

Gefördert durch:



Landesgesundheitsministerium
des Deutschen Saarlandes

DGSAS 
Deutsche Gesellschaft für
Soziale Arbeit in der Suchthilfe.



Kompetenz

profil

der Sozialen Arbeit

in der Suchthilfe und
Suchtprävention

Impressum

Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V.
c/o Geschäftsstelle LWL-Koordinationsstelle Sucht
48133 Münster
www.dg-sas.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Angabe der Quelle vervielfältigt oder verbreitet werden.

Druck und Satz: Druckerei Burlage, Münster
Gestaltung: david uk. Unternehmenskommunikation, 49744 Geeste

I. Auflage: 3.000 Exemplare, **Münster, 2016**
gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit







**Wir lassen
nichts unver-
SUCHT.**

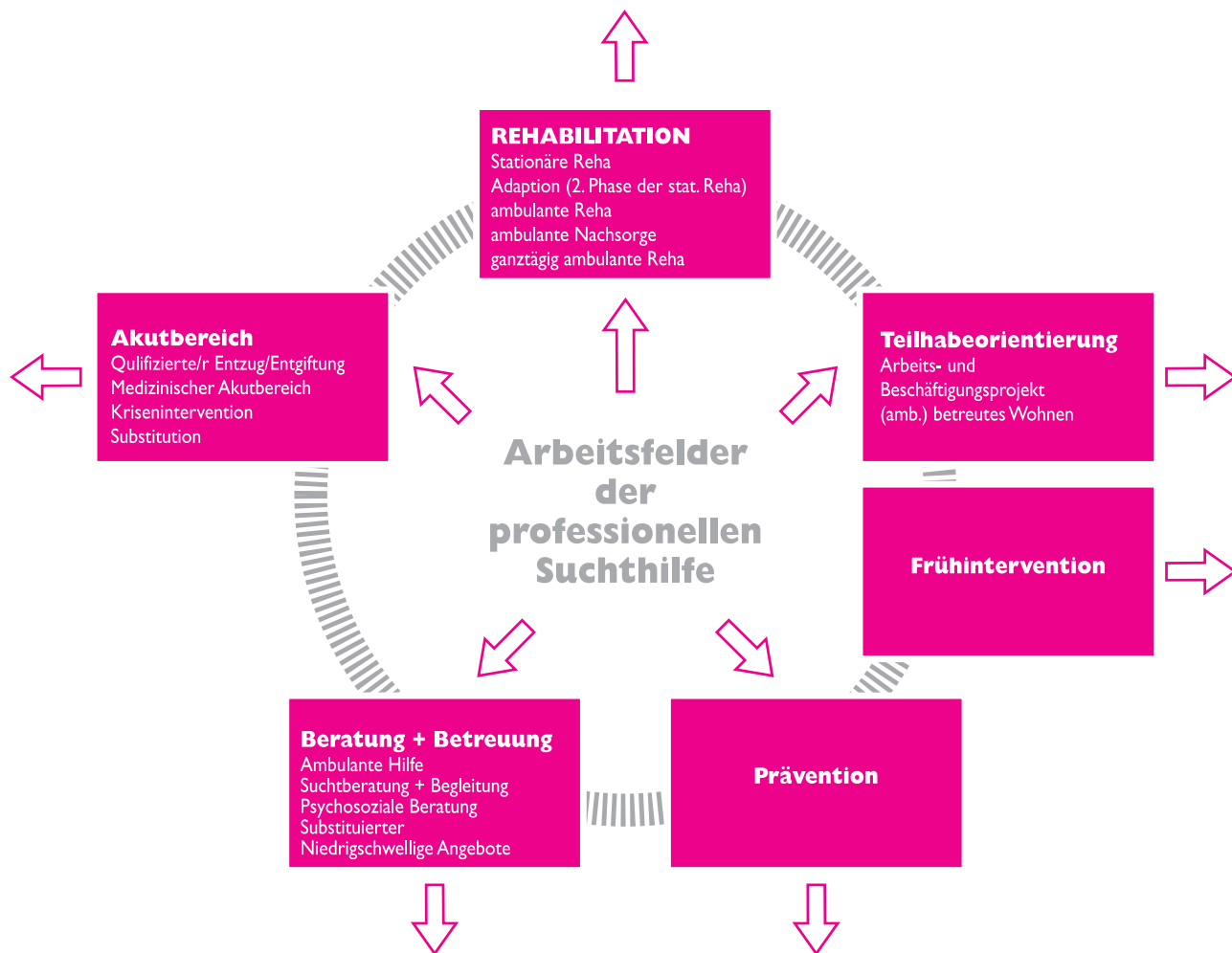
Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Spezifische Kompetenzprofile der Arbeitsfelder in der Suchthilfe und Suchtprävention	9
2.1	Suchtprävention	11
2.2	Frühintervention	15
2.3	Niedrigschwellige Angebote	18
2.4	Ambulante Suchtberatung inklusive PSB bei laufender Substitution	21
2.5	Ambulant Betreutes Wohnen	26
2.6	Suchtakutbereich	29
2.7	Ambulante Rehabilitation und Nachsorge	33
2.8	Stationäre Rehabilitation	38
3	Leitungskompetenz	43
3.1	Rollenverantwortung	43
3.2	Leitungspersönlichkeit	43
3.3	Mitarbeiter_innenführung	44
3.4	Wirtschaftliche Verantwortung	44
3.5	Politische Arbeit	45
3.6	Verknüpfung von Forschung und Praxis	45
4	Ausbildungsspezifische Fachkompetenz der Sozialen Arbeit	46
5	Perspektiven für die Aus- und Fortbildung von Fachkräften der Sozialen Arbeit für Tätigkeiten in der Suchthilfe	49
5.1	Zuständigkeit der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe	49
5.2	Empfehlungen für die in der Suchthilfe benötigten sozialarbeiterischen Kompetenzen	51
6	Literatur	56
7	Autor_innenverzeichnis	58
8	Abkürzungsverzeichnis	59

1. Einleitung

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS) hat sich mit ihrer Gründung im März 2001 zum Ziel gesetzt, das Profil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention zu schärfen. Fachkräfte der Sozialen Arbeit stellen mit 60 % die größte Berufsgruppe in diesem Arbeitsfeld dar; sie haben die Suchtprävention und Suchthilfe maßgeblich geprägt und weiterentwickelt.

Ausgehend von der ehemaligen Trinkerfürsorge des 19. Jahrhunderts und durch die Anerkennung der Trunksucht als Krankheit 1968, wurde bis heute ein differenziertes Suchtpräventions- und Suchthilfesystem entwickelt. Dieses hält, entsprechend den jeweiligen regionalen Gegebenheiten, Angebote zur suchtspezifischen Gesundheitsförderung und Prävention, niedrigschwellige Überlebenshilfe, substitionsgestützten Behandlung, qualifizierten Entzugsbehandlung, sozialen und beruflichen Rehabilitation und Nachsorge bereit.



Das 2001 eingeführte Neunte Sozialgesetzbuch: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX), die internationale WHO-Klassifikation ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001), und die 2006 von den Vereinten Nationen verabschiedete UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), mit der Ratifizierung durch die Bundesrepublik im Jahr 2009 stellen die aktuelle normative und fachliche Basis für die Ausgestaltung von Unterstützung nicht nur für suchtkranke sondern für alle Menschen dar. Die in der UN-BRK formulierte Sozialraumorientierung und die Stärkung von Patientenrechten setzen heute den normativen Rahmen für eine individuelle, personenzentrierte und teilhabeorientierte Sichtweise und Haltung in der Arbeit mit suchtkranken Menschen. Dies ernst zu nehmen bedeutet letztlich, dass eine zirkuläre dynamische Betrachtungsweise, ein Denken in biopsychosozialen Systemen und eine Orientierung an den Adressaten und ihren subjektiven Sichtweisen immer mehr an Bedeutung gewinnt. Auch Angebote der Suchthilfe werden sich in diesem Sinne weiterentwickeln müssen. Dies beinhaltet auch, sich an der individuellen Wahrnehmung von Symptomen, dem persönlichen Umgang mit Krisen, der tatsächlichen Inanspruchnahme von Hilfe und Behandlungsempfehlungen sowie der subjektiv wahrgenommenen Wirkung von Behandlung zu orientieren.

Die Arbeit mit suchtkranken Menschen bedarf für alle Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsangebote nicht nur einer engen Zusammenarbeit von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen in einer multiprofessionellen Kooperation, sondern auch besonders qualifizierter Fachkräfte. Diese müssen im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildung ihre Kompetenzen mit Blick auf bestehende und bewährte Angebote für Suchtkranke hin schärfen, aber auch in der Lage sein, neue Standards und Angebote auf der Basis sich wandelnder Anforderungen und Lebenslagen von Suchtkranken zu entwickeln.

Durch die tatkräftige Unterstützung von Fachkolleg_innen ist es dem Vorstand der DG-SAS nun möglich, ein Profil vorzulegen, welches die Aufgaben und die dafür notwendigen Kompetenzen und Überlegungen zur Zukunftsorientierung in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und -prävention beschreibt.

Dieses Kompetenzprofil bietet eine Orientierung über bereits bestehende Arbeitsbereiche den Fachkräfte der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe, gibt aber auch Anregung für die Weiterentwicklung der Kompetenzen von Fachkräften der Sozialen Arbeit für die Angebote für suchtkranke Menschen.

Konkret fördern die vorliegenden, beschriebenen Arbeitsfeldprofile die Identifikation der in den Arbeitsfeldern der Suchthilfe Arbeitenden und ermöglichen eine Positionierung und Differenzierung in der Zusammenarbeit mit anderen Professionen. Das Profil hat auch zum Ziel, in Ausbildung befindlichen Studierenden einen Überblick über das Arbeitsfeld Suchthilfe und -prävention zu geben sowie bereits in der Suchthilfe arbeitenden Kolleg_innen eine Unterstützung zur Kompetenzentfaltung zu bieten. Leitungskräften dient es bei zu besetzenden Stellen als Hilfestellung zur Überprüfung des Stellenprofils der Bewerber_innen. Komplementäre Einrichtungen können das Profil als Informationsquelle über suchtspezifische Angebote nutzen. Allen, die in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Fachkräften der Sozialen Arbeit tätig sind, dient es ebenfalls zur Orientierung, was diese brauchen, um ihre Aufgaben zu erfüllen. Sozialplaner_innen erhalten mit Hilfe der Kompetenzbeschreibungen eine Orientierung, wie und wofür Fachkräfte der Sozialen Arbeit in der Arbeit mit Suchtkranken eingesetzt werden können.

Nach einleitenden Worten, die die Struktur des deskriptiven Profils beschreiben, wird in Kapitel zwei jeweils von zwei bis drei Autor_innen ein Arbeitsbereich vorgestellt. Das dritte Kapitel ergänzt Leitungskompetenzen in Organisationen der Suchthilfe. Auf arbeitsfeldübergreifende Grundlagenkompetenzen, die im Studium der Sozialen Arbeit gelehrt werden, geht das vierte Kapitel ein. Im letzten Kapitel fünf wird der Versuch unternommen, die im deskriptiven Teil beschriebenen Kompetenzen zu bündeln und mit Blick auf eine Konzeption der Weiterentwicklung von Angeboten der Suchthilfe sowie der Aus- und Fortbildung von Fachkräften der Sozialen Arbeit weiterzuentwickeln. Dies fußt auf ebenfalls in Kapitel fünf dargestellten Überlegungen zur Zuständigkeit und Wirkung von Sozialer Arbeit im Angebotsspektrum der Suchthilfe.

Als einer der Wegbereiter für das Kompetenzprofil ist Wolfgang Rometsch zu nennen. In seiner Zeit als Vorstandsmitglied der DG-SAS bis 2012 hat er dieses Vorhaben mit initiiert. Hierfür gebührt ihm unser Dank.

Der herzliche Dank des Vorstands der DG-SAS gilt ebenfalls allen Mitautor_innen und Akteur_innen, die am Kompetenzprofil mitgewirkt haben.

Gütersloh, 13.11.2015

Ulrike Dickenhorst
I. Vorsitzende der DG-SAS



SUCHTTool

2. Spezifische Kompetenzprofile der Arbeitsfelder in der Suchthilfe und Suchtprävention

Das gesamte Suchthilfesystem ist komplex und gestaltet sich durch verschiedene gesetzliche Aufträge und Kostenträgerstrukturen vielfältig. So sind die qualifizierten Entzugsbehandlungen zu Lasten der Krankenversicherungen mit in der Regel einem nahtlosen Übergang zur ambulanten oder stationären Suchtrehabilitation zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung gut geregelt, dem Prinzip folgend: ambulant vor stationär und Reha vor Rente. Die Leistungsträger haben zur Sicherung der Strukturqualität ein umfassendes Qualitätssicherungsprogramm erstellt.

Ein anderes Bild zeigt sich in der ambulanten Suchthilfe, die in den regionalen Kommunen verankert ist. Entsprechend dem politischen Verhältnis der Landes- oder Kreispolitik haben sich auf lokaler Ebene, je nach Haushalts- und regionaler Bedarfssituation, unterschiedliche Hilfesysteme etabliert sowie Vernetzungsstrukturen und Kooperationen ausgebildet. Aufgrund der primären Finanzierung durch Kommunen und der Abhängigkeit von deren Finanzierungsspielräumen ist die Aufrechterhaltung, Ausweitung aber auch Begrenzung dieser fachlich anspruchsvollen und für die Versorgung Suchtkranker sinnhaften Angebotsstruktur häufig einem Wandel unterworfen. In der Folge hat sich auf der regionalen Ebene ein sehr heterogenes System der ambulanten Suchthilfe ausdifferenziert und professionalisiert. Es reicht von der niedrigschwelligen Überlebenshilfe, über Krisenintervention, Präventionsangeboten, betrieblicher Suchtkrankenhilfe bis hin zu ambulanter Rehabilitation. Um dennoch eine gewisse Vergleichbarkeit in den Strukturen zu schaffen, haben wir uns für einen Zugang über Arbeitsbereiche, wie sie in Organisationen der Suchthilfe zu finden sind, und eine deskriptive, strukturierte Darstellungsform entschieden. Dies stellt zum einen die Besonderheit des jeweiligen Arbeitsfeldes heraus, ermöglicht aber auf der anderen Seite auch eine prinzipielle Vergleichbarkeit mit den anderen Bereichen. Insgesamt werden acht Arbeitsfelder beschrieben: Prävention, Frühintervention, sogenannte niedrigschwellige

Angebote, ambulante Suchtberatung, inkl. psychosozialer Begleitung (PSB) während einer Substitutionsbehandlung, Ambulant Betreutes Wohnen, der sogenannte Suchtakutbereich, ambulante Rehabilitation und Nachsorge sowie stationäre Rehabilitation. Ausgehend von der Analyse der Interventionsformen im gesamten Bereich der Suchthilfe der DHS (2014, S. 30) konnten damit noch nicht alle, wohl aber die meisten Arbeitsbereiche erfasst werden.

Folgender Struktur folgen die Beschreibungen des jeweiligen Arbeitsfeldes:

- ✿ Kurzbeschreibung des Arbeitsfeldes
- ✿ Ziele des Angebotes
- ✿ Leistungsangebot/Interventionen
- ✿ Spezifische Kompetenzen
- ✿ Rechtsgrundlage/Kostenträger
- ✿ Kooperationspartner_innen
- ✿ Dokumentation/Evaluation/Qualitätsmanagement

1. Diese Kompetenzen gehen über die allgemeinen Kompetenzen, die im Studium der Sozialen Arbeit erworben wurden, hinaus (s. Kap. 4) und werden für das jeweilige Arbeitsfeld benötigt. Der Versuch einer Bündelung und Weiterentwicklung der übergeordneten und spezifischen Kompetenzen erfolgt in Kapitel 5.



2.1 Suchtprävention

2.1.1 Kurzbeschreibung des Arbeitsfeldes

Neben den hauptamtlichen Fachkräften für Suchtprävention bietet eine Vielzahl von Akteur_innen zusätzlich suchtpreventive Leistungen an, z. B. Krankenkassen oder Mediziner_innen. Ebenso können Maßnahmen aus anderen Hilfesystemen suchtpreventive Wirkung zeigen, z. B. die der Jugendhilfe.

In diesem Kapitel wird die Arbeit derjenigen beschrieben, die in Fachstellen für Suchtprävention als hauptamtliche Präventionsfachkräfte im Setting der Suchthilfe arbeiten.

Organisation der Suchtprävention

Fachstellen für Suchtprävention sind i.d.R. an Suchtberatungsstellen angegliedert. Sie sind die einzigen Agenturen, die vor Ort ausschließlich im Bereich der Suchtprävention arbeiten. Auf Länderebene koordinieren Landesstellen für Suchtfragen oder Landeskoordinationsstellen für Suchtprävention die Fachstellen. Bundesweit sind die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Arbeitsfeld der Suchtprävention aktiv.

Unterscheidungsmerkmale der Suchtprävention

Mit ihren Angeboten nehmen die Fachkräfte der Suchtprävention Einfluss einerseits auf Strukturen und andererseits auf Verhalten:

- Maßnahmen der strukturellen Prävention beziehen sich auf Veränderungen von Verhältnissen (z. B. Politiken).
- Verhaltensbezogene Maßnahmen richten sich an Personen(-gruppen), deren (Konsum-) Verhalten im Sinne einer gesundheitsförderlichen Lebensweise beeinflusst werden soll.

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

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

2.1.2 Zielgruppen

- Spezifische Bevölkerungsgruppen, z. B. Kinder, Jugendliche, ältere Menschen, Eltern
- Professionelle Bezugspersonen (z. B. Lehrkräfte, Ausbilder_innen, Jugendgruppenleiter_innen), d.h. Multiplikator_innen
- Politik und Administration
- Allgemeine Öffentlichkeit

2.1.3 Ziele des Angebotes

Strukturelle Ziele

- Den unterschiedlichen Akteur_innen aus Politik, Bildung, Wirtschaft sowie allen Bereichen der Sozialen Arbeit und Gesundheit die Notwendigkeit von Suchtprävention als Querschnittsaufgabe bewusst machen und sie für die Mitarbeit in Netzwerken gewinnen
- Auf bundesweiter Ebene: z. B. Schaffung von gesetzlichen Rahmenbedingungen, die Suchtprävention unterstützen, z. B. Preisgestaltung, Regulation von Werbung für legale Drogen, Transparenz von Lobbyarbeit. Auf regionaler Ebene: z. B. Aktivitäten zur Durchsetzung des Jugendschutzgesetzes
- Entstigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen

Verhaltensbezogene Ziele

- Vorbeugung von substanzgebundener sowie -ungebundener Abhängigkeit; im Bereich der universellen Prävention (allgemeine Persönlichkeitsstärkung) auch Vorbeugung gegen andere ausweichende Verhaltensweisen

- Den Konsumbeginn so lange wie möglich hinauszögern

Idealerweise wirken die Akteur_innen auf den unterschiedlichen Ebenen zusammen und stimmen ihre einzelnen Maßnahmen aufeinander ab.

