



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts

Klinische Sozialarbeit in ambulanten und stationären Einrichtungen – Möglichkeiten und Herausforderungen bei der Behandlung von Suchtproblematiken

Vorgelegt von:	Robin Jonathan Schiemenz
Erstprüfer:	Herr Prof. Dr. Daniel Rottke M.mel
Zweitprüfer:	Herr Prof. Dr. Andreas Speck
URN-Nummer:	urn:nbn:de:gbv:519-thesis2022-0520-2
Fachbereich:	Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1 Sucht und Abhängigkeit	4
1.1 Begriffsbestimmungen	5
1.2 Epidemiologie	7
1.3.1 Sozial-kognitiver Ansatz	12
1.3.2 Entwicklungspsychologischer Ansatz	13
2 Klinische Sozialarbeit	15
2.1 Kompetenzen	15
2.2 Aufgaben und Methoden	16
3 Suchthilfesystem	17
3.1 Ambulante Angebote	19
3.2 Stationäre medizinische Rehabilitation	20
3.3 Derzeitige Probleme des Suchthilfesystems	22
4 Klinische Sozialarbeit in der Suchthilfe	24
4.1 Fachwissen	25
4.2 Aufgaben	27
4.3 Methoden	28
4.3.1 Case Management	29
4.3.2 Motivational Interviewing	32
4.4 Vorherrschende Probleme der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe	34
5 Zukunftsaussichten	35
6 Zusammenfassung	38
Literaturverzeichnis	43

Einleitung

„Den nächsten Planeten bewohnte ein Säufer. Dieser Besuch war sehr kurz, aber er tauchte den kleinen Prinzen in tiefe Schwermut. – 'Was machst du da?' fragte er den Säufer, den er stumm vor einer Reihe voller Flaschen sitzen sah. – 'Ich trinke', antwortete er mit düsterer Miene. – 'Warum trinkst du?' fragte ihn der kleine Prinz. – 'Um zu vergessen', antwortete der Säufer. 'Um was zu vergessen?' erkundigte sich der kleine Prinz, der ihn schon bedauerte. – 'Um zu vergessen, daß ich mich schäme', gestand der Säufer und senkte den Kopf. – 'Weshalb schämst du dich?' fragte der kleine Prinz, der den Wunsch hatte, ihm zu helfen. – 'Weil ich saufe', endete der Säufer und verschloß sich endgültig in sein Schweigen.“

(Aus: Der kleine Prinz von Antoine de Saint-Exupéry, Kapitel 12)

Diese Textstelle beschreibt sehr eindeutig, den Teufelskreis, in welchem sich abhängige Menschen befinden und mit welcher Hilflosigkeit Außenstehende konfrontiert sind.

Die bisherigen Erfolge in der Suchthilfe gehen auf eine intensive Forschung zurück. Aber auch auf die endlosen Stigmatisierungsprozesse, die bis heute anhalten. Um Personen, die an einer Abhängigkeit leiden, neue Perspektiven zu ermöglichen, wurde sich vor allem an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert. Die daraus entstandenen Ansätze und Hilfemöglichkeiten sind durch verschiedene Auffassungen geprägt, wie eine Abhängigkeitserkrankung zu verstehen ist.

Da in den ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe vor allem Sozialarbeiter*innen eingesetzt sind, stellt sich für die Soziale Arbeit dahingehend die Frage, wie die Klient*innen und ihr soziales Umfeld unterstützt und welche Methoden in der Praxis angewendet werden können.

Die Klinische Sozialarbeit versteht sich als beratendes und behandelndes Arbeitsfeld im Gesundheitswesen. Zu dieser Klientel gehören auch Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Die bio-psycho-soziale Sichtweise ist maßgebend für die Tätigkeit in der Klinischen Sozialarbeit und grenzt sich somit vom psychotherapeutischen Handeln ab.

In der vorliegenden Arbeit steht die Frage im Vordergrund, welche Möglichkeiten Klinische Sozialarbeiter*innen in der Suchthilfe haben, einen gelingenden Ausstieg aus der Abhängigkeit mit den Betroffenen zu planen und umzusetzen. Gleichzeitig wird sich aber auch auf die Herausforderungen, die in der Suchthilfe weiterhin einen großen Raum einnehmen, konzentriert.

Das abschließende Ziel wird es sein, mithilfe von ausgewählten Lösungsansätzen eine Übersicht über die Zukunft der Suchthilfe zu geben.

Das erste Kapitel nimmt vorrangig die Differenzierung der Begriffe „Sucht“ und „Abhängigkeit“ in den Blick. Des Weiteren werden die geschichtlichen Hintergründe der Bezeichnungen dargestellt und die Verbreitung von Abhängigkeitserkrankungen mit Bezug zu auffallenden Faktoren erläutert. Im Anschluss kann mithilfe von zwei Theorien ein Verständnis für die Entstehung von Abhängigkeiten gegeben werden.

Das Arbeitsfeld der Klinischen Sozialarbeit wird im zweiten Unterpunkt näher betrachtet. Nach einer kurzen Einführung werden vor allem die Kompetenzen beleuchtet, die maßgeblich für eine*n Klinische*n Sozialarbeiter*in sind, um mit den Klient*innen lösungsorientiert arbeiten zu können. Vertieft werden diese Aspekte nachfolgend mit den anwendbaren Methoden, die bei der Beratung und Behandlung zur Verfügung stehen. Außerdem werden die Aufgaben von Klinischen Sozialarbeiter*innen charakterisiert.

Im dritten Kapitel wird das aktuelle Suchthilfesystem fokussiert. Dabei wird ein thematischer Schwerpunkt auf die ambulanten sowie stationären Angebote zur Behandlung von Abhängigkeitsproblematiken gelegt. Ergänzt wird dies durch die derzeitigen Konflikte, welche vorherrschend sind und dementsprechend eine adäquate Hilfeleistung verhindern.

Als Zusammenführung der beiden Arbeitsfelder, bezieht sich das vierte Kapitel noch einmal spezifiziert auf die Aufgaben von Klinischen Sozialarbeiter*innen in der Suchthilfe. Näher eingegangen wird anschließend auf die Methoden des Case Management und des Motivational Interviewing, welches als Werkzeug für die Arbeit mit abhängigen Menschen entwickelt wurde. Bezugnehmend zur Fragestellung werden weitere Problematiken des Handlungsfeldes identifiziert.

Der letzte Gliederungspunkt beschäftigt sich mit der Zukunft der Suchthilfe und welche Möglichkeiten unter anderem für Klinische Sozialarbeiter*innen bestehen, dieses System nachhaltig zu verbessern.

1 Sucht und Abhängigkeit

Die Wahrnehmung von Abhängigkeitserkrankungen ist immer noch von Stigmatisierungen geprägt und die Betrachtung, dass die Krankheit auf ein eigenes Fehlverschulden zurückzuführen ist, verstärkt jene Prozesse.

Bereits 1975 beschrieb der kanadische Soziologe Erving Goffman verschiedene Stigmatisierungsformen und deren unbewussten Auftreten in der Gesellschaft. Stehen sich zwei fremde Menschen gegenüber und einer von beiden zeigt eine Eigenschaft, die in der Welt des anderen Individuums als von der Norm abweichend definiert wird, bestimmt das Unterbewusstsein die Einordnung in eine Kategorie, auf die diese Charakteristik zutrifft. „In unserer Vorstellung wird sie so von einer ganzen und gewöhnlichen Person zu einer befleckten, beeinträchtigten herabgemindert“ (Goffman 1975: 5).

Im alltäglichen Sprachgebrauch werden die Begriffe Sucht und Abhängigkeit zumeist synonym verwendet. Auf medizinischer und wissenschaftlicher Ebene jedoch findet der erste Terminus seit 1964 keine Verwendung mehr (vgl. Boos et.al. 2020, online).

1.1 Begriffsbestimmungen

Sucht

Der Begriff „Sucht“ hat seine sprachhistorischen Ursprünge im Alt- und Mittelhochdeutschen und lässt sich vom Wort „siechen“ ableiten, was demnach das Leiden an einer Krankheit definiert (vgl. Laging 2020: 14).

