

Therapeutische Gemeinschaften

**in der stationären medizinischen Rehabilitation von
Abhängigkeitserkrankungen (Drogenabhängigkeit)**

**Selbstverständnis, Wirkfaktoren und
Klassifikationssystem (ICF)**

Arbeitsgruppe „Drogenarbeit“ der
Caritas Suchthilfe CaSu e.V. - Bundesverband der Suchthil-
feinrichtungen im Deutschen Caritasverband

Köln, im Februar 2010

Inhaltsverzeichnis:

	VORWORT	3
1	SELBSTVERSTÄNDNIS	4
2	WIRKFAKTOREN	8
3	DIE BEDEUTUNG DES ICF	12
4	QUELLENVERZEICHNIS	21

Vorwort

Mit den nachfolgenden Ausführungen legt die *Caritas Suchthilfe CaSu - Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband* eine Ausarbeitung zu Rolle und Stellenwert von Therapeutischen Gemeinschaften im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen (Drogenabhängigkeit) vor. Die Ausführungen bestehen aus drei Teilen:

1. In Kapitel 1 wird das Selbstverständnis Therapeutischer Gemeinschaften (im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen [Drogenabhängigkeit]) dargestellt. Dieses wird anhand von strukturellen und prozessbezogenen Kernelementen Therapeutischer Gemeinschaften expliziert.
2. In Kapitel 2 werden grundlegende Standards sowie unspezifische und spezifische Wirkfaktoren von Therapeutischen Gemeinschaft (im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen [Drogenabhängigkeit]) dargestellt und erläutert.
3. in Kapitel 3 wird die Bedeutung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) mit Blick die Therapeutischen Gemeinschaften (im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen [Drogenabhängigkeit]) dargestellt.

Die Ausführungen wurden im Zusammenhang mit der Ausarbeitung spezifischer Leistungen von Therapeutischen Gemeinschaften im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen (Drogenabhängigkeit) im Hinblick auf die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) erarbeitet. Sie liefern fachliche Grundlagen zum Verständnis von Therapeutischen Gemeinschaften (im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen [Drogenabhängigkeit]) im Allgemeinen wie auch zu den spezifischen Leistungen im Besonderen.

1 Selbstverständnis

Fachkliniken zur medizinischen Rehabilitation, die nach dem Konzept der **Therapeutischen Gemeinschaft** arbeiten, behandeln drogenabhängige Menschen - auch mit deren Kindern -, die in Entstehung und Folge der Abhängigkeitserkrankung von tief greifenden Ich - funktionellen, -strukturellen Störungen, schwerwiegenden Entwicklungsdefiziten, ausgeprägten Verwahrlosungsqualitäten und verheerenden Verwerfungen in der Biographie durch Gewalt, Entwurzelung und auch Zwangsprostitution betroffen sind.

Die Behandlung drogenabhängiger PatientInnen zielt auf Veränderungen im Erleben und Verhalten innerhalb eines überschaubaren therapeutischen Milieus. Maligne Bahnungen und Muster (Suchtgedächtnis) sollen ihre Wirkung verlieren und überwunden werden. Die salutogenetische Sicht, mit den Zielen Ressourcenaktivierung und -entwicklung, ist lösungsorientiert ausgerichtet. Erfolgerlebnisse, verbunden mit einer positiven Selbst- sowie der Fremdattribuierung durch die Gemeinschaft wirken identitätsstiftend.

Die Neurobiologie empfiehlt das Leben in der Gemeinschaft. Sie weist darauf hin, dass die Aktivität des Dopaminsystems von den Lebensumständen abhängig ist, also vom Vorhandensein unterschiedlicher Belohnungsreize in der Umgebung und damit vom Vorhandensein einer interessanten Umgebung überhaupt. Darunter wird u.a. der liebevolle Blick, Anerkennung durch wichtige Menschen, ein beglückendes Sozialleben in einer gesunden Lebenswelt verstanden.

Therapeutische Gemeinschaften arbeiten **beziehungsorientiert**. Sie reflektieren die Relationen der Bezogenheit: Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung und Bindung. Die Droge wird für drogenabhängige Menschen oft schon in der Pubertät zum Ersatzobjekt. Die Familie als Ort von Geborgenheit und Vertrauen, sowie die Eltern als Sicherheit, Halt und Geborgenheit bietende Bezugspersonen (Objekte) standen oft gar nicht oder nur rudimentär zur Verfügung. Geschwister, von denen gelernt werden konnte, mit denen man sich auf gleicher Ebene auseinandersetzt, die sich gegenseitig unterstützen, mit denen man sich identifiziert, die füreinander eintreten, waren meist nicht vorhanden. Drogenabhängige PatientInnen waren sich in der Kindheit und Jugend nicht selten selbst überlassen und damit total überfordert. Ihre Biographien sind durch vielfältige traumatische Ereignisse geprägt. Das Zerschneiden familiärer Bindungen, Sucht, Aggressivität, Angst und Armut prägen in vielen Herkunftsfamilien die Atmosphäre. Ihr Seelenleben prägt das Fehlen innerer Beistände. Menschen, die sie über die Lebensspanne gestützt, begleitet und geliebt haben, sind kaum vorhanden.

Die tragfähige, vertrauensvolle therapeutische Beziehung ist Agens, ist treibende Kraft und Träger der Behandlung. Sie ist die Basis für notwendige Resozialisierung, Nachsozialisierung und Nachreifung drogenabhängiger PatientInnen. Zu ihr gibt es kein Äquivalent.

Kinder von **Migranten - Gastarbeitern, Spätaussiedlern, Asylanten, Emigranten** - sind mit der Adaption der gesellschaftlichen Realität in Deutschland oft überfordert. Sprachdefizite schließen sie von Bildung, von einer identitätsstiftenden Berufs- und Erwerbsperspektive und damit einer angemessenen Teilhabe an der Gesellschaft (Wissens-, Leistungs-, Konsumgesellschaft) aus. Ihre ethnische und religiöse Orientierung, ihre gesellschaftlichen Prägungen in islamistischen oder kommunistischen Staatsgefügen, mit den jeweils geltenden Werten und Normen, kollidieren mit denen unserer christlich-demokratischen, auf freie und soziale Marktwirtschaft gegründeten Kultur. Ihnen fehlt eine ausreichende Sinner-

fassungskapazität für das Erleben und die Erfahrung, das eigene Leben planen und gestalten zu können. Stattdessen prägen Überforderung und Hilflosigkeit ihr Dasein. Mit Hilfe von Drogen versuchen sie ihre negative Befindlichkeit positiv zu verändern. Am Ende verabschieden sie sich durch Betäubung aus der Realität.

Den **Anomiedruck**, die Amplitude zwischen eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten einerseits und gesellschaftlichen Anforderungen, Wissen und Können andererseits, schaffen drogenabhängige Menschen nicht zu kontrollieren und zu bewältigen. Der Versuch durch Kriminalität zumindest an der Konsumgesellschaft teil zu haben, treibt sie in die Subkulturen (Drogenszene und in kriminelle Milieus). Am Ende steht das Gefängnis. Kriminalität, Gewalt und Chaos bestimmen die Lebenswelt. Ihr extremer Lebensstil und damit ihre Identität entspricht dann den Werten und Normen dieser social worlds. Außen und Innen verschränken sich, das äußere destruktive Agieren spiegelt die Innenwelt.

Die Erkenntnis, dass drogenabhängige Menschen in ihrem Leben oft an Übergangssituationen scheitern, wurde in der Drogentherapie mit einer individuellen und flexiblen Behandlungsführung (ambulante, tagesklinische und stationäre Behandlung) sowie dem Ausbau der Nachsorge (Adaptionseinrichtungen, Betreutes Wohnen, Ambulante Nachbehandlung) zur Sicherung des Behandlungserfolges Rechnung getragen. Das Abfedern der Übergänge soll dazu beitragen, erneute Überforderung und damit den Rückfall zu vermeiden. Die Etablierung der Selbsthilfe von drogenabhängigen Menschen gelingt bislang fast nur im großstädtischen Raum. Die Erfahrung zeigt, dass sie durch nichts zu ersetzen ist.