2.1.4 Leistungsangebot/Interventionen

- Konzeptionsentwicklung: Planung und Umsetzung unterschiedlicher Maßnahmen, zugeschnitten auf die spezifische Zielgruppe und das Setting
- Das Thema „Suchtprävention“ als Querschnittsaufgabe in unterschiedliche kommunale Bereiche, Einrichtungen und Gruppen tragen; in diesen Gruppenvertreter_innen motivieren, sich für das Thema einzusetzen und diese Akteur_innen miteinander vernetzen
- Öffentlichkeitsarbeit von bundesweit angelegten Aktivitäten, wie z. B. der Aktionswoche Alkohol, bis zu regionalen und institutionellen Maßnahmen mit unterschiedlichen Netzwerkpartner_innen
- Strukturelle Maßnahmen: z. B. Unterstützung bei der Entwicklung von Regeln zum Substanzkonsum mit Interventionsketten in Betrieben, Schulen oder Jugendhilfe
- Verhaltensbezogene Maßnahmen: z. B. Fortbildung von Multiplikator_innen in den verschiedenen Segmenten der Suchtprävention. Dabei kann es sich um manualisierte Angebote oder individuell zugeschnittene Konzeptionen handeln.

2.1.5 Spezifische Kompetenzen

- Im Bereich des Sozialmarketings sind vielfältige Kompetenzen nötig, z. B.:
 - ☀️ sicherer Umgang mit adäquaten technischen Arbeitsmitteln wie z.B. digitalen Medien
 - ☀️ sicherer Umgang mit Publikumsmedien (Presse, Rundfunk, Internet oder Fernsehen)
 - ☀️ Nutzung kreativer Methoden wie Aktions- und Animationstheater
 - ☀️ Konzeption und Erstellung von Infobroschüren und öffentlichkeitswirksamen Werbeträgern sowie
 - ☀️ Veröffentlichungen in fachlichen Medien wie Fachzeitschriften.
- Fachkräfte benötigen eine methodisch-didaktische Transferkompetenz, um das Anliegen der Suchtprävention „Nichtfachleuten“ zu vermitteln und sich selbst Fakten, Informationen und Kompetenzen aus fachfremden Bereichen (z. B. Marketing) zu erschließen.
- Kommunikative Kompetenz ist notwendig, um den Umgang mit den vielfältigen Zielgruppen, Verwaltungsgremien, Medien und psychosozialen Fachkräften erfolgreich zu gestalten.
- Kenntnisse und Fertigkeiten im Bereich der Administration sind erforderlich, um die Inhalte der Prävention unter Berücksichtigung der vorhandenen politisch-administrativen Verhältnisse umzusetzen und strukturelle Veränderungen zu erreichen; dazu gehören u. a. das Wissen um verwaltungstechnische Entscheidungsprozesse und der Aufbau und die Pflege kommunalpolitischer Kontakte.
- Suchtpräventive Arbeit geschieht vielfach in einem Gruppensetting. Kenntnisse in den Bereichen Moderation und Motivation sowie Spaß an der Arbeit mit Gruppen und die Anwendung interaktiver Methoden sind hier unerlässlich.

2.1.6 Rechtsgrundlage/Kostenträger

Kostenträger der Fachstellen für Suchtprävention sind i. d. R. die Kommunen und Länder. Suchtprävention gilt als freiwillige Leistung. Inwieweit das inzwischen verabschiedete Präventionsgesetz hier in Zukunft zusätzlich verlässliche Finanzierungsgrundlagen schafft, muss abgewartet werden.

2.1.7 Kooperationspartner_innen

Fachstellen für Suchtprävention kooperieren mit den unterschiedlichsten Institutionen und Arbeitsfeldern, z. B.

- Kommunalpolitik
- Behörden
- Kindertagesstätten
- Vereinen
- Betrieben
- Schulen
- Jugendhilfe

- Kirchen
- Krankenkassen
- Landeskoordinationsstellen.

2.1.8 Dokumentation/Evaluation/Qualitätsmanagement

- Zentrale Qualitätsmerkmale der Suchtprävention sind in einem Positionspapier der DHS aus 2014 dargestellt. Dazu gehört z. B., Maßnahmen der Suchtprävention zielgruppenspezifisch und an Gesundheitszielen auszurichten. Dabei sind Forschungsergebnisse zu berücksichtigen sowie die Maßnahmen zu evaluieren (DHS 2014).
- In den Bundesländern werden die Maßnahmen der Fachstellen für Suchtprävention mit dem EDV-System Dot.sys dokumentiert. Die bundesweite Auswertung geschieht durch die BZgA. Daneben erstellen und veröffentlichen mehrere Bundesländer zusätzlich Länderauswertungen (z. B. Hessen, Hamburg).
- Wirksamkeitsorientierung spielt eine immer größere Rolle in der Suchtprävention. Präventionsfachkräfte wenden vermehrt evaluierte Programme an, wie z. B. Trampolin, Papilio oder Eigenständig werden. Dennoch werden Maßnahmen bislang zu wenig anhand SMART-festgelegter Ziele und Indikatoren evaluiert und entsprechend den Ergebnissen angepasst.

Autor_innen: Wolfgang Schmidt–Rosengarten, Nadja Wirth



2.2 Frühintervention

2.2.1 Kurzbeschreibung des Arbeitsfeldes

„Frühintervention heißt (...) zu reagieren, wenn ein/e Jugendliche/r auf sich aufmerksam macht, und dann einen Zugang zu unterstützenden Angeboten zu schaffen. Die Intervention steuert einem problematischen Konsumverhalten entgegen, damit sich dieses nicht manifestiert. Frühintervention hält damit einen Erfolg versprechenden Ansatz zur Reduktion von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bereit.“ (LWL 2011, S. 17)

Der Ansatz der Frühintervention bildete sich Ende der 90er-Jahre heraus und ist damit eines der jüngeren Arbeitsfelder in der Suchthilfe. Inhaltlich ist die Frühintervention zwischen der Suchtprävention und ambulanter Beratung angesiedelt. Sie wird manchmal auch mit dem Begriff der „indizierten Prävention“ synonym verwendet.

In diesem Arbeitsfeld finden sich die meisten Handbuch-orientierten Programme, wie FreD – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten, HaLT – Hart am Limit, oder SKOLL – Selbstkontrolltraining. Die Ansätze der Früh- und der Kurz-Intervention sind häufig miteinander gekoppelt.

Der Frühintervention geht Früherkennung voraus. Früherkennung von riskantem Konsum wird einerseits bei Konsument_innen selbst gefördert, z. B. indem Selbsttests zum Konsumverhalten zugänglich gemacht werden. Andererseits sensibilisieren Fachkräfte der Frühintervention Multiplikator_innen und Angehörige, für riskanten Konsum aufmerksam zu sein und diesen ansprechen zu können.

Während Suchtprävention „ursachenorientiert ist, ist die Frühintervention eher situations- und problemorientiert“ (Schroers 2007, S. 14). Ein zentrales Element der Frühintervention ist es, gemeinsam mit Klient_innen individuelle Ressourcen bewusst zu machen und diese zu fördern. Typische Methoden, die in diesem Arbeitsfeld genutzt werden, sind Motivational Interviewing und Risikopädagogik.

Frühintervention sollte in Strukturen beginnen, die bereits bestehen, wie z. B. in Schulen, Sportvereinen, Jugendzentren oder Betrieben. Idealerweise sind Multiplikator_innen geschult, frühinterventiv tätig zu werden. Sie sprechen das Konsumverhalten an und vermitteln ggf. an Fachkräfte in Beratungsstellen. Diese Fachkräfte setzen Frühintervention auf professioneller Ebene um.

Schaubild aus dem FreD-Manual (LWL, 2011, S. 16) mit freundlichem Einverständnis der LWL-KS

Eigenschaften der Frühintervention



Frühintervention ist proaktiv. Sie geht auf Jugendliche zu, die von sich aus noch keine Hilfe aufsuchen und bietet damit eine notwendige Ergänzung des bisher auf einer Komm-Struktur aufbauenden.



Frühintervention setzt bereits in Stadium der Absichtslosigkeit ein und fördert die Motivation.



Frühintervention schult die Risikowahrnehmung und bietet damit Hilfestellung zu einem verantwortungsvollen Umgang mit psychoaktiven Substanzen.



Frühintervention ist proaktiv. Sie geht auf Jugendliche zu, die von sich aus noch keine Hilfe aufsuchen und bietet damit eine notwendige Ergänzung des bisher auf einer Komm-Struktur aufbauenden.

2.2.2 Zielgruppen

Im Prinzip Personen jeglichen Alters, die riskant mit Substanzen oder Verhaltensweisen wie dem Glücksspiel umgehen; in der Praxis liegt der Fokus jedoch noch häufig auf Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

2.2.3 Ziele des Angebotes

Strukturelle Ziele

- Aufbau von Kooperationsstrukturen: Verantwortungsträger_innen und Multiplikator_innen für dieses Thema sensibilisieren und Wege der Vermittlung vereinbaren
- Bei Kooperationspartner_innen die Früherkennung von problematischem Konsumverhalten fördern und mögliche Reaktionen in Form von Regeln formulieren

Verhaltensbezogene Ziele, z. B.

- Wissen zu Wirkungen und Risiken von Rausch- oder anderen Konsummitteln verbessern (z. B. Alkohol, Cannabis, Glücksspiel)
- Bewusstsein für die individuelle Ambivalenz von Kosten und Nutzen durch den Konsum fördern
- Selbstwahrnehmung fördern, z. B. für den Zusammenhang zwischen Konsum und dem Umgang mit Gefühlen sensibilisieren
- Dazu motivieren, persönliche Konsumregeln zu entwickeln (unter Berücksichtigung allgemeiner Hinweise zum risikomindernden Gebrauch)
- Dabei unterstützen, Handlungsalternativen zum Konsum zu erarbeiten
- Falls indiziert, die Schwelle für weiterführende Hilfen senken
- Eine Abhängigkeitsentwicklung verhindern

2.2.4 Leistungsangebot/Interventionen

- Implementierung und Umsetzung der oben angesprochenen Programme über zwei Ebenen:
 - ☀ Aufbau von Kooperationsstrukturen mit (potenziellen) Partnern
 - ☀ Verhaltensbezogene Interventionen über die praktische Umsetzung der Inhalte der Programme mit den Zielgruppen; meist handelt es sich um Gruppenangebote
- Interventionen finden auch im „I zu I“-Kontakt statt oder in Form von Familien- bzw. Angehörigen-Beratung

2.2.5 Spezifische Kompetenzen

- Kenntnisse in Motivational Interviewing
- Kenntnisse in Gruppenarbeit und Empowerment
- Grundwissen zu psychiatrischen Erkrankungen, um Wechselwirkungen mit dem Konsumverhalten zu erkennen und diese den Nutzer_innen des Angebotes verständlich zu machen
- Interesse und Offenheit für Menschen und deren unterschiedliche Lebenswelten
- Umfassendes Repertoire an interaktiven Übungen zur Reflexion des Konsumverhaltens
- Methoden der Familien- bzw. Angehörigen-Beratung: u. a. um zwischen unterschiedlichen Interessen vermitteln zu können
- Kenntnisse der psychosozialen sowie der Freizeit-Angebote in der Region

2.2.6 Rechtsgrundlage/Kostenträger

Kostenträger von Frühinterventions-Angeboten sind i. d. R. die Kommunen und Länder: Mitunter werden Ausschnitte aus den Angeboten z. B. über gesetzliche Krankenkassen oder Fachleistungsstunden der öffentlichen Jugendhilfe mitfinanziert. Als Teil der Suchtprävention gilt die Frühintervention als freiwillige Leistung. Daher wird sie in Deutschland nicht flächendeckend und dem Bedarf entsprechend vorgehalten.

2.2.7 Kooperationspartner_innen

- Bildungseinrichtungen, wie z. B. Schulen
- Betriebe
- Ambulante und stationäre Jugendhilfe
- Jugendfreizeiteinrichtungen

- Vereine
- Krankenhäuser
- Strafverfolgungsbehörden (Polizei, Staatsanwaltschaft, Gerichte)
- Jugendhilfe im Strafverfahren
- Ärzt_innen
- Jobcenter

2.2.8 Dokumentation/Evaluation/Qualitätsmanagement

Bundesweite Programme wie FreD, HaLT und SKOLL sind extern evaluiert.

Autor_innen: Wolfgang Schmidt-Rosengarten und Nadja Wirth unter Mitarbeit von Sabine Bösing und Jürgen Meisenbach



2.3 Niedrigschwellige Angebote

2.3.1 Kurzbeschreibung des Arbeitsfeldes

Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote der Suchthilfe setzen bei Hilfesuchenden Krankheitseinsicht und den Wunsch nach Veränderung bis hin zur radikalen Änderung des gesamten Lebensstiles voraus. Das gilt vor allem für Maßnahmen, die durch Sozialleistungsträger finanziert sind.

Niedrigschwellige Hilfen sind zumeist Angebote der Sucht- oder der Wohnungslosenhilfe. Sie wenden sich an Menschen, die in ihrer aktuellen Lebenssituation keine Entscheidung bezüglich jedweder Veränderung treffen wollen oder können. Die Einrichtungen stellen Überleben sichernde und Schaden mindernde Hilfen zur Verfügung, ohne weitergehende Anforderungen zu stellen. Diese „anforderungsarmen Hilfen“ bieten Grundversorgung, Beratung, Ausstiegs- und Inklusionshilfen an. Für viele der Betroffenen bedeuten sie einen ersten Kontakt zum Hilfesystem, eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Suchtmittelkonsum und den Beginn eines Ausstieges aus der Abhängigkeit.

Moderne niedrigschwellige Hilfen beschränken sich nicht auf eine Betreuung in der Exklusion, sondern zielen auf Inklusion und Teilhabeorientierung.

2.3.2 Zielgruppen

- Abhängige von legalen und illegalen Suchtmitteln, meist Angehörige der Straßenszenen
- Menschen in umfassenden Notlagen (materiell, sozial, gesundheitlich, persönlich)
- Menschen in prekären Lebenslagen, destruktiven Lebenswelten, in gesellschaftlicher Exklusionssituation, ohne echte Chance auf Teilhabe
- Personen, die oft nicht in der Lage sind, selbstständig weiterführende Hilfen in Anspruch zu nehmen, oder sich in ablehnender Haltung dazu befinden
- Menschen, bei denen Resilienzbildungen nicht ausreichend gelingen konnten, deren Beschädigungen sich chronifiziert haben
- Menschen mit einer Anpassung an die „Gesetze der Straße“, häufig mit Merkmalen kultureller und sozialer Verrohung und Verarmung
- Betroffene sind häufig Opfer von Kriminalität und oft selbst Täter; gelegentlich ist eine Gewissensfunktion nur schwach ausgebildet oder frühzeitig beschädigt worden.

2.3.3 Ziele des Angebotes

- Herstellen und Sichern des Kontaktes zur Klientel. Ein stabiler, auf Vertrauen basierender Kontakt ist bereits wesentliches Ziel niedrigschwelliger Arbeit, das Prinzip des „keeping contact“.
- Aufhalten von Negativprozessen in der Akutsituation ohne Festlegung auf eine Zeitperspektive
- Sicherung der Basisversorgung (Überlebenshilfen)
- Minderung der gesundheitlichen, psychischen und sozialen Risiken und Folgen des Suchtmittelkonsums und der Begleiterscheinungen
- Entwicklung von eigenverantwortlichen Handlungsstrategien
- Entwicklung zukunftsbildender Perspektiven und Unterstützung von Hoffnungen auf ein eigenständiges, suchtmittelfreies Leben
- Schrittweise Ablösung aus dem subkulturellen Milieu und Förderung von Inklusion im Sinne gesicherter Wohn-, Beschäftigungs- und Teilhabestrukturen – auch und zunehmend in gesellschaftlichen Nischen
- Überleitung in weiterführende und ausstiegsorientierte Maßnahmen.

2.3.4 Leistungsangebot/Interventionen

- Grundversorgung durch Basis- und Überlebenshilfen in Kontakt- und Notschlafstellen, Wohnhilfen und andere Maßnahmen
- Zurverfügungstellung geregelter Ruhe-, Schutz- und Kulturräume (Rückzugsräume)
- Krisenintervention, sozialarbeiterische, medizinische, juristische Beratung, Soforthilfe und Unterstützung in Form multidisziplinärer Hilfen

- Hilfen bei behördlichen und rechtlichen Fragestellungen und Bedarfen
- Weitervermittlung in das Hilfesystem bzw. in ausstiegsorientierte Maßnahmen
- Drogenkonsumraum mit der Möglichkeit des hygienischen Konsums von Straßendrogen, medizinischer und psychosozialer Beratung sowie Anbindung an das Hilfesystem und situationsgerechte Maßnahmen bei Drogennotfällen
- Betreute „Kneipe“
- Tagelöhnerprojekte oder andere Beschäftigungshilfen
- Hilfen für Klienten mit den Merkmalen: Voralterung, Chronifizierung oder komorbide Störungen
- Gezielte Angebote für neue Konsumentengruppen
- Aufsuchende Hilfen in der Straßenszene, der Haft oder im eigenen Wohnraum
- Enge Zusammenarbeit als Teil eines gut kooperierenden Netzwerkes aus auffangenden und weiterführenden Hilfen
- Übernahme einer „Wächterfunktion“ bei gesellschaftlicher Verdrängung und exkludierenden Effekten, z. B. in der Folge von (städtischen) Maßnahmen.

2.3.5 Spezifische Kompetenzen

- Theoriegeleitetes Wissen, Verständnis und Sinnerfassung niedrigschwelliger Interventionen vor allem im Kontext von prozessorientierten Hilfen
- Methodisch sicheres Handeln mit reflektierter Rollenidentität
- Reflexions- und Selbststeuerungsvermögen bezüglich eigener multipler Belastungen
- Kritische Selbstbeobachtung im Hinblick auf die eigene Arbeitsperspektive
- Kenntnis und Verständnis des Spannungsfeldes „Versorgung und Ausstiegshilfen“
- Differenzierte, sympathiegeprägte, empathisch helfende und durch diagnostische Perspektive distanzierte Haltung
- Einschätzungsvermögen von Hilfebedarf, Selbsthilfefähigkeit und Entwicklungspotenzialen
- Erkennen von Vorhandenem und gezieltes Einsetzen von Möglichkeiten bezüglich protektiver Faktoren und Resilienzbildung
- Beratungskompetenz bei Stress-, Konflikt-, Trauer- und Krisenbegleitung
- Interkulturelle und genderbezogene Kompetenzen
- Fähigkeit zur Übernahme von Milieuverantwortung (Gestaltung des kulturellen Milieus in den Einrichtungen, alternativ zur Szene)
- Sensibilität und Rollensicherheit in Bezug auf Kinderschutz und Kindeswohlgefährdung
- Intersubjektive Kompetenz, Präsenzfähigkeit und Rollenflexibilität bezüglich emotionaler Annahme und Stütze, Erklären und Sinnvermittlung sowie: Deeskalieren, Strukturieren, Kontrollieren, Regulieren, Konfrontieren und Sanktionieren
- Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit in der Einrichtung, im Hilfeverbund, im Netzwerk mit anderen Trägern, Institutionen und Behörden
- Repräsentation von Akzeptanz, Unterstützung, Perspektiven und Ausstiegshilfen; währenddessen Aufweisen hoher Toleranz bei langem Verbleiben Einzelner in der Szene und zeitweiliger „Zuschauerrolle“ bei galoppierenden Negativentwicklungen
- Umfassende Rechtskenntnisse (z. B. BtMG, Strafrecht, Ausländerrecht, Sozialgesetzbücher) und Kenntnisse über öffentliche Verwaltung und Behörden
- Umgang mit DSM-5, ICD-10 und ICF.

