

4 Grundgedanken zum Cannabiskonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen

1. Cannabiskonsum und Komorbidität bei Jugendlichen und jungen Erwachsener

„Die Drogenaffinitätsstudie zeigt für das Jahr 2019, dass etwa jeder zehnte 12- bis 17-jährige Jugendliche (10,6 %) schon einmal eine illegale Droge konsumiert hat (Lebenszeitprävalenz). Von den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren hat fast die Hälfte (47,2 %) schon einmal eine illegale Droge konsumiert. Der Konsum illegaler Drogen wird von Cannabis dominiert“ (BZgA, 2020).

9,3% der 12- bis 17-jährigen Jugendliche Cannabis konsumiert. 7,6% lag der letzte Konsum nicht länger als zwölf Monate zurück, 3,5 % hatten in den letzten 30 Tagen und 1,6% haben regelmäßig Cannabiskonsum konsumiert.

Bei den 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen zeigte sich eine Lebenszeitprävalenz von 50,8 %, 25,0% hat in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert, 12,0% hatte in den letzten 30 Tagen und 8,6% regelmäßig Cannabis konsumiert.

Bei den 12- bis 17-jähriger Jugendlicher hat sich im Vergleich zu 2011 geringfügig und bei den 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen deutlich erhöhte (vgl. BZgA, 2022).

Ein klinisch relevanter Cannabiskonsum ist bei 1,4% männlichen und 1,0% weiblichen Jugendlichen/jungen Erwachsenen gegeben und das Abhängigkeitspotenzial ist besonders hoch (vgl. Hoch et al., 2019). „Abhängig [...] Dosis, Frequenz [...] und individueller Disposition [...] können [...] unerwünschte akute Wirkungen einsetzen (z.B. Panikattacken, psychische Symptome, Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Koordinationsstörungen“ (Hoch et al., 2015). Ein Zusammenhang mit depressiven Störungen, Suizidalität, biporalen Störungen, Angsterkrankungen und zusätzlich noch den Missbrauch Alkohol und anderen illegalen Drogen ist wissenschaftlich belegt (Hoch et al., 2019).

Batalla et al., 2013, Battistella et al., 2014, Hoch et al., 2015 & 2019 und Jacobus, Tappert, 2014 haben ein „erhebliches Gesundheitsrisiko“ und „ungünstige Einflüsse“ bei intensiven Cannabiskonsum nachgewiesen:

- Erhöhtes Risiko der Beeinträchtigung der Gehirnfunktion mit einer verringerten kognitiven Leistungsfähigkeit und Aufmerksamkeitseinbußen
- Einfluss auf Schulbildung: Ein Zusammenhang bei frühem Konsum (≥ 15 . Lebensjahr) besteht ein erhöhtes Risiko eines frühzeitigen Schulabbruchs bzw. verminderten Bildungsniveaus.
- Affektive Störungen, Suizidalität, Angststörungen: 50 und 90% besteht eine lebensgeschichtliche Diagnose einer weiteren psychischen Störung.

- Psychosen: Früher, regelmäßiger, langandauernder und hochdosierter Konsum in Kombination mit anderen Stressoren wie zum Beispiel Gewalt- und Missbrauchserfahrungen in der Kindheit oder Psychosen in der Ursprungsfamilie, besteht ein erhöhtes Risiko für psychotische Störungen.
- Erhöhtes Erkrankungsrisiko für Schizophrenie, Depressionen, Angststörungen und erhöhtes Risiko für PTBS und Suizidalität.

„Jugendliche, die bereits vor dem 15. Lebensjahr regelmäßig Cannabis konsumieren, entwickeln signifikant häufiger Psychosen, Konzentrationsstörungen, Ängste, sozialen Rückzug, Lernschwierigkeiten, sowie Depressionen und weisen in diesem Zusammenhang stark veränderte Hirnstruktur im Gegensatz zu Nichtkonsumenten auf“ (vgl. *Batalla et al., 2013, Jacobus, Tappert, 2014*).

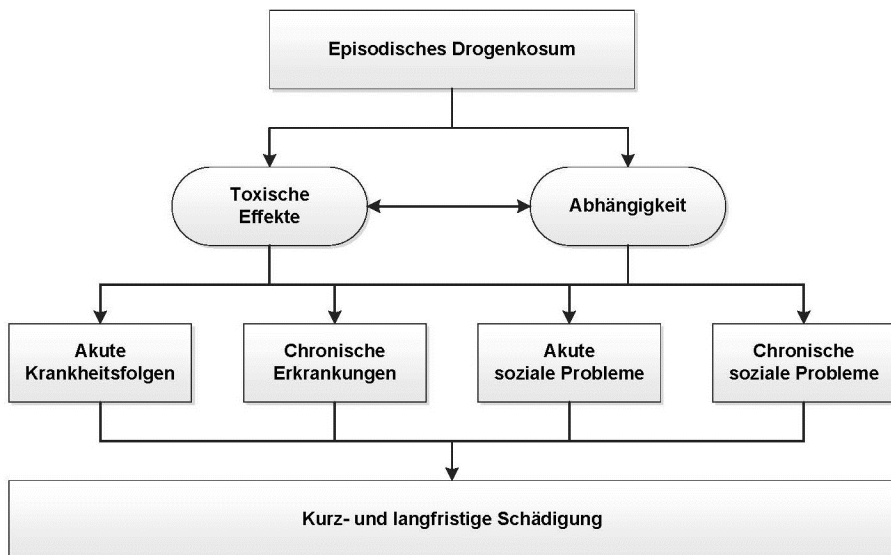


Abbildung: Drogenkonsum und langfristige Folgen (Schay, 2024)

1.1 Integrative Arbeit mit jugendlichen suchtmittelkonsumierenden Menschen

Der frühe Konsum von Suchtmitteln unterstützt die Verfestigung dissozialer Verhaltensweisen, wobei der Konsum von Alkohol in besonders enger Beziehung zu dissozialem Verhalten (bspw. Gewalt) steht (vgl. *Landtag NRW, 2010*). Auch beeinträchtigt hoher Alkoholkonsum bei Jugendlichen „kognitive Leistungen, wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Impulskontrolle, Handlungsplanung und abstraktes Denken [und] je früher [sie] mit dem Konsum von Alkohol beginnen, desto größer das Risiko“ (*BZgA, 2011*). Eine nicht altersgerechte psycho-soziale bzw. Suchtentwicklung wird bei massiven psychischen und/oder sozialen Belastungen (z.B. mangelnde Fürsorge, familiäre Belastung, geringes Schadensvermeidungsverhalten,

traumatische Erfahrungen, psychische Erkrankungen, Sucht) wahrscheinlich (vgl. *FDR*, 2011).

Um die „psychosozialen Probleme und Problemverhaltensweisen [der Kinder und Jugendlichen] in ihrer Ausprägung und ihrem Schweregrad mildern“ oder aufheben zu können (*Landtag NRW*, 2010), sind konzeptionelle und strukturelle „Weitungen“ i.S. nachhaltiger Hilfe und Förderung notwendig, um die Persönlichkeitsentwicklung junger Menschen unterstützen zu können.

Die Ergebnisse einer Metaanalyse über Jugendliche mit Suchtmisbrauch (N = 5.606; < 15-25 J.) zeigt, dass „das Risiko, an einer zusätzlichen psychischen Störung zu leiden, bei den < 15jährigen um das 5fache erhöht war, bei den 15-17jährigen um das 6-fache und bei den 18-25jährigen um das 8fache, verglichen mit Jugendlichen ohne Substanzmissbrauch. Der Anteil der < 15jährigen mit zusätzlicher seelischer Störung lag bei 90%. Externalisierende seelische Störungen (ADHS, dissoziales Verhalten, mit hohem Jungenanteil) wurden am häufigsten (81%) bei den < 15jährigen nachgewiesen (80% bei den 15-17, 67% bei den 18-25jährigen), internalisierende Störungen (Depressionen, Angst- und posttraumatische Störungen, mit hohem Mädchenanteil) am häufigsten (77%) bei den 18-25jährigen (69% bei den 15-25jährigen). Der überwiegende Teil dieser Jugendlichen hatte den Substanzkonsum im Alter von 10-14 Jahren begonnen“ (*FDR*, 2011).

Bei Kindern und Jugendlichen, die durch individuelle, familiäre und/oder soziale Risikofaktoren belastet sind, führt der Versuch, persönliche Belastungssituationen durch gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie Konsum von den Suchtmitteln bewältigen zu wollen, häufig zu psychischen und somatischen Erkrankungen, „Schwierigkeiten in der Aufnahme tragfähiger sozialer Beziehungen und der Entwicklung einer beruflichen Perspektive führen, da bereits das Scheitern in der Schule das Erlangen der entsprechenden Voraussetzungen erschwert“ (*Amann*, 2009).

D.h.: Ein *schlechter sozioökonomischer* Status ist die bedeutendste Ursache für seelische und psychosomatische Störungen und Krankheiten. Negative Auswirkungen (bspw. familiäre Konflikte, abnehmende schulische Leistungsfähigkeit/Teilhabe am sozialen Leben) werden oft nicht reflektiert und führen nicht zu Verhaltensänderungen; die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe wird als Aufwertung empfunden.

Die konzeptionellen Akzentuierungen müssen also an den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen anknüpfen und zum Verarbeitungsraum für die dort gemachten Erfahrungen werden sowie angemessene Bedingungen für gelingende Sozialisations- und Entwicklungsprozesse schaffen. Die Einrichtungen der Sucht- und Jugendhilfe können als Abbild - als Mikrokosmos - der Gesellschaft verstanden werden. Auf dem jeweiligen biographischen Hintergrund und der spezifischen Lebenserfahrung der Kinder und Jugendlichen sowie den Mitarbeitern entstehen und gestalten sich im Rahmen der vorgegebenen organisationalen Bedingungen zwischenmenschliche und gruppendynamische Prozesse. Diese können in vielen Bereichen analog zu den im gesellschaftlichen Bereich zu findenden Ausdrucksformen, Strukturen und Entwürfen betrachtet werden. Das Setting in der Betreuung muss möglichst realitätsnah gestaltet sein, um ein menschliches, heilendes, soziales und kulturelles Milieu zu schaffen.

Ziel ist die Veränderung von dysfunktionalen Verhaltensweisen, weiterhin die Entwicklung von *Fähigkeiten/ Kompetenzen* und *Fertigkeiten/Perfomanzen*, die der Bewältigung (*coping*) und Gestaltung (*creating*) des weiteren Lebensweges und seiner Absicherung durch das Erarbeiten von Ressourcen dienen soll. All diese Zielsetzungen können nur über das Anstoßen und Begleiten von Lernprozessen erreicht werden. Da Sucht eine komplexe Störung ist, steht hier besonders die Förderung der Regulationskompetenz und -performanz von Menschen im Vordergrund (*Scheiblich, Petzold, 2006*).

1.2 Legalisierung von Cannabis

Das *ISD* (2023) hat untersucht, ob eine Legalisierung Auswirkungen auf den allgemeinen Konsumanstieg hat. Die Studien über einem längerem Beobachtungszeitraum zeigen, dass „der Cannabiskonsum [...] schneller gestiegen ist, wo Cannabis für Freizeit Zwecke legal ist“.

„Eine geringe Zunahme an Notaufnahmen [ist] für akute und chronische, cannabisbezogene Probleme bei Erwachsenen beobachtbar. [...] Durch die Legalisierung erhöht sich für Jugendliche (17 Jahre oder jünger) die subjektive Verfügbarkeit von Cannabis. [Die] Studien mit einem Beobachtungszeitraum von mindestens zwei Jahren nach der Legalisierung [zeigen], dass der Cannabiskonsum bei Jugendlichen [...] mit legalen Märkten stärker angestiegen [ist]. [...] Wichtig zu nennen ist, dass (unbeabsichtigte) Vergiftungs- bzw. Rauschzustände bei Kindern unter 10 Jahren unmittelbar und beträchtlich dort angestiegen sind. [...]

Basierend auf den dazu vorliegenden wissenschaftlich-empirischen Untersuchungen [ist] eine Regulierung des legalen Marktes im Sinne des Gesundheits- und Jugendschutzes [zu empfehlen].“

Das Ziel einer Legalisierung soll für konsumierende Menschen sein, dass „ein legales Angebot“ die Motivation erhöhen soll, den „Konsumeinstieg zu erhöhen“ (*bus, 2023*).

Für jugendliche Konsumierende bis zu einem Alter von 18 Jahren sollen Maßnahmen entwickelt werden, die Stärkung des Jugendschutzes sicherstellen?

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) hat auf das Vorhaben des Bundesministers für Gesundheit reagiert, dass ausdrücklich die „Weiterentwicklung der kohärenten Suchtpolitik handlungsleitend sein muss“.

Die „Maßnahmen der strukturellen Prävention (Verhaltensprävention) [müssen] konsequent eingeführt werden, um schädliche Folgen von Cannabiskonsum zu mindern. [...] Maßnahmen der selektiven und indizierten Suchtprävention [...] vor Ort und in direkten Kontakt mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen durchgeführt werden“.

Der gleichzeitige „Ausbau und die Sicherung der gesamten Angebotsvielfalt der ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären Suchthilfe“ muss gewährleistet sein (*DHS, 2023*).

Der Gesundheitsminister der Bundesregierung, *Prof. Dr. K. Lauterbach*, plant, dass die Bundesregierung den Cannabis-Konsum bei Jugendlichen „zurückdrängen“ wolle. Es werde „parallel zur Gesetzgebung eine große Kampagne fahren, um auf die Risiken des Konsums hinzuweisen“ (*Frankfurter Rundschau* vom 09.08.2023).

Im *Eckpunktepapier zur kontrollierten Abgabe von Cannabis* wird unter *III. Kinder- und Jugendschutz, Pkt. 22* ausgeführt, dass „unmittelbar gegenüber Minderjährigen eingeführt [wird], wie beispielsweise die Teilnahme an Frühinterventions- und Präventionsprogrammen“. Nach *IV. Information, Beratung und Prävention, Pkte. 28 + 29* sollen „Informations-, Präventions- und Fortbildungsangebote für [...] (konsumunerfahrene Personen, Vielkonsumierende, Erziehungsberechtigte, Pädagoginnen und Pädagogen, Jugendhilfe, (Schul-)Sozialarbeit [...] etc.) ausgebaut“ werden.

„Die Finanzierung und Ausgestaltung der neuen Maßnahmen wird im Rahmen der verfassungsrechtlichen Zuständigkeiten sichergestellt.“

In § 8 Abs. 2 des Gesetz zur Cannabis-Legalisierung vom 27.03.2024 wird ausgeführt: Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entwickelt „cannabisspezifischen Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche sowie für junge Erwachsene in Bezug auf den Konsum von Cannabis [...] und baut dieses aus“. Eine soll „Hinweise“ geben, auf „Beratungs- und Behandlungsstellen im Zusammenhang mit Cannabiskonsum“ (*Bundesgesetzblatt*, 2024, vgl. auch *Bundesministers für Gesundheit*, 2023).