Die Weltgesundheitsorganisation verzeichnete 1957 Sucht als einen „Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, hervorgerufen durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge“ (Boos et.al. 2020, online). Dabei sind vier Kriterien hervorzuheben. Zunächst das unüberwindbare Verlangen, die Substanz zu beschaffen und einzunehmen aber auch eine allmähliche Toleranzentwicklung, die zur Dosissteigerung führt. Vorliegen müssen zudem auch die psychische und physische Abhängigkeit sowie die Schädigung des Einzelnen und/oder der Gesellschaft (vgl. ebenda). Des Weiteren kann Sucht als eine „behandlungsbedürftige, psycho-soziale und psychiatrisch relevante Krankheit und Behinderung mit chronischen Verläufen“ beschrieben werden (Laging 2020: 111). Daraus folgt meist die Beeinträchtigung des Menschen, den sozialen Verpflichtungen nachzukommen und es wird verhindert, aktiv am Leben der Gesellschaft teilzunehmen.

Erst am 18. Juni 1968 wurde vom Bundessozialgericht festgelegt, dass Alkoholismus als Krankheit anerkannt und die Kosten der notwendigen Therapie durch die Krankenkasse oder die Rentenversicherungsträger getragen werden. Aufgrund der öffentlichen Annahme, dass Sucht ein selbstverschuldeter Zustand ist, sind Privatversicherte von der Kostenübernahme einer Behandlung ausgeschlossen - die Aufrechterhaltung des Konsums ist somit überaus wahrscheinlich und eine langfristig wirksame Therapiemöglichkeit erscheint unvorstellbar. Folglich ist es nicht ungewöhnlich, wenn sich die körperlichen sowie psychischen Begleiterkrankungen einer andauernden Sucht verschlimmern (vgl. Köhler/ Drexler 2009: 21).

Es wird aber auch negative Kritik am Begriff Sucht deutlich, welche sich auf der Annahme gründet, dass durch diese Bezeichnung die Diskriminierung und Marginalisierung von Betroffenen forciert wird.

Die Herabwürdigung von Erkrankten fußt auf der gesellschaftlich nicht vorhandenen Akzeptanz von Suchtproblemen. Dies wird in verschiedenen Lebensbereichen wie familiären Situationen oder auch im Gesundheitswesen deutlich (vgl. Laging 2020: 14ff.). Ersteres wird als sogenanntes öffentliches Stigma betitelt und erfordert

zwischenmenschliche Interaktion. Das zweite Beispiel kann als strukturelles Stigma definiert werden – die Diskriminierung in öffentlichen und privaten Institutionen. Des Weiteren wird sichtbar, dass erkrankte Personen diese Antipathie übernehmen und jene Ablehnung gegen sich wenden, was zu einem geringen Selbstwert und Isolation führen kann – dahingehend als Selbststigmatisierung benannt (vgl. Schomerus et. al. 2017: 3f.).

Abhängigkeit

Im ICD-10 wird eine Abhängigkeit beziehungsweise das Abhängigkeitssyndrom wie folgt definiert: „Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln.“ (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2017, online). Durch das Absetzen der Substanz treten Entzugssymptome auf, die sich in einem pathologischen Verhalten oder durch körperliche sowie geistige Anomalien äußern.

Durch die negative Belastung des Begriffes „Sucht“, beschloss die WHO im Jahr 1963 den Abhängigkeitsbegriff in fachlichen Diskursen zu kultivieren. Ausschlaggebend war - neben der Argumentation des Stigmatisierungsproblems - dass die Bezeichnung und das damit einhergehende Verständnis von Sucht zu unspezifisch sei (vgl. Laging 2020: 14).

Aber auch der Begriff „Abhängigkeit“ wurde kritisiert: „Er verallgemeinert zu stark und verharmlose das Krankheitsgeschehen“ (ebenda). Es wurden Vergleiche mit der Abhängigkeit eines Kleinkindes gegenüber der Bindungsperson gezogen und konstatiert, dass diese nicht mit einer Konsumstörung gleichgesetzt werden kann. Somit herrschen immer noch Unstimmigkeiten in Bezug auf die Verwendung dieser beiden Begriffe, obgleich sich in der Allgemeinheit ein synonyme Gebrauch etabliert hat (vgl. ebenda: 14f.).

Eine Abhängigkeit entwickelt sich schleichend. Die Grenzen von einem unproblematischen zu einem problematischen Konsum scheinen zu verschwimmen und das Problem wird erst erkannt, wenn Entzugssymptome auftreten. Dabei müssen zwei Unterformen kategorisiert werden.

Die physischen Indikatoren einer Abhängigkeit bestehen, wenn dem Körper die psychoaktive Substanz entzogen wird, auf welche sich der Organismus bereits eingestellt hat und darauf mit einer „überschießenden Gegenregulierung“ reagiert (Boos et. al. 2015, online). Das Abklingen von körperlichen Entzugssymptomen wie zum Beispiel Herzrasen, Magenschmerzen oder Sprachstörungen kann nur durch die erneute Einnahme des Suchtmittels gelingen – es bildet sich eine Toleranzentwicklung heraus, die zu einer stetigen Steigerung der Dosis führt. Eine körperliche Abhängigkeit kann nur durch Stoffe mit dem Potenzial zur Toleranzentwicklung hervorgerufen werden. Dazu zählen beispielsweise Alkohol sowie Opiate aber auch dämpfende und angstlösende Schlaf- sowie Beruhigungsmittel.

Bei einer psychischen Abhängigkeit besteht der quälende Drang die Substanz zu beschaffen und einzunehmen. Damit soll in erster Linie das Wohlbefinden aufrechterhalten werden und Entspannung eintreten. Sobald die Wirkung nachlässt und die ersten (negativen) affektiven Veränderungen entstehen, wird das Suchtmittel benötigt, um diese Symptome zu verringern (vgl. ebenda).

Das Abhängigkeitssyndrom wird beim Vorliegen beziehungsweise dem Bejahen von mindestens drei der sechs Kriterien, welche sich auf einen Zeitraum von 12 Monaten beziehen, diagnostiziert. Diese Fragen nehmen Bezug auf das unbezwingbare Verlangen eine Substanz zu konsumieren, den Kontrollverlust bei Beginn des Konsums und das Vorhandensein von Entzugssymptomen sowie dem Nachweis einer Toleranzentwicklung. Des Weiteren gehören die Vernachlässigung von Interessen und Pflichten, um die Substanz konsumieren zu können, aber auch der anhaltende Konsum trotz bereits vorhandener schädlicher Folgen dazu (vgl. Glaeske et.al., o.D., online).

Substanzgebundene und -ungebundene Süchte

Bei der Klassifizierung von Konsumstörungen muss zwischen den substanzgebundenen Süchten, welche mit der Einnahme psychoaktiver Substanzmittel einhergeht und den substanzungebundenen Süchten, die sich durch ein bestimmtes Konsumverhalten auszeichnen, unterschieden werden (vgl. Laging 2020: 15). Diese Differenzierung kommt vor allem zum Tragen, wenn eine behandlungsbedürftige Abhängigkeit diagnostiziert werden soll.

Im Hinblick auf die Kriterien, die die Weltgesundheitsorganisation für eine Abhängigkeitsdiagnose definiert, muss der Konsum in Verbindung mit einer Substanz stehen wie zum Beispiel Alkohol, Cannabis oder Methamphetaminen. Dem gegenüber steht die Klassifizierung im DSM-V, welches die Glücksspielsucht – substanzungebunden - in den Diagnoserahmen der Abhängigkeitserkrankungen aufgenommen hat (vgl. ebenda). Im ICD-10 wird diese Erkrankung als Persönlichkeits- beziehungsweise Verhaltensstörung verortet, die sich durch einen impulsiven Habitus kennzeichnet (vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2017, online).

1.2 Epidemiologie

Substanzmittelkonsum in Form von legalen sowie illegalen Drogen ist in der Bevölkerung weitverbreitet. Die weltweite Verteilung von Abhängigkeitserkrankungen kann aufgrund einer hohen Dunkelziffer, die zum Beispiel durch Bagatellisierungstendenzen der Befragten zu Stande kommt, nur geschätzt werden (vgl. Laging 2020: 55).

Dass der Konsum von psychoaktiven Substanzen einer Krankheit zugeordnet wird, ist durch den neuzeitlichen Charakter geprägt. In diesem Zusammenhang wird auch von der „Erfindung der Sucht“ gesprochen, da gewohnheitsmäßiges Rauschtrinken in der

Vormoderne als normal angesehen wurde. Erst allmählich änderten sich die gesellschaftlichen Anforderungen an die menschliche Selbstdisziplin und -kontrolle, sodass Alkohol und Drogen nun als schädlich eingestuft wurden (vgl. ebenda: 16).