2.3.6 Rechtsgrundlage/Kostenträger

- Niedrigschwellige Hilfen: i. d. R. Hilfen gem. den §§ 53 ff. oder 67 SGB XII
- Drogenkonsumräume: § 10a Betäubungsmittelgesetz (BtMG), i. V. in Verbindung mit der jeweiligen Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen der jeweiligen Bundesländer (sofern diese Verordnung erlassen wurde)
- Kostenübernahme/Zuwendungen in aller Regel durch Bundesländer und Kommunen als freiwillige (und deshalb unsichere) Hilfen.

2.3.7 Kooperationspartner_innen

- Gesamtes Hilfesystem (auch über die Suchthilfe hinaus)
- Zuwendungsgeber, Kommunen, Parteien (Gesundheits-, Sozial- und Ordnungspolitik)
- Regionales Netzwerk unterschiedlicher, mit der Klientel befasster Gruppen oder Akteur_innen, z. B. Ärzt_innen, Polizei, städtische Behörden, Verkehrsbetriebe, Kultur
- Direktes Umfeld, z. B. Nachbarschaft, Stadtteilakteur_innen, Schulen, Geschäftsleute usw.

- Spender_innen, z. B. Lebensmittel, Kleidung, Zeit (Ehrenamt)
- Internationale Kooperationen.

2.3.8 Dokumentation/Evaluation/Qualitätsmanagement

- Dokumentation Auslastung/Leistungen nach Kennziffern
- Hilfeplanverfahren
- Tätigkeitsnachweise, Jahresberichte
- Deutscher Kerndatensatz
- Qualitätsmanagement.

Autoren: Wolfgang Barth, Andreas Hecht



2.4 Ambulante Suchtberatung inklusive PSB bei laufender Substitution

2.4.1 Kurzbeschreibung des Arbeitsfeldes

Professionelle (Sucht-)Beratung ist eine wissenschaftlich fundierte, konkrete Entwicklungs- und Lebenshilfe. Zentraler Inhalt ist der Aufbau einer helfenden Beziehung (Arbeitsbündnis) mit den Klient_innen. Dieses Arbeitsbündnis ist die Grundlage dafür, eine ambivalente Veränderungsmotivation, wie sie typisch ist für Suchtmittelkonsumierende, in Richtung einer Stärkung jener Veränderungsmotivation aufzulösen (vgl. Hansjürgens 2014). Insbesondere bei schwer traumatisierten Klient_innen oder solchen mit einer starken Ausprägung einer psychischen Komorbidität stellen die Erarbeitung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses und die Auflösung der Ambivalenz zur Veränderung eine besondere Herausforderung dar und können sich über einen längeren Zeitraum erstrecken. Die berufliche und gesellschaftliche Teilhabe wird unterstützt, sowie die Förderung einer selbstbestimmten Lebensführung.

2.4.2 Zielgruppen

Das Angebot der Suchtberatung richtet sich an Menschen mit stoffgebundenen Problemen (z. B. Alkohol, illegale Drogen, Medikamente) und nicht-substanzbezogenen Verhaltenssüchten (z. B. pathologisches Glücksspiel, Medienabhängigkeit, Essstörungen) sowie an deren Angehörige und Menschen aus deren sozialem Umfeld.

Zugangskontexte

- Als Selbstmelder_innen
- Vermittelt durch Angehörige oder das persönliche Umfeld
- Aus dem Krankenhaus (u. a. Entgiftung)
- Über den Arbeitgeber
- Über das Jobcenter
- Aus der JVA
- Über Kooperationspartner_innen (wie Ärzt_innen, Aidshilfe, Jugendamt, Fachkliniken, Wohneinrichtungen, Obdachlosenhilfe etc.)
- Über das Gericht (Bewährungs- oder sonstige Auflagen)
- Aus dem Angebotsbereich niedrigschwelliger Hilfen.

2.4.3 Ziele des Angebotes

Ziele können sein:

- Das Überleben zu sichern
- Den Missbrauch bzw. riskanten, schädlichen und/oder abhängigen Gebrauch psychoaktiver Substanzen sowie verhaltensbezogener Störungen möglichst zu vermindern
- Zur Einstellung des Konsums beizutragen, ihn ggfs. zu reduzieren bzw. daraus resultierende Schäden zu minimieren.

Die professionelle Intervention soll in erster Linie dazu beitragen:

- Die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen dauerhaft zu verbessern
- Die selbstbestimmten Möglichkeiten zu erhöhen und
- Eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu realisieren.

Die individuellen Ziele und die daraus resultierenden Arbeitsaufträge können sich im Prozess der Beratung ständig ändern.

Übergeordnete Ziele der Behandlung und Betreuung sind:

- Die Verbesserung der körperlichen und seelischen Gesundheit und
- Die Förderung bzw. Erhaltung der sozialen und ggfs. beruflichen (Re-)Integration.

Art, Umfang und Intensität der Beratung und Behandlung orientieren sich an den Bedürfnissen und dem individuellen Bedarf der Klient_innen.

2.4.4 Leistungsangebot/Interventionen

Form, Inhalt und Intensität der gewählten Methoden sowie der vorgehaltenen Leistungen richten sich nach der individuellen Bedürfnislage, den Möglichkeiten, der Motivation und den Ressourcen der Klient_innen sowie den institutionellen und personellen Bedingungen.

Die ambulante Beratung und Betreuung setzt sich aus verschiedenen Interventionsformen zusammen:

- Kontaktaufnahme, Beziehungsaufbau und Fallverstehen (inkl. Ziel- und Kontextklärung)
- Beratung und Information sowie praktische Hilfe, z. B. bei der Vermittlung von Arbeit, Schule und Wohnraum, Hilfen zur Strukturierung von Freizeit, Abklärung von Strafverfahren und Bewährungsauflagen
- Hilfeplanung, -fortschreibung und -anpassung (inkl. Prüfung des Entwicklungsgrades)
- Vermittlung (u. a. in Entgiftung und Therapie) und Koordination
- Begleitung (Unterstützung der Klient_innen während des gesamten Prozesses der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen, auch außerhalb des Systems Suchthilfe, ggf. Prozesssteuerung)
- Krisenintervention
- Trainings (z. B. Rückfallprophylaxe)
- Motivierende Kurzintervention
- Konsumreduzierende und/oder abstinentzbegleitende Interventionen
- Schulungen in Erster Hilfe und Safer Use (Qualifikation je nach Einsatzort).

Trainingsmaßnahmen & Kurse

In den Beratungsstellen wird eine regional unterschiedliche Palette von Interventionen und Trainingsmaßnahmen vorgehalten, die u. a. durch spezifische Kompetenzen den .Drogenkonsum gefährdeten Kindern und Jugendlichen sowie jugendlichen Cannabiskonsument_innen Alternativen und Wege zum Ausstieg aufzeigen sollen.

Denkbar sind z. B.

- Stärkung der Eigenverantwortung
- Förderung des Risikobewusstseins
- Veränderung des Konsumverhaltens einleiten
- Erleichterung des Zuganges zu anderen Hilfsangeboten des Suchthilfesystems

Therapievermittlung

Die Fachkräfte der Beratungsstellen vermitteln in stationäre Therapieeinrichtungen und bei entsprechenden Voraussetzungen in die ambulante Therapie. Sie unterstützen Interessent_innen und ihre Angehörigen bei allen Angelegenheiten, die im Zusammenhang mit der Leistungsbewilligung eines Therapieplatzes auftauchen können, und begleiten vom ersten Kontakt bis zum Therapieantritt. Die Therapievermittler_innen fördern gleichermaßen im Interesse der Klient_innen und der Kostenträger die Erfolgchancen des Therapieantrittes, sprechen fachliche Empfehlungen aus und beantragen Maßnahmen bei dem Leistungsträger. Die zuständigen Fachkräfte halten auch während der Therapiezeit Kontakt zur Therapieeinrichtung und zu Patient_innen und fördern so, im Sinne einer geschlossenen Behandlungskette, die Rückkehr in ein nachsorgendes Behandlungssystem (Betreutes Wohnen, ambulante therapeutische Nachsorge).

Hierzu gehören:

- Klärung der versicherungsrechtlichen Fragen
- Klärung der justiziellen Gegebenheiten, Kontakthaltung Staatsanwaltschaft
- Erstellung eines Sozialberichtes (soziales Suchtgutachten)
- Organisation der Entgiftung
- Einleitung des medizinischen Gutachtens

- Unterstützung bei Erreichung der Therapieplanung
- Beantragung der Leistungsübernahme beim Rentenversicherungsträger
- Therapievermittlung in den JVAen
- Prozessbegleitung während der Therapiezeit und Organisation der Nachsorge.

Psychosoziale Betreuung Substituierter

Für uns steht der Begriff der psychosozialen Betreuung als Sammelbezeichnung für verschiedene Maßnahmen und Angebote, die den Erfolg einer Substitutionsbehandlung fördern. Es handelt sich um einen mittel- bis längerfristigen Prozess, der sich im Wesentlichen an den Zielsetzungen, Möglichkeiten und Ressourcen der Klienten orientiert. Ein weiterer wichtiger Bestandteil der durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit durchgeführten PSB ist die enge Zusammenarbeit und Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzt_innen und den Ärzt_innen der Ambulanzen.

Rechtliche Grundlagen der psychosozialen Betreuung sind die Richtlinien der Bundesärztekammer, die ein umfassendes Therapiekonzept als Ergänzung der originären, medizinischen Behandlung fordern, welches die Prüfung des Bedarfes sowie die Verlaufsdocumentation von PSB-Maßnahmen beinhaltet. Allerdings erfolgt die Finanzierung der PSB aus kommunalen, nicht aus SGB V-Leistungen.

Benannt als Anforderungen (aber nicht refinanziert) werden:

- psychosoziale Indikationsstellung und regelmäßige Überprüfung der Indikation
- psychosoziale Anamnese und Diagnostik
- Behandlungsplanung in Abstimmung mit dem medizinischen Bereich
- Rückfallprophylaxetraining.

2.4.5 Spezifische Kompetenzen

Beziehungsaufbau und Beratung

Das oben beschriebene Arbeitsbündnis und die Bearbeitung der Ambivalenz gelingen über ein auf die Sichtweisen und Wahrnehmungen der Klient_innen zentriertes, (subjektivierte) multiperspektivisches Fallverstehen und mündet, wenn es gelingt, die Veränderungs-motivation zu stärken, in einen Beratungs- oder Weitervermittlungsprozess (Hansjürgens 2014). Beratung wird als eine soziale Interaktion definiert, in der ein_e professionelle_r Berater_in die Klient_innen dabei unterstützt, ein aktuelles oder zukünftiges Problem zu lösen. Beratung in dieser Definition bezieht sowohl die kurzfristige, informationsorientierte Beratung als auch die mittel- bis längerfristig angelegte, problemorientierte Beratung mit ein. „Die Aufgabe der Berater beschränkt sich dabei nicht nur auf die Vermittlung von Sachinformationen, sondern er oder sie versucht auch, den Problemlösungsprozess durch Reflexion der Lösungsalternativen zu strukturieren und zu steuern.“ (DHS 1999) Klient_innenarbeit in dieser Lesart stellt einen zirkulären, auf Beziehung beruhenden Prozess dar; der aus Sehen, Wahrnehmen, Ordnen, Entscheiden und Handeln besteht, der für die Dauer des Arbeitsbündnisses ständig durchlaufen wird und bei dem die gemeinsam mit dem/der Klient_in formulierten individuellen Ziele ständig überwacht und ggf. modifiziert werden.

2.4.5 Rechtsgrundlage/Kostenträger

Die Kostenträgerschaft der ambulanten Suchtberatung ist bundesweit uneinheitlich geregelt und selbst auf Länderebene nicht überall vergleichbar; da die Suchtberatung historisch unterschiedlich gewachsen ist und oft kommunal mit unterschiedlicher Gewichtung gefördert wird.

Ein auf spezialisiert beschriebene Notlagen bezogener rechtlicher Anspruch auf Beratung ist in verschiedenen Sozialgesetzbüchern zu finden (SGB I, ÖGDG (NRW), SGBII, Gesetze zu Hilfen und zum Schutz psychisch Kranker (PsychKGen der Länder) und SGB XII). Dennoch gibt es, im Gegensatz zu den Leistungsgesetzen SGB V und VI, keine Finanzierungsgrundlage, die das Angebot einer Suchtberatung als Leistungsanspruch legitimiert. Deshalb setzen sich die Haushalte der Träger der ambulanten Suchtberatungsstellen aus verschiedenen Töpfen zusammen, die sich regional sehr stark unterscheiden und ausschließlich auf freiwilligen Leistungen beruhen. Dies bezieht sich auch auf Hilfen, die im direkten Zusammenhang stehen mit Leistungen aus den Sozialgesetzbüchern V (PSB) sowie SGBVI (medizinische Reha Sucht) und teilweise sogar Voraussetzung für die Gewährung dieser Leistungen sind. Daher ist das konkrete

Angebot für ambulante Suchthilfe von Ort zu Ort sehr unterschiedlich und in erster Linie abhängig von der jeweiligen kommunalen Kassenlage, was sich teilweise auch auf die Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB V und VI auswirkt.

Quellen der Finanzierung sind vornehmlich:

- Freiwillige kommunale Leistungen, i. d. R. nach PsychKG und/oder ÖGDG, ggf. inklusive Leistungen zur Wiedereingliederung nach SGB II 16a (teils umlagefinanziert)
- Eigenmittel der Träger (Spenden, Stiftungsgelder; Bußgelder; verbandliche/kirchliche Eigenmittel)
- Teilweise, bei regional spezifischen Leistungsanforderungen, freiwillige Leistungen der Bundesländer (z. B. Beratung in JVA: Anteilsfinanzierung, die Landesmittel sind in NRW teilweise kommunalisiert)
- ggf. Modellprojektgelder des europäischen Sozialfonds
- Selten Selbstbeteiligung der Betroffenen.

Rechtliche Grundlagen der psychosozialen Betreuung sind die Richtlinien der Bundesärztekammer, die ein umfassendes Therapiekonzept als Ergänzung der originären, medizinischen Behandlung fordern, welches die Prüfung des Bedarfes sowie die Verlaufsdokumentation von PSB-Maßnahmen beinhaltet. Allerdings erfolgt die Finanzierung der PSB aus kommunalen, nicht aus SGB V-Leistungen.

2.4.6 Kooperationspartner_innen

Fachkräfte in Suchtberatungsstellen sind dazu aufgefordert, mit allen Akteur_innen zu kooperieren, die dazu beitragen können, die vorher mit den Betroffenen formulierten Ziele zu erreichen. I. d. R. finden sich die Kooperationspartner_innen in den Bereichen Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesen sowie bei den verschiedenen Diensten der Justiz.

2.4.7 Dokumentation/Evaluation/Qualitätsmanagement

Die verpflichtenden Anforderungen zur Dokumentation an die Fachkräfte der Sozialen Arbeit in Suchtberatungsstellen sind bundesweit höchst unterschiedlich. Häufig sind Fördermittel an bestimmte Dokumentationspflichten gekoppelt (z. B. Lieferung anonymisierter Klient_innendaten in Form des Deutschen Kerndatensatzes). Darüber hinaus ist eine angemessene Dokumentation und Evaluation der Arbeit ein Qualitätsmerkmal, das die Transparenz steigert, dazu beiträgt Reflexion zu ermöglichen, Kontinuität in Vertretungssituationen gestattet und insgesamt eine Selbstverständlichkeit professionellen Handelns darstellt. Nicht zuletzt trägt die Dokumentation dazu bei, Nachweise zu liefern, wie öffentliche Mittel und somit Steuergelder eingesetzt werden.

Um Veränderungen in der Beratung, Betreuung und Behandlung rechtzeitig erkennen und die Qualität der eigenen Arbeit jederzeit nachvollziehen zu können, wird eine kontinuierliche Basisdokumentation durchgeführt.

Evaluationen beziehen sich sowohl auf das Konzept (Stimmen die Grundannahmen des Konzeptes mit den fachlichen Standards überein? Entsprechen die Programmziele den Bedarfen und Anforderungen der Zielgruppe?) als auch auf die Struktur (Welche Auswirkungen hat die Struktur auf die Inanspruchnahme und die Zufriedenheit der Adressat_innen?), auf Prozesse (Wie spielen einzelne Interventionen zusammen?) sowie auf Ergebnisse (Wie gut sind die formulierten konzeptionellen Ziele umgesetzt worden? Welche Auswirkungen hat das Konzept auf die Lebenssituation der Nutzer_innen? Welche (unerwarteten) Wirkungen hat das Konzept hervorgebracht?).

Dabei sind konkret folgende, zentrale Fragestellungen handlungsleitend:

- Erreichen wir die Zielgruppe mit dem Konzept?
- Inwieweit erreichen wir die Ziele des Angebotes?
- Kommt es durch die Beratung und Betreuung zu Stabilisierungen oder Verbesserungen in unterschiedlichen Lebensbereichen?
- Wie gut funktioniert die interne Zusammenarbeit?
- Sind die Fachkräfte bezüglich fachlicher Anforderungen ausreichend eingearbeitet bzw. qualifiziert?
- Wie bewerten Kooperationspartner_innen die Zusammenarbeit sowie die Beratung und Betreuung übergeleiteter Nutzer_innen?
- Wo lassen sich Verbesserungspotenziale erschließen?

Autor_innen: Rita Hansjürgens, Bärbel Marrziniak, Ulrich Merle



2.5 Ambulant Betreutes Wohnen

2.5.1 Kurzbeschreibung des Arbeitsfeldes

Das Ambulant Betreute Wohnen ist ein überwiegend aufsuchendes Betreuungsangebot für suchtkranke Erwachsene innerhalb der Kommune.

Das Angebot richtet sich an chronisch suchtkranke Menschen, die in ihrer eigenen Wohnung leben, jedoch mit der eigenständigen Lebensführung überfordert sind und Unterstützung benötigen, um ein selbstständiges Wohnen aufrechtzuerhalten. Eine bereits bestehende Abstinenz ist nicht erforderlich. Seitens des Kostenträgers sollte eine Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation hinsichtlich einer abstinenter Lebensführung vorhanden sein.