Die Bundesärztekammer, der Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V., die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V., der Deutsche Lehrerverband u.v.m. äußert sich zu der geplanten Cannabis-Legalisierung: „Die Gefahr, dass junge Menschen, deren Gehirn noch nicht ausgereift ist, durch Cannabis Konsum Gesundheitsschäden erleiden“, wird in der Gesetzesvorlage „nicht hinreichend“ berücksichtigt (*Frankfurter Rundschau* vom 09.08.2023).

Auch der *Ständige Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME)* und der *Internationale Suchtkontrollrat der Vereinten Nationen (INCB)* haben in 2022 und 2023 auf die „gravierenden Schäden“ durch Cannabis „nachdrücklich“ hingewiesen (*Bundesärztekammer et al.*, 2023).

„Präventive Maßnahmen und Angebote der Primär- und Sekundärprävention müssen [...] ausgeweitet und etabliert werden. [...] Jedoch muss der Fokus viel stärker auf der Entwicklung, dem strukturellen Ausbau und der Finanzierung von kommunalen, risikoadaptierten und evidenzbasierten präventiven sowie Interventionsmaßnahmen liegen, z. B. in Schulen, Jugendeinrichtungen und Einrichtungen der Suchthilfe“ (ebenda).

Der Bundeshaushalt 2024 soll für „Aufklärungsmaßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs“ nach aktuellen Plänen massiv gekürzt werden: Von derzeit 13,2 Millionen Euro auf 9,2 Millionen Euro im Jahr 2024, von ca. 4,0 Millionen Euro vorgesehen sind. Die Einsparungen werden dramatische Folgen haben.

1.3 Suchtprävention

Zahlreiche neurowissenschaftliche Studien belegen, dass sich süchtiges Verhalten durch Probleme in der Regulation von Gefühlen etabliert.

„Das Ursachengeflecht [der Suchtentwicklung] aus biologischen, psychischen, sozialen und gesellschaftlichen Faktoren wird in jedem Klientengespräch deutlich, findet sich in den komplexen theoretischen Erklärungsmodellen der Suchtentwicklung und ist in vielen Studien nachgewiesen worden. Diese Multikausalität trifft auch für das riskante Verhalten im Jugend- und frühen Erwachsenenalter zu, das kurzfristig zu gravierenden Problemen, mittelfristig zu Abhängigkeiten und langfristig zu körperlichen Erkrankungen führen kann. [...]

Evidenzbasierte Suchtprävention entspricht sowohl der gewissenhaften, vernünftigen und systematischen Nutzung der gegenwärtig bestmöglichen theoretisch und empirisch ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnisse als auch des Praxiswissens sowie des Wissens der Zielgruppen für die Planung, Implementierung, Evaluation, Verbreitung und Weiterentwicklung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen“ (BZgA, 2020).

Zielgruppenspezifisch unterscheiden sich *universelle, selektive und indizierte Ansätze* in der Suchtprävention:

- *Universelle* Prävention hat eine Schnittstelle zur allgemeinen Gesundheitsförderung und richtet sich an breite Bevölkerungsschichten.
- *Selektive* Prävention richtet sich an Gruppen, bei denen ein erhöhtes Risiko für eine Abhängigkeitsentwicklung angenommen werden kann (z.B. Menschen, die durch Armut und Erwerbslosigkeit in prekären Lebenssituationen sind).
- *Indizierte* Prävention überschneidet sich wiederum mit der Frühintervention und arbeitet mit Menschen, die z.B. durch riskantes Konsumverhalten auffällig geworden ist.

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

Diese Erkenntnisse müssen in der Konzeption und Entwicklung der Präventionsangebote berücksichtigt werden. Dabei zeigt sich selbstverständlich, dass eine die Fachstelle für Prävention von der Multiprofessionalität, Fachlichkeit und den langjährigen Erfahrungen aus der Praxis partizipiert.

Dementsprechend haben Präventionsansätze zur Verhinderung, Verzögerung oder Reduktion des Substanzmissbrauchs folgende Eigenschaften:

- Lebensweltnähe
- Sensibilität für Kontexte der Entwicklung
- Sensibilität für multiple Risikokonstellationen
- Dynamische Anpassung an aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse

Strategien der Suchtprävention

- *Verhältnisbezogene und verhaltensbezogene Ansätze* können die sozialen oder gesellschaftlichen Umweltbedingungen beeinflussen und bei der Person, ihrem Wissen und Können Motivation zur Verhaltensänderung erzeugen.
- Das *Modell der Sozialen Einflussnahme* hat zum Ziel, die Kindern und Jugendlichen gegen die soziale Beeinflussung immun zu machen. Mit verhaltensbezogenen Angeboten wird das Bewusstsein für soziale Einflüsse geschärft.
- Die *kognitiv-behaviorale Theorie* des Verhaltens für Kinder und Jugendliche will „bestimmte (fälschliche) Erwartungen an den Konsum haben, bestimmte (dysfunktionale) Überzeugungen mit dem Konsum verbinden und/oder weil sie erfahren haben, dass der Konsum mit positiven Folgen einhergeht und ihnen (scheinbar) bei der Erreichung eines Ziels hilft. Dementsprechend wird in präventiven Angeboten vermittelt, wie man dysfunktionale Gedanken und Überzeugungen identifiziert, neu bewertet und damit umgeht. Es werden personale und soziale Kompetenzen trainiert, um eigene Ziele ohne die Hilfe von Substanzkonsum zu erreichen“ (ebenda).
- Das *Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung* will in verschiedenen Phasen das Verhalten von Kindern und Jugendlichen ändert. Die Motivierende Gesprächsführung will insbesondere die Einstellung zum Konsumverhalten hinterfragen und die Motivation zur Veränderungsbereitschaft erhöhen.

Evidenzbasierte Suchtprävention leistet einen zentralen Beitrag zur Gesundheitsförderung und ist die Auseinandersetzung mit Sucht, Suchtursachen sowie den Auswirkungen von riskantem Substanzkonsum und exzessiven Verhaltensweisen. Suchtprävention kommt bei illegalen und legalen Substanzen zum Einsatz sowie bei Verhaltensweisen, die süchtig machen können.

1.3.1 Prävention in den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen

Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung müssen „grundsätzlich alle Menschen in ihrem Lebensalltag [...] erreicht werden. [...] Dabei [müssen] ausdrücklich [folgende] Themen benannt [werden], auf die die Maßnahmen inhaltlich ausgerichtet sein können:

- Stärkung psychischer Ressourcen
- Stressreduktion/Entspannung

- Förderung eines gesundheitsgerechten Umgangs miteinander/
- Gewaltprävention,
- Prävention von Suchtmittelkonsum
- Gesundheitsbezogene Elternkompetenzen“ (AFET, 2019)

sowie

- Förderung von Ressourcen und Schutzfaktoren
- Stärkung von Resilienz
- Förderung von sozialen Fähigkeiten
- Stärkung von Problemlöse- und Entscheidungskompetenz
- Stress- und Angstbewältigung
- Aufklärung und Sensibilisierung
- Stärkung des Selbstwertgefühls

Um die Nachhaltigkeit der Präventionsangebote zu sichern, sollen die Maßnahmen die Jugendliche über einen längeren Zeitraum durchgeführt und evaluiert werden.

Die *Bundesdrogenbeauftragte der Bundesregierung* (2017) beschreibt, dass Jugendliche aus psycho-sozial belasteten und „armen“ Lebensverhältnissen deutlich unter psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen leiden und weist darauf hin, dass die Zielgruppe ein wesentlich schlechteres subjektives Gesundheitsempfinden haben und ein deutlich geringeres Gesundheitsbewusstsein.

Dies hat zur Konsequenz, dass Jugendliche, die kaum Perspektiven sehen (z.B. Arbeitslosigkeit), gefährdeter sind hinsichtlich einer psychischen und Suchterkrankung bzw. abweichendem Verhalten.

Um hier wirksam werden zu können, müssen Maßnahmen der Suchtprävention Wege aufzeigen, wie Jugendlichen Möglichkeiten zur Perspektiventwicklung aufzuzeigen.

Die *Sekundärprävention* will „Beeinträchtigungen“ zu verhindern und bereits bestehende Beeinträchtigungen zu beheben, so dass auf praktischer Ebene eine Basis für Handlungsalternativen im Lebensalltag (wieder) geschaffen werden kann.

Um dieses Ziel umsetzen zu können, müssen Früherkennung und Frühintervention Hauptelemente dieses Präventionsansatzes sein, also die Frage: Wie können 14 bis 25jährige Jugendliche (insbesondere unter Einbeziehung ihrer subjektiven Sicht) erreicht werden?

Es geht hier auch bspw. eine Sucht-*Behandlung*, die auf (psycho-)therapeutischer Ebene die Ursachen und Auswirkungen des Suchtmittelkonsums aufarbeitet und die Ebene der Medizin mit einbezieht.

Dazu müssen die Interventionsmöglichkeiten und Verfahren entwickeln, um

- eine (schwerwiegende) psychische Störung, die bei Jugendlichen als Folge des Suchtmittelkonsums und/oder anderer aktueller Problemstellungen entstehen kann, zu verhindern,

- Veränderungen im Beziehungserleben und -verhalten sowie
- die Behebung persönlichkeitsstruktureller Defizite zu ermöglichen.

Die Annahme dabei ist, dass hierüber ein Verarbeitungsprozess angeregt wird, der eine Normalisierung der Situation (der Symptome) ermöglicht, der Prozesse sozialer Unterstützung anregt und sozialen Rückzugstendenzen entgegenwirkt (vgl. *Mitte et al.*, 2005).

1.4 Behandlungsansätze

In der Regel wird eine Cannabisabhängigkeit ganztägig ambulant (oder ambulant) behandelt. Es werden unterschiedliche Therapieformen angewandt: Motivationale Intervention, kognitiv-behaviorale Therapien und Kontingenzmanagement; als indizierte Prävention „FreD-Frühintervention bei Drogenkonsumenten“:

- Psychotherapeutische Verfahren müssen die Grundlage für die Behandlung der Cannabisabhängigkeit darstellen.
- Die psychosozialen Folgeschäden des Konsums müssen besonders beachtet werden. Eine Kombination von motivationsverstärkenden und kognitiv-verhaltens-therapeutischen Elementen sowie individueller Beratung sind äußerst sinnvoll. Auch spezifischen Behandlung sollen ggf. milieu- und familientherapeutische Interventionen hinzugezogen werden.
- FreD hat zum Ziel, „die Lücke zwischen der universellen Prävention (also Programmen, die sich an breite Bevölkerungsschichten richten) und der Suchtbehandlung“ zu füllen und „junge Menschen zu motivieren, sich mit ihrem Konsum auseinander zu setzen und einer möglichen Abhängigkeitsentwicklung vorzubeugen“ (*LWL*, 2013).

Als grundlegendes Behandlungsziel ist die Suchtmittelabstinenz, die häufig bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zunächst nicht erreicht werden kann. Eine Verringerung des Suchtkonsums ist eine Verbesserung des Funktionsniveaus kann wichtige Zwischenziele darstellen.

Die Behandlungsansätze müssen hoch strukturiert und „einsichtsfördernd“ sein. Psychotherapeutische Ansätze (Einzel- und Gruppentherapie, Rückfallpräventions- und soziales Kompetenztrainings) werden mit Bewegungs-, Körper-, Ergo- und kreativen Therapien und Entspannungsverfahren kombiniert. Eine begleitende psychopharmakologische Behandlung kann zur Stabilisierung beitragen.

Im Anschluss an die ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation ist zwingend eine ganztägig ambulante Adaption indiziert, um die sozialen und beruflichen Teilhabemöglichkeiten zu gewährleisten.

Unter dieser Voraussetzung können bei regulärer Therapiebeendigung 60% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen abstinent leben. Ein erhöhtes Rückfallrisiko besteht in den ersten 6 Monaten, wenn keine „Nachbehandlung“ erfolgt ist.

2. Maßnahmen nach dem SGB II und Arbeitsmaßnahmen für Menschen mit einer Suchterkrankung

Als Maßnahmen der „Nachbehandlung“ müssen Leistungen angeboten werden, um die Möglichkeiten der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft entscheidend verbessern zu können. Sie verknüpft „Themen wie Distanzierung von Drogen sowie einem belasteten Lebensmittelpunkt [...], von alten Verhaltensmustern, Abstand von traumatisierenden Erfahrungen. [Dabei] geht [es] - meistens entgegen [...] bisheriger Erfahrungen - u.a. um Ziele wie Bildung von Vertrauen in sich und andere, Selbst- und Fremdachung, neue Erfahrungen in sozialen Beziehungen und Übernahme sozialer Verantwortung und Verpflichtung“. Dabei steht die soziale und berufliche Integration einer Klientel mit „i.d.R. bestehenden Mehrfachbenachteiligungen im medizinischen, psychischen, sozialen und beruflichen Bereich“ im Fokus (*Fischer*, 2015).

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

- „die Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit [...] zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, [...]
- die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
- die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbst bestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“ (§ 4 SGB IX).

Auf der Basis dieser gesetzlichen Rahmenbedingungen wird Suchthilfe bzw. Rehabilitation Abhängigkeitskranker „als Begleitung eines Prozesses [verstanden], in dessen Verlauf der [Behandlungsplan] durch Diagnostik und Indikationsstellung begründet ist [und sich] der Schwerpunkt der [Maßnahmen] nicht [...] auf die individuellen Defizite [richtet, sondern] auf die Leistungen und Fähigkeiten (des Rehabilitanden)“ (*FDR*, 2006).

2.1 Ausrichtung von (Re-)Integrationmaßnahmen an medizinischen Kriterien

Um den (Re-)Integrationsprozess möglichst erfolgreich zu gestalten, müssen die Leistungsangebote umfassend gestaltet werden und wirksam ineinandergreifen. Es geht vorrangig darum, welche Inhalte/Ziele in den Maßnahmen für die Klientel umgesetzt müssen, um ihnen eine soziale und gesellschaftliche (Re-)Integration zu ermöglichen.

Die Teilhabe am Arbeitsleben ist eine zentrale Möglichkeit des *Bundesteilhabegesetzes (BTHG)*, um Lücken zur individuellen Teilhabe zu schließen, gerade für Menschen mit langjähriger Arbeitslosigkeit (vgl. § 49 SGB IX). Die individuellen Rehabilitations-Ziele müssen Ausdruck der individuellen der Klienten-Orientierung sein, was mittweile juristisch und institutionell stärker verankert ist (vgl. § 9 SGB IX).

„Es ist die Aufgabe der Gesellschaft auch die augenscheinlich Schwächeren oder Ausgegrenzten mit aufzunehmen, zu unterstützen und zu fördern“ (*Landeskoordinationsstelle für berufliche und soziale Integration Suchtkranker in NRW*; 2022).

