

Tätigkeiten und Potentiale der Funktion „Suchtberatung“

Expertise

im Auftrag von Caritas Suchthilfe e. V. (CaSu), Freiburg und
Gesamtverband für Suchthilfe e. V. (GVS – Fachverband der Diakonie Deutschland),
Berlin

Prof. Dr. Rita Hansjürgens
Alice-Salomon-Hochschule, Berlin

Berlin, Oktober 2018

und

Exzerpt zum Papier

Tätigkeiten und Potentiale der Funktion „Suchtberatung“

Kontakt

Corinna Mäder-Linke, Gesamtverband für Suchthilfe e. V. (GVS – Fachverband der Diakonie Deutschland), Tel. +49 30 830 01501, E-Mail: maeder-linke@sucht.org

Stefan Bürkle, Caritas Suchthilfe e.V. CaSu – Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im DCV, Tel. +49 781 200-303, E-Mail : stefan.buerkle@caritas.de

Exzerpt zum Papier

Tätigkeiten und Potentiale der Funktion „Suchtberatung“

Zusammengestellt von

Corinna Mäder-Linke, GVS
Stefan Bürkle, CaSu

1. Einleitung

Die vorliegende Expertise wurde von den beiden oben genannten Verbänden mit dem Ziel in Auftrag gegeben, die Stellung und das besondere Portfolio von Suchtberatung im Feld suchtbbezogener Hilfen und in der (kommunalen) Daseinsvorsorge herauszuarbeiten. Sie möchte darüber hinaus Herausforderungen aufzeigen, die sich durch die unterschiedlichen Logiken der Ressourcenausstattung ergeben und die bei der Überlegung zu Umgangsweisen mit diesen Herausforderungen nicht ignoriert werden können.

Suchtberatungsstellen werden von Fachverbänden zwar als wichtiger Hilfeakteur im Feld suchtbbezogener Hilfen eingeschätzt, aber ihre *Bedeutung und Wirkung* für Betroffene wie auch für die sozialwirtschaftliche sowie gesellschaftspolitische Dimension wurde bisher nicht explizit herausgearbeitet. Dies kann die hier vorliegende Expertise in Gänze auch nicht leisten. Aber sie ordnet Suchtberatung in einen Gesamtkontext ein und stellt die Potentiale für Klient*innen aber auch für den Bereich suchtspezifischer Angebote dar.

Diese Expertise verfolgt daher das Anliegen, die Grundlage für eine Diskussion zu liefern, welche dazu beitragen soll, die Potentiale von Suchtberatung, unter Berücksichtigung ihrer sozialpolitischen und sozialadministrativen Allokation und deren Implikationen, zu erhalten bzw. auszubauen.

2. Die „Suchtberatung“ im Feld suchtbbezogener Hilfen

Die Hilfeart Suchtberatung wird als „Herzstück“ innerhalb der Organisation Suchtberatung und gleichzeitig als „größte Grauzone“ beschrieben, da sie im Unterschied zur Rehabilitation nur wenig einheitliche Normierung erfährt. Dies zeigt sich vor allem darin, dass „Suchtberatung“ inhaltlich ein breites Angebotsspektrum umfassen und in unterschiedlichen methodischen Settings, vom klassischen Einzelsetting (z.B. Beratung, Vermittlung, Psychosoziale Beratung Substituierter) über das Gruppensetting (z.B. Motivations- oder Angehörigengruppen), und aufsuchende Arbeit (z.B. Streetwork) bis zu niedrigschwelligen Hilfen und Kontaktangeboten (z.B. Kontaktcafé, Konsumräume, Angebote im Rahmen von Harmreduction etc.) stattfinden kann. Hinzu kommt die laut Deutscher Suchthilfestatistik als „Kooperation und Vernetzung“ bezeichnete Leistung.

Als Teil der sogenannten klassischen Suchthilfe ergänzt die Suchtberatung die Elemente „Entgiftung, Entwöhnung und Nachsorge“. Suchtberatung, stationäre und ambulante Rehabilitation werden in diesem Verständnis traditionell inhaltlich zusammenhängend gedacht, obwohl sie eine unterschiedliche sozialpolitisch-administrative Zuordnung erfahren.

Durch die Suchtberatung kann eine Verelendung der Klient*innen mit vielschichtigen Problemlagen möglichst gering gehalten werden. Dies trägt dazu bei, die Folgekosten einer

Exzerpt „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

Suchterkrankung und die damit verbundene Marginalisierung, der dann in den Kommunen in Form von Leistungen nach SGB XII begegnet werden muss, zu verringern. Plausibel erscheint außerdem, dass das Angebot der Suchtberatung einen wesentlichen Anteil zur Enttabuisierung und Entstigmatisierung, zur Ermöglichung sozialer Teilhabe für Betroffene sowie zum Erhalt des örtlichen sozialen Friedens leistet. Nicht zuletzt, vor dem Hintergrund dieser Argumentationen, muss die Funktion „Suchtberatung“ als eine gesellschaftlich wertvolle Tätigkeit im Kontext der suchtbetragenen Hilfen angesehen werden.

Die postulierte gesellschaftliche Bedeutung bildet sich allerdings in keiner Weise in der finanziellen Ausstattung der Organisation Suchtberatung ab, so dass sich die Frage stellt, ob und wenn ja, wie diese Tätigkeit in der bisherigen Form aufrechterhalten werden kann.

Zentral verbindender Aspekt, der in der Suchtberatung enthaltenen unterschiedlichen methodischen Angebote, ist die Finanzierung aus überwiegend freiwilligen kommunalen Mitteln im Rahmen von Daseinsvorsorge. Aus diesem Grund versteht die vorliegende Expertise die Hilfeart Suchtberatung aus sozialpolitisch-administrativer Perspektive in Abgrenzung zur Prävention, Rehabilitation, Nachsorge (im Rahmen von Rehabilitation) sowie ambulant betreutem Wohnen oder anderweitig refinanzierten Angeboten innerhalb der Organisation Suchtberatungsstelle. Es erscheint daher sinnvoll, zwischen der *Organisation* und der *Funktion* Suchtberatung zu unterscheiden.

3. Tätigkeiten und Potentiale der *Funktion* Suchtberatung

Im Rahmen einer Forschungsarbeit (Hansjürgens 2013) wurde Suchtberatung im Kontext legaler Suchtmittel (Alkohol, Medikamente und Spielsucht) beschrieben und die von den Fachkräften der Sozialen Arbeit tatsächlich wahrgenommenen Tätigkeiten auf der Basis von Selbstbeschreibungen qualitativ rekonstruiert. Die Aussagen der Fachkräfte weisen inhaltlich eine Nähe zu dem sozialpädagogischen Handlungskonzept der „multiperspektivischen Fallarbeit“ nach Müller (2012) auf und werden deshalb in Anlehnung an dieses Konzept als explizit sozialarbeitsbezogenes Handeln unter dem Begriff „*multiperspektivisches Fallverstehen*“ rekonstruiert.

Die konzeptionellen Eckpfeiler der *Funktion Suchtberatung*, die maßgeblich durch die Profession „Soziale Arbeit“ entwickelt und gestaltet wurden und werden, lassen sich wie folgt benennen:

- Niedrigschwellige Zugangsmöglichkeit,
- Raum zur Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung,
- Integrierter Prozessbogen mit hilfesektorenübergreifendem Casemanagement,
- Beratung und Begleitung in Bezug auf Anliegen der Klient*innen,
- Erschließung eines regionalen Hilfenetzwerkes für Betroffene.

Die tatsächlich wahrgenommenen Tätigkeiten in Suchtberatungsstellen haben sich historisch pragmatisch entwickelt und dabei funktional an die Anliegen der Klient*innen und den zugeschriebenen Aufträgen angepasst. „Beratung“ und „Vermittlung“ werden mit methodisch fachlichen Inhalten der Profession Soziale Arbeit gefüllt und umgesetzt. Zentraler Aspekt ist dabei die Entwicklung einer **vertrauensvollen Arbeitsbeziehung**, welche die Grundlage für einen integrierten, **Hilfesektor übergreifenden Prozessbogen** bildet, der sowohl längerfristige Beratung und Begleitung, die Vermittlung in weiterführende Hilfen, als auch die

Exzerpt „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

Wiedereingliederung in das Alltagsleben und die regionale Erschließung von Hilfenetzwerken für Betroffene ermöglichen kann.

Im Rahmen einer weiteren qualitativen Untersuchung (Hansjürgens 2018) kann datenbasiert belegt werden, dass eine Arbeitsbeziehung, die sich schon im Erstgespräch vertrauensvoll oder misstrauisch entwickelt, Einfluss auf den weiteren Verlauf der angebotenen Hilfe in der Organisation Suchtberatung selbst und in Bezug auf weiterführende Hilfen hat. Dieser bereits auf Erfahrungswerten von Fachkräften schon früh postulierte Zusammenhang begründet sich daraus, dass die Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung im direkten Zusammenhang mit der Zuversicht der Klient*innen steht. Eine solche Zuversicht entwickelt eine Klientin oder ein Klient, indem sie/er sich mit ihrem/seinem subjektiven Anliegen

- a) verständlich machen kann,
- b) gehört wird und
- c) im Bewusstsein, dass die *konkrete* Beraterin oder der *konkrete* Berater sie/ihn bei der Realisierung dieses subjektiv-bedeutsamen Anliegens unterstützen kann und wird.

Erst im Zusammenspiel von Verständigung über das Anliegen und der Entwicklung von Zuversicht entsteht Vertrauen. Dies ermöglicht die Entstehung der Adherence (WHO 2003), die z. B. für eine Lebensstil verändernde (abstinenzorientierte) Krankheitsbehandlung (Entgiftung, Rehabilitation) oder für eine Erhöhung von Veränderungsmotivation für eine weitergehende Beratung benötigt wird.

Fachkräfte in Beratungsstellen beschreiben nicht zuletzt deshalb die mit multiperspektivischem Fallverstehen definierte Tätigkeit als besonders wichtiges Element, die der „Lotsenfunktion“ aus fachlicher Sicht vorausgehen muss.

Die *Vermittlung in weiterführende Hilfen* wird als zentrales, wenn nicht sogar als *das* zentrale Element der Funktion Suchtberatung betrachtet. Dies begründet sich wahrscheinlich auch dadurch, dass 65% der Vermittlungen in medizinische Rehabilitation aus ambulanten Suchtberatungsstellen, 19% aus Krankenhausabteilungen (zu denen auch die spezialisierten Entgiftungsabteilungen zählen) und 1 % aus ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxen erfolgen. Insofern stellt die Tätigkeit der Vermittlung im Rahmen der Suchtberatung aus Sicht der Rehabilitation nicht nur ein wichtiges Element dar, sondern entpuppt sich als eine momentan nicht anderweitig zu erbringende Brückenfunktion in weiterführende Hilfen, vor allem die der Rehabilitation.

Der Versuch, die Funktion *der Vermittlung* von Menschen mit Suchtproblematiken in hausärztlichen Praxen zu integrieren, war nicht erfolgreich. (vgl. Fankhänel et al. 2014). Hier arbeiten Suchtberatungsstellen effektiver und bilden – auch aus Sicht anderer suchtspezifischer Angebote, wie z. B. der stationären Rehabilitation - eine Brückenfunktion, die nicht zu substituieren ist.

Dennoch liegt das eigentliche Potential der Hilfeart Suchtberatung nicht in der „Vermittlung“ sondern in der „*Beratung*“. Diese kann allerdings nicht als „Motivierung zur Rehabilitation“ verstanden werden, sondern ist als „Beratung und Begleitung“ mit dem Fokus auf die spezifischen Anliegen der Klient*innen und unter Einbeziehung professioneller und klient*innen-bezogener Netzwerke anzusehen. Mit Blick auf die Wirkung dieser Teilfunktion zeigt das Zahlenmaterial der Deutschen Suchthilfestatistik schon jetzt für Klient*innen deutliche Stabilisierungs- bzw. Besserungseffekte in den Bereichen Wohnen, Lebensunterhalt, Partnerbeziehungen und Aufnahme einer Erwerbsarbeit.

Exzerpt „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

Die *Erschließung eines regionalen Hilfenetzwerkes* für Betroffene bezieht sich einerseits auf fallbezogene Kooperationen und andererseits auf organisationsbezogene Kooperationen zur strukturellen Gestaltung eines regionalen Hilfenetzwerkes.

Im Bereich der Erschließung eines Hilfenetzwerkes erfasst die Deutsche Suchthilfestatistik insgesamt 20 verschiedene Institutionen, mit denen schriftliche Kooperationen zur Arbeitsteilung geschlossen und Fallkonferenzen abgehalten werden. Die Kooperationen umfassen alle Bereiche, die das SGB einschließt: Arbeitsagenturen / Jobcenter (SGB II und III), Krankenhäuser und ärztliche Praxen (SGB V), Rehabilitationseinrichtungen (SGB VI), Pflegeeinrichtungen (SGB XI), Jugendhilfe (SGB VIII), Eingliederungshilfe (SGB XII) sowie Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Justiz und weiteren Einrichtungen aus dem Segment der Daseinsvorsorge und Selbsthilfe. Dies deckt sich mit den Angaben der Fachkräfte in den Selbstbeschreibungen, die Netzwerkarbeit neben der klient*innen-bezogenen Arbeit als Schwerpunkt ihrer Tätigkeit beschreiben (vgl. Hansjürgens 2013).

Anhand der hohen Zahlen, die jeweils für diese Teilfunktion angegeben werden, kann hier davon ausgegangen werden, dass Suchtberatung nicht nur klient*innen-bezogen in andere Hilfesektoren hineininterveniert, sondern auch strukturell das jeweils regionale Feld von Hilfe mitgestaltet und z. B. in Form von Kooperationsverträgen erschließt.

Die Stellung der *Funktion* Suchtberatung im kommunalen Raum, mit Zugang zu anderen Hilfesektoren, entspricht seit vielen Jahren der jetzt politisch geforderten sozialräumlichen Orientierung und Stärkung der Teilhabe von Klient*innen. Ihre prekäre Finanzierung jedoch gefährdet die Ausübung der hier beschriebenen Funktionen.

Eine einseitige Verschiebung oder ein Verzicht auf diese Leistung erscheint weder mit Blick auf Humanität, Funktionalität noch auf Kostenreduktion sinnvoll.

Demgegenüber kann das Potential der *Organisation* Suchtberatung in Bezug auf Annahme von Hilfen, Stabilisierung und Re-Integration in basale Lebensbereiche, im Sinne einer ganzheitlichen Teilhabe, ausgebaut werden, wenn die *Funktion* der Suchtberatung im kommunalen Raum und in den andern Hilfesegmenten (an-)erkannt und mit angemessenen Ressourcen ausgestattet wird.

4. Ergebnisse und Forderungen

Die oben beschriebenen tatsächlich wahrgenommenen Tätigkeiten im Rahmen der *Funktion* Suchtberatung (zieloffener Raum zur Entwicklung einer vertrauensvolle Arbeitsbeziehung, Vermittlung in weiterführende Hilfen, Beratung und Begleitung, Erschließung eines regionalen Hilfenetzwerkes für Betroffene) bilden, wie dargestellt, die konzeptionellen Eckpfeiler der Funktion Suchtberatung. Ein weiterer Eckpfeiler ist der voraussetzungslose, niedrigschwellige Zugang zur Funktion Suchtberatung. Dieser ermöglicht den beschriebenen sozialpädagogischen Zugang mit der Wirkung, dass eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung entstehen kann, die wiederum die Gestaltung eines Prozessbogens ermöglicht.

