja, können Sie kurz da behalten, aber ich brauch das aber heute Abend wieder, also nachher zur Gruppe wieder.

Interviewer: Wir können gleich zusammen rüber gehen, zum Kopierer. Das ist ja auch Ihres, das sollen Sie ja auch haben.

Patient: Warum haben wir jetzt miteinander ein Gespräch? Weil andere fragen „Warum hast du jetzt mit Remmert ein Gespräch?“ Einfach nur so, weil ich substituiert werde, oder?

Interviewer: Genau, weil Sie einer noch der Ersten sind. Nicht der Erste, sondern der Dritte, glaube ich, insgesamt nach Herrn W. und Herrn C.

Patient: Ja, wie ich gehört habe, ist der abgehauen. Hat sich ja ein bisschen angestellt „ja, wieder 0,5 weniger“ und so...

Interviewer: Ja, der hing da sehr dran irgendwie. Ich glaub´, bis 15mg ist er gekommen, aber das war weniger der Entzug

Patient: Ach, Milligramm, ach, also 1,5 Metha.

Interviewer: Ja, genau.

Patient: Ja, das haben sie alle gesagt, er hat immer gestöhnt und gestöhnt „Ach morgen wieder 0,5 weniger und ah und Hilfe...“

Interviewer: Ja, er hatte große Angst davor. Ich weiß nicht, diese Angst, die spür ich bei Ihnen nicht so.

Patient: Nee, Herr Remmert. Ich hab´ ja bei meinem Vater gelernt mit allem drum und dran und wir hatten da einen ganz schweren Unfall gehabt und da einfach weiter gemacht mit unserem Arbeitswahn und mein Vater mit dem Mund aufs Lenkrad, der ganze Nacken war blutig und kaputt. Ich hab mir den Arm gebrochen, die Stirn aufgeschlagen, 40 Grad Fieber gehabt. Am nächsten Morgen arbeiten gegangen.

Interviewer: Mit gebrochenem Arm, ja?

Patient: Ja natürlich, ich kann ja mit links arbeiten. Ich bin knallhart. Nee, da gibt´s keinen Krankenschein und kein Leiden, nee, da muss ich durch und wenn die Schmerzen noch so groß sind und wenn ich mich kaum bewegen kann, was gemacht werden muss, muss gemacht werden.

Interviewer: Also, das Wichtigste finde ich, dass man das Gefühl kriegt, Sie sind in der Gruppe drinnen und hier eigentlich, ja gut dabei

Patient: Ich fühl mich hier wohl, ich fühl mich hier sauwohl.

Interviewer: Dann wünsche ich Ihnen für die letzten mg alles Gute und dann sehen wir uns in ein paar Wochen wieder, wenn Ihnen das recht ist?

Patient: Aber klar doch, mach´ ich ganz gerne, mal darüber reden ist auch gut für die Seele und so, das sagt man doch immer, oder? Also dann...

Interview C 1

Interviewer: Ja, mich würde einfach interessieren, wie´s Ihnen jetzt in den ersten Tagen ergangen ist. Wie Sie das erleben, mit Substitut aufgenommen zu sein, ob das anders ist als bei den Anderen, ob Sie sich ausgegrenzt fühlen oder besonders angenommen fühlen, einfach wie´s Ihnen geht.

Patient: Erstens, ich würde sagen, ich habe mich riesig gefreut, wo ich das gehört hatte, draußen schon, dass ein Therapieplatz mit Methadon gibt, dass Sie mit Methadon aufnehmen und alles. Und hab gedacht, also ich hab das persönlich so gedacht: „Jetzt muss ich diese

Gelegenheit nutzen.“ Es ist für mich wirklich gerade da, wo die Leute wirklich, die lange drauf sind auf Drogen und lange dabei sind, für die ist das wirklich ne Riesenerleichterung. Denn draußen hat man immer in der Phase, in der Zeit, wo man beim Arzt das runtersetzen möchte diese Gefahr, immer weiter, das habe ich auch gehabt, ständig Rückfälle, Beikonsum ja und so viele Leute draußen, irgendwann steigt man wieder ein. Aber hier ist man in einem geschützten Rahmen, hier ist man geschützt und in diesem Programmablauf, was hier läuft, finde ich persönlich sehr gut, ja. Und man versorgt sich selber auch. Diese Verantwortung und das ganze Drum ´rum, Selbstversorgung und so und gleichzeitig in diesem geschützten Rahmen, Methadon ab zu dosieren, man muss selbst gucken, man muss darauf aufpassen und alle diese Sachen. Ich hab mir das draußen auch überlegt, mich informiert und in den Aufnahmegesprächen immer wieder überlegt hab und das war so ein Riesenerfolg für mich, dass ich hier aufgenommen worden bin und jetzt von 3 auf 2 bin. Ich habe zwar ein bisschen Ängste gehabt, aber nicht so, wie ich mir das erwartet habe, weil ich bin ja jetzt wirklich hier und ich geh nur zu Frau R. [Mitarbeiterin] hoch, eine Etage. Draußen müsste ich auch jeden Morgen aufstehen und eine Stunde bis zum Arzt gehen, das ist Stress und alles. Es läuft hier so prima, glauben Sie mir, so prima ja, obwohl man morgens ein bisschen früher aufstehen muss, da hat man auch Entzugserscheinungen. Aber dann geht man eine halbe oder viertel Stunde später nach oben, manchmal, heute zum Beispiel bin ich zehn vor 8 aufgestanden und dann bin ich gleich hochgegangen und hab meine Methadon geholt. Dann ist man ruhig, braucht vielleicht noch 10 oder 20 Minuten höchstens, dann hilft es in der Zeit.

Interviewer: Sie haben ja auch Zeit hier. Es ist ja nicht so ein Druck, dass es jetzt unbedingt nächste oder übernächste Woche schon alles raus sein muss, sondern es ist einfach etwas verlangsamt.

Patient: Ja klar, das ist es ja. Ich hab ´ mit Frau A. [Mitarbeiterin] auch gesprochen drüber, das hat sie mir auch gesagt. Ich wollte letzte Woche eine Milli runtergehen, da hat sie gesagt, „Nee, wir verbleiben noch eine Woche so und Sie haben Ihre Zeit Herr C. Sechs Monate haben Sie noch Zeit. Wir waren je ne halbe Milli davor und jetzt noch ne halbe, heute nicht.“ Ich bin 3 Wochen hier und eine Milli runter. Ich schätze 4 Wochen brauch ich schon für den anderen ein Milli und dann den Rest lass ich mir so langsam runtergehen ohne dass der Körper das mitkriegt. Weil hier hat man Beschäftigung, die Zeit vergeht. Man denkt nicht ständig daran, obwohl ja, es zum Beispiel Schlafstörungen gibt und so Unruhe. Das sind die Konsequenzen, nicht? Aber ich bin der Meinung, wenn man wirklich auf null gehen möchte. Und das möchte man auch hier. Trotz der Konsequenzen möchte man. Das ist ja im Endeffekt für mich, ne. Die Sache. Weil draußen würde ich in eine andere Therapie gehen, ne, da müsste ich auf null gehen. Methadon und andere Sachen und Tabletten und alles weg auf schnell. Ich hätte mir nie, glauben Sie mir, ich hätte nie mir vorstellen können, bevor ich von F42 gehört hatte, das hat mir Frau M, die sagt Ihnen vielleicht was, im Urban-Krankenhaus, die Sozialarbeiterin, die hat mich dazu gebracht.

Interviewer: Ach, die hat Ihnen das...

Patient: Ja, die hat mich dazu bebracht im Dezember, wo ich im Krankenhaus war, wollte ich mich entziehen und rausgehen. Und dann hat sie gesagt: „Herr C., bleiben Sie auf 3 Milli Methadon und gehen Sie in die F42 und machen Sie eine Therapie dort.“ Ich wollte wirklich. Therapie konnte ich mir nie vorstellen. Glauben Sie mir, niemals, ich hab immer gesagt „Nee, auf null zu gehen.“ und „Ich schaff das alleine.“ Ich hab es bisher immer alleine versucht. Aber dann, wo ich gehört habe, mit Methadon, hab ich erst mal ´n Auge gekriegt. „Wie, mit Methadon, Therapieplatz?“ „Ja, ist ein neues Programm, die fangen grad an.“ Und da hab ich gesagt: „Ja, das können wir überlegen, warum nicht.“ Und dafür bin ich dankbar.

Interviewer: Ein guter Hinweis, ja.

Patient: Guter Vorschlag, ja wirklich. Da habe ich 4 Monate gekämpft, dafür. 3,5 Monate ungefähr.

Interviewer: War schwierig, nicht? Die Kostenübernahme zu erlangen von der DRV.

Patient: Ja erst habe ich eine Absage bekommen und dann habe ich mir gedacht, die genehmigen mir das nicht, aber Frau A. [Mitarbeiterin], der bin ich auch dankbar, die hat sich dann gekümmert, hat gesagt: „Ja, wir machen das jetzt mit Widerspruch“, deshalb will ich es auch schaffen. Und es kam relativ schnell zum Ziel, dass ich kommen konnte. Das hab ich mit dem Arbeitsamt auch geklärt. Das restliche Leben, also ich geh ja auf die 50 jetzt, bin Anfang 40 zwar aber, die Zeit vergeht ja schnell.

Interviewer: Ja ja klar, natürlich.

Patient: Und deswegen möchte ich die Zeit auch nutzen, dass ich das Arbeitsamt besser öfter besuche und verstehen lerne und mal einen Rat annehme und arbeiten kann und deswegen habe ich die Ängste gehabt: „Wie schaffst du denn das jetzt? Mit Methadon und dem anderen Beikonsum“. Glauben Sie, ich versuche seit Jahren mit Methadon aufzuhören. Aber das ist schwer, viel schwerer als Heroin, der Entzug ist nicht das schlimmste, aber dann. Da kommt man kurz ans Ziel und dann passiert's wieder, ja. Und deswegen hab ich mir auch 6 Monate ausgesucht hier. Und mir gesagt, „Wenn schon, denn schon. Ziehst du das durch, dann hast du auch die Zeit“.

Wenn es hier in dieses Haus geht, ja, also ich bin echt, ich persönlich kann Ihnen sagen, ich bin gut aufgenommen worden. Es gab auch dieses Gespräch um Methadon, in der Gruppe auch, ich hab's auch erwartet, mehrere Leute hier mit Methadon zu treffen usw., aber ich bin der einzige und es gibt noch einen in einer anderen Gruppe, glaube ich. Wir sehen uns ja jeden Morgen da oben, bei der Medikamentenausgabe. Bis jetzt also, die Erfahrungen, die ich hier gemacht habe, wirklich, ich hab das auch in der Gruppe besprochen, ich war dankbar dafür, sie haben mich herzlich, sehr warmherzig aufgenommen. Die haben auch erstmal Ängste gehabt. Ja klar, geht's mir abends auch manchmal schlecht, ist ja logisch, der Körper reagiert immer anders. Aber ich versuche das wirklich nicht zu zeigen manchmal. Ist ja nicht so doll, kommt und geht. Gibt schlimmeres wohl.

Vielleicht sollte ich mich manchmal öfter melden, aber. Ich möchte auch nicht auffallen in der Gruppe. Auch, also, wir sind wie eine Familie alle hier, ja. Das ist für mich wirklich gut. Und schön. Aber dann abends dieses Unwohlsein, aber das kriegt man auch hin. Wir kochen, wir essen gemeinsam. Das ist ja auch das, was Mut gibt und die Kräfte wieder aufbaut. Wenn man schlechte Laune hat, ist der Andere dann da und alles. Also es funktioniert bei mir super. Einwandfrei. Und wenn ich jetzt auf null gehe, denke ich schon, dass ich dann Probleme habe oder haben werde. Klar, aber das möchte ich auch überstehen. Endlich mal was schaffen.

Interviewer: Ja ich denke, Sie haben den Rückhalt in der Gruppe, Sie müssen die Umgebung nicht wechseln. Das ist ja manchmal das Problem, wenn man aus dem Krankenhaus rausgeht. Da ist man grade auf null, 2, 3 Tage bestenfalls und dann muss man die Umgebung wechseln, wieder andere Leute und das alles wird hier nicht eintreten. Die gleichen Leute, der gleiche Alltag und vielleicht ist es so, als wenn sie zwischendurch mal eine Grippe hätten oder eine Erkältung. Weil es ja auch so langsam geht, wird es hoffentlich nicht viel schlimmer.

Patient: Ja, das glaube ich auch nicht. Am Wochenende, fand ich wirklich persönlich sehr gut. Obwohl es mir peinlich war, dass sie extra kommen musste ja. Sie hat ja auch ihr Wochenende. Aber sie hat sich da wirklich sehr eingesetzt, fand ich auch sehr gut. Klar man ist ja mit der Gruppe, die Startergruppe zum Beispiel bis Montag ja. Wir kochen zusammen, wir essen zusammen, wir machen zusammen alles gemeinsam, gehen einkaufen zusammen. Man ist ja nicht auf sich allein gestellt, da hat man immer einen Schutz drum herum. Glauben Sie mir, ich muss eines sagen, seitdem ich hier bin, habe ich wirklich keinen Suchtdruck mehr. Nicht dass mir irgendwelche blöden Gedanken gekommen wären oder so. Früher hatte ich immer ein schlechtes Gefühl. Wo ich zuletzt war, im Urban-Krankenhaus, haben sie mich auch gefragt: „Wie geht es Ihnen Herr C.“ Sie haben gefragt, wie’s mir geht, aber eigentlich ist es ihnen doch egal. „Ich möchte jetzt Therapie und das und das...“ Aber hier, glauben Sie mir, ich hab mich wohl gefühlt. Wirklich hier, also hier, wenn die Ärztin extra am Wochenende kommt, da glaube ich das. Ich bin wirklich ein Mensch, der spricht, sagt oder macht. Und dann ist die Zeit

Von daher jetzt muss es besser werden. Ich bin 3 Jahre jetzt hier. Meine Eltern sind hier. Wo soll ich sonst hin. Ich bin erneut wieder hier jetzt seit 7 Jahren. Ich war 10 Jahre in der Türkei wegen Militär und alles, schlimm da, ganz schlimm.

Interviewer: Stimmt, Sie hatten das erzählt, Ihre Geschichte, wie das in der Türkei gelaufen war, im Militär und in der Kälte der Berge; 20, 30, 40 Grad Kälte...

Patient: Ja es war wirklich eine harte Zeit. Da musste ich auch leiden. Dort ist’s ja nicht wie hier, ja. Da ist es anders. Da wird man nicht gefragt, wie dir geht, wie man ist, was hast du, was machst du. Wenn was ist, dann muss man es erledigen. Und hier haben wir die Chancen. Hier in Deutschland, gerade in Deutschland, da haben wir die Chancen und es ist dann auch machbar. Und ich bin nicht kaputt. Nach all den Sachen. Es war schwer in der Türkei, aber ich hab mich wieder aufgebaut. Und bin her gekommen.

6 Monate habe ich gebraucht für Ankommen hier. Ich möchte auch nicht abhängig werden vom Arbeitsamt. Ich hab diese Hilfe genug. Und nicht noch mal rückfällig, noch mal Entzug, nein.

Interviewer: Sie haben schon Recht, das ist so ein bisschen ein Scheideweg. Die Entzüge werden ja immer schwerer. Der Körper lernt ja auch und der Geist auch und deshalb werden Entzüge, je öfter man sie machen muss oder macht, sie werden immer schwerer. Der erste Entzug ist noch relativ leicht und dann wird’s immer schwerer. Wenn Sie schon mal 27 mg Methadon hatten, dann ist es einfach schon mal ein Erfolg, wenn Sie jetzt hier so sitzen können mit 2 mg und einfach zurecht kommen.

Patient: Das ist das ja. Ich bin froh eigentlich, dass ich auf 3 mg gekommen bin. Ich hab draußen 8 Monate aufgehört gehabt, als ich im Urban-Krankenhaus war. Ich wollte da raus aus dem Methadon. Glauben Sie mir, die Umstellung alleine, ja. Ich habe einen Monat, eineinhalb Monate gebraucht, bis der Körper sich wieder regeneriert hat. Obwohl ich konsumiert habe, habe ich solche Schmerzen gehabt wegen Methaentzug. Das ist eine wahnsinnige Sache, das Methadon. Ich finde es sehr gut hier, dieses Programm, den Therapieplatz, das mit Methadon Aufnahmen und die Menschen hier in diesem Programm, was sie hier eingeführt haben und die Menschen, die an diesem Programm mitbeteiligt sind. Ich weiß nicht, wie sich das in Zukunft ergeben wird, vielleicht werden mehr Methadonleute kommen.

Interviewer: Finden Sie das besser?

Patient: Ich hab mir ´nen Kopf drüber gemacht. Ich hab überlegt so, wie dieser Plan laufen wird in Zukunft, da ich der Erste war oder bin. Ja wie sieht das hier in Zukunft aus. Wenn jemand jetzt mit 10 mg, das ist ´ne ganz andere äh Frage, ein ganz anderes Erlebnis. Wenn jemand jetzt 3 Jahre, 4 Jahre nimmt, Methadon, Pola oder so, das war ich ja auch, letztes Jahr war ich bei 10 mg Methadon, 2 Jahre lang. Das ist, wenn man aufsteht, hat man Unruhe bzw. Schmerzen. Ängste oder so körperlich zittern. Die Menschen werden natürlich ständig diese Schmerzen präsentieren müssen usw., wie das in der Gruppe ausmacht. Wenn jetzt die Gruppe aus 8 oder 10 Personen besteht und 3 substituiert sind, dann könnte das sein, dass man ständig drüber redet und dann wenn man auf null geht oder auf 3 geht, das sind ja andere Schmerzen dann, psychisch und körperlich, da wird man nicht so getragen.

Interviewer: Interessant. Das sind ähnliche Befürchtungen, die viele Mitbewohner geäußert haben. Und wir haben vom Konzept ja extra deshalb die Vorbereitungsgruppe, die Sie ja auch gut genutzt haben, dass man schon mal so ein bisschen weiß und ein bisschen zur Ruhe kommt und einfach eine Planung macht. Und die Planung ist schon so, dass die Leute, wenn sie aufgenommen sind, so weit niedrig dosiert sein sollten, dass sie dem Programm ohne weiteres folgen können. Es sollte keiner mit 10 ml oder 15 ml kommen, sondern so, dass er das Gefühl hat, er kann wie jeder andere auch, bei allem mitmachen, er ist nicht zu sehr eingeschränkt und er kann auch in einer absehbaren Zeit auf null kommen. Und es sollten mehr werden, es werden sicher immer nur 1, 2, höchstens 3 pro Gruppe sein. Ich denke eher 1 bis 2.

Patient: Ja ja, das würde dann super funktionieren, glauben Sie mir. Ich bin der Meinung wirklich, also wie ich das ja auch sehe. Es gibt auch Mensch, die mit Methadon von draußen kommen. Nur Methadon, keine weiteren Drogen. Die sind schon bei zwei, oder eins, die sind draußen, ohne Drogen, die schaffen nur den Schluss nicht, die wissen schon, wo es langgeht. Therapie und so. In der Vorbereitungsgruppe hatten wir das ja auch gehabt. Alle waren dort auf Methadon. Für die ist das schon wichtig. Die freuen sich auch drüber, klar, die machen auch sehr viel dafür.

Interviewer: Ich muss sagen, ich fand die Gruppe auch sehr angenehm. Ich hab sie auch einmal gemacht, in Vertretung von Frau A. und es war eine sehr angenehme Gruppe, weil man das Gefühl hatte, erstens, sie wissen alle worum es geht und zweitens, es ist eine Gruppe, wo es nicht nur um Knastvermeidung geht oder kriminelle Sachen oder so was, auch wenn da natürlich jeder irgendwie einen Hintergrund hat. Aber das Thema ist klar und die Motivation ist klar. Ich fand, Sie gingen alle gut miteinander um. Das fand ich ´ne gute Gruppe. Eine gute Vorbereitung.

Patient: Das war es auf jeden Fall. Auch die Startergruppe zum Beispiel, die hilft mir. Da ist auch Gemeinschaft. Es gibt ja Gemeinsamkeiten, ich stehe hier wie Familie, glauben Sie mir. Wie Familie, die Jungs haben mich sehr ins Herz geschlossen, fand ich gut, mit meiner Methadon-Sache bin ich ja der einzige in der Gruppe, haben sie angesprochen, dass einige gesagt haben: „Hey jetzt kommt Methadon und das und das...“ und dann haben sie gesagt: „Ja, wir haben es jetzt gesehen, wie es ist. Wenn wir’s nicht wüssten, hätten wir’s nicht gemerkt, dass du Methadon nimmst und alles.“ Ich finde es eine sehr gute Sache, glauben Sie mir. Ich finde es eine so fabelhafte Sache mit Methadon, runtergehen, Ziel ist null. Gleichzeitig Therapie machen, von allem wegkommen und diese ganze Sache, ist ne prima Sachen, für mich ist das einwandfrei.

Interviewer: Schön. Das freut mich erst mal. Danke, dass Sie mitgemacht haben. In zwei Monaten vielleicht dann noch mal so, wenn ich noch ein paar Interviews hab, die kann ich dann auswerten.

Patient: Das können wir machen. Wenn's soweit ist, dann sagen Sie mir das.

Interviewer: Mach ich. Vielen Dank.