Ziel ist die Eingliederung die soziale und berufliche (Re-)Integration der Klientel. Um dies zu erreichen, können folgende Maßnahmen durchgeführt werden:

- Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung,
- Förderung der beruflichen Weiterbildung einschließlich des Nachholens des Hauptschulabschlusses,
- Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben,
- Leistungen zur Eingliederung (Eingliederungszuschüsse) und
- Förderung der Berufsausbildung benachteiligter junger Menschen.

Beste und Trappmann (2016) haben in ihrer Forschungsarbeit auf die zahlreichen Hemmnisse hingewiesen, „wie Langzeitleistungsbezug, gesundheitliche Einschränkungen, [...] fehlende Ausbildungs- und Schulabschlüsse“. Dazu kommen noch Umstände, die „in der Person des Arbeitsuchenden liegen. Dies können beispielsweise fehlende fachliche Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten oder fehlende persönliche Kompetenzen sein. [...]

Eine nachhaltige Überwindung des Grundsicherungsbezugs hängt wesentlich davon ab, ob durch Maßnahmen der Beratung und Vermittlung Beschäftigungshemmnisse abgebaut und Langzeitarbeitslose aktiviert werden können“ (in: *IAB*, 2017).

„Die Beendigung der Arbeitslosigkeit, durch die Aufnahme einer Beschäftigung, fällt Langzeitarbeitslosen häufig schwerer. Mit der Dauer der Arbeitslosigkeit nimmt die Arbeitsmarktfremde zu, Kenntnisse und Fähigkeiten können in dieser Zeit verloren gehen. Zudem handelt es sich bei Langzeitarbeitslosen um eine äußerst heterogene Gruppe mit komplexen und ganz unterschiedlichen Problemlagen. [...] Gesellschaftliche Teilhabe sollte nicht vordringlich bereits im Rahmen der geförderten Beschäftigung realisiert werden, sondern war als Folgewirkung der durch die Förderung ermöglichten Integration der Geförderten in den allgemeinen Arbeitsmarkt konzipiert. Demnach bildet die geförderte Beschäftigung zwar einen wichtigen Zwischenschritt auf dem Weg zur Realisierung gesellschaftlicher Teilhabe, wird damit jedoch keineswegs gleichgesetzt. Dieses Verständnis sozialer Teilhabe gründet dabei auf der für Erwerbsarbeitsgesellschaften charakteristischen Normalitätsunterstellung, dass allein „richtige“, sprich marktvermittelte und damit nicht staatlicherseits subventionierte, Erwerbsarbeit vollwertige gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht“ (*IAB*, 2021).

Die Betroffenen sollen die Chance bekommen, am Arbeitsleben und somit auch am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

2.2 Arbeitsmarktsituation

Seit 2010 ist der Anteil der Arbeitssuchenden relativ konstant: Im September 2022 haben 3,8 Millionen erwerbsfähige Leistungsberechtigte (ELP) und 1,55 Millionen nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte (NEF) Leistungen der „Grundsicherung für Arbeitssuchende“ erhalten (vgl. *Bundesagentur für Arbeit*, 2022 und *bpd*, 2022).

Mehr als 318.000 langzeitarbeitslose Menschen fanden in NRW keinen Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Corona-Pandemie hat diese Zahl deutlich erhöht.

580.000 erwerbsfähige Personen beziehen seit mehr als 4 Jahren Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II). Sie gehören zu einer Zielgruppe, die mit vielfältigen Problemlagen konfrontiert ist und eine große Distanz zum Arbeitsmarkt hat.

Die Arbeitslosigkeit in NRW im 07/2022 der 15- bis unter 25jährigen betrug 56.643 und in Deutschland 223.806 Personen (*Statista*, 2022). Im 12/2019 haben 665.681 Jugendliche Grundsicherung bezogen, 92.722 länger als 2 Jahre, 80.271 länger als 3 Jahre und 216.719 länger als 4 Jahre (*bdb*, 2022).

Der Anteil der *Menschen mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen* hat sich in Deutschland deutlich erhöht: 2009 = 11.967.000, 2013 = 12.612.000 und 2017 = 13.041.000 (vgl. *Statista*, 2022). Aber eine offizielle Statistik von den beruflichen Qualifikationen und der Arbeitslosigkeit von „schwerbehinderter“ Menschen existiert nicht!

Die *Erwerbstätigenquote* von Menschen *mit Beeinträchtigung* lag in Deutschland im Jahr 2017 bei 53%. Der Anteil der Erwerbstätigen unter den Menschen *ohne Beeinträchtigung* lag hingegen bei 81% (ebenda).

Diskriminierung von Personen *mit Beeinträchtigung* findet in allen Bereichen statt: Rund 65% der Menschen, die eine chronische Krankheit oder eine Erkrankung der Psyche haben, haben die Diskriminierung im öffentlichen Raum erfahren, 61% wurden Ämtern und Behörden diskriminiert. *Alle* der Personen, die Diskriminierungserfahrungen gemacht haben, leiden unter von psychischen Auswirkungen: Rund 93% der Menschen unter emotionalen und psychischen Belastungen, 88% unter körperlichen Auswirkungen und 75% haben finanzielle Nachteile als Folge der Diskriminierung (ebenda).

In diesen Zahlen sind nur die Menschen erfasst worden, die einen Grad der Behinderung von mind. 50 hat. Alkohol-, Drogen- und ein erheblicher Anteil von psychisch Kranken werden i.d.R. nicht berücksichtigt.

Viele **Jugendliche und junge Erwachsene** wachsen in prekären Verhältnissen auf und haben einen „missglückten“ Bildungsabschluss, was sich natürlich negativ auf ihre beruflichen Chancen ausübt. Sie haben einen „geringfügigen“ oder keinen schulischen Abschluss haben, werden in „Maßnahmen“ eingebunden, die *theore-*

tisch einen „besseren“ Schulabschluss oder einen Ausbildungseinstieg ermöglichen sollen.

Die *schulische Qualifikation* der Bevölkerung ist aus integrativer Sicht von besonderer Bedeutung (vgl. *Bundesagentur für Arbeit*, 2017), da sie sich positiv auf das Leistungsvermögen auswirkt und ein hoher Bildungsstand die (Re-)Integrationschancen auf dem Arbeitsmarkt und die aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (*Statista* 2020):

Alter	ohne Abschluss	Hauptschulabschluss	Realschulabschluss	Fach- oder Hochschulreife
15-19	3,0%	7,9%	18,7%	11,3%
20-24	3,9%	12,9%	26,3%	54,5%
25-29	3,6%	14,6%	26,6%	54,2%
30-34	4,1%	16,7%	29,2%	49,4%
35-39	4,3%	18,6%	31,0%	45,7%

Bei *Bildungsmonitor 2022* (vgl. *INSM*) erreicht NRW von 100 Punkten *nur* 45,1 Punkte, bei der *Schulqualität* 22,4 Punkte, bei der *beruflichen Bildung* 31,7 Punkte, bei der *Bildungsarmut* 42,9 Punkte und ist damit unter den Bundesländern *deutlich verschlechtert*. Es zeigt sich eine *zunehmende soziale Selektivität*.

Auch die *Pisa-Studie 2022* hat noch einmal verdeutlicht, dass die schulische Kompetenz der Schüler durch die Corona-Pandemie erheblich nachgelassen hat und nur 3%, die aus sozial benachteiligten Schichten kommen, leistungsstark waren.

In 2021 haben in NRW 10.125 Jugendliche keinen Schulabschluss erworben und in 2022 hat sich diese Zahl um 12,44% erhöht (vgl. Der Deutsche Präventionstag 2023).

Junge Menschen ohne Schulabschluss haben vergleichsweise schlechte Chancen eine Ausbildung zu absolvieren³.

Da überwiegend erwerbsfähige Klienten mit erheblichen schulischen/beruflichen Defiziten betreut werden, muss ein Schwerpunkt u.a. auf Motivationsarbeit, Abstinenzfestigung und Umgang mit negativer Rückmeldung liegen muss (vgl. *Borra-Empfehlungen*, 2014, *Bundesministerium für Arbeit und Soziales*, 2015). Die Maßnahmen zur schulischen/beruflichen (Re-)Integration dienen

- der Einschätzung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit,
- der Einschätzung der individuellen Vermittlungsmöglichkeiten und
- der Entwicklung von Perspektiven zur schulischen/beruflichen (Re-)Integration.

3 „Die Lage auf dem Arbeitsmarkt [ist unverändert negativ]. Mittlerweile [haben wir] fast 2,9 Millionen junge Menschen ohne Berufsabschluss, die immer wieder arbeitslos werden - trotz 1,7 Millionen offene Stellen und 254.000 unbesetzte Ausbildungsstellen. [...] Zentrale Aufgaben [des Jobcenters] wie die Eingliederung von Langzeitarbeitslosen [sind] längst nicht mehr in ausreichendem Maße finanzierbar“ (*Die Welt* 2024).

In 2021 wurden in die Gruppe der 15- bis 24-Jährigen 630.000 Menschen „gezählt“ (in 2019 noch 492.000), die auf den *Ausbildungsmarkt* keine Chance hatten und aufgrund ihrer „niedrigen“ Schulbildung oder persönlichen Vermittlungshemmnissen aus dem System fallen (*Menkens*, 2023). Untersuchungen zeigen deutlich, dass ein großer Teil der jungen Heranwachsenden, die in den *SGB-II-Leistungen* sind, *multiplen Problemlagen* ausgesetzt ist:

- In Deutschland sind im Jahr 2021 1,55 Millionen junge Erwachsene (18 bis unter 25 Jahre) armutsgefährdet (in NRW 28,3%) und 7,1% beziehen SGB II-Leistungen (in NRW 9,1%), das sind 432.000 junge Menschen.

„Die hohe Armutsbetroffenheit zeigt jedoch, dass die Systeme nicht gut ineinandergreifen und Armut offensichtlich nicht vermeiden.

Die Jugendlichen erleben in nahezu allen Lebensbereichen - wie Bildung, Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe - Benachteiligungen. Das hat auch für die Gesellschaft erhebliche negative Folgen.

[...] Sie wissen früh um ihre eingeschränkten Möglichkeiten und fühlen sich schon in jungen Jahren der Gesellschaft weniger zugehörig. [...] Insgesamt weisen sie instabilere Bildungs- und Berufswege auf, die durch Abbrüche oder Umwege ins Übergangssystem gekennzeichnet sind. [...] Jugendliche haben ein Recht auf gutes Aufwachsen und faire Bildungs- und Teilhabechancen.“ (*Bertelsmann Stiftung*, 2023).

- In 2022 ist die Zahl der Straftaten um 13,5% gestiegen (*Welt am Sonntag* vom 26.03.2023). Besonders „auffällig“ ist, dass es eine Entwicklung gegeben hat, in Bezug auf Kinder und Jugendliche. 93.095 Kinder (bis 13 Jahren) sind straffällig geworden, ein Anstieg um 35,5% und bei den Jugendlichen von 14-18 Jahren 189.149.

Der Innenminister des Landes NRW hat „alarmierend“ festgestellt, dass es eine „mangelnde Sozialkompetenz“ als Ursache sieht.

Natürlich muss hier ein Zusammenhang mit der deutlichen Vernachlässigung während der Corona-Pandemie gesehen werden, wo die Kinder und Jugendlichen monatelang keine Schule besuchen, keine Freizeitaktivitäten mehr machen konnten, usw. usw.. Daraus ableitend hat, hat sich ein „abweichendes Verhalten“ entwickelt, ein Symptom für „tieferliegende seelische Nöte“ und „soziale Konflikte“, die sie nicht lösen konnten.

Es ist eindeutig, dass Eltern, Lehrkräfte, Jugendamt, ... zunehmend überfordert sind. Um mit den vielfältigen „Ursachen“ umzugehen, sind *gezielten* Hilfsangeboten (bspw. *Konzeption zum (Re-)Integrationsprozess suchtmittelkonsumierender/abhängigkeits- und/oder psychisch kranker Menschen*) notwendig. Nur so kann es gelingen, um eine „Chance“ zu haben, den gesellschaftlichen und sozialen Druck der Kinder und Jugendlichen *schrittweise* zu minimieren.

Eine vermittelnde Funktion und gegenseitiges Verständnis der betreuenden Mitarbeiter schafft die Voraussetzung, eine Verhaltensänderung zu erreichen und eine positive Entwicklung möglich zu machen.

Die „wichtigste Aufgabe“ ist, nachdrücklich dafür zu sorgen, dass „auch“ Kinder und Jugendliche sich „ausprobieren“ und in den Möglichkeiten ihre „gesellschaftlichen Teilhabe“ bestärkt und gefördert werden können.

„Insbesondere im SGB II muss für diese Menschen eine attraktive Möglichkeit zum Nachholen der Berufsausbildung geschaffen werden. Mit pädagogischer Begleitung, finanziellen Anreizen und in Berufen mit Zukunftsperspektive“ (Hermund, 2019).

3. (Re-)Integrationsprozess suchtmittelkonsumierender/abhängigkeits- und/oder psychisch kranker Menschen

Die „zentrale gesundheits- und sozialpolitische Aufgabe und ethische Verpflichtung unserer Gesellschaft [besteht] darin, [...] für jeden Betroffenen ein möglichst autonomes, gesundes und zufriedenes Leben mit einem hohen Grad an Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung zu erreichen und seine soziale Einbindung in die Gesellschaft und seine Teilhabe am Arbeitsleben zu fördern“ (FVS, 2017).

Falldarstellung eines Cannabiskonsumenten

Herr X. ist mittlerweile 43 Jahre alt und konsumiert seit seinem 15. Lj. regelmäßig und intensiv Cannabis.

Suchtanamnese

- ICD-10-F12: Cannabinoide Konsumbeginn im 15. Lj. und täglicher Gebrauch, der sich seit seiner Jugend in den Jahren deutlich gesteigert hat.
- ICD-10-F17: Erstkonsum Tabak im 14. Lj., langsame Abhängigkeitsentwicklung, seit dem 15. Lj. täglicher Konsum von ca. 20 Zig. Es besteht abhängiger Konsum mit körperlichen und psychischen Auswirkungen, Toleranzentwicklung und Craving.
- ICD-10-F10: Erstkonsum Alkohol im 15. Lj, zwischen dem 27. Lj. und 28. Lj. regelmäßiger täglicher Alkoholmissbrauch von ca. 1,5 Flaschen Wodka.
- ICD-10-F13: Sedativa: Diazepam, Oxepam, Tavor (oral), Konsumbeginn im 34. Lj. bis 38. Lj, missbräuchlicher Konsum.
Herr X. „nutze“ die Beruhigungsmittel ein, wenn kein Marihuana zur Verfügung stand.
- ICD-10-F15: Amphetamin, einmaliger Probierkonsum im 16. Lj.
- ICD-10-F16: LSD, einmaliger Probierkonsum im 16. Lj.
- ICD-10-F33.2: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode
- ICD-10-I10.9: Essentielle Hypertonie (dauerhaft hohen Blutdruck ohne erkennbare Ursache)
- ICD-10-L40.9: Psoriasis (Schuppenflechte: Haut dauerhaft entzündet, schuppt stark)

Pathologisches Spielen

Nutzung des PC in den letzten vier Jahren bis zu acht Stunden als Ersatz für soziale Kontakte.