Therapeutische Gemeinschaften sind auf Selbsthilfe hin orientiert. Das „Lernen von- und miteinander, wechselseitige Hilfe und Unterstützung“ sind die Prinzipien im therapeutischen Alltag. Zu bedenken ist, dass Abstinenzfähigkeit des einzelnen Patienten signifikant mit der Abstinenzfähigkeit der Gemeinschaft korreliert.

In Therapeutischen Gemeinschaften spielen die Patientenvertretung (Patientensprecher, Gruppensprecher, Frauensprecherin, der Patientenbeirat, die Interne Vollversammlung), Patenschaften und die Übernahme von Verantwortungsbereichen (Posten) eine tragende Rolle. Die Arbeitstherapie produziert qualifizierte Produkte und wertvolle Dienstleistungen. Mit der Arbeit in den Hausroutinen, wie Putzen, Spülen, Kochen etc. tragen die PatientInnen zur Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit bei. Eigeninitiative, selbständiges, verantwortliches Handeln und Unternehmergeist tragen zur Entwicklung und zum Wachstum des Einzelnen, der Gemeinschaft und auch der Institution bei.

Die Verschränkung von Therapie- und Realraum prägt das Leben in den Therapeutischen Gemeinschaften. Therapie hat ihren Sitz im alltäglichen Leben und zielt somit auf die Entwicklung von lebenspraktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Lebensklugheit.

Drogenabhängige PatientInnen brauchen **ein Zuhause auf Zeit**, eine Gemeinschaft, in der sie Zugehörigkeit und Zusammenhalt erleben, Menschen, mit den sie leben und arbeiten, damit Ausgrenzung und Stigmatisierung überwunden werden.

Therapeutische Gemeinschaften nutzen Erkenntnisse, die Therapiemanualen zugrunde liegen, wie die der Dialektisch - Behavioralen Therapie zur Behandlung der Borderline - Persönlichkeitsstörung. Sie sind spezialisiert auf den Umgang mit PatientInnen mit extremen Lebensstilen. Triebverzicht, Trieb-, Affekt- und Impulskontrollprobleme stehen im Mittelpunkt der Behandlung Therapeutischer

Gemeinschaften. Diese Fähigkeiten werden im therapeutischen Alltag gelernt und geübt. Medikamentöse Unterstützung erfolgt bei vorliegender Indikation, wobei Besonderheiten bei drogenabhängigen PatientInnen zu berücksichtigen sind. Der Ausstieg aus dem süchtigen Modus ist erschwert, da drogenabhängige Menschen Spezialisten für Selbstmedikation sind.

In den Therapeutischen Gemeinschaften werden die PatientInnen nicht nur „behandelt“. Therapeutische Gemeinschaften konstituieren sich durch die Aktivität und den Einsatz von PatientInnen und TherapeutInnen gleichermaßen. Sie verstehen sich als lernende Organisationen.

Die Behandlung in Therapeutischen Gemeinschaften benötigt ausreichend Zeit, um Nachsozialisation, Nachreifung und Wachstum zu fördern. Erlebte Solidarität und Wertschätzung, die Erfahrung, zur Gemeinschaft zu gehören und für sie wichtig zu sein, stellt für die PatientInnen eine existenzielle, stützende Lebenserfahrung dar. Vertrauensvolle Begegnungen und Beziehungen etablieren innere Beistände. Selbstfindung und Nachsozialisation braucht Raum für ein Durchleben von Ambivalenzen, zum Abschmelzen von Widerständen und zur Aufgabe von Abwehrmechanismen. Die Wiederentdeckung des Selbst und der Lebensfreude ist die Basis für ein selbstbestimmtes, autonomes Leben.

Anpassung kann nicht vorrangiges Ziel sein. Drogenabhängige PatientInnen haben existenzielle Krisen und Notlagen erlebt, ihr inneres Gleichgewicht verloren oder in ihrem bisherigen Leben nie gefunden. Sie können es nur in einer gesunden, schützenden und geordneten Umgebung finden, wiederfinden. Sie benötigen den Spiegel der Gemeinschaft, um sich orientieren, verändern und entwickeln zu können. Das Zusammenleben in der Therapeutischen Gemeinschaft ist Übungsfeld für neue Kompetenzen und Performancen. Maligne Bahnungen verlieren ihre destruktiven Wirkungen, wenn neue, benigne Muster Hoffnung und Zuversicht generieren. So öffnet sich der Blick in eine bessere Zukunft.

Der Lebensstil junger drogenabhängiger Menschen zeigt, wie Menschen sich heute in virtuellen Welten verlieren, von der Lebensrealität, der fassbaren Lebenswelt entfernen. Jüngere Drogenabhängige repräsentieren die „Spaß-Generation“ der 80er Jahre und das „Gefühl der Perspektivlosigkeit“ der 90er Jahre. Sie setzen sich wenig mit ihrer Innenwelt, ihren Empfindungen, Gefühlen und Einstellungen auseinander. Sie versinken im Chaos.

Therapeutische Gemeinschaften nutzen die neuen Medien. Die Zeit vor dem PC und dem Fernseher ist jedoch begrenzt, das Handy ist in vielen Gemeinschaften tabu. Spiele im Netz, Baller-, Horrorfilme und -spiele stehen auf dem Index. Drogenabhängigen PatientInnen ist der Thrill des Horrors der eigenen Drogenkarriere zu Beginn der stationären Therapie noch nahe. Auf den Kick des süchtigen und kriminellen Modus zu verzichten, stellt den Einzelnen und die Gemeinschaft vor die vielleicht größte Herausforderung.

Die Konzepte der Therapeutischen Gemeinschaften sind wissenschaftlich fundiert. Die ÄrztInnen, PsychologInnen und BezugstherapeutInnen (Dipl. SozialarbeiterInnen/-pädagogInnen) sind sozio-, psycho- und suchttherapeutisch, die HandwerksmeisterInnen und HauswirtschaftsmeisterInnen arbeitstherapeutisch ausgebildet. Externe Fall- und Teamsupervisionen, Coachings, Organisationsentwicklungsprozesse und ein systematisches Qualitätsmanagement gehören zum Standard. Die Teams Therapeutischer Gemeinschaften sehen sich als Modell, als Vorbild für die Patientenschaft. Funktionieren sie, geht man offen, direkt und unmittelbar, wohlwollend und wertschätzend miteinander um, bestimmen

Kohäsion und Kohärenz als Ausdruck fundierter Kollegialität ihr Wirken, schlägt sich dies in der therapeutischen Beziehung nieder.

Aufgrund des ausgeprägten Initialzwangs, der die meisten drogenabhängigen PatientInnen zunächst zur Therapie veranlasst, sehen sich die Teams oft destruktiven, ablehnenden Verhaltensweisen ausgesetzt.

Neue PatientInnen benötigen ausreichend Raum und Zeit für die probatorische Phase, eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Therapiekonzept und der Behandlungsordnung, einen dosierten anamnestisch-diagnostischen Prozess, um Krankheitseinsicht und damit intrinsische Motivation entwickeln zu können. Eine selbstbestimmte Entscheidung für eine Therapie in der jeweiligen Gemeinschaft, die Bereitschaft, unter den gegebenen sozialen und ökologischen Bedingungen leben zu wollen, lässt sich nicht erzwingen. Voraussetzungen sind das Gefühl, sich angenommen, gemocht und aufgehoben zu fühlen, Hoffnung und Zuversicht und Vertrauen in die Wirksamkeit der Behandlung. Zu bedenken ist, dass Begegnung, Wachstum und Verantwortung im alltäglichen Tun erlebt und erfahren werden muss, damit es transformiert und generalisiert und in spätere, neue soziale und ökologische Zusammenhänge transferiert werden kann.