Interview C 2

Interviewer: Ja. Sie nähern sich der Nulllinie.

Patient: Ja, das ist klar, ja.

Interviewer: Wie geht's Ihnen?

Patient: Ja, soweit eigentlich, wenn ich ‚gut‘ sage, das stimmt nicht genau, ehrlich gesagt. Einerseits gut, aber andererseits mit dem Entzug und so ist es ein bisschen schwerer in letzter Zeit, auf jeden Fall. Ich hab mit Frau A. [Mitarbeiterin] gesprochen und sie hatte zu mir gesagt, wir sollen innerhalb der ersten drei Therapiemonate auf Null gehen und das ist ja bald soweit bei mir. Nächsten Monat. Ich hab jetzt vier Wochen noch Zeit jetzt bis auf null zu gehen, aber ich hoffe, dass ich das schaffe bis dahin. Ich hab ja, wie ich vorher gesagt habe, eine starken Willen mitgebracht und das war für mich wirklich der wichtigste Punkt hier, dass ich heute noch hier sitze. Ich hab mit den ersten Schritten schon was gemerkt, aber nicht so intensiv wie bei dem letzten Schritt und das ist am Freitag gewesen, wo ich die 1 ml bekommen habe.

Interviewer: Freitag haben Sie das letzte Mal reduziert...

Patient: Letzer Freitag, also von 15 mg auf 10 mg. Ich hab's ehrlich gesagt nicht so schwer erwartet. Es ging so los und dann Wochenende und dann Ostern noch. Und halb zehn hab ich eine Ausgabe gehabt, halb zehn war das, so ungefähr viertel nach neun. Und das war mir doch viel zu spät. Ich meine jetzt, die ganze Nacht durchziehen und dann noch nachdem man aufsteht, noch drei, vier Stunden warten und klar kommen. In den Gedanken zieht man das immer vor, die Ausgabe. Aber ich hab Gott sei Dank, wo wir uns auch befinden hier, in dem Kiez, mitten im Kiez, ich hab's Gott sei Dank, toi toi toi, gut durchgezogen. Ich bin auch ehrlich gesagt stolz mit mir jetzt, obwohl vier, fünf Tage waren immer am schwer wenn wir runtergegangen sind, obwohl immer nur 5mg wo ich runter gegangen war, war immer schwer, aber diesmal war's noch ein bisschen schwerer. Ich bin der Meinung, wenn ich jetzt die Woche noch überstehe, nächste Woche habe ich Erleichterung, da habe ich ja noch kleinere Schritte...

Interviewer: Ja, das stimmt.

Patient: ...das teil ich mir jetzt, ein Milligramm. Ich hab gesagt, wenn ich ein Milligramm schaffe...ja bei anderthalb war's auch ein bisschen, also bei 15mg, aber dann nicht so. Viele haben mir draußen auch gesagt, ‚wir haben Angst‘, sogar bei manchen bei 20mg, die kommen nicht mehr runter. Und draußen ist noch schwerer, aber hier fühle ich mich auch irgendwie geschützt, obwohl wir mitten im Kiez sind. Ich kann mit Freunden reden und hab ich auch gesprochen und diesen extra Mut geben sie mir dann mehr. Und in der Gruppe ist man auch

irgendwie. Das ist noch mal gut. Und daher, ich hab's mir lange überlegt, gut überlegt und gesagt, du musst das auch mal durchziehen und all die Erfahrungen, die ich gemacht habe, draußen ja. Ich hab mir die letzten Wochenenden durch den Kopf gehen lassen, wo's mir wirklich übel ging. Hab mir gesagt, ‚So, was willst du machen? Auch wenn du alles hinschmeißt und tust und machst, es bringt dir doch gar nichts.‘ Hätte mir doch gar nichts gebracht. Vielleicht die ersten Wochen und so ein bisschen und dann wieder auf die Schnauze. Ich hab's jedes Mal bereut, dass ich wirklich alles hingeschmissen habe und den ganzen Versuchen, die ich gemacht habe. Aber ich hab's gut hingebraucht jetzt. Ich bin auch der einzige jetzt hier, der Methadon nimmt, das ist ja auch extra. Das ist mal gut, mal schlecht, so besonders.

Interviewer: Was ist das für ein Gefühl, hier der Einzige zu sein? Das ist ja so eine Sonderrolle.

Patient: Ja, das ist hier die Rolle. Ich fühle mich irgendwie verantwortlich, ehrlich gesagt.

Interviewer: Vorbild so ein bisschen, als Vorreiter...

Patient. Ja, ja, klar. Wenn ich das jetzt irgendwie missbrauche oder irgendwas mache, das muss ich auch ehrlich zugeben, ich hab ja auch drüber nachgedacht. Man könnte es ja. Ich bin länger drauf, für mich ist das noch schwerer, im Gegensatz zu den anderen, die ein bisschen jünger sind und nicht mehr so lange drauf sind. Ich hab noch mehr zu kämpfen, das ist mir auch bewusst und klar. Aber trotz allem, ich bin mit 30mg hier reingekommen und würde es auch den anderen empfehlen, Leuten, die wirklich da raus wollen, weil ich bin jetzt 8 Wochen hier ungefähr. Ich hab mich runterdosiert. Ich hab zwar ein bisschen Schwierigkeiten gehabt, mit Frau A. habe ich gesprochen, mit Ärzten habe ich gesprochen und sie ist wirklich eine sehr gute Ärztin muss ich sagen, sie kümmert sich auch. Man kann mit ihr sehr gut reden, die hat Verständnis und so. Da hab ich bei 20mg psychische Nebenwirkungen gehabt, Belastungen gehabt, mit AT anzufangen und hab gesagt und deswegen hab ich die Regelung bekommen, halbe Stunde zu warten, bis das wirkt und dann geh ich los. Aber trotz allem, es sind 8 Wochen, hab ich Startergruppe sehr gut mitgemacht und hab auch Fleiß mit reingebracht, denk ich mir persönlich...

Interviewer: Ja, haben Sie auch.

Patient: Hab nicht gefehlt oder faulenzten oder das. In der WG hab ich mich auch ganz bewiesen, dass ich die Aktivitäten mitmache und alles. Gut, wie gesagt, wenn man runterdosiert hat man automatisch die Schwierigkeiten. Ich bin immer davon ausgegangen, dass ich bei der Gruppe nicht so auffalle, dass ich denen nicht auf die Last gehe. Aber die konnten das sehr gut verkraftet. Sogar einige der Leute haben sich Kopf gemacht um mich. Haben mit mir gesprochen oder wenn das jetzt nicht so ihre Aufgabe war und sie was anderes zu tun hatten eigentlich, da waren Erleichterungen für mich auch dabei, automatisch. Weil ich der Einzige bin, der substituiert ist hier im Haus. Und viele wissen auch, dass ich Methadon nehme und wenn die sehen, wie's mir so mal geht, fragen sie automatisch ‚Wieviel Milligramm nimmst du jetzt?‘ und ‚Wie weit bist du‘ alles. Und dafür fühle ich mich auch verdammt glücklich, meiner Meinung.

Interviewer: Fühlen Sie sich von denen dann auch eher unterstützt?

Patient: Ja, also die haben mir wirklich auch die Hilfe alle gegeben. Ich kenne ja auch einige von draußen, die haben zwar entzogen und bei uns ist noch eine Dame reingekommen, die hat

auch von Methadon entzogen und dann reingekommen. Sie hat auch Schwierigkeiten gehabt. Ich hab mit ihr ein bisschen so drüber unterhalten, hat sie heute noch, so Schlaflosigkeit und Schwitzen und Unruhe und das sind die Konsequenzen und wenn man das so lange nimmt, schon erst recht. Für mich ist sowieso, ich hab das jetzt durchgezogen, also 10mg ist für mich ein Riesenerfolg, jetzt geh ich langsam runter und die letzten Tage, was auf mich zukommt, ich fühle jetzt schon, wie ich versuche, Blockaden aufzubauen, um das alles nicht aufzunehmen, weil wenn ich nur daran denke immer, dann werde ich vielleicht wackeliger. Ich muss jetzt so etwas mehr für mich sein. Ich mach´ das ganz richtig.

Interviewer: Ja, das ist so ein richtig guter, langsamer Abschied, wo man das Gefühl hat, jeder Schritt, den Sie machen, kommt mir zumindest so rüber, jeder Schritt, den Sie machen ist wohl überlegt und hat Substanz. Das find ich gut.

Patient: Ja klar. Man lobt sich auch selbst, wenn man sich zum Beispiel runterdosierte hat auf 10mg, wo ich das durchgenommen habe, ich hab zwar Schwierigkeiten, heute noch, Unruhe, Entzug, das fühlt man, so langsam, wie man ist und wie man fühlt oder wie man denkt, so langsam, die Gefühle ändern sich. Man fängt an, zur Normalität zurückzukehren und dann spürt man seinen eigenen Körper, was da los ist überhaupt, weil Methadon ist ja ein Mittel gegen Krebserkrankung, die letzte Phase von Krebserkrankungen und daher, man fühlt seinen Körper, nicht jede Bewegung, das fühlt man nicht...

Interviewer: Ach so, ja klar. Also Sie entwickeln wieder so ein Körpergefühl.

Patient: Ja klar, so ist es. Methadon ist ja ein Schmerzmittel. Das betäubt den Körper, man merkt nichts. Ich hab heute im Bett gelegen, ich hab gewartet auf Methadonabgabe und ich hab mich hingelegt und ich hab die Bettdecke, hatte ich gewaschen gehabt und das hab ich so gerochen so richtig und da war wieder dieses Gefühl wieder ja, wie Frühlingsgefühle, ja so ist das...

Interviewer: Durch die frische Bettwäsche...

Patient: Ja diese Bettwäsche, die so riecht, die Nase öffnet sich. Es ist wirklich ein Gefühl, das kann man nicht beschreiben. Man denkt, also man kehrt irgendwie zu sich zurück, ansonsten in der Zeit wo ich damals draußen auch Methadon konsumiert habe, wo es 100mg waren zum Beispiel, das Einzige, ich hab Angst gehabt, morgens aufzustehen, ich hab gesagt, dieses scheußliche Gefühl geht wieder los, morgens anziehen, sofort raus aus dem Haus, dann Arzt, dann einkaufen gegangen, das Leben war... das Leben hat man überhaupt nicht gesehen.

Interviewer: Jetzt sind Sie ja schon bei einem Zehntel, ne. So zehn zu hundert, das ist ja schon ein Riesenunterschied.

Patient: Ja, ist ein Riesenunterschied, muss ich ehrlich sagen. Deswegen sag ja, man lobt sich auch und sagt sich ‚Hey du hast es bis jetzt geschafft!‘ und ab jetzt, dann sag ich mir ‚Mach keine Dummheiten, mach keinen Scheiß, den Rest schaffst Du jetzt auch noch‘ und man versucht natürlich na klar, sich abzulenken, weil irgendwie kommen sonst immer diese Gedanken, an Rückfall und ob es ohne geht und so. Ich hab bis heute nie wirklich ans aufhören gedacht. Was so kommt, es war mir egal, eine Minute nach der anderen und jetzt habe ich nach den ganzen Erfahrungen, hab ich ein bisschen Zeit drüber nachzudenken, und es lohnt.. Und die Zeit nehm´ ich mir auch und sag mir jetzt geht’s wieder weiter. Und das ist ja das. Aber ich fühle mich hier wirklich, ehrlich gesagt, gut aufgehoben und möchte das auch

beenden. Und wenn ich dann auf Null gehe, ich hab noch ein paar Untersuchungen, die ich machen lassen muss, die lass ich auch machen, sehe, was da alles okay ist oder nicht und dann möchte ich auch mit meinem Beruf wieder anfangen. Wenn ich nicht auf Null gehe und mich stabilisiere, Altenpfleger kann ich nicht lernen. Ich seh´ mal zu wie weit ich das irgendwie kann erstmal, körperlich. Ich bin der Meinung, wenn ich jetzt von 10mg das mit vier teile und jede Woche noch zweieinhalb rauslasse, dann wird es nicht so doll sein, denke ich mal. Langsam, langsam, der Körper gewöhnt sich auch an die Dosierung jetzt. Und deswegen, hier ist eine gute Therapie, gute WG, gute Freunde. Ja, das Miteinander und das gibt mir auch extra Kraft.

Interviewer: Gut, dann machen wir da erst mal einen Punkt.

Interview T 1

Interviewer: Ja, wie lange sind Sie jetzt hier? Drei Wochen?

Patient: Ja heute genau, ne gestern genau drei Wochen. Nächsten Montag bin ich vier Wochen hier.

Interviewer: Und wie sind so die ersten Erfahrungen?

Patient: Für mich ist es neu ehrlich gesagt. Das ist meine erste Therapie jetzt. Es ist interessant. Ganz verschiedene Charaktere sind da unten. War natürlich ein bisschen schwierig, sich anzupassen in der ersten Zeit, aber jetzt geht´s.

Interviewer: Wie sind Sie da aufgenommen worden, wie war das? Merken Sie da was von so´ner Sonderrolle oder ist das ganz normal?

Patient: Nein, also ich bin eigentlich ganz richtig aufgenommen worden. Die waren sehr hilfsbereit, sind sie immer noch. War ein herzliches Aufnehmen, war positiv auch für mich. Ich hab mich nicht fremd gefühlt, sag ich mal so. Das ist gut. Sie haben eine gute WG für mich ausgesucht.

Interviewer: Aha. Schön. Was meinen Sie, wie wird es weiterlaufen jetzt mit dem Abdosieren oder so. Haben Sie da besondere Bedenken oder finden Sie das gut? Ich meine, die Alternative wäre ja gewesen, Krankenhaus oder so was, aber nach langem Kampf mit der Kostenübernahme ist es ja so gekommen, hat es ja doch geklappt.

Patient: Ja, vorher hab ich mich ja informiert über die Therapieeinrichtung und ich hab jemanden bei mir auf der Arbeit gehabt, ich hab im Winterdienst gearbeitet, bis zum 31.03. dieses Jahres, und da hatte ich einen der ehemaligen Mitbewohner von hier, M. K., und der hat auch zu mir gesagt, ja, das ist ´ne gute Therapie und hat mir empfohlen, hierher zukommen. Und mein Bruder hatte sich auch hier angemeldet, aber der ist leider nicht dazu gekommen, hier reinzukommen. Also den haben sie dann schon vorher inhaftiert.

Interviewer: Ach, schade.

Patient: Termin hatte er auch schon gehabt. Also von denen hatte ich halt die Informationen, dass es eine sehr gute Einrichtung ist und deswegen wollte ich unbedingt hierher kommen.

Interviewer: Ja, Sie haben ja auch richtig lange drum gekämpft.

Patient: Ja, auf jeden Fall, das hat mich echt Nerven gekostet. Drei Monate lang hab´ ich jetzt Dienstag immer vorne teilgenommen an diesen Gruppenbesprechungen. Immer mit so ´nem Gesicht gekommen, ja. Und beim letzten Brief, den Frau A. [Mitarbeiterin] jetzt auch geschrieben hat, da hab ich dann auch ´ne Antwort bekommen, dass ich diese Bewilligung von denen bekommen habe. Also ich habe wirklich sieben oder acht Briefe schon an die Rentenversicherung geschrieben. Die wollten mich nach, wie Sie gestern gesagt haben bei der VV, die wollten mich nach Kliniken Wied schicken und da wollte ich nicht hin, weil meine Familie ist hier, mein Kind ist da.

Interviewer: Ja das ist wirklich weit weg. Ich bin da gewesen, ich hab mir die mal angeguckt. Ich bin nach Köln geflogen, dann bin ich ´ne Stunde mit der S-Bahn gefahren, bis weit in den Wald rein und dann haben die mich mit dem Geländewagen abgeholt, weil die einen Fahrdienst haben und dann sind wir noch mal ´ne halbe Stunde da durch den Wald gefahren, durch die Berge, ja und dann waren wir da. Im Bachtal, das ist ganz idyllisch so, hat aber mit ihrem Leben hier nichts zu tun.

Patient: Ich hab´ ja auch ein Prospekt gehabt von denen. Also ich hab´ da rein geguckt, hab´ das gesehen, das war so´n Fluss und dann halt nur Bäume. Ich hab´ auch in dem Brief geschrieben, dass ich das auf jeden Fall nicht durchstehen könnte da. Wäre auch schade, wenn die das bewilligen und ich geh´ dahin und dann muss ich das abrechen. Ich hab´ das alles auch in meinem Brief geschrieben. Dass das nichts bringen würde, das wäre umsonst dann für die.

Interviewer: Ist das eigentlich so ´ne Stärkung dann für hier, dass es so schwierig war, hier reinzukommen. Ist das so was, dass das ein bisschen wertvoller macht?

Patient: Auf jeden Fall, ja. Für mich ist es auf jeden Fall was Besonderes, jetzt hier zu sein, weil ich halt nicht aufgegeben habe und ich bin hier reingekommen ja. Da haben sich alle gefreut, auch die Therapeuten ja. Ich bin ja auch motiviert hergekommen.

Interviewer: Ja ja, dann will man auch die Chance auf jeden Fall nutzen.

Patient: Ich nehm´ auch alles ernst hier. Nur die ganze Therapie, sonst bringt´s doch nichts.

Interviewer: Haben Sie eigentlich Befürchtungen, wenn Sie sich so der Null nähern? Sie sind ja schon recht weit, nicht? Ich glaube so zwei oder drei ml, wie viel haben Sie noch?

Patient: Ich bin mit drei hergekommen und jetzt bin ich runter auf 1,5. In diesen drei Wochen jetzt. Gestern bin ich ´ne halbe wieder runtergegangen.

Interviewer: Und geht es ganz gut?

Patient: Mir geht´s jetzt gut, noch. Irgendwie ab und zu mal Schweißausbrüche, aber sonst ist alles okay. Aber wenn ich bei Null bin, weiß ich nicht wie´s dann wird. Das werde ich dann ja selber merken.

Interviewer: Haben Sie schon mal entgiftet vorher?

Patient: Nein, noch nie. Ich werde auch jetzt seit letztes Jahr August substituiert und ich habe mich auch ehrlich gesagt, mhh wie soll ich sagen, gezwungen zum Arzt zu gehen, nach meinem Gewissen zu urteilen, weil ich sonst da auch reinkommen müsste dann. Ich musste irgendetwas machen, sonst wäre ich ´rein gegangen in den Knast. Ja, hätte ich´s abgebrochen, hätte die Staatsanwaltschaft dann gesagt, der Junge packt das nicht, der ist dann bestimmt wieder rückfällig und dann wäre ich drin gewesen. Ich mein, ich habe drei Monate bekommen, ein anderer hätte vielleicht gesagt ‚dann geh ich lieber drei Monate rein‘ anstatt sechs Monate hier so Therapie zu machen. Aber ich wollte das auch mal miterleben, wie so ´ne Therapie halt ist, weil ich das ja nicht kenne.

Interviewer: Ja, ich mein Sie haben ja auch ein Kind, das hat ja auch ne Bedeutung.

Patient: Natürlich ja.

Interviewer: Dem auch mal was anderes zu geben und vorzuleben. Besser Therapie zu machen, als irgendwie im Knast zu sitzen. Selbst wenn´s nur drei Monate sind.

Patient: Ja weil manche denken hier, ich würde da einen Fehler machen. ‚Ja, paar Monate geh´ ich lieber rein‘, sagt er, ‚anstatt drei Jahre Bewährung zu kriegen.‘

Interviewer: Ja, gestern ja. Na ja, kann er ja machen. Wenn es dann nie anders wird, braucht er sich nicht beklagen.

Patient: Ja, ist seine Entscheidung, wenn er meint, damit ist er dann befreit. Ich finde die Monate sind schon, also ist ´ne harte Zeit da drinnen.

Interviewer: Ja und ich sag mal so - man kommt ja nicht besser raus als man rein geht.

Patient: Ja, das ist ja der große Nachteil.

Interviewer: Gut bei einmal, da kann man sagen Ausrutscher, aber wenn´s dann das zweite oder dritte oder vierte oder fünfte Mal in Haft geht, dann sollte man sich fragen, ob man lieber irgendwas verändern sollte. Was ist ihr wichtiges Ziel, außer jetzt auf Null zu kommen erstmal?

Patient: Mein wichtiges Ziel ist auf jeden Fall, abstinent also clean zu bleiben, meine Therapie erfolgreich abschließen, eine Wohnung finden und dann auch ´ne Arbeit auch.

Interviewer: Wohnen Sie nicht mit ihrer Freundin oder Frau zusammen?

Patient: Nein, wir haben uns getrennt letztes Jahr.

Interviewer: Auch wegen der Drogen?

