



Jürgen Schlieckau

Kompendium der Freizeit- und Erlebnispädagogik in der Postakutbehandlung

disserta
Verlag

Schlieckau, Jürgen: Kompendium der Freizeit- und Erlebnispädagogik in der Postakutbehandlung, Hamburg, disserta Verlag, 2017

Buch-ISBN: 978-3-95935-367-0

PDF-eBook-ISBN: 978-3-95935-368-7

Druck/Herstellung: disserta Verlag, Hamburg, 2017

Covermotiv: Ruderboote auf der Harle, © 2017 Jürgen Schlieckau

Motiv letzte Seite: Küstenabschnitt der Ostküste Madeiras, © 2017 Jürgen Schlieckau

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und die Diplomica Verlag GmbH, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

Alle Rechte vorbehalten

© disserta Verlag, Imprint der Diplomica Verlag GmbH
Hermannstal 119k, 22119 Hamburg
<http://www.disserta-verlag.de>, Hamburg 2017
Printed in Germany

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, so dass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung bzw. Onlineveröffentlichung des Fachbuches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Pädagogik und Therapie wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, Fachinformationen zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Autor macht sich die Meinungen der zitierten Quellen und Autoren ausdrücklich nicht zu eigen und überlässt es dem Leser, diese zu bewerten.

Hinweis: Um den Textfluss nicht zu stören, wurde bei Rehabilitanden und Berufsbezeichnungen die grammatikalisch maskuline Form gewählt. Aus fachlichen Gründen wird außerdem häufig in der grammatikalisch maskulinen Form von Educanden und nicht von Rehabilitanden gesprochen. Selbstverständlich sind in allen diesen Fällen immer Frauen und Männer gemeint.

*Für meine engagierten Kolleginnen und Kollegen des Pädagogischen Dienstes
und der Sporttherapie der Dietrich-Bonhoeffer-Klinik.*

*„Was den Menschen ausmacht ist das Spiel.“
Johan Huizinga*

Inhalt

Danksagung	9
1. Einleitung	10
2. Evidenzbasierung der Freizeitforschung und -pädagogik	18
2.1. Was bedeutet „Evidenz“ bei wissenschaftlichen Studien?	18
2.2. Studien zum Freizeitverhalten Jugendlicher und zu Genderfragen	20
2.3. Der Begriff „Jugend“	23
3. Grundlagen der Freizeit- und Erlebnispädagogik	24
3.1. Kurze Geschichte der Freizeit- und Erlebnispädagogik	24
3.2. Menschenbild und ethische Aspekte der Freizeitpädagogik	27
3.3. Definition des Begriffs „Freizeit“	31
3.4. Definition der Begriffe „Wagnis“, „Mutprobe“, „Abenteuer“ und „sensation seeking“	34
3.5. Definition des Begriffs „Freizeitpädagogik“	43
3.6. Definition des Begriffs „Freizeiterziehung“	47
3.7. Definition des Begriffs „Handeln“	48
3.8. Definition der Begriffe „Erlebnis“ und „Erfahrung“	49
4. Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Freizeit- und Erlebnispädagogen	52
5. Freizeit- und Erlebnispädagogik in der Postakutbehandlung	54
5.1. Neurophysiologische Aspekte der Freizeit- und Erlebnispädagogik	54
5.2. Mangel an gemeinschaftlichen Erfahrungen	55
5.3. Konzept der Entwicklungsaufgaben im Jugendalter	57
5.4. Bedeutung der Freizeit- und Erlebnispädagogik für die Sozialisation Jugendlicher	58
5.5. Funktionen aktiver Freizeitgestaltung	58
5.6. Chancen der Freizeit- und Erlebnispädagogik	59
5.7. Gendersensible Freizeit- und Erlebnispädagogik	62
5.8. Wirksamkeit, Risiko und Sicherheit bei erlebnispädagogischen Maßnahmen	65
5.9. Fachlicher Anspruch der Freizeitpädagogik in der Postakutbehandlung	67
6. Struktur-, Verlaufs- und Ergebnisqualität der Freizeit- und Erlebnispädagogik in Reha-Kliniken für Abhängigkeitserkrankungen	72
6.1. Vorgaben des Sozialrechts und der Sozialversicherungsträger für freizeitpädagogische Angebote in der Postakutbehandlung	72
6.2. Freizeitpädagogische Anamnese und Diagnostik	79
6.3. Freizeitpädagogische Zielvereinbarung	85
6.4. Freizeitpädagogische Behandlungsplanung und Didaktik	88
6.5. Ergebnissicherung und Evaluation der Freizeit- und Erlebnispädagogik in der Postakutbehandlung	96
7. Das freizeit- und erlebnispädagogische Teilkonzept der Dietrich-Bonhoeffer- Klinik	98