Die Ziele Resozialisierung, Nachsozialisation, Wachstum und Reife basieren auf einer guten therapeutischen Beziehung und einem sicheren Arbeitsbündnis. Jede/r TherapeutIn und das Team als Ganzes setzt sich daher permanent mit ihren/seinen Gegenübertragungsreaktionen, den eigenen Reaktionen, Resonanzen und Reaktanzen auf das teilweise heftige Agieren der PatientInnen auseinander. Die Gefahr der Spaltung von Teams aufgrund der Borderline-Dynamik, co-abhängigen Agierens oder einer malignen Parentifizierung ist nur durch Fall- und Teamsupervision auf der Basis einer differenzierten Behandlungsplanung und systematischen Evaluation des therapeutischen Prozesses angemessen zu begegnen. Die reife, kreative Handhabung der therapeutischen Beziehung ermöglicht die Auseinandersetzung der PatientInnen mit sich selbst, untereinander und mit dem Team.

In Therapeutischen Gemeinschaften geht es meist familiär zu. Die Klinik hat jedoch auch eine Dienstleistung gemäß vielfältiger Vorgaben zu generieren, daher prägt auch unternehmerisches Handeln den Alltag und trägt damit für die PatientInnen zu Erlebnissen und Erfahrungen bei, die sie später in ihrem Erwerbsleben benötigen. Effizientes und effektives Arbeiten in allen therapeutischen Zusammenhängen zielt auf Selbstaktualisierung des Einzelnen, der verschiedenen Bereiche, der Therapeutischen Gemeinschaft und der Klinik als Unternehmen. Eine sinnvolle, erfolgreiche Arbeitszeit korreliert mit Zerstreuung in der Freizeit und einer selbstbestimmten, interessanten Freizeitgestaltung.

Therapie verlangt **Kulturarbeit**. Die Therapeutische Gemeinschaft ist immer auch ein Mikrokosmos der Gesellschaft. Die Globalisierung der Welt und das Leben in der virtuellen Welt verlangen als Gegenpol das Leben in verständlichen, überschaubaren sozialen und ökologischen Zusammenhängen, die gemeinsam gestaltet werden. Die Erosion der gesellschaftlichen und familiären Zusammenhänge verlangt für drogenabhängige Menschen Lebensformen, die sie mitgestalten und prägen können.

Therapeutische Gemeinschaften fühlen sich einer sozial gerechten und ökologisch achtsamen Welt und der Würde aller Menschen verpflichtet.

2 Wirkfaktoren

Therapeutische Gemeinschaft ist ein Behandlungsprinzip und eine (psycho-) therapeutische Strategie (keine Therapiemethode)

- Therapeutische Gemeinschaften eignen sich speziell für die Behandlung von Menschen in Adoleszenz oder jungen Erwachsenenalter mit schweren biographischen Verwerfungen, als solches bezeichnete frühe Störungen, sequentiell traumatischen Erfahrungen, instabilen Persönlichkeitsniveaus und komplexer Komorbidität, die sich durchwegs phänomenologisch als long-term-diseases darstellen.
- Einrichtungen, die medizinische Rehabilitationsleistungen durch Therapeutische Gemeinschaft erbringen, sind über mittlerweile vier Dekaden historisch gewachsen, in ihren Konzeptionalisierungen ständig ausdifferenziert und an der Phänomenologie der Krankheitsbilder sowie kontinuierlich an der Veränderung der Zielgruppe in Angebotsstruktur und Realisierung modifiziert worden.
- Die Behandlungsbedürfnisse der PatientInnen sind gestaltendes Merkmal, daran orientiert ergibt sich eine spezifische Heterogenität in der darauf abgestimmten Realisierung des jeweiligen Behandlungsmilieus einer Fachklinik. Diese stellt damit ein wichtiges Qualitätsmerkmal dar, das dem multiformen Krankheitsgeschehen bei interpersoneller Unterschiedlichkeit entspricht („nicht Alles hilft für Jeden“).
- Die spezifische an den nosologischen Gegebenheiten ausgerichtete Verwobenheit von psychotherapeutischen sozial- (sozio-) therapeutischen, arbeits-therapeutischen, kunsttherapeutischen, bewegungs- und sporttherapeutischen Zugängen zum/zur PatientIn schafft ein multipersonales Beziehungsfeld mit hohen Integrations- und Haltekräften, die durch Abwehr und Krankheitsverleugnung geprägte Initialphasen, krisenhafte verlaufende Veränderungsprozesse, hoch ambivalente Phasen der Krankheitsbewältigung und erforderliche Neustrukturierungen prospektiver Lebensbedingungen für den/die PatientIn bewältigbar werden lassen.
- Therapeutische Gemeinschaft als Behandlungsprinzip in den Fachkliniken verfügen über die erforderlichen Standards interdisziplinärer Untersuchungen sowie mehrdimensionaler und multimodaler Diagnostik als Grundlage eines jeden individuellen Behandlungsgeschehens. Sie wenden auf eklektizistischer Basis evidenzbasierte Therapiemethodik wie KVT, TP, TpfT, und systemische wie humanistische Verfahren an.
- Im Prozess der Qualitätssicherung unterziehen sich Therapeutische Gemeinschaften den Evaluationsstrategien der Psychotherapieforschung.

Therapeutische Gemeinschaft weist unspezifische Wirkfaktoren auf

- Die im Behandlungssetting von therapeutischen Gemeinschaften auf die Behandlungserfordernisse des Einzelnen und der Gruppe differenziert abgestimmten und verbindlichen Zugänge zu PatientInnen (Support), erforderlichen Teilprozesse (Modification) und Gestaltungsräume zur Um- und Neuorientierung (Enlargement) bilden das grundlegende Element therapeutischer Wirksamkeit in dieser Einrichtung.

- Individuelle als auch für die Gruppe wirksame Behandlungsmilieus generieren Selbstheilungskräfte im Umgang mit krankheitsbedingter Symptombelastung (Coping). Sie erleichtern den schwierigen Prozess der Krankheitseinsicht und -akzeptanz und führen sukzessive zu zunehmender Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf eigene Beeinflussungsmöglichkeiten (z.B. bei Craving) und Selbststeuerung, aber auch bezüglich sozialer Fähigkeiten und persönlicher Fertigkeiten.
- Das systematische Behandlungsmilieu einer Gruppe bewirkt und modifiziert bei seinen Mitgliedern bestehende Objektrepräsentanzen, die Selbstregulativerfahrungen ermöglichen. Diese werden eingeübt und in Teilschritten auf weitere Verarbeitungsanforderungen des Alltags transformiert und können darüber hinaus generalisiert werden. Damit wird Teilhabe erst möglich und aktiv erweitert.
- Die familiennahe Nachreifung der oftmals entdifferenzierten Persönlichkeitsstruktur in individuell gestalteten Behandlungsmilieus therapeutischer Gemeinschaft ermöglicht die Mehrung von günstigen und protektiven und Minderung von ungünstigen, riskanten Einflüssen durch Steuerung von Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung und Gruppendynamik. Sie stellt damit den zentralen protektiven Faktor bei Verlust oder Ausfall der Primärpersonen, familiärer Gewalt oder verwahrlosten Entwicklungsbedingungen dar und ist damit die Voraussetzung für den Aufbau von Introspektion, Krankheits- und Problemeinsicht und Behandlungsbereitschaft.
- Der im gesteuerten Behandlungsmilieu angeleitete Prozess der Integration hoch problematischer biographischer Erfahrungen im Zusammenhang zum Gegenwartserleben bewirkt eine Veränderung von Einstellungskomplexen und kognitiven Pattern, die wiederum die Entwicklung prospektiver positiver Lebensvisionen befördert.