Fachspezifischer Befund

Bei dem Rehabilitanden waren zeittextendierte Situationen, d.h. prekäre Lebenslagen, festzustellen, die sie als „belastend“ erlebt und bewertet hat, weil es als Folge der Entwicklung seiner Abhängigkeitserkrankung und psychischer Störung zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen gekommen ist. Die Summation „kritischer Lebensereignisse“ haben zu Ressourcenverlust, Schwächung protektiver Faktoren und chancengebender Potentiale geführt.

Dementsprechend war eine Beschädigung der persönlichen Identität, eine Destruktion des Netzwerkes und eine, zumindest in Teilbereichen destruktive Lebenslage eingetreten, woraus sich Defizite in den Bereichen:

- Selbstwahrnehmung (hier: Selbstwert und Selbstvertrauen),
- Lebensfreude (hier: Empfinden der Freude am eigenen Leben),
- Selbstbestimmung (hier: Bedürfnisse anderer nicht über die eigenen zu stellen),
- Coping (hier: Stressmanagement) und
- Empathie (hier: angemessene Reaktion auf die Gefühle anderer) entwickelt haben.

Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Bedingungsmodell

Ein vernachlässigender, herabsetzender Erziehungsstil und der Leistungsanspruch der Mutter generierte beim Rehabilitanden eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung, sowie nachfolgend wenig Fähigkeit zur zufrieden stellenden Emotions-/Beziehungsregulation und sozialen Kompetenzdefiziten. Die für den Rehabilitanden nicht nachvollziehbaren Kontaktabbrüche der Mutter bestätigten die negativen kognitiven Selbstschemata (i.S.d. Selbstunwirksamkeitserwartung).

Bestätigung und Anerkennung fand er in der Drogenszene. Positiv verstärkt wurde der Konsum durch die Kompensation negativer Emotionen, womit suchtspezifische Erwartungen („Drogen beruhigen“) stimuliert wurden.

Die Toleranzentwicklung sowie körperliche Gewöhnung bedingten das psychophysische Verlangen (Craving), das durch den fortgesetzten Konsum beendet und somit negativ verstärkt wurde.

Bisherige suchttherapeutische Maßnahmen

Entgiftung:	2010-2021 insgesamt 6 Entgiftungen, jeweils vor den Reha-Maßnahmen.
Reha-Maßnahmen:	2010-2021 insgesamt 4 stationäre Entwöhnungsbehandlungen (Phase 1 der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger) und 2 stationäre Adaptionsbehandlungen (Phase 2)
Soziale Rehabilitation:	2011-13 und 2021-23 intensive ambulante Betreuung (Leben in einer betreuten Wohngemeinschaft)

Biografische Anamnese

Herr X. wurde in der ehemaligen DDR geboren. Seine Mutter war zunächst verheiratet, die Ehe ist im 2. Lj. des Rehabilitanden geschieden worden. Den oft alkoholisierten und gewalttätigen Vater habe er nie kennen gelernt.

Da die Mutter berufstätig gewesen sei und er habe-seit dem 2. Lj. viel Zeit bei seinen Großeltern verbracht. Durch diese habe er viel Liebe erfahren. Nach einem Konflikt zwischen der Mutter wurde der Kontakt zu den Großeltern unterbunden. Anschließend wurde er von seinen Urgroßeltern betreut.

Alle Kontakte wurden weitgehend abgebrochen, da die Mutter '89 die DDR verlassen habe. Sie zog mit Herrn X mit einem neuen Partner nach Westdeutschland. In den Ferien konnte er mitunter seine Großeltern besuchen.

Die Mutter habe einen hohen Leistungsanspruch, den sie auch auf ihren Sohn übertragen habe. Emotional sei sehr distanziert gewesen. Bspw. durch Leistungssport (Schwimmen) habe Herr X. Versuche unternommen, die Aufmerksamkeit seiner Mutter zu gewinnen.

In der Jugendzeit habe Herr X. sich dann viel nach Außen orientiert und meistens Zeit mit Gleichaltrigen verbracht. Mit 14 Lj. begann Drogen zu konsumieren, mit 15. Lj. Cannabis zu rauchen.

Während einer Ausbildung zum Krankenpfleger habe er eine Partnerin kennen gelernt, mit der er eine nun 23-jährige Tochter habe. Herr X. habe fünf Jahre mit seiner Partnerin und der Tochter zusammengelebt. Nach einer Trennung habe die Konstellation in Form einer Patchwork-Familie weiter bestanden, bis er durch vermehrt exzessiven Drogenkonsum der Rolle als Vater nicht mehr gerecht werden konnte.

Nach jeder suchttherapeutischen Behandlung habe Herr X. den Drogenkonsum vorübergehend einstellen können.

Herr X. lebt nach dem Ende der langjährigen Beziehung extrem zurückgezogen, habe weitgehend alle sozialen Kontakte eingestellt, hauptsächlich in der Nachtschicht gearbeitet und Cannabis konsumiert.

Aktuell bestehe regelmäßiger Kontakt zu seiner Tochter. Des Weiteren habe er im Zeitraum der letzten Entwöhnungsbehandlung eine Bekanntschaft gemacht, zu der ein beziehungsähnliches Verhältnis bestehe. Beiderseits sei es allerdings bevorzugt, das Verhältnis langsam und zunächst unverbindlich aufzubauen.

Zu der Mutter habe Herr X. seit der Geburt der Tochter zunächst nur vereinzelt Kontakte gehabt. Im werde viel Desinteresse entgegengebracht und er entschied sich, den Kontakt vollständig zu beenden.

„Verhältnis zur Mutter

Ich bin 1980 als Sohn eines auf Lehramt studierendes Ehepaar auf die Welt gekommen. Laut Erzählungen meiner Mutter habe ich die ersten zwei Lebensjahre mit ihr im Studienwohnheim gelebt. Meine Eltern waren zum Zeitpunkt meiner Geburt verheiratet, ließen sich aber kurz danach scheiden, da mein Vater alkoholkrank war und somit sehr unzuverlässig und aggressiv war.

Nach Beendigung des Studiums lernte meiner Mutter einen neuen Mann kenne und wir zogen von Z. nach C.. Meine Mutter arbeitete dort als Lehrerin und hatte diesbezüglich wenig Zeit, da sie nach dem Schulunterricht vereinzelt zu Schülern nach Hause

musste, um Elternabende durchzuführen. Ich kann mich daran erinnern, dass ich die meiste Zeit im Kindergartenalter bei und mit meinen Großeltern verbracht habe.

Kurz vor der Einschulung zerbrach jedoch der Kontakt aufgrund Streitigkeiten zwischen meiner Mutter und meinem Großvater. Es war damals für mich ein einschneidendes Erlebnis und für mich unverständlich.

Die darauffolgenden vier Jahre verbrachte ich dann vermehrt bei meinen Urgroßeltern, die auch erfolgreich die Ersatzrolle übernehmen.

Als sich dann meine Mutter im November '89 dafür entschied, die DDR zu verlassen und somit auch den Mann, der für mich neun Jahre der Vater war, wurde der Kontakt zu meinen Großeltern wieder hergestellt.

Für mich war es aber nur ein sanfter Trost, denn mir damals schon klar, dass so ein enger Kontakt, wie er einmal war, nie wieder sein wird. Denn schließlich lagen ja nun über 600 km zwischen uns.

Der Grund für die Ausreise aus der DDR war ein „neuer“ Mann im Leben meiner Mutter, der als Reisebusfahrer tätig war und aus V kam. Also fuhren wir am einem Nachmittag in '89 los, Richtung V.

Es dauerte nicht lange und meine Mutter hat hier beruflich Fuß gefasst, was aber nur in Vollzeit möglich war, und somit verbrachte die Zeit überwiegend bei der Mutter des neuen Partners. Dies änderte sich dann mit der Beendigung der Grundschulzeit.

Meine Mutter sorgte ab dem Zeitpunkt dafür, dass sie am Vorabend kochte und ich mir das Essen am nächsten Tag nach der Schule aufwärmen musste. Somit hatte ich die Nachmittage für mich und konnte zum größten Teil tun und lassen was ich wollte.

Es blieb dabei nicht aus, dass die schulischen Leistungen schlechter wurden und ich nach einem Jahr Realschule auf die Hauptschule wechseln musste.

Gerade in dieser Zeit gab es die ersten größeren Auseinandersetzungen zwischen uns. Wenn ich mein Zimmer mal nicht aufgeräumt hatte, schreckte meine Mutter nicht davor zurück, komplett alle Schränke auszuräumen, und den Inhalt, auf dem Boden zu verteilen, um es mich dann aufräumen zu lassen.

Stubenarrest, und in ganz schlimmen Fällen Liebessentzug, waren sehr gern gewählte Erziehungsmethoden. Dies versuchte sie auch bis zum Auszug meinerseits in das Personalwohnheim der Klinik, in der ich gelernt habe, konsequent durchzuziehen. Jedoch kann ich heute sagen, mit mäßigem Erfolg.

Bedingt durch die häufigen Partnerwechsel meiner Mutter, hat auch niemand mehr, nach der Ausreise aus der DDR, die Vaterrolle in meinem Leben eingenommen. Und somit blieb für mich eine Hälfte des Erziehungsmusters auf der Strecke.

Einen Konflikthöhepunkt gab es zu der Geburt meiner Tochter. Bereits im Vorfeld war meine Mutter von der Gesamtsituation nicht begeistert. Weder von der Frau, die ein gemeinsames Kind erwartete, noch von den wirtschaftlichen Umständen, in denen ich mich mit einer kleinen Familie befand.

Ich kann bis heute den genauen Grund ihres Kontaktabbruchs nicht benennen. Doch ganz egal, was der Grund war, es gibt keinen, über den man nicht hätte sprechen können.

Allein dieses Verhalten hat sehr viel in unserer Beziehung als Mutter und Sohn kaputt gemacht bzw. wird es nie in Vergessenheit geraten und in meinem Leben immer eine Rolle der Enttäuschung spielen.

Ich frage mich, was hätte sie an meiner Stelle getan, wenn ihre Eltern damals bei meiner Geburt ähnlich bzw. gleich reagiert hätten? Ich welche Richtung wäre ihr Leben vielleicht gelaufen?“

Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

1996 Hauptschulabschluss, 1996-97 Fachhochschulreife, danach Berufsausbildung bis 2001 Pflegefachkraft mit Abschluss, 2001-2022 Pflegefachkraft in verschiedenen Einrichtungen

Seit 2018 Tätigkeit in eigenständige Pflege von 25 Bewohnern in einer Einrichtung für Heilpädagogik.

Eine hohe Arbeitsbelastung durch ständig wechselnde Schichten und durch alleinige Verantwortung für Bewohner, die teilweise geistig behindert sind. Häufige körperliche Übergriffe durch die Bewohner.

Betreuungs-/Behandlungsverlauf

In der Einzeltherapie zeigte Herr X. eine kooperative Grundhaltung und konnte benennen, dass ihm besonders die soziale Wiedereingliederung wichtig sei. Er habe weiterhin Schwierigkeiten, Beziehungen aufzubauen und zu pflegen. Darüber hinaus wolle er an einem tragfähigen Umgang mit Belastungen im beruflichen Alltag erlernen und somit weiter auf den bisher erreichten Fortschritten der Langzeitentwöhnung aufbauen.

Im Prozessverlauf wurde extrem deutlich, dass Herr X. situativ Schwierigkeiten hatte, auf sein emotionales Erleben zuzugreifen und dieses nach außen zu kommunizieren. In der Bearbeitung von belastenden Lebenserfahrungen und emotionalen Situationen zeigte sich eine stark rationalisierende Grundhaltung. Herr X. gab ebenfalls an, dass er viele Situationen „zerdenke“ und sich somit wiederholt in Rumination und damit einhergehender Handlungsunfähigkeit fand.

Im Rahmen von kunsttherapeutischen Interventionen wurde ein alternativer Zugang zu dem emotionalen Erleben des Rehabilitanden hergestellt. Im Rahmen der Intervention konnte eine Ambivalenz bezüglich Nähe und Distanz verdeutlicht werden. Zusammen mit Herrn X. konnten die Bedürfnisse und die teilweise parafunktionalen Strategien zu der Erfüllung dieser Bedürfnisse an Hand von aktuellen Beziehungssituationen in der Partnerschaft und in Bekanntschaften der Reha-Gruppe reflektiert und neu bewertet werden.

Im Verlauf der Behandlung berichtete der Rehabilitand, einen authentischen Zugang zu neuen Bekanntschaften herstellen zu können und sich vermehrt in seiner partnerschaftlichen Beziehung auszudrücken und behaupten zu können. Um einen abstinenzfördernden Alltag erarbeiten zu können gab Herr X. an, dass soziale Anbindung und ein Gefühl von Zugehörigkeit ein wichtiger Faktor seien.

Es wurde deutlich, dass in Phasen des überwiegenden sozialen Rückzugs der Konsum von Cannabis stark anstieg.

In den Einzelgesprächen konnte verdeutlicht werden, dass Vermeidungstendenzen in sozialen Situationen zu verstärkten Widerständen und sozial ängstlichen Anteilen beitrug. Durch regelmäßige Reflexion konnte Herr X. eine erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf sein soziales Erleben entwickeln. Um ein stabiles soziales Umfeld aufbauen zu können entschied er sich in eine betreute Wohngemeinschaft in Y zu ziehen.

In der Gruppentherapie beteiligte sich Herr X. regelmäßig aktiv. In Phasen emotionaler Belastung gelang es ihm eigene Themen anzusprechen und die Gruppe für sich zu nutzen (ICF: Verbesserung von Problemen im interpersonellen Bereich). Die Themenschwerpunkte der Gruppen lagen auf der Entwicklung persönlicher Ressour-

cen und dem Umgang mit schwierigen sozialen Situationen. Ergänzend wurde in der Gruppentherapie eine Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit angestrebt (ICF: Förderung der sozialen Kompetenzen) und ein adäquater Umgang mit Suchtdruck, Stress und Frustrationen erarbeitet (ICF: Verbesserung der Stressbewältigung).

Im Rahmen der Rückfallprophylaxe wurden Copingstrategien und entsprechende Rückfallbewältigungsfertigkeiten mit dem Rehabilitanden erarbeitet und eingeübt (ICF: Vermittlung von Techniken zum Abbau von Risikoverhalten; Erlernen von Methoden zur Rückfallprävention; Verbesserung der Stressbewältigung).

Herr X. nahm regelmäßig an Sport-, Bewegungs- und Entspannungsangeboten (u.a. Yoga, Walking) und der Kreativ-Gruppe teil (ICF: Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Verbesserung der Stressbewältigung).

Zunächst war der Rehabilitand im Rahmen der Arbeitsdiagnostik mit Arbeiten in der Einrichtung beschäftigt. Hier zeigte er keinerlei Schwierigkeiten den Ansprüchen der Regelmäßigkeit und Pünktlichkeit zu entsprechen.