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS) hat in ihrem Kompetenzprofil (vgl. Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe 2016) dargelegt, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit, welche zu einem überwiegenden Teil (63%) die Arbeit in Suchtberatungsstellen gestalten, darauf spezialisiert sind, die soziale Dimension einer Suchterkrankung zu bearbeiten. Diese kann kurz als „Realisierung von (gesellschaftlicher) Teilhabe in Wechselwirkung mit der Unterstützung individueller Coping- bzw. Recoveryprozesse“ beschrieben werden (vgl. Hansjürgens 2015). Sie intervenieren

Exzerpt „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

dabei auf der Personenebene (Copingprozesse) sowie auf der Systemebene (Realisierung von Teilhabe) als auch auf der Prozessebene (vertrauensvolle Arbeitsbeziehung) (vgl. Hansjürgens 2016).

Vor diesem Hintergrund entsprechen die beschriebenen Tätigkeiten einer Suchtberatung schon heute den politisch geforderten Teilhabeorientierungen. (vgl. UN-BKR und Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2014)

Auf der Grundlage der von der Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu) und dem Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS) beauftragten und von Frau Prof. Dr. Hansjürgens entwickelten Expertise, ergeben sich die folgenden Ergebnisse und Positionen:

- 1. Das Potential von Suchtberatung trägt dazu bei, Teilhabe wirksam zu realisieren.**
- 2. Im Zuge der Suchtberatung entwickelt sich bei optimalem Verlauf vom Erstgespräch an eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zwischen Klient*in und Berater*in. So entsteht ein Prozessbogen, der auch explizit eine Vermittlung in weiterführende Hilfen oder eine problemzentrierte Beratung und Begleitung in der gleichen Organisation einschließen kann.**
- 3. Subjektiv für die Klient*innen *erfahrbare* Erfolge im Hinblick auf die Realisierung eines *subjektiven Anliegens* der Klient*in ermöglichen die Entwicklung eines Vertrauens und die Motivation (Adherence), die benötigt wird, um das Angebot einer weiterführenden Behandlung anzunehmen.**
- 4. Die Zuständigkeit für Gewährung von Hilfe darf sich nicht einzig auf die Reduktion eines als problematisch eingeschätzten Konsums beziehen, auch wenn dieser oft in einem Zusammenhang mit anderen Problemlagen steht. Es gilt, eine Verständigung mit Klient*innen über die den Suchtmittelkonsum hinausgehende „Problematiken“, deren Bearbeitung und Realisierung, herzustellen.**
- 5. Suchtberatung trägt dazu bei, die Lebenssituation von Menschen in ihrem sozialen Umfeld, im Sinne einer Beförderung von Coping und Recoveryprozessen, zu verbessern. Dazu gehört auch eine langfristige Stabilisierung von in suchttherapeutischen Maßnahmen erarbeiteten Verhaltensänderungen, im Rahmen der Wiedereingliederung in den Alltag.**
- 6. Der in der Untersuchung zur Entwicklung einer Arbeitsbeziehung in Erstgesprächen herausgearbeitete Einfluss impliziert jedoch eine Herausforderung für die Organisation dieser Hilfe. Es ist unter den oben beschriebenen aktuellen Bedingungen der Erbringung des Angebots zu befürchten, dass die beschriebenen Tätigkeiten und Wirkungen der Funktion Suchtberatung gefährdet sind, wenn ihre Bedeutung nicht erkannt wird und sich dies nicht in der Ressourcenausstattung spiegelt.**
- 7. Die Funktion Suchtberatung kann aufgrund der fachlichen Expertise von Fachkräften der Sozialen Arbeit als *Brückenfunktion* der Sozialen Arbeit in andere professionelle Hilfen aber auch in andere Lebensbereiche bezeichnet werden.**

8. Eine funktionale Suchtberatung kann neben dem Gewinn für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld auch dazu beitragen, regional soziale (Hilfe-) Räume zu gestalten sowie die Kommunen von Kosten zu entlasten, die durch einen dauerhaften Verbleib Betroffener im Leistungsbezug nach SGB II; III, XII und auch indirekt in SGB VIII und XI entstehen können.
9. Um das Potential der Hilfeart Suchtberatung für die betroffenen Menschen zu erhalten, muss dieses deutlich stabiler und verlässlicher finanziert und unabhängig von der faktischen Verpflichtung der Vermittlung in die Hilfeart Rehabilitation betrachtet werden, gleichwohl sich diese Hilfearten sehr sinnvoll ergänzen.
10. Die Verantwortung für die Annahme der Hilfen darf dabei nicht allein den Betroffenen zugeschoben werden. Die Bedingungen der Erbringung dieser Hilfeleistungen sind vielmehr so zu gestalten, dass es für Klient*innen nicht nur prinzipiell möglich, sondern auch aus ihrer subjektiven Perspektive faktisch realisierbar wird, diese Hilfen anzunehmen und für sich zu nutzen.
11. Die Funktion Suchtberatung, inhaltlich wesentlich geprägt durch die Profession Soziale Arbeit, leistet schon heute eine Vielzahl wertvoller, unabdingbarer Tätigkeiten und kann auch in Zukunft ihr Potential ausschöpfen und einen wichtigen, erhaltenswerten Beitrag für die von Suchterkrankung Betroffenen und die Gesellschaft leisten.

Tätigkeiten und Potentiale der Funktion „Suchtberatung“

Expertise im Auftrag von

Caritas Suchthilfe e. V. (CaSu), Freiburg

und

Gesamtverband für Suchthilfe e. V.
(GVS – Fachverband der Diakonie Deutschland), Berlin

Prof. Dr. Rita Hansjürgens
Alice-Salomon-Hochschule, Berlin

Berlin, Oktober 2018

Inhalt

Inhalt	2
Zusammenfassung.....	3
1 Einleitung.....	6
2 Beschreibung der Organisation Suchtberatung im Feld suchtbezogener Hilfen	9
3 Verteilung der Zuständigkeiten im Feld suchtbezogener Hilfen und Auswirkung auf die Organisation und Funktion Suchtberatung	12
4 Tatsächlich wahrgenommene Tätigkeiten im Rahmen der Funktion Suchtberatung.....	15
4.1 Raum zur Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung	16
4.2 Vermittlung in weiterführende Hilfen bzw. Rehabilitation.....	18
4.3 Beratung und Begleitung.....	20
4.4 Erschließung eines regionalen Hilfenetzwerkes für Betroffene.....	22
5 Potentiale der Funktion Suchtberatung und die Herausforderungen für ihre Nutzung	24
Literaturverzeichnis	27

Zusammenfassung

Einordnung der Suchtberatung im Feld suchtbezogener Hilfen

Suchtberatungsstellen werden von Fachverbänden zwar als wichtiger Hilfeakteur im Feld suchtbezogener Hilfen eingeschätzt, aber ihre Bedeutung und Wirkung für Betroffene als auch in sozialwirtschaftlichen sowie gesellschaftspolitischen Dimensionen wurde bisher nicht explizit herausgearbeitet.

Dies kann die hier vorliegende Expertise in Gänze auch nicht leisten. Aber sie ordnet Suchtberatung mit den ihr zugeschriebenen Tätigkeiten der

- Motivationsarbeit
- Beratung und Begleitung
- Vermittlung
- Netzwerkarbeit

in einen Gesamtkontext ein. Darüber hinaus werden Potentiale für Klient*innen aber auch für den Bereich suchtspezifischer Angebote dargestellt und so, in einem ersten Schritt, die oben genannten Dimensionen betrachtet.

Wesentlichen Einfluss auf die fachliche Arbeit von Suchtberatungsstellen haben Finanzierungsquellen mit den damit verknüpften Zielzuschreibungen und Erwartungen an deren Umsetzung. Die Einrichtungen der Suchtberatung (im Folgenden als „Organisation Suchtberatung“ benannt) haben sich aufgrund ihrer zentralen Zuordnung zu den kommunalen freiwilligen Leistungen der Daseinsvorsorge im Modus von Fürsorge aber auch aus Leistungen der Sozialversicherungen (SGB VI) und Leistungen aus rechtlich fixierten kommunalen Leistungen örtlicher sowie überörtlicher Leistungsträger (SGB II und XII) regional höchst unterschiedlich entwickelt. Vor diesem Hintergrund sind die Leistungen, welche die Organisation Suchtberatung immer an den kommunalen Bedarfen ausrichten muss, nur schwer erfassbar.

Es erscheint daher sinnvoll, zwischen der Organisation und der Funktion Suchtberatung zu unterscheiden.

Inhaltliche Struktur der Funktion Suchtberatung

Die **Erwartungen** des Feldes suchtbezogener Hilfen an die Funktion Suchtberatung liegt, so lassen es Konzepte und Leistungsbeschreibungen vermuten, vorwiegend in einer Art „Zuliefererrolle“ für die „Rehabilitation“ als zentral bewertete Option der Hilfe. Damit entbehrt die Funktion Suchtberatung eines eigenen Hilfeprofils. Beratung in dieser Lesart ist eine Art Überzeugungsarbeit im Hinblick auf Entwicklung von Motivation, diese oder eine andere adäquate Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Eine wichtige Rolle bei der organisationsbezogenen und inhaltlichen Strukturierung der Arbeit spielen die „Empfehlungen“ der Leistungsträger der Rehabilitation, (Deutsche Rentenversicherung und Gesetzliche Krankenversicherung). Durch die zunehmende und sich inzwischen auswirkende Umstellung der Finanzierungsprinzipien von Suchtberatung, weg von einer Kostendeckung hin zu einer ziel- und kennzahlenorientierten

Expertise „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

Finanzierungsgrundlage, erfährt diese Konstellation seit einigen Jahren eine nicht konfliktfreie Zuspitzung.

Die **tatsächlich wahrgenommenen Tätigkeiten** in Suchtberatungsstellen haben sich historisch pragmatisch entwickelt und dabei funktional an die Anliegen der Klientinnen sowie Klienten und den zugeschriebenen Aufträgen angepasst. „Beratung“ und „Vermittlung“ werden mit methodisch fachlichen Inhalten der Profession Soziale Arbeit gefüllt und umgesetzt. Zentraler Aspekt ist dabei die Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung, welche die Grundlage für einen integrierten, Hilfesektor übergreifenden Prozessbogen bildet, der sowohl längerfristige Beratung und Begleitung, die Vermittlung in weiterführende Hilfen, als auch die Wiedereingliederung in das Alltagsleben und die regionale Erschließung von Hilfenetzwerken für Betroffene ermöglichen kann. Der Versuch, die Funktion der Vermittlung von Menschen mit Suchtproblematiken in hausärztlichen Praxen zu integrieren, war nicht erfolgreich. (vgl. Fankhänel et al. 2014)

Hier arbeiten Suchtberatungsstellen effektiver und bilden – auch aus Sicht anderer suchtspezifischer Angebote, wie z. B. der stationären Rehabilitation - eine Brückenfunktion, die nicht zu substituieren ist.

Potentiale der Suchtberatung

Dennoch liegt das eigentliche Potential der Hilfeart Suchtberatung nicht in der „Vermittlung“ sondern in der „Beratung“. Diese kann allerdings nicht als „Motivierung zur Rehabilitation“ verstanden werden, sondern ist als „Beratung und Begleitung“ mit dem Fokus auf die spezifischen Anliegen der Klient*innen und unter Einbeziehung professioneller und klient*innen-bezogener Netzwerke anzusehen. Mit Blick auf die Wirkung dieser Teilfunktion zeigt das Zahlenmaterial der Deutschen Suchthilfestatistik schon jetzt für Klient*innen deutliche Stabilisierungs- bzw. Besserungseffekte in den Bereichen Wohnen, Lebensunterhalt, Partnerbeziehungen und Aufnahme einer Erwerbsarbeit. (vgl. Braun et al. 2017a, 2017b)

Es gilt, diese Effekte zukünftig detaillierter zu untersuchen, insbesondere auf den Impact in Bezug auf Inanspruchnahme bzw. Nicht-mehr-Inanspruchnahme von Hilfeleistungen außerhalb der Suchtberatung, z. B. Wohnhilfen, Leistungen zur Kinder- und Jugendhilfe oder der Hilfe zur Selbsthilfe.

Die konzeptionellen Eckpfeiler der Funktion Suchtberatung, die maßgeblich durch die Profession „Soziale Arbeit“ entwickelt und gestaltet wurden und werden, lassen sich wie folgt benennen:

- Niedrigschwellige Zugangsmöglichkeit
- Raum zur Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung
- Integrierter Prozessbogen mit hilfesektorenübergreifendem Casemanagement
- Beratung und Begleitung in Bezug auf Klientenanliegen
- Erschließung eines regionalen Hilfenetzwerkes für Betroffene.

Diese Elemente erweisen sich mit Blick auf die Stabilisierung basaler Lebenssituationen (Wohnen, Tagesstruktur / Arbeit / Lebensunterhalt / Beziehungen im sozialen Nahfeld) von Menschen mit einem als problematisch beurteilten Substanzkonsum als grundsätzlich

Expertise „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

funktional. Darüber hinaus werden damit Klient*innen erreicht, die aus anderen Perspektiven als „schwierig“ gelten.

Die Stellung der Funktion Suchtberatung im kommunalen Raum, mit Zugang zu anderen Hilfesektoren, entspricht seit vielen Jahren der jetzt politisch geforderten sozialräumlichen Orientierung und Stärkung der Teilhabe von Klient*innen. Ihre prekäre Finanzierung jedoch gefährdet die Ausübung der hier beschriebenen Funktionen.

Eine einseitige Verschiebung oder ein Verzicht auf diese Leistung erscheint weder mit Blick auf Humanität, Funktionalität noch auf Kostenreduktion sinnvoll.

Demgegenüber kann das Potential der Organisation Suchtberatung in Bezug auf Annahme von Hilfen, Stabilisierung und Re-Integration in basale Lebensbereiche, im Sinne einer ganzheitlichen Teilhabe, ausgebaut werden, wenn die Funktion der Suchtberatung im kommunalen Raum und in den andern Hilfesegmenten (an-)erkannt und mit angemessenen Ressourcen ausgestattet wird.

Wer diese Aufgabe übernimmt oder unter welchen Bedingungen übernehmen sollte, bleibt offen und muss angesichts der aktuellen Situation neu zwischen den Akteuren verhandelt werden.

1 Einleitung

Entstehungsgeschichte. Entstanden aus ehrenamtlich geprägten Hilfen im Kontext kirchlicher Fürsorge entwickelten sich ambulante Suchtberatungsstellen zunächst in Westdeutschland und nach der Wiedervereinigung auch in Ostdeutschland zu einem etablierten Fachdienst im Bereich des kommunalen Angebotes zur Daseinsvorsorge¹. Sprachen die Beratungsstellen vorerst Menschen mit Alkoholproblemen an, wurden ab den 70er Jahren Drogenberatungsstellen als professionalisiertes Angebot mit dem Schwerpunkt der Beratung im Falle eines Konsums illegaler Substanzen konzipiert. Lag der Schwerpunkt hier zunächst auf den durch einen Heroinkonsum entstandenen Hilfebedarf, differenzierte sich dieser mit Hinzukommen weiterer Substanzen aus.