Therapeutische Gemeinschaft weist spezifische Wirkfaktoren auf

- Die häufig negativ konnotierten Selbstkonzepte der PatientInnen erfahren durch Austauschprozesse und Korrekturerfahrungen in der lebensorientierten „antidepressivischen“ Dynamik der therapeutischen Gemeinschaft in Verbindung mit den psychotherapeutischen Angeboten (etwa der kognitiven Umstrukturierung) eine an der Vielfältigkeit des Alltags orientierte weitreichende Modifikation, besonders in den Dimensionen aktives Problemlösen, Selbstwerterleben, Selbstverantwortlichkeit und Eigenständigkeit (im Lebensvollzug), Beziehungsgestaltung und -muster als auch soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit. Eine Veränderung des Selbstkonzeptes hin zu positiven Kognitionen ist die Grundlage für die Entwicklung eigenen Selbstwirksamkeitserlebens und den Rückgewinn verlorener Kontrollfähigkeiten.
- Dyadische supportive Therapie, Feedbackprozesse der Selbst- und Fremdwahrnehmung und Steuerung der Psychohygiene in der Gruppenpsychotherapie beeinflussen in günstiger Weise das narzisstische Regulationssystem. Tiefgreifende Verletzung lebensgeschichtlichen Hintergrunds zeitigen hohe, oftmals aggressiv abgewehrte Kränkbarkeit. Schutz- und Geborgenheitserfahrung innerhalb therapeutischer Gemeinschaften kompensieren Ohnmachts- und Bedrohtheitserleben, korrigieren idealistische Selbstvorstellungen und reduzieren hypochondrische Ängste.

- Besonders junge Btm-abhängige PatientInnen erscheinen häufig bei instabilem Persönlichkeitsniveau mit Einbrüchen in der Affekt- und Impulskontrolle und expansiven Verhaltensweisen. Die Dichte des Behandlungsmilieus therapeutischer Gemeinschaft ermöglicht hier eine therapeutische Kontingerz Erfahrung in den Fähigkeiten zur Emotions- und Kognitionsregulation, die systematisch und am sozialen Alltagsbezug aufgebaut, trainiert; in der Gruppensituation reflektiert und als sog. ‚Skills‘ internalisiert werden können. Hierüber entsteht zunehmend die selbstverstärkende Erfahrung, innere und äußere Anforderung von Selbststeuerung auch bewältigen zu können.
- Zahlreiche PatientInnen therapeutischer Gemeinschaften weisen ausgeprägte Ich-Störungen auf. Die sorgfältig angeleitete und beruhigt gesteuerte Atmosphäre des Behandlungsmilieus mit supportiver Einzel- und Gruppenpsychotherapie sowie die an Alltagserfahrung ausgerichteten Therapieangebote lassen ein tieferes Verständnis für das dem eigenen Verhalten zu Grunde liegenden Erleben entstehen. Erkennen und Kompensation eigener störungsspezifischer Wahrnehmungsfehler wird möglich, Fähigkeiten der Realitätsprüfung können gelernt und ausgebaut, Spaltungserleben und projektive Abwehr reduziert werden.
- Therapeutische Gemeinschaft bietet eine hohe psychoeducative Intensität. Die individuell abgestimmten Einzel-, Gruppen-, Arbeits- und Freizeitprozesse ermöglichen bei hoher psychophysiologischer, emotionaler und/oder kognitiver Symptombelastung (auftretend u. a. bei substanzinduzierten psychotischen Störungen) den einzelspsychotherapeutisch begeleiteteten Aufbau von spezifischen Einsichts-, Bewältigungs- und Steuerungsfähigkeiten (Skills), Unterstützung und Verstärkung bei Ausprobieren und Einüben durch das Gruppengeschehen und Förderung bezüglich der Minus-Symptomatik in darauf angepassten alltagserfahrungsbezogenen Arbeits- und Freizeitbereichen.

Therapeutische Gemeinschaft vermittelt Nachhaltigkeit

- Der Verlust primärer Bezugspersonen, die Entwicklung von langjährigen polyvalenten Abhängigkeitserkrankungen, Missbrauch und Gewalterfahrung sind zentrale Risikofaktoren für schwere, oftmals lebenslange Belastungen. Therapeutische Gemeinschaft setzt hier mit familiennahen, an lebenswelt- und alltagsbezogenen, therapeutisch vermittelten korrigierenden und modifizierenden Erfahrungen an. Diese lassen adäquatere Repräsentanzen entstehen, sowohl hinsichtlich der Primärbindungen als auch der Peergruppen-Erfahrungen. Sie vermitteln eine anhaltende und dauerhafte Erfahrung von Konstanz und Verlässlichkeit in Bindungen und protektiver Gemeinschaftserfahrung. Die Erfahrungen in Therapeutischer Gemeinschaft bleiben als innere Repräsentanz genauso lebenslang erhalten wie malignes, traumatisches Erleben und stellen damit ein wesentliches protektives Element und Gegengewicht dar.
- Die Behandlung in Therapeutischer Gemeinschaft fokussiert die Schaffung existenzsichernder, positiv konnotierter, verstärkender und Genuss fördernder Lebensgrundlagen. Betäubungsmittelkarenz, psychische Stabilität, durch systematische Arbeitstherapie, Praktika oder Berufstätigkeit unter therapeutischer Begleitung aufgebautes Arbeitsverhalten, ausreichende ökonomische Mittel, protektive soziale Bindungen, erholsame und interessante Freizeitmöglichkeiten sowie adäquate u.U. auch psychotherapeutische Weiterbe-

handlung sind Voraussetzungen der regulären Behandlungsbeendigung und stellen gleichzeitig entscheidende Prädiktoren für das weitere Life-span-development dar.

3 Die Bedeutung des ICF

ICF als für die Rehabilitationsbehandlung notwendige Erweiterung des ICD

Die internationale statistische Klassifikation von Krankheiten (ICD) ist ein auf dem Hintergrund eines bio-medizinischen Modells fußendes Begriffssystem, aus dem Diagnosen idealtypischerweise abgrenzbar abgeleitet werden können und wo die Aspekte der Ätiologie, Pathogenese und Manifestation von Krankheitsbildern im Vordergrund stehen.

Auch wenn der ICD als ein kategorial-klassifikatorisches, auch – wertneutral – defizitorientiertes Instrument eine einheitliche fachliche Kommunikation von Krankheiten ermöglicht, so bleibt er insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern hinsichtlich Phänomenologie, Verlauf und Auswirkungen in der Abbildungsfähigkeit doch begrenzt. Nur im anglo-amerikanisch geprägten DSM mit kontinuierlichem, mehrdimensionalem Charakter wird so etwas wie die Folgen von Erkrankungen in der Achse V: ‚Globales Funktionsniveau‘ erfasst.

Es besteht also die klinische Notwendigkeit, über das Genannte hinaus die Auswirkungen von Erkrankungen auf Lebensvollzug und -gestaltung, auf z. B. Grad der Alltagsfähigkeiten wie Selbstversorgung, Erwerbsmöglichkeiten, Mobilität, Kommunikation und Interaktion bis hin zu Einstellungskomplexen vergleichbar erfassen und abbilden zu können. Vergleichbar bedeutet hierbei, Funktionsbeeinträchtigungen, die mit der Erkrankung einhergehen, einheitlich zu klassifizieren, zu gewichten und letztlich auch bewerten zu können. Der Abbildungsprozess muss demnach für alle klinisch tätigen Professionen und beteiligten Gruppen – auch Patienten – gleichermaßen eine einheitliche Systematik aufweisen und sozusagen auch ‚Sprache‘ verwenden, um ein gemeinsames Verständnis von sich aus Krankheit ergebenden Folgephänomenen zu ermöglichen.