8.	Zwei Fallbeispiele aus der klinischen Praxis	110
8.1.	Der 21-jährige „Niklas“	110
8.2.	Die 16-jährige „Celine“	112
9.	Ausblick: Freizeitkultur und Lebensqualität	114
Anhang		
1.	Autorenverzeichnis	118
2.	Sach- und Abkürzungsverzeichnis	122
3.	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	126
4.	Literatur	128
4.1.	Literatur zur Freizeitpädagogik und bindungsbasierten Pädagogik	128
4.2.	Literatur zur Abenteuer-, Erlebnis- und Kulturpädagogik	134
4.3.	Literatur zur Sport- und Bewegungstherapie	137
4.4.	Literatur zur genderspezifischen Suchtarbeit	138
4.5.	Literatur zur Evidenzbasierung der Freizeit- und Erlebnispädagogik	141
5.	Ausgewählte Institutionen, Fachzeitschriften und Internetseiten zur Freizeit- und Erlebnispädagogik	146
6.	Freizeit-Bedarfsgruppen	148
7.	Musterformular „Freizeitpädagogische Zielvereinbarung und -erreichung“	150
8.	Musterformular „Behandlungsplanung nach Freizeit-Bedarfsgruppen“	152
9.	Checkliste zur Planung erlebnispädagogischer Veranstaltungen	154
10.	Fragebogen zur Rehabilitandenzufriedenheit (Auszug)	156
	Der Autor	158

Danksagung

Ich danke dem pädagogischen und sporttherapeutischen Team der Dietrich-Bonhoeffer-Klinik für die langjährige gute Zusammenarbeit. Ich fühle mich geehrt, bereits über so viele Jahre mit den Kolleginnen und Kollegen in diesem Team zusammenarbeiten zu dürfen, die täglich ihre anspruchsvolle und verdienstvolle Arbeit am jungen Menschen leisten.

Ohne diese engagierten Pädagogen wäre das Leben der an der Postakutbehandlung partizipierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen ärmer an Beziehung und an Erfahrung.

Das Buch ist diesem Team gewidmet.

Ich danke auch allen anderen Kolleginnen, Kollegen, Wegbegleiterinnen und Wegbegleitern für den guten fachlichen Austausch. Danke für die wertvollen und kritischen Hinweise zu diesem Buch.

1. Einleitung

Dieses Fachbuch schließt sich thematisch an folgende drei Publikationen an:

- 📖 den Fachaufsatz „Pädagogische Ansätze in der Postakutbehandlung“,¹
- 📖 den Fachaufsatz „Sporttherapie in der Postakutbehandlung“² sowie
- 📖 das Fachbuch „Die Behandlung im pädagogisch-therapeutischen Team“.³

Hier wird nun der Fokus auf Freizeit- und Erlebnispädagogik in der Postakutbehandlung gelegt. Die theoretische Fundierung durch die Freizeitforschung findet ebenso Berücksichtigung wie die Darstellung praktischer Erfahrungswerte mit Freizeit- und Erlebnispädagogik in einer Fachklinik für junge Abhängigkeitskranke.

Pädagogik ist eine Handlungswissenschaft. Theorie und Praxis der Freizeit- und Erlebnispädagogik müssen als Einheit betrachtet werden und entfalten ihre Wirksamkeit in der Synthese.

Dieses Buch hat nicht den Anspruch, ein Lehrbuch zu sein. Es soll lediglich Orientierung in Form eines Kompendiums für alle Pädagogen bieten, die sich über aktuelle salutogenetische⁴ freizeit- und erlebnispädagogische Ansätze in der medizinischen Rehabilitation informieren und mit Gruppen freizeit- und erlebnispädagogisch arbeiten möchten. Der Anhang enthält einige praktische Tools, die direkt in der Freizeit- und Erlebnispädagogik der Suchtfachklinik eingesetzt werden können. Sicherlich wird das Buch für fachliche Diskussionen sorgen - dies und der fachliche Austausch sind ausdrücklich erwünscht.