Patient: Ja, das war so´n bisschen, also wir haben uns auseinander gelebt. Und dann hab´ ich dann halt angefangen zu konsumieren und konnte dann halt irgendwie nicht entgiften, also ich hab das heimlich gemacht. Ich hab´ das ja nicht vor ihr gemacht, sondern draußen und dann musste ich mir immer irgendwann einfallen lassen, damit sie das nicht merkt. ‚Ja, wohin geht er jetzt?‘ und da musste ich dann natürlich jeden Tag raus und sie war auch so eine Person, sie hat mich schon ein bisschen eingeengt, sie war ja damals auch ein bisschen eifersüchtig ‚Wohin gehst du jetzt? Wann kommst du? Und warum bist du nicht bei uns?‘ Ich war immer

am Ausreden finden, um an das Zeug zu kommen, damit mir's wieder besser geht, weil wenn ich's dann nicht nehme, dann fühl ich mich dann halt so krank und das fällt auf. Und dann haben wir uns halt zuhause auseinander gelebt, nach vierjähriger Beziehung. Gefühle waren nicht mehr richtig da, keine Zärtlichkeiten und nichts. Und dann hat sie dann erfahren, dass ich diese harten Drogen nehme und dann wollte sie gar nicht mehr. Aber ich hab mich natürlich nicht gut gefühlt dabei, weil sie hat ja Asthma und einmal im Jahr hat sie mindestens einmal so einen Anfall und noch andere gesundheitliche Probleme, da bin ich auch immer bei ihr geblieben und was ich nicht verstanden hab', warum sie mir gleich so 'nen Arschtritt gibt. Entweder haben sie ihre Freundinnen da beeinflusst, sich von mir zu trennen oder die Eltern, ich weißt nicht, die Mutter oder die Oma. Weil sie selbst war ja sehr abhängig von mir, sag' ich mal. Und das hat mich dann halt auch mitgenommen.

Interviewer: Wie regeln Sie den Kontakt mit dem Kind? Das ist ja auch manchmal schwierig, wenn eine Beziehung auseinander geht.

Patient: Wir verstehen uns gut. Für diesem kleine Rahmen müssen halt Eltern gut funktionieren auf jeden Fall.

Interviewer: Aber das kriegen Sie hin?

Patient: Das haben wir abgemacht, ja.

Interviewer: Das find ich aber schon ganz viel, ehrlich gesagt. Das find ich klasse, dass Sie das hingekriegt haben, weil das kriegen viele eben nicht hin und das ist dann immer schlimm für die Kinder.

Patient: Ja, wie soll ich sagen, dass wir nicht mehr zusammen sind, darunter soll ja der Kleine nicht leiden. Wir haben immer über unsere Probleme geredet zuhause, wenn mir mal 'was nicht gepasst hat, dann haben wir uns an einen Tisch gesetzt und dann haben wir darüber geredet. Oder den Tagesablauf, dann haben wir morgens Kaffee getrunken, haben wir besprochen, was wir heute an dem Tag machen. Und dadurch haben wir jetzt auch keine Probleme mit dem miteinander kommunizieren, über den Kleinen oder wer ihn abholt oder bringt. Und sie ist schon nett. Sie ist ja jetzt nach Spandau gezogen, ja das ist ein bisschen weit von hier und sie bringt ihn ja hier bis vor die Tür, ohne irgendwas zu wollen oder so.

Interviewer: Wie alt ist ihr Kind eigentlich?

Patient: Drei wird er jetzt im Dezember.

Interviewer: Das ist ein süßes Alter

Patient: Ich hatte ihn jetzt, Freitag bis Sonntag.

Interviewer: Das ganze Wochenende, ein bisschen anstrengend auch, nicht?

Patient: Anstrengend ja, 24 Stunden kann man sagen, außer ein bisschen schlafen.

Interviewer: Wann geht er denn schlafen?

Patient: Um zehn halb...

Interviewer: So spät? Ah, müssen Sie eher.

Patient: Um neun, halb zehn. Er wird ja ausgepowert bis abends, er spielt und rennt durch die Gegend und dann schläft er automatisch. Und steht früh auf. Ja, dann muss ich ja auch entweder früh mit ihm ins Bett gehen oder halt, na ja mit ihm aufstehen, auf jeden Fall muss ich das ja.

Interviewer: Ja eben, das kann ganz schön schlauchen, wenn man nicht früh ins Bett gegangen ist.

Patient: Ihm das Frühstück machen, mit ihm ein bisschen im Zimmer spielen, runter gehen, da vorne in den Sandkasten.

Interviewer: Ah ja, den haben Sie genutzt, das finde ich gut.

Patient: Ja er hat ein bisschen daneben geschmissen, aber ich habe es alles aufgenommen. Ist ja nicht schlimm, ist keine Arbeit. Er hängt ja auch an mir. Deswegen möchte ich mein Leben auch auf die Reihe kriegen wieder.

Interviewer: Ja dann drücke ich Ihnen die Daumen.

Patient: Danke.

Interviewer: Dann würde ich erst mal sagen, für heute ist es so genug und dann machen wir das in regelmäßigen Abständen, dann würde ich das gerne begleiten, wenn es dann auf Null zugeht oder so. Und dann am Ende noch mal.

Interview T 2

Interviewer: Herzlichen Glückwunsch, sagte ich ja schon. Sie haben die 0 erreicht. Wie gehst Ihnen denn?

Patient: Dem entsprechend sage ich mal so. Also mit Kopfschmerzen. Habe ich gerade. Und körperlich fit, außer dass ich abends nicht schlafen kann. Das ist eine Qual für mich. Seit Montag. Ich versuche mit Tabletten auf den Beinen zu bleiben. Also ich bleibe dabei. Mir wurde ein Türchen offen gelassen, aber ich werde das nicht ausnutzen. Wenn´s gar nicht geht, wenn es wirklich schlimm sein sollte dann soll ich ihr sofort bescheid sagen.

Interviewer: Ist auf jeden Fall besser als irgendwelchen Unsinn zu machen.

Patient: Ja, na klar. Erstmal will man sein Ziel ja auch nicht aus den Augen verlieren. Das finde ich schon mal gut.

Interviewer: Fehlt Ihnen das eigentlich, jetzt so jeden Tag zur Ärztin bzw. zur Frau H. oder Frau R.[Mitarbeiterinnen] und so?

Patient: Fehlen tut es mir nicht, einerseits ist es gut, weil ich habe wirklich irgendwann die Faxen dicke gehabt immer nach oben zu rennen und die Treppen zu benutzen und nicht hier hoch zu dürfen, da andere Seite hoch laufen müssen, es ist schon gut so wie es jetzt ist. Ich freue mich wirklich. Aber das es so schlimm wird wusste ich nicht. Schlaflose Nächte,

Kopfschmerzen. Das ist das einzige was ein Nachteil ist. Aber das wollte ich ja so. Als die Rentenversicherung immer ja sagte, und dann kam doch noch ´ne Nachforderung. Wieder enttäuscht, warten. Da ist man schnell beim Rückfall. Also jetzt die Kopfschmerzen, die sind dann doch das kleinere Ding.

Interviewer: Ja, Ja. Kann man nur sagen es wird besser werden. Aber.

Patient: Irgendwie muss es ja raus wieder aus dem Körper.

Interviewer: Ein paar Tage dauert das schon. Und haben sie von den anderen was gehört, finden die das gut oder?

Patient: Ja, Ja natürlich. Die sagen auch super. Die haben gesagt. "Halt das durch." Ich habe gesagt. "Ich werde das schon schaffen."

Interviewer: Es ist das eigentlich schwerer oder leichter hier den Entzug gemacht zu haben?

Patient: Ich habe noch nie eine Therapie gemacht bis jetzt. Habe noch nie Therapieerfahrungen gehabt. Natürlich ist es anstrengend, sag ich mal so. Wie es dir geht. Sich auch zu konzentrieren auf die Gespräche. Also, ob das leichter ist weiß ich nicht. Ich habe schon ein paar Entzüge hinter mir, zu hause gemacht. Das hat vielleicht so drei vier Tage gedauert. Dann ging es auch wieder einigermaßen. Aber ich glaube dieser Entzug ist ein bisschen schlimmer.

Interviewer: Warum?

Patient: Ein Unterschied sehe ich da schon weil, wie gesagt, bei den anderen wo ich das geraucht habe und einfach aufgehört habe zu hause, da war ich ein bisschen bettlägerig, habe ein bisschen geschwitzt, hatte null Bock auf gar nichts. Aber hier ist es dann halt anders. Hier kann ich dann irgendwie auf den Beinen bleiben, ob das nun Tabletten sind oder. Hier muss man auch irgendwie wach bleiben. Ich kann hier nicht den ganzen Tag im Bett liegen.

Interviewer: Ja, das stimmt.

Patient: Und zu hause ist es dann halt anders. Hier sind Programme, die man einhalten muss und da versuche ich mir halt Zeit zu nehmen. In der AT, da will ich mich durchbeißen, da gehe ich trotzdem hin. Wenn der Entzug zu übel ist, kann mich ja auch einer abholen oder so. Ich gehe da soweit es geht, dass will ich austesten, mir beweisen.

Interviewer: Ja auf der einen Seite lenkt es ein bisschen ab und auf der anderen Seite ist das natürlich eine Belastung.

Patient: Was mir noch aufgefallen ist. Hier esse ich besser, ernähre ich mich besser. Und zuhause wo ich den Entzug hatte, da habe ich kaum was gegessen. Da hatte ich wirklich überhaupt kein´ Appetit. Ich denke mal, ich bleibe auch körperlich stabil weil ich mich gut ernähre.

Interviewer: Ja, auf jeden Fall.

Patient: Diesen Unterschied habe ich auf jeden Fall gemerkt. Und noch mit den Gefühlen, die sind auch wieder mehr da. Das ist manchmal unbeschreiblich, so wie nach Hause kommen, da ist wieder was.

Interviewer: Ja gut. Schön.

Patient: Wie gesagt. Körperlich bin ich echt fit. Also nur mein Kopf. Nur die Kopfschmerzen machen mich etwas fertig. Na ja, geht auch ohne.

Interviewer: Ja, jetzt ist natürlich ein bisschen das Netz weg so, ne! Man sagt ja mit Netz und doppeltem Boden, wenn man noch so eine Absicherung hat. Meinen sie, sie kommen klar mit den ganzen Belastungen? Zur Drogenfreiheit?

Patient: Ich habe die Drogen nicht mein ganzes Leben lang gebraucht. Ich habe auch Cleanzeiten gehabt. Deswegen fällt mir das nicht schwer aufzuhören. Und dann bin ich natürlich auch einwenig, ja, ein wenig Stolz darauf und so. Da sag´ ich mir, da hast Du was erreicht, echt gut, mach´ jetzt keinen Mist. Und da paß´ ich dann auf mich auf.

Interviewer: Das ist, glaube ich, gut, ne? Wenn sie schon einmal die Erfahrung gemacht haben, eigentlich geht es auch.

Patient: Ja, ich bin ja nicht mit Drogen aus dem Bauch gekommen, also von meiner Mutter, die habe ich ja erst kennen gelernt, wo ich Anfang 20 war und irgendwann hat man Tiefen im Leben, aber wichtig ist, dass man da raus kommen kann wieder. Das ist das wichtige und nicht noch weiter runter ziehen.

Interviewer: So gesehen ist es jetzt wirklich ein wichtiger Schritt, ne? Das ist ja richtig gut.

Patient: Auf jeden Fall. Ich bin auch natürlich stolz auf mich, dass ich das hinkriege und dass ich wirklich die Regeln beachte und das ist, wie gesagt, alles neu hier für mich. Und gerade was die TGs und diese ganzen Gespräche angeht. Die sind schon anstrengend. Für mich ist das ja neu. Deswegen. Aber ich sage mal so. Ich war elf Jahre in der Schule. Das habe ich auch gemeistert und bin weiter gekommen. Das wird also kein schwieriger Fall für mich sein. Aber in der Gruppentherapie, da lernt man natürlich auch was, seinen Standpunkt klar machen. Zuhören. Ausreden lassen. Konzentrieren. Ja, und auch selbst reden, wenn da 8 oder so sitzen, die das vielleicht ganz anders sehen. Oder die das nicht so interessiert, und dann doch was sagen.

Interviewer: Ja Klasse. Es ist ja auch letztlich jetzt das Ticket um alles weiter gehende zu erreichen.

Patient: Es geht ja um meine Zukunft und mein weiteres Leben. Deswegen muss ich am Ball bleiben. Ich habe das meinem Sohn auch versprochen, dass ich es durchziehe hier. Und der gibt mir auch wirklich zusätzlich noch Kraft. Und das ist gut so.

Interviewer: Ja. Es ist auch wichtig Unterstützer zu haben, ne?

Patient: Mein Bruder ruft aus dem Gefängnis an. Der motiviert mich. Er sagt auch. "Mach bloß keine Scheiße. Zieh´ das durch." Ich denke mal er wird auch noch herkommen. Der hatte ja schon mal eine KÜ gehabt. Bloß der ist leider davor schon rein gekommen und der sitzt

gerade in Tegel und ich denke mal nächstes Jahr irgendwann im September oder irgendwann in diesem Dreh, wird der glaube ich auch herkommen.

Interviewer: Da haben sie ja eine gewisse Vorbildfunktion dann. Also das ist auch wichtig, dass sie es deshalb auch ganz gut machen, damit er auch sieht, na ja, es geht auch.

Patient: Er hat auch schon gesagt. Er will auch nichts mit Drogen mehr zu haben. Er hat auch richtig zugenommen, meinte er. Wie gesagt, er ist der einzige, der von dort anruft. Meine Mutter ruft auch zwischendurch mal an, obwohl sie selber krank ist. Sie sagt dann auch, sie gibt mir auch Stütze.

Interviewer: Klasse. Haben sie sich von der WG unterstützt gefühlt? Von den Leuten hier.

Patient: Von den Leuten jetzt, denen ich erzählt habe, die finden es gut. Mit den anderen, habe ich mit einigen nichts mehr zu tun. Da bin ich ganz konsequent geworden, da bin ich klar. Da bin ich innerlich stärker geworden. Ich brauch´ mich nicht verstecken und drum ´rum reden, wenn mir´s nicht passt.

Interviewer: Fällt Ihnen noch was ein zu dem Thema?

Patient: Eigentlich nicht nein. AT zum Beispiel. Ich will nicht hier bleiben, ich will schon irgendwas machen. Obwohl mir es mir wirklich nicht gut geht versuche ich, da wenigstens ein bisschen Zeit zu nehmen. Es geht mir nicht um Geld oder so. Hauptsache, ich komme ein bisschen raus und ein bisschen Ablenkung auch. Weil gestern habe ich gemerkt, da bin ich die ganze Zeit hier im Haus gewesen, da ging es nicht gut. Da ist man irgendwie gefesselt und die ganze Zeit rumliegen, ne, das ist nicht so mein Ding.

Interviewer: Ja und bringt sie ja auch nicht weiter für die Dinge die sie erreichen wollen.

Patient: Arbeitsleben ist sowieso nicht fremd für mich. Ich habe dieses Jahr auch gearbeitet bis 31.3. Da hatte ich ja noch ein Job bei der Reinigungsfirma.

Interviewer: Können sie da eigentlich wieder anfangen?

Patient: Das war Winterdienst. Saisonarbeit ist das.

Interviewer: Ah ja, ja.

Patient: Dezember fangen sie an, bis vier, fünf Monate geht das. Und da muss man noch früher da sein. Viel nachts. Oder manchmal auch Bereitschaft, zwei Uhr nachts. Weil so viel Schnee liegt.

Interviewer: Na ja, gut.

Patient: Ich vermeide auch hier die Kontakte mit den Leuten die nicht vernünftig sind. Habe ich auch zu Herr K. [Mitarbeiter] gesagt. Die Leute, die mir schaden könnten, bei denen lasse ich meine Finger weg. Lieber bin ich allein oder habe eins, zwei Leute mit denen ich raus gehen kann, aber dann habe ich auch meine Ruhe. Es gibt einige, mit denen möchte ich einfach keinen Kontakt haben und das wird auch so bleiben. Aber die können das irgendwie nicht akzeptieren.

Interviewer: Echt nicht?

Patient: Ne. Besonders der eine auf jeden Fall.

Interviewer: Wer ist denn das?

Patient: Herr R. Den wollte ich eigentlich weiter verformen und ein bisschen zur Sau machen, aber habe ich gesagt. Der soll mal bei sich bleiben. Lieber gar nichts sagen, damit er sich noch mehr aufregen kann. Dann denkt er. Warum sagt er eigentlich nichts. Wenn ich höre wie er die ganze Zeit Trennungsverträge und macht, die ganze WG dadurch durcheinander macht und warum soll ich mit so einem Menschen Kontakt haben? Und mein Bruder kennt ihn auch von drinnen. Er hat mich gefragt, ob so ein Typ hier ist. Ich habe gesagt: ja. Er meinte, nimm bloß Abstand von ihm. Wenn mein Bruder das schon sagt, in dieser kurzen Zeit, dann. Ich habe ihn mir so ein bisschen angeguckt, also das ist kein richtiger Schuh für mich.

Interviewer: Ja, gut, mit dem müssen sie ja auch nichts zu tun haben.

Patient: Ne. Ich habe da wirklich andere. Mit Herr S. habe ich mehr oder weniger Kontakt. Den kenne ich ja schon von der Vorbereitung her. Der ist zwei Tage vor mir gekommen. Und Herr R. Der lässt auch dumme Sprüche. Von wegen zu Herrn S. sagt er "Ja, ihr habt Euch gefunden, geht mal schön raus, ihr passt gut zusammen." So was alles, ja. Was soll denn das. Nur weil Herr S. die ganze Zeit oben war und jetzt hat er mit mir Kontakt aufgenommen. Er hat ein Kind, ich habe ein Kind. Wir verstehen uns. Ja. Wir sind halt auf so einer Wellenlänge. Ich passe auf ihn auf, er passt auf mich auf und das kann der Herr R., glaube ich, nicht an seinen Stolz irgendwie.

Interviewer: Ich glaube, der ist da sehr eifersüchtig. Ja, er hat selbst ein Kind und kein Kontakt und sie haben ja auch Kontakt zu ihrem Kind.

Patient: Ja, Ja klar. Ich habe langsam das Interesse verloren, also, irgendwie rauszugehen. Trennungsvertrag und dann krieg ich hier noch Ärger. Fange ich gar nicht an erst. Ich habe genug Kopfschmerzen. Es reicht mir schon. (Lachen)

Interviewer: Nun, gut. Dann drücke ich die Daumen, dass die Kopfschmerzen in den nächsten Tagen noch etwas nachlassen.

Interview T 3

Interviewer: Ich freue mich, dass wir jetzt erstmal im dritten Gespräch hier sitzen, weil alle schaffen dass ja nicht. Mit der Abdosierung und so, wie ist das jetzt für sie?

Patient: Ja, leicht war das nicht auf jeden Fall. Also, diese Kopfschmerzen und so, richtig weg sind sie nicht, kommt immer wieder mal, wenn ich einen anstrengenden Tag habe. Ansonsten körperlich war alles fit. War nur weil dieser Druck im Kopf.

Interviewer: Ja. Was hat sich für sie verändert jetzt sind sie seit vier Wochen oder so auf „Null“. Fünf Wochen? Was ist anders?

Patient: Was ist anders? - Gute Frage. Ich kenne das ja. Ich kenne das von vorher schon. Ich war ja nicht mehr drauf. Ich war ja auch clean. Deswegen ist es jetzt für mich auch nicht

fremd, jetzt so zu leben. Ein Familienmensch bin ich ja sowieso, also was das häusliche angeht. Okay, es gibt manchmal ein bisschen Schwierigkeiten in der WG, weil jeder tickt anders und man lässt selbst was liegen oder dass passt mir dann nicht. Oder was ich mache passt dem anderen nicht. Das ist ein bisschen anstrengend. Dieser Alltag hier. In der WG aber meine ich.

Interviewer: Erleben sie sich da jetzt entspannter oder gelassener geworden jetzt?

Patient: Geht so. Ja.

Interviewer: Ich kann es ja nur sehen sozusagen. Ich sehe so ein Lächeln um die Lippen herum und so etwas.

Patient: Ich freue mich, dass ich, dass ich das hinter mir habe.

Interviewer: Ah, ja.

Patient: Ich hoffe dass die anderen dass dann auch schaffen. Ich weiß nicht wie es Herr S. geht, aber ich hoffe er schafft das auch.

Interviewer: Ja, der ist so grad an der Kante, ne?

Patient: Wir sind ja fast gleichzeitig gekommen und kenne ihn ja noch von der Vorbereitungsgruppe

Interviewer: Ja

Patient: Ich hoffe er schafft das auch, ohne Leiden.

Interviewer: Hm.

Patient: Natürlich gehört da ein bisschen Kopfschmerzen dazu, ist so, ohne ist es ja nicht machbar.

Interviewer: Ja, ich glaube sie reagieren vielleicht ein bisschen mehr mit Kopfschmerzen und er, glaube ich, mehr mit Ängsten und so was. Da ist jeder so ein bisschen anders.

Patient: Er kennt dass ja, er hat das ja schon mal durchgemacht. Deswegen sagt er, er hat Angst davor. Weil, ich habe ihm natürlich Mut gemacht und habe gesagt, wenn ich das schaffe, dann schaffst du das auch.

Interviewer: Ja. Das ist ein gutes Beispiel.

Patient: Dann werde ich mal nachher rüberziehen und dann guck ich, ob es ihm gut geht, gebe ihm ein paar Tips. Aber er kennt das ja.

Interviewer: Ja klar. Haben sie Unterstützung von anderen bekommen?

Patient: Weniger.

Interviewer: In ihrer WG, dass mal jemand gesagt "Eh komm, du kriegst das hin" oder so etwas in der Art?

Patient: Ja so. Moralisch. So: "Das schaffst du..." und: "Das brauchst du nicht." Auch nicht nur in der WG, sondern auch jetzt vom Vorderhaus. Weil, die sagen ja auch selbst "Es ist besser wenn du es hinter dir hast." Ich habe ja vier Tage Subutex[®] genommen.