Da Herr X. ihn noch in einem Beschäftigungsverhältnis als Pflegekraft sei, wurde sich um ein Praktikum im Bereich der Pflege bemüht. Hier gab es von Seiten der Pflegeeinrichtungen noch Vorbehalte in der Aufnahme eines Praktikums zum Zwecke einer Belastungserprobung. So konnte er in dem Behandlungsverlauf kein externes Praktikum antreten.

In der Gesamtschau ist festzustellen, dass Herr X. die stationäre Behandlung gut für sich nutzen konnte und im Verlauf wesentliche Rehabilitationsziele (hier insbesondere: Erarbeitung einer realistischen sozialen und beruflichen Perspektive, stabile Abstinenz, psychische Stabilität) begonnen hat umzusetzen.

Nach Beendigung der Adaptionsbehandlung konnte Herr X. eine stufenweise berufliche Wiedereingliederung bei seinem alten Arbeitgeber absolvieren.

Würzburger Screening

Herr X. hat an einer online Testung der CeprA-Basiserprobung teilgenommen. Die Ergebnisse der in diesem Rahmen durchgeführten arbeitspsychologischen Beurteilung und die daraus abzuleitende Schlussfolgerung fassen wir wie folgt zusammen: Den erhobenen Testbefunden nach ist Herr X. geeignet für Tätigkeiten auf solidem mittlerem Anforderungsniveau. Die Konzentrationsleistung ist durchschnittlich, die Gedächtnisleistung knapp durchschnittlich. Eine Stärke liegt im sprachlichen Bereich.

Der Berufstest BFB ergibt die möglichen Berufsfelder Kinder, Betreuung und Erziehung. Soziales und Pflege und Medizin. Das Berufsfeld Kinder, Betreuung und Erziehung ist vor dem Hintergrund der Suchterkrankung (und weiterer psychischer Schwierigkeiten) aus arbeitspsychologischer Sicht als kritisch zu betrachten. Die weitere Entwicklung muss abgewartet werden, sollte aber dringend eine weitere therapeutische Behandlung sowie Stabilisieren beinhalten.

Nach Auswertung des Würzburger Screening-Verfahren, dass im Rahmen der beruflichen Integration vorgenommen wird, kamen wir zu folgenden Ergebnissen: Im finalen Rehabilitationsprozess wurde unter Zuhilfenahme des Mini-ICF-APP ein kontextadjustiertes Qualifying von Fähigkeiten, zur Erfassung von Fähigkeitsstö-

rungen durchgeführt. Hier wurde folgende Kriterien im Kontext berufliche Integration und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben abgefragt:

1. Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen
2. Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben
3. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
4. Kompetenz- und Wissensanwendung
5. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit
6. Proaktivität und Spontan-Aktivitäten
7. Widerstands- und Durchhaltefähigkeit
8. Selbstbehauptungsfähigkeit
9. Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten
10. Gruppenfähigkeit
11. Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen
12. Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung
13. Mobilität und Verkehrsfähigkeit

Das Ergebnis im Leistungsteil fällt durchschnittlich aus und entspricht damit genau dem Leistungsniveau von Personen mit vergleichbarem Schulabschluss. Den hier erhobenen Befunden nach ist Herr X. grundsätzlich geeignet für Tätigkeiten oder Qualifizierungen auf solidem mittlerem Anforderungsniveau in der Theorie.

Eine Stärke liegt im sprachlichen, schwach ist keiner der betrachteten Bereiche ausgeprägt. Es liegen keine Einbußen der Konzentrations- und Gedächtnisleistung vor.

Selbsteinschätzung und Leistungsteil: Für einige der im Leistungsteil erhobenen Kompetenzen hat der Rehabilitanden auch eine Selbsteinschätzung vorgenommen. Stellt man die Ergebnisse der (objektiven) Testwerte und der (subjektiven) Selbsteinschätzung gegenüber, so ist festzustellen, dass er sich im Durchschnitt tendenziell eher unterschätzt. Er hat sich im Vergleich zum Leistungsteil aber 1-mal zu hoch (Gedächtnis) und 3-mal zu niedrig (Mathematik, Textverständnis, Raumvorstellung) eingeschätzt und erreicht so seine sehr genaue Einschätzung nur im Mittel.

Strukturierte Selbstdarstellung berufsbezogener Interessen: Herr X. hat einen Berufstest zur strukturierten Selbstdarstellung und -einschätzung berufsbezogener Interessen, Eigenschaften und Kompetenzen ausgefüllt.

Praktische Folgerung in beruflicher Hinsicht: Den erhobenen Testbefunden nach ist Herr X. geeignet für Tätigkeiten auf mittlerem Anforderungsniveau. Die Konzentrationsleistung ist durchschnittlich Die Gedächtnisleistung ist knapp durchschnittlich.

Der Berufstest BFB ergibt die möglichen Berufsfelder Kinder, Betreuung und Erziehung, Soziales und Pflege und Medizin.

Das Berufsfeld Kinder, Betreuung und Erziehung ist vor dem Hintergrund der Suchterkrankung (und weiterer psychischer Schwierigkeiten) aus arbeitspsychologischer Sicht als kritisch zu betrachten. Die weitere Entwicklung muss abgewartet werden, sollte aber dringend eine weitere therapeutische Behandlung sowie Stabilisierung beinhalten.

Herr X. möchte eventuell weiterhin im J tätig sein, ist sich über den Bereich jedoch noch nicht sicher. Ein BEM-Gespräch soll in Kürze anstehen. Sollte Herr X. ihn tatsächlich ein Studium der sozialen Arbeit anstreben, so wird dies aufgrund der hier vorliegenden Ergebnisse eine Herausforderung darstellen.

Reha-Ergebnis

Veränderungen auf der Ebene der Gesundheitsstörungen, Körperfunktionen- und -strukturen: Die körperliche Leistungsfähigkeit konnte zunächst stabilisiert und gesteigert werden. Es trat eine Gewichtszunahme ein. Der Rehabilitand geht regelmäßig sportlichen Aktivitäten nach. Insgesamt konnte eine Stabilisierung und eine Steigerung des Selbstwertgefühls erreicht werden, was sich positiv auf die Lebenszufriedenheit auswirkte. Die Antizipationsfähigkeit und so ein Bewusstsein für potentielle Rückfallgefahren konnte erreicht werden.

Im Rahmen der ambulanten Sozialen Rehabilitation zeigte er sehr schnell, dass der Rehabilitand mit seinem Abstinenzziel, seinen Leistungsansprüchen und mit seiner sozialen Integration nach wie vor deutlich überfordert war.

Veränderungen auf der Ebene der Aktivitäten und Teilhabe: Bezüglich des Ziels einer Verbesserung des Freizeitverhaltens konnte der Rehabilitand vorhandene Ressourcen reaktivieren. Er verbesserte den Kontakt zur Familie und fing wieder mit sportlichen Aktivitäten an.

Veränderungen auf der Ebene der Barrieren und Kontextfaktoren: Herr X. vertiefte sein Verständnis für die Notwendigkeit der Einhaltung präventiver Maßnahmen. Für die Aufgabe des Tabakkonsums war er nicht zu gewinnen. Die Identifikation von Zusammenhängen der Lebensgeschichte und der Abhängigkeitserkrankung konnte intensiv und dem Rehabilitanden bearbeitet werden. Auch die Identifikation potentieller Rückfallgefahren konnte intensiv angegangen werden.

Rehabilitandeneinschätzung der Betreuungs-/Behandlungsergebnisse: Der Rehabilitand zeigte sich zunächst als zufrieden mit dem Reha-Ergebnis. Besonders hilfreich seien die Einzelgespräche gewesen.

Nach schwierigen Monaten mit intensiven Einzelgesprächen hat sich Herr X. entschieden, wieder Drogen zu konsumieren und alle Bezüge zu Einrichtung abzubauen.

Die Maßnahmen zum (Re-)Integrationsprozess suchtmittelkonsumierender/abhängigkeits- und/oder psychisch kranker Menschen beinhalten gem. § 9 SGB IX insbesondere Leistungen zur Teilhabe, um u.a. krankheitsbedingten Behinderungen der Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken oder diese zu überwinden und die Klienten möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben (wieder)einzugliedern (vgl. AG BORA, 2014).

Mit einer *gezielten* „Bandbreite von Maßnahmen“ soll eine höhere (Re-)Integrationsquote bzw. Erfolgsquote erzielt werden (vgl. Nahles, 2022). Der Anspruch der Teilnehmer auf Leistungen zur Teilhabe soll durch das als Referentenentwurf vorliegende Gesetz „zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ deutlich verbessert werden.

Beabsichtigt ist, das SGB IX zu einem Leistungsgesetz aufzuwerten und „Besondere Leistungen zur Selbstbestimmung“ festzuschreiben. „Die Leistungen sollen sich am persönlichen Bedarf orientieren“ und „nicht länger institutionszentriert, sondern personenzentriert bereitgestellt werden“ (BMAS, 2016).

Viele *Jugendliche und junge Erwachsene* wachsen in prekären Verhältnissen auf und haben einen „missglückten“ Bildungsabschluss, was sich natürlich negativ auf ihre beruflichen Chancen ausübt. Sie haben einen „geringfügigen“ oder keinen schulischen Abschluss, werden in „Maßnahmen“ eingebunden, die *theoretisch* einen „besseren“ Schulabschluss oder einen Ausbildungseinstieg ermöglichen sollen.

4. Schlussbemerkungen

Grundsätzlich darf aber nicht „fahrlässig übersehen“ werden, dass der Entwicklungsprozess der Jugendlichen und jungen Erwachsenen insbesondere unter den Bedingungen der Alltagsbewältigung stattfindet, d.h. die langfristige Stabilisierung der Kompetenzen und Ressourcen der Klientel, und damit auch die Möglichkeit eines gelungenen (Re-)Integrationsprozesses, stehen vorrangig im Fokus der Betreuung.

Bei der zu Zielgruppe sind erhebliche Vermittlungshemmnisse und die Folgen eines teilweise bereits chronifizierten Krankheitsverlaufes sowie zusätzlicher psychischer Beeinträchtigungen (► Komorbidität) gegeben, die den Integrationsprozess maßgeblich beeinflussen.

Da sich die Hemmnisse i.d.R. erst in der Konfrontation mit dem Alltag (vollständig) zeigen, ergibt sich schon hieraus aus Sicht des Autors nachhaltig die Bedeutung und Notwendigkeit der intensiven und längeren Betreuung.

Die „soziale und berufliche (Re-)Integration“ ist unter den gesellschaftlichen Bedingungen zunehmend sehr schwierig, da die Möglichkeiten zur Teilhabe die spezifischen Auswirkungen und Folgen ihrer Abhängigkeit im vorgegebenen Behandlungsrahmen häufig nicht mehr ausreichend bearbeiten können und damit in ihren Möglichkeiten einer eigenverantwortlichen Lebensführung gehindert sind.

Durch intensive „Aufsuchende und psycho-soziale Beratung/Coaching“ wird ein niedrigschwelliger Zugang ermöglicht und die Barrieren zur Einmündung in geeignete Förderangebote abzubauen sowie Maßnahmenabbrüche zu vermeiden.

Das „Individuelle Coaching“ „wird als sozialpolitisches Konzept für Selbstbestimmung und Eigenverantwortung definiert. [...] Als Leistungen zur Teilhabe gelten Leistungen [...] zur Teilhabe am Arbeitsleben [...] und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. In diesem Sinne ist Teilhabe als Aspekt zur selbstbestimmten Integration behinderter Menschen zu verstehen (Fossgreen, 2019).

Die **Hauptaufgaben** „Individuellen Coaching“ liegen in einer adäquaten Unterstützung für Person mit Vermittlungshemmnissen (vgl. Matuska, 2018):

- Coaching und Schulung des Teilnehmers

- *Anerkennung und Annahme des passgenauesten Interventionsmodells für das Jobcoaching des Teilnehmers*
- *Kenntnis von und Einhaltung der bestehenden nützlichen Agenturrichtlinien, -verfahren und -vorschriften*
- *Sicherung von Qualität und ethischen Standards im Coaching*
- *Unterstützung des Teilnehmers, um eine starke Arbeitsmoral zu entwickeln und Überwachung der Arbeitsleistung*
- *Zusammenstellung einer qualitativen und ordnungsgemäßen Dokumentation mit dem Ziel einer geförderten Beschäftigung*
- *Bereitstellung von angemessenem Feedback für den Teilnehmer*

„Die Leistungen zur Teilhabe [...] sollen [...] den individuellen Hilfebedarf des Menschen mit Behinderungen in den Mittelpunkt stellen [...] und] im Einklang mit der UN-Behindertenrechtskonvention [...] die Teilhabemöglichkeiten des Einzelnen im örtlichen und gesellschaftlichen Umfeld haben“ (Land NRW, 2017).