Der Autor kommt aus den Arbeitsfeldern Militär und medizinische Rehabilitation und verfügt selbst über langjährige Erfahrung in der pädagogischen und therapeutischen Arbeit mit abhängigkeitskranken Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Der „typische“ Rehabilitand der Dietrich-Bonhoeffer-Klinik ist deutscher Staatsbürger, zwischen 15 und 25 Jahre alt, ledig, ohne festen Partner und ohne Kinder. Vor Behandlungsbeginn haben die meisten Rehabilitanden Schulabschlüsse, vorwiegend der Förder- und Hauptschulen erreicht. Die meisten Rehabilitanden haben seit ihrem 11. oder 12. Lebensjahr mehrere Abhängigkeitserkrankungen und häufig komorbide Störungen wie z.B. „*Persönlichkeitsstörung und Sucht*“, „*Psychose und Sucht*“, „*Dissozialität und Sucht*“, usw. entwickelt.

Mit der Intensität der Problematik steigen die sozialen Probleme, aber auch die Schwierigkeiten im Leistungsbereich. Nicht wenige Rehabilitanden der Dietrich-Bonhoeffer-Klinik haben die Schule oder den Versuch, höhere Schulabschlüsse zu erreichen, abgebrochen. Die meisten von ihnen haben noch keine Berufsausbildung begonnen oder sind früh in der Berufsausbildung gescheitert. Nur ein relativ geringer Teil von jenen, die über 20 Jahre alt sind, war schon über relevante Zeiträume erwerbstätig. Der Anteil der Arbeitslosen an allen Rehabilitanden, insbesondere der Empfänger von Arbeitslosengeld II (ALG II), liegt sehr hoch. Die

¹ Jürgen Schlieckau (2009).

² Arne Lashlee & Jürgen Schlieckau (2009).

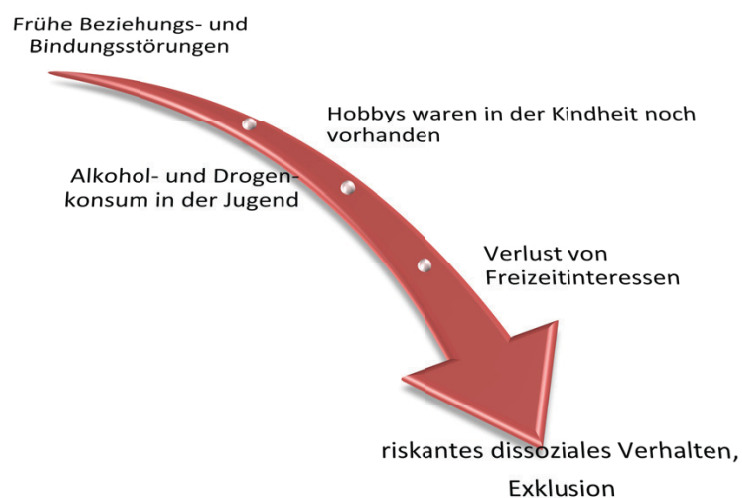
³ Jürgen Schlieckau (2011).

⁴ Aaron Antonovsky (1997). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.

Mehrzahl der Rehabilitanden lebte vor der Behandlung zumindest mit einem Elternteil zusammen. Nur ein kleiner Teil von ihnen lebte in fester Partnerschaft. Vielfältige Alltagsprobleme, die bei den Rehabilitanden auftraten, betrafen den Selbstwert, Gesundheitsprobleme, Fehlernährung, die finanzielle Situation, die Wohnsituation bzw. Obdachlosigkeit, Schule, Freizeit und Arbeit, Straffälligkeit, den Umgang mit Eltern, Freunden und Partnern und Vereinsamung (Beziehungsstörungen). Viele waren in der Kindheit noch Mitglied in einem Sportverein oder hatten andere Freizeitinteressen, haben in der Zeit des Alkohol- und Drogenkonsums ihre Hobbys aber aufgegeben, sich zurückgezogen und dabei Kontakte zu (gesunden) Gleichaltrigen verloren. Das heißt, sie hatten vor Beginn der Postakutbehandlung erhebliche Einschränkungen in ihrer sozialen und beruflichen Teilhabe.