Diesem Erfordernis, den bio-medizinischen Fokus des ICD um die Perspektive der Folgen und Auswirkungen, der Wechselwirkungen und Interdependenzen auf die konkrete Lebensqualität der Betroffenen zu erweitern, trägt die Entwicklung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (als Weiterentwicklung des ICIDH) Rechnung. Dieses Abbildungssystem stellt die mit erlittener Krankheit einhergehende Schädigung der Struktur und/oder Funktion von Organ und -systemen, Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen für Aktivität sowie Störungen in der sozialen Dimension, also der Teilhabe eines Individuums, in den Mittelpunkt. Quasi eingehüllt werden diese Aspekte durch eine deskriptive Erfassung bestehender Kontextbedingungen. Mit diesem Instrument wird zum Einen das Krankheitsverständnis auf ein bio-psycho-soziales Modell erweitert; zum Anderen und darüber hinaus beschreibt es mit seinen Komponenten der Körperebene (Struktur, Funktion), der personalen Ebene (Aktivität) und der sozialen Ebene (Teilhabe) auch erforderliche Bestandteile von – funktionaler – Gesundheit.

Mit dem ICF lassen sich also keine kategorialen Diagnosen erkennen, vielmehr geht es um eine mehrdimensionale Abbildung der sich aus Krankheit ergebenden Beeinträchtigungen des gesamten Lebensvollzuges eines Menschen unter Einbezug seiner Kontextbedingungen auf dem Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Krankheits- und Gesundheitsverständnisses. Hierzu werden Befunde oder Ergebnisse, die mit Hilfe anderer standardisierten Instrumente oder Untersuchungsmethoden gewonnen werden, einbezogen.

Der mit dem ICF verbundene Paradigmenwechsel kann also darin gesehen werden, dass funktionale Beeinträchtigungen hierbei nicht mehr länger Attribute ei-

nes Individuums darstellen, sondern als Resultate oder Ergebnisse von zumindest ungünstigen, oftmals gar negativen Interdependenzen und Wechselwirkungen aufgefasst werden müssen. Unter einer derartigen Sicht lassen sich dann begünstigende und protektive Erfordernisse und Schritte ableiten, den Grad von Gesundheit möglichst zu verbessern, die Lebensqualität zu erhöhen und zukünftige Rezidive zu vermeiden. All diese Aspekte sind unabdingbare Orientierungen in einer jeden Rehabilitationsbehandlung (zur Erläuterung s. Abb.1 u. 2).

Die Bedeutung des ICF für die medizinische Rehabilitationsbehandlung

Die WHO definiert Rehabilitation als ‚alle Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind zu verhindern, dass Aktivitätseinschränkungen auf Grund von Funktionseinschränkungen zu Einschränkungen der Teilhabe an Lebensbereichen führen, sowie alle Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, Einschränkungen der Aktivität und der Partizipation zu verringern‘. Durch die Leistungen der Sozialversicherungsträger soll nach den Bestimmungen des SGB die Erhaltung und möglichst weitgehende Wiederherstellung der ‚Integrität der körperlichen Strukturen und Funktionen‘, die ‚Erfüllung elementarer Grundbedürfnisse‘, die ‚Unterstützung bei den Beeinträchtigungen gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrender Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens‘ sowie die ‚Sicherung der Teilhabe in bedeutenden Lebensbereichen‘ gewährleistet werden.

Erfordernis und Qualität dieser Leistungen können nun mit Hilfe der Konzepte und Komponenten des ICF, der Funktionsfähigkeit von Körperstrukturen und Funktionen, der Aktivität (Leistungsfähigkeit und Leistung), der Teilhabe und der Kontextfaktoren (Environment und Person) in Hinblick auf das übergreifende Rehabilitationsziel einer möglichst weitgehenden funktionalen Gesundheit konkretisiert und operationalisiert werden.

Lenkt man nun den Blick auf durch die Wechselwirkung von körperlichen, psychischen und sozialen Bedingungen sich ausprägende Symptome, Beschwerden und Beeinträchtigungen, oftmals von Chronifizierung bedroht, die Menschen mit Rehabilitationsbedürfnis aufweisen, so ist zu erkennen, dass durch eine Abbildung mit Hilfe des ICF eine systematische Erweiterung rein kurativen Handelns hin zu ganzheitlicher, bio-psycho-sozialer Perspektive erfolgt, welche Biographie, Lebenswelt, Einstellungskomplexe und Kontextqualitäten mit erfasst und einbezieht. Nur eine mehrdimensionale Abbildung von Krankheit und Gesundheit kann auch mehrdimensionale rehabilitative Handlungsansätze aufzeigen, welche wiederum, zur Realisierung daraus abgeleiteter Rehabilitationsleistungen, den Einsatz eines multiprofessionellen Teams erforderlich machen. So formuliert auch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) Individualität, Komplexität und Interdisziplinarität sowie eine auf die Krankheitsfolgen bezogene Zielgerichtetheit als zentrale Grundsätze für Maßnahmen innerhalb medizinischer Rehabilitationsbehandlung.

Die Bedeutung des ICF im Selbstverständnis therapeutischer Gemeinschaften

Setzt man die Konzepte von Therapeutischen Gemeinschaften in den Fachkliniken zur medizinischen Rehabilitation von betäubungsmittelabhängigen Patienten in Beziehung zu den dem ICF zu Grunde liegenden Konzepten, ist eine hohe Schnittmenge unschwer zu erkennen. Von jeher ist in diesen Einrichtungen ein bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis Grundlage von Behandlungsvorstel-

lungen und Therapieprogramm. Entstehung und Verlauf der schweren psychischen Störungen dort behandelter Patienten werden dabei als Ergebnis eines Prozesses komplexer Wechselwirkungen von (neuro-) biologischen (einschließlich genetischen), (neuro-) psychologischen und sozialen Faktoren aufgefasst, bei denen Biographie, Herkunft, Lebensumständen und -gestaltung, Erfahrungen und Einstellungskomplexen eine bedeutende Rolle beigemessen wird. Sie entsprechen den, innerhalb des ICF operationalisierten Foci der Körperstrukturen und -funktionen, der Aktivität und Teilhabe als auch der Kontextfaktoren (Umgebung und Person).

In therapeutischen Gemeinschaften wird Bezug auf die komplexen Zusammenhänge von körperlichen Beschwerden, psychischen Störungsbildern, schwierigsten Lebenswirklichkeiten und sozialen Beeinträchtigungen genommen. Dies basiert auf der klinischen Erfahrung, wie sich diese Faktoren limitierend auf die Funktionsfähigkeit eines Individuums auswirken und in ihren Ausprägungen verlaufsbeeinflussend, zunächst in riskanter und bei verbesserter Situation dann begünstigend, wirken. Innerhalb der auf ICF basierenden Rehabilitationsplanungen werden diese Zusammenhänge als Mediatoren bezeichnet. Sie charakterisieren dabei keine Kausalbeziehungen, sondern vielmehr auslösende, vermittelnde und aufrechterhaltende Bedingungen von Funktionsbeeinträchtigungen. Die beziehungsorientierte und reflektive Qualität, Kontinuität und Geborgenheitserfahrung im Gruppengeschehen einer therapeutischen Gemeinschaft setzt genau an diesen Mediatoren an und ermöglicht deren Modifikation.

Betrachtet man sowohl Art als auch Verwobenheit der verschiedensten Angebote innerhalb therapeutischer Gemeinschaften, ergeben sich zu den Abbildungsdimensionen des ICF hohe Verbindungen:

Ausgehend von den Klassifikationen zur Aktivität und Teilhabe wie Lernen und Wissensanwendung (bewusste sinnliche Wahrnehmung, elementares Lernen u.a.), allgemeine Aufgaben und Anforderungen (Übernahme von Aufgaben, tägliche Routinen), Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten, Selbstversorgung und häusliches Leben, um hier nur einige zu nennen: diese finden ihren Niederschlag in den Angeboten einer wertschöpfenden und kreativen Arbeitstherapie, aktiver Lebensraumgestaltung, emanzipatorischer Mitgestaltung der Gemeinschaft über selbstregulative Gruppen und Foren. Zahlreiche Leistungen des vorgelegten Kapitels -T- weisen auf diese Verbindung zu den Konzepten des ICF hin (vgl. Abbildung der Therapeutischen Gemeinschaft in der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen (Drogenabhängigkeit) im Rahmen der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), CaSu 2009).