Literatur

- Amann, U. (2009): Bindungsrepräsentationen suchtmittelabhängiger Jugendlicher und ihrer Eltern, in: <http://www.hausarbeiten.de/faecher/vorschau/135249.html>, 15.12.2009
- Batalla, A., Bhattacharyya, S., Yuecel, M., Fusar-Poli, P., Crippa, J.A., Noguè, S. et al. (2013): Structural and functional imaging studies in chronic cannabis users: a systematic review of adolescence and adult findings, *PloS One*, 8 (2), e55821
- Battistella, G., Fornan, E., Anotini, J.M., Chtioui, H., Dao, K., Fabritius, M. et al. (2014): Long-term effects of cannabis on brain structure, *Neuropsychopharmacology*, 39 (9), 2041-2048, in: <https://doi.org/10.1038/npp.2014.67>
- Bertelmann Stiftung (2023): Factsheet Kinder- und Jugendarmut in Deutschland, in: file:///C:/Users/Schay/Downloads/Factsheet_BNG_Kinder-_und_Jugendarmut_2023.pdf
- Beste, J., Trappmann, M. (2016): Erwerbsbedingte Abgänge aus der Grundsicherung - Der Abbau von Hemmnissen macht's möglich, in: *Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)* (2016): IAB-Kurzbericht 21/2016, Nürnberg
- BORA-Empfehlungen (2014): Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014, erarbeitet von der gemeinsamen Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA), online verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Konzepte-und-Positionspapiere/konzepte_positionspapiere.html
- Bundesärztekammer, der Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V., die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V., der Deutsche Lehrerverband et al. (2023): Aus Verantwortung für unser Land - die geplante Cannabislegalisierung stoppen, in: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/Gemeinsames_Schreiben_MdBS_Cannabis-Legalisierung_08122023.pdf
- Bundesagentur für Arbeit (2017): Grundsicherung für Arbeitssuchende in Deutschland, Jahresbericht 2016, Nürnberg
- Bundesagentur für Arbeit (2022) Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) - Die aktuellen Entwicklungen in 09/2022, in: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Fachstatistiken/Grundsicherung-fuer-Arbeitsuchende-SGBII/Aktuelle-Eckwerte-Nav.html>

- Bundesgesetzblatt* (2024): Gesetz zum Umgang mit Konsumcannabis (Konsumcannabisgesetz KCanG), 2024 Teil 1, Bonn
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)* (2015): Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz - Abschlussbericht, Berlin
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)* (2016): Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz - BTHG, Bearbeitungsstand: 26.04.2016, Berlin
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)* (2020): Leistungen zur Eingliederung in Arbeit, in: <https://www.bmas.de/DE/Arbeit/Grundsicherung-Arbeitslosengeld-II/Beratung-und-Vermittlung/eingliederungsleistungen.html>
- Bundesministerium für Gesundheit* (2023): Eckpunktepapier der Bundesregierung zur Einführung einer kontrollierten Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken, in: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/C/Kabinettvorlage_Eckpunktepapier_Abgabe_Cannabis.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit* (2023): Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zum kontrollierten Umgang mit Cannabis und zur Änderung weiterer Vorschriften (Cannabisgesetz - CanG), in: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundeskabinett-beschliesst-cannabisgesetz-pm-16-08-23.html>
- Bundesteilhabegesetz (BTHG)* (2019): Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, in: <https://www.gesetze-im-internet.de/bthg/BTHG.pdf>
- Bundesverband Suchthilfe e.V. (bus)* (20023): Kasseler Rundbrief 2-2023, Kassel
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* (2011): Alkoholspiegel - Hintergrundinformationen zur Alkoholprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Wie Rauschtrinken das jugendliche Gehirn verändert, Berlin
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* (2020): Die drogenaffinität Jugendlicher in der BRD 2019-Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends, BZgA-Forschungsbericht 2020, in: https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/Drogenaffinitaet_Jugendlicher_2019_Basisbericht.pdf
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* (2020): Expertise zur Suchtprävention 2020, Aktualisierte Neuauflage der »Expertise zur Suchtprävention 2013, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 52, Köln
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* (2022): Der Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in der BRD, Ergebnisse des Alkoholsurveys 2021 zu Alkohol, Rauchen, Cannabis und Trends, BZgA-Forschungsbericht 2022, in: https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/BZgA_Alkoholsurvey_2021.pdf
- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb)* (2022). Grundsicherung für Arbeitssuchende, in: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61760/grundsicherung-fuer-arbeitsuchende/>
- Der Deutsche Präventionstag (DPT)* (2023); Aktuelle Nachrichten, in: <https://www.praeventionstag.de/nano.cms/news/details/7933>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)* (2023): Stellungnahme zum Referentenentwurf des Cannabisgesetzes - CanG, in: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/2023-07-24_Stellungnahme_zum_Referentenentwurf_des_Cannabisgesetzes_CanG_.pdf
- Die Welt* (2023): Zahl der Straftaten stark gestiegen - vor allem bei Kindern, veröffentlicht am 26.03.2023, Hamburg
- Die Welt* (2024): Deutsche Jobcenter sind an der Belastungsgrenze, veröffentlicht am 5.06.2024, Hamburg
- Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR)* (2006): Grundlagen der Suchthilfe, FDR-Texte Nr. 6, 2. Aufl. 09/2006, Hannover

- Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (FDR)* (2011): Jugend Sucht Vernetzung (Expertise), Hannover
- Fachverband Sucht e.V. (FVS)* (2017): Stigmatisierung von Sucht begegnen, Hilfen anbieten! - Pressestatement zum 30. Heidelberger Bundeskongress des FVS e.V., SuchtAktuell, Jg. 24/02.17, Bonn, 68-69
- Fischer, M.* (2015): Cannabis - Ein Fall für die Rehabilitation, in: AHG-Forum, Neue Konzepte in der Therapie chronisch-psychischer Erkrankungen, Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG, Band 6, Berlin 101-114
- Fossgreen, K.* (2019): Was bedeutet eigentlich Teilhabe? Von Fürsorge zu Teilhabe, in: <https://www.fdst.de/aktuellesundpresse/ingespreech/wasbedeuteteigentlicheilhaber/>
- Frankfurter Rundschau* (2023): Lauterbach plant Risiko-Kampagne zu Cannabis - „Konsum zurückdrängen“, in: <https://www.fr.de/politik/cannabis-konsum-lauterbach-risiko-kampagne-legalisierung-deutschland-ampel-spd-92449977.html>
- Hermund, M.* (2019): Fakten zum nordrhein-westfälischen Arbeitsmarkt, DGB Bezirk NRW, Abteilung Arbeitsmarktpolitik
- Hoch, E., Bonnet, U., Thomasius, R., Ganzer, F., Havemann-Reinecke, U., Preuss, U.* (2015): Risiken beim nichtmedizinischen Gebrauch von Cannabis, Deutsches Ärzteblatt, 112(16), 271-278
- Hoch, E., Friemel, C. M., Schneider, M.* (2019): Cannabis: Potenzial und Risiko. Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme, Springer Nature, Heidelberg
- Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM)* (2022): INSM-Bildungsmonitor 2022, in: <http://www.insm.de/insm/presse/pressemeldungen/insm-bildungsmonitor-2022>
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)* (2017): Jobcenter-Strategien zur Arbeitsmarktintegration von Langzeitarbeitslosen, Aktuelle Ergebnisse aus der Projektarbeit des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 3/2017, Nürnberg
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)* (2021): IAB-Forschungsbericht, Aktuelle Ergebnisse aus der Projektarbeit des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 3|2021 Evaluation der Förderinstrumente nach §16e und §16i SGB II - Zwischenbericht, Nürnberg
- Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD)* (2023): Policy Paper: Effekte einer Cannabislegalisierung (ECaLe), Hamburg
- Jacobus, J., Tapert, S. F.* (2014). *Effects of cannabis on the adolescent brain. Current Pharmaceutical Design*, 20 (13), 2186-2193
- Land NRW* (2017): Entwurf eines Ausführungsgesetzes des Landes NRW zur Umsetzung des BTHG, in: <https://www.landtag.nrw.de/Dokumentenservice/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-206.pdf;jsessionid=205437A382343E1FC6DB59842E820773.ifxworker>
- Landeskoordinierungsstelle berufliche und soziale Integration Suchtkranker in NRW* (2022): Seitenwechsel, Arbeitskreis der Arbeitsmaßnahmen für Menschen mit Suchterkrankungen in NRW, Paderborn
- Landtag NRW, Enquetekommission „Prävention“* (2010): Bericht der Enquetekommission zur Erarbeitung von Vorschlägen für eine effektive Präventionspolitik in NRW, Düsseldorf
- LWL-Koordinationsstelle Sucht* (2013): Frühintervention FreD bei erst auffälligen Jugendlichen, in: <https://www.lwl.org/ks-download/downloads/fred/FreDin/FreD-Info-Flyer2013.pdf>
- Matuska, E.* (2018): Europäisches Qualifikationsprofil - Job Coach für Menschen mit Behinderungen, Lüneburg
- Menkens, S.* (2023): Abiturienten verdrängen Hauptschüler. Ausbildung: Wenig gebildete Jugendliche im Nachteil, in: *Die Welt* vom 25.01.2023, Politik, Berlin, 5
- Nahles, A.* (2022): Das ist eine riesige Verantwortung, Interview in der Recklinghäuser Zeitung (RZ) vom 24.09.2022, Recklinghausen
- Pisa-Studie* (2022): Ein Überblick, in: <https://www.lehrer-news.de/blog-posts/pisa-studie-2022-ein-ueberblick>

- Scheiblich, W., Petzold, H.G.* (2006): Probleme und Erfolge stationärer Behandlung drogenabhängiger Menschen im Verbundsystem - Förderung von „REGULATIONS-KOMPETENZ“ und „RESILIENZ“ durch „komplexes Lernen“ in der Karrierebegleitung, in: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W.* (Hrsg.) (2006): Integrative Suchtarbeit, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 477-532
- Sozialgesetzbuch (SGB) I bis XII* (2021): in: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/>
- Statistika* (2020): Anzahl der jungen Arbeitslosen (15 bis unter 25 Jahre) in Deutschland von Juli 2019 bis Juli 2020, in: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/154901/umfrage/junge-arbeitslose-deutschland/>
- Statista* (2022): Anzahl der jugendlichen Arbeitslosen (15 bis unter 25 Jahre) in Deutschland nach Bundesländern im Juli 2022, in: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/36739/umfrage/jugendarbeitslosigkeit-nach-bundeslaendern/>
- Statista* (2022): Daten zur sozialen Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen, hier: Der Anteil der Menschen mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen in Deutschland in den Jahren von 2009 bis 2017, in: <https://de.statista.com/themen/8315/soziale-inklusion/>

Anhang: Konzeptionelle Überlegungen zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation für cannabis konsumierende Jugendliche und junge Erwachsene

Der Therapieverbund Herne, hier: Kadesch gGmbH, ist seit über 25 Jahren der Leistungsträger für die ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation für Drogenabhängige und hat dieses Angebot immer wieder konzeptionell erweitert (bspw. für substituierte Abhängige).

Anfang 2024 haben wir das Leistungsangebot „ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation für cannabis konsumierende Jugendliche und junge Erwachsene“ der DRV Westfalen beantragt, damit für diese Zielgruppe ein differenziertes Angebot geschaffen werden kann.

Da es für cannabis konsumierende Jugendliche und junge Erwachsene kaum ein adäquates Behandlungsangebot gibt, werden einige konzeptionelle inhaltliche Gedanken ausgeführt:

1. Zielgruppendefinition
2. Modellcharakter der Einrichtung
 - 2.1 Kurzbeschreibung der Behandlungseinrichtung
3. Integrierte Behandlung
4. Arbeitstherapie und schulische/berufliche Integration
5. Adaption in ambulanter/teilstationärer Form

1 Zielgruppendefinition

Angesprochen sind in dem von der Einrichtung als therapeutisches Leitmodell gewählten Konzept der Integrativen Therapie Jugendliche und junge Erwachsene mit Suchterkrankungen sowie Komorbiditäten aus dem Bereich affektiver Störungen, neurotischer, Belastungs- und somatoforme Störungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend entsprechend der Kap. F3, F4, F6, F9, sowie F50.

Merkmale der Rehabilitandengruppen, die im Behandlungskontext ggf. zu berücksichtigen sind:

In der Regel liegen erhebliche Bindungsstörungen, ungünstige Sozialisationsbedingungen, defizitäre Ausbildungs- und Berufswege, sowie gestörte Beziehungen, mangelnde Sozialkompetenzen vor, sowie i.d.R. ein Mangel an haltgebenden äußeren Strukturen. Hinzu kommen die zusätzlichen Schädigungen, die sich als Folgen der Suchterkrankung entwickelt haben, wobei es sich um Folgen sowohl auf der körperlich organischen, auch hirnnorganischen Ebene, als auch um Folgen im Bereich der Lebensführung, um zusätzliche Entwicklungsverzögerungen handeln.

Grundvoraussetzungen

Als Grundvoraussetzung für eine Behandlung sind ein Abstinenzwunsch sowie eine wenigstens rudimentäre Therapiemotivation zu nennen. Darüber hinaus ist Abstinenz von Suchtstoffen Aufnahmebedingung, d.h. ein stationärer Entzug, in Ausnahmefällen auch ambulanter Entzug, ist erforderlich. Aufgenommen werden Jugendliche und junge Erwachsene, die durch ihre Abhängigkeitserkrankung in ihrer Entwicklung eingeschränkt wurden und auf dem Boden dieser Defizite äußerst begrenzte Möglichkeiten der beruflichen, privaten und sozialen Weiterentwicklung haben. Defizite bestehen bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen, bei der Lösung anstehender Entwicklungsaufgaben, bei der Berufsfindung, Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit, bei der Kontakt- und Beziehungsaufnahme und Gestaltung, bei der Teilnahme am sozialen Leben.

Bei den jungen Menschen ist eine ganztägig ambulante Rehabilitation indiziert, um eine Nachreifung und Behebung der schweren Entwicklungs- und Sozialisationsdefizite nur im stationären Setting zu ermöglichen.

Formale Aufnahmevoraussetzungen

(1) Sozialbericht und medizinisches Gutachten, um bereits mit Beginn der Maßnahme die spezifischen Indikationen des Rehabilitanden möglichst umfassend vorliegen zu haben. (2) die Leistungszusage des zuständigen Leistungsträgers.

Allgemeine Indikationen

Im Rahmen der Leistungen der stationären medizinischen Rehabilitation (hier: Phase I der medizinischen Rehabilitation) werden Rehabilitanden mit einer Abhängigkeit von legalen und illegalen Suchtmitteln (in substanzspezifischer bzw. multipler Ausprägung) behandelt (Erstdiagnose gem. ICD 10: F10.2, F11.2, F12.2, F13.2, F14.2, F15.2, F16.2, F17.2, F18.2, F19.2).

Des Weiteren Jugendliche und junge Erwachsene im Sinne *stationärer Vorsorgeleistungen*. Eine Behandlung ist indiziert bei verhaltensabhängigen gesundheitlichen Risikofaktoren (binge drinking, Koma Saufen, Schnüffeln von Deo, Missbrauch generell von Suchtmitteln etc.), um

- eine erkennbare Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung,
- die Gefährdung der alters- und entwicklungsentsprechenden Leistungsfähigkeit,
- Gesundheitsstörungen und modifizierbaren Risikofaktoren,
- gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen,
- nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen altersentsprechender Aktivitäten bei bereits manifesten chronischen Krankheiten zu vermeiden,
- sowie einer Chronifizierung oder Verschlimmerung des Suchtproblems entgegenzuwirken.

Kontraindikationen

1. psychiatrisch: akute Psychosen/akute Suizidgefährdung. Rehabilitanden mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung (F60.2), können nur aufgenommen werden, wenn die Therapiefähigkeit vom lfd. Arzt der Einrichtung festgestellt wird und keine massiven Gewalt- oder Sexualdelikte vorliegen. Eine basale Absprache- und Steuerungsfähigkeit sollte vorhanden sein.
2. somatisch: schwere körperliche Behinderungen und chronischen Erkrankungen, die die Teilnahme an der normalen Tagesstruktur über längere Zeiträume weitgehend ausschließt; Aids-Erkrankung im Finalstadium.
3. kognitiv: schwere Einschränkung der Wahrnehmung, der intellektuellen Fähigkeiten oder geistige Behinderung.