Wichtige Faktoren, die zur Exklusion führen, sind in Abbildung 1 dargestellt:

Abbildung 1: Exklusion durch belastende Lebensereignisse



Diese jungen Menschen benötigen nicht nur eine medizinische Rehabilitation, sondern viele von ihnen auch eine Habilitation an der Schwelle zum Erwachsenenalter, um ihre körperlichen, sozialen, kreativen, kulturellen und kommunikativen Kompetenzen zu entwickeln. Und sie sind darauf angewiesen, dass Barrieren in den Köpfen ihrer Mitmenschen in Form von Attribuierungen und Vorurteilen sowie daraus folgende Stigmatisierung ihre soziale Integration nicht nachhaltig behindern.

Heute mangelt es vielen Abhängigkeitskranken an unmittelbaren gemeinschaftlichen *Erfahrungen*. Gemeinsame Freizeitaktivitäten von Eltern und Kindern, die als Kennzeichen einer „guten“ Familie gelten, werden selten von Abhängigkeitskranken im Rahmen der biographischen Anamnese aus ihrer Kindheit und Jugend berichtet. Oft war der Vater überhaupt nicht als Bindungsperson präsent. Die Bindung zu einem oder beiden Elternteilen und die Eltern-Kind-Beziehungen waren häufig gestört. In den Freizeitanamnesen werden vielfältige Teilha-

beeinträchtigungen der Rehabilitanden beschrieben. Abhängigkeitskranken fehlen aufgrund ihres chronischen Erfahrungsmangels und der häufig vorliegenden Bildungsferne in der Adoleszenz basale Kompetenzen für die Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben in Alltag und Freizeit. Ihr oftmals geringes psychisches Strukturniveau⁵ und ihr mangelndes Wissen über Freizeitmöglichkeiten korrelieren negativ mit riskantem und antisozialem Verhalten. Jugendliche mit entsprechender Verhaltensdisposition auf genetischer und biochemischer Grundlage entwickeln im turbulenten Jugendalter oft über das normale Ausprobieren und Experimentieren hinausgehende extreme Verhaltensweisen und dysfunktionale Lebensstile in Form von übersteigertem „*sensation seeking*“. Nicht selten manifestieren sich daraus Selbst- und Fremdschädigungen, und sie scheitern an ihren alterstypischen Entwicklungsaufgaben. Mit ihren häufigen Erfahrungen des Scheiterns und wiederholten Reinszenierungen maligner Szenen geraten sie in einen Teufelskreis, der ihre Exklusion verstärkt. Ihre Selbstwirksamkeitserwartung ist daher oft gering, ihr Unwertempfinden dagegen hoch. Der Teufelskreis von Sucht und sozialer Ausgrenzung setzt sich im Erwachsenenalter fort, falls er nicht gezielt durch habitative und rehabilitative Interventionen unterbrochen wird.⁶

Abhängigkeitskranke Menschen haben ein Recht auf gesunde Lebensbedingungen und bedürfnis- und interessengerechte Gestaltung ihrer Freizeit. Daher muss der Bedarf an freizeitpädagogischen Interventionen für alle Altersklassen - mit Ausnahme der frühen Kindheit – beantwortet werden.

Eine plausible Antwort auf die Bedürfnisse der von Teilhabebeeinträchtigungen betroffenen Menschen gibt die moderne Freizeitpädagogik, die in Deutschland um 1960 Teildisziplin der Erziehungswissenschaft wurde. Sie bietet dem von Teilhabebeeinträchtigungen betroffenen Menschen Erfahrungsmöglichkeiten, ganzheitliche Bildung und Alternativen zur bisherigen Lebensgestaltung.

Erlebnispädagogik ist als handlungsorientierte Methode eine Unterkategorie der Freizeitpädagogik. Sie nutzt vor allem Gruppen-Erfahrungen in der Natur⁷ (Wald, Gebirge, See) und - in Form von *City Bound* - im städtischen Raum, die eine Weiterentwicklung außerhalb der persönlichen „Komfortzone“ ermöglichen.