Analog hierzu lassen sich in Blick auf die im ICF operationalisierten Kontextfaktoren die Behandlungsfoci therapeutischer Gemeinschaft wiedererkennen, auch hier nur um Einige zu nennen: Produkte und Technologien (Medikamente, Hilfsmittel u. a.), Unterstützung und Beziehung (Familie, Freunde, Arbeitgeber u. a.), Einstellungen, Werte und Überzeugungen anderer Personen in der Gesellschaft, Dienste Systeme und Handlungsgrundsätze (z. B. im Gesundheits- oder Sozialwesen). Therapeutische Gemeinschaften beziehen in ihrem Handeln Umweltfaktoren konsequent mit ein, im Bemühen, ungünstige Bedingungen und sich daraus ergebende Barrieren zu verringern und günstige Bedingungen zu mehren. Auch bezüglich der personenbezogenen Kontextbedingungen des ICF wie z. B. Geschlecht (-spezifität) sozialer Hintergrund (Herkunft), Bildung/Ausbildung oder Motivation finden sich zahlreiche Korrelate im Alltag therapeutischer Gemein-

schaft wie genderspezifische Psychotherapie, genauso wie außerschulische Förderung oder Angebote zur Mobilisierung und Motivationsarbeit.

In der Konzeption des ICF sind sogenannte Sekundärprozesse beschrieben. Darunter ist zu verstehen, wenn funktionale Beeinträchtigungen der Gesundheit erneute Gesundheitsprobleme mit weiteren Funktionsbeeinträchtigungen nach sich ziehen. In therapeutischen Gemeinschaften behandelte betäubungsmittelabhängige Menschen weisen im langjährigen multimorbiden Krankheitsgeschehen zahlreiche dieser Sekundärprozesse auf. Man denke nur an einen Patienten mit einer Opiatabhängigkeit, der unter mangelnden Versorgungs- und Hygienebedingungen bei intravenöser Applikation eine Virus-Hepatitis C davonträgt oder an Patientinnen mit sequentieller Traumatisierung, die bei tiefgreifender Schädigung des Selbsterlebens, wie von Ochsberg beschrieben, über dependente Beziehungspattern ein erhöhtes Risiko erneuter Gewalt- und Übergriffserfahrung aufweisen. In therapeutischen Gemeinschaften stellt dies alltägliches Behandlungserfordernis dar.

Auch die Versorgung von Familienangehörigen, Freunden und Partnern, genauso wie die eigenen Kinder der Patientinnen, sind in das Leistungsspektrum therapeutischer Gemeinschaften mit eingebunden. In der Regel sind diese Personen hoch belastet und weisen oftmals, durch das Krankheitsgeschehen des Patienten mit bedingt, erkennbar eigene psychische Störungsbilder auf. Mit Hilfe des ICF – hier werden diese Phänomene als induzierte Prozesse beschrieben – gelingt eine diesbezügliche Abbildung und ein In-Bezugsetzen zur Gesamtbehandlungssituation des Patienten.

Auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses von Betäubungsmittelabhängigkeit wiesen Therapeutische Gemeinschaften schon immer multiprofessionale therapeutische Teams auf. Sie verfügten über Spezialisten zur Versorgung körperlicher Struktur- und Funktionsprobleme (Fachärzte), für die Beeinflussung psychologischer Störungsaspekte (Psychologen und Psychotherapeuten) genauso wie Experten in Bezug auf Aktivität, Leistung und Teilhabe (Sozialtherapeuten, Arbeitserzieher und Arbeitstherapeuten, Kreativtherapeuten), auch waren für die in Behandlungsprozessen nicht wichtig genug einzuschätzende Frage nach Sinn und Sinnfindung oftmals Theologen Bestandteil des Teams. Auf der Grundlage des ICF ergibt sich sowohl aus mehrdimensionaler Abbildung des Krankheitsgeschehens als auch über die hohen Interdependenzen der zu Grunde liegenden Konzepte und Komponenten genau diese Notwendigkeit interdisziplinärer Behandlungsteams. Interdisziplinarität ist auf der Basis des Verständnisses und der Sprache des ICF hier so zu verstehen, dass auf Grund genau dieser hohen Interdependenzen die Berufsfelder sich gegenseitig überschneiden, ohne dabei ihre Spezifität zu verlieren, wobei aber zu jeder Frage auch der Kontakt mit anderen Berufsgruppen gesucht wird. Der fachliche Umgang ist also dadurch charakterisiert, dass Austausch und Entscheidungen gleichermaßen zwischen wie innerhalb der beteiligten Professionen zu erfolgen hat. Ein Anspruch, der innerhalb therapeutischer Gemeinschaften eine lange Tradition aufweist und sich nun in den aus ICF ableitbaren Grundelementen interdisziplinärer Teamarbeit widerspiegelt:

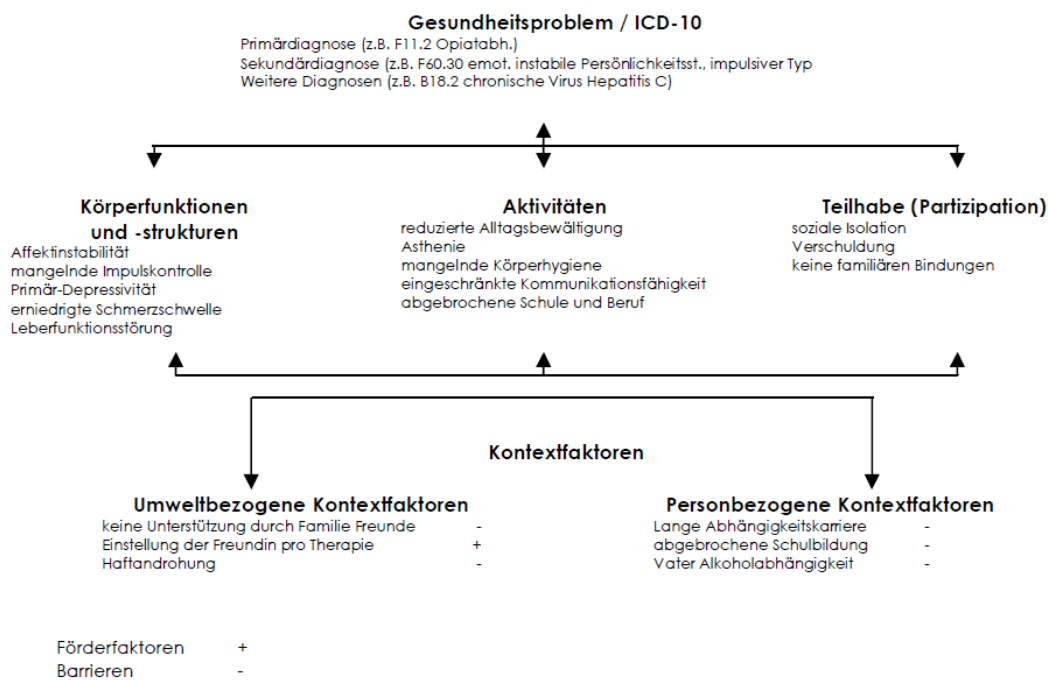
- Verwendung des ICF als ‚gemeinsame Sprache‘ im Team
- Ein ICF-strukturierter Zielsetzungsprozess
- Die Teilnahme steht im Vordergrund der Zielsetzung
- Der Patient ist aktiver Partner des Reha-Teams

- Festgelegter Ablauf von Teamsitzungen
- ICF-Dokumentation der Zielsetzung, des Verlaufes und des Ergebnisses der Rehabilitation.