Es wird gemeinsam mit Klient_in und Kostenträger ein individueller Hilfe- und Unterstützungsbedarf erhoben, der laufend reflektiert und auf die vereinbarten Ziele hin überprüft wird. Die Dauer der Betreuung ist begrenzt. Außerdem ist die Betreuung für die Dauer budgetiert und richtet sich stets nach dem aktuellen Bedarf der Klient_innen. Sie kann bei Weiterbestehen des Bedarfes durch Antragstellung verlängert werden.

2.5.2 Zielgruppen

Zielgruppe des Ambulant Betreuten Wohnens sind volljährige, suchtkranke Bürger_innen mit einer wesentlichen Behinderung im Sinne des § 53 SGB XII, die in eigener Wohnung leben. Die Hilfe ist für Betroffene vorgesehen, die Unterstützung im Sinne der Hilfeform in der selbstständigen Lebensführung benötigen, aber stationärer Hilfe nicht, noch nicht oder nicht mehr bedürfen.

Dazu zählen im Einzelnen:

- Abhängigkeitserkrankte von Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen
- Menschen mit Doppeldiagnosen
- Chronisch mehrfach beeinträchtigte Suchtkranke.

2.5.3 Ziele des Angebotes

Ziel des Ambulant Betreuten Wohnens ist es, den Klient_innen eine Teilhabe an der Gesellschaft sowie ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben in eigener Wohnung zu ermöglichen.

2.5.4 Leistungsangebot/Interventionen

Das konkrete Leistungsspektrum umfasst folgende Tätigkeiten in Form von Einzel- und Gruppenangeboten.

Beratung:

- Sicherung der Existenzgrundlage
- Strukturierung des Tages- und Wochenablaufes
- Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Förderung sozialer Kompetenzen
- Erarbeitung von Perspektiven
- Stabilisierung bei psychischer Instabilität
- Rückfallvermeidung und Rückfallbewältigung/Krisenintervention
- Klärung von Beziehungen
- Unterstützung bei schulischer und beruflicher Wiedereingliederung.

Anleitung zu:

- Haushaltsführung mit Inhalten wie Ernährung, Kleiderpflege, Bedarfsmittelversorgung und Hygiene

- Kontoführung
- Administration, z. B. Behörden- und Vertragsangelegenheiten
- Gesundheitsfördernden, -erhaltenden Maßnahmen
- Beziehungsaufnahme und -gestaltung
- Aufnahme von Beschäftigung
- (Abstinenter) Freizeitgestaltung.

Kooperative Prozessbegleitung:

- Beim Zugang zu medizinischer und rehabilitativer Versorgung
- Beim Zugang zu sozialer Versorgung
- Klinikbesuche bei stationären Aufenthalten
- Gemeinsames Aufsuchen externer Dienste (z. B. des Jobcenters, Sozialamtes, von Ärzt_innen, gesetzlichen Betreuer_innen etc.)
- Unterstützung bei(m) Wohnungswechsel
- Bei Behörden- oder institutionellen Angelegenheiten
- In der wohnortbezogenen Reintegration
- Bei der Eingliederung in Beschäftigung
- In administrativen Angelegenheiten.

Die Betreuung umfasst methodisch verschiedene Formen, u. a. werden angewendet:

- Gruppenarbeit
- Einzelfallarbeit
- Krisenintervention.

In der Betreuung wird Wert auf personelle Kontinuität gelegt. Jede_r Betreute hat eine feste Bezugsperson, die i. d. R. für die Dauer der Betreuung sein/ihr Kontakt bleibt.

Die Einzelfallberatung erfolgt in einem multiprofessionellen Team generell nach dem Bezugsmitarbeitermodell.

2.5.5 Spezifische Kompetenzen

Kompetenzen des Wissens

- Kenntnis der unterschiedlich(st)en psychiatrischen Krankheitsbilder; insbesondere die der Abhängigkeitserkrankungen
- Kenntnis des CMA-Syndroms und seiner Konsequenzen für soziale Integration
- Umfassende Rechtskenntnisse
- Kenntnisse der örtlichen sozialen Landschaft.

Kompetenzen des Könnens

- Intensive Beziehungsarbeit mit äußerst schwierigem Klientel gestalten und frei aufrecht erhalten zu können
- Beratungskompetenzen, motivierende Gesprächsführung
- Ressourcenorientiertes, lösungsfokussiertes Arbeiten
- Eigenverantwortliche, klientelbezogene Prozessgestaltung in Kooperation mit unterschiedlichen Personen, Institutionen, Organisationen und Kostenstellen
- Arbeiten in einem multiprofessionellen Team, ausgeprägte Teamfähigkeit
- Fähigkeit zur Selbstreflexion.

Kompetenzen der Haltung

- Orientierung an der Autonomie und der biopsychosozialen Integrität der Klient_innen
- Kooperative Grundhaltung
- Wertfreies Menschenbild
- Systemische Grundhaltung.

2.5.6 Rechtsgrundlagen/Kostenträger

Das Ambulant Betreute Wohnen ist eine Hilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII. Kostenträger der Eingliederungsmaßnahmen sind die überörtlichen Sozialhilfeträger.

2.5.7 Kooperationspartner_innen

- Suchtberatungsstellen
- Suchtkliniken
- Jobcenter
- Bewährungshilfe
- Gesetzliche Betreuer_innen
- Schuldnerberatung
- SpD
- Sozialamt, Gesundheitsamt
- Polizei
- Vermieter_innen, Wohnungsbaugesellschaften
- Ärzt_innen
- ...

Autor_innen: Alexandra Lutz, Miriam Ruppel, Jost Wind



2.6 Sucht akutbereich

2.6.1 Kurzbeschreibung des Arbeitsfeldes

Der suchtmmedizinische Bereich gehört i. d. R. zum Behandlungsangebot einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Unterschieden wird zwischen dem qualifizierten Entzug und der Entgiftungsbehandlung.

2.6.2 Zielgruppen

Es werden stationär Frauen und Männer behandelt, die alkohol-, medikamenten- und/oder drogenabhängig sind. Eine Teilgruppe wird substituiert. Begleiterkrankungen (Angst, Depressionen, Trauma...) werden diagnostiziert, und notwendige Behandlungen werden begonnen. Die Behandlungsdauer richtet sich nach der Diagnose. Sie beträgt bislang i. d. R. bei einem qualifizierten Alkoholentzug 10 bis 14 Tage (bei Therapiebeantragung ggf. 18 bis 21 Tage) und bei einem qualifizierten Medikamenten- oder Drogenentzug 18 bis 21 Tage. Allerdings sind für die Zukunft eine veränderte Bewilligungspraxis seitens der Krankenkassen und eine Kürzung der Behandlungszeiten nicht ausgeschlossen.

Die stationäre Entzugsbehandlung kann als Regelbehandlung oder als Krisenintervention stattfinden. Je nach Motivationslage kann sie auch – mitunter nahtlos – in eine Vermittlung in eine ambulante oder stationäre Maßnahme der medizinischen Rehabilitation oder andere ambulante bzw. stationäre Hilfemaßnahmen münden.

2.6.3 Ziele des Angebotes

Im Vordergrund stehen zunächst die medizinische und die psychologische Abklärung der Diagnosen sowie die entsprechende, qualifizierte Entzugsbehandlung. Dabei unterstützt eine medikamentöse Behandlung den körperlichen Entzug vom Suchtmittel. Dieser trägt dazu bei, dass die Betroffenen einen „klaren Kopf“ bekommen, um für sich weitere Zielsetzungen erarbeiten und weiterführende Maßnahmen einleiten zu können.

Die begleitenden psychotherapeutischen Angebote vermitteln den Patient_innen Kenntnisse zu ihrer Abhängigkeit und fördern auf diesem Weg Krankheitseinsicht sowie Behandlungs- und Veränderungsmotivation.

Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit unterstützen die Patient_innen darin, sich mit ihrer – oftmals desolaten – sozialen Situation auseinanderzusetzen, ihre Probleme zu erkennen und fähig zu werden, Schritte zu deren Lösung zu unternehmen sowie weitergehende stationäre und ambulante Hilfsangebote für sich zu nutzen. Dies bedarf im konkreten Fall auch der Zusammenarbeit mit Angehörigen und anderen Bezugspersonen, den Arbeitgeber_innen, gesetzlichen und ehrenamtlichen Betreuer_innen, Bewährungshelfer_innen etc.

In Zusammenarbeit mit den Patient_innen leiten die Fachkräfte der Sozialen Arbeit entsprechende Hilfsmaßnahmen ein, bzw. sie stellen mit ihnen notwendige Anträge und wirken mit an der Überleitung in die angestrebten Hilfsmaßnahmen. Da es sich hierbei um eine individuelle Hilfestellung handelt, kann das Leistungsangebot im Folgenden nur unvollständig dargelegt werden.

2.6.4 Leistungsangebot/Interventionen

Hilfe bei der Grundsicherung

- Klärung der Zuständigkeiten und Voraussetzungen für den Krankenversicherungsanspruch gemäß
 - ☀ SGB I, § 21 et al.
 - ☀ SGB V, § 5 Abs. 1 Nr. 13a und SGB XI, § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12
 - ☀ AsylbLG, §§ 4 oder 6
- Beantragung von Hilfen zur finanziellen Sicherung des Lebensunterhaltes
 - ☀ gemäß SGB II oder XII
 - ☀ Sicherung von Krankengeld
 - ☀ Sicherung von Arbeitslosengeld
- Mitwirkung bei der Klärung finanzieller Angelegenheiten

- ☀ Lohnfortzahlung
- ☀ Schuldenerfassung
- ☀ Schuldenregulierung
- ☀ Vermittlung zur Schuldnerberatung
- ☀ Beantragung auf Befreiung von Zuzahlungen
 - Mitwirkung bei der Sicherung des Arbeitsplatzes
- ☀ ordnungsgemäße Krankmeldung
- ☀ Klärung von Abmahnungs- bzw. Kündigungsverfahren
- ☀ Klärung von (Therapie-)Auflagen durch den Arbeitgeber
- ☀ Zusammenarbeit mit dem Integrationsfachdienst
 - Mitwirkung bei der Klärung strafrechtlicher Angelegenheiten
- ☀ Ladung zum Haftantritt
- ☀ Antragstellung gemäß § 35 BtMG.

Einzelfallbezogene Hilfsmaßnahmen

- Erstellung einer Sozial- und Suchtanamnese
- Klärung der aktuellen Konfliktlage
- Erstellung eines individuellen Behandlungsplans
- Information zu Angeboten der allgemeinen psychosozialen Versorgung
- Information zu Möglichkeiten der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (allgemein und für Abhängigkeitskranke)
- Klärung der Anspruchsvoraussetzungen für eine Reha-Maßnahme
- Antragstellung/Erwirkung einer Kostenzusage und Therapievermittlung (ambulant/stationär)
- Vermittlung in ein ambulant oder stationär betreutes Wohnen
- Information über das Hilfsangebot
- Einleitung und Unterstützung des individuellen Hilfeplanverfahrens
- Klärung der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen
- Vermittlung in Werkstätten für Behinderte
- Vermittlung in Unterkünfte für Obdachlose
- Einrichten von gesetzlichen Betreuungen
- Beantragung von psychiatrischer Pflege
- Beantragung von ambulanter Wohnbetreuung
- Beantragung einer Haushaltshilfe
- Beantragung einer sozialpädagogischen Familienhilfe
- Einleitung von Maßnahmen bei Kindeswohlgefährdung (SGB VIII, § 8b Abs.1)
- Vermittlung ambulanter Psychotherapeut_innen, Ärzt_innen
- Vermittlung auf Palliativ- oder Hospizstationen
- Einleitung von Opferschutzmaßnahmen
- Hilfe bei der Erstattung von Anzeigen
- Vermittlung zu Opferschutzbeauftragten
- Anträge gem. Opferschutzgesetz.

Gruppenbezogene Angebote

- Informationsvermittlung zu Wirkungsweise, Gefahren, Funktion und Folgen von Suchtmitteln
- Reflexion Abstinenz gefährdender und sichernder Situationen und Verhaltensweisen im Alltag
- Motivation zur Verbesserung der Selbstfürsorge
- Entlassungsvorbereitung und -begleitung
- Themenzentrierte Gruppen.

Weitere patientenbezogene Tätigkeiten

- Fachbezogene Dokumentation
- Mitwirkung bei Fallbesprechungen
- Einleitung von Helferkonferenzen
- Zusammenarbeit mit gesetzlichen Betreuer_innen, Bewährungshelfer_innen, Gesundheitsamt, Jugendamt, der oder dem betrieblichen Ansprechpartner_in Sucht u. a. m.
- Paar- und Familiengespräche
- Zusammenarbeit mit Fachkliniken.

Berufsbezogene Tätigkeiten

- Auswahl, Anleitung, Ausbildung und Beurteilung von Praktikant_innen
- Fallbezogener Teamaustausch und Supervision
- Einarbeitung neuer Kolleg_innen im Sozialdienst
- Kontaktpflege zu Hochschulen zu Ausbildungszwecken
- Mitwirkung in Arbeits- und Planungsgruppen zur Weiterentwicklung des gemeindepsychiatrischen Verbundnetzes
- Mitwirkung in überregionalen Gremien/Verbänden
- Mitarbeit in Projekten und Arbeitsgruppen
- Unterstützung örtlicher Selbsthilfegruppen.

2.6.5 Spezifische Kompetenzen

- Methodische Fertigkeiten (z. B. Gesprächsführung, Krisenintervention, Kenntnisse zu Deeskalationsstrategien)
- Gesetzeskenntnisse
- Motivation fördern können für eine gesündere Lebensform, empathisch die Ambivalenz zwischen Konsum und Veränderung moderieren können
- Soziale Kompetenzen (z. B. Teamfähigkeit, Erkennen und konstruktive Lösung von Konflikten, Akzeptanz von anderen Lebensentwürfen).

2.6.6 Rechtsgrundlage/Kostenträger

Die stationäre Entzugsbehandlung findet i. d. R. auf freiwilliger Basis statt. Manche Aufnahmen erfolgen jedoch aufgrund eines Betreuungsbeschlusses bzw. nach dem PsychKG, was ggf. auch eine – zeitlich begrenzte – geschlossene Unterbringung notwendig machen kann.

Kostenträger der Behandlung sind überwiegend die gesetzlichen Krankenkassen, bei Privatpatienten mitunter die privaten Krankenversicherungen sowie die Beihilfe.

2.6.7 Kooperationspartner_innen

Die Kooperationspartner_innen ergeben sich aus den notwendigen bzw. vereinbarten Hilfsmaßnahmen (siehe Kapitel 3.7.4) sowie den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten. Hier sind u. a. Suchtberatungsstellen, somatische Krankenhäuser und Selbsthilfegruppen zu nennen.

2.6.8 Dokumentation/Evaluation/Qualitätsmanagement

Der Sozialdienst arbeitet aktiv mit an der Erstellung und Umsetzung eines Konzeptes interner Qualifizierungsmaßnahmen.

Krankheitsverläufe und eingeleitete Maßnahmen werden dokumentiert und evaluiert.

Das QM-System wird kontinuierlich überprüft und umgesetzt.

Autor_innen: Ulrike Mertin, Helmut Woitkowski



2.7 Ambulante Rehabilitation und Nachsorge

2.7.1 Kurzbeschreibung des Arbeitsfeldes

Ambulante Rehabilitation und Nachsorge sind voneinander unabhängige Leistungsangebote. Die ambulante Rehabilitation kann als eigenständige Behandlung erfolgen oder als Modul innerhalb der Kombinationsbehandlung. Die Nachsorge schließt sich immer an eine stationäre Rehabilitation an. Mit Hilfe von Leistungen zur Rehabilitation abhängigkeiterkrankter Menschen kann es gelingen, Klient_innen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu befähigen. Leistungsträger sind i. d. R. die Rentenversicherungen, Krankenversicherungen und Träger der Sozialhilfe.

2.7.2 Zielgruppen

Bei Vorliegen eines schädigenden, missbräuchlichen Konsums und einer Abhängigkeitserkrankung im Sinne der ICD-10 (F 1, F 1.2) besteht eine erhebliche Gefährdung oder Minderung des Leistungsvermögens. Damit ist grundsätzlich eine Rehabilitationsbedürftigkeit gegeben. Es erfolgt eine Antragstellung mit Sozialbericht über die Suchtberatungsstellen (oder weitere Stellen) an den Leistungsträger. Nach Prüfung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen entscheidet der Kostenträger. Für die Durchführung kann nur eine anerkannte ambulante Rehabilitationseinrichtung in Betracht kommen. Dabei wird vorausgesetzt, dass Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit auch unter Substitution bestehen, eine positive Prognose gestellt werden kann und die individuellen Voraussetzungen erfüllt sind.

2.7.3 Ziele des Angebotes

Das Angebot hat die Förderung von Aktivitäten und Teilhabe nach ICF zum Ziel sowie den Erhalt oder das Erreichen einer selbstständigen Lebensführung und die Verhinderung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit. Der Auftrag durch die Rentenversicherung sind die Wiederherstellung und der Erhalt der Leistungsfähigkeit.

Diese Ziele können erreicht werden durch

- Entwicklung und Festigung von Krankheitseinsicht
- Herstellung und Erhaltung dauerhafter Abstinenz
- Förderung der Motivation zur Veränderung
- Auseinandersetzung mit Wertvorstellungen
- Training der Compliance
- Erlernen neuer Handlungsstrategien zur Kompensation und
- Verbesserung der Kontextfaktoren durch Aufbau sozialer Netzwerke.

Die Verbesserung der Körperfunktionen und Körperstrukturen, wie die Verminderung von negativen Affekten, Stärkung und Differenzierung von Selbstwahrnehmung und Selbstwertgefühl, Umgang mit Krisensituationen und Rückfall, sind weitere Ziele der Rehabilitation.

Weitere wesentliche Aufgaben liegen z. B. in den Bereichen

- Beziehungs- und Leistungsfähigkeit
- Tagesstrukturierung
- Teilhabe sowie soziale und berufliche Integration bzw. Reintegration
- Klärung der finanziellen und juristischen Situation
- Aufbau und/oder Intensivierung von Freizeitaktivitäten.

2.7.4 Leistungsangebot/Interventionen

Die ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in einer vom zuständigen Rehabilitationsträger anerkannten Einrichtung durchgeführt. In den Suchtberatungsstellen muss der Bereich der ambulanten Rehabilitation organisatorisch von den übrigen Leistungsbereichen getrennt sein. Zu den Voraussetzungen, um die Rehabilitation durchführen zu können, gehört eine

Konzeption, die wissenschaftlich begründet ist und Aussagen zum diagnostischen Vorgehen, zu den Leistungen und zu den therapeutischen Zielen enthält.