Der reformpädagogische Ansatz der Erlebnispädagogik bewegt sich im Spannungsfeld zwischen pädagogischer Innovation und Kulturkritik. Erstrangiges Erziehungsziel der Pädagogik ist die erreichte Ich-Stärkung. Freizeit- und Erlebnispädagogik zielt auf den Ausgleich vorhan-

⁵ Gerd Rudolf (2013, S. 54).: „Struktur ist definiert als die Verfügbarkeit über psychische Funktionen, die für die Organisation des Selbst und seine Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich sind. Strukturelle Störungen beinhalten die unzureichende Verfügbarkeit über diese Funktionen, bzw. ihre Vulnerabilität. Sie sind meist die Folge frühkindlicher Beziehungsstörungen.“

⁶ Psychisches Strukturniveau und die Entwicklung des Selbst: Bei einer desintegrierten Struktur wird Verantwortung nicht erlebt; Emotionalität überflutet die Psyche. Bei einer gering integrierten Struktur fehlt Empathiefähigkeit; das sehr bedürftige und impulsive Selbst ist in viele interpersonelle Konflikte verstrickt. Bei einer mäßig integrierten Struktur ist das Selbst bedürftig und leicht kränkbar; dyadische Beziehungen herrschen vor. Erst mit einer gut integrierten Struktur liegt ein relativ autonomes Selbst vor. Siehe Gerd Rudolf (2013).

⁷ Lat.: „*Ad fontes!*“ = „Zu den Quellen!“

dener und die Verhinderung künftiger Bedürfnisdefizite sowie auf Humanität, Emanzipation und verbesserte Freizeitkompetenz.

Freizeitpädagogik geht von einem positiven Menschenbild und vom Educanden aus. Sie orientiert sich an existenziellen Bedürfnissen und Interessen des Educanden und fördert die Erziehung im körperlichen, psychosozialen, kreativen, kulturellen und kommunikativen Bereich. Gemeinschaftserziehung gibt wichtige Impulse zur Persönlichkeitsentwicklung und wirkt identitätsbildend und integrierend. In der ressourcenorientierten Freizeitpädagogik wird der Educand ermutigt, sich auf neue und ungewohnte Verhaltensstrategien einzulassen, seine Emotionalität zu pflegen und sich sozial zu engagieren. Das gemeinsame Handeln in der Gruppe stellt neue Zusammenhänge her und fördert über das Verstehen und das Hineinwachsen in Gesellschaft und Kultur die Entwicklung von Kulturfähigkeit. Aktive Freizeitgestaltung kann neue Beziehungen und Inklusion ermöglichen und Energie für Neues freisetzen. Bisher vorhandene Behinderungen in der Teilhabe an der Gesellschaft (im Sinne des ICF) können gut über gemeinsame Aktionen in Alltag und Freizeit abgebaut werden.

Es ist für Abhängigkeitskranke ganz wichtig, eine anregende Umwelt zu finden. Sie können darin im Sinne der Selbsterziehung spielerisch, phantasievoll und kreativ handeln und Verantwortung für sich selbst und andere übernehmen. Noch ungenutzte Ressourcen können mit hoher Wahrscheinlichkeit aktiviert werden, wenn der Erlebnispädagoge der Suchtfachklinik den abhängigkeitskranken Jugendlichen begleitet und so interveniert, dass aus Erlebnissen, die der Jugendliche macht, alltagsrelevante Erfahrungen entstehen und nicht etwa eine Fortsetzung selbstdestruktiver Verhaltensweisen stattfindet. Dies erfordert viel Kreativität, natursportliche und pädagogische Kompetenz seitens des Erlebnispädagogen.

Freizeit- und Erlebnispädagogik ist ein *eigenständiges* Angebot der Basistherapie in der medizinischen Rehabilitation (nicht nur) für junge Abhängigkeitskranke und nicht etwa nur ein *ergänzendes/sonstiges* Therapieangebot. Diese salutogenetischen Therapieansätze haben sich als wirksam erwiesen, um psychosoziale Handlungskompetenzen, den Selbstwert und die Autonomie des Educanden zu stärken und soziale Teilhabe zu verbessern. Charakterisiert ist dieses Angebot durch ein offenes Setting sowie einen hohen Grad an Selbstbestimmung, Partizipation und autonomen Handeln des Educanden.

Freizeit- und Erlebnispädagogik ist fester Bestandteil in vielen Konzepten medizinischer Rehabilitationseinrichtungen. Die personelle, materielle und räumliche Ausstattung für dieses Angebot ist in diesen Einrichtungen aus verschiedenen Gründen höchst unterschiedlich.

Freizeit- und Erlebnispädagogen in der medizinischen Rehabilitation müssen heute ein eigenständiges nichtärztliches Selbstverständnis als eigene Identitätsbildung entwickeln und eng mit Ärzten und Psycho- und Sozialtherapeuten zusammenarbeiten. Ein fachübergreifender Austausch, gegenseitige kollegiale Wertschätzung und eine gelingende Integration pädagogischer Ansätze in stationäre Behandlungskonzepte sind Voraussetzung dafür.

Einerseits gibt es noch keine wirklich einheitliche Theorie der Freizeitpädagogik. Andererseits ist seit langer Zeit unbestritten, dass es einen hohen Bedarf an erzieherischen und erlebnisorientierten Leistungen in Suchtfachkliniken gibt.

Daher sind der Wissenstransfer und die Schaffung einer guten Evidenz für freizeitpädagogische Interventionen erforderlich.

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hat auf der Basis vorliegender Expertenmeinungen und klinischer Erfahrungswerte erzieherische Leistungen in die neueste Ausgabe der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) ⁸ aufgenommen und damit - nach über 40 Jahren professionalisierter Suchtkrankenhilfe – den erzieherischen Beitrag auch in der (stationären) medizinischen Rehabilitation endgültig legitimiert. Dies geschah ungeachtet des fortgesetzten Fehlens gut angelegter wissenschaftlicher Studien mit hoher „Evidenz“-stärke (RCT's) für den Bereich klinischer pädagogischer Leistungen.

Die Versicherungsträger der Deutschen Rentenversicherung (DRV'en) sowie andere Kostenträger der medizinischen Rehabilitation sind daran interessiert, dass im Interesse ihrer Versicherten in Suchtfachkliniken insbesondere folgende globale freizeitpädagogische Therapieziele mit Rehabilitanden vereinbart werden:

Abbildung 2: Freizeitpädagogische Therapieziele



Derzeit findet für den Bereich Medizinische Rehabilitation leider noch unzureichend spezialisierte Theoriebildung in den Erziehungswissenschaften und pädagogische Feldforschung in den Reha-Einrichtungen (unter Einbindung freizeit- und kultursoziologischer sowie entwicklungspsychologischer Konzepte und Methoden) statt. Hier sind sowohl Gesundheitspolitik, akademische Reha-Forschung, Deutsche Rentenversicherungen, Krankenkassen als auch Einrichtungsträger, Reha-Fachkliniken und Freizeitpädagogen gefordert. Diese Akteure sollten vernetzt handeln, siehe Abbildung 3.

⁸ Deutsche Rentenversicherung: KTL 2015, Kapitel L.

Abbildung 3: Akteure der Freizeitforschung in der Medizinischen Rehabilitation



Fragestellungen des Buches

Dieses Buch versucht, vorläufige Antworten zu geben auf folgende zehn Fragen:

a) zur *Strukturqualität*

- (1) Welche Freizeitbedürfnisse und freizeitpädagogische Bedarfe haben junge abhängigkeitskranke Educanden, gibt es unterschiedliche Bedarfsgruppen von Educanden für Freizeit und wie schlägt sich dies im Klinikkonzept nieder?
- (2) Wie müssen die personelle Struktur im Pädagogischen Dienst und die räumliche und technische Ausstattung der Fachklinik für junge Abhängigkeitskranke beschaffen sein?

b) zur *Verlaufsqualität*

- (3) Wie entwickelt und pflegt der Pädagogische Dienst der Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen eine Klinikkultur, ein soziales Milieu und Freizeit-Milieu, das von Rehabilitanden akzeptiert, aktiv mitgestaltet und als hilfreich für die Verbesserung ihrer sozialen Teilhabe empfunden werden kann?
- (4) Was ist eine „sinnvolle“ Freizeitgestaltung und wer definiert, was „sinnvoll“ ist?
- (5) Wie kann über Freizeitdiagnostik und Behandlungsplanung sichergestellt werden, dass jeder Rehabilitand Freizeitangebote wählen kann, die auf seine individuellen Freizeitbedürfnisse und -bedarfe zugeschnitten sind und seine Autonomie fördern?
- (6) Wie und unter welchen Rahmenbedingungen plant und gestaltet der Freizeitpädagoge Freizeitsettings und Erlebnisräume, Unfallverhütung, freizeitpädagogische Interventionen, Planungspartizipation der Rehabilitanden und Reflexionsprozesse?

c) zur *Ergebnisqualität*

- (7) Wie können Ergebnisse der Freizeit- und Erlebnispädagogik und die Zufriedenheit der Educanden mit dem klinischen Freizeitangebot gemessen und evaluiert werden und wie fließen sie in die medizinischen Rehabilitations-Entlassungsberichte ein?
- (8) Wie wirksam und evidenzbasiert sind heutige freizeit- und erlebnispädagogische Ansätze und Interventionen in der Suchtfachklinik?
- (9) Wie kann die Wirksamkeit der Freizeitpädagogik im Handlungsfeld Medizinische Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankungen verbessert werden?
- (10) Wie werden freizeit- und erlebnispädagogische Ansätze als wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der sozialen Teilhabe von Menschen in der Reha- und Klinikforschung berücksichtigt?

Die jeweiligen Antworten findet der Leser in den einzelnen Kapiteln des Buches.

2. Evidenzbasierung der Freizeitforschung und -pädagogik

2.1 Was bedeutet „Evidenz“ bei wissenschaftlichen Studien?

In diesem Buch ist die Rede von „Evidenzbasierung“ in der medizinischen Rehabilitation. Das Wissen über „Evidenz“ ist entstanden auf der Basis von gut angelegten wissenschaftlichen Studien mit hoher „Evidenz“-stärke. *„Evidenzbasierte Medizin (EbM) ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten“*.⁹ Gemäß der Empfehlung des Europarates von 2002, basierend auf den Guidelines von AHPCR 1995 und SIGN 1999 und nach dem Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) werden wissenschaftliche Studien nach vier "Evidenz"-stärken in "Evidenz"-klassen bewertet:¹⁰

Tabelle 1: „Evidenz“-stärken von wissenschaftlichen Studien (Empfehlung Europarat)

Ia:	"Evidenz" aufgrund von Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien (RCTs).
Ib:	"Evidenz" aufgrund mindestens eines RCT.
Ila:	"Evidenz" aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung.
Ilb:	„Evidenz" aufgrund mindestens einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie.
III:	"Evidenz" aufgrund einer gut angelegten, nicht-experimentellen deskriptiven Studie (z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fall-Kontroll-Studien).
IV:	"Evidenz" aufgrund von Berichten/Meinungen von Expertengremien, Konsensuskonferenzen und oder klinischer Erfahrungen anerkannter Autoritäten.

Der Bezug zur Empfehlung wird i. d. R. nach 3 Empfehlungsklassen vorgenommen:

Tabelle 2: Empfehlungsklassen für Evidenz

A)	Empfehlung ist belegt durch schlüssige Literatur von insgesamt guter Qualität, die mindestens einen RCT enthält ("Evidenz-"klassen Ia, Ib),
B)	Empfehlung ist allgemein begründet durch gut durchgeführte nicht-randomisierte klinische Studien ("Evidenz-"klassen Ila, Ilb, III),
C)	Empfehlung ist belegt durch Berichte / Meinungen von Expertengremien, Konsensuskonferenzen und oder klinische Erfahrungen anerkannter Autoritäten; weist auf das Fehlen direkt anwendbarer klinischer Studien guter Qualität hin ("Evidenz-"klasse IV).

Ein Konsens ist vorhanden, wenn mindestens 75% der Teilnehmer zustimmen. Stimmen weniger als die Hälfte der Teilnehmer zu, liegt kein Konsens vor.¹¹ Die Konsensusstärke in Konsensuskonferenzen ist dann stark, wenn mindestens 95% der Teilnehmer zustimmen.

⁹ Deutsches Cochrane-Zentrum, Jüngling (2014).

¹⁰ Sacket et al. (1996), SIGN (1999), ÄZQ (2000), Europarat (2002).

¹¹ Dietrich Hoffmann et al. (2004, S. 986).