Träger der Suchtberatung. Ambulante Suchtberatungsstellen² werden heute lt. Deutscher Suchthilfestatistik zu 89% von der freien Wohlfahrtspflege und gemeinnützigen Organisationen getragen. (vgl. Braun et al. 2017b) Die umfangreichsten finanziellen Ressourcen fließen dabei aus kommunalen und Landesmitteln. Darüber hinaus bedarf es der Bereitstellung von Eigenmitteln durch die Träger der Suchtberatung. Einen weiteren Teil der Finanzierung decken die Anbieter selbst durch Einnahmen aus der ambulanten Rehabilitation und Nachsorge sowie aus Projektmitteln ab.³

Mitarbeitende in der Suchtberatung. Beschäftigte in Suchtberatungsstellen sind zu 63,5 % Fachkräfte der Sozialen Arbeit, von denen postuliert wird, dass sie „insbesondere im ambulanten Bereich zentrale und wichtige Tätigkeiten“ leisten. (vgl. Klein 2012)

Angebote der Suchtberatung. Die Hilfeart Suchtberatung wird von Venedey (2015) als „Herzstück“ innerhalb der Organisation Suchtberatung und gleichzeitig als „größte Grauzone“ beschrieben, da sie im Unterschied zur Rehabilitation nur wenig einheitliche Normierung erfährt. Dies zeigt sich vor allem darin, dass „Suchtberatung“ inhaltlich ein breites Angebotsspektrum umfasst und in unterschiedlichen methodischen Settings, vom klassischen Einzelsetting (z.B. Beratung, Vermittlung, Psychosoziale Beratung Substituierter) über das Gruppensetting (z.B. Motivations- oder Angehörigengruppen), und aufsuchende Arbeit (z.B. Streetwork) bis zu niedrigschwelligen Hilfen und Kontaktangeboten (z.B. Kontaktcafé, Konsumräume, Angebote im Rahmen von Harmreduktion etc) stattfinden kann. Hinzu kommt die laut Deutscher Suchthilfestatistik als „Kooperation und Vernetzung“ bezeichnete Leistung.

Suchtberatung als Tätigkeit wird von Tretter (2000) aus der inhaltlichen Perspektive der Suchtmedizin als Teil der „klassischen Suchthilfe“⁴ bezeichnet und ergänzt die Elemente

¹ Für eine detailliertere Beschreibung der Entwicklung dieser Dienste s. stellvertretend Hauschildt 1997; Helas 1997; Pokladek 2010; Spode 2012.

² Aktuell (Zugriff am 21.03.2018) sind in der Einrichtungsdatenbank der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen unter dem Stichwort „Beratungsstelle“ 1377 Einträge für Deutschland gelistet. Die Auswertung der Deutschen Suchthilfestatistik für 2016 greift auf Meldungen von 863 Suchtberatungsstellen (61%) zurück.

³ Diese Annahme beruht auf den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (Braun et al. 2017b) kann aber nicht als repräsentativ angenommen werden, da die Angaben hierzu freiwillig waren und nach eigenen Berechnungen nur ca. 20% der 1377 Beratungsstellen hierzu Angaben gemacht haben.

⁴ Dieses Feld hat sich über die Jahre immer weiter ausdifferenziert und bietet heute ein hochentwickeltes Hilfesystem für Menschen mit einem als problematisch definierten Suchtmittelkonsum oder einem entsprechenden Verhalten an. Eine Übersicht über die verschiedenen Ausdifferenzierungen auch außerhalb der sog. klassischen Suchthilfe“ bietet die Analyse „Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland“ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2014.

Expertise „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

„Entgiftung, Entwöhnung und Nachsorge“. Suchtberatung, stationäre⁵ und ambulante Rehabilitation werden in diesem Verständnis traditionell inhaltlich zusammenhängend gedacht, obwohl sie eine unterschiedliche sozialpolitisch-administrative Zuordnung erfahren.

Finanzierung. Zentral verbindender Aspekt, der in der Suchtberatung enthaltenen unterschiedlichen methodischen Angebote, ist die Finanzierung aus überwiegend freiwilligen kommunalen Mitteln im Rahmen von Daseinsvorsorge. Aus diesem Grund versteht die vorliegende Expertise Suchtberatung aus sozialpolitisch-administrativer Perspektive in Abgrenzung zur Prävention, Rehabilitation, Nachsorge (im Rahmen von Rehabilitation) sowie ambulant betreutem Wohnen oder anderweitig refinanzierten Angeboten innerhalb der Organisation Suchtberatungsstelle.

Gesellschaftliche Bedeutung. Durch die Suchtberatung kann eine Verelendung der Klient*innen mit vielschichtigen Problemlagen möglichst gering gehalten werden (vgl. Arbeitskreis katholischer Suchthilfe (AKS) 2003). Dies trägt dazu bei, die Folgekosten einer Suchterkrankung und die damit verbundene Marginalisierung, der dann in den Kommunen in Form von Leistungen nach SGB XII begegnet werden muss, zu verringern (ebd.). Plausibel erscheint außerdem, dass das Angebot der Suchtberatung zur Enttabuisierung, Entstigmatisierung, zur Ermöglichung sozialer Teilhabe für Betroffene sowie zum Erhalt des örtlichen sozialen Friedens beiträgt (vgl. Bürkle 2015). Nicht zuletzt, vor dem Hintergrund dieser Argumentationen, muss die Funktion „Suchtberatung“ als eine gesellschaftlich wertvolle Tätigkeit im Kontext der suchtbetragenen Hilfen angesehen werden.

Die postulierte gesellschaftliche Bedeutung bildet sich allerdings in keiner Weise in der finanziellen Ausstattung der Organisation Suchtberatung ab, so dass sich die Frage stellt, ob und wenn ja, wie diese Tätigkeit in der bisherigen Form aufrechterhalten werden kann. (vgl. Fachverband Drogen- und Rauschmittel 2017; Bürkle 2015)

Die vorliegende **Expertise „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“** wurde von der Caritas Suchthilfe e. V. (CaSu) und dem Gesamtverband für Suchthilfe e. V. (GVS) – Fachverband der Diakonie Deutschland mit dem Ziel in Auftrag gegeben, die Stellung und das besondere Portfolio von Suchtberatung im Feld suchtbetragener Hilfen und in der (kommunalen) Daseinsvorsorge herauszuarbeiten. Sie möchte darüber hinaus Herausforderungen aufzuzeigen, die sich durch die unterschiedlichen Logiken der Ressourcenausstattung ergeben und die bei der Überlegung zu Umgangsweisen mit diesen Herausforderungen nicht ignoriert werden können.

Nach einer Beschreibung der Tätigkeiten der Organisation Suchtberatung und ihrer Stellung im Feld suchtspezifischer Angebote werden sozialpolitische und sozialadministrative Unterschiede zwischen den Hilfearten Suchtberatung und Suchtrehabilitation herausgearbeitet, die wiederum Auswirkungen auf die Rationalität der Ausgestaltung des Angebots haben.

In einem nächsten Schritt zeigt die Expertise mit Hinblick auf die fachpolitischen Beschreibungen, wie inhaltliche Zuständigkeiten verteilt sind und welche Aufgabe dabei der Suchtberatung zugeschrieben wird. Darüber hinaus wird durch diese Arbeit auf der Basis

⁵ Die Deutsche Suchthilfestatistik weist als sog. stationäre Suchthilfe zu 100% stationäre Rehabilitationseinrichtungen aus. Die Einrichtungssuche der DHS listet unter dem Stichwort „stationäre Rehabilitation“ 219 Einrichtungen. Die Auswertung der Deutschen Suchthilfestatistik beruht auf Meldungen von 140 Einrichtungen (65%).

Expertise „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

qualitativer (vgl. Hansjürgens 2013, 2016, 2018) und quantitativer Daten (vgl. Braun et al. 2017a, 2017b) dargestellt, wie Fachkräfte der Organisation Suchtberatung, die ihnen zugeschriebene Aufgabe erfüllen und welche Wirkungen daraus für Betroffene und das Feld suchtbezogener Hilfen abzuleiten sind.

Diese Expertise verfolgt das Anliegen, die Grundlage für eine Diskussion zu liefern, welche dazu beitragen soll, die Potentiale von Suchtberatung, unter Berücksichtigung ihrer sozialpolitischen und sozialadministrativen Allokation und deren Implikationen, zu erhalten bzw. auszubauen.

2 Beschreibung der Organisation Suchtberatung im Feld suchtbezogener Hilfen

Finanzierungsstrukturen der Suchtberatung. Das Feld suchtbezogener Hilfen kann grundsätzlich verschiedene Arbeitsbereiche umfassen, deren jeweilige Legitimation an unterschiedlichen Stellen im Sozialgesetzbuch (SGB) oder auch im Öffentlichen Gesundheitsdienstgesetz (ÖGDG) der einzelnen Bundesländer verankert ist. Dementsprechend müssen Finanzierungsstrukturen in der Suchthilfe als komplex und heterogen bezeichnet werden. Grundsätzlich lassen sich jedoch zwei **Hauptfinanzierungsstränge** ausmachen:

1. Steuerfinanzierte Leistungen der Daseinsvorsorge Psych KG bzw. (falls vorhanden) der Gesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) der Länder bzw.⁶ aber auch der Sozialgesetzbücher VIII und XII
2. Leistungsgesetzen zur medizinischen Versorgung (SGB V) und Rehabilitation (SGB VI).⁷

Diese Finanzierungsarten gehorchen jeweils unterschiedlichen Prinzipien: dem **Prinzip der Versicherungsleistung** (SGB V und VI) oder dem **Prinzip der Fürsorge** (ÖGDG / PsychKG).

Folgt das Prinzip der Versicherungsleistungen einer „bedarfsgerechten“⁸ Ausgestaltung der Hilfen, dient das Prinzip der Fürsorge einer eher solidarischen Haltung zur Vermeidung von gesellschaftlich unerwünschten Zuständen nach dem Minimalprinzip. Letzteres wird auch als „Prinzip der kurzen Decke“ (Bellermann 2011, S. 115) bezeichnet und soll durch die eben nicht „bedarfsgerechte“ sondern prinzipiell eher „zu kurze“ Ausstattung mit Ressourcen, die Eigenaktivität der Bedürftigen wecken, einen unerwünschten Zustand zu beenden. Leistungserbringung in Organisationen kann in beiden Prinzipien als „Sachleistung“ im Rahmen eines „sozialen Dienstes“, Versicherungsleistungen zusätzlich als Geldleistung erbracht werden.

Suchtberatung im Modus des Prinzips Fürsorge. Suchtberatungsstellen in der Organisationsform eines sozialen Dienstes sind mit all ihren Angeboten, mit Ausnahme von ambulanter Rehabilitation und Nachsorge, grundsätzlich der kommunalen steuerfinanzierten Daseinsvorsorge im Modus des Prinzips Fürsorge zuzuordnen. Insofern kann hier das Prinzip einer „bedarfsgerechten Versorgung“ durch Leistungen der Sozialversicherung im

⁶ §1 Abs.2 Psychische Krankheiten im Sinne dieses Gesetzes sind behandlungsbedürftige Psychosen sowie andere behandlungsbedürftige psychische Störungen **und Abhängigkeitserkrankungen von vergleichbarer Schwere** (Herv. R. H.). Dies bedeutet die Finanzierungsgrundlage der Organisation und Funktion in NRW basiert auf dieser Ausdifferenzierung des Begriffs „behandlungsbedürftige psychische Störung“. Die Diagnose „Abhängigkeitserkrankung“ wird diesem aber nicht gleichgestellt, sondern gilt nur, wenn ein vergleichbarer Schweregrad wie bei einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung festgestellt wird. Letztendlich sind damit Präventions- oder Frühinterventionsmaßnahmen nicht mit abdeckt.

⁷ Die Zuständigkeit der SGB V und VI erfolgte vor dem Hintergrund der Anerkennung von Sucht als Krankheit 1968 durch das Bundessozialgericht. Die Folge dieser Urteile war, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen (SGB V) die Träger der Rentenversicherung (SGB VI) sich die Behandlungskosten sowie die damit verbundenen Zuständigkeiten aufteilten und dieses in der sog. Empfehlungsvereinbarung Sucht 1978 geregelt wurde.

⁸ Der Begriff „bedarfsgerecht“ wird im Kontext des SGB unterschiedlich diskutiert. Insbesondere im Kontext Gesundheitswesens, denen die suchtbezogenen Hilfen in einem Verständnis von Sucht als Krankheit im Wesentlichen zugeordnet sind, wird „bedarfsgerecht“ als (von außen beurteilte) objektiv sachgerechte Versorgung mit Leistungen unter Effektivitäts- und Effizienzgesichtspunkten verstanden, um eine Fehl-, Über- oder Unterversorgung zu vermeiden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Gutachten 2014, S. 15 f.), wobei auch eingeräumt wird, dass selbst unter finanziell vergleichbaren Ländern nur schwer Vergleiche hergestellt werden können (ebd.).

Expertise „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

Sinne eines Rechtsanspruchs auf Ausstattung mit entsprechender inhaltlich gesteuerter Strukturqualität⁹ nicht ohne weiteres übertragen werden. Eine Klärung ist deswegen von Bedeutung, da aufgrund der alltagstheoretischen Verwendung der Begriffe „Versorgung“, „Akutversorgung“ oder „Grundversorgung“ im Zusammenhang mit Suchtberatung eine missverständliche Übertragung des Prinzips einer „bedarfsgerechten Ausgestaltung von Hilfen“ evoziert werden kann, die inhaltlich aus sozialpolitisch-administrativer Perspektive aktuell nicht den Tatsachen entspricht.

In diesem Zusammenhang ist weiter zu berücksichtigen, dass Qualität und Quantität „sozialer Dienste“ im Kontext von Fürsorge durch das zur Verfügung gestellte Finanzvolumen der Steuermittel bestimmt wird. Deren Verwendung basiert auf politischem Willen und ist nur dann eine Frage eines festgestellten Bedarfs der Betroffenen, wenn ein Rechtsanspruch explizit legitimiert wurde. Vor dem Hintergrund der rechtlichen Normierung fixiert das Prinzip der Fürsorge den Inhalt der sozialen Dienstleistungen im Verhältnis zu den im Sozialversicherungsprinzip generierbaren Sach- und Geldleistungen in einem weitaus geringeren Maße. Einem Gestaltungsraum, der als essentielle Voraussetzung für professionalisiertes und nicht bürokratisiertes helfendes Handeln anzusehen ist, stehen die eher geringen gesetzlich normierten Rechts- und Finanzierungsgrundlagen der jeweiligen Leistungsträger gegenüber, die selten eine Antwort auf den tatsächlichen Bedarf der Klient*innen bieten. Diese Konstellation zeigt sich z. B. in Prioritäten bzw. Widerständen der Politik, bestimmte soziale Probleme (wie z.B. Hilfen für suchtmittelkonsumierende Menschen) überhaupt rechtlich zu regeln (Althammer; Lampert 2014, S.522f.) und begründet sich nicht zuletzt darin, dass eine normierte Regelung einen rechtlich einklagbaren Anspruch begründen kann, der dann auch finanziert werden muss.