Der interdisziplinäre, ganzheitliche und biopsychosoziale Rehabilitationsansatz wird durch ein eng miteinander kooperierendes Team umgesetzt. Der soziale Aspekt nimmt dabei die psychosoziale Dimension in den Blick. Neben den intra- und interpersonellen Aspekten werden sozioökonomische Aufgaben bei den Interventionen berücksichtigt. Dabei werden Erkenntnisse der Salutogenese, der Resilienzforschung und der Ressourcenorientierung einbezogen. In diesem Team erfolgt auch die Planung und Koordination der Behandlungselemente.

Im Vordergrund stehen therapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche sowie die Durchführung von Bezugspersonengesprächen, inklusive Vor- und Nachbereitung. Hinzu kommen ergänzende Angebote wie Edukation, indikationsspezifische Angebote und Hilfen bei Kriseninterventionen.

Die Diagnostik umfasst

- Die medizinische, psychosoziale und berufliche Anamnese
- Die „Suchtgeschichte“
- Die eingehende körperliche, allgemeine und neurologische Untersuchung
- Die Erhebung des psychischen bzw. psychopathologischen Befundes
- Eventuelle arbeitsbezogene Assessments und
- Die Bestimmung rehabilitationsrelevanter Laborparameter.

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Diagnostik werden die jeweiligen Ziele und individuellen Rehabilitationspläne gemeinsam mit den Patient_innen entwickelt. Verlauf und Änderungen sind zu dokumentieren und in die Besprechung des Rehabilitationsteams regelmäßig einzubringen.

Der Rückfall gehört zum Krankheitsgeschehen eines abhängigkeiterkrankten Menschen dazu. Die ausführliche Aufarbeitung des individuellen Rückfalls mit den auslösenden Faktoren ist gemäß dem Konzept durchzuführen. Gibt es nach einem Rückfall keine günstige Rehabilitationsprognose, kann die Maßnahme beendet werden oder ein Wechsel der Behandlungsform oder eine erneute Entzugsbehandlung im Krankenhaus angezeigt sein.

2.7.5 Spezifische Kompetenzen

Dem interdisziplinären Rehabilitationsteam gehören neben Arzt oder Ärztin und Psycholog_in auch Fachkräfte der Sozialen Arbeit an, die über qualifizierte Aus- und Weiterbildungen sowie über Berufserfahrung in der Rehabilitation abhängigkeiterkrankter Menschen verfügen.

Fachkräfte der Sozialen Arbeit müssen eine auf das Tätigkeitsfeld Sucht bezogene, durch die Deutsche Rentenversicherung Bund zur Anerkennung geprüfte Weiterbildung auf psychotherapeutischer Grundlage absolviert haben. Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit erfahren mit ihrer Grundausbildung durch die Weiterbildung ergänzende therapeutische Kompetenzen, die sie in eine neue berufliche Identität führen.

Im multiprofessionellen Team sind alle Mitarbeiter zu einer intensiven und austauschorientierten Zusammenarbeit verpflichtet. Dies wird i. d. R. durch Fallbesprechung, Teambesprechung und externe Supervision umgesetzt. Mindestens drei therapeutische Mitarbeiter_innen müssen hauptberuflich in der Einrichtung tätig sein.

Weitere Aufgaben, neben der Durchführung von Einzel- und Gruppengesprächen, sind

- Dokumentation der therapeutischen Leistungen
- Durchführung der notwendigen Qualitätssicherungsmaßnahmen, Zwischenbilanzierung und (therapeutischer) Verlaufsbericht
- Mitarbeit bei der Erstellung der Entlassungsberichte
- Wahrnehmung von Terminen im Rahmen der Kooperation

- Koordinations- und Organisationsaufgaben
- Mitarbeit bei der Katamnese und
- Konzeptionelle Weiterentwicklung.

Die Soziale Arbeit ist eher für das „Außen“ zuständig. Spezifische Kompetenz der Fachkräfte der Sozialen Arbeit ist die Kenntnis der verschiedenen Lebenswelten der Rehabilitanden. Auch die aufsuchende Tätigkeit in den Lebenswelten kann spezifisch zur Zielerreichung genutzt werden. Von den Fachkräften der Sozialen Arbeit werden als Förderer sozialer Netzwerke Hilfen im Umfeld (z. B. Kontakte mit Arbeitgeber_innen, Hilfestellung bei der Vermittlung eines Arbeitsplatzes/bei der Reintegration in das berufliche Umfeld oder sozialrechtliche Beratung) und die Kooperation mit den in die Nachsorge eingebundenen sozialen Diensten sowie Selbsthilfegruppen erwartet. Die Fachkraft der Sozialen Arbeit zeichnet sich durch eine hohe Flexibilität im Einsatz und Austausch mit den Netzwerkpartnern aus.

2.7.6 Rechtsgrundlage/Kostenträger

Gesetzliche Grundlagen/Anforderungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation:

- Übergeordnete (Rechts-)Normen
 - ☀ Grundgesetz der BRD, Art. 3 GG
 - ☀ UN-Behindertenrechtskonvention
- Sozialgesetzbuch SGB I: Allgemeiner Teil – Aufgaben und Rechte
 - ☀ § 1 Aufgaben des Sozialgesetzbuches
 - ☀ § 3 Bildungs- und Arbeitsförderung
 - ☀ § 10 Teilhabe behinderter Menschen
 - ☀ § 64 Berufsfördernde Maßnahmen
- SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe (Zuständigkeiten und Aufgaben der verschiedenen Sozialleistungsträger)
 - o Basiert auf Grundgedanken der ICF – Teilhabe als leitender Begriff
 - ☀ § 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft
 - ☀ § 2 Behinderung
 - ☀ § 4 Leistung zur Teilhabe
 - ☀ § 8 Vorrang von Leistungen zur Teilhabe
 - ☀ § 9 Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten
- SGB VIII, § 20: Qualitätssicherung
- SGB VI: Gesetzliche Rentenversicherung
 - ☀ § 9 Aufgaben zur Leistung der Teilhabe
 - ☀ § 10 Persönliche Voraussetzungen
 - ☀ § 13 Leistungsumfang
- Nicht-gesetzliche, handlungsleitende Bestimmungen
 - ☀ Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker; Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen
 - ☀ Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012
 - ☀ AWMF-Leitlinien – Postakute Suchtbehandlung
 - ☀ ICD-10 – Kapitel F I.x (medizinische Diagnose)
 - ☀ ICF-Klassifikation therapeutischer Leistungen
 - ☀ DSM-5.

Die Kosten für die Einzel- und Gruppengespräche im Rahmen der ambulanten Rehabilitation werden pauschaliert vom Leistungsträger vergütet.

2.7.7 Kooperationspartner_innen

Zu den Kooperationspartner_innen gehören u. a.

- Ärzt_innen
- Psychotherapeut_innen
- Krankenhäuser
- Beratungsstellen
- ambulante Rehabilitationsstellen
- Rehabilitationsfachkliniken
- Betreutes Wohnen
- Selbsthilfegruppen
- Arbeitgeber_innen
- Betriebe
- Agenturen für Arbeit
- Jobcenter
- Arbeitsprojekte
- Ausbildungsstätten in der Region
- Reha-Fachberatung
- Servicestellen für Rehabilitation
- Integrationsfachdienste
- Jugendämter
- Schuldnerberatungsstellen und
- weitere Behörden und Beratungsstellen.

Um den fachlichen Austausch sicherzustellen und weiterführende Maßnahmen frühzeitig einzuleiten, wird zu den vorbehandelnden, begleitenden und nachbehandelnden Stellen und Einrichtungen Kontakt gehalten. Die Rehabilitationseinrichtungen übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen und sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Rehabilitanden.

2.7.8 Dokumentation/Evaluation/Qualitätsmanagement

Neben externen Qualitätssicherungsmaßnahmen hat jede Einrichtung über ein Konzept zum internen Qualitätsmanagement zu verfügen.

Zusätzlich werden Daten des Deutschen Kerndatensatzes an die Deutsche Suchthilfestatistik weitergeleitet. Einrichtungen beteiligen sich an der bundesweiten Auswertung von Katamnesen.

Autor_innen: Norbert Beine, Monika Schnellhammer



2.8 Stationäre Rehabilitation

2.8.1 Kurzbeschreibung des Arbeitsfeldes

Das Angebot der stationären Rehabilitation Sucht (inkl. Adaption) beruht auf einem wissenschaftlich begründeten und evidenzbasierten Behandlungskonzept (Schmidt et al. 2006). Die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) haben gemeinsam im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in den Jahren 2000 bis 2005 evidenzbasierte Leitlinien für die Behandlung von substanzbezogenen Störungen entwickelt. Ziel der Rehabilitation, auch Postakutbehandlung genannt, ist die Stabilisierung des Behandlungserfolges, i. d. R. der Abstinenz, oder die Prophylaxe einer weiteren Verschlechterung mit gesundheitlicher Schadensbegrenzung – inklusive der Behandlung der aus der Abhängigkeitserkrankung resultierenden psychiatrischen und somatischen Folgeerkrankungen.

Dabei wird die mehrdimensionale Betrachtungsweise nach der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), vor der individuellen Situation des Menschen im Kontext von umwelt- und personenbezogenen Faktoren, in den Fokus gestellt, um eine möglichst umfassende berufliche und soziale Teilhabe zu erzielen.

Für Leistungen der medizinischen Rehabilitation müssen aus sozialmedizinischer Sicht folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- eine positive Rehabilitationsprognose.

Die Rehabilitationsbedürftigkeit ergibt sich aus der zusammenfassenden Bewertung von

- Funktionseinschränkungen
- Fähigkeitsstörungen
- Risikokonstellationen
- Kombination von Gesundheitsstörungen und Multimorbidität
- Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Bisherigen Therapien
- Erfordernis der Kombination mehrerer Therapieformen
- Hohem Schulungsbedarf und
- Problemen bei der Krankheitsbewältigung.

Die Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die körperliche, soziale und psychische Verfassung der Rehabilitanden. Die Rehabilitationsteilnehmer_innen müssen in der Lage sein, das gesamte Spektrum therapeutischer Leistungen wahrzunehmen und, wenn indiziert, aktiv mitzugestalten.

Nach §10 SGBVI ist eine positive Rehabilitationsprognose erforderlich. Im Hinblick auf das Rehabilitationsziel der Rentenversicherung bedeutet dies, dass eine Stabilisierung des Leistungsvermögens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht werden kann. Bei den Krankenversicherungsträgern liegt der Fokus auf der Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten und Akutbehandlungen sowie auf der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit.

Medizinische Rehabilitationseinrichtungen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie über sehr differenzierte und flexibilisierte Behandlungsangebote verfügen, die die individuellen Bedarfe der Patient_innen berücksichtigen.

Weitervermittelt wird in:

- Ambulante Weiterbehandlung (Reha/Nachsorge)
- Ganztägig ambulante Angebote
- Adaptionenbehandlung.

2.8.2 Zielgruppen

Menschen mit einer Abhängigkeit von legalen und illegalen Substanzen und/oder stoffungebundenen Abhängigkeiten (ICD 10).

Angebote der stationären medizinischen Rehabilitation richten sich an Menschen, die folgende Behandlungen benötigen:

- Entwöhnungsbehandlung (Alkohol, Drogen, Medikamente, pathologisches Glücksspiel und Medienabhängigkeit), komorbide Störungen werden in der Reha mitbehandelt, ebenso chronisch mehrfach Abhängige
- Rückfallbehandlung
- Kombi-Behandlung
- Substitutionsgestützte Rehabilitation.

2.8.3 Ziele des Angebotes

Auf der Grundlage der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung vom 04.05.2001 (Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker) sind folgende Ziele genannt:

- Abstinenz erreichen und erhalten
- Körperliche Erkrankungen behandeln
- Teilhabe an Arbeit, Beruf und Gesellschaft möglichst dauerhaft erhalten bzw. erreichen
- Verschlimmerungen verhüten oder Folgen mildern.

2.8.4 Leistungsangebot/Interventionen

Zwei Arbeitsschwerpunkte der Sozialen Arbeit sind in der stationären Rehabilitation relevant: die Soziale Arbeit mit sozialrechtlichem Schwerpunkt und die klinische Soziale Arbeit der Sozial- und Suchttherapeut_innen als Gruppen- und Einzeltherapeut_innen. Die Letztgenannten sind in einer psychosoziotherapeutischen Methode von einem VDR-anerkannten Institut ausgebildet.

Die Befundung durch die Sozial- und Suchttherapeuten beginnt mit einer sozialanamnestischen Diagnostik unter Berücksichtigung der multidisziplinären Befundergebnisse.

Die Reha-Leistungen werden nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL 2015) ausdifferenziert, die psycho-, sozial-, bewegungs-, gestaltungs- und arbeitstherapeutische Inhalte u. a. festschreiben. Sowohl die Häufigkeit und die Dauer, als auch die ausübenden Professionen mit Zusatzqualifikationen sind benannt. Orientiert an der KTL werden die aktuellen evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) Ende 2015 veröffentlicht. Je nach diagnostiziertem Behandlungsbedarf der Patient_innen wird ein Therapieplan entwickelt, prospektiv geplant, verordnet, umgesetzt und die Ergebnisse dokumentiert. Die folgenden ETM (-2015) auf Basis der KTL-Kapitel beschreiben die Tätigkeiten der Sozial- und Suchttherapeut_innen und der Sozialen Arbeit in der Rehabilitation.

- ETM 1 Suchttherapie in der Gruppe und einzeln
- ETM 2 Förderung sozialer Kompetenzen; hierzu können Gruppenaktivitäten, Konflikttraining, Training sozialer Kompetenzen usw. gehören.
- ETM 3 beinhaltet die Behandlung komorbider Störungen. Die Ziffer G677 (KTL 2015) Suchttherapie als indikative Gruppe: Psychische Komorbidität lässt die Behandlung und Dokumentation für Sozial- und Suchttherapeuten zu, wenn sie darin ausgebildet sind und die Suchterkrankung im Vordergrund steht. - ETM 4 beinhaltet die Angehörigenarbeit. Sozial- und Suchttherapeut_innen bieten Familien- und Paargespräche sowie Familien-, Paar- und Eltern-Kind-Seminare an.
- ETM 5a und 5b beinhaltet berufsfördernde Maßnahmen für nicht Arbeit Habende und Arbeit Habende. Hier gibt es eine Schnittmenge zur klinischen Sozialarbeit und zur Bezugstherapie. Die Förderung der beruflichen Teilhabe steht im Mittelpunkt, zielgruppenorientierte Förderung (BORA 1-5)
- ETM 12 und 13a und 13 b beinhalten die Tätigkeit der klinischen Sozialarbeit. Hierzu gehören die Klärung der wirtschaftlichen Situation, Kontaktvermittlung zu Jobcentern/Arbeitgeber_innen usw., Klärung bei Wohnungsproblemen, sonstige sozialrechtliche Beratung und Information, erste Kontaktabahnung zur Schuldnerberatung, Information und Beratung zur beruflichen Rehabilitation, oft in Kooperation mit der jeweiligen Rentenversicherung.

Des Weiteren ist die Kooperation mit Vor- und Nachbehandler_innen wichtig. Die Antragstellung für Adaptionsbehandlungen, ambulante Reha oder Nachsorge wird eingeleitet, und Übergabegespräche werden durchgeführt, um eine nahtlose Weiterbehandlung zu ermöglichen.

2.8.5 Spezifische Kompetenzen

Nachfolgend beschriebene Qualifikationen sind in der stationären Reha relevant:

- VDR- anerkannte Weiterbildung: Die Weiterbildung Sozial- und Suchttherapie ist eine psycho-/soziotherapeutisch ausgerichtete Weiterbildung für die ambulante und stationäre Suchtbehandlung. Sie basiert auf Erkenntnissen der empirischen Psychotherapieforschung, der longitudinalen entwicklungspsychobiologischen Forschung und der Neurowissenschaften. Durch die Verbindung von Theorie, Methodik und Selbsterfahrung erwerben die Teilnehmer_innen die Kompetenz für die therapeutische Arbeit mit Suchtkranken und Suchtgefährdeten sowie deren Angehörigen.
- Kenntnisse zur ICD-10: Die Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Seit dem 1. Januar 2014 ist die ICD-10-GM in der Version 2014 anzuwenden, insbesondere Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99).
- Kenntnisse zur ICF: „Allgemeines Ziel der ICF-Klassifikation ist, in einheitlicher und standardisierter Form eine Sprache und einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen zur Verfügung zu stellen. Sie definiert Komponenten von Gesundheit und einige mit Gesundheit zusammenhängende Komponenten von Wohlbefinden (wie Erziehung/Bildung und Arbeit)“ (DIMDI 2004, S. 9). Die ICF hat sich fortentwickelt von einer Klassifikation der Krankheitsfolgen, wie die ICDIH von 1980, hin zu einer Klassifikation der Komponenten von Gesundheit.

2.8.6 Rechtsgrundlage/Kostenträger

In den Fachkliniken werden medizinische Rehabilitationsmaßnahmen auf der Grundlage der §§ 40 ff. SGB V, §§ 9 ff. SGB VI sowie §§ 23 ff. SGB IX durchgeführt. Die Einrichtungen verfügen über eine Anerkennung der Rentenversicherungsanstalten, der Krankenkassen (Versorgungsvertrag § 1 I Abs. 2 SGBV) und der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeleistungsträger (SGB XII).

I. d. R. entsprechen sie den Erfordernissen des § 36 Abs. 1 BtMG und sind zur Unterbringung von Drogenabhängigen nach den Bestimmungen der §§ 35 - 37 BtMG anerkannt. Eine Behandlung von Patienten nach § 64 StGB ist in Einzelfällen möglich.

2.8.7 Kooperationspartner_innen

- Deutsche Rentenversicherung (Land/Bund)
- Krankenkassen
- Psychosoziale Beratungs- und Fachstellen
- Akutpsychiatrien
- Sozialpsychiatrische Verbände der jeweiligen Kommune
- Justizvollzugsanstalten
- Entzugskliniken
- Selbsthilfe
- Sucht- u. Forschungsverbände (Mitgliedschaft)
- Niedergelassene Ärzt_innen
- Betriebe (externe Praktika)
- Betriebsärztlicher Dienst
- Arbeitsagenturen und Jobcenter
- Lieferanten (Apotheken, Lebensmittelverbände...).

2.8.8 Dokumentation/Evaluation/Qualitätsmanagement

- Statistische Daten werden nach dem Deutschen Kerndatensatz (KDS) und dem Einrichtungsbezogenen Informationssystem (EBIS) inklusive der Katamnesedaten bundesweit erhoben und jährlich zentral ausgewertet.
- Weiterhin werden jährlich Daten von Suchtverbänden erhoben (buss, Fachverband Sucht u. a.).