Aspekte der methodischen Umsetzung des ICF in der medizinischen Rehabilitationsbehandlung

Der mit der Einführung des ICF für die Rehabilitationsbehandlung einhergehende Paradigmenwechsels von einem, wie Eingangs beschrieben, eher kausal-linearen Krankheitsmodell (ICD) hin zu dem interaktiven, auf mehr Dimensionen hin ausgerichteten Modell von (funktionaler) Gesundheit und das Anliegen aus der mehrdimensionalen Abbildung des ICF Planungen und Strukturierungen für den Rehabilitationsprozess ableiten zu können hat selbstverständlich auch Auswirkungen auf die, in den Einrichtungen praktizierte Diagnostik. Ausgehend von einer ersten ICD-Diagnostik des Gesundheitsproblems werden in einem zweiten komplementären Schritt die ICF-Ebenen abgebildet, die wiederum umfassende Ableitungen hinsichtlich Strukturierung und Planung des Rehabilitationsprozesses ermöglichen.

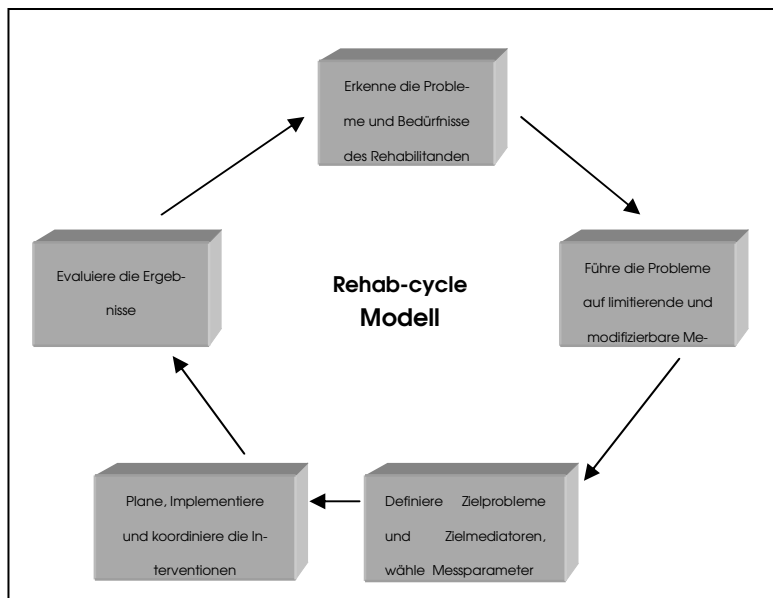
Zur Verdeutlichung ein (vereinfachtes) Beispiel:



Wie dargestellt ermöglicht eine Abbildung mit der ICF Ableitungen auf Strukturierung, Inhalte und damit auch Ziele des Rehabilitationsprozesses. Letztere sollten möglichst konkret und überprüfbar gestaltet sein. Insbesondere für die ICF-Ebenen der Aktivität (implizit Leistungsfähigkeit und Leistung) und Teilhabe ist eine präzise Formulierung und individuelle Passung der formulierten Therapieziele in Hinblick auf den Patienten für einen günstigen Verlauf der Rehabilitationsbehandlung von entscheidender Bedeutung. In diesem Zusammenhang wird häufig auf die Verwendung der SMART-Regel hingewiesen, die eine wirksame Hilfestellung für Entwicklung, Umsetzung und Überprüfbarkeit von Behandlungszielen bezüglich Aktivität und Teilhabe darstellt:

Regel	Bedeutung	Erläuterung
Specific	Passend	Welche spezielle Leistung soll verbessert werden? Ist das Ziel für <u>alle</u> Beteiligten verständlich?
Measureable	Messbar	Wie kann das Ausmaß der verbesserten Leistung festgestellt werden?
Achievable	Erreichbar	Ist das Ziel erreichbar?
Relevant	Bedeutsam	Stimmt das formulierte Ziel mit dem Ziel/den Wünschen des Patienten überein?
Timed	Zeitlich bestimmt	In welchem Zeitraum kann das Ziel erreicht werden?

Mit der zunehmenden Bedeutung des ICF rückt auch die Fragestellung nach einem an ICF ausgerichteten Rehabilitationsmanagement in den Mittelpunkt. Hier findet das Rehab-Cycle Modell Anwendung:



Der erste Schritt in diesem Modell (oftmals auch als Assessment bezeichnet) besteht im Erkennen der Probleme und Bedürfnisse des Patienten, in Verbindung mit wissenschaftlich begründeten Methoden objektiver Erfassung, Beschreibung und Überprüfung der funktionalen Gesundheit, in Zusammenschau mit klinischer Befundaufnahme und deren Beurteilung sowie im Erkennen von Zielproblemen.

In einem zweiten Schritt werden definierbare und erfassbare Merkmale und deren Zusammenhänge zu rehabilitationsrelevanten Bedürfnissen beschrieben und anschließend – dritter Schritt – in Hinblick auf ihre Modifizierbarkeit hin überprüft und geeignete Messparameter ausgewählt. Hier mit eingeschlossen sind Indikationsstellung und die Planung von Leistungen und Angeboten im individuellen Rehabilitationsgeschehen (Assignment), natürlich in Bezugnahme auf die subjektiven Bedürfnisse des Rehabilitanden.

Ausgehend davon erfolgt die Koordination und Umsetzung der vorgesehenen Intervention des multiprofessionellen Teams, Ziele und Interventionen werden mit dem Patienten besprochen und Änderungswünsche berücksichtigt.

Die Evaluation umfasst die Analyse der Ergebnisse im Verlauf, die Beurteilung der Zielprobleme sowie den Grad der Erreichung des globalen Rehabilitationsziels an Hand der ausgewählten Messparameter und Untersuchungsmethoden.

Die Konzepte Therapeutischer Gemeinschaften befanden und befinden sich immer in steter Weiterentwicklung und in Modifikation zu den Behandlungsbedürfnissen Ihrer PatientInnen. Sie beziehen sich dabei auf wissenschaftlich begründete Standards im Bestreben, ihre Rehabilitationsergebnisse im Sinne ihrer PatientInnen zu optimieren. Mit Hilfe des ICF gelingt nun abzubilden, was die Konzepte Therapeutischer Gemeinschaften im Kern von jeher ausmachte: ein biopsychosoziales Krankheits- und Gesundheitsverständnis, die mehrdimensionale Betrachtung von Betäubungsmittelabhängigkeit, den Einbezug der gesamten Lebens- und Erfahrungswelten eines Individuums, ein Priorisieren von Aktivität und Teilhabe in den Therapiezielen, eine professionell-partnerschaftliche Therapeut-Patienten-Beziehung und letztlich einen differenzierten interdisziplinären Rehabilitationsstil.

Der Gesetzgeber hat den Begriff der Teilhabe des ICF im Sozialgesetzbuch aufgenommen. Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe der Patienten sind hier als die vorrangigsten Therapieziele einer jeder Rehabilitation benannt, geradezu deckungsgleich zu einem grundlegenden Behandlungsprinzip Therapeutischer Gemeinschaften. So gibt der ICF-Praxisleitfaden einen praktischen Leitsatz für das Entwickeln der Therapieziele auf den Weg, der so oder ähnlich auch aus der Erfahrungswelt Therapeutischer Gemeinschaften stammen könnte: „Schaut auf das wahre Leben“.