Jedoch sind Alkohol und Tabak weiterhin anerkannte und legale Konsumsubstanzen, deren Gefährlichkeit häufig relativiert wird. Deutschland ist noch immer ein Hochkonsumland, obwohl der Verzehr von Alkohol seit 2000 stetig sinkt. Im Jahr 2018 betrug der Pro-Kopf-Konsum von Reinalkohol der Deutschen ab einem Alter von 15 Jahren 10,7 Liter (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., o.D.). In der Schweiz wurde im gleichen Jahr ein Verbrauch von 7,7 Liter Reinalkohol vermerkt (vgl. Maffli et.al., o.D., online). Österreich hingegen erfasste 2019 einen Pro-Kopf-Konsum von 12 Litern – seit 2016 ist der Konsum um 0,4 Liter pro Person angestiegen (vgl. Statista Research Department 2022, online).

Die gesundheitlichen Folgen sind massiv. Die Deutsche Suchthilfestatistik fasst in jährlichen Berichten zusammen, wie viele Personen aufgrund von Substanzmittelkonsum in ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen behandelt werden. Im Jahr 2020 wurden die Hälfte der zu betreuenden Klient*innen in ambulanten Einrichtungen wegen alkoholbezogenen Störungen versorgt. „Diese sind somit – bei einem in den letzten Jahren rückläufigen Anteil – mit Abstand die häufigste Hauptdiagnose“ (Schwarzkopf et.al. 2020: 19, online). Alkoholbezogene Störungen stellten mit 63% in stationären Einrichtungen im gleichen Jahr ebenfalls die größte Behandlungsgruppe dar (vgl. ebenda: 50).

Des Weiteren können geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen verzeichnet werden. Bedeutend sind dabei nicht nur die Konsumerfahrungen, es werden auch die riskanten sowie behandlungsbedürftigen Konsumformen untersucht.

Mehr Männer als Frauen leiden an einer Alkoholabhängigkeit, wobei erstere mit 28,3 Prozent und letztere mit 9,6 Prozent betroffen sind (vgl. Laging 2020: 81). Trotzdem ist zu verdeutlichen, dass sich diese Unterschiede verringern und sich der Anteil der abhängigen Frauen dem der Männer stetig angleicht (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., o.D., online).

Diese Entwicklung wird auf die veränderte soziale Geschlechterrolle zurückgeführt. Die üblichen Verhaltensweisen und Lebensentwürfe der Frauen werden abgelöst und das Konsumverhalten der Frauen passt sich dem der Männer an (vgl. Laging 2020: 80). Zusammenhänge zwischen einem erhöhten Alkoholkonsum und der – teilweise immer noch weniger anerkannten – Rolle der Frau können ebenfalls in europäischen Studien nachgewiesen werden (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2004: 1, online).

Bei der Verbreitung von Abhängigkeitserkrankungen spielen auch biografische Faktoren eine wesentliche Rolle. Zum einen kann soziale Ungleichheit zu dem Beginn einer Suchterkrankung beitragen. Dabei sind vor allem die Merkmale des sozialen Status wie zum Beispiel Bildung oder Einkommen von Bedeutung. Aber auch fehlende gesundheitliche Ressourcen sind Risikofaktoren bei einer Abhängigkeit und in gefährdeten Gruppen sehr schwach ausgeprägt (vgl. ebenda: 67).

Obwohl derzeit wenige verwertbare Studien vorliegen, die den Zusammenhang von Bildung und Konsum eindeutig erklären, kann trotzdem identifiziert werden, dass ein höherer Bildungsgrad die Entstehung einer Sucht unwahrscheinlicher macht. Bei einer bereits vorhandenen Sucht zeigte sich, dass der Bildungsstand ebenfalls Einfluss auf den Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf nehmen kann (vgl. ebenda: 69).

Dahingehend können auch Armut und Arbeitslosigkeit als Risikofaktoren gesehen werden. In Deutschland gelten Personen als arm, wenn sie „weniger als 60 Prozent des mittleren Einkommens aller Haushalte erzielen“ (ebenda: 70). Die Armutsquote in Deutschland im Jahr 2019 betrug 15,9 Prozent - das entspricht etwa 13,2 Millionen Menschen (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2020, online). Trotzdem kann erkannt werden, dass Menschen aus einkommensschwächeren Haushalten die höchste Raucherquote aufweisen und diese Abhängigkeit auch eine der Hauptgründe für den großen Anteil an Sterblichkeit in dieser Gruppe darstellt. (vgl. Henkel 2010: 1, online).

Bei den alkoholbedingten Konsumstörungen wurde ein Zusammenhang zwischen einem niedrigen Einkommen beziehungsweise des sozio-ökonomischen Status und dem Anteil der abhängigen Personen nachgewiesen. „Je niedriger das Einkommen [...] ist, desto höher ist sowohl der Anteil der suchtkranken Menschen als auch der Teil der abstinent lebenden Menschen“ (Laging 2020: 70). Wesentliche Gründe für die geringere Abstinenz in Bevölkerungsgruppen mit einem besseren sozio-ökonomischen Ansehen sind nicht allein auf die Einkommensunterschiede zurückzuführen, sondern auch auf die sozio-kulturellen Differenzen. Diese zeichnen sich in einkommensstärkeren Haushalten dadurch aus, dass Alkohol als Genussmittel und als Statussymbol gesehen wird (vgl. ebenda).

Auch bei erwerbslosen Menschen lassen sich vermehrt Gesundheitsprobleme und Abhängigkeitserkrankungen feststellen. Diese Risiken nehmen mit Dauer der Arbeitslosigkeit, dem steigenden Alter sowie einem sinkenden sozio-ökonomischen Status zu (vgl. ebenda: 71). Bei der Auswertung von Metaanalysen wurde charakterisiert, dass Arbeitslosigkeit die Entwicklung von psychischen und psychosomatischen Symptomen beeinflussen und außerdem Grund für ein geringes Selbstwertgefühl sein kann. Dahingehend können auch die Wechselwirkungen von Suchterkrankungen verstanden werden. Aufgrund einer Abhängigkeit erhöht sich das Risiko den Arbeitsplatz zu verlieren und durch

die Erwerbsuntätigkeit ist es wahrscheinlicher, dass sich die Suchtproblematik chronifiziert, was wiederum dazu führt, dass die Aussicht auf ein neues Arbeitsverhältnis geringer wird. Außerdem kann geschlussfolgert werden, dass erwerbsuntätige Personen mit Suchterkrankungen gefährdeter sind, rückfällig zu werden (vgl. Thaller et. al. 2017: 1, online).

Des Weiteren steht die Suchthilfe vor der Herausforderung, Menschen mit Migrationshintergrund, die an einer Abhängigkeit leiden, den Zugang zu den Hilfsangeboten zu erleichtern. Aufgrund von Fluchterfahrungen oder unfreiwilliger Migration kommt es zu einschneidenden Lebensereignissen und Traumatisierungen, die sich wiederum auf die gesundheitlichen sowie psychischen Ressourcen auswirken. Dadurch können Suchtproblematiken leichter entstehen, um diese gravierenden Veränderungen zu bewältigen. Außerdem werden soziale Belastungen wie Diskriminierung und die damit verbundene Isolation in Zusammenhang mit Suchterkrankungen gebracht. Aber auch durch Arbeitsverbote oder niedrige beziehungsweise nicht anerkannte Schulabschlüsse wird die Abhängigkeit von staatlichen Leistungen begünstigt und die prekären Lebenslagen und Stigmatisierungen weiterhin aufrechterhalten (vgl. Laging 2020: 93ff.).

Auch ältere Menschen können von einem schädlichen Konsumverhalten betroffen sein. Alkohol wird zum Beispiel durch den fortschreitenden Alterungsprozess nicht mehr hinreichend vertragen und belastet den Organismus zusätzlich. Im Alter werden außerdem häufiger Medikamente eingenommen, die in Verbindung mit Alkohol zu gesundheitsschädlichen Wechselwirkungen führen können. Gründe für eine sich manifestierende Abhängigkeit sind vor allem Verlustereignisse oder auch Erkrankungen in der Familie. Folglich entstehen aus der Abhängigkeit Isolation und Einsamkeit, die zuweilen eine Chronifizierung des Substanzmittelmissbrauchs begünstigen (vgl. Kuhn o.D, online).

1.3 Ätiologie

Um den Ursprung einer Sucht zu verstehen, muss man zunächst den Krankheits- und Gesundheitsbegriff erfassen.

Bio-medizinisches Modell

Das von Robert Koch entwickelte bio-medizinische Modell beschreibt Krankheiten als „gestörte Funktion, gestörte Struktur, gestörtes Leben“ (Pauls 2013: 95). Die Symptome beziehungsweise körperlichen Beschwerden werden auf organische Defekte zurückgeführt und bilden somit die eigentliche Krankheit, welche durch eingesetzte Therapien beseitigt werden kann (vgl. ebenda).

Es wird davon ausgegangen, dass das Individuum weder für die vorliegende Störung noch die dazugehörigen Symptome verantwortlich ist und beide Parameter als

unangenehmer Zustand empfunden werden. Demnach unterliegen die Anzeichen und Symptome „nicht der willentlichen Steuerung, sondern sie sind lediglich mechanische, biophysische Effekte bzw. Ausdrucksformen der darunterliegenden Pathologie.“ (Laging 2020: 17). Im Umkehrschluss könnte die Abhängigkeitserkrankung ebenfalls als nicht beeinflussbar aufgefasst werden und die Betroffenen sind somit nur für die Prozesse verantwortlich, die sie selbst bewusst steuern können - beispielsweise die Beschaffung der Substanzen. Der bio-medizinischen Ansatz fördert insofern eine akzeptierende und wertschätzende Grundhaltung, die auf eine unterstützende Umgangsweise mit den Klient*innen ausgerichtet ist (vgl. ebenda: 18).

Kritisch wurde jedoch angemerkt, dass das Erleben und Verhalten des Menschen in Bezug auf seine soziale Umwelt nicht ganzheitlich berücksichtigt und die dazugehörigen Faktoren eher als Stressoren angesehen werden. Das Individuum wird also entpersonalisiert (vgl. Pauls 2013: 96).

Bio-psycho-soziales Modell

Auf Grundlage dieser einseitigen Betrachtung der Klientel vollzog sich 1970 ein Perspektivenwechsel. Der bio-medizinische Ansatz wurde durch das bio-psycho-soziale Verständnis von Krankheit und Gesundheit abgelöst.

Im bio-psycho-sozialen Modell von George Engel stehen das soziale Zusammenleben, die individuellen Verhaltensweisen sowie die biologische Existenz im Vordergrund. Wird das Zusammenwirken dieser Faktoren gestört, ist der Mensch - nach seiner Betrachtungsweise – anfälliger für die Ausbildung von Krankheiten und Krisen. Entscheidend für das Wahrnehmen der Krankheit ist folglich die Person. Für die Behandlung und den Verlauf der Krise ist es essenziell die interpersonalen, familialen und gesellschaftlichen Ebenen zu betrachten (vgl. ebenda: 32,98f.). „Die Bedeutsamkeit sozialer Faktoren für Suchtentwicklung und Suchtbewältigung gilt mittlerweile als gut belegt“ (Laging 2020: 21).

Salutogenetisches Konzept

Die Kritik am bio-psycho-sozialen Modell beschreibt, dass sich der Ansatz ausschließlich auf die Krankheit und nicht die Gesundheit des Menschen bezieht und somit dichotomes Denken fördert. Dies führte dazu, dass Aaron Antonovsky 1979 das salutogenetische Konzept begründete.

Sein Modell stellt nicht die Frage nach den Risikofaktoren für die Entstehung einer Krankheit in den Vordergrund, sondern versucht herauszufinden, welche Schutzfaktoren der Mensch ausbildet, um trotz bio-psycho-sozialer Belastungen gesund zu bleiben. Beim salutogenetischen Ansatz wird davon ausgegangen, dass Gesundheit immer relativ zu sehen ist. Durch diese Erweiterung gelingt es, die unterschiedlichen Zustände des Individuums auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu klassifizieren. Gesunde

Menschen befinden sich zum Beispiel eher dem gesunden Pol zugewandt und umgekehrt (vgl. Pauls 2013: 102f.).

In Bezug auf Suchterkrankungen kann argumentiert werden, dass die Fachkräfte in Zusammenarbeit mit den Betroffenen die gesunden Anteile lokalisieren, bewusst machen und stärken können. In der Suchthilfe ist Ressourcenorientierung dementsprechend von großer Bedeutung und zentral für eine gelingende Genesung (vgl. Laging 2020: 21).

Es liegen diverse Vermutungen darüber vor, wie eine Abhängigkeit entsteht. Die verschiedenen Schulen der Psychologie beschreiben in ihren Erklärungsmodellen Bedingungen und Risikofaktoren, die ausschlaggebend für einen andauernden Konsum sein können (vgl. Laging 2020: 24).

Trotz dessen kann festgehalten werden, dass eine Abhängigkeit nicht allein auf eine einzige Ursache zurückzuführen ist, sondern sich durch das Zusammenkommen vieler Faktoren entwickelt, welche unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. „Süchtiges Verhalten kann insgesamt als Ergebnis unterschiedlicher personaler und umweltlicher Faktoren gesehen werden“ (vgl. Stangl 2014, online).

Die Art der Droge darf zudem nicht außer Acht gelassen werden. Zu diesem Aspekt zählen zum Beispiel die persönlichen Erfahrungen, die die Konsument*innen mit der Substanz gemacht hat, wie stark die Dosis ist und welche Wirksamkeit diese aufweist. Zur Umwelt gehören unter anderem die wirtschaftliche Situation der Betroffenen, das Konsumverhalten und das familiäre beziehungsweise freundschaftliche Umfeld. Im Vordergrund steht demnach die Frage, welche Ressourcen in der Lebenswelt der Klient*innen vorhanden sind oder nicht. Wie die Betroffenen auf bestimmte Belastungen reagieren, beschreiben die persönlichen Faktoren – also, welche Stärken und Schwächen weisen die Klient*innen auf und wie gehen sie mit Stresssituationen um (vgl. Behrendt et.al. 2013:16). Es wird vermutet, dass auch die Genetik zu der Entstehung einer Sucht beitragen kann. Bislang wurde jedoch nicht nachgewiesen, ob es sich dabei um ein bestimmtes Gen handelt. Wahrscheinlicher ist, dass mehrere Gene für die Entwicklung einer Abhängigkeit verantwortlich sein können. Außerdem kommt es auf die bestimmten Umweltbedingungen an, die jede Disposition benötigt, um sich auszubilden (vgl. Stangl 2014, online).

1.3.1 Sozial-kognitiver Ansatz

Die Theorie des Lernens am Modell verdeutlicht zusammengefasst, dass Verhalten durch Beobachtung und Nachahmung erlernt werden kann. Dabei sind bestimmte Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprozesse von Bedeutung. Ersteres beschreibt, dass das Lernen zum Beispiel durch die Aufmerksamkeitsspanne beeinflusst werden kann und

letzteres orientiert sich an der mentalen Aufnahme- und Speicherfähigkeit des Individuums, um das Gelernte abrufbar machen zu können (vgl. Bak 2019: 43).

Bezogen auf die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen zeigen die Beobachtungen Hinweise auf bestimmte Schlüsselsituationen in der Biografie wie zum Beispiel der erste Konsum von Drogen mit Gleichaltrigen (vgl. Stangl 2014, online). Erfährt der Mensch in diesem Gefüge das Gefühl von Genuss und Zufriedenheit, ist es wahrscheinlich, dass dieses Verhalten, welches allmählich zur Gewöhnung und dann zur Abhängigkeit führt, wiederholt wird.

Zumeist beginnt der Konsum ohne ein konkretes Konsumverlangen, sondern wird als ein Ausdruck „unbefriedigter elementarer und psychosozialer Lebensbedürfnisse“ beschrieben (ebenda). Durch die Substanzen werden angenehme und unbeschwerte Zustände ausgelöst, die konsumverstärkend wirken und die Erwartung an den nächsten Gebrauch positiv beeinflussen.

Eine wichtige Rolle spielen ebenfalls die Begleitumstände. Diese können zum Beispiel durch soziale Kontakte oder auch die Umwelt identifiziert werden. Eine Studie darüber, welchen Einfluss die Familie oder die Peergroup auf das Konsumverhalten hat und wie dieser zustande kommt, haben Gibbons, Pomery und Gerrard (2008) durchgeführt. Sie beschreiben vier Möglichkeiten sozialer Faktoren, die eine Bedeutung für den Substanzgebrauch darstellen können. Drei Aspekte sind als direkte Einflüsse gekennzeichnet, während der letzte Punkt indirekt Bezug auf das Konsumverhalten nimmt (vgl. Gibbons et. al 2008: 45).

„The simplest of the four is “provision”: Whether intentional or incidental, parents and peers can and do make substance available to adolescents.” (ebenda). Die Verfügbarkeit spielt dahingehend eine übergeordnete Rolle. In erster Linie beeinflussen Eltern oder auch Gleichaltrige - gezielt oder unabsichtlich -, ob eine psychotrope Substanz vorhanden ist, die konsumiert werden kann. Der zweite Punkt wird als „modeling“ bezeichnet und hierbei steht die Normalisierung des Konsums im Vordergrund. Es wird nicht nur beobachtet, wie bestimmte Drogen eingenommen werden und wie diese wirken, sondern auch dass der Substanzgebrauch bei gesellschaftlichen Ereignissen üblich ist (vgl. ebenda). Damit einher geht der Faktor „encouragement“, welcher die Ermutigung zum Konsum durch die Peer-Groups beschreibt. Der indirekte Einfluss wird dadurch definiert, dass Eltern und Peers, die Einstellungen zum Substanzgebrauch verändern und die Sichtweise auf den Konsum prägen (vgl. ebenda: 45f.).

1.3.2 Entwicklungspsychologischer Ansatz

Der erstmalige Konsum ist häufig auf die Jugendphase zurückzuführen und beginnt sich dort auch zu habitualisieren. Folglich sind intensivere Forschungen durchgeführt

worden, die die unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsstrategien von Jugendlichen näher fokussieren (vgl. Klicpera et.al 2019: 246).

„Die Entwicklung im Jugendalter wird in der entwicklungspsychologischen Perspektive als ein aktiver Prozess verstanden, in dem sich Individuen Entwicklungsziele setzen und diese aktiv verfolgen.“ (Laging 2020: 28). Gekennzeichnet ist der zu bewältigende Bereich durch sich gegenseitig bedingende Prozesse wie zum Beispiel den biologischen Veränderungen, den sozialen Pflichten und den eigens festgelegten Zielen. Der Konsum legaler sowie illegaler Drogen kann in diesem Zusammenhang als Coping-Mechanismus gesehen werden, um die entwicklungstypischen Herausforderungen zu bestehen (vgl. ebenda).

Die aktive Entscheidung zum Substanzgebrauch hängt aber auch von sozialen Bedingungen – zum Beispiel dem Familienklima – und den persönlichen Faktoren ab. Letztere äußern sich im Ausmaß des Entwicklungsdrucks, den eventuell vorhandenen Lösungsstrategien oder der Zugehörigkeit einer Peergroup. Daraus erkennbar ist unter anderem, dass sich die Entwicklung bis zum Substanzmissbrauch nicht homogen entwickelt - vielmehr resultieren aus den beschriebenen Aspekten unterschiedliche Entwicklungslinien (vgl. Klicpera et.al. 2019: 246f.).

Zum einen kann sich der Konsum von Drogen als Ersatzziel manifestieren, wenn es dem Individuum nicht möglich ist, konkrete Lösungsvorhaben von Entwicklungsaufgaben zu planen. Zum anderen wird die willentliche Normverletzung oder Demonstration des Erwachsenseins in Verbindung mit dem Versuch, eine eigene Identität auszubilden, beschrieben. Zu dieser Ansicht zählen wie bereits erwähnt auch das Streben nach Zugehörigkeit und die Stressbewältigung (vgl. ebenda: 247). Beispiele für entwicklungstypische Auseinandersetzungen sind unter anderem der Wunsch nach Unabhängigkeit von den Eltern – woraufhin mit dem verbotenen Konsum von Drogen und Alkohol reagiert wird – oder auch der Frage nach der eigenen Identität, wobei der Substanzmittelkonsum mit Gefühlen des Erwachsenseins verbunden wird (vgl. Laging 2020: 29).

Der Konsum psychotroper Stimulantien wird dazu benutzt, die eigenen Grenzen auszu-testen, auf die Anforderungen des Entwicklungsabschnitts bewusst zu reagieren und neue Erfahrungen zu sammeln, welche auch dazu dienen können, einen verantwortungsbewussten Umgang mit psychotropen zu erlernen. „Ein großer Teil der Jugendlichen stellt nach Abschluss der Jugendphase den riskanten Konsum [...] wieder ein.“ (Laging 2020: 30). Auf der anderen Seite steht der Teil der Betroffenen, der den kritischen Gebrauch in die Entwicklungsstufe des Erwachsenenlebens übernimmt und folglich keine effektiven, gesundheitsbezogenen und sozialen Verhaltensweisen ausbilden konnte. Dies lässt sich unter anderem auch aus einem multifaktoriellen Risikoverhalten in der Kindheit ableiten - das Individuum, welches bereits im Kindesalter auffällig war,

weist dementsprechend eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, diesen Habitus im Erwachsenenleben in Form eines schädlichen Konsums fortzuführen (vgl. ebenda).

2 Klinische Sozialarbeit

Der Begriff „klinisch“ wird häufig mit der Arbeit in einem Krankenhaus assoziiert. Somit liegt es nicht fern, auch davon auszugehen, dass die Klinische Sozialarbeit hauptsächlich in einem stationären Rahmen agiert. Tatsächlich sind Klinische Sozialarbeiter*innen nicht nur im Gesundheitswesen aktiv, sondern finden auch in der beratend-behandelnden Fallarbeit ein Arbeitsfeld – unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erfolgt (vgl. Pauls 2013: 16).

Das Ziel der Klinischen Sozialarbeit verweist – wie jede Praxis Sozialer Arbeit – auf die „Verbesserung und Aufrechterhaltung/ Stabilisierung der psycho-sozialen Funktionsfähigkeit von Individuen, Familien und Kleingruppen“ (ebenda: 15).

2.1 Kompetenzen

In der Klinischen Sozialarbeit werden der Person-In-Environment-Ansatz sowie das Wissen und die Theorien über die psycho-soziale Entwicklung besonders fokussiert. Außerdem spielen bei der Behandlung von Klient*innen auch die Erkenntnisse des Verhaltens und der Psychopathologie eine übergeordnete Rolle (vgl. Pauls 2013: 15).

Die Klinische Sozialarbeit in Deutschland konzentriert sich auf die Anwendung eines sozialtherapeutischen Ansatzes. Im Vordergrund stehen dabei nicht nur die innerpsychischen Störungen, sondern das Zusammenspiel von inneren und äußeren Realitäten. Das Hauptaugenmerk wird somit auf die Förderung von persönlichen Stärken und Ressourcen gelegt (vgl. ebenda: 19f.).

Die beratend-behandelnde Klinische Sozialarbeit beruht auf dem theoretischen Grundverständnis des bio-psycho-sozialen Modells. Klinische Sozialarbeiter*innen sollten diese Annahmen demnach verinnerlicht haben und ihre Arbeit danach ausrichten. Ein breit gefächertes Wissen in den Bereichen der sozialen Diagnostik und Interventionen im Kontext ambulanter und stationärer Rehabilitation ist ebenfalls eine wichtige Handlungskompetenz (vgl. Gahleitner 2019: 6).

Voraussetzung für eine gelungene Behandlung ist die Anwendung und Verknüpfung von Wissen und Praxis. Somit müssen die Fachkräfte der Klinischen Sozialarbeit „folglich nicht nur über ein großes Repertoire an (bezugswissenschaftlichen) Wissensbeständen verfügen, sondern dieses für ihre Berufspraxis kritisch reflektieren sowie auf sozialarbeiterische Anforderungen und Zielgruppen beziehen“ (ebenda). Konkret ist damit die Einbindung von Sozialisation, Entwicklung und Gesundheits- beziehungsweise Krankheitsverständnis von Individuen gemeint, aber auch das Verständnis von Bindungstheorien

und den dazugehörigen Beziehungsdynamiken ist in der Klinischen Sozialarbeit zu beachten (vgl. ebenda). Das Know-How über die Gebiete der Beratung und Sozialtherapie sind ebenfalls unabdingbar.

2.2 Aufgaben und Methoden

Der Klinischen Sozialarbeit stehen – allgemein – verschiedene Hilfeformen zur Verfügung, auf die je nach Setting und individuellem Fallbezug durch Intervention, psychosoziale Beratung, Soziale Therapie oder beispielsweise Ressourcenaktivierung zurückgegriffen werden kann.

Aufgrund der unterschiedlichen Multiproblemsituationen der Adressat*innen steht im Vordergrund der Arbeit „mittels wissenschaftlich fundierter Methoden notwendige Veränderungen der psycho-sozialen Lebenslage und Lebensweise zu erreichen“ (Pauls 2013: 17). Dies sollte immer in Zusammenarbeit mit den Klient*innen, den Angehörigen und sozialem Netzwerk sowie allen beteiligten Institutionen und Fachkräften geschehen.

Da die Soziale Arbeit unter anderem an den sozialen Komponenten der Problemsituationen ansetzt, besteht ein großer Aufgabenteil hauptsächlich in der Vernetzung von Unterstützungsangeboten. Beispiele hierfür sind unter anderem die Vermittlung zwischen Tagesstätten, Schulen oder anderen Hilfeinrichtungen. Aber auch die alltägliche Begleitung in Form von sozialer Beratung und Therapie, betreuenden Hilfestellungen oder Hilfen zu Erziehung zählen zum Aufgabenpensum Klinischer Sozialarbeiter*innen. Neben den direkt-aufsuchenden Hilfen in der Nachbarschaft oder am Arbeitsplatz, sollen auch die defizitären Lebensumstände durch Veränderung des Aufenthaltes oder Einbeziehung eines Erziehungsbeistandes modifiziert werden (vgl. ebenda: 23f.).

Außerdem führen Klinische Sozialarbeiter*innen Maßnahmen zur Anpassung der beruflichen Rahmenbedingungen durch und unterstützen Personen mit psychischen Erkrankungen, Behinderungen oder chronischen Krankheiten im rehabilitativen Kontext. Auch Lebensprobleme, welche nach dem Gesetz nicht als psychische Erkrankungen bewertet werden, werden „therapeutisch“ behandelt, wobei dies bei Klinischen Sozialarbeiter*innen nicht in einen psychotherapeutischen Tätigkeitsbereich fällt, sondern als Beratung gesehen werden muss.

Die Wichtigkeit der Förderung der sozialen Fähigkeiten der Klient*innen sollte auch nicht außer Acht gelassen werden. Des Weiteren fällt der Stabilisierung des Gefühlslebens der Adressat*innen eine bedeutende Rolle zu, denn nur durch eine Verbesserung des eigenen Erlebens können die Interventionen einen positiven Wandel bewirken (vgl. ebenda: 24).

Interventionen beschreiben in der Sozialen Arbeit einen bewussten und zielgerichteten Eingriff in ein aktuelles Ereignis. Das Ziel ist „Kräfte und Fähigkeiten der Beteiligten für ein alternatives Verhalten zu mobilisieren und neue Erfahrungen als Voraussetzung für eine Problemlösung“ zu ermöglichen (ebenda: 177). Die Technik des Intervenierens in der Sozialen Arbeit wird in fünf Phasen eingeteilt. Zunächst wird das Problem erfasst und es anschließend eine Informationssammlung erstellt. Danach werden die Methoden ausgewählt, angewendet und ausgewertet.

Methoden in der klinisch-sozialarbeiterischen Praxis werden durch die angewendeten Beratungs- und Interventionsverfahren definiert. Diese unterscheiden sich in die personenbezogenen Behandlungen, welche in der Einzelfallhilfe angewendet werden und in die beziehungsbezogenen Interventionen. Erstere beinhalten vor allem Gesprächsführungstechniken und beratend-therapeutische Ansätze. Letztere spielen in der Familien- und Gruppenarbeit eine wichtige Rolle und beschäftigen sich mit der Veränderung der Beziehungsdynamiken und Kommunikationsmustern. Für die Klinischen Sozialarbeiter*innen ist in diesem Handlungsspektrum besonders die Art der Einbeziehung, des Settings und des Ortes relevant.

Die dritte Behandlung ist in der Gemeinwesenarbeit vertreten und beschreibt das umgebungsbezogene Intervenieren. Das Hauptaugenmerk wird dabei auf die positive Beeinflussung der Lebenslagen von Adressat*innen in ihrem Netzwerk in Verbindung mit „ökosozialen und gesundheitsstrukturellen Ansatzpunkten“ gelegt (ebenda: 181).

Die ökosoziale Theorie nach Wendt (2010) beschreibt, dass die sozialen Probleme der Menschen immer in einem ökologischen Kontext gesehen werden müssen, da jedes Individuum auf bestimmte ökosystemische Prozesse angewiesen ist und an diesen teilhat (vgl. Wendt 2010: 15f.).

3 Suchthilfesystem

Das in Deutschland vorherrschende System der Suchtkrankenhilfe etablierte sich bereits vor dem Ersten Weltkrieg. Die staatlich organisierte Trinkerfürsorge versuchte, mit ambulanten sowie stationären Hilfsangeboten, die gesundheitlichen und sozialen Folgen, welche durch den erhöhten Alkoholmissbrauch abzusehen waren, zu reduzieren. In der Weimarer Republik wurde dieses Vorbild weiter ausgebaut – mit Beginn der 1940er Jahre stagnierten die Fortschritte jedoch bis zum Ende der 60er Jahre (vgl. Laging 2020: 110).

Mit dem vom Bundessozialgericht 1968 gefällten Urteil, Alkoholabhängigkeit als Krankheit anzusehen, entwickelte sich in Deutschland ein differenziertes Suchtpräventions- und Suchthilfesystem (vgl. Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V.

2015: 6). Dazu zählen zum Beispiel die – je nach Region – vorhandenen Angebote zur „suchtspezifischen Gesundheitsförderung und Prävention“, niedrigschwellige Beratungen oder auch substitutionsgestützte Behandlungen (ebenda).

Ein wichtiger Bestandteil ist die personenzentrierte Sichtweise, die die individuellen Ressourcen der Klient*innen wertschätzt und im Beratungs- und Behandlungsprozess Rücksicht auf die vorhandenen Kontextfaktoren nimmt. Des Weiteren soll in der Suchthilfe Teilhabe ermöglicht werden, um allen Menschen die Option zu bieten, am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können (vgl. Laging 2020: 112).

Außerdem haben die Fachkräfte die Verantwortung, die „verbliebende Steuerungsfähigkeit“ der Betroffenen anzusprechen und zu fördern. Das beruht auf der Annahme, dass die Adressat*innen eine intentionale Kontrolle über ihren Konsum haben. Davon ausgehend soll das Verantwortungsbewusstsein für das eigene Verhalten gestärkt werden (vgl. ebenda: 18).

Den Betroffenen muss ein dauerhaftes Mitspracherecht eingeräumt und der Wille nach Selbstbestimmung gewahrt werden. Unmittelbar einhergeht damit die Trennung von Person und Verhalten durch die Fachkräfte. Während das Konsumverhalten kritisch betrachtet und hinterfragt werden muss, wird den Klient*innen maßgebend Bestätigung und Würdigung zuteil (vgl. ebenda).

Das Suchthilfesystem ist gekennzeichnet durch zwei unterschiedliche Annahmen, wie die Zielorientierung auszusehen hat.

„Auch nach nunmehr 150-jähriger Auseinandersetzung wird bis heute [...] von der Vorstellung ausgegangen, die Suchthilfe sei vor allem dazu da, abhängige Menschen und die Gesellschaft von der Sucht zu befreien.“ (ebenda: 114). Bei der Anwendung des Abstinenzparadigmas wird davon ausgegangen, dass die Betroffenen schlichtweg auf die konsumierte Substanz verzichten müssten, um die gesundheitlichen sowie sozialen Schäden ungeschehen zu machen und wieder Teil der Gesellschaft sein zu können. Wird nach diesem Paradigma gearbeitet und die Sucht als Faktor ausgeklammert, kann sich kein Risikobewusstsein ausbilden und die Motivationsbereitschaft an Problemen zu arbeiten, wird dauerhaft reduziert (vgl. ebenda).

In den 1970er Jahren wurde das Verfahren der Schadensminimierung entwickelt. Dabei stellt die Abstinenz nicht das erstrebenswerte Ziel dar, sondern es wird sich vielmehr auf die Reduktion der bisherigen Schädigungen sowie die Verbesserung der Lebensqualität konzentriert. In diesem Zusammenhang wurden ebenfalls die Möglichkeiten von Konsumräumen und Substitutionsbehandlungen geschaffen.

Es wird zumeist kritisch diskutiert, nach welchem Konzept gehandelt werden soll. Einige Einrichtungen orientieren sich stets am Abstinenzparadigma während von anderen

Seiten des Hilfesystems deutlich wird, dass dies nicht das Ziel einer gelungenen Suchthilfe sein kann. Jedoch wird durch das vorherrschende Prinzip der Selbstbestimmung festgelegt, dass die Klient*innen individuell entscheiden können, nach welchem Paradigma gemeinsam mit den Fachkräften gearbeitet werden soll (vgl. ebenda: 115).

3.1 Ambulante Angebote

Die ambulante Suchthilfe ist entstanden aus der ehrenamtlichen sowie fürsorglichen Tätigkeit und konnte sich seit den 70er Jahren als eigenständiges Berufsfeld professionalisieren. In diesen Einrichtungen stellen Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagoge*innen mit ca. 60% den größten Anteil an Fachkräften dar (vgl. Laging 2020: 182; 174). Ambulante Einrichtungen sind in den Kommunen fundiert und werden auch von diesen primär finanziert (vgl. ebenda: 119). Durch diese Abhängigkeit ist „die Aufrechterhaltung, Ausweitung aber auch Begrenzung“ der Versorgungsstrukturen einem stetigen Wandel unterworfen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V. 2015: 6). Die angebotenen Mittel richten sich an Personen mit bereits gefestigten Suchterkrankungen aber auch die Vorstufen können behandelt werden. Neben den angesprochenen Adressaten*innen können Angehörige ergänzende Beratung und Unterstützung in Anspruch nehmen (vgl. Laging 2020: 182).

Es muss zwischen den „unspezifischen“ sowie den „spezifischen“ Angeboten unterschieden werden. Erstere richten sich nicht nur, aber unter anderem an Menschen mit Suchterkrankungen, stehen aber als allgemeine Hilfsangebote des Sozial- und Gesundheitswesens allen Personen offen. Die spezifischen Mittel sind suchtbefugten und werden vor allem für Menschen mit Suchtproblemen durch die Suchthilfe bereitgestellt (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2019: 7).

Am meisten verbreitet sind Beratungs- und Begleitungsangebote. Die Fachkräfte arbeiten in den Beratungsprozessen zielgerichtet daran, Teilhabe zu ermöglichen. Dabei werden den Betroffenen „Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen“ vermittelt, um ihre Probleme selbstständig bewältigen zu können (ebenda: 9). Die Autonomie der Hilfesuchenden ist in allen Beratungssettings zu berücksichtigen.

Unterschieden werden diese Angebote in die niedrigschwelligen Hilfen, welche suchtbegleitend sind und ohne Voraussetzungen in Anspruch genommen werden können, in Suchtberatung und Begleitung, die im Rahmen einer Suchtberatungsstelle stattfinden können, aber auch durch die aufsuchenden Hilfen oder Streetwork gekennzeichnet sind. Des Weiteren zählen psychosoziale Beratung und die spezifischen Hilfsangebote zu dieser Kategorie. Erstere werden meist begleitend zu einer Substitutionsbehandlung durchgeführt, wobei in Deutschland wenige psychosoziale Maßnahmen vorhanden sind, um

eine weitreichende Beratung zu gewährleisten. Die spezifischen Hilfsangebote werden meist in Zusammenhang mit der MPU-Vorbereitung umgesetzt (vgl. ebenda: 9ff.).

Die Beratungen können durch Informationsvermittlung, Problemorientierung und (Weiter-) Vermittlung gekennzeichnet sein. Bei den informationsvermittelnden Beratungen stehen kurzfristige Gespräche zu unterschiedlichen Themen im Vordergrund. Ein längerfristiger Ansatz wird der problemorientierten Beratung zugeschrieben. Neben Anamnese, Diagnostik und Motivierungsphase, werden Beratungsziele festgelegt, um weitere Vermittlungsschritte koordinieren zu können.

Die letzte Gruppe der Beratungen ist definiert durch eine intensive Planung und schließt bisherige Interventionsmaßnahmen sowie die Verhandlungen mit Kostenträgern und Vorbereitungsgespräche für Behandlungen mit ein (vgl. Laging 2020: 186).

Ambulante Angebote können auch mit einer medizinischen Behandlung in Verbindung stehen, die psychotherapeutische und ärztliche Versorgung sowie Krankenhausbehandlungen in Institutsambulanzen einschließen. „Hierzu zählen alle Angebote, die die somatisch negativen Konsequenzen des Substanzkonsums reduzieren und das gesundheitsfördernde Verhalten der Zielgruppe unterstützen“ (ebenda: 183).

Außerdem bieten Notschlafstellen einen weiteren Anlaufpunkt für Menschen mit Suchtproblematiken. Meist stellen Einrichtungen Schlafplätze für eine kurze Zeit zur Verfügung und die Klient*innen können unter anderem Gespräche mit Sozialarbeiter*innen führen. Lebenspraktische Hilfen und eine hygienische Versorgung sind ebenfalls Teil des Angebots. Somit kann die Möglichkeit gegeben werden, Kontakt mit den Betroffenen zu halten und „Veränderungen der Lebenssituation zu initiieren.“ (ebenda: 184).

3.2 Stationäre medizinische Rehabilitation

Ein Teilbereich der Rehabilitation bezieht sich auf die (stationäre) medizinische Versorgung. Die angewendeten Maßnahmen sind auf die Erhaltung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgerichtet. Weitere Ziele sind unter anderem zusätzliche Erkrankungen vorzubeugen und die Pflegebedürftigkeit zu vermindern. Eine ambulante Rehabilitation hat grundsätzlich Vorrang vor den stationären Maßnahmen (vgl. Baisch et.al. 2022, online).

Die meisten Sozialleistungsträger können unter bestimmten Kriterien und nach Vorlage eines ärztlichen Gutachtens die Kosten einer medizinischen Rehabilitation übernehmen. Allgemein gilt, dass die Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen erforderlich und vom Arzt verordnet beziehungsweise vom Kostenträger genehmigt sein muss. Des Weiteren zählen persönliche Voraussetzungen hinzu, welche sich auf die Kostenübernahme durch die Rentenversicherung beziehen. Dabei steht die Gefährdung oder

Verminderung der Erwerbsfähigkeit aufgrund der geistigen, seelischen oder körperlichen Erkrankung im Vordergrund (vgl. ebenda).

Die Rehabilitationsbedürftigkeit wird auf Grundlage diverser Faktoren eingeschätzt. Hierzu zählen zum Beispiel bestimmte Funktionseinschränkungen oder Fähigkeitsstörungen, die bisherigen Therapien, die Arbeitsunfähigkeitszeiten oder auch die Bewertung der Schwierigkeiten zur Problembewältigung (vgl. Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V. 2015: 38). Ein weiteres Kriterium ist die Rehabilitationsfähigkeit, mit welcher die körperliche, seelische sowie geistige Verfassung der Klient*innen eingeschätzt wird und wie motiviert die Betroffenen sind, aktiv an den Therapien teilzunehmen, die als Grundlagen für die Rehabilitation gesehen werden. Zuletzt wird die Tendenz einer positiven Prognose erwogen, die nach §10 SGB VI erforderlich ist, um die Leistungen von der gesetzlichen Rentenversicherung abdecken zu lassen (vgl. ebenda).

Zu den stationären Angeboten gehören zum Beispiel die Behandlung in Fachkliniken, Therapieeinrichtungen oder den stationären Einrichtungen in Krankenhäusern.

Eine Entgiftungsbehandlung findet meist zu Beginn der stationären Therapie statt. Die Dauer beträgt zwischen einer und drei Wochen. Individuell berücksichtigt werden müssen neben der Einnahmedauer, auch die Eigenschaften der konsumierten Substanz und der Gesundheitszustand der Patient*innen. Um den Entzugssymptomen entgegenzuwirken, ist das stationäre Setting besonders wichtig (vgl. Habermann 2021a, online).

Anschließend erfolgt die Rehabilitationsphase, welche durch die Entwöhnung gekennzeichnet ist und sich individuell an den Heilungsprozess anpassen lässt. Bestandteile dieser Therapie können Einzel- und Gruppengespräche sein. Außerdem können tiefenbeziehungsweise verhaltenstherapeutische Ansätze verfolgt werden. Aber auch Entspannungsverfahren und körperbezogene Therapien werden eingesetzt (vgl. Habermann 2021b, online).