- In Einrichtungen selbst werden neben personenbezogenen Daten auch verbandsspezifische und einrichtungsbezogene Daten erhoben. Diese werden genutzt, um Entwicklungstendenzen innerhalb der Suchtkrankenhilfe zu identifizieren, und dienen auch der Rechenschaftslegung gegenüber dem Träger der Einrichtung, den Kosten- und Leistungsträgern und der Öffentlichkeit.
- Für spezifische Forschungsprojekte werden weitere Daten generiert.
- Qualitätsmanagement stellt ein wesentliches Element für eine effektive und effiziente Versorgung in der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit substanzbezogenen Störungen dar. Aus diesem Grundsatz resultiert, dass in den Rehabilitationsangeboten die Kriterien, wie sie in § 137d Abs. 1, 1a SGB V und in § 20 Abs. 1 SGB IX benannt sind, erfüllt werden. Die Einrichtungen verfügen über ein zentral gesteuertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2008 auf Basis des BAR-anerkannten Qualitätsmanagementrahmenhandbuches mit integriertem Managementsystem für den Arbeits- und Gesundheitsschutz (MAAS-BGW). Die Rehabilitationseinrichtungen verfügen i. d. R. über ein einrichtungsbezogenes Leitbild, das ausgerichtet ist an den Leitlinien der jeweiligen Träger und Verbände. Inhaltlich gibt es Auskunft über Philosophie und Ausrichtung der Fachklinik, über patientenbezogene Aufgaben und Haltungen, die aktuellen wissenschaftlichen Grundannahmen und Ansätze, die personellen und wirtschaftlichen Ressourcen und über entwicklungsbezogene Faktoren. An der Entwicklung von Leitbildern sind die Mitarbeiter_innen i. d. R. beteiligt, sie können damit die Inhalte und Erwartungen leichter transportieren und in den therapeutischen Alltag implementieren.

Autor_innen: Hans-Jürgen Boder, Ulrike Dickenhorst





3. Leitungs- kompetenz

Viele ambulante und stationäre Einrichtungen in der Suchthilfe, wie z. B. das Ambulant Betreute Wohnen, Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, stationäre Therapieeinrichtungen oder auch Präventionsfachstellen werden von Fachkräften der Sozialen Arbeit geleitet. Einige dieser Leitungskräfte sind bis zu geschäftsführenden Vorständen aufgestiegen und verantworten sowohl die konzeptionellen als auch die wirtschaftlichen Arbeitsbereiche. Sie tragen wesentlich zur strukturellen und konzeptionellen Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur bei und sind darüber hinaus häufig als Lehrbeauftragte an Hochschulen, als Dozent_innen in suchtspezifischen Weiterbildungen oder im Suchthilfebereich als Supervisor_innen tätig.

Die Leitungskräfte bringen ein breites Spektrum an Feldkompetenz in die Leitungstätigkeit ein und kennen sich in Dokumentationswesen, Suchttheorie, methodischen Ansätzen ihres Arbeitsfeldes, gesetzlichen Grundlagen, Sozial- und Qualitätsmanagement und in der Klient_innenarbeit sehr gut aus. Diese Kompetenz gilt oft als Basis ihrer Leitungsfunktion und

stellt eine große inhaltliche Schnittmenge zur Arbeitsrealität ihrer Mitarbeiter_innen dar. Kommen Leitungskräfte aus arbeitsfeldfremden Bereichen, ist eine umfassende Einarbeitung unbedingt erforderlich. Daneben ist bei Fachkräften der Sozialen Arbeit eine umfassende betriebswirtschaftliche und rechtliche Wissensaneignung zur gewissenhaften Erfüllung vieler Leitungsfunktionen unabdingbar.

Darüber hinaus ist ein Wissen um gesetzliche Veränderungen, Umsetzung des Qualitätsmanagements, Fachkräfteakquirierung, Weiterentwicklung von Arbeitsansätzen und eine zielgerichtete Finanzanalyse insbesondere bei wirtschaftlichen Veränderungen notwendig. Die Leitungsfunktion verlangt, neben betriebswirtschaftlichen Kenntnissen, im Besonderen Kompetenzen in der Mitarbeiter_innen- und Teamführung, im Konfliktmanagement, der Konzeptplanung, dem Projektmanagement, der Teamentwicklung, in Finanzierungsfragen, in der Öffentlichkeitsarbeit und der Netzwerkentwicklung.

3.1 Rollenverantwortung

Eine hohe Bedeutung kommt der Rollenverantwortung zu.

Dazu gehört:

- Sich für die gesamte Institution, die Klient_innen und Mitarbeiter_innen verantwortlich zu erklären und die Entwicklung einer „reifen“ Institutionskultur zu fördern
- Die Umsetzung der gesetzlichen Aufträge und die Einhaltung der geforderten Standards
- Die Übernahme von repräsentativen Aufgaben, in denen die Einrichtung nach außen vertreten wird
- Im Krisenmanagement sicher zu sein
- Veränderungen transparent zu vermitteln, den Austausch zu fördern, unter Berücksichtigung der durch Mitarbeiter_innen eingebrachten Hinweise Entscheidungen zu treffen, diese zu vertreten und, falls notwendig, auf Weisungsbefugnis zurückzugreifen; den Veränderungsprozess zu verfolgen und, falls notwendig, zu korrigieren
- Eigene Rollenkonflikte wahrzunehmen, diese zu reflektieren und zu beheben; kontinuierliche Weiterentwicklung zu fördern
- Professionelle Kommunikationsstrukturen sicherzustellen.

3.2 Leitungspersönlichkeit

Neben den beschriebenen Rollenkompetenzen ist die Entwicklung einer Leitungspersönlichkeit ebenso entscheidend.

Hierzu gehören folgende Fähigkeiten:

- Verantwortung für die getroffenen und nicht getroffenen Entscheidungen zu übernehmen
- Verkörperung einer positiven Autorität mit hoher Motivationsbereitschaft, Integrität, Einsatzbereitschaft und Zuverlässigkeit
- Spürbare Identifikation mit der Einrichtung und dem damit verknüpften Arbeitsauftrag
- Loyalität zu allen Ebenen
- Reflexions- und Unterstützungsbereitschaft
- Gutes Einfühlungsvermögen, sowohl sensibel als auch emotional zu sein
- Eine gute Auffassungsgabe
- Eigene Grenzen kennen und setzen, Grenzen anderer akzeptieren zu können
- Humor
- Gut auf Menschen zugehen zu können
- Kritik- und Konfliktfähigkeit
- Durchhaltevermögen und Durchsetzungsfähigkeit, Geduld und Ausdauer
- Respektvoll und vorurteilsfrei zu sein
- Teamfähig, kooperativ und selbstbewusst zu sein
- **Mit Rückschlägen umgehen zu können**
- Stresstoleranz zu besitzen
- Innovativ, visionär; zielorientiert und planungssicher zu sein
- Eigene narzisstische Strukturen wahrzunehmen und diesen entgegenzuwirken, um Machtmissbrauch vorzubeugen
- Den eigenen Umgang mit Suchtmitteln kritisch zu reflektieren
- Kontinuierliche Bereitschaft zur Weiterbildung.

3.3 Mitarbeiter_innenführung

Ein weiteres, sehr wichtiges Arbeitsfeld ist die Mitarbeiter_innenführung.

Hier sind folgende Kompetenzen von hoher Bedeutung:

- Ansprechpartner_in für Mitarbeiter_innen und Klient_innen zu sein
- Konflikte anzusprechen und zu klären
- Arbeitsfähige Teamzusammensetzung zu schaffen
- Arbeitsaufträge zu delegieren
- Partizipation zu leben
- Kontinuierliche Mitarbeiter_innenförderung
- Qualifizierungsbedarfe zu erkennen und Qualifizierung einzuleiten
- Eine respektvolle, angstfreie Fehlerkultur zu etablieren
- Rahmenbedingungen und Mitarbeitervorgaben zu setzen (delegationsfähig)
- Entscheidungen zu treffen und Ergebnisse zu kontrollieren
- Arbeitsaufträge zu steuern und Arbeitsergebnisse zu kontrollieren
- Klar zu benennen, was, wie und wann zu tun ist
- Visionäres, zielstrebiges, geradliniges und überzeugungsstarkes Auftreten.

3.4 Wirtschaftliche Verantwortung

Diese Verantwortung besteht darin, wirtschaftlich zu steuern, mit dem Ziel, ganzheitlich und nachhaltig den Fortbestand und die Weiterentwicklung des gesamten Unternehmens/Vereins oder der Einrichtung zu sichern.

Die Interessen der Zielgruppen (z. B. Klient_innen, Anteilseigner_innen, Zuschussgeber/Kostenträger, Politik, Bürger_innen, Mitarbeiter_innen und Kooperationspartner_innen) werden mit denen der Wirtschaftlichkeit verknüpft.

Auch wenn eine Leitungskraft nicht immer in letzter Instanz für das wirtschaftliche Budget verantwortlich ist, wird sie häufig in die wirtschaftliche Planung miteinbezogen, zumal Investitionen oder auch Personalentscheidungen davon abhängen.

In diesem Arbeitsfeld ist folgendes Fachwissen z.T. zwingend erforderlich:

- Umfassende Kenntnisse der Anliegen der Geldgeber/Kostenträger und der damit verbundenen Aufträge und Pflichten
- Wissen über die eigenen Rechte, Pflichten und Haftungsrisiken, je nach Rechtsform und Funktion
- Betriebswirtschaftliche Kenntnisse (Grundlagen der Finanzbuchhaltung, ext. bzw. intern. Rechnungswesen, Controlling und Kennzahlen),
- Grundkenntnisse in Kosten- und Leistungsrechnung oder der Einnahmenüberschussrechnung
- Kenntnisse im GmbHG, HGB, Vereinsrecht, BGB, StGB, AO sowie im Arbeits-, Sozial- und Steuerrecht
- Kenntnisse in Dienstleistungsmarketing und Öffentlichkeitsarbeit
- Wissen über Organisationsentwicklung, Unternehmenssteuerung und Veränderungsmanagement.

3.5 Politische Arbeit

Zur Übernahme von Leitungsaufgaben gehört eine proaktive (kritische) Anpassungsfähigkeit an wirtschaftliche und gesetzliche Veränderungen, z. B. der kommunalen Haushalte, der Förderprogramme, der Leistungsverträge oder des ALG I u. II. Neben dieser Anpassungsfähigkeit ist es erforderlich, politische Arbeit im Dialog mit Sozial-, Jugend- und Gesundheitspolitiker_innen, Leistungsträgern usw. zu leisten.

Dabei sind folgende Vorgehensweisen hilfreich:

- Solidarischer Zusammenschluss in Fachverbänden mit dem Ziel einer gemeinsamen Interessenvertretung; so ist es z. B. möglich, gemeinsame Gutachten in Auftrag zu geben, um tatsächliche Leistungskosten darzustellen - mit der Absicht, private und öffentlich-rechtliche Leistungsanbieter nicht zu dividieren
- Auswirkungen von Veränderungen für die Klientel verdeutlichen
- Prekäre Arbeitssituationen von Betroffenen und Fachkräften benennen
- Auswirkungen von Tarifveränderungen darstellen
- Folgen von Therapiezeitverkürzungen beschreiben
- Auswirkungen der nicht angemessenen Honorierung von ambulanter Nachsorge in der Suchtrehabilitation verdeutlichen
- Kriminalisierung von Drogenabhängigen kritisieren
- Die Konsequenzen beschreiben, wenn Soziale Arbeit in einen marktwirtschaftlichen Wettbewerb gestellt wird, und die Folgen benennen.

3.6 Verknüpfung von Forschung und Praxis

Um den Fortbestand einer Institution zu sichern, ist es notwendig, Weiterentwicklung kontinuierlich zu fördern.

Zu nennen sind hier insbesondere:

- Praxisorientiertes Erfahrungswissen beschreiben, weiterentwickeln, konzeptionell verankern, systematisch anwenden, evaluieren und publizieren
- Durch Studium aktueller Fachliteratur, Kongressteilnahmen usw. erlangtes Wissen systematisch in die Praxis vermitteln, Inhouseschulungen durch Referent_innen, die zeitgemäße Ansätze erforscht und publiziert haben, fördern, um die Mitarbeiter_innenkompetenz kontinuierlich weiterzuentwickeln
- Kooperation mit Hochschulen, Teilnahme an Multicenterstudien, Anwendung neuer Methoden im Rahmen eines Forschungsprojektes und Ergebniserfassung durch qualitative und quantitative Dokumentationssysteme ermöglichen, einen Transfer von Wissenschaft in Praxis und umgekehrt fördern.

Der Berufsgruppe der Sozialen Arbeit fällt es nicht leicht, Forschungshypothesen und

- projekte zu initiieren, Anträge für Forschungsprojekte beim Bundesministerium für Gesundheit oder auf EU-Ebene zu stellen und durchzuführen. Dieser Herausforderung müssen wir uns stellen, um die Wirkmechanismen unserer Arbeitsmethoden zu untermauern. Noch zu selten werden praxisnahe Forschungsfragen für Bachelor- und Masterthesen erarbeitet und Promotionen in der Sozialen Arbeit geschrieben.

Autor_innen: Hans-Jürgen Boder, Ulrike Dickenhorst, Bärbel Marziniak

4. Ausbildungsspezifische Kompetenzen von Fachkräften der Sozialen Arbeit

Kompetenzvermittlung durch das Studium

Mit der Einführung der Bachelor- und Masterstudiengänge ging auch eine grundlegende Änderung der Ausbildung von Fachkräften der Sozialen Arbeit einher: von einem fächerorientierten Studium hin zu einer modularisierten Kompetenzvermittlung. Der Bachelor Soziale Arbeit ist der erste berufsqualifizierende Hochschulabschluss und kann an Universitäten oder Fachhochschulen erworben werden. Das Bachelorstudium der Sozialen Arbeit ist generalistisch und grundlagenorientiert aufgebaut. (vgl. AGJ 2009, S. 5). Der aufbauende Masterabschluss kann in einem inhaltlich differenzierten Bereich folgen oder ebenfalls generalistisch orientiert sein. Ziel des Studiums der Sozialen Arbeit ist es, eine hinreichende wissenschaftliche Befähigung (akademische Anschlussfähigkeit) und eine Berufsfähigkeit (Employability) zu erreichen (vgl. BAG 2013, S. 15). Diese werden regelmäßig durch Akkreditierungsagenturen überprüft, wie bei allen anderen Studiengängen auch.

Da Soziale Arbeit ein Studium ist, das dazu befähigt, mit Menschen in verschiedenen Lebensphasen und verschiedensten, oft problematischen Lebenssituationen zu arbeiten, muss zusätzlich zum Studium eine staatliche Anerkennung erfolgen. Die staatliche Anerkennung kann postgradual oder studienintegriert erworben werden (vgl. BAG 2013, S. 15). Genauer wird von den einzelnen Ländern geregelt. Die gesellschaftlich relevante Aufgabe von Sozialer Arbeit ist, neben der Bildung und Erziehung, vor allem durch die Beschäftigung mit sozialen Problemlagen zu definieren. Genauer gesagt bedeutet dies, Menschen darin zu unterstützen, wieder aus eigener Kraft in der Gesellschaft ein Leben in Selbstverantwortung, Selbstbestimmung und Unabhängigkeit leben können (vgl. Seithe 2012). Dies heißt konkret, sie in ihrer persönlichen Entwicklung und/oder in der Realisierung gesellschaftlicher Teilhabe zu unterstützen, was auch eine Arbeit an der Änderung von Verhältnissen bedeuten kann. So kann Soziale Arbeit prinzipiell für sehr unterschiedliche Zielgruppen und auf unterschiedlichen Zielebenen (gesellschaftliche Mikro-,

Meso- oder auch Makroebene) zuständig sein. Grundlage eines gelingenden Hilfeprozesses ist jedoch immer ein Arbeitsbündnis zwischen Fachkraft der Sozialen Arbeit und Klient_in. Diese Zusammenhänge bilden die Begründung für die zunächst generalistische Ausrichtung der Ausbildung. Die im Studium erlernten Kompetenzen werden in der Praxis auf ein spezielles Handlungsfeld hin spezifiziert und durch Supervision und Fortbildungen vertieft. Dies bildet dann die Grundlage für die Fachkräfte der Sozialen Arbeit, in ihrem jeweiligen Arbeitsfeld zu Expert_innen für ihre jeweilige Zuständigkeit zu werden.

Die Praxis Sozialer Arbeit erfordert, erlerntes Wissen nicht nur abrufen und darlegen zu können, sondern dieses auch auf der Basis der Kompetenzen des Könnens und der Haltung (vgl. von Spiegel 2004) zum jeweiligen Einzelfall bzw. zur Situation in Relation zu setzen. Daher zeichnen sich Fachkräfte der Sozialen Arbeit insbesondere durch eine hohe Reflexionsfähigkeit aus, die den Anteil der eigenen Person an einer Beziehung oder Situation (Selbstreflexion) einschließt. Diese wird dann besonders wertvoll, wenn standardisierte Programme und Manuale nicht mehr oder noch nicht greifen. Insbesondere bei Klient_innen der Suchthilfe ist diese Situation häufig anzutreffen. Diese erhöhte Reflexionskompetenz wird im Studium durch (häufig extern) supervidierte Praxisphasen grundgelegt und bildet die Basis und den Ausgangspunkt der professionellen Kompetenz, welche sich arbeitsfeldspezifisch später immer weiter spezialisiert.

Folgende Inhalte des Studiums sind an den meisten Studienorten zu finden:

Methodisches Handeln in spezifischen Handlungsfeldern und Settings

- Grundlage des methodischen Handelns mit Gruppen oder Einzelnen
- Gestaltung von Gruppenprozessen
- Fallverstehen – Diagnostik
- Handlungsfeldspezifisches Wissen und Können
- Zielgruppenspezifisches Wissen und Können
- Balance zwischen Hilfe und Kontrolle

Kommunikative Fertigkeiten

- Reflexionen ausdrücken können
- Gestaltung von formellen und informellen Settings von Kommunikation
- Theoretische Aspekte von Kommunikation

Vermittlung von berufsbezogener reflexiver Kompetenz

- Die Fähigkeit, Selbst- und Fremdwahrnehmung zu entwickeln und unterscheiden zu können
- Wertschätzende und akzeptierende Haltung gegenüber Klient_innen
- Professioneller Umgang mit beziehungsrelevanten Themen in professionellen Settings (Nähe und Distanz)

Forschung und Wissenschaft

- Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens
- Einführung in quantitative und qualitative Forschungsmethodiken
- Projekte zu forschendem Lernen

Theorien Sozialer Arbeit: Auseinandersetzung mit aktuellen Theoriediskursen, z. B.

- Systemtheoretischer Ansatz
- Lebensweltlicher Ansatz
- Reflexiver Ansatz
- Bildungstheoretischer Ansatz

Kompetenzen im Zusammenhang mit gesetzlichen Normierungen

- Rechtliche Grundlagen der wichtigsten Handlungsfelder von Sozialer Arbeit (z. B. versch. Sozialgesetzbücher; BGB, PsychKG usw.)
- Grundlagen zum Umgang mit diesen Normen in häufigen Anwendungsfällen der Handlungsfelder

Weiteres Grundlagenwissen aus den Bezugswissenschaften

- Psychologie
- Ethik/Philosophie/Theologie
- Soziologie
- Erziehungswissenschaften
- Sozialmedizin
- Politik/Sozialpolitik

Praxisphasen

- Anleitung durch qualifizierte Praxisanleiter_innen
- Supervision.