Spezifische Indikationen/Komorbidität

Sofern als Erstdiagnose eine unter den allgemeinen Indikationen aufgeführte Abhängigkeits-erkrankung von legalen/illegalen Suchtmitteln vorliegt, ist die Einrichtung insbesondere auf die Mitbehandlung folgender Diagnosen ausgerichtet:

- Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10: F92.0), Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (F90.0, F98.8) und andere Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend.
- in Sonderheit (traumabedingte) Angststörungen (ICD-10: F4), Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen: in Sonderheit Dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2), Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3), Histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4), Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6), Abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7), Narzisstische Persönlichkeitsstörung (F60.8), Kombinierte, sonstige Persönlichkeitsstörungen (F61), Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F19.71) sowie Komorbiditäten aus dem Bereich der depressiven Störungen (F32, F33, F38 und F39)

2 Modellcharakter der Einrichtung

Die Leistungsanbieter im Kontext der Suchthilfe müssen über langjährige Arbeit mit dieser Zielgruppe verfügen und richten ihre Angebote nach dem individuellen Bedarf der Kinder und Jugendlichen aus und entwickeln ganzheitliche Lösungen, d.h.:

- Hilfen in der jeweiligen spezifischen Lebenslage des Einzelnen: Dabei muss auf die Probleme geachtet werden, die der Betreute in seinem Umfeld hervorruft, genauso wie die, welche er selbst hat.
- Ein vorrangiges Ziel ist das Fördern von Mündigkeit, welche in Form von Hilfe zur Selbsthilfe geleistet wird. Lösungen werden mit den Betreuten gemeinsam erarbeitet und deren Umsetzung eng begleitet. Wir wollen unsere Betreuten dabei unterstützen, ihr Leben in der Gesellschaft selbstbestimmt zu gestalten.
- Die Kinder und Jugendlichen werden als eigenständige Persönlichkeit mit Wachstumspotential gesehen: Durch Beratung und Unterstützung junger Men-

schen unabhängig von ihren Fähigkeiten fördern wir Eigeninitiative, um sie zu Selbständigkeit und Eigenverantwortung zu befähigen.

- Der Leistungsanbieter versteht als Teil eines Netzwerkes von sozialen Einrichtungen im sozialen Umfeld der Betreuten und ermöglichen durch eine Kooperation mit anderen Institutionen und Anbietern unserem Betreuten eine Vielzahl von Angeboten zur Verfügung zu stellen.

Im breiten Spektrum therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen will die Einrichtung ein Modell bieten, das in verschiedener Hinsicht einen innovativen Charakter hat: Die konzipierte Einrichtung trägt der Tatsache Rechnung, dass in der Betreuung von jungen Abhängigkeitskranken signifikante Probleme zu bewältigen sind, die die adäquate Rehabilitation der beschriebenen Zielgruppe, bei denen in aller Regel bereits gravierende Verhaltensauffälligkeiten und dissoziale Persönlichkeitsmerkmale vorliegen, gewährleisten. Das innovative an dem Konzept der Einrichtung ist, dass ein wesentlicher Schwerpunkt auf der Schulung und beruflichen Qualifizierung liegt, was nur auf dem Hintergrund von Entwicklung der Persönlichkeit und Bewältigung von psychischen Funktionsstörungen möglich ist. Realisiert wird zu dem eine enge Vernetzung mit den Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen in der Region.

Die Konzeption der Einrichtung knüpft an die vorhandenen europäischen Studien zum Therapieerfolg bei der ganztägig ambulanten Behandlung Abhängigkeitskranker an, aus denen sich ergibt, dass der optimale Behandlungszeitraum i.d.R. 8 Monate (hier: für die Phasen I + II der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker) eingegrenzt werden kann. Die entwickelte Konzeption bietet mit ihrer hohen Therapieintensität und den weitergehenden Angeboten im Kooperationsverbund mit den Einrichtungen des Therapieverbundes Ruhr-Mitte einen optimalen und innovativen Behandlungsansatz.

Insgesamt handelt es sich um eine ausgewogene Konzeption, die Problemorientierung und Ressourcenorientierung verbindet und auf das systematische Erschließen und Nutzen von protektiven Faktoren sowie auf die bewusste Verminderung von Risiko- und Belastungsfaktoren setzt, also strikt an den Ergebnissen der longitudinalen klinischen Entwicklungs- und Karriereforschung anschließt.

2.1 Kurzbeschreibung der Behandlungseinrichtung

Leitung der Einrichtung/Leitungsteam

Entsprechend den Anforderungen an die Einrichtungen zur Durchführung stationärer medizinischer Leistungen zur Rehabilitation (hier: Pkt. 5. der Anlage 2 zur „Verordnung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001) hat die Einrichtung einen ärztlichen Leiter. Im Leitungsteam sind die Fachbereiche Psychologie (Ltd. Approbierter Psychologe) und Sozialarbeit (ggf. Einrichtungsleiter) vertreten.

Leistungsträger

DRV Westfalen (► federführend), DRV Bund, sonst. DRV'en, Krankenkassen, örtl. und überörtlichen Sozialhilfeträger

Lage der Einrichtung/Infrastruktur

Im Zentrum des mittleren Ruhrgebiets

Mit dem öffentlichen Nahverkehr sind öffentliche Einrichtungen (Arbeitsamt, Schulen u.a.) und die umliegenden Städte Recklinghausen, Herten, Castrop-Rauxel, Gelsenkirchen, Witten, Essen u.a. sehr gut zu erreichen.

Zielgruppe

Junge Abhängigkeitskranke im Alter von 14 bis zu 25 Jahren entsprechend der gesetzlichen Grundlagen im SGB V + VI und des SGB XII (BSHG) sowie unter Berücksichtigung der adäquaten Bestimmungen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII; Teil A, Personen gem. § 7 Abs. 1, Nr. 2)).

Anzahl der Plätze

8

Behindertengerechte Ausstattung

Den Bestimmungen des SGB IX entsprechend ist in der Einrichtung die „Teilhabe behinderter Menschen an der Rehabilitation“ gewährleistet, die „Barrierefreiheit“ ist gegeben.

Rauchen

Im Sinne gesundheitsvorsorgender Maßnahmen wird in die Einrichtung nicht geraucht. Für Raucher werden gesonderte Räumlichkeiten vorgehalten.

Behandlungsansatz

Integrative Therapie (nach *Hilarion Petzold*) inkl. verhaltenstherapeutischer, tiefenpsychologischer und familientherapeutischer/ systemischer Ansätze sowie der Erkenntnisse aus der Psychotraumatologie.

Grundsätze des Behandlungsansatzes

Der (psycho-)therapeutische Ansatz ist

- lebenslaufbezogen/biographisch,
- beziehungsorientiert,
- ressourcenorientiert,
- ziel- und sinnorientiert,
- geschlechtsspezifisch,
- multikulturell und
- psychoedukativ.

Behandlungsschwerpunkte

- hochfrequentierte Einzeltherapie; ggf. Traumatherapie.
- individuelle Förderung zur Vorbereitung/ Erlangung einer schulischen und/oder beruflichen Qualifizierung.
- Arbeitstherapie.
- Arbeit mit der Herkunftsfamilie.
- Erwerb alltagspraktischer Fähigkeiten; Kompetenzerweiterungstraining.

- Entwicklung von Freude an einem gesundheitsbewussten Lebensstil.
- Bewegungs-, Sport- und Entspannungstherapie.
- erlebnispädagogische Projekte.
- Schutz vor schädigenden Kontakten.
- Rückfallpräventionstraining, Gesundheitsschulungen.

Umgang mit dem Rückfall

Rückfallprävention(straining)

individuelle Rückfallbearbeitung bei erkennbarer Behandlungsmotivation

Behandlungsziele

- Abstinenzverhalten.
- Wiederherstellung bzw. wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit (vgl. Ziele der medizinischen Rehabilitation gem. der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001); Vorbereitung/Erlangung einer schulischen und/oder beruflichen Qualifizierung.
- Wiederherstellung der Gesundheit (psychische und physische Stabilität, Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit).
- Entdecken persönlicher Ressourcen.
- (Wieder-)Erwerb/Stärkung emotionaler, kognitiver und sozialer Kompetenzen.
- Förderung von Realitätsbezug und Eigenverantwortlichkeit.
- Entwicklung von Vertrauen in sich und andere.
- Lösung aus schädigenden Milieus.
- Entwicklung von Lebenszielen und Idealen.

Freizeitgestaltung

- geschlechts- und migrationsspezifisch.
- 2 x wöchentlich angeleitete(s) Lauftherapie, Nordic-Walking.
- Erlebnispädagogische Projekte.
- Besuch kultureller Angebote in der Region.
- Besuch bzw. Mitgliedschaft in örtlichen Sportvereinen.
- interne Angebote (z.B. kreatives Malen, Theatergruppe, Aikido, Tai-Chi, Qi Gong).

Regeltherapiedauer

18 Wochen (+ 14 Wochen Adaption)

Aufgrund der Besonderheit der Rehabilitanden, bspw. durch eine höhere gesundheitliche Belastung, wird der Behandlungserfolg ggf. deutlich beeinflusst und die Rehabilitationsdauer muss verlängert werden.

Evaluation

Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm der DRV'en, Dokumentation der Rehabilitation über Patfak; individuelle Kontrolle des Rehabilitationsverlaufes; Überprüfung des Rehabilitationserfolges über Fachgespräche, interne und externe Supervision.

Arbeit im suchtspezifischen Verbundsystem

enge Kooperation mit den psycho-sozialen Verbundsystemen in der Region.

Kooperation mit Institutionen/Selbsthilfegruppen

Kooperation mit den Sozial- und Gesundheitsdiensten, der Agentur für Arbeit/dem Jobcenter und von dort legitimierten Einrichtungen der Arbeitsvermittlung in der Region sowie Sport- und Freizeiteinrichtungen.

Rehabilitationsteam

Facharzt für Psychiatrie (in Kooperation mit dem St. Marien Hospital Eickel)

0,50 St. Psychologe (Masterstudium)

1,00 St. Sozialarbeiter/-pädagog B.A. mit psychotherapeutischer/
sucht-spezifischer Zusatzausbildung nach den Empfehlungen
des VDR und traumatherapeutischer Spezialisierung

0,50 St. Klinischer Sozialarbeiter/-pädagoge B.A.

0,25 St. Pflegepersonal

0,50 St. Berufliche/schulische (Re-)Integration, inkl. Hauswirtschaft

0,50 St. Leitung, inkl. Verwaltung

3 Integrierte Behandlung

Mit der *Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen* vom 04.05.2001 mit Wirkung zum 01.07.2001 ist eine neue Arbeitsgrundlage für die Behandlung Suchtkranker gegeben. Danach ist eine flexible und Rehabilitanden gerechte Gesamtbehandlung möglich, d.h. die Voraussetzungen einer Modifikation des Behandlungsansatzes i.S. einer *integrierten Behandlung* sind gegeben, was die Erweiterung des Indikationsbereichs auf legale und illegale Suchtmittel beinhaltet.

In der Behandlung von abhängigkeitskranken Rehabilitanden legaler und illegaler Suchtmittel ergeben sich nicht nur gleiche oder ähnliche Problemstellungen, sondern auch identische Behandlungsziele. Dies leitet sich auch aus der *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen* aus 2006 und der *Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen* vom 04.05.2001 und dem *Gesamtkonzept zur Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen* vom 15.05.1985 ab; d.h. eine Unterscheidung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen nach Suchtmitteln findet sich in den Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung nicht.

In der *integrierten Behandlung* stellen sich für *abhängigkeitskranke Menschen (legaler und illegaler Suchtmittel)* dementsprechend sehr ähnliche Fragen und psychosoziale Probleme:

- Aufbau eines abstinenten Lebens
- Aufbau eines abstinenten sozialen Netzwerkes
- Entwicklung einer sinnvollen Freizeitgestaltung

Diese Fragestellungen und zu erarbeitenden Zielen verbinden alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Rehabilitanden und schaffen einen guten Boden für

eine *integrierte Behandlung*; die Art des Suchtmittels ist in diesem Zusammenhang irrelevant. „Genau diese gemeinsamen Problemfelder und der Versuch, *neue* Fähigkeiten zu entwickeln und sich gegenseitig darin zu unterstützen, schaffen Verbindungen und den Boden eines produktiven Zusammenlebens und -lernens“.

4 Arbeitstherapie und schulische/berufliche (Re-)Integration

Das Leistungsmodul hat im Rahmen der Rehabilitation einen ausgesprochen hohen Stellenwert. In ihrer bisherigen Lebensbiographie können junge Abhängigkeitskranke oft nur wenig oder gar keine Erfahrungen in oder mit der Arbeitswelt aufweisen. Schwerpunkt der Lerninhalte bilden auf diesem Hintergrund Belastbarkeitstrainings, Angebote und Möglichkeiten, die die „Selbstwirksamkeit“ der Rehabilitanden erfahrbar machen sowie die konsequente Vorbereitung auf weiterführende Qualifikationen.

Schulische und arbeitsbezogene Leistungen sind „individuell, umfassend, zielorientiert und so konkret, wie es für den Individualfall nötig ist, realistisch, flexibel und gemeinsam mit den Rehabilitanden zu planen und schlüssig, ergebnisorientiert durchzuführen“ (Wiegand, 2012).

Im gemeinsamen Rahmenkonzept von *DRV* und *GKV* für die ganztägig ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker (*DRV* et al., 2011) wird ausgeführt, dass die „Aufgabe dieser Maßnahmen ist, die Fähigkeit der Rehabilitanden im Bereich Arbeitshandlungen zu erweitern und zu verbessern“. Dazu werden insbesondere folgende Leistungen gezählt:

- Maßnahmen zur Stärkung von Ausdauer und Motivation,
- Maßnahmen zur Erweiterung der sozialen Kompetenz und zur Entwicklung von Eigeninitiative am Arbeitsplatz wie auch im alltäglichen Leben,
- Hilfen zur Problembewältigung,
- Hilfen zur Überprüfung von Selbsteinschätzung und Fremdbeurteilung.

Um passgenaue Lösungen für die Rehabilitanden entwickeln zu können, müssen ihre individuellen Problemlagen erkannt werden und Möglichkeiten gegeben sein, auf diese angemessen einzugehen (vgl. *fdr*, 2012).

Um die Hemmnisse wirksam und effizient bearbeiten zu können, müssen alle notwendigen (Einzel-)Maßnahmen in die Gesamtplanung der Rehabilitation konsequent eingebunden werden.

Da die „besondere Zielgruppe“ suchtmittelkonsumierender bzw. suchtmittelabhängiger junger Menschen (nach Maßgabe von § 3 SGB II) von besonderen Vermittlungshemmnissen gekennzeichnet ist, müssen im Behandlungskontext Maßnahmen zur Verbesserung der Chancen auf schulische und berufliche (Re-)Integration sichergestellt werden. Die einzuleitenden Maßnahmen müssen „dem gesetzlichen Auftrag (dienen), Menschen in Arbeit zu integrieren. Sie bieten die Möglichkeit, Ursa-

chen des Suchtverhaltens zu erkennen und Hilfestellung in Situationen zu geben, in denen ohne Betreuung Rückfälle drohen. Darüber hinaus schaffen sie die Möglichkeit der Tagesstrukturierung und verringern die Gelegenheit zum Suchtmittelkonsum und -verhalten“ (Leune, 2009).

Die besondere Bedeutung des therapeutischen Ansatzes sehen wir darin, die Rehabilitanden bei einem inneren Prozess der persönlichen Stabilisierung zu unterstützen, der ihnen die erfolgreiche Teilnahme an weiterqualifizierenden Maßnahmen ermöglicht.

Für alle Rehabilitanden ist die Teilnahme an diesem Leistungsmodul verpflichtend und lernt während der Rehabilitation unterschiedliche Bereiche kennen, um ihm „seine“ Fähigkeiten und Fertigkeiten erfahrbar zu machen.

Das Leistungsmodul erfüllt eine wichtige Aufgabe und hat eine hohe Bedeutung für die Einrichtung. Die Rehabilitanden erleben ihre Tätigkeit als eine wirkliche Notwendigkeit, sie erfahren das Gefühl, gebraucht zu werden, etwas Sinnvolles zu tun und Verantwortung zu haben.

Über verdienten Erfolgserlebnissen erleben die Rehabilitanden, dass Wachstum möglich ist, dass sie lernfähig sind und unter Anleitung auch Aufgaben meistern können, die ihnen zuvor große Angst bereiteten. Sie erleben, dass Arbeit mehr sein kann als eine lästige Pflichtübung, bei der es nur darum geht, den Lebensunterhalt zu sichern - Leistungsmotivation kann Spaß machen und Befriedigung verleihen.

Die Zuordnung der Rehabilitanden zu den verschiedenen Bereichen erfolgt auf der Grundlage der prozessualen Diagnostik und des erarbeiteten Behandlungsplanes.

Das Leistungsmodul kommt im gesamten Therapieverlauf eine stark stabilisierende Funktion zu. Durch den täglich wiederkehrenden Rhythmus entsteht eine förderliche Kontinuität und ein realitäts-bezogenes Zeitgefühl; durch die körperliche Betätigung entsteht ein gesundes Körpererleben, welches sich positiv auf viele Bereiche auswirkt, wie z.B. auf den Appetit, auf das Schlafverhalten etc.

Die in einem Bereich tätigen Rehabilitanden planen in wöchentlichen Besprechungen ihr Pensum und reflektieren die geleistete Leistung. Ziel ist es, dass die Gruppen weitgehend selbstständig bei der Gestaltung. Kreatives und effektives Arbeiten soll durch ein hohes Maß an Motivation und Identifikation mit den gemeinsam entwickelten Zielen gefördert werden.

In Einzelfällen kann der Therapeut mit besonders motivierten Rehabilitanden Rahmenbedingungen für individuelle Projekte absprechen, so dass die Rehabilitanden die Möglichkeiten haben, in einem weitgehend selbstbestimmten Prozess sichtbare Ergebnisse eigener Anstrengungen zu produzieren.

Am Ende der Rehabilitationsmaßnahme erhält jeder Rehabilitand eine individuelle Rückmeldung des Therapeuten bezüglich seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Leistungsfähigkeit, Engagement, Zuverlässigkeit und Teamfähigkeit).

• **Schulische Bildung**

Grundsätzlich bestehen für die Rehabilitanden die Möglichkeiten, schulisch intensiv gefördert zu werden.

In der Regel kann der Schulpflicht während der Rehabilitation nicht nachgekommen werden, da sehr häufig erheblichen persönlichen und/oder schulischen Defiziten gegeben sind., die zunächst in der Einrichtung bearbeitet werden müssen, um einen regulären Schulbesuch zu ermöglichen.

Für Rehabilitanden mit (weitreichenden) Defiziten ist ein interner Unterricht in den Bereichen Lesen, Schreiben und Rechnen kontinuierlich vorgesehen, der i.d.R. dreimal wöchentlich mit 2 Stunden Unterricht stattfindet.

• **Klimaschutz: Ganz Praktisch**

Für Jugendliche und junge Erwachsene hat das Thema „Klimawandel“ eine hohe Bedeutung. Angesichts der Folgen entsteht eine „große Angst“ vor der Zunahme von Verlust des Lebensraums für Menschen und Tiere und extremen Wetterphänomenen (*SINUS-Jugendumfrage*, 2024).

Das „Recht auf Klimaschutz“ junger Menschen haben das *Bundesverfassungsgericht* am 24.03.2021 und das *Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg* am 16.05.2024 eindeutig geklärt und festgestellt, dass Klimaschutz Verfassungsrang hat und die Regierung verpflichtet ist, Klimaschutzprogramme umzusetzen.

Mit dem Leistungsmodul „Klimaschutz: Ganz Praktisch“ werden wir diese Sorgen aufnehmen und in konkrete Maßnahme umsetzen.

Wir werden die Rehabilitanden motivieren und begeistern, sich durch gemeinschaftliches Handeln für die Umwelt und Natur einzusetzen und sich über eine große Vielfalt an Lebensräumen und Arten, sowie über gute Luft, sauberes Wasser, gesunde Böden und ein Höchstmaß an endlichen Ressourcen zu engagieren.

Mit dem *Naturschutzbund Deutschland e.V. (NABU)* und dem *Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland (BUND)* in Herne wollen wir eine Kooperation abschließen und die Rehabilitanden aktiv in den Klimaschutz einzubringen.

In diesem Leistungsmodul werden ganz unterschiedliche Aufgaben wahrgenommen:

- Vertretung der Interessen des Naturschutzes im Naturschutzbeirat der Stadt Herne.
- Gemeinsam arbeiten, für Naturschutzarbeit durch die Anlage und Pflege von Biotopen (z.B. Obstwiesen und Hecken, Laichgewässern und Feuchtwiesen, Fassadenbegrünung).
- Untersuchung regelmäßig die Qualität der Herner Bäche (Biologische Gewässer-gütebestimmung).
- Exkursionen und zu aktuellen Themen durch.
- Regelmäßig Bestandsaufnahme, Werkkurse und Aktionen für Kinder und Erwachsene zu aktuellen, umweltrelevanten Themen an, wie: Bau von Nistkästen, Schneiden und Verarbeiten von Weiden, Bau von Kräuterspirale und Lehmbackofen, Bau einer Wildbienenennistwand aus Lehm, Bau von Amphibientümpel,

Dachflächenbegrünung, Wildwiesen erhalten und pflegen und schützen, Nistkästen im Herner Stadtgebiet reinigen, Streuobstwiesen erhalten, Bäume pflegen und schützen, Amphibien schützen.

Das Leistungsmodul wird kontinuierlich mindestens einmal wöchentlich für 4 Stunden angeboten.

- **Second-Hand-Laden**

Mit dem Leistungsmodul „Second-Hand-Laden“ werden die Leistungen und Möglichkeiten zur Unterstützung und Begleitung der schulischen und beruflichen Ausbildung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen nachhaltig und wirksam gefördert (Henkel, 2014).

Leistungen zur Unterstützung von Rehabilitanden mit Behinderungen und komplexem Unterstützungsbedarf stellen einen gleichberechtigten Zugang zur sozialen Teilhabe sicher. „Hierzu bedarf es teilhabeorientierter, trägerübergreifender und individueller passgenauer Unterstützungssettings, die auf der Grundlage eines [Unterstützungs-Managements] in den verschiedenen Systemen der [schulischen und] beruflichen Ausbildung [...] eingesetzt werden können“ (BAG, BBW, 2019).

Die systematische Umsetzung entsprechender Maßnahmen ist von grundlegender Bedeutung, da die Rehabilitanden überwiegend nur geringe Integrationschancen haben und die hochbelastete Gruppe der Menschen mit vielfältigen Vermittlungshemmnissen (hier: Abhängigkeits- und psychisch Kranke) entsprechender Unterstützung und Begleitung bedürfen (vgl. Henkel, 2016: Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration und Aktivierung suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II).

Der „Secand-Hand-Laden“ bietet insbesondere einen sozialen und umweltfreundlichen Faktor und eine besondere Rolle, in dem Kinderbekleidung und -spielzeug usw. angeboten wird. Die Waren kommen nicht nur der sozial schwächeren Schicht, sondern der gesamten Bevölkerung zugute.

Das Leistungsmodul wird kontinuierlich mindestens dreimal wöchentlich für 4 Stunden angeboten.

- **„Werkstattjahr“**

Das „Werkstattjahr“ ist ein Förderangebot im Übergang Schule-Beruf und verbindet berufliche Qualifizierung mit betrieblichen Praxisphasen.

Das „Werkstattjahr“ richtet sich an noch nicht ausbildungsreife Jugendliche und junge Erwachsene und verbindet berufliche Qualifizierung mit praktischer, produktiver Arbeit und betrieblichen Praxisphasen.

In der Regel richtet sich das Programm an Jugendliche und junge Erwachsene, die bei Eintritt in das Projekt unter 25 Jahre alt sind. Die Zuweisung obliegt der zuweisenden Stelle (Agenturen bzw. Jobcentern) vor Ort. Die reguläre Verweildauer in der Maßnahme beträgt in der Regel bis zu 12 Monate.

Mit dem Leistungsmodul wird durch eine sinnvolle Verknüpfung der trägergestützten Lernphasen mit betrieblichen Praxisphasen soll die Entwicklung der Ausbildungsreife der Jugendlichen und jungen Erwachsenen gefördert werden. In Maßnahmen des Rechtskreises SGB II soll sich die Dauer betrieblicher Praxisphasen an den Vorgaben des § 16 SGB II i.V.m. § 45 SGB III bemessen sowie am individuellen Leistungsvermögen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, mit dem Ziel die Betriebsreife zu fördern.

In Kooperation mit dem Jobcenter Herne werden Möglichkeiten abgesprochen, wie dies in der Rehabilitation durchgeführt werden kann.

- **Kooperation mit dem Berufsförderungswerk (BFW) Dortmund**

Der Leistungserbringer arbeitet mit dem BFW Dortmund zusammen, damit die Leistungsfähigkeit und -belastung der Rehabilitation überprüft wird.

Die Rehabilitanden nehmen an 3 Tagen an einem Reha-Assessment (*BFW*, 2024) teil, um ihre schulische/ beruflichen Eignung abklären zu lassen. Mit einer Selbsteinschätzung berufsbezogener Eigenschaften und Kompetenzen werden die Rehabilitanden befragt, damit die Diagnose von körperlichen und geistigen Fähigkeiten, praktischen Fertigkeiten und arbeitsbezogenen Kenntnissen dient der Abklärung der schulischen und beruflichen Eignung festgestellt wird. „Dabei geht es nicht nur um die Auswahl der richtigen Bildungsleistung, sondern auch um die Frage, wie verfügbare Qualifizierungs- und Fördermodule so kombiniert werden können, dass das Rehabilitationsziel erreicht wird“ (*BFW Dortmund*, 2021).

Mit 10 Eigenschaften aus den Bereichen „Engagement und Arbeitshaltung“ und „Persönliche Stabilität“, sowie insgesamt 24 Kompetenzen aus den Bereichen „soziale Kompetenzen/Interaktion mit Anderen“, „Persönliche Kompetenzen“, „Intellektuelle Fähigkeiten“, „Fachliche Kompetenzen“ und „Praktische Fertigkeiten“, wird eine strukturierte Selbstdarstellung erstellt.

Die erzielten Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Rehabilitanden sich im Vergleich zur Referenzgruppe hinsichtlich seiner Eigenschaften der beruflichen Kompetenzen einschätzt und damit ein niedriges oder höheres Ergebnis erzielen. Den hier erhobenen Befunden sind grundsätzlich geeignet, dass die Rehabilitanden für Tätigkeiten oder Qualifizierungen auf einfachem oder höherem Anforderungsniveau in der Theorie die Kompetenzen besitzt.

5 Adaption in ganztägig ambulanter Form

Im Gesamtkonzept der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 ist die Adaptionsphase integraler Bestandteil der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Suchtkranker (hier: Bestimmungen der SGB V und VI in der Leistungsträgerschaft der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger), um eine dauerhafte Abstinenz zu erreichen und zu erhalten, körperliche und seelische Störungen weitgehend zu beheben oder auszugleichen und die möglichst dauerhafte (Wieder-) Eingliederung in Arbeit, Beruf, Schule und Gesellschaft zu erhalten bzw. zu erreichen.

„Rehabilitation soll chronischen Erkrankungen vorbeugen, die Arbeitskraft chronisch Kranker soweit als möglich wiederherstellen und erhalten, Behinderungen [...] durch funktionsbezogenes Training beheben oder mindern und [...] Abhängigkeitserkrankungen u.a. durch psycho- und verhaltens-therapeutische Maßnahmen soweit beseitigen, dass den [Rehabilitand] eine aktive Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben wieder möglich wird“ (Borges et al., 2006).

Von dem Grundgedanken ausgehend, dass die Adaptionsphase *regelmäßig* Bestandteil der medizinischen Rehabilitation Suchtmittelabhängiger ist (vgl. DRV, 2019: Rahmenkonzept der Adaptionsphase), hat die Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (WAG) im November 2001 im Sinne einer weiteren Flexibilisierung und Differenzierung der medizinischen Rehabilitation das Kooperationsmodell der Phasen I und II der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker entwickelt, um hierüber eine wesentliche Grundlage in der Effektivierung des therapeutischen Angebotes für Abhängigkeitskranke - in enger Verzahnung mit der Phase II der medizinischen Rehabilitation - zu schaffen.

Die Angebote der ganztägig ambulanten Adaption sind *kein* Regelangebot, sondern können i.d.R. von Rehabilitanden im Anschluss an ihre stationäre Entwöhnungs-/ Adaptionsbehandlung wahrgenommen werden, um die soziale und berufliche (Re)Integration zusätzlich zu fördern und konkrete Schritte zur Umsetzung in Kooperation mit dem Jobcenter, der BA und Arbeitgebern einzuleiten.

Insbesondere in den ersten Wochen nach Abschluss der stationären Behandlung ist es für die Rehabilitanden schwierig, ohne Hilfestellungen und Kontrolle ihren Lebensalltag zu strukturieren und den alltäglichen Verpflichtungen nach zu kommen. Immer dann, wenn „Freiräume/Wartezeiten“ zu überbrücken sind (z.B. bis Maßnahmen der beruflichen Integration beginnen), wird es „kritisch“ für die Rehabilitanden. Die weitere Einbindung in begleitende Maßnahmen der Einrichtung (z.B. durch Einzel- und Gruppengespräche) gibt Halt und Struktur, vermeidet Verhaltensrückfälle und destruktive, unreife Abwehrmechanismen.

Mit dem Setting ist ein Rahmen gegeben, der es den Rehabilitanden ermöglicht, kontinuierlich an ihrer Problematik weiterzuarbeiten. Es werden Möglichkeiten eröffnet, die Schwierigkeiten und Probleme eines neuen Lebenskontextes zu thematisieren, problembezogene Bewältigungsstrategien zu entwickeln, immer wieder Erleichterung und Ermutigung zu finden, d.h. Ansprechpartner zu haben, die mit Rat und Tat zur Seite stehen. Das positive Erleben von Sinnerfahrung und Belastungsbewältigung wird gefestigt. Die Sicherung der Abstinenz ist zentrales Ziel, wobei die Auseinandersetzung mit den eigenen Grenzen dabei von entscheidender Wichtigkeit wird.