Abbildung 1: ICD und ICF (Vorgänger ICIDH)

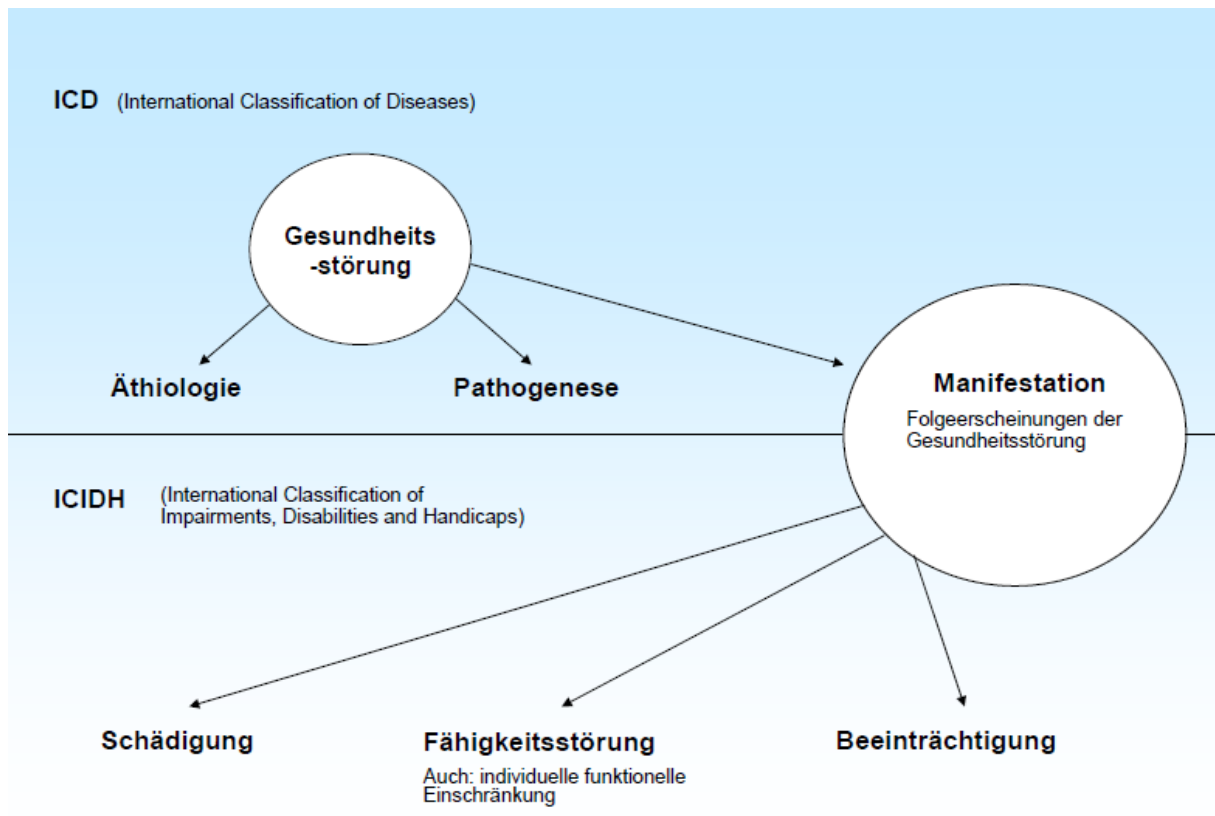


Abbildung 2: Klassifikationen des ICF

	Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung		Teil 2: Kontextfaktoren	
Komponenten	Körperfunktionen und -strukturen	Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]	Umweltfaktoren	personbezogene Faktoren
Domänen	Körperfunktionen, Körperstrukturen	Lebensbereiche (Aufgaben, Handlungen)	Äußere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung	Innere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung
Konstrukte	Veränderung in Körperfunktionen (physiologisch) Veränderung in Körperstrukturen (anatomisch)	Leistungsfähigkeit (Durchführung von Aufgaben in einer standardisierten Umwelt) Leistung (Durchführung von Aufgaben in der gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt)	fördernde oder beeinträchtigende Einflüsse von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt	Einflüsse von Merkmalen der Person
positiver Aspekt	Funktionale und strukturelle Integrität	Aktivitäten Partizipation [Teilhabe]	positiv wirkende Faktoren	nicht anwendbar
	Funktionsfähigkeit			
negativer Aspekt	Schädigung	Beeinträchtigung der Aktivität Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe]	negativ wirkende Faktoren (Barrieren, Hindernisse)	nicht anwendbar
	Behinderung			

4 Quellenverzeichnis

Baudis, R. (Hrsg.): Nach Gesundheit in der Krankheit suchen. Neue Wege in der Sucht und Drogentherapie. Rudersberg: Verl. Für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht. 1999

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen. 2003

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: ICF - Praxisleitfaden 2. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. 2008

Dlabal, H.: Neurobiologische Suchtforschung: Aktueller Stand der Hypothesen zur Suchtentstehung und Konsequenzen für den therapeutischen Alltag. Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen, Jg. 29 (2008)

Etschmann, U.: Zur Bedeutung des Alltags in der therapeutischen Gemeinschaft. Rehabilitation Suchtkranker - mehr als nur Psychotherapie. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V. Neuland 2001

Gastpar M., Mann K., Rommelspacher H. (Hrsg.): Lehrbuch der Suchterkrankungen Stuttgart: Thieme. 1999

Grawe K., Donati R., Bernauer F.: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe. 1994

Grawe, K.: Psychologische Therapie. Hogrefe. 2000

Grawe, K, Grawe-Gerber, M.: Ressourcenaktivierung. Psychotherapeut 2/99

Keller, K.: Die ICF als Kommunikationsmedium in der Psychiatrie. Deutsche Rentenversicherung, 7. ICF-Anwenderkonferenz. 2009

Kernberg O., Dulz B., Sachse U. (Hrsg.): Handbuch der Borderline Störungen. Stuttgart: F. K. Schattauer. 2000

Klos, H., Görgen, W.: Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit. Ein Trainingsprogramm. Göttingen: Hogrefe. 2009

Küfner H., Denis A., Roch I., Arzt J., Rug U. Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms. Das Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) Baden - Baden: Nomos. 1999

Lang, H. (Hrsg.): Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie Universität Würzburg. Wirkfaktoren der Psychotherapie. Königshausen & Neumann. 2003

MDK, Sozialmedizinische Expertengruppe 1, „Leistungsbeurteilung / Teilhabe: Arbeitshilfe zur Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung. 2006

Petzold G. H.: Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch orientierte Psychotherapie. 2003

Petzold, G. H.: Drogentherapie: Modelle - Methoden - Erfahrungen. Klotz, Eschborn. 2005

Petzold, G. H., Schay, P., Scheiblich, W. (Hrsg.): Integrative Suchtarbeit 2, Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. VS Verlag. 2006

Petzold G. H.: Integrative Suchttherapie: Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. VS Verlag, Ausgabe: 2-2007

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie). Bundesanzeiger 2009. S. 2131

Scheiblich, W.: Integrative Therapie als angewandte Praxis der Humanität - Dargestellt anhand der Entwicklung und Praxis moderner Suchttherapie. Integrative Therapie - Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration Ausgabe 04/2008

Scheiblich, W.: Identitätsentwicklung in sozialen Netzwerken (Vortrag beim Fachtag der Caritas-Suchthilfe 9.5.2006 in Köln)

Schuntermann, M.: Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Deutsche Rentenversicherung. 2003

Tretter F.: Suchtmedizin: Der suchtkranke Patient in Klinik und Praxis Stuttgart; New York: Schattauer, 2000.

Tschuschke V. et. al.: Praxis der Gruppenpsychotherapie. Thieme. 2001

Uchtenhagen A., Zieglgänsberger W. (Hrsg.): Suchtmedizin. München: Urban & Fischer. 2000

Wittchen H-U.: Technische Universität Dresden Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie. Vorlesung SoSe 2005: Die Suche nach den verfahrensübergreifenden Wirkfaktoren der Psychotherapie.

Wittchen H-U., Hoyer, J: Klinische Psychologie und Psychotherapie. Springer Berlin. 2006

World Health Organisation: International Classification of Functioning, Disability and Health. 2005

Yalom I. Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. München: Pfeiffer. 1996