Diese Auflistung stellt sich an den Hochschulen mit unterschiedlichen Schwerpunkten dar, was in der Lehrfreiheit der Hochschulen begründet liegt. Dennoch ist grundsätzlich festzustellen, dass die Studierenden im BA-Studiengang Fachkompetenzen erlernen, die es ihnen ermöglichen, in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit tätig zu werden. Die Inhalte des Studiums sollen Studierenden Wissen vermitteln und Handlungsmöglichkeiten eröffnen, um dadurch eine entsprechende Haltung zum Beruf Soziale Arbeit zu entwickeln.

Autorinnen: Rita Hansjürgens und Christiana Kahre



5. Perspektiven für die Aus- und Fortbildung von Fachkräften der Sozialen Arbeit für Tätigkeiten in der Suchthilfe

Anhand der vorherigen Kapitel werden nun perspektivisch auf der Basis sozialarbeitstheoretischer Überlegungen mögliche Zuständigkeiten für Fachkräfte der Sozialen Arbeit sowie die dafür benötigten Kompetenzen (in den Bereichen Wissen,

Können, Haltung) entwickelt und beschrieben. Dies bietet eine Orientierung, z. B. für die Entwicklung von spezifischen Fort- und Weiterbildungen sowie Masterstudiengängen.

5.1 Zuständigkeit der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe

Die Antwort auf die Frage, für welche Bereiche Soziale Arbeit in der Suchthilfe eigentlich zuständig ist oder wo sich aufgrund ihrer Qualifikation eine Zuständigkeit anbietet, ist entscheidend für die Ausrichtung einer kompetenzorientierten Weiterqualifizierung sowie für eine Schärfung des Profils in einem multiprofessionellen Feld. Hinzu kommt, wie die Selbstbeschreibungen der Fachkräfte aus den vorherigen Kapiteln zeigen, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit in allen Feldern der Suchthilfe ihre Kompetenzen einbringen. Daher soll nachfolgend versucht werden, aus sozialarbeitstheoretischer Perspektive eine allgemeine Zuständigkeit für Fachkräfte der Sozialen Arbeit im Feld der Suchthilfe zu formulieren.

Auf der Basis eines von ihnen durchgeführten, mehrjährigen Forschungsprojektes bieten Sommerfeld et al. (2011) an, die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit vornehmlich in der Unterstützung einer gelingenden (Re-)Integration von Klient_innen in verschiedene soziale Handlungssysteme (Familie, privates Sozialsystem, Schule, Arbeitswelt, Hilfesysteme, Schattenwelten) zu verorten. Diese Überlegungen werden damit begründet, dass Klient_innen der Sozialen Arbeit aufgrund ihres Anders-seins (in diesem Fall ihrer Suchterkrankung mit all ihren biopsychosozialen Implikationen) Schwierigkeiten dabei haben, sich in ihrer sozialen Lebenswelt zurechtzufinden, und deshalb vom Ausschluss aus diesen Handlungssystemen bedroht sind. Integration in dieser Perspektive bezieht die biopsychischen Aspekte eines suchtkranken Menschen, die in dynamischer Wechselwirkung stehen mit seiner sozialen Integration, dabei systematisch mit ein, weil sonst eine Realisierung von gesellschaftlicher Teilhabe nicht gelingt. Daher kann dieser sozialarbeitstheoretische Ansatz auch als Unterstützung zur Realisierung von gesellschaftlicher Teilhabe beschrieben werden und entspräche damit jenem teilhabeorientierten Ansatz, den die DHS, in ihrer Analyse der Versorgungssituation von Suchthilfe in Deutschland, als Grundvoraussetzung für Zukunftsorientierung für die Ausrichtung der Arbeit mit Suchtkranken fordert (DHS 2014). Darüber hinaus erweitert die Integration als prinzipielles Ziel sozialarbeiterischen Handelns den Fokus auf alle zuvor im Tätigkeitsprofil beschriebenen Bereiche insofern, als alle möglichen Zielhierarchien von Suchthilfe (Schwoon 1992) und bereits existierenden Hilfeansätze darunter

gefasst werden können. Fachkräfte der Sozialen Arbeit sind deswegen besonders geeignet für diese Art der Hilfe, weil sie im Rahmen ihrer Hochschulausbildung (s. Kap. 4) dafür qualifiziert werden, insbesondere die Wechselwirkungen zwischen Person und Handlungssystem zu analysieren und zu reflektieren, um dann personenzentriert und kontextbezogen individuell wirksame, (manchmal unkonventionelle) ressourcenorientierte Lösungswege mit ihren Klient_innen bzw. deren Handlungssystemen zu entwickeln.

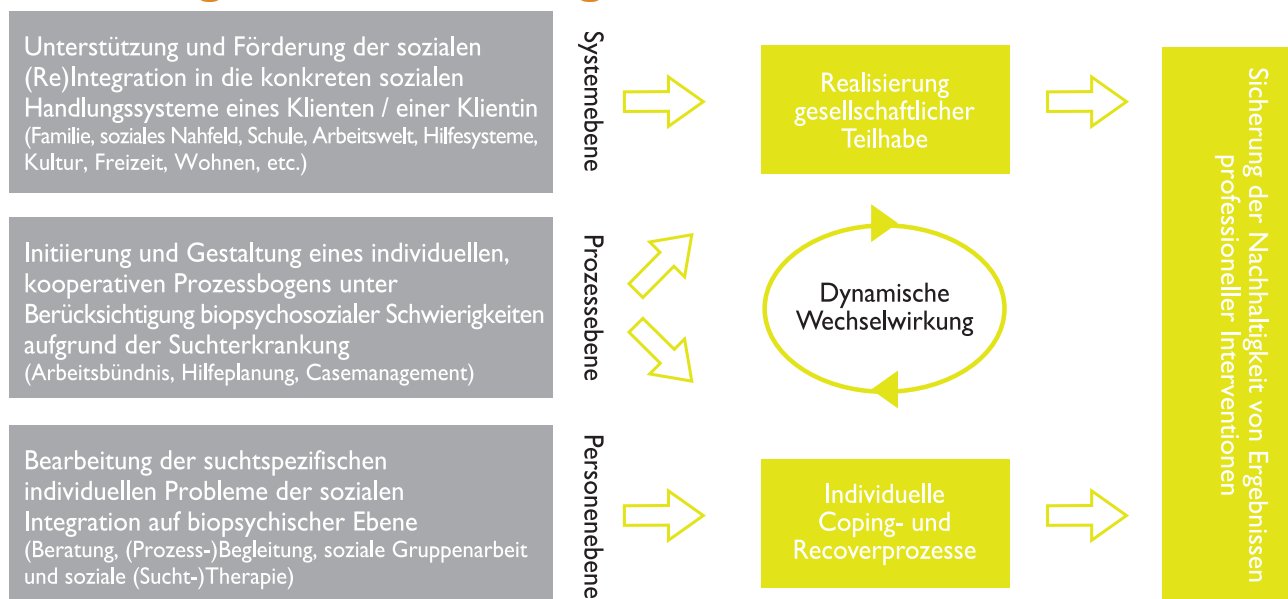
Forschungsergebnisse der Gruppe um Sommerfeld (2011) zeigen, dass Klient_innen in einem festen, geschützten Rahmen, z. B. einer stationären Entwöhnungstherapie oder einer Akutbehandlung „funktionieren“ bzw. dass ihre suchtrelevanten Symptome durch Medikation und/oder psychotherapeutische Behandlung beherrschbar werden. In der Situation „draußen“, im ambulanten Setting oder ihren „alten“ Lebenswelten, scheitern sie jedoch, oder sie drohen zu scheitern⁽²⁾, wenn es nicht gelingt, nachhaltig aus dem "beschützenden" Umfeld des therapeutischen Settings heraus in die tatsächlichen, individuellen Integrationsbedingungen einer Person (auch über den Rahmen einer Kostenzusage hinaus) zu intervenieren (Arbeitsstelle, Integration in weiterführende Hilfen, Freundeskreis, Freizeitgestaltung etc.). Damit wird ein nachhaltiger (Sucht-)Therapieerfolg gefährdet und eine Gesundung im Sinne eines Coping oder Recovery⁽³⁾ schwierig. Dies zeigt sich z. B. bei dem Phänomen der sog. „Drehtürpatient_innen“ oder führt für manche Klient_innen zu einer dauerhaften Ausschließung aus Handlungssystemen.

Für viele Suchtklient_innen bedeutet es bereits eine Schwierigkeit, sich adäquat, ihren Bedürfnissen und realen Lebenssituationen entsprechend, in das System der psychosozialen Hilfen überhaupt zu integrieren (welche Hilfe ist zu welchem Zeitpunkt die richtige?). Diese Arbeit der Beratung und Unterstützung beim Klären der für die Suchterkrankung typischen Ambivalenz des Hilfesuchens leisten z. B. ambulante Suchtberatungsstellen.

Ausgehend von diesen Überlegungen wird vorgeschlagen, im Anschluss an Sommerfeld et al. (2011), die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe in einer Mehrebenenperspektive (System, Prozess, Person) primär zu verorten als

- Unterstützung und Förderung der sozialen (Re-)Integration in die konkreten sozialen Handlungssysteme einer Klientin/eines Klienten (Familie, soziales Nahfeld, Schule, Arbeitswelt, Hilfesysteme, Kultur, Freizeit, Wohnen etc.)
- Initiierung und Gestaltung eines individuellen Prozessbogens unter besonderer Berücksichtigung biopsychosozialer Schwierigkeiten aufgrund der Suchterkrankung (Arbeitsbündnis, Hilfeplanung, Casemanagement)
- Bearbeitung der suchtspezifischen individuellen Probleme der sozialen Integration auf biopsychischer Ebene (Beratung, (Prozess-)Begleitung, soziale Gruppenarbeit und soziale (Sucht-)Therapie)

Zuständigkeit und Wirkung Sozialer Arbeit



R. Hansjürgens, M. A., Dipl. Soz.-Arb., KatHO NRW

⁽²⁾ 62,8 % der Klient_innen mit Hauptdiagnose in Suchtberatungs- und Behandlungsstellen sind Wiederaufnahmen.

⁽³⁾ Der Begriff Recovery steht für langsames Gesunden vor dem Hintergrund einer chronischen Erkrankung, welches das Genesungspotenzial der Klient_innen hervorhebt. Zentrale Wirkfaktoren sind Hoffnung, ein festes Fundament (Sicherheit), unterstützende Beziehungen, Empowerment und Partizipation, Bewältigung von persönlichen Herausforderungen und Verlust, Entwicklung eines Bedeutungszusammenhangs (Sinn) (vgl. Onken 2007).

Dieser Vorschlag beruht auf der Prämisse, dass Soziale Arbeit primär zuständig ist für die sozialen Aspekte und deren Wechselwirkungen mit den biopsychischen Aspekten eines Menschen, in diesem Fall der Klient_innen der Suchthilfe mit ihren spezifischen Problemlagen. Damit verknüpft ist eine kontinuierliche, auch inhaltliche Koordination der auf die unterschiedlichen relevanten Handlungssysteme bezogenen Hilfeleistungen und ihre Synchronisation mit auf die individuelle psychische Dynamik bezogenen Hilfen. Dies wird in verschiedenen methodischen Ansätzen, z. B. mit Netzwerkarbeit und Case Management, beschrieben. Es ist in Abgrenzung zu sehen zu einem formal additiven Hinter- oder Nebeneinander mehrerer Hilfeleistungen in oft unterschiedlichen Leistungsträgerstrukturen, die wenig bis keine systematische Verknüpfung zueinander haben (z. B. Leistungen der Rehabilitation, Leistungen in unterschiedlichen Beratungssystemen wie Schuldnerberatung, Erziehungsberatung, Bewährungshilfe etc.). Diese notwendige, auch inhaltliche Koordination der Hilfen könnte der Beitrag der Sozialen Arbeit zur Umsetzung des Gedankens eines integrierten Gesamtversorgungsansatzes sein, wie ihn die DHS zukünftig als der Sache angemessen vorschlägt (DHS 2014, S. 14). Ob dies jedoch in den bereits existierenden Strukturen geleistet werden kann oder ob dafür neue oder andere Strukturen entstehen müssen, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Deutlich aber ist: Wie die Zuständigkeiten in allen zuvor beschriebenen Arbeitsfeldern mit ihren jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten in Handlung umgesetzt werden können, hängt vom Auftrag und der Struktur der jeweiligen Organisation ab sowie von der Verortung und dem Stellenwert, der Sozialer Arbeit dort beigemessen wird.

Zusammenfassend lässt sich in der oben entfalteten sozialarbeitstheoretischen Perspektive formulieren: Konkretes, übergeordnetes Ziel Sozialer Arbeit in der Suchthilfe ist es, durch die eigenständig verantworteten und in Handlung umgesetzten Zuständigkeiten den Coping- und Recovery-Prozess von Klient_innen durch die Realisierung gesellschaftlicher Teilhabe zu unterstützen. Dies kann auf der Strukturebene letztlich dazu führen, dass Ergebnisse medizinischer und psychotherapeutischer Suchtbehandlung nachhaltig gesichert und diese Instrumente damit ressourcenschonender eingesetzt werden können.

5.2 Empfehlungen für die in der Suchthilfe benötigten sozialarbeiterischen Kompetenzen

Aufgrund der Definition der Zuständigkeit der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe werden neben den Grundkompetenzen der Sozialen Arbeit, die im Studium erworben werden, vertiefende Kompetenzen benötigt. Diese Kompetenzen variieren abhängig vom jeweiligen Arbeitsfeld. Für einen Gesamtüberblick jedoch sollen sie nachfolgend als Bündelung benannt werden und können die Grundlage für Fort- und Weiterbildungen sowie Masterstudiengänge sein, die explizit die sozialarbeiterische Perspektive in der Suchthilfe fokussieren wollen. Dabei ist je nach Ziel und Zuschnitt der Entwicklungsmaßnahme eine spezifische Auswahl aus den unten stehenden Empfehlungen zu treffen und ggf. weiter zu ergänzen. Die genannten Quellenbeispiele sind als Orientierung zu sehen und müssen dem jeweils aktuellen State of the Art angepasst werden.

5.2.1 Wissenskompetenzen

Wissen über das Phänomen Sucht

Insbesondere zu nennen sind verschiedene Konzepte zur Krankheitsentstehung und Krankheitsbewältigung sowie zur Suchtentstehung und Suchtbewältigung:

- Modelle der Suchtentstehung, z. B. Trias-Modell (Mensch, Milieu, Mittel) und seine Erweiterungen (Kielholz/Ladewig 1972, Tretter 1998)
- Sozialwissenschaftliche Erkenntnisse zur Suchtentstehung und Suchtentwicklung (z. B. Schmidt-Semisch/Dollinger 2007)
- Aktuelle Kenntnisse über Wirkungsweisen von Suchtmitteln und süchtige Verhaltensweisen, z. B. Informationen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (<http://www.dhs.de/datenfakten.html>)
- Transtheoretisches Modell (Prochaska/di Clemente in z. B. Miller/Rollnick 2004).

Ebenfalls notwendig sind vertiefende Kenntnisse der medizinischen Klassifizierungsinstrumente als Konvention für die interprofessionelle Verständigung über das Phänomen Sucht, auch solcher, die am biopsychosozialen Krankheitsbild orientiert sind und neben den Beeinträchtigungen explizit auf Ressourcen eingehen.

Zu nennen sind:

- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems in der jeweils aktuellen Auflage (z. Zt. ICD-10)
- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

Wissen über biopsychosoziale Dimensionen des Menschen

Die Auswirkungen einer Suchterkrankung betreffen den ganzen Menschen in seinen biopsychischen Dimensionen. Aus diesem Grund brauchen Fachkräfte der Sozialen Arbeit grundlegende Kenntnisse in diesen Dimensionen und ihren Erscheinungsformen, Konzepten und Zusammenhängen, je nach Einsatzgebiet über die im Studium vermittelten Kenntnisse hinaus.

- Biologische Zusammenhänge
 - Psychologische Konzepte und Zusammenhänge
 - Soziale Konzepte und Zusammenhänge
- sowie
- Biopsychisches Krankheitsmodell
 - Konzept der Salutogenese
 - Schutzfaktorenmodell (zusammenfassend: Bengel et al 2001, Franke 2010, Hurrelmann/Franzkowiak 2010)
 - Recovery (Amering/Schmolke 2012).

Wissen zu psychischen und somatischen Erkrankungen

Eine Suchterkrankung geht häufig einher mit einer psychischen oder psychiatrischen Erkrankung. In vielen Fällen bedingen und verstärken sich diese Erkrankungen gegenseitig. Dieser Umstand erfordert neben umfangreichen Kenntnissen des Phänomens Sucht auch Kenntnisse im Bereich der psychischen und/oder psychiatrischen Erkrankungen.

Zu nennen sind hier insbesondere

- Angststörungen
- Depressive Erkrankungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen und Psychosen
- Aber auch somatische Erkrankungen, z. B. chronische Schmerzen.

Diese im Studium der Sozialen Arbeit grundgelegten, aber in Fort- und Weiterbildung zu vertiefenden Kenntnisse werden benötigt, um

- zum einen der Weiterverweisungsfunktion Sozialer Arbeit in das System der professionellen Hilfen, z. B. in das spezialisierte Hilfesystem der psychiatrischen Versorgung, gerecht werden zu können und
- zum anderen um Klient_innen mit akutem Suchtmittelkonsum unter den Bedingungen einer vorhandenen (latenten) Komorbidität (z. B. Angststörung, Depression) ambulant soweit zu stabilisieren, dass sie suchtherapeutische Hilfen in Anspruch nehmen (können).

Rechtliches und sozialpolitisches Wissen

Fachkräfte der Sozialen Arbeit müssen auf ein umfangreiches Wissen in Bezug auf rechtliche und sozialpolitische Rahmenbedingungen zurückgreifen. Zusammenfassend ist es für Fachkräfte der Sozialen Arbeit sinnvoll, Kenntnisse zu folgenden, rechtlich normierten Rahmenbedingungen zu haben, deren Grundlagen bereits im Studium gelehrt und je nach Arbeitsfeld spezifisch erweitert werden müssen:

- Sozialgesetzbücher (SGB) II, V, VI, VIII, IX, XII und ihre Umsetzung in den jeweiligen Versorgungssystemen
- Betäubungsmittelgesetz (BtMG)
- Gesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)
- Jugendschutzgesetz (JuSchuG)

aber auch

- UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)
- Patientenrechtegesetz (PRG)
- Vereinbarungen des Gesamtverbandes der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung, welche die Ausführungsbestimmungen zur Rehabilitation bzw. die Sicherstellung des Rehabilitationserfolges näher beschreiben, z. B. in den Anlagen zu § 13 SGB VI, oder das gemeinsame Rahmenkonzept zur Nachsorge nach erfolgter medizinischer Rehabilitation Sucht (Deutsche Rentenversicherung 2013).