Interviewer: Ja. Ja genau.

Patient: Und da habe ich mit dem einen geredet und der meinte: "lass dich doch mal nicht so hängen und scheiß drauf." Und dann fängt ja alles wieder von vorne an. Aber ich wusste ja, was ich will. Also. Ich war neun Tage auf „Null“ und dann ging's mir immer noch nicht gut und dann habe ich halt mit Frau H.[Mitarbeiterin AT] gesprochen, ob sie mir irgendwie was geben kann, so zu tun, zu putzen, irgendwas, damit ich das halt nicht mitkriege, diesen Entzug. Ich habe ja auch jedes Wochenende mein Kind genommen, trotz Entzug und das war anstrengend, aber auch hilfreich für mich. War eine Ablenkung auch und das brauchte ich auf jeden Fall.

Interviewer: Stimmt. Also ihr Kind und die Pflichten die damit verbunden waren, waren schon ganz wichtig.

Patient: Ja, dann vergisst man halt dieses hier alles. Die Gedanken hat man dann auch nicht mehr so, man ist nur noch auf ihn fixiert und kümmert sich um ihn und ja.

Interviewer: Klingt ja so, als wäre es ja auch ganz gut gewesen hier in das Programm eingebunden zu sein.

Patient: Also AT und so was also auch, wenn es natürlich zum Teil schwer gefallen ist, mit den Kopfschmerzen.

Interviewer: Das habe ich ja mitgekriegt. Sie waren ja auch öfter entweder bei der Ärztin oder Krankenschwester.

Patient: Aber wie gesagt, hier in der Einrichtung wollte ich auch nicht bleiben immer. Bin trotzdem hingegangen zu AT, auch wenn ich, wie sagt man, wenn ich Entzug hatte oder wenn es mir nicht gut ging. Dann konnte ich mich einerseits zurückbringen lassen, aber ich wollte halt probieren, wie weit ich gehen kann. Und das war auch gut, denke ich mal, auch wenn es hier immer ein bisschen schwierig war. Raus an die frische Luft und mal ein bisschen Beschäftigung. Das ist auf jeden Fall sehr wichtig. Weil wenn ich jetzt die ganze Zeit hier in meinem Zimmer hocke, dann weiß ich, wie es mir dann gehen würde. Das ist bestimmt dann schwieriger auf jeden Fall.

Interviewer: Natürlich, dann kreisen die Gedanken ja nur um das Thema und ich weiß nicht, dass ist so, wenn man Diät macht und die ganzen Tag nur Speisekarten liest, dann macht man es sich auch schwerer.

Patient: Umso mehr man nachdenkt, denke ich mal, umso öfter kriegt man auch diesen Suchtdruck. Aber ich habe das immer weg gedrängt. Ich wollte gar nicht daran denken. Wie gesagt ich hatte auch Cleanzeiten. Ich war ja nicht mein Leben lang drauf.

Interviewer: Das ist schon mal hilfreich, nicht?

Patient: Ja, natürlich. Und gut, manchmal geht es mir auch jetzt nicht gut. Kopfschmerzen, klar, und eben auch Tiefen, wo ich manchmal kurz davor stehe, einfach zu gehen. Aber ich weiß, das wäre nicht gut, könnte Rückfall heißen. Und ich will clean sein. Das ist einfach viel besser. Gesünder. (lacht)

Interviewer: Wenn man weiß, was so die Cleanzeiten einem auch gegeben haben, oder?

Patient: Wenn ich daran gedacht habe, dann hat mich das auch ein bisschen gestärkt. Da habe ich mich selbst gefragt, ich war ja immer nicht immer drauf, man muss auch mal ein bisschen an frühere Zeiten denken, wie ich damals war. Und Drogen ist halt nicht alles im Leben.

Interviewer: Stimmt.

Patient: Ich habe da meine Beziehung dadurch verloren und ich meine, garantieren kann mir es niemand, der schon mal in so ein Loch gefallen ist, der dann sagt, ich nehme das nie wieder. Noch nicht mal für die Liebe gibt es eine Garantie. Habe ich auch gesehen. Ich habe das ja auch mehr in meine Beziehung rein gebracht, diese Drogen.

Interviewer: Haben sie jetzt eigentlich eine Beziehung?

Patient: Ne, jetzt nicht.

Interviewer: Ein Kind haben sie, das ist ja das wichtigste.

Patient: Sie bringt halt den Kleinen und. Aber ich weiß, mir ist bewusst was ich verloren habe. Darum geht es. Und darum geht es und daran muss ich auch noch ein bisschen knabbern.

Interviewer: Ja, das glaube ich.

Patient: Wenn ich daran denke, noch mal alles aufbauen mit einer anderen Frau.

Interviewer: Kommt das jetzt verstärkt wo die Substitution zu Ende ist, weil das Thema war ja lange Zeit vorherrschend. Jetzt kommen so die anderen Themen. Glaube ich, kann ich mir vorstellen.

Patient: Ach, die waren immer da, diese Themen, aber die halte ich mir dann doch etwas vom Leib. Und mit der Substitution hat man ja täglich über anderes gesprochen, aber auch viel nur bla-bla. Ja, irgendwie bin ich geistig viel gesünder geworden. Früher, da viel mir nichts ein, da kam auch in der Gruppe nichts, dass ich dann manchmal mitten im Satz aufhörte kam vor, weil mir die Worte fehlen, nicht nur deutsche Wörter, nein alle, weil die einfach so weg sind

Interviewer: Vermissen sie eigentlich den täglichen Kontakt hier, dass sie zum Nachtdienst gehen oder zur Ärztin oder so?

Patient: Vermisse ich überhaupt nicht.

Interviewer: Ist das nicht eine Gelegenheit weniger, mit jemanden zu reden, ein Thema anzusprechen oder so?

Patient: Nein das war echt auch eine Nervensache, sage ich mal. Jeden Tag hoch, und ich bin froh das es so ist jetzt. Ich kann mich nun auch besser gedanklich konzentrieren. Das geht besser, ja. Konzentrierter eben.

Interviewer: Schön. Wie würden sie die Substitution jetzt so im nach hinein bewerten? Ist es für sie eine gute Sache gewesen, substituiert zu leben oder gab es da Vor- und Nachteile in der Zeit?

Patient: Vorteil war, das ich halt vom Arzt direkt bekommen habe und nicht irgendwie draußen Mist bauen musste und viel Geld anschaffen, Diebstahl oder so was. Nachteil ist natürlich davon auch wieder weg zukommen.

Interviewer: Ja, das ist das Böse.

Patient: Das ist mein erstes Programm in meinem ganzen Leben gewesen. Ein Jahr genau. Vom Arzt selbst substituiert. Und ich kannte diesen Entzug auch nicht vom Methadon jetzt. Vom anderen, vom Heroin wusste ich ja, ich habe das ein paar mal schon durch gehabt, war nicht so schlimm wie das.

Interviewer: Ja, Methadonentzug ist schwieriger. Nicht? Langwieriger.

Patient: Auf jeden Fall. Braucht man da ein Jahr oder fünf Jahre. Ich weiß es nicht, ob das gleich ist oder leichter da weg zu kommen. Oder ist das schwieriger?

Interviewer: Es ist individuell sehr unterschiedlich.

Patient: Das ist auch körperbedingt oder?

Interviewer: Körperbedingt, aber es ist leichter, wenn man nicht so lange substituiert war und vor allen Dingen, wenn man auch noch nicht so oft vom Methadon entzogen hat. Weil die Entzüge werden immer schwieriger. Werden nie leichter mit der Wiederholung, sondern schwerer. Das ist ein bisschen so ein Problem.

Patient: Ich kenne mich nicht aus. Wie gesagt ein Jahr, habe ich zugebracht.

Interviewer: Ja, wenn Leute zwei-, drei-, viermal vom Methadon entzogen haben, dann könnten sie ja sagen, dann gewöhnt man sich dran. Ist aber nicht so. Das wird eher schwieriger. Also von daher, einmal vom Methadon entzogen immer vom Methadon entzogen, dass wäre gut. Also gar nicht erst wieder in die Versuchung kommen zu müssen. Was sind jetzt so die neuen Ziele, neue Horizonte? Hat sich da irgendwas verändert. Weil das erste Teilziel, auf „Null“, haben sie ja nun erreicht. Der Entzug liegt hinter ihnen, sie sind stabil. Kriegen nur gelegentlich noch mal Kopfschmerzen.

Patient: Ja, mein Ziel ist meine Therapie erfolgreich zu beenden und dann halt zwischendurch natürlich auf Wohnungssuche zu gehen. Ich brauche eine Wohnung, das ist mein Ziel auf jeden Fall. Ich brauche ein Dach über dem Kopf. Wenn ich das habe, Arbeit ist schon sicher, weil mein Cousin selbstständig ist und mein großer Bruder und die brauchen Leute. Mehr will ich jetzt auch erstmal gar nicht nennen, weil, dann würde ich lügen. Das ist erstmal mein Ziel. Hier sauber raus kommen und halt clean leben. Nicht mehr an die Drogen. Das wäre auch mein Wunsch für hinter her. Mehr will ich jetzt noch gar nicht so erzählen, weil, kann man gar nicht einhalten so was. Das sind so Träume, kann man nicht sagen, die man da hat.

Interviewer: Drücke ich erstmal die Daumen, dass das auch funktioniert.

Patient: Hoffentlich, ja. Keine Verträge soweit es geht. Weil nach Herrn A. bin ich ja dann der erste in der WG.

Interviewer: Stimmt.

Patient: Ja, ich will dann ein bisschen Vorbild für die anderen sein.

Interviewer: Ja, Ja. Das ist auf jeden Fall wichtig.

Patient: Sonst machen die auch, was die wollen. Da müssen die Älteren ein Vorbild sein und deswegen.

Interviewer: So ein bisschen was darzustellen, finde ich wichtig.

Patient: Ich denke mal mein Bruder kommt auch nächstes Jahr oder vielleicht dieses Jahr, ich weiß nicht. Ich habe mit ihm telefoniert. Er hofft auf eine Gnade und dann will er herkommen. Dieses Jahr und wenn es nicht geht, dann nächstes Jahr um diese Zeit auf jeden Fall. Auch für ihn muss ich Vorbild sein, dass ich hier meine Therapie sauber beende. Das ist wichtig.

Interviewer: Waren die anderen für sie zum Teil Vorbilder hier?

Patient: Jetzt im WG Leben so?

Interviewer: Ja, genau. Flughafenstraße, F42 oder einzelne aus dem Vorderhaus oder so, wo sie sagen, ja.

Patient: Ich habe mit vielen da, sage ich mal, ich kriege da nicht viel mit. Ich höre vielleicht einiges, aber Kontakt habe ich natürlich. Wenn ich die sehe, grüße ich sie und rede auch mit ihnen, aber so großartig draußen war ich jetzt nicht mit denen. Nur in der AT sehen wir uns und oder auf dem Hof vor der VV. Na, ja hier in der WG habe ich gelernt anfangs, Küchendienst, Löffel nicht vergessen, nicht vergessen sich auszutragen an der Tafel, ´mal wurde ich auch schon angerufen, wo ich draußen war. Da hatte ich Obst in meinen Kühlschrank gebracht, wegen dem Kleinen und die meinten, ja, das gehört da nicht darauf und muss in Schrank ´rein. Und jetzt sehe ich so langsam, das lässt nach. Und deswegen war auch vorhin das Gespräch unten, entweder wir ziehen das weiter so durch, wie es war oder wir nehmen es locker, wenn man eine Tasse liegen bleibt oder jemand ´was vergisst.

Interviewer: Und wie haben sie sich entschieden?

Patient: Eigentlich auf die harte.

Interviewer: Durchziehen. Ja, Ja.

Patient: Weil, sonst würde jeder machen, was er will.

Interviewer: Ja, und der eine lässt seinen Kaffee stehen und der nächste seinen Teller mit Essen. Bei der Tasse kann man sagen, ja okay, aber wenn da Milch drin ist und der Teller mit

Essen, das wird dann schon irgendwie ein bisschen eklig irgendwann und da ist die Grenze schwer zu finden. Da gebe ich Ihnen recht.

Patient: Ja, da will ich mit für Ordnung sorgen. Aber sonst geht's eigentlich ganz gut hier. Ich fühl mich jetzt wohl und jetzt geht es weiter. Es ist schön mit den Mitpatienten etwas zu unternehmen und in Kontakt zu kommen, das war nicht immer so, mal zusammen lachen und Spaß zu haben, das geht jetzt besser, viel besser, weil ich es auch will

Interviewer: Ja, schön. Da freue ich mich erstmal, das es ihnen gut geht.

Patient: Danke.

Interview S 1

Interviewer: Wie lange sind Sie nun schon bei uns hier?

Patient: Heute genau vier Wochen.

Interviewer: Vier Wochen. Und wie ist das so als einziger Substituierter in der Gruppe, o.k., werden Sie angenommen oder fühlen Sie sich ausgegrenzt?

Patient: Also ganz normal ist natürlich noch so ein Unterschied, dass es mir schlecht geht und denen geht's gut, das ist das Einzige. Also von meiner Seite ist das praktisch. Da bin ich ein bisschen neidisch einfach.

Interviewer: Wären Sie lieber schon einen Schritt weiter?

Patient: Ja klar. Wären Sie das nicht?

Interviewer: Na ja gut, manche sagen auch ‚Oh nein‘ wenn man soweit ist, dass sie auf null sind, die fürchten sich so ein bisschen.

Patient: Na ja, eben. Ich hab richtig Angst, das ist auch meine Hauptsorge im Moment so. Ob ich das durchhalte mit den Schmerzen und so. Weil ich hab jetzt schon zwei richtige Entzüge durch, über einen Monat hab ich da gebraucht. Über einen Monat hab ich nicht geschlafen. Ich war fast tot, ja. Ich hab mir ab und zu gewünscht, dass ich tot wär.

Interviewer: Echt, so doll?

Patient: Wissen Sie wie schlimm das ist? Normale Menschen, drei Tage, wenn die nicht schlafen, dann sind die schon völlig fertig mit den Nerven. Und ich da erst

Interviewer: Wie viel bekommen Sie jetzt noch?

Patient: Vier. Obwohl ich da auch das Gefühl habe, dass sie heimlich mehr runtergegangen sind. Ja, das ist aber so komisch. Früher bei ein ml hatte ich mal ein ungutes Gefühl und die sind jetzt ne halbe runter, also ich hab's ja extra so gemacht, dass ich's um 15 Uhr kriege, damit ich früh schon länger schlafen kann, weil ich so gegen 6 oder 7 aufgewacht bin. Und ich hab extra 15 Uhr gemacht und dann ging das. Dann hab ich erst so 10 oder 11 Uhr Entzug gekriegt. Jetzt sind sie aber um einen halben runter und jetzt kriege ich früh um 6 schon

wieder Entzug. Nur wegen einem halben Milliliter, also das ist komisch, das hatte ich früher noch nicht so krass.

Interviewer: Mal gucken, wie das so langsam besser wird. Am Abend wird es dann besser mit dem Schlafen?

Patient: Na ja, halbe Stunde, Stunde mehr dann. Also heute war dann schon ein bisschen länger. Ab Montag wollen wir dann wieder um einen halben runter, mal sehen.

Interviewer: Das hängt sicher auch ein bisschen von Ihnen ab, was Sie so sagen. Es sollte halt nicht rauf gehen, sondern immer runter. Aber das Tempo bestimmen Sie ja wesentlich.

Patient: Eigentlich will ich ja auch so schnell wie möglich runter.

Interviewer: Das sind so zwei Seiten, nicht wahr, es ist schwer.

Patient: Es ist richtig schwer. Wissen Sie, ich hab mich vor zwei Monaten auf Polamidon[®] umstellen lassen, weil ich halt nicht den Entzug von Subutex haben wollte. Jetzt denke ich aber, dass das ein Fehler war, ich weiß auch nicht.

Interviewer: 40 mg Polamidon[®] bekommen sie jetzt noch

Patient: Ja, noch sind's 4ml.

Interviewer: Ach, dann haben Sie doch schon 3 ml reudziert.

Patient: Na, so viel ist das nicht in vier Wochen.

Interviewer: Na, knapp die Hälfte.

Patient: Na, Herr T. geht immer um einen runter, also jetzt auch noch ´nen halben, aber zu Anfang ist er immer um einen runtergegangen.

Interviewer: Also wie so einen kleinen Wettstreit oder was?

Patient: Nein, nein, nein. Also ich mach wirklich nur so wie ich kann. Ich hab ja nichts davon wenn's mir nicht gut geht. Dann krieg ich gar nichts mehr von der Therapie mit.

Interviewer: Kann ja auch was sein, die eigene Wahrnehmung so ein bisschen zu schärfen und zu gucken, wann geht's einem gut, wann geht's einem nicht so gut und auch zu gucken, wie stark einen äußere Dinge erreichen, also was so in der Gruppe ist oder was so in anderen Gruppen ist, in der Startergruppen oder so. Kommt das eigentlich ran oder weniger?

Patient: Das blöde ist ja, aber ich kann noch nicht so ganz alleine klar denken. Man muss mich immer so ein bisschen anstupsen. Aber ich glaube, das ist normal auf Opiate.

Interviewer: Ja, heute wirkten Sie ganz vergnügt, heute morgen.

Patient: Ja und nein. Ich hab auch versucht, mich so ein bisschen, also, irgendwie zu aktivieren, aber mir ging's halt nicht gut.

Interviewer: Also Sie haben sich richtig gut eingebracht. Und dann war Ihre Rückmeldung für alle ja auch so ganz witzig. Also ganz witzig und auch ganz offen, so mit den Gedanken, die man hat, den Haftgedanken, auch schon so mit `nem Augenzwinkern.

Patient: Ja ist so, ich glaube die meisten Leute, die im Knast waren, haben diese Gedanken.

Interviewer: Aber Sie waren vorher in Freiheit.

Patient: Ja, ich komme von zuhause.

Interviewer: War das dann eine schwere Entscheidung zu sagen, jetzt begeben Sie sich in Therapie? Das heißt ja auch: irgendwelche Regeln, die einem vielleicht nicht immer ganz passen und so.

Patient: Schwer nicht, weil ich will Therapie machen. Warum ich das machen will? Ich will endlich weg. Ich bin dieses Jahr 30 geworden und ich glaube, das ist so meine Entscheidung gewesen, warum ich das machen will, ich will nur weg. Ich hab mir gesagt, wenn ich's bis 30 nicht geschafft habe, dass ich danach aufhöre. Denn 30 muss ja so ein Zeitpunkt sein, wo man endlich mal was auf die Reihe bekommen sollte, und erwachsen ist.

Interviewer: So würde ich das eher formulieren, ich kenn auch ältere und ich hab auch schon ältere erfolgreiche Patienten gehabt, aber 30 ist ein gutes Alter, da gebe ich Ihnen recht, denn die Jugend, die Ideen, die man da im Kopf hat...

Patient: Meine Angst war heute morgen, ich habe ja letztens erst ´ne Wohnung gekriegt, mit meiner Noch-Ehefrau zusammen, die ist schön eingerichtet und alles. Das war meine Angst so, dass ich die verliere und so. Ja dann war halt noch Gericht offen, da ist jetzt letzte Woche der 35er gekommen, zum Glück, da bin ich ganz froh drüber. 35/36, das wird auch angerechnet.

Interviewer: Wie viel haben Sie da noch offen?

Patient: Ach nur fünf Monate.

Interviewer: Das hätten Sie ja bequem absitzen können

Patient: Aber mir war es lieber zur Therapie zu gehen und danach klar zu sein, als in den Knast zu gehen und dann wäre ich wieder raus gekommen und alles hätte von vorne angefangen. So war's immer, wenn ich im Knast war. Das letzte Mal, wo ich in Therapie war, da habe ich halt längere Zeit durchgehalten. Das war gut, da habe ich echt was mitgenommen.

Interviewer: Wo war das denn?

Patient: In Bredstedt.

Interviewer: Ach ja. Da sind Sie auch substituiert hingegangen...

Patient: Ja, das war gut.

Interviewer: Nehmen Sie Unterschiede wahr zwischen sich und den anderen wegen des Substituts oder so?

Patient: Kommt drauf an, welche Richtung Sie das meinen. Die anderen sprechen klarer und können klarer denken und können selbstständiger sprechen, also ihnen fällt mehr ein und so Blitzgedanken, das habe ich noch nicht. Ich muss erst richtig grübeln, bevor ich was sagen kann. Also das ist eigentlich der einzige Unterschied, dass die anderen viel fitter sind. Ich kann auch momentan keinen Sport machen.

Interviewer: Ja Sie wirken ein bisschen klapprig, das merkt man so.

Patient: Ja ich war mal drei mal so breit wie jetzt, ich hab richtig abgenommen. Das ist auch ein Grund, dass ich jetzt runter will. Da ist kein Unterschied zwischen den Drogen. Metha oder Hero, was soll's. Egal.

Interviewer: Ja das ist auch gut, dass Sie so ein paar positive Ziele haben, nicht nur das, was man nicht will, das ist schön und gut, sondern auch, was macht man denn dann stattdessen? Und da muss man dann auch was haben, sei es Gesundheit und Sport...

Patient: Ich muss halt nur erstmal den Entzug überstehen. Dann fang ich auch wieder an zu reden. Das hab ich damals auch gehabt, ich hab mich richtig wohlgeföhlt. Das war 'ne schöne Zeit nach dem ersten Entzug. Diese vier Wochen, in denen ich immer im Kopf hatte ‚Ich schaff das. Ich schaff das.‘ Das ist was schönes.

Interviewer: Wie lange sind Sie dann clean geblieben?

Patient: Über sechs Monate. Ja, für Sie hört sich das nicht lange an, aber für mich ist eine lange Zeit gewesen.

Interviewer: Ich find das immer beruhigend, wenn Leute überhaupt Cleanzeiten haben.

Patient: Genau das hab ich mir dann auch gedacht. Ich war richtig stolz auf mich.

Interviewer: In den sechs Monaten passiert schon ne ganze Menge, das heißt, Sie haben sich auch mit Vielem auseinandersetzt und waren clean im Kopf und ich finde, was Sie einen Monat oder zwei Monate lang können, das können Sie auch vier Monate lang und was Sie ein halbes Jahr lang können, das können Sie auch ein Jahr. Das ist eigentlich kein „Grund“ mehr so, aus der Dynamik heraus, dass man sagt ‚Okay, das wird jetzt sowieso nie was.‘

Patient: Genau. Cleansein macht mir Selbstvertrauen. Die letzten drei Jahre hatte ich 13 Rückfälle und eigentlich auch dank meiner Noch-Ehefrau, trotz des Ärgers mit ihr. Da bin ich auch stolz auf mich. Hätte ich vielleicht niemals geschafft.

Interviewer: Also Beschäftigung, Struktur, Beziehung, das sind wichtige Sachen.

Patient: Ja, und das erste was ich mache, wenn ich hier raus komme ist wieder Auto fahren. Das ist vielleicht meine größte Sucht, noch vorm Heroin, ich bin sogar ohne Führerschein gefahren, bis mich das auch in den Knast gebracht hat.

Interviewer: Aber danach haben Sie einen gemacht, nicht?

Patient: Ja mit 18 hab ich einen gemacht und dann hab ich den verloren.

Interviewer: Dann fahren sie dann also meist ohne Führerschein. Wie lange ist das letzte Mal denn her?

Patient: Och, schon eine Weile. Bis jetzt habe ich noch keine Gelegenheit gehabt. Und aufpassen muss ich auch, wegen Knast und so...

Interviewer: Na, vielleicht ganz gut, oder? Seit wann passen Sie denn mehr auf?

Patient: Seit mein Sohn damals geboren wurde, hab ich mich eigentlich zusammengerissen mit den Straftaten, schon lange nicht mehr, vielleicht mal ein paar Dummheiten, wo ich mich besoffen mit Polizisten gestritten habe und Schwarzfahren halt, weil man kein Geld hatte. Das war hauptsächlich der Grund, warum ich in den Knast kam. Nur so Kleinscheiß. Ich hab auch keine Beschaffungskriminalität, dass hatte ich nicht nötig, ich hab mir immer was organisiert. Und na klar Metha und so.

Interviewer: Ja, besser als in den Knast gehen, aber klar, süchtig waren sie trotzdem

Patient: Ja aber anders wollte ich's nicht, weil Klauen, das ist nicht so mein Ding, das kann ich nicht. Weiß nicht warum, da ist bei mir so ne Grenze im Kopf.

Interviewer: Das ist wichtig, solche Grenzen zu haben.

Patient: Ja, das wurde mir früher als Kind beigebracht und das war auch ganz gut, dass ich mir das so angeeignet habe. Und jetzt habe ich eigentlich schon fast drei Jahre, also seit der Geburt, nichts mehr richtig kriminelles gemacht.

Interviewer: Ja in diesen drei Jahren passiert ja auch was. Sie sagen, Sie haben ein Kind, haben Sie Kontakt?

Patient: Ne, dass ging immer nicht. Die hat erst immer gesagt, ich sei nicht der Vater und das verweigert. Und ich hab einen Vaterschaftstest machen wollen, dafür habe ich richtig gekämpft, der ist aber jetzt nach drei Jahren gekommen, das war 'ne schwere Zeit für mich, ich hab' gekämpft richtig. Das war auch einer mit der gründe, warum ich jetzt was ändern will, weil ich dann doch mal den Kleinen gesehen habe.

Interviewer: Mit Ihrer jetzigen, Ihrer Noch-Ehefrau haben Sie keine Kinder?

Patient: Nein. Sie kann keine Kinder kriegen, wir hatten keinen Kinderwunsch. Also eigentlich sie nicht, aber jetzt ist das mit ihr sowieso zu spät. Aber ich will Kinder und deshalb ist sie auch nicht... Also, na ja, nicht nur das. Sie hat mich auch zwei Mal probiert umzubringen.

Interviewer: Sie hat Sie zwei Mal probiert umzubringen?

Patient: So was hab ich noch nie erlebt vorher.

Interviewer: Okay, das ist auch ein Grund für 'ne Scheidung, würd' ich sagen.

Patient: Das ist das erste Mal, dass ich ne Frau geschlagen habe. Ich hab mich so mies danach gefühlt. Aber es musste sein, es ging nicht anders. Sie hat mit einem Messer auf mich eingestochen, hat meine Hand hier durchstochen und hat versucht, mir das Messer in den

Kopf zu stecken. Ich hab den Kopf geradeso weggekriegt, da hat sie mir meine Nase und Augenbrauen aufgeschlitzt. Und ich hab sie immer so zurückgeschubst und hab gesagt, sie soll das Messer weglegen, hat sie aber nicht gemacht. Und dann hab ich ihr eine gedrückt. Das war das erste Mal, dass ich ne Frau angefasst habe.

Interviewer: Ja gut, wenn sie Ihnen schon in die Hand gestochen hat, die Nase aufgeschlitzt, also dann sollte man sich auch wehren, also das ist Notwehr.

Patient: Ja das haben die Anderen auch gesagt, weil ich hab noch A. gefragt, ob das okay war, aber trotzdem. Frauen soll man nicht schlagen. Und dann hat sie´s noch mal probiert.

Interviewer: Zwei mal?

Patient: Na einmal, also beide Male hat sie mir mein Geld geklaut und einmal wo ich dann bei ihr wohnte, da hat sie das Geld im Schrank versteckt und dann wollte ich mir das Geld nehmen und dann hat sie mir voll mit einem Metallstuhl auf den Schädel geschlagen und geschrien, dass sie mich kalt macht, das war auch knapp, da habe ich auch noch Narben von, sehn Sie?

Interviewer: Das ist aber ´ne ganz schön rabiate.

Patient: Ja aber so... Wenn diese Frau das erste Mal Ihnen gegenüber sitzt, dann könnten Sie sich das niemals vorstellen. Sie ist ruhig und so. Ich hab ´ne Menge mit ihr durchgemacht. Das ist gut, dass sie raus ist, wenn ich wiederkomme. Sie hat mich auch ein bisschen mit runtergezogen die ganze Zeit.

Interviewer: Na gut, dann ist es vielleicht auch erstmal ganz gut, ein bisschen allein klarzukommen und dann, wenn sie selbst, ich sag mal so, ein Niveau erreicht haben, mit dem sie zufrieden sind, sich eine Partnerin zu suchen, die auch dazu passt.

Patient: Ich hab mich gefragt, ob ich noch Chance hab´, jetzt, wo ich so auf die dreißig, also jung ist das nicht mehr, früher war´s normal mit 18/19 zu heiraten.

Interviewer: Ah, das ist aber inzwischen anders. Also haben Sie noch Chancen.

Patient: Ja, jetzt erstmal den Entzug, dann wird alles besser, auch hier schon im Haus, finden ja nicht alle gut, so die nicht in meiner Gruppe sind.

Interviewer: Sie sagten, in anderen Gruppen wird das eher kritischer gesehen oder?

Patient: Das hab ich gesagt, ja. Aber eben persönlich habe ich keine Ahnung, der andere der hier substituiert war hat mir das auch erzählt. Wurde angemacht. Nur ich hätte das nicht durchgestanden. Schnell runter ohne das man das will, wenn dann noch Ärger dazu kommt, das ist Schwachsinn. Da bin ich froh, in der WG drei zu sein. Die sind da anders, glaube ich.

Interviewer: Na gut, was machen Sie am Wochenende?

Patient: Nix, ich trau mich noch nicht raus. Vielleicht mal einkaufen.

Interviewer: Ja gut, werden Sie erstmal noch sicherer.

Patient: Das finde ich auch. Ja, ich werd' auch die Leute, wenn ich Entzug habe, zum Einkaufen schicken, ich wird' da nicht rausgehen. Wenn ich von meinem Balkon gucke, dann sehe ich immer so zwei, drei Dealer von früher rumlungern. Bin ich froh, dass ich bis jetzt stark geblieben bin. Ich meine, ich bin auch eigentlich stark, sonst hätte ich's nicht bis hier her geschafft. Aber wenn der Entzug kommt, das ist meine große Angst, ob ich da auch wirklich so stark bin. Also die erste Woche werde ich schon stark sein, aber dann fängt es langsam an zu kriseln.

Interviewer: Was stärkt Sie da? Sie haben es ja schon einmal durch.

Patient: Was mich stärkt? Da gibt's keine Stärkung. Nur Ruhe und nur Bettdecke und das war's. Vielleicht Fernsehen zur Ablenkung, dass man nicht komplett die Gedanken da drauf hat. Aber jetzt zum Beispiel das Treppenlaufen, das nimmt mich schon ganz schön mit. Wenn ich irgendwo sitze, geht es, aber sobald ich irgendwie laufen muss, ist... Da werde ich auch mit der Ärztin heute sprechen, dass ich nicht zur AT gehen muss, also nächste Woche ist ja meine AT eigentlich, so in die Holzwerkstatt, das geht noch nicht.

Interviewer: Ja, das müssen wir von Woche zu Woche im Prinzip entscheiden. Ich könnte mir vorstellen, dass das auch, ich hab's einfach schon oft bei so was miterlebt, dass Sie dann einfach dann auch schon Kraft wieder gefunden haben. Ja, dass man auch im Entzug schon merkt, dass der Körper sich auf eine Art auch schon anfängt zu erholen. Natürlich ist der Entzug da, aber es geht ja nicht alles bergab. Ein paar Sachen gehen ja auch schon bergauf einfach.

Patient: Die ersten sechs, sieben Tage ist der Entzug ja richtig, also ist es das Schlimmste, danach kann ich mir das schon vorstellen. Langsam, aber da ist dann auch so meine Angst, dass wenn ich AT hab, dass da unterwegs ein Dealer kommt oder so. Also hier in der Ecke und in der Gegend hab ich früher gekauft.

Interviewer: Hier kennen Sie die Leute.

Patient: Da kenne ich von früher fast jeden schrägen Vogel. Die lungern hier überall rum, U-Bahn, Kaufland und so, überall

Interviewer: Ja gut, wir haben jetzt auch Hinweise bekommen, dass der Herr O. hier in der Nachbarschaft auch nicht ganz sauber ist, haben Sie da was von gehört?

Patient: Nee, darum hat mich das vorhin gewundert. Die haben sich ja unten vorhin vor der Tür gestritten. Die Betreuer und der Herr O., hat mich auch gewundert, weil er sitzt immer nur vor der Tür, also wenn ich von meinem Balkon gucke und ich gucke ja andauernd runter. Was anderes hab ich noch nicht mitgekriegt. Darum hat mich das richtig gewundert. Ja, die meisten von denen, die hier dealen trifft man auch bei den Ärzten, da muss ich auch noch hin. Aber ich habe keine Praxisgebühr.

Interviewer: Na, das Büro hat gleich Sprechstunde, die strecken Ihnen das vor.

Patient: Ja, die zehn Euro brauch ich.

Interview S 2

Patient: [...]

Interviewer: Das ist ja eine gute Einstiegsfrage. Was ist das für ein Gefühl? Was geht Ihnen durch den Kopf?

Patient: Angst.

Interviewer: Angst. Angst wovor? Vor dem Entzug. Oder das Sie es nicht hinkriegen?

Patient: Ein bisschen, dass ich es nicht hinkriege. Aber das ist minimal. Das ist mehr so die Angst nicht zu schlafen...und die Nächte die ziehen sich so hin mit den Schmerzen.

Interviewer: Hmm. Das schmerzt.

Patient: Hmm, ja, ist vielleicht auch mehr psychisch.

Interviewer: Weil bei 0,4 zu 0 das merkt man eigentlich kaum.

Patient: Ja doch. Also die 04. Ich habe ja das letzte mal 04 04 gekriegt. Ich hab das gemerkt. Aber bei mir muss halt...ich weiß nicht warum? So an einem Stück merke ich das nicht. Also da merke ich es einen halben Tag. Aber dann den restlichen 08 Da geht´s mir schlecht.

Interviewer: Auwei. Warum machen sie das?

Patient: Was?

Interviewer: Na jetzt abdosieren.

Patient: Warum nicht? Ich will. Ich muss.

Interviewer: Ja wollen sie oder müssen sie? Ist ja ein riesiger Unterschied.

Patient: Also, ich will von mir aus, weil ich 30 werde und ich muss auch, weil ich 30 werde.

Interviewer: Ach das hängt mit dem Alter zusammen? Weil sie 30 sind.

Patient: Ich bin dieses Jahr 30 geworden. Ich letztes Jahr mein Geburtstag gegangen. Die Hälfte dieses Lebens rum. Und jetzt muss ich. Schon so viel Zeit verschwendet. Vergeudet. - Ich will auch mein Führerschein jetzt in Angriff nehmen. Ich habe mir schon Ziele gesetzt. Ja.

Interviewer: Ja, das ist auch gut. Ja irgendwie muss es sich ja auch lohnen.

Patient: Ja, richtig.

Interviewer: Ja, sonst. Weil sonst können wir auch sagen. Im weitesten Sinne, 04 können wir beibehalten noch 100 Jahre.

Patient: Ich will wieder normal denken und fühlen und normalen Sex haben.

Interviewer: Ach. Ist der dadurch eingeschränkt?

Patient: Ja. Natürlich.

Interviewer: Ist das immer so oder ist das bei dem einen mehr und bei dem anderen weniger.

Patient: Das ist von Körper zu Körper unterschiedlich hab ich mitgekriegt.

Interviewer: Das wusste ich noch gar nicht.

Patient: Jeder Körper reagiert anders, das ist auch wie viel Zeitreserven man hat, und so, das ist immer unterschiedlich

Interviewer: Na gut. Sie sind 30. Das ist irgendwie so eine magische Grenze.

Patient: Ja. Also bei mir auf jeden Fall.

Interviewer: Das habe ich schon oft gehört.

Patient: Das hat bei mir Klick gemacht dieses Jahr. Es hat schon vorher Klick gemacht. Aber noch nicht so wie jetzt. Dieses Jahr richtig. Wie sagt man? Midlife-crisis?

Interviewer: Midlife-crisis. Ja.Ja die ist aber eigentlich, sagt man, kommt die so zwischen 40 und 50. Aber es ist natürlich so ein Punkt wo man sagt, so mit 30 ist so die Zeit wo man sich ein bisschen niederlässt. Früher sagte man: Kind zeugen, Haus bauen und Baum pflanzen

Patient: Ja. Das würde ich eigentlich auch gerne. Aber. Ich musste alles hinten an stellen. Frühst los rennen. Geld machen. Hat schon über den halben Tag gedauert. Dann zum Dealer. Auf den Dealer warten. Das sind dann auch nochmal zwei drei Stunden. Die dauern. Dann kommt man abends um 10 Uhr nach Hause und die Tage waren weg. Die waren weg.

Interviewer: Ja stimmt. Haben sie denn phasenweise über Freundinnen?

Patient: Eine Frau im Moment ja noch. Wir lassen uns aber gerade scheiden.

Interviewer: Ja, ich weiß.

Patient: Wir können nicht miteinander. Ich auch nicht. Geht nicht. Das ist komisch bei uns.

Interviewer: Hat ihre Frau denn damit zu tun oder?

Patient: Nein.

Interviewer: Gar nichts? Da war doch Gewalt.

Patient: Sie hat früher mal Alkohol getrunken. Ich weiß nicht so richtig, wann sie Alkohol getrunken hat, dann hat sie auf mich eingeschlagen. Meinen Kopf habe ich gerade so weg gekriegt...da hat sie meine Nase aufgeschlitzt.

Interviewer: Auweia. Das ist schon nicht ohne.

Patient: Da hat sie gesehen was sie gemacht habe. Da hat sie dann aufgehört. Sie lebt ja auch noch. Das ist vielleicht ein Jahr her.

Interviewer: Wieso ist sie so krank?

Patient: Leberzirrhose

Interviewer: Ach Gott, die Ärmste. Das haben sie noch gar nicht drüber gesprochen.

Patient: Vor 7 Monaten. Durch den Alkohol. Ja. Sie hat ja manchmal so viel getrunken. Das hat sie von ihrer Mutter. Ihre Mutter hat ja auch Diabetes. Deshalb. Ich glaube nur dass sie nicht mehr ins Krankenhaus geht, da will sie nicht mehr hin, sie will zu hause sterben.

Interviewer: Ja, da haben sie aber noch schwer was zu tragen, jetzt auch gerade wo es so schwierig hier für sie ist.

Patient: Ja, ganz schön schwer.

Interviewer: Wie stellen sie sich die Zeit vor, wenn sie auf 0 sind?

Patient: Den ersten Monat. Scheiße. Und dann kommt´s. Bei den anderen ist das anders, die erzählen ja immer von ihren Entzügen. Da geht es dann langsam, dass sie schon mal eine Stunde schlafen können, zwei Stunden. Ich kann einen Monat gar nicht schlafen. Und dann plötzlich eine Nacht schlafe ich ein. So. Aber ich krieg das nicht mit dass ich einschlafe. Frühst wach ich dann auf und ich fühle mich wie neu geboren. Das ist ein ganz komisches Gefühl.

Interviewer: Aber freuen sie sich schon darauf?

Patient: Ja. Darauf freue ich mich. Auf diesen einen Morgen freue ich mich. Ja. Darauf freue ich mich richtig. Das ist so was mir Kraft gibt. Dieser Morgen.

Interviewer: Vielleicht geht es dieses mal schneller weil sie so langsam runter dosiert werden.

Patient: Ja, ich wurde auch noch nie langsam runter dosiert, daher habe ich eigentlich Hoffnung es zu packen.

Interviewer: Sonst war´s ja immer so zack, von jetzt auf gleich, also jeden Tag einen Millimeter runter gehen und das ist ja schnell weg.

Patient: Ja.

Interviewer: Wie sind sie in der Gruppe angekommen? Wie reagieren die auf sie?

Patient: Ganz am Anfang war so, so skepsis oder so. Ja warum bist du eigentlich hier, weil Therapie ja und du noch substituiert bist und so. Also ich versuche ihnen das schon zu erklären, aber er versteht das nicht so ganz.

Interviewer: Es gibt immer Leute die sticheln. Das ist ja blöd.

Patient: Aber das kenne ich. Bei den anderen Therapien war es ja auch so ein bisschen. Da bin ich aber clean hingegangen, aber da waren andere Substituierte drin.

Interviewer: Ah ja, ja.

Patient: Aber da war auch so dieser Streitpunkt. Ja. Aber dort war es so. Dort musste man nicht runter gehen, sondern dort konnte man mit den Substituten raus gehen. Alter Streitpunkt. Ja, warum machst du Therapie, wenn du sowieso dann wieder raus gehst und so ist es ja nicht. Aber meistens kommt das ja auch nur von den Leuten, die mit Opiate eigentlich gar nichts zu tun haben. Das ist ja das schlimme.

Interviewer: Stimmt. Ist mir auch aufgefallen. Ich habe ja mit vielen gesprochen und die Leute, die mit Opiaten zu tun hatten untereinander, die hatten schon Verständnis und da kommt auch kein, ich sage mal, Neid, auf. Im Gegenteil, die sagen dann oft "Oh Gott, Oh Gott, da hab' ich es gut. Gut dass ich es schon hinter mir hab." So. Ne?

Patient: Ja.

Interviewer: Ja, das ist so beides. Ne? Aber da ist auch viel, dass sie sagen "Naja, Gott sei dank, habe ich das nicht mehr".

Patient: Einer der nicht Opiate zu tun hat und über mich lacht so, mit dem würde ich mal einfach 5 Minuten tauschen, wenn ich Entzug habe. Einfach nur mal das er sieht was überhaupt Entzug ist. Oder besser gesagt, eine Nacht oder zwei Nächte. Dieses nicht schlafen. Wie das am Kopf zehrt. Normaler Mensch, wenn der drei Nächte, oder zwei Nächte nicht schläft, dann ist der fertig. Und ich muss das ein paar Wochen machen. -

Interviewer: Sie könnten auch ein bisschen Stolz auf sich sein.

Patient: Ja.

Interviewer: Weil. Sie sind jetzt schon eine Weile hier.

Patient: 3 Monate. Ja ich habe mich diesen Monat mit neuen Schuhen, teuren Schuhen, teure Jacke, mal so etwas belohnt.

Interviewer: Hmm...

Patient: Habe ich jetzt nicht an.

Interviewer: Nee. Montag morgen ist ja Putztag, da würde ich auch nicht die neuen Sachen anziehen.

Patient: Diese ollen Sachen, diese Sachen ziehe ich ab und zu mal im Entzug an, weil ich da immer schwitze und meine Hände abschmiere.

Interviewer: Achso. Wieviel Entzüge haben sie denn schon gemacht?

Patient: Das waren schon ein paar. Aber ich habe erst zwei richtig. Zum Anfang von Heroin, also da hatte ich nur eine Woche Entzug, das ging. Aber vom Substitut selber, das ist ja das schlimmste was es gibt. Also zwei richtige. Wo ich es geschafft habe. Einmal war im Knast,

da musste ich durch. Und einmal bei der Dings, da habe ich Entgiftung gemacht und dann bei der Therapie in Bredstedt, ich glaube da habe ich es auch nur geschafft, weil da ein kleines Dorf gewesen ist, da ist man nirgends wo herangekommen.

Interviewer: Ja stimmt, ich war da gewesen. Das ist sehr ländlich da. Wie lange waren sie denn in Bredstedt?

Patient: Zwei Monate. Bis ich Heimfahrt hatte, weil ich Fehler gemacht hatte.

Interviewer: Sie sind nicht zurückgekommen?

Patient: Doch, ich bin zurückgekommen, aber ich habe bei einem Kollegen einen geraucht. Also kein Heroin. Marihuana. Aber immerhin, ich war danach noch 6 Monate clean.

Interviewer: Die haben sie dann entlassen, wegen dieses Rückfalls auf der Heimreise?

Patient: Ja.

Interviewer: Echt? Wenn man jemand nach zwei Monaten beurlaubt, muss man doch ein bisschen damit rechnen. Würde ich sagen. Oder?

Patient: Ja, aber ich hatte vorher noch nichts gemacht. Und eigentlich arbeiten die ja mit Rückfällen.

Interviewer: Ja, ja eben.

Patient: Aber sie haben mir gesagt, an mir wollten sie ein Exempel statuieren.

Interviewer: Boah...Na toll. So was liebe ich ja. Naja.

Patient: Haben sie auch mir so klip und klar gesagt.

Interviewer: Hmmm. Naja, Schnee von gestern.

Patient: Ja, sechs Monate war ich dort dann in der Gegend, bis sich meine Ängste gelegt haben, davor habe ich jetzt aber keine Angst. Ich war ja drei Jahre fast clean, mit zwei kleinen Rückfällen, also da habe ich ein Tag mal einen geraucht, sonst war nichts, darum habe ich eigentlich auch Hoffnung ja.

Interviewer: Sie können´s eigentlich, okay, jetzt den letzten Schritt.

Patient: Nur der Entzug steht noch an.

Interviewer: Ja, Ich glaube auch davon haben sie schon viel hinter sich.

Patient: Ja, aber der hat sich irgendwie, ich weiß nicht, also z.B. die B. die lacht über mich, weil ist doch nur noch so ein bisschen, dass gibt´s doch schlimmer, aber diese Angst, die hat sich richtig manifestiert, vor dem Entzug Es ist komisch, die ist richtig voll da, ich denke kaum noch über was anderes, so. Die Ärztin sagt "Ja da müssen sie anders umdenken." Also ich versuche es ja, aber es geht halt manchmal nicht.

Interviewer: Unterstützen die anderen sie? Ist das eher hilfreich oder nerven die anderen wenn sie im Entzug sind?

Patient: Weiß ich gar nicht. Sie haben gesagt, sie helfen mir, sie bringen mir mal ein Tee runter und so. Frau R. [Mitarbeiterin] wird mir helfen, das weiß ich.

Interviewer: Echt.

Patient: Ich habe mir schon Frau A. [Mitarbeiterin] geredet und sie lassen mir 2 Wochen meine Ruhe und Frau R. [Mitarbeiterin] sagt "Nein", das geht nicht. Ich muss was tun. Ich soll's wenigstens probieren. Ich sage "Frau R., ich habe schon viele Entzüge durch, ich weiß was ich kann und was ich nicht kann". Sie will das halt nicht so ganz wahrhaben.

Interviewer: Na ja, gut. Sie werden sich schon einig werden. Aber das ist nur ein bisschen Stress.

Patient: Ja, aber wenn ich Entzug habe, das stresst ja auch, weil da immer jemand nerven kommt, das ist ja, da kommen mir ja abrupt Gedanken, dass ich schnell raus gehe und was hole, wenn es stresst. Davor habe ich auch so ein bisschen Angst.

Interviewer: Die Lage ist für sie ja hier auch so ein bisschen prickelnd, nicht wahr? Ich meine hier innerstädtisch, ihre Szene war ja nun nicht so weit weg.

Patient: Die ganzen Dealer laufen hier vor dem Haus herum.

Interviewer: Aber andererseits haben sie in der Gruppe jetzt schon Einiges überstanden, sag ich mal und

Patient: Ja, da bin ich auch ganz froh.

Interviewer: Und ich sage mal so, mit Herrn. D. und Herr E. oder so, oder Herr S. das waren ja eher offene Geheimnisse das da irgendwas läuft und die vielleicht etwas nehmen.

Patient: An dieses Majazeug, da traue ich mich nicht ran. Ich hab' schon soviel Scheiße erlebt. Mit kiffen komme ich auch nicht zurecht, also ich habe zwar immer noch probiert hier zu kiffen aber, ging gar nicht, das haut mich um, das geht nicht mehr.

Interviewer: Also dieses Mayazeug., künstliche Cannabinoide, JWH so und so, das macht dann leicht psychotisch.

Patient: Herr W. hat ja auch gesagt, das Maya so was wie ein Opiat ist.

Interviewer: Na, das stimmt nicht so ganz, aber ja, dass stört wirklich dass normale Denken ganz deutlich, befürchte ich, also

Patient: also für mich ist das nichts, kann ich mir auch absolut nicht vorstellen.

Interviewer: Gut. Dann würde ich sagen. Gucken wir mal, was die nächsten Wochen bringen. Ich drücke Ihnen die Daumen, dass auch der Rest gut klappt.

Patient: Nach dem Entzug können wir nochmal sprechen...

Interviewer: Ja.

Patient: Da würde ich auch ganz anders sprechen.

Interviewer: Schön. Ich danke Ihnen.

Patient: Ich danke. Ich kann Ihnen leider nicht die Hand geben.

Interview S 3

Interviewer: Wie lange sind sie eigentlich hier?

Patient: Vier Monate.

Interviewer: Vier Monate. Zwischendurch hatten Sie auf Null abdosiert. Zwei Wochen lang.

Patient: Zwei Wochen.

Interviewer: Und dann haben sie sich mit Subutex[®] wieder ein bisschen aufdosiert auf vier. Oder?

Patient: Vier mg.

Interviewer: Und wie ist das für Sie?

Patient: Na, besser. Na ja, was heißt besser. Also eigentlich wollte ich ja runter. Ich weiß nicht wie es sein wird. Also für mich ist es schwer.

Interviewer: Sie waren ja runter.

Patient: Zwei Wochen und dann ging nichts mehr.

Interviewer: Ja. Worauf führen sie das zurück? Haben sie eine Idee woran es liegt?

Patient: Woran es liegt? Ich weiß nicht. Ich kann es nicht so richtig sagen. Ich war nicht stark genug.

Interviewer: Also das erleben sie als Schwäche. Oder?

Patient: Ja, natürlich ist es eine Schwäche. Klar. Wenn ich Drogen nehme ist das auch eine Schwäche. Ist ja eine Sucht. Ist eine Krankheit.

Interviewer: Ja, eben.

Patient: Wenn ich es nehme bin ich schwach. Oder bin ich schwach geworden. Ist besser.

Interviewer: Ich habe ein bisschen das Gefühl, jetzt kommen sie eigentlich besser an ihre Themen so heran, als während der Zeit der Abdosierung. 0,02 und noch ein Tropfen weniger.

Patient: Nein. Das war das Polamidon[®]. Das Polamidon[®] das macht den Kopf so fett. Also man kann nicht klar denken. Und das Subutex[®] ist fast eigentlich nur um die Schmerzen weg zu machen. Ich merke schon was im Kopf davon aber nicht so wie bei Polamidon[®]. Ich kann mich auf Sachen konzentrieren was ich vorher nicht konnte.

Interviewer: Also hat es sich eigentlich wegen der Umstellung schon gelohnt?

Patient: Ja. Eigentlich wollte ich ja ganz runter. Also richtig gelohnt hat es sich natürlich nicht. Nein.

Interviewer: Sie könnten ja noch ´mal einen Angriff starten.

Patient: Ja, natürlich. Wenn das Wetter dementsprechend ist. Die Sonne. Weil dann habe ich vielleicht auch ein bisschen mehr Kraft davon. Als jetzt. Na, letztes mal wo ich Therapie hatte, da habe ich es ja geschafft. Da war halt auch Anfang Sommer und das ist ein ganz anderes Gefühl, so wenn die Sonne scheint. Also das hat viel mit der Umwelt zu tun. Auch die Gruppe ist wichtig. Man ist ja nicht auf sich allein gestellt, da hat man immer einen Schutz drumherum.

Interviewer: Ja manchmal ist es vielleicht auch nötig so andere Themen zu beackern. Ich hatte neulich Besuch von einem Ehemaligen. Der war in Brettstedt. 40 Monate. Hat aber nicht runter dosiert. Ist mit ich weiß nicht wieviel entlassen worden. War dann relativ lange da in der Nachsorge und hatte in der Nachsorge Zeit und ist dann auf Null ...war jetzt schon anderthalb Jahr auf Null. Merkte man ihm auch an, war Vergangenheit die Substitution.

Patient: Wo ich dort war, war ich auch sechs Monate auf Null. Und da habe ich zwei Monate Heimfahrt gehabt und dann halt, ja, habe ich einen gekiff, ja.

Interviewer: Das haben sie erzählt. Ein Exempel statuiert.

Patient: Ich habe noch nie Scheiße gebaut. Weil, ja eigentlich arbeiten die ja mit Rückfällen. Ja, aber die haben ja auch ganz frech zu mir gesagt. Das war ein Exempel. War schon krass.

Interviewer: Wurmt sie noch etwas?

Patient: Natürlich wurmt mich das. Ja. Weil ich es da geschafft hatte. Also ich war da weg.

Interviewer: Was ist eigentlich besser dran an clean sein als an substituiert sein?

Patient: Man muss erstens nicht immer zum Arzt, man ist klar im Kopf, man fühlt besser. Ja, das ist es. Obwohl es beim Subutex[®] geht. Aber trotzdem stört es immer. Das Sexleben ist noch nicht so, wie es eigentlich sein sollte.

Interviewer: Das ist so ein Punkt.

Patient: Da kommt einiges zusammen. Ich muss sagen die sechs Monate wo ich clean war, war eine schöne Zeit. Aber dann, wahrscheinlich weil ich mich da wieder mit reinziehen lassen habe.

Interviewer: Na gut. Wenn sie im Frühjahr den Angriff machen wollen, wollen sie da so lange bleiben bei uns in der Adaption, oder wie haben sie das geplant? Oder dann aus der eigenen Wohnung heraus oder?

Patient: Na, erstmal muss ich ja zurück in meine Wohnung. Und ich habe ja hier schon mal angefragt. Und es geht ja nicht das ich eine Woche nach Hause kann und dann wieder. Und dann spielt das Arbeitsamt nicht mit. Weil ich kann nicht über sechs Monate an einem Stück hier sein.

Interviewer: Ja, das stimmt. Das ist die schlecht.

Patient: Ja.

Interviewer: Also das Problem, dass die Wohnung nicht durch bezahlt wird. Das Problem sind ja 2-3 Monatsmieten.

Patient: Ja, aber ich habe mit Frau A. [Mitarbeiterin] gesprochen und sie sagt "Nein das geht nicht" .Ich muss gleich von hier aus in die Adaption.

Interviewer: Ja, ja, klar, das ist dann richtig, aber das mit dem Arbeitsamt das kann man klären. Das die Wohnung erhalten bleibt.

Patient: Ich habe nachgefragt. Die meinten, sechs Monate und danach muss ich erstmal nach Hause.

Interviewer: Sechs Monate ist die eine Maßnahme. Vier Monate die andere Maßnahme. Da müssen sie nicht zwischendurch zuhause wohnen. Also die Adaption muss sich nahtlos an die Therapie anschließen. Das ist schon richtig. Aber die Therapie ist ja dann beendet. Ganz offiziell. Die kann man auch drei Tage eher beenden oder eine Woche eher. Dann ist es für sie kein Problem.

Patient: Nein, Nein. Frau A. hat mir vorgestern schon vorgeschlagen dass sie mich nach hause schickt. Also jetzt wegen meiner Frau. Ich habe aber gesagt nein. Weil ich will mal endlich wieder was zu Ende bringen. Ich will mal wieder stolz auf mich sein.

Interviewer: Ah ja, genau.

Patient: Bringt mir ja nichts wenn ich früher nach Hause gehe und dann, also, mein Kopf nicht so ist wie ich es eigentlich sein sollte.

Interviewer: Ich meinte das jetzt nur formal. Wenn sie eine Woche eher ausziehen und damit eher die Therapie beenden, dann wird in einer Woche auch die Adaption anfangen, aber dann wären sie keine 6 Monate in Therapie gewesen und die Adaption ist eine ganz getrennte Maßnahme.

Patient: Wenn es sich anders machen lässt.

Interviewer: Das können wir dann immer noch in Ruhe mit Frau A. bereden.

Patient: Also das ich einmal die Woche herkomme, das fände ich schon wichtig, das ich dann irgendwie andocken kann. Ambulante Nachsorge oder so.

Interviewer: Wie geht's denn ihrer Frau jetzt? Die ist im Krankenhaus?

Patient: Ja, also ein bisschen besser. Sie wird morgen verlegt. Hier nach Steglitz in die Charite. Auf die Leberzirrhose Station. Ja.

Interviewer: Aber es sieht nicht gut aus insgesamt.

Patient: Ich habe sie ja schon geheiratet, da hat sie schon festgestellt, dass sie Leberzirrhose hat. Vor einem halben Jahr meinte die Ärztin, dass meine Frau sterben wird. Das da nichts mehr zu machen ist. Also es ist im Endstadium. Ja.

Interviewer: Kommt auch noch mal erschwerend hinzu. Ja das ist jetzt noch zu früh um zu überlegen, das ist jetzt natürlich auch, wie es sein wird für sie und wie sie dann damit zurechtkommen. Aber es fängt auf jeden Fall ein neuer Lebensabschnitt für sie an.

Patient: Ja, natürlich.

Interviewer: Der fängt erstmal beschissen an, wenn ihre Frau sterben wird.

Patient: Mein neuer Lebensabschnitt hat ja schon angefangen, wo ich hierher gekommen. Oder wo ich mich entschieden habe hierher zu kommen.

Interviewer: Ja.

Patient: Sie ist ja auch nicht das erste mal im Krankenhaus. Sie war ja schon zwei drei mal dort. Das ich jetzt halt hier bin, das ist ein bisschen neu. Da könnte ich halt doch nochmal ihr ein paar Sachen bringen, Sachen waschen zuhause. Die Katze muss ich jeden Tag füttern. Also es ist schon ein bisschen umständlicher. Aber eigentlich will ich hierbleiben. Und dann Adaption und so, und doch noch abdosieren. Aber für meine Frau wäre ich auch gerne mehr da.

Interviewer: Ja. Dafür ist es ja ganz gut dass jetzt keine AT ist. In der Werkstatt. Sie sind ja nur zwei Tage hier. Donnerstag Nachmittag haben sie auch frei. Das kann man dann wahrscheinlich ganz gut organisieren. Dienstag und Mittwoch Vormittags.

Patient: Ja, hier das Programm, das schaffe ich ab und zu mal nicht.

Interviewer: Gut. Wenn ihnen zu dem Thema jetzt nicht noch was einfällt dann können wir das im Moment erstmal so stehen lassen.

Patient: Ja, ich will mal sehen, was ich so machen kann. Ob ich mit Substitut hier bleibe und meine Frau unterstütze, oder doch lieber nach Hause gehe. Ich weiß es noch nicht.

Interview K 1

Interviewer: Ich wüsste eigentlich mal gerne, wie es ihnen geht, so als einzige Frau, die hier substituiert ist, mit dieser Rolle. Ist es gut? Was hat sich bei Ihnen verändert? Ist das ein guter Weg? Oder doch ein eher schlechter Weg?

Patientin: Auf jeden Fall. Es ist ein guter Weg. Ich habe also bis jetzt das Gefühl, also ein gutes, immer besser. Weil vor 3 Wochen war ich ja noch auf 10 ml, jetzt bin ich auf 3 ml und das ist schon gut. Frau A. [Mitarbeiterin] freut sich auch, dass ich das so gut hin gekriegt habe. Ja und wie es dann weitergeht, ne, wie ist es danach? Das weiß ich noch nicht. Wenn ich 2 nachher kriege dann wird sich das schon ein bisschen bemerkbar machen, ist ja klar, aber ich werde versuchen mich dann abzulenken und vor allem auch zu sprechen mit anderen, dass muss ich langsam mal lernen. Weil ich bin so ein Mensch, ich fresse es dann in mich rein und kann nicht über Sachen reden, so ne, und dass ich dann darüber rede, wenn es mir nicht gut geht. Aber jetzt im Moment jetzt muss das andere erstmal raus und jetzt geht's wieder aufwärts.

Interviewer: Na ja. Haben sie Angst davor jetzt weiter runter zu gehen?

Patientin: Ja da habe ich mit Herr T. [Mitarbeiter] schon drüber gesprochen, das ist wohl auch viel wie man darüber denkt, .positiv oder negativ. Wenn ich mich jetzt vergrabe, dann denke ich "Oh Gott, oh Gott, oh weia, weshalb und so ne." Denn wird es erst recht schlimm, ist ja so, ist ja viel Kopfsache auch. Also bis jetzt habe ich gar nicht mehr darüber nachgedacht. Und es ging gut, mal gucken wie es weiter geht, ne?

Interviewer: Hilft Ihnen die Gruppe? Wie sie gerade berichtet haben ist die Lage ja eher gemischt.

Patientin: Ja, sehr sehr schwierig. Es ist sehr anstrengend. Ich habe ja noch N. und R. Und U. Mit dem kann ich auch sehr gut. Das sprechen, wenn was ist, Probleme. Und der achtet mal so drauf, wenn ich jetzt mal länger in meinem Zimmer bin, ruft der mich an. "Ach komm doch mal auf einen Cafe und so" und "Gehts dir gut?" und er kümmert sich sehr.

Interviewer: Eine Unterstützung

Patientin: Ja ja, auf jeden Fall. Das man Leute auch vertrauen kann, mit denen man über alles reden kann. Und das hilft auf jeden Fall. Wenn die einem dann auch gut zureden und sagen "Och Kati..." und so was..."das hast du gut hin gekriegt bis Jetzt..."Das schaffst du schon..." und das motiviert einen dann ja auch, ne. Ich habe aber auch schon gehört: oh ja du kriegst noch was, sieh mal zu runter kommst. Und Frau A. hat auch gesagt, ich soll mich nicht unter Druck setzen lassen, das ich gut so wie ich das mache und ich muss selber auf meinen Körper hören, wie ich mich fühle dabei, ja.

Interviewer: Das klingt so als Sie haben das Gefühl sie kriegen sich besser mit?

Patientin: Ja, ich werde ja jetzt auch von Frau R., ich weiß den Namen jetzt leider nicht. Ich vergesse die Namen. Frau H., sie sehen viel besser aus. Mit der Haut ist anders wo ich runter dosiert bin. Das sieht man schon und das merkt man auch. Ich bin jetzt ruhiger und ich kann ja nur sagen, was ich von anderen so höre, ne...ich selber kann mich nicht so beurteilen.

Interviewer: Also wenn ich die Straße lang gehe würde und sie ansprechen würde und dann käme man nie drauf, dass sie irgendwas mit Drogen zu tun haben. Man wird eher denken, Sekretärin oder so.

Patientin: Ja, stimmt, da bin ich jetzt auch schon stolz drauf, erst drei Wochen aber schon ganz anders. Nur durch gesund leben und runterdosieren. Raus aus dem Zeug und rein in neue Klamotten (lacht)

Interviewer: Ja, so auch jetzt mit dem schwarzen Rolli, so mit dem, so ein bisschen elegant. Das war vor ein paar Wochen noch anders.

Patientin: Das stimmt. Ich habe auch zugenommen. Ja, also ich kann nur Positives sagen bis jetzt, also mir geht's gut Ich habe das Gefühl es geht voran.

Interviewer: Und schon Selbstvertrauen und so was, ist das gestiegen?

Patientin: Ja, doch, doch. Selbstvertrauen ist gestiegen auf jeden Fall. 3 Wochen bin ich jetzt fast hier und ja, doch. Das ist gut, sehr gut (lachen)

Interviewer: Gut. Fällt Ihnen jetzt noch etwas zu dem Thema ein? Substitution, Therapie?

Patientin: Nö, aber wir können ja das gerne noch weiterführen in ein paar Wochen, da bin ich dann ganz clean.

Interviewer: Ja, gute Idee, darum wollte ich sie sowieso bitten.

Interview K 2

Interviewer: So, ein paar Wochen sind wieder ins Land gegangen und Sie scheinen Ihrem Ziel näher zu kommen, oder besser Ihren Zielen

Patientin: Ja, ich sehne mich danach. Normal, nicht mehr zu denen, die ohne Babyflasche, Arzt und Betüdelung nichts gebacken bekommen. Ich will Normal sein.

Interviewer: Was heißt das denn?

Patientin: Ich will wieder normal denken. Normal schmecken. Normal riechen. Normal Sex haben. Normal arbeiten. Normal eben, wie andere auch, ne.

Interviewer: Woran merken Sie, dass das voran geht mit der Normalität?

Patientin: Ach, das sind so Kleinigkeiten. Ich denke wieder mehr an meine Kinder. Ist doch normal für eine Mutter, ne? Und überhaupt. Mit dem Geld, zum Beispiel. Ich komm' hin. Aber keine großen Sprünge. Normal. Und ich lasse mich wieder auf andere Menschen ein. Nicht so Beziehungsmäßig, noch nicht, aber doch schon mehr. Ich bin mir nicht mehr so peinlich, ja, so. Und dann auch noch in den Gefühlen und im Körper. Alles kommt in den grünen Bereich. Appetit, auf's Klo gehen und so. Insgesamt, also, das fühlt man, so langsam, wie man ist und wie man fühlt oder wie man denkt, so langsam, die Gefühle ändern sich. Man fängt an, zur Normalität zurückzukehren.

Interviewer: Was ändert sich noch, oder was bleibt gleich?

Patientin: Das weiß ich nicht so genau. Manches bleibt, also auch an Problemen, die habe ich vorher gar nicht so wahrgenommen. Aber jetzt, da fällt mir das manchmal ein. Mitten in der Nacht. Dann denke ich, was macht jetzt eigentlich meine Tochter, und was wird, wenn meine Mutter mal nicht mehr ist, und so, und die Schulden, und ob ich 'ne Wohnung finde. Das war mir sonst scheissegal. Aber jetzt nicht, ne, nicht mehr so egal. Und manches wird mir einfach wichtiger, auch was so fehlt. Freund, Beruf und so

Interviewer: Und so im miteinander, mit den anderen Patienten?

Patientin: Ja ich habe jetzt schon gelernt, wenn was ist oder so, darüber zu reden. Das ist schon besser geworden. Am Anfang war das so, dass ich gar nichts gesagt habe. Ich mich nicht getraut habe. Und jetzt ist es schon so, wenn mir was nicht passt, dann sage ich das auch. Ich bin dabei, das zu lernen.

Interviewer: Konnten Sie das schon mal, also mehr ein wieder lernen, oder ist das etwas ganz Neues an Ihnen?

Patientin: Hmm, ja, weiß nicht so genau. Früher war ich auch mal ´ne ganz Freche. Auch schon mal zugehauen und so, oft große Fresse, aber auch meist besoffen dabei. Und dann wieder ganz das Gegenteil, kein Ton kam aus mir raus, so auf dem Amt oder mit dem Freund oder so, auch wenn es wichtig wäre. Nix. Einfach Klappe gehalten und andere reden lassen, auch wenn´s gegen mich war. Na so richtig konnte ich das noch nie, glaube ich, nicht richtig, jedenfalls. Aber wichtig ist das schon, das zu können. Sonst kommt man nicht voran. Und jetzt habe ich soviel vor. Bisschen dachte ich, das kommt von alleine ohne Metha, stimmt aber nicht.

Interviewer: Gibt es Dinge, die von alleine kommen?

Patientin: Ja, und ob. Einiges. Der Körper will wieder. Und ich friere (lacht). Und die Leute gucken einen irgendwie anders an, hier im Haus, meine ich, oder ich fühle das nur anders, jedenfalls ist das schon irgendwie anders geworden. Aber vielleicht ist das auch nur so, weil ich mir ja Mühe gebe. Ich gebe mir wirklich Mühe. Herr T. [Mitarbeiter] sieht das aber nicht so, der meint, ich zieh´ mich immer mit U. und den anderen auf mein Zimmer zurück. Aber da machen wir doch auch Therapie. So miteinander Reden. Ja, und ich brauch´ auch die Menschen um mich. Manchmal habe ich auch Heimweh. Nach der Ostsee oder den Drogen oder der Familie. Ich weiß nicht genau. Aber dann ist mir hier alles fremd und da brauch ich dann einfach Leute, mit denen ich auch mal dumm rumquatschen kann. Das sieht der nicht ein. Der meint, ich lenke mich damit nur ab, aber das stimmt nicht.

Interviewer: Bisschen Ablenkung ist doch auch nicht schlimm, oder?

Patientin: Ja, meine ich ja auch. Vor allem mit dem Entzug. So ein bisschen bammel hab´ ich da dann doch , auch wenn´s noch geht. Dann denke ich an Subutex[®] und so. Aber Rückfall will ich auch nicht, kommt für mich nicht in Frage. Aber schwer ist das doch. Und dann ist es gut mit U. oder D. ins Sportstudio zu gehen, wenn die dann sagen, komm Kati, komm doch mit, dann bin ich natürlich dabei. Und das macht mich ja auch gesünder. Und nicht nur für den Körper. Auch für den Geist. Sagt man doch so, oder, Gesunder Körper, gesunder Geist.

Interviewer: Was fällt Ihnen noch so ein zum Thema?

Patientin: Ach, nicht so viel. Ist doch eigentlich auch nichts besonderes. Andere haben auch entzogen. Ich mach es halt hier. Und ob Metha jetzt ´ne Droge ist oder nicht, also für mich ist sie eine, aber egal, jetzt ist das zu Ende und es ist ja nur so wenig das es nichts mit mir macht, nur für den Körper eben. Für den Kopf da fehlt es mir ja beinahe. Nicht immer. Aber nachts eben. Oder so. Ich muß jetzt schon vorsichtig sein, aber das bin ich auch. Deshalb ist es auch nicht richtig, wenn ich Weihnachten noch nicht zur Familie fahren kann. Hier begegnet einem

an jeder Ecke ein Dichter, ein Junkie, ein Dealer, bitteschön, was soll denn da in St. anders sein, schlimmer? Nur weil zwei Tage keiner aufpasst? Na, mal sehen.

Und mit Beruf, das ist ja auch noch offen. Ein Praktikum wäre gut. Aber Frau H. [Mitarbeiterin] will mich da unterstützen. Vorher gehe ich in´s Cafe´. Das kann ich und da bin ich auch unter Menschen.

Interviewer: Ihre Familie ist Ihnen sehr wichtig, kann da nicht mal jemand zu Besuch kommen?

Patientin: Meine Mutter lässt die nicht fahren, sind 14, aber sie lässt sie einfach nicht. Hat wohl Angst, dass ich nicht zuverlässig bin oder sie aufhetze oder was weiß ich. Aber da ist nichts zu machen, das kenne ich schon. Also muß ich kommen. Wenn ich die Kinder sehen will muß ich kommen. Sonst geht das nicht. Die sehen ja gar nicht, dass ich mich verändere und auch schon verändert habe. Raus aus dem Knast, nicht mehr breit, gepflegt, ja was denn noch alles?

Interviewer: Ja, andere sehen das oft nicht, wenn Sie´s es nicht wirklich deutlich machen.

Patientin: Ja, das will ich ja auch wirklich lernen hier. Auf jeden Fall. Das ist wichtig. So, und jetzt muß ich gleich zum Sport. Ich bin mit U. verabredet.

Interviewer: Ja, ich drücke Ihnen die Daumen, dass es weiter gut läuft. Vielen Dank erstmal für Ihre Bereitschaft.

Interview B 1

Interviewer: Ich bitte sie, dann auch noch laut und deutlich zu sprechen, wenn das geht.

Patient: Kein Problem. Was möchten sie wissen als Erstes?

Interviewer: Ja, mich würde interessieren ob sie gut angekommen sind?

Patient: Ich bin mittlerweile gut angekommen. Ich habe heute so einen Tag. Ich habe mich befreien lassen von der TG. Weil es mir heute nicht so gut geht. Ich habe Gliederschmerzen, Kopfschmerzen. Ich habe mich jetzt ein bisschen hingelegt und deswegen sehe ich etwas mitgenommen aus.

Interviewer: Ja das stimmt.

Patient: Ja, ich wollte jetzt nach dem Gespräch dann auch ´rüber zu Frau A. [Mitarbeiterin] und fragen wegen heute Nachmittag, dass ich noch von der Sportgruppe befreit werde. Weil ich ja einen Bandscheibenvorfall habe auch. Das wir da eine Lösung finden. Aber angekommen bin ich sehr gut hier schon. Ich bin angenehm überrascht über die Atmosphäre die hier ist. Habe mit meiner WG einen guten Treffer gemacht. Sage ich mal. Ja. Und mir gefällt es hier auch. Da ist zwar doch ganz schön viel zu machen. Also so an Aktivität. Aber es ist trotzdem das, was ich mir gesucht hatte. Auch gewünscht hatte zu finden. Ich bin damit auf jeden Fall zufrieden. Ich hatte sehr viel Angst gehabt vorher. Ich komme aus dem Krankenhaus, zwei Monate.

Interviewer: Zwei Monate?

Patient: Zwei Monate Krankenhaus wegen Depressionen noch. Die zwar auch mit dem Entzug auch zu tun hatten, die aber auch vorher schon da waren. Die sich halt durch den Entzug verstärkt haben. Und okay. Ich muss sagen, es wird von Tag zu Tag besser immer. Und mit den Leuten ist auch gut. Bei mir in der Gruppe im speziellen merke ich keine Repressalien oder auch die Abneigung. Im Gegenteil, manchmal bauen sie einen auch auf und sagen "Jetzt geht's noch" obwohl manche Angst vor Substis haben. Oder sagen einem auch, wie man wird und was noch so kommt und so. Der Herr T., glaube ich, der war ja auch substituiert und der ist ja zufrieden gewesen damit.

Interviewer: Das ist vielleicht auch ganz gut, dass da schon einer war, der das schon durchgemacht hat und ja auch auf 0 schon länger ist. Wo es auch kein Problem gegeben hat.

Patient: Meine Hoffnung ist das langsame runter dosieren. Ich habe jetzt wirklich genug probiert. Das ist jetzt mein dritter Therapieantrag. Das ist meine erste Therapie aber als solches. Und ich habe vorher die Therapiebedingungen nicht erfüllen können mit dem Clean sein und habe halt immer gehofft oder gesucht, nach einer Therapieform wie diese jetzt hier angeboten wird, mit dieser Substitution. Und war dann ganz erfreut, als ich dann irgendwann im Krankenhaus, erfahren habe auf dem Flyer, dass F42 das jetzt mittlerweile anbietet seit Anfang des Jahres. Ich hoffe mir, dass ich diese individuelle langsame Runterdosierung, das mein Körper nicht so eine Abwehrreaktionen zeigt wie bei dem schnellen Runterdosieren. Aber ich hatte auch mit 10 oder 12 ml. Polamidon, als ich über einen längeren Zeitraum schon substituiert war und das dann wenn man das auf Einer-Schritten runter geht, einen ml pro Tag, oder auch 0,5, ist das auch schon ein ganz schöner Schub. Und ich habe mit dem Reflexsyndrom ganz schlimm zu tun gehabt. Da kamen dann auch der Neurologe im Krankenhaus und dafür sind teilweise die Medikamente, die ich jetzt bekomme. Bekomme ich dreimal 50 mg. Das ja helfen soll, dass das ein bisschen gedämpft wird alles.

Interviewer: Und hilft es?

Patient: Ja, also ich finde ja. Es hilft. Ich merke wenn ich morgens wach werde um neun halb zehn. Da meldet sich der Rücken. Die Schmerzen im Rücken werden dann stärker und auch die Beine fangen schon an unruhig zu werden. Also ich kann nicht mehr schlafen, das geht nicht. Weil im Bett liegen, dann kribbelt das bis zum Hals, das geht nicht. Ich muss es dann immer anspannen, locker lassen und dann habe ich vielleicht mal eine halbe Minute, mit viel Glück, eine Verbesserung aber ansonsten, muss ich halt aufstehen dann. Und warte dann immer, mehr oder weniger, auf das Substitut dann immer. Am Wochenende geht's auch mit diesem Ärztedienst. Funktioniert auch, also zwischen neun und halb zehn kommt die und es ist okay. Bis mittags schlafen, das geht auch nicht. Aber ich brauch's auch nicht und darum stört mich das nicht. Das mit dem Schmerzen das ist das Einzige was jetzt stört, der Rücken speziell, wo ich sonst keine Schmerzen habe. Durch das Substitut aber.

Interviewer: Ja, Ja natürlich.

Patient: Wenn es nachlässt, dann merke ich den Bewegungsapparat doch ganz schön. Das vergesse ich halt immer, dass ich dann teilweise in irgendwelche Zwangshaltungen gehe die nicht gut sind. Theoretisch. Aber durch das Substitut merke ich das nicht. Ich merke nur wenn s nachlässt.

Interviewer: Dann ist es vielleicht auch nochmal eine Chance besser auf sich zu achten und da vielleicht ...

Patient: Anstrengend ist das Treppen steigen. Im Hinterhaus dann immer runter. Aber es wird von Tag zu Tag besser.

Interviewer: Warum wollen sie eigentlich runter dosieren?

Patient: Es wäre machbar. Ja, ich habe Paragraph 35 muss ich ehrlich dazu sagen, aber da ist bei mir das Verhältnis Therapie zur Haft gleich. Also ich habe sechs Monate Haft oder die 6 Monate Therapie. Ähm, das ist also die gleiche Zeit. Das ist also egal, so gesehen. Ich habe vorher ein clean Leben gehabt ohne Drogen und ohne Substitut. Und das ist der einzige Punkt wo ich sehr wieder rein möchte. Nicht immer dieses ständig zum Arzt gehen. Verreisen ist nur bedingt möglich, weil man ja die Mittel, also nur bedingt mitbekommt. Man muss sich dann im Urlaubsland über schwierige Wege ein Substitut besorgen, was man mit nimmt und zu vieles wird weggenommen und man muss aufpassen dass man nicht gegen BTM Gesetz verstößt. Und einfach mal wieder ohne all diese Sachen, ja ein cleanes Leben haben. Das, was ich vorher hatte und die Freude am Leben teilweise wieder finden. Und ich habe noch eine kleine Familie, mein Bruder, meine Mutter. Der Bruder ist verstorben, leider, beim Motorradunfall und wenn ich drauf bin und die Mutter ist 1947 geboren. Die ist jetzt auch 63, 64. Wenn sie irgendwann sterben würde, im Zustand wo ich Heroin nehmen würde oder nehme, weiß ich nicht wie ich damit umgehen könnte.

Interviewer: Ihre Mutter habe ich kennen gelernt, ganz kurz. Sie hatte gestern, glaube ich...

Patient: Vorgestern...

Interviewer: Vorgestern eine große Tüte mit Süßigkeiten und Tabak gebracht und ja, sie auch ganz nett grüßen lassen.

Patient: Ja, die ist bemüht, die freut sich dass ich es mache. Ja natürlich, welche Mutter freut sich nicht. Wir haben natürlich auch Probleme miteinander, seit diesem Unfalltod, haben wir ein sehr enges Verhältnis und Kontaktsperre ist ein Thema. Aber es ist okay, es geht.

Interviewer: Ja, jetzt ist es auch schon eine Woche, das Sie hier sind, schon über eine Woche.

Patient: Es ist bald zu Ende.

Interviewer: Nächste Woche können sie sie ja dann auch einladen.

Patient: Genau. Und dann kann sie sich das mal angucken. Und natürlich ist es wichtig dass sie sich gefreut hat, das ich das hier mache. Auch der Krankenhausaufenthalt war für sie ja auch eine Probe, diese zwei Monate. Und das war mal wichtig, für mich sowieso, körperlich weil ich werde auch nicht jünger. Ich merk es ja. Und ich möchte eh nicht immer irgendwohin rennen und möchte noch eine schöne Zeit mit meiner Mutter verbringen. Wir sind nun mal leider nur eine kleine Familie. Der Rest der Familie hat sich von uns abgenabelt. Bruder mütterlicherseits von meiner Mutter. Und das hat alles zusammengeschweißt, wir werden zusammen in Urlaub fahren und was wirklich noch so im weiten ist, evtl. mal auswandern vielleicht. In diese Richtung. Aber meine Mutter ist Rentnerin, und ja. Und ich denke wenn ich clean bin und sauber und alles, dann kann ich meinen alten Status was arbeiten anbetrifft halten. Ich bin sehr talentiert, alles was mit Handwerk zu tun hat. Also hätte auch nicht das

Problem, irgendwo anders eine Arbeit zu bekommen. Das sind Ziele und Pläne für mich. Wenn ich wieder clean bin, wird einfach alles besser.

Interviewer: Gut, die können sie natürlich praktisch nur verwirklichen, wenn sie nicht mehr substituiert sind.

Patient: Ja, wenn ich nicht mehr substituiert bin. Genau.

Interviewer: Als Substituierter auszuwandern in ein anderes Land, ich weiß gar nicht ob es überhaupt möglich ist, aber ich habe noch nie gehört, dass es jemand gemacht hat.

Patient: Ich denke nicht, dass das funktionieren würde, weil das ist ja...die wollen ja nicht noch einen Drogenabhängigen haben.

Interviewer: Klar, richtig um sich anzusiedeln, wäre sicher ein Hinderungsgrund und rein sozialversicherungsmäßig auch nicht einfach, da müsste man ja auch eine Krankenkasse haben, ob das in dem anderen Land dann überhaupt Substitution gibt. Es gibt es ja auch nicht in allen Ländern Substitution. Dann wären die sie sicher auch nicht erfreut, jetzt auf einmal einen Deutschen zu haben, der sagt "Hier nehmen sie mich mal auf und bezahlen sie mir meine Substitution". Also.

Patient: Hmmm... Ne, das ist eins, was ganz, ganz hinten steht, aber wo ich mich trotzdem mit meiner Mutter schon unterhalten habe und die selber so auch ihre kleinen eigenen Pläne hat. Die kriegt eine sehr gute Rente und wir beide zusammen haben eigentlich ein gutes Leben in dem Sinne. Also es heißt, ich gut mit meinem Hartz IV. Ich kann zwar nicht so viel rein steuern, ja, aber das was ich bekomme, bekommt sie von mir immer. Ich habe soviel Schulden bei ihr. Ja, also das funktioniert. Das funktioniert. Wir kommen miteinander gut klar und sie sorgt für mich und ich Sorge für meine Verhältnissen für sie.

Interviewer: Haben sie eigentlich schon mal ab dosiert? Um darauf noch einmal zurückzukommen. Oder ist das so ihr erster Entzug?

Patient: Nein. Ich habe das schon öfter, das ist mein vierter Krankenhausaufenthalt von zwei Monaten. Beim ersten mal war ich eingestellt mit offiziellen vier ml, was aber nicht gereicht hat und dann wurde ich hoch dosiert auf zwölf ml und dann erstmal entlassen und einen Monat später wieder rein. Dann war diese Therapie. Die erste war für Haus Lenné angedacht. Und dann haben wir von zwölf ml runter, jeden Tag einen oder alle zwei Tage, einen runter gehen. Eine 0,5 Regelung gab es da noch nicht. Dann sind wir runter gegangen bis auf drei und normalerweise Null und dann, ja, Schluß. Aber es ging bei mir nicht mehr, die haben gemerkt das diese 24 oder 36 Stunden, das hätte ich nicht durchgehalten, und haben dann bei drei gesagt: okay wir fangen mit Subutex® an, sind hochgegangen bis auf 18 mg. Ja, und dann zwei Tage stabil und dann in zweier Schritten runter gegangen. Und da war in der ersten Null-Nacht von Zwei auf Null, habe ich morgens um fünf Uhr den AVD rufen lassen, der mir dann nochmal zwei ml oder mg nachgegeben hat. Weil das mit, das mit den Entzugserscheinungen, ja da bin ich da nach sechs Wochen aus dem Krankenhaus raus, weil es ging nicht mehr. Zu viele Sachen, die im Krankenhaus vorgefallen sind, wo ich nicht mehr drauf klar kam. Und habe auch mit Haus Lenné dann nicht angetreten, erst noch den den Kontakt gehalten, noch ein Brief geschrieben und das war es. Das ich zur Zeit nicht zur Therapie kommen kann, also so in dem Sinn. Das war ein sechs Monate Antrag, also so lange war die gültig, die Kostenübernahme. Aber ich habe es auch in den weiteren sechs Monaten dann nicht geschafft. Bin gespannt, was meinen sie, wie das hier ist, wenn das Substitut ganz weg ist?

Bisschen Angst ist da. Mein Arzt draußen hat mich dann nicht auf vier mg Subutex® behalten, sondern hat mich umgestellt auf vier ml Polamidon wieder. Sagte, ich solle jetzt erstmal das nehmen und mich bewähren, in einer vierzehntägigen Zeit. Ich habe mit ihm einen riesigen Streit gehabt weil ich ja mühsam, ich bin ja von Polamidon runter und er setzt mich wieder rauf obwohl ich auf Subutex® war und das erste was ich gemacht habe nach dem Arztbesuch war natürlich zu meinem Dealer zu fahren. Weil, ich war so gefrustet und das war dann, so gesagt der Absturz. Ich bin immer zum Arzt gefahren und habe mir auch die vier ml abgeholt, aber er hat mich zu schnell wieder hoch dosiert, dass das keinen Sinn macht. Und dann bin ich wieder ins Krankenhaus rein, auch auf zwölf. Weil er mich dann mit zwölf wieder einstellt und da bin ich dann auf eigenen Wunsch zwei runter gegangen. Nach drei Wochen entlassen worden und dann war ein Antrag für Briese. Das habe ich natürlich wieder nicht geschafft, so weit ´runter zu kommen. Habe, wie gesagt den Termin verstreichen lassen. Konnte das halt nicht wahrnehmen und dann bin ich zum Drogenberater und dann wieder ins Krankenhaus, weil das zu extrem wurde, mit dem, was ich genommen habe. Und dann habe ich gesagt, bevor das wieder so schlimm wird, gehe ich lieber ins Krankenhaus. Und da habe ich dann davon erfahren, dass die Reha F42, die Substitutionstherapie anbietet. Das war im August, 27. August.