Suchtberatung als sozialer Dienst im Modus von Fürsorge und die dafür politisch zur Verfügung gestellten Finanzmitteln erklären die regionale Verschiedenheit der Ausgestaltung dieser Leistung.

Die Anerkennung von Sucht als Krankheit ermöglichte die Übernahme von Behandlungskosten aus den Versicherungsleistungen nach SGB V und VI. In der „Empfehlungsvereinbarung Sucht“ von 1971 schrieben die großen Leistungsträger - Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Rentenversicherung (RV) - die Verantwortung für die Akutversorgung mit Entgiftung dem GKV und die medizinische Rehabilitation mit Blick auf (Wieder-) Aufnahme einer Erwerbstätigkeit der RV zu.

Suchtberatung in Abgrenzung zu Leistungen und Finanzierung über die RV und die GKV. Historisch hat sich neben der Kostenteilung in Bezug auf die Behandlung von suchtkranken Menschen zwischen SGB V und SGB VI eine weitere Differenzierung ergeben, die sich auf Suchtberatungsstellen auswirkt. In den Anlagen zu §13 SGB VI Abs. 4 werden die Leistungsträger beauftragt, die konkreten Schnittstellen zwischen SGB V und VI näher zu definieren. Für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen geschah dies in den „Empfehlungsvereinbarungen Sucht“. Weitere Empfehlungen wurden in den „Vereinbarungen im Suchtbereich“ zusammengefasst. (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013). Hierzu gehört nach der Auffassung der Leistungsträger (RV und GKV) auch, Aufgaben und Arbeitsweisen für Suchtberatungsstellen sowie Strukturvoraussetzung inhaltlich näher auszdifferenzieren, wenn ambulante Rehabilitation und Weiterbehandlung oder Nachsorge in der Organisation Suchtberatung angeboten werden soll (Schliehe 1995,

⁹ Für eine inhaltlich differenzierende Betrachtung des Qualitätsbegriffs in der psychiatrischen Versorgung vgl. Rössler 2003

Expertise „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

S. 115). Diese Vereinbarungen gelten aus Sicht des Sachverständigenrats zur Begutachtung des Gesundheitswesens bis heute als ein gelungenes Beispiel einer Vereinbarung zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträger zur Klärung der Zuständigkeit, Finanzierung und Strukturvoraussetzungen für Einrichtungen, die Leistungen zur Rehabilitation anbieten wollen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Gutachten 2014, S. 274). Die Finanzierung der Funktion Suchtberatung wird jedoch dabei explizit ausgeschlossen und geht zu Lasten der Leistungsträger von Suchtberatungsstellen, also in der Regel der Kommunen¹⁰ und der konkreten Träger der Beratungsstellen.

Schnittstellen zu anderen Helfefeldern. Zu erwähnen bleibt außerdem, dass es darüber hinaus, je nach regionaler Entwicklung der Finanzierung der Suchtberatung, weitere Schnittmengen z. B. zum Sektor der Jugendhilfe (z.B. Prävention, Jugend- und Drogenberatungsstellen, Angebote für Kinder aus suchtblasteten Familien) oder auch in den Sektor der Sozialversicherungsleistungen gibt. Beispielhaft seien hier Stellenanteile genannt, die von Jobcentern, z.B. im Rahmen einer ebenfalls freiwilligen Leistung nach § 16a (Kommunale Eingliederungsleistungen), mit dem Ziel der Eingliederung in Arbeit finanziert werden. So gelingt es Trägern der Arbeitslosenversicherung, ein Angebot von Suchtberatung für Kund*innen vorzuhalten¹¹ und nach dem Subsidiaritätsprinzip auszuschließen, dass im Falle eines Bedarfes eigene Angebote aus den Jobcentern heraus gemacht werden müssen. Denkbar ist auch, dass in der Organisation Suchtberatung weitere Angebote, z. B. im Rahmen von Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderung §§ 53 ff. SGB XII angegliedert sind.

Zusammengefasst bedeutet dies, dass die Organisation Suchtberatung mit unterschiedlichen Finanzierungshintergründen, die jeweils verbunden sind mit verschiedenen Aufträgen und örtlichen Zuständigkeiten, nur schwer bis gar nicht einheitlich beschreibbar ist.

Daher erscheint es sinnvoll, die Funktion Suchtberatung von der Organisation Suchtberatung mit ihren miteinander verwobenen und methodisch unterschiedlichen Diensten zu unterscheiden. Dies ermöglicht dann, die Funktion Suchtberatung als Teil der „klassischen Suchthilfe“ klarer zu bestimmen. Wenn nachfolgend also von „Suchtberatung“ die Rede ist, zielen die Aussagen auf die Funktion Suchtberatung ab.

¹⁰ Ob damit das Konnexitätsprinzip (GG Art.104a), welches besagt, dass Aufgaben- und Finanzverantwortung jeweils zusammengehören, verletzt wird, kann an dieser Stelle nicht abschließend beantwortet werden und würde auch in Bezug auf die hier interessierende Fragestellung zu weit führen. Festzuhalten ist, dass hier ein Ungleichgewicht besteht, dass zu Lasten der Kommune geht, die sich dem nicht wirklich entziehen kann, wenn die Leistung ambulante Rehabilitation bzw. Nachsorge vorgehalten werden soll. Dies bezieht sich auf die „freiwillige“ Leistungen der gesundheitlichen Versorgung von Gemeinden, von denen Luthé (2013, S. 13) im Allgemeinen resümiert, dass diese oft wenig mit „Freiwilligkeit“ zu tun haben. Für eine vertiefende Analyse des sehr komplexen Zusammenhangs der Aufgabenteilung bzgl. der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, insbesondere in Kombination mit Fürsorgeleistungen zwischen Bund, Ländern und Gemeinden und deren Steuerungsinstrumenten, siehe ebd., S. 13 ff.

¹¹ In § 16a Nr. 4 SGBII ist davon die Rede, dass Suchtberatung gewährt und ggf. mit anderen Eingliederungsleistungen verknüpft werden kann. Über Leistungsverträge nach § 17 SGB II können Träger pauschal mit der Leistungserbringung beauftragt werden. Ausgenommen sind allerdings Leistungen, die von der allgemeinen Daseinsvorsorge erbracht werden. Da diese jedoch regional unterschiedlich ausfallen, wird auf die örtlichen Gegebenheiten verwiesen und die Entscheidung dorthin verlagert (Deutscher Verein für öffentliche und privat Fürsorge e. V. 2014, S. 19 f.). Insofern kann hier kein normierter Leistungsanspruch für die Funktion Suchtberatung im Allgemeinen abgeleitet werden, zumal die Beurteilung, ob eine solche Leistung notwendig ist, beim Fallmanagement der Jobcenter liegt und die Zielrichtung der Leistung Suchtberatung eindeutig im Vorhinein mit Integration in Arbeit festgelegt ist.

3 Verteilung der Zuständigkeiten im Feld suchtbezogener Hilfen und Auswirkung auf die Organisation und Funktion Suchtberatung

Suchtberatung ist mehr als „Zulieferung“. In fast allen fach-(politischen) Beschreibungen von Aufgaben und Zielen von Suchtberatungsstellen¹² (z.B. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 1999; Böhl 2010; Fachverband Drogen- und Rauschmittel 2005, 2017; Hessische Landesstelle gegen die Suchtgefahren 2000; Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2015; Deutscher Verein für öffentliche und privat Fürsorge e. V. 2014) findet sich eine Sichtweise zur Funktion und Zuständigkeit von Suchtberatung als Ort der Beratung, Vermittlung und Motivierung von Klientinnen sowie Klienten zur Annahme von weiterführenden Hilfen¹³.

„Es findet grundsätzlich eine Vermittlung in weiterführende Hilfen statt, die durch die Anwendung der Methoden der Gesprächsführung / Motivierung und Aufklärung über sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen durch die Fachkräfte gefördert wird.“ (Fachverband Drogen- und Rauschmittel 2017, S. 4)

Zu den weiterführenden Hilfen zählen im Rahmen der o. g. „klassischen Suchthilfe“ Entgiftung, Entwöhnung bzw. medizinische Rehabilitation. Letztere sind den Leistungen nach dem Versicherungsprinzip zugeordnet (s. o.). Sie haben inhaltlich als Ziel, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden (§ 10 Abs. 2 SGB V) oder den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen bzw. Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit zu verhindern und die Rehabilitanden möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern. Suchtberatung als fürsorgerische Hilfe soll, wie oben dargestellt, zur Annahme dieser Hilfen motivieren und Betroffene dorthin vermitteln.

Damit wird einer Suchtberatung im Kern eine „Zuliefererrolle“ für Entgiftung und Rehabilitation und andere weiterführende Angebote von Suchthilfe zugeschrieben. Suchtberatung ist in diesem Verständnis eine auf Zuarbeit zu weiteren Maßnahmen ausgerichtete Tätigkeit ohne eigenes inhaltliches Profil. Struktur und Vorgaben erfährt die Tätigkeit der „Vermittlung“ und „Motivierung“ durch die Vorgaben des Rentenversicherungsträgers, niedergelegt in den „Vereinbarungen im Suchtbereich“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013).

Diese Strukturvorgabe wird damit begründet, dass der Träger der Rentenversicherung sich auch auf inhaltlicher Ebene als strukturverantwortlich für Leistungen zu seinen Lasten wahrnimmt (Schliehe 1995, S. 110). Die Finanzierung dieser, in den Vereinbarungen im Suchtbereich (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013) beschriebenen, voraussetzungsreichen fachlichen Anforderungen, sind jedoch nicht dem Sozialversicherungsprinzip zuzuordnen und werden, da sie dem Prinzip der Fürsorge unterliegen, den Kommunen als Träger dieser Leistung zugeschoben. Es besteht daher kein Anspruch auf bedarfsgerechte Ausgestaltung dieser von außen zugeschriebenen Zuständigkeit. Gleichwohl wird die Tätigkeit inhaltlich als durchaus sinnvoll und funktional von den ausführenden Fachkräften wahrgenommen und hat nicht zuletzt dadurch Eingang in

¹² Es wird davon ausgegangen, dass auch hier die Funktion Suchtberatung gemeint ist.

¹³ Eine Ausnahme bildet das Kompetenzprofil der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS). Hier wird „Therapievermittlung“ als eines von mehreren möglichen Leistungen, jedoch nicht als übergeordnetes Ziel der Interventionen formuliert (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe 2016, S. S. 21 ff.).

Expertise „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

das Kompetenzprofil der DG-SAS zur Beschreibung der Intervention Therapievermittlung gefunden (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe 2016, S. 22 f.). Ergänzt wird diese von den Trägern der Suchtrehabilitation zugeschriebene Vorgabe zur Vermittlung durch die im § 16a SGB II formulierte Zielvorgabe der Träger der Versicherungsleistung nach SGB II durch die Eingliederungsleistung der Suchtberatung, die der Integration in das Erwerbsleben dienen soll (vgl. auch Deutscher Verein für öffentliche und privat Fürsorge e. V. 2014).

Vorgaben strukturfremder Organisation. Abgesehen davon, dass die Vorgaben und Vorstrukturierungen von unterschiedlichen Versicherungsleistungen einem auf inhaltliche Ergebnisoffenheit und Klient*innen-zentrierung zielenden fachlichen Verständnisses von Beratung (Deutsche Gesellschaft für Beratung e. V. 2003)¹⁴ widersprechen, finden sich die Träger der Funktion Suchtberatung in einer schwierigen Situation. Sie sollen von strukturfremden Organisationen vorgegebene Leistungen erbringen, deren Finanzierung von einem anderen Träger (der Kommune) sichergestellt werden soll bzw. über deren Gewährung eine fachfremde Instanz entscheidet. Diese Ausgangssituation hat sich historisch entwickelt und sich bis heute nicht grundlegend verändert.

Leistungsverträge nach ökonomischen Gesichtspunkten. Eine Verschärfung erfährt diese Konstellation durch die Auswirkungen der Veränderung in der Umsetzung steuerfinanzierter Leistungen der Fürsorge im Rahmen des sich vollziehenden Wandels der Verwaltungs- und Organisationsstrukturen. Dies bedeutet für die in den sozialen Diensten tätigen Professionen einen Wechsel von ‚Vertrauen‘ hin zu einer ökonomischen Rationalität der Steuerung (‚Accountability‘) (Nadai; Sommerfeld 2005, S. 202), (Sommerfeld; Haller 2003, S. 64 f.). Leistungsträger (hier der Kommunen) rücken seit den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts zunehmend vom Prinzip der Kostendeckung im Rahmen der „Neuen Steuerung“ ab. Auszuhandelnde Leistungsverträge sind nach ökonomischen Gesichtspunkten der Effizienz und Wirkungsnachweise¹⁵ strukturiert. In der Folge verlagert sich die Fokussierung von einer inhaltlichen Orientierung an geäußerten Bedarfen der Klient*innen zu einer Erwirtschaftung von geleisteten Stunden zur Kostendeckung in den Organisationen bzw. zu einer Erfüllung von Kennzahlen.

Kostenverschiebung. Durch die Verschiebung der Kosten für die durch die vom Rentenversicherungsträger zentral zugeschriebenen Leistungen in Richtung Kommunen entsteht zusätzlicher finanzieller Druck in der Organisation Suchtberatung. Mitarbeiter*innen müssen qualifiziert werden, um diese erwartete Fachlichkeit erbringen zu können. Dies führt für die in Suchtberatungsstellen tätigen Fachkräfte zu einem Zielkonflikt. Auf der einen Seite zwingt die Abrechnung von z.B. Fachleistungsstunden dazu, auch viele Fachleistungsstunden zu produzieren, um damit die benötigten finanziellen Ressourcen zur

¹⁴ "In dem dialogisch gestalteten Prozess, der auf die Entwicklung von Handlungskompetenzen, auf die Klärung, die Be- und Verarbeitung von Emotionen und auf die Veränderung problem- verursachender struktureller Verhältnisse gerichtet ist, sollen erreichbare Ziele definiert und reflektierte Entscheidungen gefällt werden, sollen Handlungspläne entworfen werden, die den Bedürfnissen, Interessen und Fähigkeiten des Individuums, der Gruppe oder Organisation entsprechen, sollen persönliche, soziale, Organisations- oder Umweltressourcen identifiziert und genutzt werden, um dadurch selbst gesteckte Ziele erreichen oder Aufgaben gerecht werden zu können und soll eine Unterstützung gegeben werden beim Umgang mit nicht behebbaren / auflösbaren Belastungen. Das Ziel der Beratung ist in der Regel erreicht, wenn die Beratenden Entscheidungen und Problembewältigungswege gefunden haben, die sie bewusst und eigenverantwortlich in ihren Bezügen umsetzen können. Hierzu gehört auch, dass Selbsthilfepotentiale und soziale Ressourcen in lebensweltlichen (Familie, Nachbarschaft, Gemeinwesen und Gesellschaft) und arbeitsweltlichen (Team, Organisation und Institution) Bezügen erschlossen werden." (Deutsche Gesellschaft für Beratung e. V. 2003, S. 4)

¹⁵ Zu denken ist hier etwa an Kennzahlen über Vermittlungen und Effizienz der Beratung (möglichst kurz) im Hinblick auf Vermittlung oder Wiedereingliederung in Arbeit.

Expertise „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

Existenzsicherung der Beratungsstelle zu erwirtschaften oder gar nach dem ökonomischen Prinzip des Wachstums weiter auszudifferenzieren. Auf der anderen Seite ist die Logik der Professionen prinzipiell auf Hilfe zur Selbsthilfe angelegt (Arnold 2014, S. 217). Dies wird jedoch nach der ökonomischen Logik „bestraft“, da z.B. weniger Stunden abgerechnet werden können die Fachkräfte gezwungen werden Klient*innen oder schwierige Problemlagen zu „produzieren“.¹⁶ Letztendlich führt diese Konstellation auch dazu, dass fachlich-inhaltliche Standards, wie die oben beschriebene Zieloffenheit am Beispiel der Definition von Beratung, nicht erfüllbar sind und damit die Ergebnisqualität der erwarteten Leistungen, auch im Hinblick auf die selbstformulierten Ziele der Leistungsträger, maßgeblich beeinträchtigt werden¹⁷.

Hinzu kommt für die Kommunen, als wesentlichem Leistungsträger der Funktion bzw. Hilfeart Suchtberatung, ein in allen Bereichen gestiegener Kostendruck bei wenig Gestaltungsmöglichkeit. Die finanziellen Folgen für die Kommune, dass zahlreiche zuvor offen gestaltbare Leistungen nun inhaltlich rechtlich normiert und mit einem Rechtsanspruch belegt wurden, legen nahe, dass kein gesteigertes Interesse daran bestehen dürfte, eine weitere freiwillige Leistung (hier Suchtberatung) rechtlich zu fixieren bzw. auszuweiten.

Im Gegenteil erscheint es aus Sicht des Leistungsträgers Kommune möglicherweise nicht mehr plausibel, die Kosten eines sich regional ausdifferenzierten Systems der Hilfen für suchtmittelkonsumierende Menschen in fast alleiniger Verantwortung zu finanzieren, wenn dabei strukturelle Vorgaben anderer Leistungsträger zu berücksichtigen sind, die aber nicht zur finanziellen Entlastung in dieser Sache beitragen. Dies wäre eine mögliche Lesart für die stagnierenden und zwischenzeitlich sogar zurückgegangenen Finanzierungsleistungen für die Organisation Suchtberatung, wie sie die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) in den Jahren 2011 – 2015 ausweist

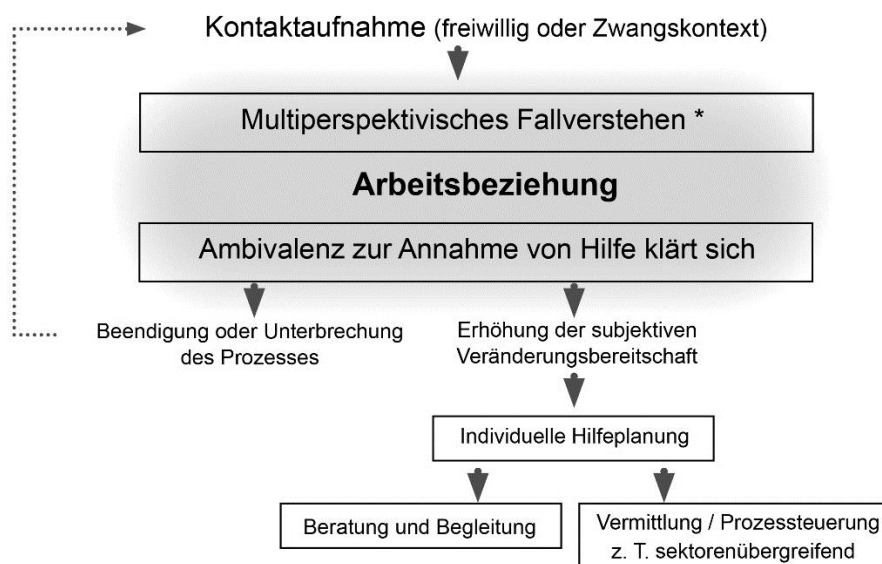
¹⁶ Die Folgen dieser Konstellation sind auch gut z. B. im Bereich der niedergelassenen Ärzte, die ja auch zu den Professionen gehören, zu beobachten.

¹⁷ An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Ziele der Leistungsträger und der Leistungsnehmer_innen sich ebenfalls durchaus konfliktuell zueinander verhalten können z. B. in Bezug auf die Notwendigkeit der Integration in Erwerbsarbeit, die in den zentralen Hilfeleistungen der Suchthilfe außer im sog. Suchtakutbereich (z. B. Entgiftung oder Fachambulanz und eben in der Funktion Suchtberatung) im Vordergrund steht. Die ethisch-normative Werthaltung der Fachkräfte der Sozialen Arbeit würde hier z. B. eine Orientierung an der Autonomie der Lebenspraxis und der biopsychosozialen Integrität der Klient_innen unter Beachtung des gesetzlichen Rahmens vorsehen (Becker-Lenz 2009, S. 212).

4 Tatsächlich wahrgenommene Tätigkeiten im Rahmen der Funktion Suchtberatung

Multiperspektivisches Fallverstehen. Im Rahmen einer Forschungsarbeit (Hansjürgens 2013) wurde Suchtberatung im Kontext legaler Suchtmittel (Alkohol, Medikamente und Spielsucht) beschrieben und die von den Fachkräften der Sozialen Arbeit tatsächlich wahrgenommenen Tätigkeiten auf der Basis von Selbstbeschreibungen qualitativ rekonstruiert. Die Aussagen der Fachkräfte weisen inhaltlich eine Nähe zu dem sozialpädagogischen Handlungskonzept der „multiperspektivischen Fallarbeit“ nach Müller (2012)¹⁸ auf und werden deshalb in Anlehnung an dieses Konzept als explizit sozialarbeiterisches Handeln unter dem Begriff „multiperspektivisches Fallverstehen“ rekonstruiert¹⁹.

Als wichtigste Aufgabe auf der Ebene der direkten Arbeit mit den Klient*innen sehen Fachkräfte die Klärung der Frage, was den individuellen Fall ausmacht. Diese Tätigkeit nimmt einen großen Raum in der konkreten Arbeit ein (vgl. Abbildung 1) und wird als Grundlage für alle weiteren Tätigkeiten sowie auch für die Gestaltung eines von ihnen als „Arbeitsbeziehung“ bezeichneten Kontaktes beschrieben²⁰.



* in Anlehnung an das Konzept „Multiperspektivische Fallarbeit“ nach Müller, 2012

Abbildung 1 Sozialarbeiterische Tätigkeiten in Suchtberatungsstelle

¹⁸ Bei diesem Konzept handelt es sich darum einen sozialpädagogischen Fall zu konstruieren mit den Perspektiven „Fall von“ („Beispiel für ein anerkanntes Allgemeines“ S. 43), „Fall für“ („einzuschätzen, darauf zu reagieren und selbst einzufädeln, was andere in dem Fall tun können“ S. 52) und „Fall mit“ (in „professionellen Beziehungen mit Menschen in Schwierigkeiten Räume des Möglichen“ zu entwickeln S. 64). Diese Fallebenen können nur analytisch nicht aber in der Praxis voneinander getrennt werden, denn es handelt sich um „unterschiedliche Zugangsweisen eines praktischen Zusammenhanges“ (S. 43)

¹⁹ In diesem Zusammenhang wichtig zu erwähnen ist, dass die Fachkräfte die Inhalte und Begriffe aus dem Konzept „multiperspektivische Fallarbeit“ nicht verwendeten, sondern dass dieses Konzept aus den alltagsprachlichen Beschreibungen der Fachkräfte im Rahmen der Forschungsarbeit rekonstruiert wurde. Die Fachkräfte selbst kannten dieses Konzept nicht, sondern verwendeten ausschließlich Konzepte aus einem suchtmmedizinischen Kontext, die sie z. B. in entsprechenden Fort- und Weiterbildungen kennengelernt hatten.

Expertise „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

Über die in diesen Kontext eingebettete Fallkonstruktion und die Konstituierung der Arbeitsbeziehung, explizit auch in und mit Zwangskontexten, klärt sich nach Aussage der Fachkräfte, die in der Regel vorhandene Ambivalenz der Klient*innen zur Annahme von (weiterführender) Hilfe. Die allmähliche Auflösung der Ambivalenz bei Klient*innen führt dann entweder zu einer Vermittlung in weiterführende Hilfen, zu einer Beratung und Begleitung innerhalb der Einrichtung in Bezug auf ihre Anliegen oder zu einer (vorläufigen) Beendigung des Kontaktes. Eine Beendigung des Kontaktes wird deshalb auch als „vorläufig“ beschrieben, weil es nach Aussage der Fachkräfte häufiger vorkommt, dass das Angebot zu einem späteren Zeitpunkt erneut aufgesucht wird. Dies gelingt dann, wenn sich Beratende und Hilfesuchende im Modus der Kooperation und nicht im Modus eines Konfliktes trennen. Im Rahmen der Vermittlung benennen die Fachkräfte darüber hinaus eine Lotsenfunktion für die Klient*innen im (Sucht-) Hilfesystem und die damit verknüpfte individuelle Hilfeplanung und Unterstützung bei der Antragstellung als weiterer Schwerpunkt der Arbeit. Die Tätigkeit der Vermittlung wird von den Fachkräften explizit nicht als „technischer oder administrativer Akt“ verstanden, sondern eher als weiterer Teil einer „Beziehungsarbeit“ (vgl. Hansjürgens 2013, 2018).

Gestaltung eines integrierten Prozessbogens. Aus sozialarbeiterisch-konzeptioneller Sicht lassen sich die von den Fachkräften dargestellten Tätigkeiten in Richtung der direkten Arbeit mit den Klientinnen sowie Klienten analog zur Gestaltung eines „integrierten Prozessbogens“ (Sommerfeld et al. 2011, S. 310 f.) beschreiben. Beginnend mit dem Fallverstehen bzw. der Fallkonstruktion im oben beschriebenen Sinne muss der Kontakt nicht zwangsläufig mit der vollzogenen Vermittlung in weiterführende Hilfen, einer durchgeführten Beratung oder einer Begleitung enden. Suchtberatung versteht sich nach Aussage der Fachkräfte als Schnittstellenverbindung oder Brückenfunktion zwischen Beratungsstelle und dem Hilfesystem oder auch anderen Bezügen der Klient*innen.

Auf der Basis qualitativer und quantitativer Daten werden nun die tatsächlich wahrgenommenen fachlichen Tätigkeiten der Funktion Suchtberatung innerhalb der Organisation Suchtberatung ausdifferenziert. Die Art und Weise der Tätigkeiten zeigt sich dabei entscheidend geprägt durch die diese Aufgaben im Wesentlichen wahrnehmende Profession der Sozialen Arbeit. Auf der Grundlage der Interpretation der vorliegenden Daten und unter Bezug auf ihre sichtbar werdende Wirkung schließt sich in der vorliegenden Expertise die Auslotung der Potentiale der Funktion Suchtberatung an.

4.1 Raum zur Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung

Im Rahmen einer weiteren qualitativen Untersuchung (Hansjürgens 2018) kann datenbasiert gezeigt werden, wie eine Arbeitsbeziehung, die sich schon im Erstgespräch vertrauensvoll oder misstrauisch entwickelt, Einfluss auf den weiteren Verlauf der angebotenen Hilfe in der Organisation Suchtberatung selbst und in Bezug auf weiterführende Hilfen hat. Dieser bereits auf Erfahrungswerten von Fachkräften schon früh postulierte Zusammenhang begründet sich daraus, dass die Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung im direkten Zusammenhang mit der Zuversicht der Klient*innen steht. Eine solche Zuversicht entwickelt eine Klientin oder ein Klient indem sie/er sich mit ihrem/seinem subjektiven Anliegen

- a) verständlich machen kann,
- b) gehört wird und

Expertise „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

- c) im Bewusstsein, dass die *konkrete* Beraterin oder der *konkrete* Berater sie/ihn bei der Realisierung dieses subjektiv-bedeutsamen Anliegens unterstützen kann und wird.

Die subjektiven Anliegen der Klient*innen zeigen sich in der Untersuchung inhaltlich als sehr heterogen und werden eher diffus beschrieben. So müssen sie teilweise erst im Rahmen eines längeren dialogischen Verständigungsprozesses herausgearbeitet werden. Inhaltlich beziehen sie sich nur zum Teil auf einen Vermittlungswunsch in weiterführende Hilfen.

Als wichtige und explizite Leistung der Fachkräfte erweist sich in diesem Zusammenhang, allen Äußerungen der Klient*innen feinfühlig²¹ nachzuspüren und zu versuchen, mit den Klient*innen in einen Prozess der Verständigung hinsichtlich ihrer Anliegen einzutreten. Bedeutsam ist, diese Verständigung nicht vorschnell als Mittel zum Zweck einer objektivierenden Einordnung in ein Diagnoseschema oder eine Hilfestruktur zu nutzen, sondern die Erklärungstheorien der Klientinnen und Klienten zu würdigen. Es wird vermutet, dass dies ein wichtiges Element zur Entwicklung von Zuversicht darstellt, wie dies auch an Fallbeispielen aus der Arbeit mit chronisch Abhängigen beschrieben wird. (vgl. Walter; Gollnow 2009)

Im und durch den Prozess dieser Verständigung und damit im Fall eines Gelingens gegenseitig subjektiv empfundener, angemessener Reaktionen auf die Äußerungen des jeweils anderen, stabilisiert sich eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung. Gelingt die Verständigung nicht oder entsteht der subjektive Eindruck, dass das Anliegen einer Einordnung in ein Diagnose- oder Hilfeschema *untergeordnet* wurde, entwickelt sich Misstrauen. Eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung ist personengebunden (vgl. Wyssen-Kaufmann 2012) und muss sich in weiteren Beratungskontakten immer wieder bewähren. Eine als misstrauisch stabilisierte Arbeitsbeziehung führt zu einem Modus von Zwang. Dies kann dazu führen, dass Klient*innen sich vermeidend verhalten und eben nicht kooperativ.

Die Fokussierung auf das subjektiv bedeutsame Anliegen der Klient*innen und der respektvolle Umgang mit ihren eigenen Konstruktionen ermöglicht einen sozialpädagogischen Zugang zur Klientel, der nach Peters (2014, S. 77) die Voraussetzung für eine gelungene Beziehungsarbeit darstellt, „um Klientinnen sowie Klienten auf ihrem Weg prozesshaft und beratend zu begleiten“ (ebd.).

Erst im Zusammenspiel von Verständigung über das Anliegen und der Entwicklung von Zuversicht entsteht Vertrauen. Dies ermöglicht die Entstehung der Adherence (WHO 2003), die z. B. für eine Lebensstil verändernde (abstinenzorientierte) Krankheitsbehandlung (Entgiftung, Rehabilitation) oder für eine Erhöhung von Veränderungsmotivation für eine weitergehende Beratung benötigt wird. (vgl. ebd.)
Fachkräfte in Beratungsstellen beschreiben nicht zuletzt deshalb die mit multiperspektivischem Fallverstehen definierte Tätigkeit als besonders wichtiges Element, die der „Lotsenfunktion“ aus fachlicher Sicht vorausgehen muss.

²¹ Diese fachliche Leistung so wurde rekonstruiert konnte auf der Basis des impliziten (Beziehungs-) Wissens erbracht werden, welches sich aus Erfahrung, fachspezifischen Aus- und Fortbildungen, sowie Inter- oder Supervision zusammensetzt. Eine Zusammenstellung der in diesem Sinne relevanten zu erwerbenden Kompetenzen findet sich im Kompetenzprofil der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe 2016)

4.2 Vermittlung in weiterführende Hilfen bzw. Rehabilitation

Die Vermittlung in weiterführende Hilfen wird als zentrales, wenn nicht sogar als das zentrale Element der Funktion Suchtberatung betrachtet. Dies begründet sich wahrscheinlich auch dadurch, dass 65% der Vermittlungen in medizinische Rehabilitation aus ambulanten Suchtberatungsstellen, 19% aus Krankenhausabteilungen (zu denen auch die spezialisierten Entgiftungsabteilungen zählen) und 1 % aus ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxen erfolgen. (vgl. Braun et al. 2017a, Tab. 3.07)

Diese Einschätzung der zentralen Bedeutung der Teilfunktion „Vermittlung in Rehabilitation“ wird gestützt durch die Ergebnisse der sog. HELPS-Studie. Diese hat das Ziel, zu überprüfen

„inwieweit durch einen neuen Behandlungspfad ein Screening auf Hilfebedarf und die Möglichkeit zur direkten Beantragung einer Entwöhnungsbehandlung durch den Hausarzt eine Steigerung der Antritsquote für Entwöhnungsbehandlungen im Vergleich zu herkömmlichen Verfahren erreicht werden kann.“ (Fankhänel et al. 2014, S. 55)

Mit Blick auf die Möglichkeit, diese Erwartung umzusetzen, zeigt sich ein aus Sicht der Funktion Suchtberatung ein bemerkenswertes Ergebnis.

„Wie die Ergebnisse zeigen, konnte erstens durch den neuen Behandlungspfad keine solche Steigerung erzielt werden. Zweitens ist festzustellen, dass im Rahmen der Untersuchung durch die beteiligten Hausärzte aus Interventions- und Kontrollgruppe kein Patient einer Entwöhnungsbehandlung zugeführt wurde. Die Ergebnisse zeigen drittens, dass die Umsetzung der Vorgaben zur Durchführung der Untersuchung gemäß Studienprotokoll seitens der beteiligten Hausärzte in Interventions- und Kontrollgruppe nur unzureichend erfolgt ist.“ (Fankhänel et al. 2014, S. 57)

Mit Blick auf die Bedeutung der Beziehung zwischen den Akteuren ist bemerkenswert, dass auch die Autoren der Studie betonen, dass neben anderen strukturell bedingten Faktoren, wie z. B. einer als ungenügend empfundenen Ausbildung oder einer nicht ausreichend für den Aufwand bewerteten Alimentierung, auch die Einstellung der Hausärzt*innen zur Suchterkrankung eine Rolle bei diesem Ergebnis spielt.

"Als grundsätzliches Problem sollten die hausärztlichen Erwartungen zum Patientenverhalten angesehen werden. Patienten mit riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum wie Patienten mit Verdacht auf Suchterkrankung reagieren nach hausärztlicher Aussage mehrheitlich mit Ablehnung auf Vorschläge für eine Lebensstiländerung bzw. weiterführende Behandlung. Entsprechende Erfahrungen dürften eine beeinträchtigende Wirkung auf die hausärztliche Behandlungsmotivation [Herv. R. H.] ausüben und sollten bei einer Konzeption zur Verbesserung der hausärztlichen Suchtprävention dringend berücksichtigt werden." (Fankhänel et al. 2014, S. 58)

Weiterhin stellen sie fest:

„Dieser Befund verweist auf ein Problem grundlegenderer Art, welches durch geringfügige Modifikationen der empfohlenen Vorgehensweise – wie im Fall des neuen Versorgungspfades – nicht behoben werden konnte.“ (Fankhänel et al. 2014, S. 57)

Insofern stellt die Tätigkeit der Vermittlung im Rahmen der Suchtberatung aus Sicht der Rehabilitation nicht nur ein wichtiges Element dar, sondern entpuppt sich als eine momentan nicht anderweitig zu erbringende Brückenfunktion in weiterführende Hilfen.

Die Vermittlung in Rehabilitation aus Hausarztpraxen hat sich als insuffizient diesbezüglich erwiesen. Die HELPS-Studie stellt als ein zentrales Element die Beziehungsqualität zwischen ärztlicher Fachkraft und Patient*in in den Mittelpunkt ihrer Erklärung²². Hier schließen auch die Ergebnisse der oben benannten qualitativen Studie in Bezug auf die Andersartigkeit des sozialpädagogischen Zugangs im Sinne einer Fallkonstruktion an, die nachfolgend betrachtet werden. (vgl. Hansjürgens 2018)

Bereits in Erstgesprächen lässt sich eine Beziehungsdynamik beobachten. Insbesondere die als hilfreich erlebte zieloffene aktive Unterstützung der Klient*innen durch die Fachkräfte bei der Realisierung auch von lebenspraktischen Anliegen, die als subjektiv bedeutsam empfunden werden, fördert das Vertrauen in die professionelle Hilfe und damit auch Zuversicht und Veränderungsmotivation. Die von außen erfolgende Zuschreibung des Beratungsziels „Vermittlung in weiterführende Hilfen“ impliziert die Gefahr eines Verlustes der Offenheit der Fachkräfte für andere Anliegen der Klientel und somit einer Einschränkung der Möglichkeit, Klient*innen bei der Realisierung ihrer Anliegen zu unterstützen, unabhängig von ihrer Entscheidung weiterführende Hilfen in Anspruch nehmen zu wollen. Die Dynamik wird verstärkt, wenn die Ressourcenausstattung der Organisation Suchtberatung auf eine schnelle Vermittlung in weiterführende Hilfe ausgerichtet ist (z. B. durch den Druck von Kennzahlen oder die Notwendigkeit leere Plätze in der hauseigenen Rehabilitation belegen zu müssen, um die Organisation Suchtberatung finanziell zu sichern). Ein „Vertrösten“ der Realisierung „anderer Anliegen“ auf einen Termin nach erfolgter Suchtbehandlung und Suchtmittelreduktion befördert eher eine misstrauische Arbeitsbeziehung und erschwert damit die Annahme von Hilfe. (ebd.)

Die in diesem Zusammenhang nicht hinterfragbare, dauerhafte Suchtmittelabstinenz, als letztendlicher Zielhorizont im Kontext einer Gewährung von Hilfe, stellt eine normativ gesetzte Unterordnung der als eigentliche Belastung empfundenen subjektiven Anliegen dar. Die Abstinenzforderung kann so als eine zunächst unangemessen empfundene Einschränkung der Autonomie der Lebensführung empfunden werden. Diese subjektive Empfindung einer „Nicht-Stimmigkeit“ lässt sich nicht durch eine vermeintliche Überlegenheit rationaler Argumente „wegdiskutieren“ oder „dekonstruieren“, insbesondere dann nicht, wenn eine Klientin oder ein Klient das Gefühl hat, sich nicht verständlich machen zu können oder mit ihren/seinen Konstruktionen kein Gehör zu finden.

Eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung, mit dem Ergebnis der Kooperation als Voraussetzung für die Annahme weiterführender Hilfen, entwickelt sich in Wechselwirkung mit der Bearbeitung und Realisierung²³ eines für die Klientin / den Klienten subjektiv bedeutsamen Anliegen.

Auch die Perspektive der Suchtmedizin gesteht den Klient*innen eine hohe Problemdichte zu, unterstellt aber gleichzeitig eine mangelnde Behandlungsmotivation (vgl. Giersberg et al.

²² Anzumerken ist, dass die Ärzt_innen, die sich beteiligt haben eine Schulung in motivierender Kurzintervention erhielten, ein standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung substanzspezifischer Störungen und eine Extra-Budgetierung für ihre Leistung (Fankhänel et al. 2014).

²³ Eine Realisierung als subjektiv wichtig empfundener Ziele findet z. B. im Rahmen einer Behandlung durch spezielle Beratungstechniken wie z. B. Motivational Interviewing nicht statt.

Expertise „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

2015, S. 18). Selbst das gemeinsame Durchlaufen des komplexen Antragsverfahrens wird als Schwierigkeit gesehen, was den suchtkranken Menschen aus schulmedizinischer Sicht einmal mehr zu „schwierigen“ Patien*innen macht, wie die HELPS-Studie beschreibt.

Mitarbeitende der Suchtberatung allerdings berichten von anderen Erfahrungen. Die fachgerechte und nicht formal administrative Erstellung des Sozialberichts trägt nach ihren Auffassungen dazu bei, die Zuversicht auf Veränderung der persönlichen Situation zu erhöhen. Diese Einschätzung begründet sich daraus, dass die Phase der Erarbeitung des Sozialberichts von den Fachkräften zur Verständigung über das Anliegen der Klient*innen genutzt wird. Darüber hinaus können die erhobenen Daten, wenn sie bei der Bewilligung der Kostenübernahme und Zuteilung der Rehabilitationsplätze und bei der Zusammenstellung des Rehabilitationsplans inhaltliche und für die Klientin und den Klienten explizit wahrnehmbare Berücksichtigung finden, die Zuversicht auf eine Realisierung ihrer Anliegen erhöhen²⁴.

Ein genauerer Blick auf die Quantität der Vermittlungen zeigt, dass „nur“ 15 % der Klient*innen aus Beratungsstellen in die verschiedenen Formen der Suchtrehabilitation und 64% der Klient*innen gar nicht weitervermittelt werden. (vgl. Braun et al. 2017b, S. Tab. 5.05). Formal betrachtet, heißt das, die Funktion Suchtberatung als „wegweisende Clearingstelle“ (Leune 2014, S. 35) im Sinne einer Durchgangsstation zur Rehabilitation kommt ihrer Aufgabe nicht angemessen nach (ebd.). Es kann aber auch bedeuten, dass es sich lohnt, die Potentiale der problemzentrierten Beratung und Begleitung, die den überwiegenden Teil der Tätigkeiten in einer Suchtberatung einnehmen, zu explizieren.

4.3 Beratung und Begleitung

Der Begriff „Beratung und Begleitung“ beschreibt, dass Klient*innen auf der Basis der von ihnen formulierten Anliegen unabhängig von ihrem Suchtmittelkonsum beraten werden. Darüber hinaus erfahren Betroffene aktive Unterstützung bei der Realisierung ihrer Anliegen von Fachkräften der Sozialen Arbeit – bei Bedarf erfolgt diese Begleitung auch über einen längeren Zeitraum²⁵. Dieses Angebot kann über das reine Gespräch hinausgehen und unterscheidet sich somit von anderen klassischen aus dem psychologischen Kontext bekannten Beratungsformen. Suchtberatung übersteigt hier die klassische Vorstellung einer dyadischen Konstellation und findet in verschiedensten Settings statt. Ausgehend vom formulierten Anliegen wird Suchtmittelkonsum nicht mit dem normativen priorisierten Ziel der Abstinenz thematisiert, sondern eher versucht, Zusammenhänge des Suchtmittelkonsums mit den häufig prekären Lebenslagen im gemeinsamen Beratungs- und Begleitungsprozess aufzudecken²⁶. Erst aus einer in dieser Form verstandenen, langfristigen Suchtberatung- und

²⁴ Die Autorinnen der Studie MeeR (Merkmale einer erfolgreichen und guten Reha-Einrichtung) weisen in ihren Ergebnissen explizit darauf hin, dass eine noch vor Reha-Beginn detaillierte und inhaltliche Auseinandersetzung mit möglichen Zielen der Rehabilitation, eine explizite Berücksichtigung der Wünsche der Klient_innen in Bezug auf das Zusammenspiel zwischen Wünschen der Rehabilitanden und Wahl der Einrichtung bedeutsam ist und geben die deutliche Empfehlung, dass die Aushandlung bzw. Vereinbarung von Therapie bzw. Rehazielen nicht der Erfüllung von Qualitätsstandards dienen darf, sondern einen Bezug zur Lebenswelt der Betroffenen aufweisen soll (Meyer 2014, S. 281 ff.). Zu all diesen Themen können die in der Suchtberatung im Vermittlungsprozess erhobenen Daten des im Vorfeld der Rehabilitation erstellten sog. „Sozialbericht“ inhaltlich sinnvoll genutzt werden.

²⁵ Diese Unterstützung können z. B. sog. „Ämtergänge“ sein, bei denen Klient_innen Hilfe bei der Durchsetzung ihrer Rechtsansprüche erhalten oder Begleitung bei für sie als unangenehm oder angstbesetzt erlebten Terminen z. B. Gerichtstermine, Behördentermine oder aber auch Vorstellungsgespräche in Einrichtungen bei Vermietern, aber auch in privaten Konstellationen in Form von sog. „Dreiergesprächen“ bei denen die Fachkraft diese Gespräche z. B. moderiert.

²⁶ Hier wäre z. B. daran zu denken, in wie weit nimmt jemand verlässlich gemeinsame Termine (auch außerhalb der Beratungsstelle) wahr, bringt Unterlagen bei oder zeigt Selbstreflexion in der Aufarbeitung von Konflikten.

Expertise „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

Begleitung kann das Klient*innen-anliegen entstehen, Suchtmittelkonsum zu reduzieren oder auch beenden zu wollen und sich die dazu nötige Zuversicht auf Realisierung entwickeln²⁷. Nachfolgend sollen nun die Wirkungen problemzentrierter Beratung und Begleitung beschrieben werden, so wie sie sich in der deutschen Suchthilfestatistik abbilden.

Die meisten Klient*innen (41%) werden über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten in der Suchtberatung betreut, aber auch 39% nur über einen Zeitraum von drei Monaten. Darüber hinaus suchen 18 % der Klient*innen bis 24 Monate und darüber hinaus regelmäßig die Beratung auf (vgl. Braun et al. 2017b, S. Tab. 6.01). Die durchschnittliche Anzahl der Kontakte beträgt 15, wobei der überwiegende Teil mit 45% im Bereich von 2 - 5 Kontakten liegt. Die Höhe der durchschnittlichen Kontakte erklärt sich dadurch, dass diese sich in fast identischer Ausprägung mit jeweils 21,8% im Bereich bis 6 - 10 Kontakte und 21,3% im Bereich bis 11 – 30 Kontakte bewegen. Immerhin 11% werden noch mit über 30 Kontakten gezählt (Braun et al. 2017b, S. Tab. 5.06) . Diese Konstellation kann aufgrund der relativ gleichmäßigen Verteilung so gedeutet werden, dass die erste Phase der Kontakte offenbar eine wichtige Schwelle für die Inanspruchnahme von Beratung und Begleitung in der Organisation selbst darstellt. Diese Deutung wird gedeckt durch die oben bereits beschriebene qualitative Untersuchung (vgl. Hansjürgens 2018). In Bezug auf die Haltequote kann festgestellt werden, dass nur für ca. 31,5% der Klient*innen ein Abbruch der Beratungsbeziehung gemeldet wird.

Mehr als Zweidrittel beenden eine Beratungssituation (zu der auch eine Vermittlung gehört). Dies erscheint für eine Klientel, der nachgesagt wird, „schwierig“ zu sein als ein relativ hoher Wert.

Auch in Bezug auf die Inhalte bzw. die Wirkungen der Funktion Suchtberatung lassen sich auf der Basis der Daten der DSHS Aussagen treffen. Diese weist in Bezug auf die Wohnsituation (Braun et al. 2017b, S. Tab. 7.07) aus, dass in 94% der Fälle, die vor Beginn der Beratung selbständig wohnen, dieses auch nach der Beratung tun. **Während der Beratungszeit scheint es also zu gelingen, den Wohnstatus aufrecht zu erhalten.**

Ergänzend dazu wird angegeben, dass nach Betreuungsende für 43% derjenigen, die ohne Wohnung waren und 39% derjenigen, die ihre Wohnsituation mit Notschlafstelle angaben, eine Verbesserung der Situation erreicht wird. Davon geben jeweils 9% an, selbständig zu wohnen und jeweils 17% konnten in eine betreute Wohnform oder eine Fachklinik vermittelt werden. Ähnliches ist für den Ausgangaufenthalt in einer JVA und dem Maßregelvollzug dokumentiert. Hier geben nach Beendigung der Betreuung durch die Suchtberatungsstelle 37% der Personen eine andere Wohnform als die JVA an, davon 10% selbständiges Wohnen und 12% eine Fachklinik. Diese Entwicklung leistet für die entsprechenden Personen einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung einer Resozialisierung. Welchen konkreten Anteil die Beratung in Suchtberatungsstellen zu diesen Entwicklungen beiträgt, bedarf der genaueren Untersuchung. **Dennoch erscheint es zumindest aber nicht ausgeschlossen, dass Unterstützung sowohl hinsichtlich der Prävention einer Verschlimmerung der Wohnsituation als auch bei der Resozialisierung durch die Suchtberatung erfolgt.**

²⁷ Dies sollte jedoch nicht so missverstanden werden, dass das letztendliche Ziel von Beratung und Begleitung die Vermittlung in weiterführende Hilfen ist, geschweige denn mit einer bestimmten Anzahl an Gesprächen zu quantifizieren wäre. Dies würde der fachlich gebotenen Zieloffenheit widersprechen und, so wird vermutet, auch diese beschriebene Wirkung blockieren.

Expertise „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

In Bezug auf den Hauptlebensunterhalt weist die Statistik (vgl. Braun et al. 2017b, S. Tab. 7.09) aus, dass 21% der Klient*innen, die vor der Suchtberatung Krankengeld, 16%, die ALG I (SGB III) bezogen sowie 11%, derjenigen, die Gelegenheitsjobs hatten und 10% derjenigen, die von ihrem Vermögen lebten, nach dem Betreuungsende, diesen wieder mit Erwerbsarbeit bestritten. Darüber hinaus konnten ebenfalls 10% derjenigen, die angaben, von ALG II (SGB II) zu leben, in andere Finanzierungsformen (davon 5% in Erwerbsarbeit) überführt werden. **Auch hier erscheint es plausibel, dass die wirtschaftliche Situation in Beratungsgesprächen thematisiert wird und damit der Zielvorgabe der Träger von Versicherungsleistungen in der Suchtberatung durchaus nachgekommen wird.**

Zwei Drittel der Klient*innen geben nach Betreuungsende an, dass sie ihre Problematik erfolgreich bewältigt haben oder sich diese gebessert hat (vgl. Braun et al. 2017b, S. Tab. 7.10). Die detailreiche Erhebung der Lebensführung der Betroffenen legt nahe, dass sich „die Problematik“ in der Regel nicht nur auf ein erhöhtes oder als süchtig zu bezeichnendes Konsummuster einer psychotropen Substanz bezieht, sondern insbesondere auch die soziale Situation der Menschen betrifft.

Neben den bereits angesprochenen Bereichen Wohnen und Lebensunterhalt erscheint es weiterhin elementar, auch den Bereich Familie und das soziale Nahfeld als mit dem Konsumverhalten der Klient*innen verknüpft zu betrachten. Nach der Kooperation mit den weiterführenden Hilfen (Rehabilitationseinrichtungen, Krankenhausabteilungen, Selbsthilfegruppen) und Leistungsträgern steht die Zusammenarbeit mit Angehörigen mit 18,8% an dritter Stelle der Tätigkeiten der Suchtberatung (Braun et al. 2017b, S. Tab. 5.03). Hier besteht jedoch Forschungsbedarf, um einen Zusammenhang von Suchtberatung und einer Verbesserung oder Klärung familiärer Beziehungen besser verstehen zu können. Konservative Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 3 Millionen Kinder von der Alkohol- oder Drogenabhängigkeit eines oder beider Elternteile betroffen sind (vgl. Klein et al. 2017). Es ist davon auszugehen, dass es inhaltlich sinnvoll ist, diese Problematik auch im Rahmen von Suchtberatung zu thematisieren.

4.4 Erschließung eines regionalen Hilfenetzwerkes für Betroffene

Die Erschließung eines regionalen Hilfenetzwerkes für Betroffene bezieht sich einerseits auf fallbezogene Kooperationen und andererseits auf organisationsbezogene Kooperationen zur strukturellen Gestaltung eines regionalen Hilfenetzwerkes.

Im Bereich der Erschließung eines Hilfenetzwerkes erfasst die DSHS insgesamt 20 verschiedene Institutionen, mit denen schriftliche Kooperationen zur Arbeitsteilung geschlossen und Fallkonferenzen abgehalten werden (vgl. Braun et al. 2017b, S. Tab. E 16). Die Kooperationen umfassen alle Bereiche, die das SGB einschließt: Arbeitsagenturen / Jobcenter (SGB II und III), Krankenhäuser und ärztliche Praxen (SGB V), Rehabilitationseinrichtungen (SGB VI), Pflegeeinrichtungen (SGB XI), Jugendhilfe (SGB VIII), Eingliederungshilfe (SGB XII) sowie Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Justiz und weiteren Einrichtungen aus dem Segment der Daseinsvorsorge und Selbsthilfe. **Dies deckt sich mit den Angaben der Fachkräfte in den Selbstbeschreibungen, die Netzwerkarbeit neben der Klient*innen bezogenen Arbeit als Schwerpunkt ihrer Tätigkeit beschreiben (vgl. Hansjürgens 2013).**

Expertise „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

Anhand der hohen Zahlen, die jeweils für diese Teilfunktion angegeben werden, kann hier davon ausgegangen werden, dass Suchtberatung nicht nur Klient*innen-bezogen in andere Hilfesektoren hineininterveniert, sondern auch strukturell das jeweils regionale Feld von Hilfe mitgestaltet und z. B. in Form von Kooperationsverträgen erschließt.

Als Beispiel für eine solche Erschließung und einen damit verbundenen Forschungsbedarf lässt sich der Bereich der Kooperation mit dem Segment des SGB VIII nennen. Schon jetzt zeigt die Suchthilfestatistik, dass 72% der Suchtberatungsstellen Klient*innen-bezogene Fallkonferenzen mit dem Jugendamt und der Jugendhilfe²⁸ abhalten. Dies ist der höchste angegebene Kooperationswert in Bezug auf gemeinsame Fallkonferenzen. Gleichzeitig wird angegeben, dass in 37% der Einrichtungen schriftliche Vereinbarungen zur Arbeitsteilung existieren. Nicht explizit untersucht und erfasst jedoch ist der Zusammenhang zwischen Suchtberatung und deren Auswirkungen auf die familiäre Dynamik und explizit im Zusammenhang mit einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit von Jugendamt und Suchtberatung. Zu denken wäre hier an die Vermeidung der Fremdunterbringung von Kindern, was wiederum Auswirkungen auf die auch kommunal finanzierten Leistungen des SGB VIII haben dürfte. Sowohl aus Sicht von Suchtberatungen als auch aus Sicht der kommunalen Jugendhilfe könnte es daher interessant sein zu erfahren, bei wie vielen Familien, in denen Hilfe zur Erziehung zum Einsatz kommt, aus der Perspektive der Jugendhilfe ein Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum eines oder beider Elternteile hergestellt wird, wie eine Kooperation diesbezüglich inhaltlich gestaltet wird und welche Ergebnisse diese erzielt. Weiterhin dürfte aus Sicht der Kommune - als Trägerin beider Hilfeangebote - auch von Interesse sein, welche Wirkungen zu benennen wären, die nicht von der DSHS erfasst werden.

²⁸ Aus dieser Erfassung geht allerdings nicht hervor, ob es sich bei dieser Kooperation, um Kinder als Angehörige handelt bzw. elterlicher Suchtmittelkonsum thematisiert wird oder ob es sich um die Vermutung liegt, dass betroffene Jugendliche handeln, die selbst Beratung in Anspruch nehmen.

5 Potentiale der Funktion Suchtberatung und die Herausforderungen für ihre Nutzung

Die herausgearbeiteten tatsächlich wahrgenommenen Tätigkeiten

- Gestaltung eines zieloffenen Raumes zur Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung,
- Vermittlung in weiterführende Hilfen,
- Beratung und Begleitung,
- Erschließung eines regionalen Hilfenetzwerkes für Betroffene,

bilden die konzeptionellen Eckpfeiler der Funktion Suchtberatung. Ein voraussetzungsloser, niedrigschwellige Zugang zur Funktion Suchtberatung ermöglicht dabei den beschriebenen sozialpädagogischen Zugang infolge dessen eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung entstehen kann, die wiederum die Gestaltung eines Prozessbogens ermöglicht.

Zusammen lässt sich dieses Angebot unter fachlichen Gesichtspunkten, insbesondere mit Blick auf die Vermittlung, als (Hilfe-) sektorenübergreifendes Casemanagement²⁹ beschreiben. Die Interpretation der dargestellten Daten wird dadurch gestützt, dass 47,7%³⁰ der Klient*innen mindestens eine „ergänzende Betreuung“ in unterschiedlichen Helfesektoren in Anspruch nehmen, bei der davon ausgegangen wird, dass sie im Rahmen der Suchtberatung initiiert wurde. Somit ist dies ein weiterer Hinweis auf den angesprochenen „Prozessbogen“, der über eine erfolgte Vermittlung oder beendete Suchtberatung hinausgeht und an den wieder angeknüpft werden kann. **Die Bedeutung des Prozessbogens liegt darin, dass mit seiner Hilfe Klient*innen mit einem problematischen Substanzkonsum oder einem entsprechenden Verhalten sowohl erreicht werden können, als auch eine Verbesserung ihrer Lebenssituation sowie ihrer Integration in weiterführende Hilfen realisiert wird.** Hinzu kommt auch eine strukturelle Erschließung von Hilfenetzwerken für Klient*innen durch interprofessionelle Zusammenarbeit aber auch durch organisationsbezogene Kooperationsverträge.

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS) hat in ihrem Kompetenzprofil (vgl. Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe 2016) dargelegt, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit, welche zu einem überwiegenden Teil (63%) die Arbeit in Suchtberatungsstellen gestalten (vgl. Braun et al. 2017b, S. Tab. E 13), darauf spezialisiert sind, die soziale Dimension einer Suchterkrankung zu bearbeiten. Diese kann kurz als „Realisierung von (gesellschaftlicher) Teilhabe in Wechselwirkung mit der Unterstützung individueller Coping- bzw. „Recoveryprozesse“ beschrieben werden. (vgl. Hansjürgens 2015) Sie intervenieren dabei auf der Personenebene (Copingprozesse) sowie

²⁹ Im Kontext mit psychischer Erkrankung konnte die Forschungsgruppe um Sommerfeld (2011) empirisch zeigen, dass die aktive Unterstützung von Klient_innen in sog. lebenspraktischen Bereichen (sie sprechen in diesem Zusammenhang von sozialen Handlungsfeldern) dazu führt, dass sich auch Symptome einer psychischen Erkrankung bessern bzw. dass sich beide Entwicklungen gegenseitig stützen. Sommerfeld et al. (2016, S. 218) sprechen in diesem Zusammenhang daher von einem „sozialtherapeutischen Case Management“. „Soziotherapie“ ist in § 37a SGB V explizit als Leistung ausgewiesen, umfasst aber lediglich die Koordinierung und Motivation zu ärztlich verordneten Leistungen im Falle einer psychischen Erkrankung, würde also im beschriebenen Segment der Suchthilfe zu kurz greifen. Dennoch scheint hier mit Blick auf Ressourcenallokation ein Ansatzpunkt zu sein.

³⁰ Es handelt sich hier um eine eigene Berechnung, auf der Basis der in der deutschen Suchthilfestatistik erhobenen Zahlen aus den Tabellen 1.01 (Übersicht über alle Klient_innen) und Tab. 5.02 (Art der ergänzenden Betreuung).

Expertise „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

auf der Systemebene (Realisierung von Teilhabe³¹) als auch auf der Prozessebene (vertrauensvolle Arbeitsbeziehung) (vgl. Hansjürgens 2016).

Vor diesem Hintergrund entsprechen die beschriebenen Tätigkeiten einer Suchtberatung schon heute den politisch geforderten Teilhabeorientierungen. (vgl. UN-BKR, SGB IX und Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2014)

Zusammenfassend mit Blick auf das Potential von Suchtberatung kann also davon ausgegangen werden, dass diese bei Suchtmittelkonsumenten wirksam zur Stabilisierung prekärer Lebenssituationen in Bezug auf Wohnen und Lebensunterhalt im Sinne einer Realisierung von Teilhabe beiträgt. In diesem Zusammenhang entwickelt sich eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung, aus der ein Prozessbogen entsteht. Im Rahmen des Prozessbogens, zu dem auch explizit eine Vermittlung in weiterführende Hilfen passiert, dient Suchtberatung der Verbesserung der Lebenssituation von Menschen und ihrem sozialen Umfeld im Sinne einer Beförderung von Coping und Recoveryprozessen. Damit einher geht eine langfristige Stabilisierung (explizit auch in Krisensituation) von in suchtherapeutischen Maßnahmen erarbeiteten Verhaltensänderungen im Rahmen der Wiedereingliederung in den Alltag. Dazu zählt neben der Stabilisierung der Wohnsituation und der Sicherung des Lebensunterhaltes durch Erwerbsarbeit auch die Stabilisierung von persönlichen Beziehungen durch Kooperation mit Familie und sozialem Nahfeld.

Der in der Untersuchung zur Entwicklung einer Arbeitsbeziehung in Erstgesprächen herausgearbeitete Einfluss, insbesondere einer strukturell prekären Finanzierung der Leistung und Funktion Suchtberatung auf das Entstehen von Vertrauen und die Bedeutung von Vertrauen in Bezug auf die Annahme von Hilfe (Hansjürgens 2018), impliziert jedoch eine Herausforderung für die Organisation dieser Hilfe. Unter den oben beschriebenen aktuellen Bedingungen der Erbringung (sozialpolitische Zuordnung und von außen zugeschriebene aber nicht ausgeglichene refinanzierte Zuständigkeit) ist zu befürchten, dass die beschriebenen Funktionen und Wirkungen der Funktion Suchtberatung gefährdet sind bzw. zumindest sein könnten, wenn ihre Bedeutung für die Betroffenen und auch für die Hilfesysteme nicht erkannt bzw. anerkannt werden und sich dies nicht in der Ressourcenausstattung spiegelt. Darüber hinaus deutlich geworden sein dürfte, dass eine alleinige Fokussierung der Behandlung von Sucht im gesundheitsbezogenen Sektor für die Betroffenen nicht ausreicht. Die in der DSHS pauschal mit „Problematik“ beschriebenen Anliegen der Klient*innen beziehen sich auch auf andere Bereiche als die Reduktion des Konsums, auch wenn dies oft in einem Zusammenhang steht. Erst die Verständigung mit Klient*innen über den Suchtmittelkonsum hinausgehende „Problematiken“, deren Bearbeitung und Realisierung in Form von subjektiv für den Klient*innen *erfahrbaren* Erfolgen, ermöglicht das Vertrauen oder die sog. Motivation (Adherence), die benötigt wird, um das Angebot einer weiterführenden Behandlung anzunehmen. Dieses kann als Brückenfunktion der Sozialen Arbeit in professionelle Hilfen aber auch in andere Lebensbereiche³² bezeichnet werden.

Um das Potential der Hilfeart Suchtberatung für die betroffenen Menschen zu erhalten und ihnen eine Brücke in weiterführende Hilfen (sog. „Vermittlung“) und darüber hinaus z. B. je

³¹ Teilhabe in diesem Zusammenhang bezieht sich nicht nur auf Hilfesysteme, sondern auch auf die persönlichen Handlungssysteme von Klient_innen: Wohnen, Arbeit, Familie, persönliche Beziehungen usw.

³² Sommerfeld et. al. bezeichnen dies als „Handlungssysteme“ und meinen damit z. B. die Bereiche Wohnen, Arbeit/Tagesstruktur, Kultur/Freizeit, Familie, private soziale Netzwerke (2011).

Expertise „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

nach Anliegen durch problemzentrierte Beratung in andere Handlungssysteme (Wohnen, Arbeiten, persönliche Beziehungen usw.) bauen zu können bzw. sie dort zu stabilisieren, muss dieses deutlich stabiler und verlässlicher³³ finanziert, unabhängig von der faktischen Verpflichtung der Vermittlung in die Hilfeart Rehabilitation betrachtet werden - gleichwohl sich diese Hilfearten sehr sinnvoll ergänzen.

Die Frage, wer die Verantwortung hierfür übernimmt, stellt eine zentrale Herausforderung dar und muss an dieser Stelle offenbleiben. Strukturell zu denken wäre an ein sektorenübergreifendes regional angesiedeltes Casemanagement in Verantwortung der Kommunen, wie es z. B. von Luthé (2013) mit den sog. „kommunalen Gesundheitslandschaften“ beschrieben wird. Eine andere Möglichkeit stellt eine Neuverhandlung zwischen den Leistungsträgern Kommune und den Leistungsträgern der Versicherungsleistungen in Bezug auf die stabile Übernahme der dargestellten Brücken- und Stabilisierungsfunktion in die von ihnen angebotenen Hilfen bzw. Wiedereingliederung in Erwerbsarbeit und andere soziale Handlungssysteme dar. Dabei sollten die Bedingungen der Fachlichkeit gewährleistet sein, da nur unter diesen die Entfaltung des beschriebenen fachlichen Potentials, deren Grundlage eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung darstellt, möglich ist. Eine wichtige Rolle für die Klärung und Aushandlung dieser Fragen kommt hierbei den inhaltlich und professionsbezogenen Fachverbänden und Fachgesellschaften zu.

Eine funktionale Suchtberatung könnte neben dem Gewinn für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld (zu dem in einem erweiterten Sinn auch die Menschen neben dem Arbeitsplatz auch der weitere soziale Raum, in dem die Menschen sich aufhalten, zu zählen wären) auch dazu beitragen, regional soziale (Hilfe-) Räume zu gestalten sowie die Kommunen von Kosten zu entlasten, die durch einen dauerhaften Verbleib Betroffener im Leistungsbezug nach SGB II; III, XII und auch indirekt in SGB VIII und XI entstehen. Die Verantwortung für die Annahme der Hilfen sollte dabei nicht allein den Betroffenen zugeschoben, sondern die Bedingungen der Erbringung dieser Hilfeleistungen so gestaltet werden (Ermöglichung eines niedrighwelligen Zugangs, Zeit für die Klärung von Anliegen, Beratung und Begleitung bei der Bewältigung subjektiv bedeutsamer Anliegen, inhaltliche Vermittlung), dass es für Klient*innen und die Menschen aus ihren sozialen Handlungssystemen nicht nur prinzipiell möglich, sondern auch aus ihrer subjektiven Perspektive faktisch realisierbar wird, diese Hilfen anzunehmen und für sich zu nutzen.

Die Funktion Suchtberatung, inhaltlich wesentlich geprägt durch die Profession Soziale Arbeit, leistet hierzu jetzt schon einen wichtigen, erhaltenswerten Beitrag, kann dies auch in Zukunft tun und dabei ihr Potential weiter ausschöpfen.

³³ Dies bezieht sich vor allem auf den Befund, dass eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung nicht ohne weiteres auf andere Personen zu übertragen ist. Eine hohe Personalfuktuation durch z. B. schlechte Arbeitsbedingungen oder ein häufiger Trägerwechsel mit wechselndem Personal, wie es z. B. durch die im SGB II übliche Ausschreibungspraxis z. T. sogar europaweit zu erwarten ist, sind aus dieser Perspektive als absolut dysfunktional zu bezeichnen.

Literaturverzeichnis

Althammer, Jörg W.; Lampert, Heinz (2014): Lehrbuch der Sozialpolitik. 9., aktualisierte u. überarb. Aufl. 2014. Berlin: Springer Gabler (Springer-Lehrbuch).

Arbeitskreis katholischer Suchthilfe (AKS) (2003): Sucht(-hilfe) kostet Geld - Suchthilfe spart Geld! eine Argumentationshilfe für die Praxis. Freiburg i. Br.

Arnold, Thomas (2014): Sozialpolitik. In: Günter J. Friesenhahn, Daniela Braun und Rainer Ningel (Hg.): Handlungsräume Sozialer Arbeit. Ein Lern- und Lesebuch. Opladen: Budrich (UTB, 8545), S. 212–222.

Becker-Lenz, Roland (Hg.) (2009): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.

Bellermann, Martin (2011): Sozialpolitik. Eine Einführung für soziale Berufe. 6., überarb. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus (Studienbuch soziale Arbeit).

Böhl, Andreas et al (2010): Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund. Bestandsaufnahmen und Entwicklungsperspektiven. Hg. v. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Hamm. Online verfügbar unter http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2011_02_28-DHS_Verbundpapier-DIN_neu_2.pdf, zuletzt geprüft am 15.01.2016.

Braun, Barbara; Specht, Sara; Thaller, Rebecca; Künzel, Jutta (2017a): Deutsche Suchthilfestatistik 2016. Teilband für stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Institut für Therapieforschung (IFT). München.

Braun, Barbara; Specht, Sara; Thaller, Rebecca; Künzel, Jutta (2017b): Deutsche Suchthilfestatistik 2016. Tabellenband für ambulante Sucht- und/oder Beratungsstellen und Institutsambulanzen. Institut für Therapieforschung (IFT). München.

Bürkle, Stefan (2015): Wo stehen die Beratungsstellen. Neue Herausforderungen in der ambulanten Suchthilfe. In: *Konturen 1* (Titelthema), zuletzt geprüft am 07.08.2016.

Deutsche Gesellschaft für Beratung e. V. (2003): Beratungsverständnis. Unter Mitarbeit von Sofia Bengel, Dr. Notker Klann, Hubert Kötter, Anni Michelmann, Dr. Florian Moeser-Jantke. Köln. Online verfügbar unter <http://www.dachverband-beratung.de/dokumente/Beratung.pdf>, zuletzt geprüft am 10.01.2016.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (Hg.) (2016): Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention. Münster.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (1999): Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe. Unter Mitarbeit von Dilek Türk und Christoph Kröger. Online verfügbar unter http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Beratungsstellen/leistungsbeschreibung_1999.pdf.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2014): Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland. Hamm.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2013): Vereinbarungen im Suchtbereich. Berlin.

Deutscher Verein für öffentliche und privat Fürsorge e. V. (2014): Empfehlungen des Deutschen Vereins zu den kommunalen Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II. Berlin.

Expertise „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

Fachverband Drogen- und Rauschmittel (2005): Mindeststandards der ambulanten Suchthilfe. Online verfügbar unter [http://fdr-online.info/media/pdf-](http://fdr-online.info/media/pdf-Dateien/Arbeitsmaterialien/FDRMindeststandardsAmbSH.pdf)

Dateien/Arbeitsmaterialien/FDRMindeststandardsAmbSH.pdf, zuletzt geprüft am 07.01.2016.

Fachverband Drogen- und Rauschmittel (2017): Forderungen für eine wirksame Ambulante Suchthilfe. Berlin.

Fankhänel, Thomas; Klement, Andreas; Forschner, Lukas (2014): Hausärztliche Intervention für eine Entwöhnungs- Langzeitbehandlung bei Patienten mit einer Suchterkrankung (HELPS). In: *Sucht Aktuell* (2), S. 55–59.

Giersberg, Steffi; Touil, Elina; Kästner, Denise; Büchtmann, Dorothea; Moock, Jörn; Kawohl, Wolfram; Rössler, Wulf (2015): Alkoholabhängigkeit. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Behandlungspfade für die ambulante integrierte Versorgung von psychisch erkrankten Menschen, / herausgegeben von Wulf Rössler und Jörn Moock).

Hansjürgens, Rita (2013): "Zwischen den Stühlen". Soziale Arbeit in der ambulanten Suchthilfe. Forschungsbericht. Hochschule, Koblenz. Fachbereich Sozialwissenschaften.

Hansjürgens, Rita (2015): Individuelle Wege aus der Sucht. gesellschaftliche Teilhabe suchtkranker Menschen - Soziale Arbeit in der Suchthilfe. In: *FORUM: sozialarbeit + gesundheit* (4), S. 17–19.

Hansjürgens, Rita (2016): Perspektiven für die Aus- und Fortbildung von Fachkräften der Sozialen Arbeit für Tätigkeiten in der Suchthilfe. In: Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (Hg.): Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention. Münster, S. 49–54.

Hansjürgens, Rita (2018): "In Kontakt kommen". Analyse der Entstehung von Arbeitsbeziehungen in Suchtberatungsstellen. Baden-Baden: Tectum-Verl.

Hauschildt, Elke (Hg.) (1997): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte, Struktur und Perspektiven. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Helas, Irene (1997): Über den Prozess der Professionalisierung in der Suchtkrankenhilfe. In: Elke Hauschildt (Hg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte, Struktur und Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 147–161.

Hessische Landessstelle gegen die Suchtgefahren (2000): Leistungsbeschreibung für Suchtberatungsstellen in Hessen. Frankfurt. Online verfügbar unter http://www.hls-online.org/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=386&task=view.download&cid=87, zuletzt geprüft am 15.01.2016.

Klein, M. (2012): Soziale Arbeit in der Suchthilfe – verkannt, unbekannt, unverzichtbar oder was? In: *Suchttherapie* 13 (04), S. 153–154. DOI: 10.1055/s-0032-1329960.

Klein, Michael; Thomasius, Rainer; Moesgen, Diana (2017): Kinder von suchtkranken Eltern. Grundsatzpapier zu Fakten und Forschungslage. In: Kinder aus suchtbelasteten Familien. Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit. Berlin, S. 3–26.

Leune, Jost (2014): Ambulante Suchthilfe als wegweisende Clearingstelle. - was verspricht Erfolg? In: Erfolgreich Weichen stellen in der Suchthilfe. 31. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht. Münster, S. 25–42.

Luthe, Ernst-Wilhelm (Hg.) (2013): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (Gesundheit, Politik – Gesellschaft - Wirtschaft).

Meyer, Thorsten (2014): Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung (Meer). Unter Mitarbeit von Maren Stamer und Iris Brandes. Medizinische Hochschule Hannover. Hannover.

Expertise „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2015): Landeskonzert gegen Sucht Nordrhein-Westfalen. Grundsätze / Strategie / Handlungsrahmen. Düsseldorf.

Nadai, Eva; Sommerfeld, Peter (2005): Professionelles Handeln in Organisationen. Inszenierungen der Sozialen Arbeit. In: Michaela Pfadenhauer (Hg.): Professionelles Handeln. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 181–205.

Peters, Oliver (2014): Problemsikzzen im Beratungsprozess Alkolkranker. Am Beispiel der sozialpädagogischen Beratungsarbeit des ambulanten Dienstes des Therapiezentrums "Ahornhof" im Kreis Pinneberg, Schleswig-Hollstein unter Einbeziehung der Prozessschritte in der Beratung nach Sue Cullen. In: *neue praxis* 44 (1), S. 75–84.

Pokladek, Gerlind (2010): Und es gab sie doch. Suchtkrankenhilfe in der DDR. In: Karl Wassenberg und Sabine Schaller (Hg.): Der Geist der deutschen Mäßigkeitsbewegung. Debatten um Alkohol und Trinken in Vergangenheit und Gegenwart. Halle: Mitteldeutscher Verlag, S. 99–113.

Rössler, Wulf (2003): Wie definiert sich Qualität in der psychosozialen Versorgung? In: *Der Nervenarzt* 74 (7), S. 552–560.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Gutachten 2014): Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und für ausgewählte Leistungsbereiche.

Schliehe, Ferdinand (1995): Struktur und Organisation der medizinischen Rehabilitation. Thesen zur Weiterentwicklung und Reform. In: Barbara Riedmüller und Thomas Olk (Hg.): Grenzen des Sozialversicherungsstaates. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Leviathan, Zeitschrift für Sozialwissenschaft, 14), S. 107–116.

Sommerfeld, Peter; Dällenbach, Regula; Rügger, Cornelia (2016): Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis.

Sommerfeld, Peter; Haller, Dieter (2003): Professionelles Handeln und Management. oder ist der Ritt auf dem Tiger möglich? In: *neue praxis* 33 (1), S. 61–89.

Sommerfeld, Peter; Hollenstein, Lea; Calzaferri, Raphael (2011): Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

Spode, Hasso (2012): Die Anfänge der Suchthilfe im 19. Jahrhundert. Vom Kreuzzug zur Behandlungskette. In: *Suchttherapie* 13 (4), S. 155–161.

Tretter, Felix (2000): Suchtmedizin. Der suchtkranke Patient in Klinik und Praxis ; mit 195 Tabellen. Stuttgart [u.a.]: Schattauer.

Venedey, Anja (2015): Viel mehr als nur Beratung. Tätigkeitsfelder und Perspektiven ambulanter Suchthilfe aus Sicht eines Einrichtungsträgers. In: *Konturen*.

Walter, Uta; Gollnow, Michael (2009): Fälle in der Falle. Zur Konstruktion von Aussichtslosigkeit in der Suchthilfe. In: *Soziale Arbeit* (9), S. 332–339.

WHO (2003): Adherence to long term therapies. Evidence for action. Online verfügbar unter http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1, zuletzt geprüft am 08.08.2016.

Expertise „Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung“

Wyssen-Kaufmann, Nina (2012): Auswirkungen des 'Stellvertretungsparadoxes' auf das Arbeitsbündnis in der Sozialen Arbeit. In: Andreas Hanses und Kirsten Sander (Hg.): Interaktionsordnungen. Gesundheit und soziale Praxis. Wiesbaden: Springer VS, S. 197–218.