Wissen über Praxisforschung

Um die Beschreibung der Bedürfnisse der Klient_innen sowie der Weiterentwicklungen in den jeweiligen Arbeitsfeldern mit den Qualitätsstandards des wissenschaftlichen Arbeitens beschreiben, die Güte von zur Verfügung stehenden Studien prinzipiell beurteilen aber auch ggf. Anforderungen an benötigte Studien formulieren zu können, brauchen Fachkräfte der Sozialen Arbeit vertiefende Kenntnisse über

- Forschungsparadigmen
- Forschungsdesigns
- Auswertungsverfahren

5.2.2 Methodische Kompetenzen

Um das oben beschriebene Wissen in Handlung umsetzen zu können, sind vertiefende methodische Fähigkeiten vonnöten, die nachfolgend benannt werden sollen.

- Analysekompetenzen
- (Selbst-)Reflexionskompetenzen
- Beziehungskompetenzen
- Interventionskompetenzen
- Forschungskompetenzen.

Diese Kompetenzen werden mit graduellen Unterschieden prinzipiell auf allen Ebenen der Zuständigkeit (Person-, Prozess- und Systemebene) benötigt.

Analysekompetenzen

- z. B. multiperspektivisches Fallverstehen nach Müller (2012)
- z. B. Soziale Diagnostik (Pantucek 2012)
- z. B. Biopsychische Diagnoseverfahren (Empfehlung des Vorstandes der Caritas Suchthilfe CaSu 2013)
- Netzwerkanalyse

(Selbst-)Reflexionskompetenzen

- z. B. durch Fallteams, Intervention, Supervision, Forschungswerkstätten.

Beziehungskompetenzen

- Wahrnehmen und Kommunikation von Gefühlen
- Kontrolle von Übertragung und Gegenübertragung
- Steuerung eines Beziehungsprozesses durch Kommunikation.

Interventionskompetenzen

- Allgemeine Beratungskompetenzen
- Spezielle Beratungskompetenzen, z. B. Motivational Interviewing (Miller/Rollnick 2004) und Case Management (Vogt 2004, Schmid/Schu/Vogt 2012)
- Didaktik
- Projektmanagement
- Moderation
- Konfliktmanagement
- Netzwerkentwicklung.

Forschungskompetenzen (Person-, Prozess- und Systemebene)

- Erhebungsverfahren
- Auswertungsverfahren
- Schriftliche Ausdrucksfähigkeit.

5.2.3 Haltungskompetenzen

Eine Haltung, die idealtypisch für die Soziale Arbeit sein sollte, wird von Becker-Lenz/Müller (2009, S. 210) beschrieben. Diese besteht, neben den Fähigkeiten eines theoriegeleiteten Fallverstehens (s. Analysekompetenzen) und der Gestaltung eines Arbeitsbündnisses (s. Beziehungskompetenzen), auch aus spezifischen Haltungskompetenzen (Berufsethos), die nachfolgend näher ausgeführt werden. Bei diesem Berufsethos handelt es sich um Bestimmungen, die von anderen gesellschaftlichen Institutionen (allgemeine Werte und Normen, Gesetze aber auch Berufscodices) nicht abgedeckt werden, aber für diese spezielle Berufspraxis notwendig und nicht selbstverständlich sind (ebd., S. 211). Als zentrale Werte verweisen die Autoren dabei auf die Autonomie der Lebenspraxis der Klientel und auf die Möglichkeit und Fähigkeit, körperliche, geistige und seelische Unversehrtheit herstellen und halten zu können (vgl. ebd., S. 212). Diese biopsychosoziale Unversehrtheit bezeichnen sie als Integrität.

Eine angemessene Grundhaltung, die diese Zentralwerte berücksichtigt, umfasst daher die Unterstützung von Menschen in ihrer jeweiligen Lebenspraxis bzw. die Förderung von Bildungsprozessen, mit dem Ziel, Autonomie und Integrität (wieder-)herzustellen, wobei der Mensch mit seinen Interessen im Mittelpunkt steht.

Zusammengefasst kann dies verkürzt mit dem Schlagwort „Hilfe zur Selbsthilfe“ beschrieben werden und ist vor dem Hintergrund der Zuständigkeiten von Sozialer Arbeit in der Suchthilfe deswegen von besonderer Bedeutung, weil diese Haltung dazu führt, dass Klient_innen der Suchthilfe im doppelten Sinne so weit wie möglich wieder unabhängig werden: unabhängig vom Suchtmittel (Suchttherapie) und unabhängig von psychosozialen Hilfen. Somit können sie wieder allein Verantwortung für sich und ihr Leben übernehmen.

Bei der unterstützenden Tätigkeit im Interesse der Klient_innen ist die Fachkraft der Sozialen Arbeit immer auch den Interessen der Gemeinschaft verpflichtet.

Wissenschaftliche Erkenntnisse werden bei der Unterstützungstätigkeit stets berücksichtigt.

Die Soziale Arbeit ist an eine bestehende Rechtsordnung gebunden. In Fällen, wo diese den oben beschriebenen Grundsätzen zuwiderläuft, ist seitens der Berufsorganisationen auf eine Änderung der Gesetze hinzuwirken (ebd., S. 212 f.). Die Klarheit dieser Orientierung ist insbesondere z. B. in der Frage der Legalisierung oder Illegalisierung von Suchtmitteln für eine Orientierung im täglichen Handeln mit Klient_innen von Bedeutung.

Erste Orientierungen an dieser Haltung erfolgen selbstverständlich im Studium der Sozialen Arbeit. Dennoch muss sie sich unter den Bedingungen der Praxis bewähren und im Kontakt insbesondere mit Klient_innen als Kristallisationspunkt von Handlungsentscheidungen immer wieder reflektiert und weiterentwickelt werden. Ideale Orte sind hierfür, wie schon bei den methodischen Kompetenzen beschrieben, Fallteams, Intervention, Supervision und Forschungswerkstätten.

Autorin: Rita Hansjürgens



6. Literatur

2.1 Suchtprävention

- Bühler, Anneke; Thrul, Johannes (2013): Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der "Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs". In: BZgA (Hrsg.): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 46. Köln.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2014): Suchtprävention in Deutschland. Stark für die Zukunft. Hamm. <http://www.dhs.de/dhs-stellungnahmen.html> (letzter Zugriff 13.11.2015).
- Landeskoordinierungsstelle der Suchtprophylaxe NRW – GINKO (Hrsg.) (2003): Rahmenkonzeption der Fachstellen für Suchtvorbeugung. 2. überarbeitete Fassung. Mülheim a. d. Ruhr.
- Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS) (Hrsg.) (2003): Rahmenkonzeption der Fachstellen für Suchtvorbeugung der hessischen Fachstellen für Suchtprävention. Frankfurt.
- Hallmann, Hans-Jürgen; Holterhoff-Schulte, Ingeborg; Merfert-Diete, Christa (2007): Qualitätsanforderungen in der Suchtprävention. Hamm, Hannover; Mülheim. <http://www.dhs.de/arbeitsfelder/praevention.html> (letzter Zugriff 13.11.2015).

2.2 Frühintervention

- LWL-Koordinationsstelle Sucht: FreD-Handbuch. Frühintervention in verschiedenen Settings. Münster, 2011
- Schroers, Artur (2007): „Früh erkennen – rechtzeitig intervenieren“. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 30. Nr. 1.

2.4 Ambulante Suchtberatung

- Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu) (2013): Positionspapier der Caritas Suchthilfe e.V. Niedrigschwellige Hilfen für Menschen mit suchtbezogenen Problemlagen. Freiburg/Köln.
- DHS (1999): Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe. Hamm.

2.7 Ambulante Rehabilitation und Nachsorge

- Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23. September 2011. <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> (letzter Zugriff 13.11.2015).
- Auswahlkriterien zur Prüfung von Weiterbildungen für Gruppen- und Einzeltherapeuten im Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker gemäß den Anlagen 1 und 2 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 in der Fassung vom 23. September 2011. <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> (letzter Zugriff 13.11.2015).
- Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008. <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> (letzter Zugriff 13.11.2015).
- Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012. <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> (letzter Zugriff 13.11.2015).
- umfassende Darstellung aller, auch rechtlichen, Aspekte in: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Schriftenreihenheft 12, 2006. <http://www.bar-frankfurt.de> (letzter Zugriff 13.11.2015).
- umfassende Darstellung aller, auch rechtlichen, Aspekte in: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2012): Schriftenreihe Rehabilitation. Vereinbarungen im Suchtbereich. Berlin. <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> (letzter Zugriff 13.11.2015).

2.8 Stationäre Rehabilitation

- Weltgesundheitsorganisation (WHO): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICH-10-GM 2004/2008.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF 2005.
- Rumpf, H.-J.; Kiefer, F. (2011): DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte. In: Sucht 57 (1), S. 45-48.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): ICD-10: Die Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM). 2014.

4. Ausbildungsspezifische Fachkompetenzen der Sozialen Arbeit

- AGJ (2009): Soziale Arbeit in Bachelor-/Master-Studiengängen: Kompetenzen von Fachkräften – Erwartungen von Anstellungsträgern. Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe. <http://www.agj.de> (letzter Zugriff am 13.11.2015).
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Praxisreferate an (Fach-)Hochschulen für Soziale Arbeit in der Bundesrepublik Deutschland (BAG) (Hrsg.) (2013): Qualifizierung in Studium und Praxis. Empfehlungen zur Praxisanleitung in der Sozialen Arbeit. <http://www.bagprax.de/publikationen> (letzter Zugriff am 13.11.2015).
- DBSH (2009): Grundlagen für die Arbeit des DBSH e.V. <http://www.dbsch.de> (letzter Zugriff am 13.11.2015).
- Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit (QR SArb). Version 5.1. Verabschiedet vom Fachbereichstag Soziale Arbeit in Berlin am 31. Mai 2006. <http://www.fbts.de> (letzter Zugriff am 13.11.2015)
- Seithe, Mechthild (2012): Was ist „Gute Soziale Arbeit“? Referat anlässlich der nationalen AvenirSocial-Tagung. <http://www.avenirsocial.ch> (letzter Zugriff am 13.11.2015).
- von Spiegel, Hiltrud (2011): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis. Stuttgart: UTB.

5. Perspektiven für die Aus- und Fortbildung von Fachkräften der Sozialen Arbeit für die Tätigkeit in der Suchthilfe

- Merchel, J. (2013): Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit – Eine Einführung. 4., aktualisierte Auflage. Weinheim: Juventa.
- Amering, Michaela; Schmolke, Margit (2012): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 5. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl.
- Becker-Lenz, Roland; Müller, Silke (2009): Die Bedeutung von wissenschaftlichem Wissen und die Bedeutung eines professionellen Habitus für die Berufspraxis der sozialen Arbeit. In: Roland Becker-Lenz (Hrsg.): Professionalität in der sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss., S. 195 ff.
- Bengel, J.; Strittmaier, R.; Willmann, H. (2001): Was erhält Menschen gesund?: Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: BZgA.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2014): Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland. <http://www.dhs.de> (letzter Zugriff am 13.11.2015).
- Deutsche Rentenversicherung (2013): Vereinbarungen im Suchtbereich. <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> (letzter Zugriff am 13.11.2015).
- Franke, Alexa (2010): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.
- Hansjürgens, Rita (2014): Soziale Arbeit in der ambulanten Suchthilfe: e. Arbeitsfeldanalyse. in: Konturen-online. Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen. konturen.de (letzter Zugriff am 13.11.2015)
- Hochuli-Freund, Ursula; Stotz, Walter (2011): Kooperative Prozessgestaltung in der sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hurrelmann, K.; Franzkowiak, P. (2010): Gesundheit. <http://www.leitbegriffe.bzga.de/> (letzter Zugriff am 13.11.2015).
- Kielholz, Paul; Ladewig, Dieter (1972): Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen. München: Lehmann.
- Legnaro, Aldo (1991): Rausch und Sucht als Kulturphänomene. In MAGS: Prävention zwischen Genuss und Sucht. Düsseldorf. S. 21-27.
- Miller, William R.; Rollnick, Stephen (2004): Motivierende Gesprächsführung. 2. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Müller, Burkhard (2012): Sozialpädagogisches Können, 7. Aufl., Freiburg: Lambertus
- Onken, Steven et al (2007): An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of literature in: Psychiatric Rehabilitation Journal (31)1: S. 9 - 22
- Pantucek, Peter (2012): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 3. Aufl. Wien, Köln, Weimar: Böhlau.
- Scheerer, Sebastian (1995): Sucht. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schmid, Martin; Schu, Martina; Vogt, Irmgard (2012): Motivational Case Management. Ein Manual für die Drogen- und Suchthilfe. Heidelberg: medhochzwei (Case Management in der Praxis).
- Schmidt-Semisch, Henning; Dollinger, Bernd (2007): Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwiss.
- Schwoon, Dirk (1992): Psychose und Sucht. Freiburg: Lambertus.
- Sommerfeld, Peter; Hollenstein, Lea; Calzaferri, Raphael (2011): Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.
- Spode, Hasso (2012): Die Anfänge der Suchthilfe im 19. Jahrhundert. Vom Kreuzzug zur Behandlungskette. In: Suchttherapie 13, S. 155-161.
- Tretter, Felix (1998): Ökologie der Sucht. Göttingen: Hogrefe.
- Vogt, Irmgard (2004): Beratung von süchtigen Frauen und Männern. Grundlagen und Praxis. Weinheim: Beltz.

7. Autor_innen- verzeichnis

Barth, Wolfgang
Diplom-Pädagoge
Leiter der Einrichtung
Drogennotdienst-JJ Frankfurt
wolfgang.barth@jj-ev.de

Beine, Norbert
Diplom-Sozialpädagoge
Leiter der PSBB
Caritasverband Bielefeld e.V.
beine@caritas-bielefeld.de

Boder, Hans-Jürgen
Diplom-Sozialpädagoge/Sozialarbeiter
Einrichtungsleiter Fachklinik Nettetal
h-jboder@caritas-os.de

Dickenhorst, Ulrike
Diplom-Sozialpädagogin,
Sucht-/Sozialtherapeutin
Kinder- und Jugendpsychotherapeutin
KVT, Lehrsupervisorin DGsv
Therapeutische Leiterin der
Bernhard-Salzman-Klinik
ulrike.dickenhorst@lwl.org

Engler, Gerd
Diplom-Sozialarbeiter
Leiter der Beratungsstellen
für Suchtfragen
Caritasverband Kleve e.V.
g.engler@caritas-kleve.de

Hansjürgens, Rita
M. A., Dipl.-Sozialarbeiterin
Lehrkraft für besondere Aufgaben
Katholische Hochschule NRW,
Abteilung Paderborn
r.hansjuergens@katho-nrw.de

Hecht, Andreas
Dipl.-Sozialpädagoge
Leiter Suchthilfe am Hbf
SKM Köln
andreas.hecht@skm-koeln.de

Kahre, Christiana
Dipl.-Sozialarbeiterin
Lehrkraft für Soziale Arbeit,
system. Familientherapeutin,
Supervisorin (DGsf)
Institut für Soziale Arbeit,
Bildungs- und Sportwissenschaften
(ISBS) der Universität Vechta
christiana.kahre@uni-vechta.de

Lutz, Alexandra
Dipl.-Sozialpädagogin
Ambulant Betreutes Wohnen
Suchtkrankenhilfe im Caritasverband
Paderborn e.V.
alexandra.lutz@caritas-pb.de

Marrziniak, Bärbel
Dipl.-Sozialarbeiterin
Geschäftsführerin
Suchthilfe direkt Essen
marrziniak@suchthilfe-direkt.de

Merle, Ulrich
Dipl.-Sozialpädagoge
Fachbereichsleiter
Methadonambulanz Bochum
Krisenhilfe e.V. Bochum
u.merle@krisenhilfe-bochum.de

Mertin, Ulrike
Dipl.-Sozialpädagogin
Abt. Suchtmedizin
LWL-Klinikum Gütersloh
ulrike.mertin@lwl.org

Ruppel, Miriam
Dipl.-Sozialarbeiterin/-pädagogin
Ambulant Betreutes Wohnen
Suchtkrankenhilfe im
Caritasverband Paderborn
miriam.ruppel@caritas-pb.de

Schmidt-Rosengarten, Wolfgang
Dipl.-Sozialpädagoge,
Dipl.-Pädagoge
Geschäftsführer Hessische Landes-
stelle für Suchtfragen e.V. (HLS)
wsr@hls-online.org

Schnellhammer, Monika
Dipl.-Sozialpädagogin,
Sozialtherapeutin MSc
Leiterin der Fachambulanz für
Suchtprävention und Rehabilitation
Caritasverband für die Stadt
und den Landkreis Osnabrück
moschnellhammer@caritas-os.de

Speich, Mathias
Dipl.-Sozialpädagoge,
Master of Public Health (MPH)
LWL-Koordinationsstelle Sucht
mathias.speich@lwl.org

Steingass, René
Sozialarbeiter/-pädagogin
Sozialdienst einer geschützt
geführten Suchtakutstation
LVR-Klinikum Köln
rene.steingass@lvr.de

Wind, Jost
Dipl.-Sozialarbeiter
Ambulant Betreutes Wohnen
Trockendock Bielefeld e.V.
jost.wind@trockendock-bielefeld.de

Wirth, Nadja
Dipl.-Sozialpädagogin,
Sozial-/Suchttherapeutin (LWL)
Master of Public Health
LWL-Landesjugendamt
nadja.wirth@lwl.org

Woitkowski, Helmut
Dipl.-Sozialarbeiter, Dipl.-Theologe,
Supervisor DGsv
Abt. Suchtmedizin
LWL-Klinikum Lippstadt
helmut.woitkowski@lwl.org

8. Abkürzungsverzeichnis

AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
buss	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CMA	chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitserkrankte (ein Krankheitsbild unter Suchterkrankten)
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DG-Sucht	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
Dot.sys	EDV-Dokumentationssystem
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EBIS	Einrichtungsbezogenes Informationssystem
ETM	evidenzbasierte Therapiemodule
FreD	Frühintervention bei erstaußälligen Drogenkonsumenten, ein Frühinterventions- Programm
GG	Grundgesetz
HaLT	Hart am Limit, ein Programm der Frühintervention
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICDIH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
JuSchuG	Jugendschutzgesetz
KDS	Deutscher Kerndatensatz
KVP	kontinuierlicher Verbesserungsprozess
ÖGDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
PIE	Person in Environment, ein Klassifikationssystem
PRG	Patientenrechtegesetz
PSB	Psychosoziale Begleitung
PsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
QM	Qualitätsmanagement
SGB	Sozialgesetzbuch
SKOLL	Selbstkontrolltraining, ein Programm der Frühintervention
SMART	Specific Measurable Accepted Realistic TimelySpD
SpD	Sozialpsychiatrischer Dienst
StGB	Strafgesetzbuch
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger