

DG-SAS – Bundeskongress
„Psychosoziale Interventionen in der Suchthilfe –
Perspektiven der sozialen Arbeit in Zeiten knapper Ressourcen“
am 22. – 23.11.2010 in Frankfurt/M.

Der 1. DG-SAS-Bundeskongress Ende November 2010 in Frankfurt/M. war sehr erfolgreich. Mit einem gut abgestimmten Programm und attraktiven Referenten gelang eine breite und vielfältige Reflektion heutiger Bedingungen sowie zukünftiger Perspektiven der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe vor dem Hintergrund knapper Ressourcen.

In den Beiträgen und Diskussionen konnte die Bedeutung der Sozialen Arbeit für eine gelingende Suchtkrankenbehandlung deutlich herausarbeitet werden. Die Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen ist eine **bio-psycho-soziale** Erkrankung, die einer multidisziplinären Behandlung bedarf. Keine wissenschaftliche Disziplin allein kann ein befriedigendes Erklärungsmodell anbieten; vielmehr ist Konsens, dass nur ein interdisziplinärer und multiprofessioneller Ansatz zu nachhaltigen Erfolgen in der Suchtkrankenbehandlung führt.

Anhand mehrerer Beispiele wurde jedoch verdeutlicht, dass biologische und psychologische Aspekte die Fachdiskussion dominieren, der soziale Aspekt wird hingegen vernachlässigt. Hier muss gegengesteuert werden, nicht nur weil 70 – 80 % der in der Suchthilfe tätigen Fachkräfte Sozialarbeiter / Sozialpädagogen sind, vor allem aber, weil die soziale Komponente im bio-psycho-sozialen Behandlungsansatz ein ganz entscheidender Erfolgsfaktor ist.

Soziale Arbeit sollte sich auf ihre Traditionen besinnen und sich nicht nur um das Individuum oder die Gruppe kümmern, sondern sich auch in die Gestaltung der relevanten Bereiche gesellschaftlicher Verhältnisse einmischen. Ein ganzheitlicher Ansatz - wie er sich etwa im ICF abbildet - die Kontextbedingungen und die Milieubezogenheit in der Suchthilfe kann ausschließlich durch professionellen Einsatz von Sozialer Arbeit stattfinden.

Notwendig ist jedoch zuvor, dass das deutlich wahrnehmbare Defizit einer selbstverständlichen, alltäglichen Verknüpfung von wissenschaftlicher Fundierung und praktischer Arbeit behoben werden sollte.

Durch eine fachlich-wissenschaftliche Evaluation und Überprüfung lassen sich sozialarbeiterische Interventionen und Verfahrensweisen in Abgrenzung zu anderen Disziplinen wie Medizin und Psychologie im Feld der Suchthilfe rechtfertigen, sowie die im alltäglichen, individuellen Lösungsfindungsprozess „quasi nebenbei“ kreierte Angebotsmodifikationen der Sozialen Arbeit über den Einzelfall und die Intuition hinaus als empirisch nachgewiesene und reproduzierbare Hilfeleistung darstellen.

Nur durch einen wissenschaftlich belastbaren Wirksamkeitsnachweis wird die Bedeutung der sozialen Arbeit und ihres Repertoires gestärkt und anerkannt werden.

Zum Glück hat die sozialwissenschaftliche Forschung, insbesondere die qualitative Forschung, aber auch die Sozialarbeitsforschung im Besonderen eine beachtliche Entwicklung genommen. Rein quantitative Forschungen greifen oftmals zu kurz. Qualitative Forschungsprojekte zur Methodik von Interventionen im sozialen Feld sollten daher verstärkt initiiert und vor allen Dingen publiziert werden, gerade auch auf Kongressen.

Ein Rückkoppelungsprozess der Praktiker zu den Ausbildungsinstituten ist zwingend erforderlich, um im doppelten Wortsinne die „Basis nicht zu verlieren“; für die Hochschulen ist die Feldkompetenz und das Erfahrungswissen der Praxis grundlegend, und für die sozialen Behandler ist der Rückgriff auf neueste Studien und Ansätze eine gute Möglichkeit, die eine stetige Weiterentwicklung der Instrumente der sozialen Arbeit für die Suchthilfe gewährleistet.

Welche Schlussfolgerungen ergeben sich nun als Fazit vor dem Hintergrund der Beiträge, Foren/Arbeitsgruppen und Rückmeldungen der Teilnehmer auf dem Bundeskongress? Hier dazu einige wesentliche Aspekte:

1. Wo hat Soziale Arbeit Zukunft? (Vortrag)

„Insbesondere in der postmodernen Welt bedürfen scheiternde Menschen passgerechter Konzepte bei den Bewältigungsversuchen in den umgebenden Verhältnissen“ (Keupp, 1997).

Auch Berichte der WHO zeigen auf, dass psychosoziale Faktoren als wichtiger Mediator zwischen Benachteiligung und Gesundheit gelten können, es aber gleichzeitig Versorgungs-Defizite auf Seiten der sozialen Komponente gibt, und deshalb eine Entwicklung von adäquaten Versorgungsformen notwendig ist.

Die Soziale Arbeit befasst sich mit sozial bedingten und sozial relevanten chronischen Belastungszuständen, zu deren Milderung und/oder Beseitigung wendet sie insbesondere Methoden der Krisenhilfe, der Begleitung und Betreuung, der psychosozialen Beratung sowie der Sozio-, Sozial- und Psychotherapie an. Die Vermittlung von Wissenschaft und gelebter Praxis findet dabei im Vollzug des professionellen Handelns in der jeweiligen Person statt.

Es ist daher sinnvoll, innerhalb der Suchthilfe die Identität und Qualifikation der Sozialen Arbeit zu stärken, da die Suchthilfe zu einem hohen Prozentsatz aus Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagogen/innen besteht. Zugleich bietet sich die Zusammenarbeit mit weiteren Berufsverbänden und Fachgremien an.

2. Soziale Arbeit als grundlegender Baustein interdisziplinärer Suchthilfe. (Vortrag)

Die spezifische Leistungsfähigkeit der Sozialen Arbeit (Umfeldverbesserungen, Unterstützungsstrukturen und Empowerment) sollte noch stärker profiliert werden: Nicht nur interdisziplinäre Kooperation, sondern auch disziplinäre Abgrenzung! Soziale Arbeit ist traditionell in Krisenzeiten gefordert; in der Vergangenheit gab es nicht selten in solchen Phasen erhebliche Entwicklungsschübe. Hier gilt es, die Zeit knapper Ressourcen als Chance zur Profilschärfung zu nutzen.

3. Soziale Diagnostik – was ist der Stand? (Forum)

Jede Disziplin innerhalb der Suchthilfe hält eine Auswahl geeigneter Diagnostikinstrumente und – Verfahren bereit. Für die Soziale Diagnostik sind solche Verfahren und Instrumente spezifisch, die die Person in ihrer konkreten Lebensumwelt und in ihrer umfassenden aktuellen psycho-sozialen Situation erfassen (nicht nur psychodynamische oder Verhaltensdiagnostik) und dabei sowohl Ressourcen als auch Probleme diagnostizieren kann.

Eine Soziale Diagnose hat ein bio-psycho-soziales und ein sozialökologisches Ressourcen- und Problemverständnis sowie eine dialogische Vorgehensweise. Es werden also nicht nur Probleme festgestellt, sondern unter Einbezug der Klienten Lösungen generiert und in Handlungsstrategien umgesetzt.

Soziale Diagnostik wird selbstverständlich auch im Bereich der Suchthilfe von den professionellen Fachkräften der Sozialen Arbeit betrieben, muss von diesen aber expliziter formuliert, kundgetan und im interdisziplinären Kontext selbstbewusst vertreten werden (z.B. in Bezug auf Behandlungsziele oder auch in den (IT-gestützten) Dokumentationsverfahren).

4. Früher Zugang zu riskant Konsumierenden – Stolpersteine & Strategien (Forum)

Riskant Konsumierende brauchen eine eigene Ansprache und eine offene Haltung gegenüber ihrem Konsumverhalten. Die meisten Frühinterventionsprogramme wurden deshalb von Fachkräften der Sozialen Arbeit entwickelt – und damit hat diese Berufsgruppe einen entscheidenden Beitrag für das Suchthilfesystem zur notwendigen Differenzierung zwischen universeller Prävention und Suchtbehandlung geleistet.

Die Nutzung dieser gut evaluierten Programme und damit der Rückgriff auf die Erkenntnisse der (Projekt-)Kollegen/innen über die Ansprache der verschiedenen Adressatengruppen und die Rückmeldungen zu den gewählten Zielprojektionen erspart den häufig kurzfristig und kurzzeitig bestellten Präventionsfachkräften vor Ort viel Zeit und Frustration, und den Klienten ebenso.

Diese Art Qualitätsmanagement fördert gleichzeitig auch die Wertschätzung einer solchen sozialen Dienstleistung. Dazu benötigt der Bereich der Frühintervention allerdings abgesicherte personelle und zeitliche Ressourcen.

Zum Teil können diese auch durch Bündelung und Umstrukturierung bestehender Angebote geschaffen werden. Andererseits braucht die Präventionsarbeit aber auch neue Zugangswege, d.h. neue Kooperationspartner und Ideen (z. B. Sport, Kultur, Medien und Wirtschaft), um riskant Konsumierende früher - mit attraktiven Angeboten - zu erreichen.

5. Demografische Entwicklung in der Suchthilfe – Antworten der sozialen Arbeit (Forum)

Die Diskussion dieser Frage zeigt, dass es hinsichtlich der Versorgung von älteren Drogenabhängigen (und anderer Suchtkranker) mit hohem Pflegebedarf durchaus einen notwendigen Gesprächsbedarf gibt. Derzeit dominieren dabei zwei sich widersprechende Ansätze:

Zum einen die Ansicht, dass sich ältere Drogenabhängige mit hohem Pflegebedarf nicht in die bestehenden Einrichtungen der Altenpflege integrieren lassen. Für diese Gruppe wäre es besser und sinnvoller, eigene Einrichtungen für die ältere Klientel der Suchthilfe aufzubauen.

Zum anderen wird eine Neuausrichtung der Altenpflege befürwortet, – unterstützt durch eine Zusammenarbeit mit der Drogen- und Suchthilfe – wo sich z.B. die Altenpflegeheime darauf einlassen, bei Bedarf die medikamentöse Versorgung der älteren Drogenabhängigen mit Methadon und anderen Opiaten sicherzustellen.

Unabhängig von der Entwicklung dieser grundsätzlichen Frage, lassen sich bereits jetzt für die Soziale Arbeit in der Suchthilfe folgende Aufgabenstellungen feststellen:

- Ausbau ambulanter Hilfen für hilfebedürftige ältere Drogenabhängige;
- Vernetzung und Kooperation mit Institutionen für psychisch Kranke und mit den Einrichtungen der Altenpflege sowie den Verbänden der Altenpflege;
- Weiterentwicklung von Wohnangeboten für hilfebedürftige und pflegebedürftige alte Drogenabhängige, Entwicklung von Wohnhäusern für diese Klientel;

- Kooperation mit der Hospiz-Bewegung und Entwicklung von Standards der Sterbebegleitung von kranken und alten Drogenabhängigen.

Weitere Diskussion und Vertiefungen zu diesem Thema sollten folgen.

6. Gesundheitsförderung Suchtkranker in Haft (Forum)

„Gefangene kommen aus der allgemeinen Gesellschaft und kehren in den allermeisten Fällen wieder in die Gesellschaft zurück.“ Dieser Satz ist so banal wie bedeutsam.

Mit dieser Sicht wird versucht, die Institution „Gefängnis“ als Teil der Gesellschaft zu begreifen und in bester Tradition der Sozialen Arbeit auf die Bedingungen dort zu reagieren. Wir gehen davon aus, dass es strukturelle Versorgungsprobleme von Gesundheit im Gefängnis gibt, die nur über eine grundsätzliche Umorientierung und Neuorganisation zu lösen sind. Eine Aufgabe, die instituti- ons-, disziplinen- und politikbereichs-übergreifend betrachtet und organisiert werden muss, um in gemeinsamer Anstrengung von Gefängnisgesundheitsdiensten und Öffentlicher Gesundheit für die Zukunft verstärkt mögliche Gesundheitspotentiale („drinnen und draußen“) zu erforschen und zu entwickeln.

Dazu zählen insbesondere zunächst folgende Schritte:

- Aufsuchende Sozialarbeit bei Ex-Gefangenen zur Unterstützung bei abstinem Verhalten.
- Vernetzung von JVA und Therapieeinrichtung, einen direkten Übergang sichern.
- Medizinische Versorgung, wo dies möglich ist, nach außen verlagern.
- Fortbildungspflicht für Gefängnisärzte.
- Schnittstellenprobleme erkennen, z.B. nahtlosen Übergang zwischen Haftenrichtung und Krankenversicherung ermöglichen.
- Bundesweite heterogene Praxis der Rentenversicherungsträger bei Bewilligung von medizinischer Rehabilitation vereinheitlichen.
- wieder mehr Bewilligungen für stationäre Therapien von Inhaftierten
 - häufigere Umsetzung des §35 BtMG für Inhaftierte
 - Zeitraum des Vollzugs nutzen (Tagesstrukturierung/Motivation/ Gesundheitsförderung)
- Entwicklung von Alternativen analog §35 BtMG für Alkohol- und CMA-Klienten

7. Burn-out in der sozialen Arbeit? (Vortrag)

Die Vorstellung, dass Burnout in den Berufsgruppen der helfenden Berufe besonders ausgeprägt ist, wurde seit Mitte der 90er Jahre zunehmend fallengelassen. Grundsätzlich erscheinen Menschen aller Berufsgruppen gleichermaßen Burnout-gefährdet.

Die Soziale Arbeit sollte deshalb die unter dem Begriff Burnout subsumierten Phänomene vor dem Hintergrund ihrer eigenen Arbeitsbedingungen kritisch reflektieren und evidenzbasierte Aussagen und Maßnahmen fordern. Im Spannungsfeld zwischen dem Einzelnen und der Organisation sollten dabei schnelle Schuldzuweisungen und Stigmatisierungen vermieden werden und stattdessen die Gesundheitsförderung in den Vordergrund stellen.

Betriebliche Gesundheitsförderung ist als Settingansatz ein demokratischer Prozess, in dem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Unternehmens gemeinsam Schwachstellen identifizieren und an Lösungsmöglichkeiten arbeiten. Ziel ist die Förderung der Gesundheit, nicht in erster Linie die Verhinderung definierter Krankheiten. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf dem Abbau sozialer Ungleichheiten.

8. Vom Umgang mit Unterschieden (Vortrag)

Diversity Management in Prävention und Behandlung

Diversity Management („Vielfaltsmanagement“) ist ein Ansatz der Organisationsentwicklung und wird meist im Sinne von „soziale Vielfalt konstruktiv nutzen“ verwendet. Diversity Management toleriert nicht nur die individuelle Verschiedenheit (engl.: *diversity*) der Mitarbeiter, sondern hebt diese im Sinne einer positiven Wertschätzung besonders hervor. Die aktuelle Diskussion bewegt sich zwischen den Polen der Gleichstellungspolitik einerseits und einer proaktiven Wettbewerbsorientierung andererseits.

Die Ziele von Diversity Management sind es, eine produktive Gesamtatmosphäre im Unternehmen zu erreichen, soziale Diskriminierungen von Minderheiten zu verhindern und die Chancengleichheit zu verbessern. Dabei steht aber nicht die Minderheit selbst im Fokus, sondern die Gesamtheit der Mitarbeiter in ihren Unterschieden und Gemeinsamkeiten. Bei den Unterschieden handelt es sich zum einen um die äußerlich wahrnehmbaren Unterschiede, von denen die wichtigsten Geschlecht, Ethnie, Alter und Behinderung sind und zum anderen subjektive Unterschiede wie die sexuelle Orientierung, Religion und Lebensstil.

Die Bedeutung dieses primär organisationsgebundenen Konzeptes für Prävention und Behandlung in der Suchthilfe, als quasi suchtspezifisches ‘Diversity Management’, ist die Fokussierung und bewusste positive Konnotation der Vielfalt der relevanten Zielgruppenfaktoren (z.B. ‘soziale Benachteiligung’, ‘Gender’, ‘Risiko’, Migrationshintergrund, Inklusionsfähigkeit). So sollen etwa in der Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund die interkulturellen Unterschiede (z.B. im Hinblick auf die Einflussfaktoren und im Hinblick auf die Suchtmuster), diese Zielgruppenaspekte nicht als zusätzliche Problembereiche der Adressaten betrachtet werden, sondern als Potential für Interventionsebenen und Zugänge genutzt werden. So wäre Diversity-/Zielgruppen-Management ein Element von Qualitätssicherung der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe.

9. Arbeitslosigkeit – Armut – Sucht“

Die soziale Ungleichheit in der Verteilung der Suchtprobleme erkennen, ernst nehmen und entsprechend praktisch handeln.

Ganz konkret kann das z.B. bedeuten, dass, bedingt durch den Suchtmittelkonsum und der Vernachlässigung und/oder riskanten Umgang mit finanziellen Forderungen oder finanziellen Ressourcen – oftmals begleitet von sozialer Ausgrenzung oder Kriminalität - die Betroffenen oft in einem Maße überschuldet sind, dass eine (Re-) Integration der Klienten/Patienten ernsthaft gefährdet ist.

Hinzu kommen aufgrund mangelnder Kenntnis oder Verstehens von verwaltungstechnischen Vorgängen vielfältige Probleme mit Behörden oder Ämtern, die sich mehr als nur belastend auf den Lebensalltag des Betroffenen und seiner Bezugspersonen auswirken.

So bleibt es weiterhin die geradezu unabdingbare „klassische“ Aufgabe der Sozialarbeiter in der Suchthilfe gemeinsam mit dem Klienten hier eine kritische Bestandsaufnahme und Übersicht zu erstellen und anschließend ganz lebenspraktische Lösungen zu finden, an der Umsetzung mitzuarbeiten und falls notwendig, externe Fachkompetenz zu vermitteln.

10. Soziale Konstruktion von Wirklichkeit (Vortrag)

Was sagen uns Milieustudien für die Prävention?“

Die Ergebnisse der sozialwissenschaftlichen Milieuforschung belegen: die Lebenswelten der Menschen in modernen Gesellschaften differieren immer stärker. Auch und gerade Akteure in der Sozialen Arbeit spüren diese Fremdheit: Ihre eigenen Wertorientierungen, Lebensstile, Formen und Inhalte der Kommunikation sind häufig anders als die der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, auf die sie in ihrem beruflichen Alltag treffen. Das kultursoziologische Modell der Sinus-Milieus ist ein erprobtes Instrument, um Kommunikationssituationen aus einer neuen Perspektive zu betrachten und zu analysieren. Es täte der Qualität der Sozialen Arbeit sicherlich gut, wenn ihre Akteure sich in diesem Sinne verstärkt „in die Schuhe ihrer KlientInnen stellen“ und aus deren Perspektive ihr eigenes berufliches Handeln betrachteten.

Der DG-SAS Bundeskongress als Plattform

Der erste Bundeskongress hat gezeigt, wie wichtig eine Plattform für den fachlich-kollegialen Austausch und eine Positionsbildung der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe ist. Es wird daher seitens der DG-SAS angestrebt, alle 2 Jahre einen Bundeskongress durchzuführen.

Auch auf die in 2011 geplanten Aktivitäten der Deutschen Gesellschaft für soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS)

- Beteiligung am 4. Dt. Suchtkongress,
- 3. DG-SAS-Kamingespräch,
- Kooperationsveranstaltung – Bundeskongress - mit der DGSV in Münster)

möchten wir nochmals gerne hinweisen. Interessierte Fachkollegen sind aufgerufen möglichst bald weitere Themen anzumelden bzw. Beiträge einzureichen.

Die DG-SAS hat bei der Bundesdrogenbeauftragten, Frau Dyckmans, nachgesucht, die Erfahrungen und die Fachkompetenz der Sozialen Arbeit in dem neu berufenen Drogen- und Suchtrat zu berücksichtigen. Vertreter/innen der Sozialen Arbeit können sicher mit ihrer Expertise befruchtend für Diskussionen und Empfehlungen dieses Gremiums wirken.

Dank

Schließlich möchten wir uns ganz herzlich für die Förderung unseres Kongresses durch das Bundesministerium für Gesundheit bedanken. Ohne diesen Beitrag wäre es nicht möglich gewesen, den Kongress in dieser Form und mit den vielen erfreulichen Ergebnissen durchzuführen.

Auf der Homepage DG SAS haben wir bereits ausgewählte Materialien präsentiert, so dass sie der breiten Öffentlichkeit zur Verfügung stehen.

(siehe: http://dgsas.de/downloads/Doku_DGSAS_Kongress_2010.pdf).

Gez. B. Röben, 02.02.2011