Interviewer: So genau wissen sie das?

Patient: Ja, das weiß ich noch genau. Und dann haben wir im Krankenhaus hin daraufhin zu gearbeitet. Den Arztbericht hatte ich schon, den ich dafür brauchte, den Sozialbericht von meiner Drogenberatung, den gab es auch schon. Der musste nur ein bisschen verfeinert werden, für den Rententräger. Und dann war es eigentlich nach einem Monat schon soweit, genau, der Antrag war fertig. Den habe ich selbst abgegeben beim Rententräger, sicher ist sicher, und dann hat es noch 14 Tage gedauert und dann war er mehr oder weniger durch und dann noch insgesamt 14 Tage. Die Zeit, die ich mir selber so gesetzt habe. Ich war hier gewesen einmal zum Vorabbesuch bei Frau Dr. A. [Mitarbeiterin]. Habe mir ein paar Sachen erklären lassen und ja, seitdem war ich wieder hier.

Interviewer: Lange Geschichte.

Patient: Lange Geschichte.

Interviewer: Jetzt sind sie schon eine Woche hier. Über eine Woche. Jetzt bin ich mal gespannt, wie es weiter wird.

Patient: Ja ich hoffe doch ganz gut.

Interviewer: Sie sind guter Dinge?

Patient: Ich bin guter Dinge. Auf jeden Fall. Ja. Also ich habe keinen Suchtdruck im Moment. Das Thema stellt sich bei mir gar nicht. Ich kann auch darüber reden. Auch über Vergangenheit. Das ist nicht das Problem. Eher ärgern mich dann Kleinigkeiten die so zwischenmenschlich sind. Aber das ist im Krankenhaus hart erprobt.

Interviewer: Aber das ist normal. Hier haben sie zum Glück ein bisschen größere Rückzugsmöglichkeiten und weil sie auch länger da sind und das Zimmer auch ein bisschen größer ist. Und sie kennen die Leute ganz gut und sie erlangen dann auch mehr Freiheiten.

Patient: Das Zimmer, das ist für mich sogar mehr oder weniger nebensächlich. Im Gefängnis waren es 8 qm und die haben mir auch gereicht. Ich habe hier auch das kleine Zimmer zum Hof raus, was eigentlich ehemals Küche ist. Das ist okay. Kleines Heim. Also ich habe es mir eingerichtet.

Interviewer: Das ist ja gut. Schön.

Patient: Und das ist schön ruhig. So nach hinten raus.

Interviewer: Da haben sie ja auch dann ihren Rückzugsort.

Patient: Ja, dann ist das mein Rückzugsort. Ich habe überlegt. Ich war ja im Doppelzimmer als erstes. Ich habe überlegt, weil es so schön groß ist, ob ich dann bleibe. Dann kam noch ein Mitpatient, den ich aus dem Krankenhaus auch kannte und entweder wäre er in das kleine Zimmer gegangen und ich wäre geblieben im großen. Habe da aber die Gefahr in Zukunft, dass immer jemand dazu kommt. Da habe ich gesagt "nein", da habe ich das kleine Zimmer auf mich wirken lassen und habe gesagt "okay".

Interviewer: Es kann immer sein dass eine Neuaufnahme kommt. Dann weiß man natürlich nie, wer kommt, wie der drauf ist, ob man sich da versteht einigermaßen.

Patient: Das hat ich im Krankenhaus gehabt und das hat mir gereicht. Also ich habe auch Glück gehabt. Erst das Pech mit einem Viermannzimmer. Und dann wurde im Zweibettzimmer was frei und dann konnte ich umziehen und die letzte Woche, anderthalb Wochen, lagen wir dort aber auch zu dritt drinne. Deswegen ne, ne, ne. Da bin ich ganz froh so wie es jetzt ist. Das ist okay.

Interviewer: Gut, dann würde ich sagen für das erste mal reicht es erstmal. So einen Eindruck, so ein Stimmungsbild. Schön. Danke sehr.

Patient: Kein Problem.

12. Statistische Auswertung der anamnestischer Daten und Messungen mit dem Mini-ICF-APP

Statistische Auswertungen / Datenanalysen zu Kapitel 11

- Deskriptiv für die ganze Stichprobe

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Gruppe	81	1	3	2,20	,579
Alter bei Aufnahme	81	21,00	55,00	36,1975	8,43270
Berufserfahrung	81	,00	26,00	6,4938	5,43398
Hafterfahrung	81	,00	17,00	4,9630	4,08486
Entlassungsform	81	1	5	2,32	1,181
Abhängigkeitsdauer	81	2,00	36,00	15,1358	8,12981
WeitereDiagnosen	81	1	4	2,40	1,438
ICF_Aufnahme	81	3,00	28,00	15,7284	4,38752
ICF_Entlassung	81	3,00	25,00	11,9753	5,01492
ER	81	1	2	1,33	,474
Valid N (listwise)	81				

Deskriptiv für die Substituierten:

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation
Alter bei Aufnahme	7	30,00	52,00	280,00	40,0000	8,30662
Berufserfahrung	7	4,00	15,00	62,00	8,8571	3,57904
Hafterfahrung	7	1,00	17,00	34,00	4,8571	5,52052
Entlassungsform	7	1	5	16	2,29	1,496
Abhängigkeitsdauer	7	10,00	35,00	136,00	19,4286	10,09715
WeitereDiagnosen	7	1	4	17	2,43	1,272
ICF_Aufnahme	7	14,00	20,00	119,00	17,0000	2,38048
ICF_Entlassung	7	7,00	20,00	91,00	13,0000	4,16333
ER	7	1	2	9	1,29	,488
Valid N (listwise)	7					

Deskriptiv für Opiat-Abhängige:

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation
Alter bei Aufnahme	51	21,00	55,00	1843,00	36,1373	8,75447
Berufserfahrung	51	1,00	26,00	326,00	6,3922	5,27666
Hafterfahrung	51	,00	17,00	232,00	4,5490	3,92078
Entlassungsform	51	1	5	131	2,57	1,153
Abhängigkeitsdauer	51	3,00	36,00	761,00	14,9216	8,34947
WeitereDiagnosen	51	1	4	112	2,20	1,414
ICF_Aufnahme	51	8,00	27,00	770,00	15,0980	4,24384
ICF_Entlassung	51	3,00	25,00	619,00	12,1373	4,93566
ER	51	1	2	68	1,33	,476
Valid N (listwise)	51					

Deskriptiv für Nicht-Opiat-Abhängige:

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation
Alter bei Aufnahme	23	21,00	54,00	809,00	35,1739	7,73805
Berufserfahrung	23	,00	21,00	138,00	6,0000	6,20850
Hafterfahrung	23	1,00	15,00	136,00	5,9130	4,01036
Entlassungsform	23	1	4	41	1,78	,998
Abhängigkeitsdauer	23	2,00	33,00	329,00	14,3043	6,88500
WeitereDiagnosen	23	1	4	65	2,83	1,497
ICF_Aufnahme	23	3,00	28,00	385,00	16,7391	5,00198
ICF_Entlassung	23	4,00	21,00	260,00	11,3043	5,52214
ER	23	1	2	31	1,35	,487
Valid N (listwise)	23					

- Vergleich zwischen dem ICF-Aufnahme und ICF-Entlassung für alle Gruppen

Descriptive Statistics				
	Gruppe	Mean	Std. Deviation	N
ICF_Aufnahme	substituiert	17,0000	2,38048	7
	opiat	15,0980	4,24384	51
	nicht-opait	16,7391	5,00198	23
	Total	15,7284	4,38752	81
ICF_Entlassung	substituiert	13,0000	4,16333	7
	opiat	12,1373	4,93566	51
	nicht-opait	11,3043	5,52214	23
	Total	11,9753	5,01492	81

Multivariate Tests^b

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
ICF	Pillai's Trace	,352	42,429 ^a	1,000	78,000	,000	,352
	Wilks' Lambda	,648	42,429 ^a	1,000	78,000	,000	,352
	Hotelling's Trace	,544	42,429 ^a	1,000	78,000	,000	,352
	Roy's Largest Root	,544	42,429 ^a	1,000	78,000	,000	,352
ICF * Gruppe	Pillai's Trace	,066	2,772 ^a	2,000	78,000	,069	,066
	Wilks' Lambda	,934	2,772 ^a	2,000	78,000	,069	,066
	Hotelling's Trace	,071	2,772 ^a	2,000	78,000	,069	,066
	Roy's Largest Root	,071	2,772 ^a	2,000	78,000	,069	,066

a. Exact statistic

b. Design: Intercept + Gruppe
Within Subjects Design: ICF

- Eine signifikante Abnahme in allen Gruppen: Haupteffekt des Faktors ICF (Vergleich zwischen ICF-Aufnahme und ICF-Entlassung): $F(1,78) = 42.429$, $p < .001$.
- Kein signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Gruppen: Interaktion der Faktoren Gruppe und ICF nicht signifikant: $F(2,78) = 2.772$, $p > .05$.

Vergleich zwischen der substituierten und nicht-substituierten Gruppe in Bezug auf ICF-Aufnahme und ICF-Entlassung (kein Vergleich für ICFs zwischen dem ersten und zweiten Zeitpunkt)

Group Statistics

Gruppe_1		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ICF_Aufnahme	Substituiert	7	17,0000	2,38048	,89974
	Nicht-Substituiert	74	15,6081	4,52336	,52583
ICF_Entlassung	Substituiert	7	13,0000	4,16333	1,57359
	Nicht-Substituiert	74	11,8784	5,10158	,59305

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
ICF_Aufnahme	Equal variances assumed	2,008	,160	,800	79	,426	1,39189	1,73890	-2,06930	4,85308
	Equal variances not assumed			1,336	10,696	,209	1,39189	1,04212	-,90978	3,69357
ICF_Entlassung	Equal variances assumed	,904	,345	,563	79	,575	1,12162	1,99160	-2,84256	5,08581
	Equal variances not assumed			,667	7,813	,524	1,12162	1,68163	-2,77249	5,01574

- Keine signifikanten Unterschiede zwischen der substituierten und nicht-substituierten Gruppe:
 - ICF_Aufnahme: $t(79)=0.800$, $p>.05$.
 - ICF_Entlassung: $t(79)=0.563$, $p>.05$.
- Vergleich zwischen der opiat-abhängigen und nicht-opiatabhängigen Gruppe in Bezug auf ICF-Aufnahme und ICF-Entlassung (kein Vergleich für ICFs zwischen dem ersten und zweiten Zeitpunkt)

Group Statistics

Gruppe		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ICF_Aufnahme	opiat	51	15,0980	4,24384	,59426
	nicht-opait	23	16,7391	5,00198	1,04298
ICF_Entlassung	opiat	51	12,1373	4,93566	,69113
	nicht-opait	23	11,3043	5,52214	1,15145

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
ICF_Aufnahme	Equal variances assumed	,085	,771	-1,455	72	,150	-1,64109	1,12752	-3,88877	,60659
	Equal variances not assumed			-1,367	36,892	,180	-1,64109	1,20040	-4,07357	,79139
ICF_Entlassung	Equal variances assumed	1,084	,301	,647	72	,519	,83291	1,28649	-1,73166	3,39748
	Equal variances not assumed			,620	38,508	,539	,83291	1,34294	-1,88456	3,55037

- Keine signifikanten Unterschiede zwischen der substituierten und nicht-substituierten Gruppe:
 - ICF_Aufnahme: $t(72)=-1,455$, $p>.05$.
 - ICF_Entlassung: $t(72)=0.647$, $p>.05$.
- Vergleich zwischen dem ICF-Aufnahme und ICF-Entlassung für alle Gruppen unter der Berücksichtigung der Haftdauer, Entlassungsform, Therapiedauer, weiteren Diagnosen als Kovariaten.

Multivariate Tests^b

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
ICF	Pillai's Trace	,121	10,182 ^a	1,000	74,000	,002	,121
	Wilks' Lambda	,879	10,182 ^a	1,000	74,000	,002	,121
	Hotelling's Trace	,138	10,182 ^a	1,000	74,000	,002	,121
	Roy's Largest Root	,138	10,182 ^a	1,000	74,000	,002	,121
ICF * Haft	Pillai's Trace	,076	6,070 ^a	1,000	74,000	,016	,076
	Wilks' Lambda	,924	6,070 ^a	1,000	74,000	,016	,076
	Hotelling's Trace	,082	6,070 ^a	1,000	74,000	,016	,076
	Roy's Largest Root	,082	6,070 ^a	1,000	74,000	,016	,076
ICF * Entlassung	Pillai's Trace	,109	9,033 ^a	1,000	74,000	,004	,109
	Wilks' Lambda	,891	9,033 ^a	1,000	74,000	,004	,109
	Hotelling's Trace	,122	9,033 ^a	1,000	74,000	,004	,109
	Roy's Largest Root	,122	9,033 ^a	1,000	74,000	,004	,109
ICF * Dauer	Pillai's Trace	,001	,097 ^a	1,000	74,000	,756	,001
	Wilks' Lambda	,999	,097 ^a	1,000	74,000	,756	,001
	Hotelling's Trace	,001	,097 ^a	1,000	74,000	,756	,001
	Roy's Largest Root	,001	,097 ^a	1,000	74,000	,756	,001
ICF * WeitereDiagnosen	Pillai's Trace	,000	,022 ^a	1,000	74,000	,882	,000
	Wilks' Lambda	1,000	,022 ^a	1,000	74,000	,882	,000
	Hotelling's Trace	,000	,022 ^a	1,000	74,000	,882	,000
	Roy's Largest Root	,000	,022 ^a	1,000	74,000	,882	,000
ICF * Gruppe	Pillai's Trace	,015	,560 ^a	2,000	74,000	,573	,015
	Wilks' Lambda	,985	,560 ^a	2,000	74,000	,573	,015
	Hotelling's Trace	,015	,560 ^a	2,000	74,000	,573	,015
	Roy's Largest Root	,015	,560 ^a	2,000	74,000	,573	,015

a. Exact statistic

b. Design: Intercept + Haft + Entlassung + Dauer + WeitereDiagnosen + Gruppe
Within Subjects Design: ICF

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1
Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	1807,671	1	1807,671	51,601	,000	,411
Haft	2,275	1	2,275	,065	,800	,001
Entlassung	169,078	1	169,078	4,826	,031	,061
Dauer	3,628	1	3,628	,104	,748	,001
Weitere Diagnosen	24,463	1	24,463	,698	,406	,009
Gruppe	67,718	2	33,859	,967	,385	,025
Error	2592,322	74	35,031			

- Die Entlassungsform erwies sich als eine signifikante Kovariate: $F(1,74) = 4.826, p < .05$.
- Die übrigen Kovariaten leisten keinen signifikanten Beitrag zur Varianzerklärung.

Vergleich zwischen dem ICF-Aufnahme und ICF-Entlassung für alle Entlassungsformen (Entlassungsform als ein Zwischen-Subjekt-Faktor):

Descriptive Statistics

Entlassungsform		Mean	Std. Deviation	N
ICF_Aufnahme	Regulär	15,0357	3,79553	28
	Abbruch	18,2500	3,39608	16
	Lfd	14,2273	4,33075	22
	Diss	16,3077	5,79345	13
	Verl	18,0000	1,41421	2
	Total	15,7284	4,38752	81
ICF_Entlassung	Regulär	8,4643	3,67657	28
	Abbruch	16,7500	4,35890	16
	Lfd	11,1364	3,93150	22
	Diss	14,9231	4,03033	13
	Verl	13,0000	1,41421	2
	Total	11,9753	5,01492	81

Multivariate Tests^b

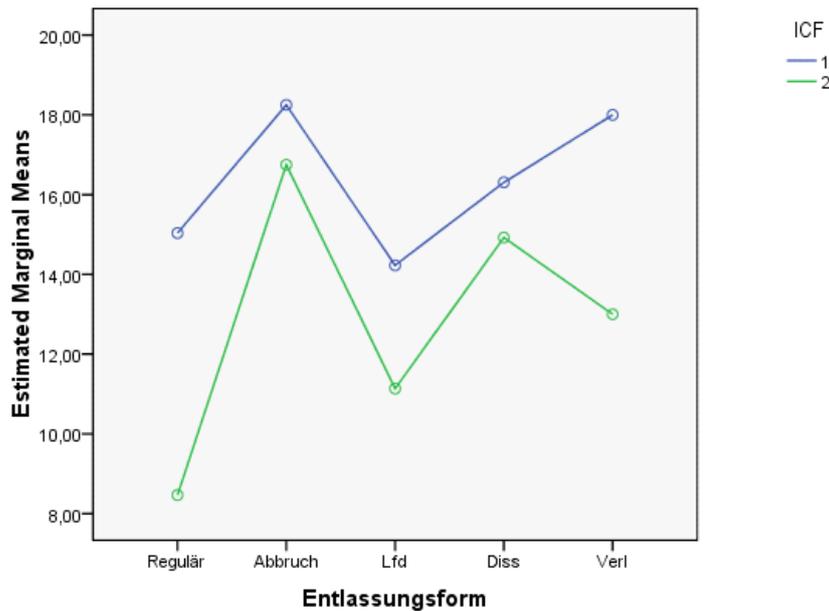
Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
ICF	Pillai's Trace	,284	30,075 ^a	1,000	76,000	,000	,284
	Wilks' Lambda	,716	30,075 ^a	1,000	76,000	,000	,284
	Hotelling's Trace	,396	30,075 ^a	1,000	76,000	,000	,284
	Roy's Largest Root	,396	30,075 ^a	1,000	76,000	,000	,284
ICF * Entlassung	Pillai's Trace	,265	6,851 ^a	4,000	76,000	,000	,265
	Wilks' Lambda	,735	6,851 ^a	4,000	76,000	,000	,265
	Hotelling's Trace	,361	6,851 ^a	4,000	76,000	,000	,265
	Roy's Largest Root	,361	6,851 ^a	4,000	76,000	,000	,265

a. Exact statistic

b. Design: Intercept + Entlassung
Within Subjects Design: ICF

- Eine signifikante Interaktion der Faktoren ICF und Entlassungsform: $F(1,76) = 6.851, p < .001$.

Estimated Marginal Means of MEASURE_1



- Vergleich zwischen dem ICF-Aufnahme und ICF-Entlassung für die substituierte Gruppe.

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 ICF_Aufnahme	17,0000	7	2,38048	,89974
ICF_Entlassung	13,0000	7	4,16333	1,57359

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 ICF_Aufnahme & ICF_Entlassung	7	,320	,485

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 ICF_Aufnahme - ICF_Entlassung	4,00000	4,08248	1,54303	,22433	7,77567	2,592	6	,041

- Ein signifikanter Unterschied zwischen dem ICF-Aufnahme und ICF-Entlassung: $t(6) = 2.592$, $p < .05$.
- Eine signifikante Abnahme von Aufnahme zur Entlassung.

- Vergleich zwischen dem ICF-Aufnahme und ICF-Entlassung für die nicht-substituierte Gruppe (Ohne Unterscheidung Opiat)

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 ICF_Aufnahme	15,6081	74	4,52336	,52583
ICF_Entlassung	11,8784	74	5,10158	,59305

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 ICF_Aufnahme & ICF_Entlassung	74	,601	,000

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	ICF_Aufnahme - ICF_Entlassung	3,72973	4,32988	,50334	2,72658	4,73288	7,410	73	,000

- Ein signifikanter Unterschied zwischen dem ICF-Aufnahme und ICF-Entlassung: $t(73)=7.410$, $p<.001$.
- Eine signifikante Abnahme von Aufnahme zur Entlassung.

- Vergleich zwischen dem ICF-Aufnahme und ICF-Entlassung für Opiat-Abhängige

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 ICF_Aufnahme	15,0980	51	4,24384	,59426
ICF_Entlassung	12,1373	51	4,93566	,69113

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 ICF_Aufnahme & ICF_Entlassung	51	,631	,000

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	ICF_Aufnahme - ICF_Entlassung	2,96078	3,98979	,55868	1,83864	4,08293	5,300	50	,000

- Ein signifikanter Unterschied: $t(50)=5.300$, $p<.001$.
- Eine signifikante Abnahme von Aufnahme zur Entlassung.

- Vergleich zwischen dem ICF-Aufnahme und ICF-Entlassung für Nicht-Opiat-Abhängige

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 ICF_Aufnahme	16,7391	23	5,00198	1,04298
ICF_Entlassung	11,3043	23	5,52214	1,15145

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 ICF_Aufnahme & ICF_Entlassung	23	,614	,002

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	ICF_Aufnahme - ICF_Entlassung	5,43478	4,64979	,96955	3,42406	7,44550	5,605	22	,000

- Ein signifikanter Unterschied: $t=(22)=5.605$, $p<.001$.
- Eine signifikante Abnahme von Aufnahme zur Entlassung.
- Größte Abnahme für Nicht-Opiat-Abhängige, kleinste für Opiat-Abhängige.