Zur Aufrechterhaltung der Motivation müssen neue Lebensinhalte mit den Klient*innen festgelegt werden. Unterschiedliche Trainingskonzepte helfen bei der Bewältigung von Anspannung und Ängsten. Ein Hauptaugenmerk wird auf die Förderung der Autonomie gelegt und ermöglicht somit die eigenen Interessen und Motive herauszufinden, um im Alltag zukünftig bewerkstelligen zu können. Zum alltäglichen Leben gehört auch die Einhaltung eines Tag-Nacht-Rhythmus, welcher durch ein Realitätstraining eingeübt werden kann (vgl. Klicpera et.al. 2019: 251). Der Aufbau von Kommunikationskompetenzen und Konfliktlösestrategien steht ebenfalls im Vordergrund der stationären Therapie.

Um eine gelungene Rehabilitation zu gewährleisten und Lernschritte zu fördern, wird eine strukturierte Umgebung benötigt, die Geborgenheit vermittelt. Die Konfrontation mit den eigenen Schwierigkeiten sollte trotzdem ermöglicht werden (vgl. ebenda).

3.3 Derzeitige Probleme des Suchthilfesystems

Finanzierung

Im System der Suchthilfe bestehen diverse strukturelle Herausforderungen. Zum einen soll die Frage der Leistungsfinanzierung in den nächsten Jahren stärker in den Vordergrund gerückt werden.

Die Finanzierung der ambulanten Suchthilfeangebote hat einen großen Stellenwert in der Problemerkorschung. Je nach der aktuellen Finanzlage und Möglichkeiten der Bundesländer, müssen die Kommunen 20 bis 60 Prozent ihrer Leistungen selbst erwirtschaften. Besonders betroffen sind die Suchtberatungsstellen und die niedrigschwelligen Angebote (vgl. Laging 2020: 119). Eine wesentliche Herausforderung ist es demnach eine verlässliche Versorgungsförderung aufzubauen, um die ambulanten Hilfsmöglichkeiten weiterhin sicherzustellen (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2019: 12).

Im Gegensatz dazu stehen die stationären Angebote, die zumeist von den Krankenkassen beziehungsweise Rentenversicherungsträgern finanziert werden. Da jedoch Prinzipien gelten, welche die ambulanten Maßnahmen vor den stationären Hilfen ansiedeln, besteht neben der geringen Versorgungsdichte, das Problem, alle Betroffenen entsprechend begleiten zu können (vgl. Laging 2020: 119).

Vernetzung und Schnittstellen

In der 24. Niedersächsischen Suchtkonferenz aus dem Jahr 2014 wurde festgestellt, dass die Koordination von Hilfen weiterhin sehr durchlässig ist. Die wenigsten Betroffenen werden in das Versorgungssystem beziehungsweise die stationären Einrichtungen eingegliedert. Viele Klient*innen werden nicht an die richtigen Angebote weitergeleitet oder es bestehen weitläufige Unklarheiten, welcher Leistungsträger die Kosten der Maßnahmen zahlen soll (vgl. Brägelmann-Tann: 7).

Somit ist es essenziell, dass die verschiedenen Hilfesysteme wirkungsvoller zusammenarbeiten. Eine höhere Präsenz bei den unterschiedlichen Kooperationspartnern aufzuzeigen und die Vorteile von ambulanten Suchteinrichtungen darzulegen, ist dabei von großer Bedeutung (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2019: 12).

Von Interesse ist die Zusammenarbeit vor allem mit Blick auf die Ressourcenorientierung - durch ein ausgebautes Netzwerk entsteht für die Klient*innen ein Fundament zur aktiven Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (vgl. Zerche 2014: 35). Um eine gelungene Kooperation zu realisieren sind verschiedene Faktoren hervorzuheben. Zum Beispiel die klare Kommunikation sowie die Zielorientierung. Diese Merkmale fokussieren

die Aussicht auf die zukünftigen Vorteile der Zusammenarbeit und die Förderung einer transparenten Hilfeleistung (vgl. ebenda: 37). „Interinstitutionelle Zusammenarbeit ermöglicht den Austausch von Haltungen und professionellen Denkrichtungen“ (Wirth 2014: 28). Die Fachkräfte können demnach für die Symptomproblematiken sensibilisiert werden, auch wenn diese nicht im Fokus der eigenen Arbeit stehen, jedoch durch eine Wechselwirkung mit den zu lindernden Belastungen gekennzeichnet sind (vgl. ebenda). Des Weiteren steht das Suchthilfesystem vor der Herausforderung die unterschiedlichen Dienste und Träger so zu verknüpfen, dass ein nahtloser Übergang von Hilfen gesichert werden kann. Diese Schnittstellenprobleme weiten sich auf die Qualität des Versorgungssystems aus, da die verschiedenen Bedarfe der Klient*innen nicht ausreichend vermittelt und eine personenbezogene Hilfeleistung somit nicht umgesetzt werden kann (vgl. Laging 2020: 113). Häufige Schnittstellenprobleme ergeben sich vor allem bei der ersten Kontaktaufnahme mit dem Suchthilfesystem. Aber auch die weiteren Vermittlungen wie zum Beispiel vom Hausarzt zum Suchtberatungsspezialisten oder von der Suchtberatungsstelle zum Entzug, stellen für die Klient*innen eine Hürde dar. Dies führt meist dazu, dass der Kontakt abgebrochen wird und keine Behandlung stattfinden kann (vgl. Klein 2021, online).

Zugang

Ein weiteres Problem des Suchthilfesystems stellt der schlechte Zugang zu Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten dar. Dahingehend muss das Prinzip der Niedrigschwelligkeit optimaler ausgebaut werden, um bereits erkrankte Personen rechtzeitiger erreichen zu können. Dies muss vor allem an den Orten geschehen, an denen sich die Betroffenen aufhalten (vgl. Laging 2020: 75). Unter anderem sollte eine breitere Aufklärung über Abhängigkeitserkrankungen in medizinischen Institutionen stattfinden, da sich die Konsument*innen häufiger in diesen Erstversorgungsstellen behandeln lassen. Maßnahmen in Form von Früherkennung, Beratungen oder Kurzinterventionen können hierbei einen ersten Kontakt zum Suchthilfesystem herstellen (vgl. ebenda: 76).

Des Weiteren müssen die Zugänge für Menschen mit Migrationshintergrund und Fluchterfahrungen weiterentwickelt werden. Gründe für die geringe Inanspruchnahme von Hilfsangeboten sind vor allem die Informations- und Kommunikationsdefizite, aber auch das meist nicht vorhandene oder wenig ausreichende interkulturelle Verständnis. Außerdem spielt der Status des Aufenthalts und der Versicherung ebenfalls eine große Rolle. Wichtig für eine bessere Erreichbarkeit ist somit die Ausarbeitung von kultursensiblen, transkulturellen sowie interkulturellen Arbeitsweisen. Dies kann zum Beispiel gefördert werden, indem bereits in den Konzepten und Leitbildern der Einrichtungen diese Handlungsgrundlagen verankert und entsprechend umgesetzt werden (vgl. ebenda: 103ff.).

Um die Bedürfnisse zu koordinieren, sollten Bedarfsanalysen in den jeweiligen Regionen durchgeführt werden. Von Vorteil wäre dies ebenfalls in der Optimierung der Angebote, um herauszufinden, ob die bereits bestehenden Maßnahmen mit den geforderten Konzepten übereinstimmen (vgl. ebenda: 107).

Behandlungskonzepte

Die Weiterentwicklung von Behandlungskonzepten und den Angeboten der Suchthilfe ist ebenfalls von Bedeutung. Dahingehend wird gefordert, dass neben der Stabilisierung des Zustands und der Beratung, die Lebenswelt und die Nachsorge der Klient*innen in den Fokus geraten soll. Beispielsweise indem die Bewältigungsstrategien während der Rehabilitation ausgebaut werden und insbesondere eine verbesserte soziale Integration stattfindet. Selbsthilfegruppen und unterstützende Nachsorgeeinrichtungen sollen vor allem für Betroffene gefördert werden, die während der Behandlung rückfällig geworden sind (vgl. Laging 2020: 76).

Des Weiteren sieht sich das Versorgungssystem, durch die sich verändernden Kontexte der Konsumstörungen, im Handlungszwang flexiblere Therapiekonzepte zu entwickeln. Daher „stellt sich bspw. die Frage, ob die bisher eher übliche getrennte Behandlung nach Substanzen [...] noch sinnvoll ist.“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2019 23). Gefordert wird unter anderem die Verknüpfung von individuellen Behandlungsmaßnahmen sowie die nahtlose Organisation von Betreuungsketten. Außerdem muss beachtet werden, dass sich die Phasen von abstinenter und nichtabstinenter Verhaltensweisen abwechseln können. Das System der Suchthilfe muss sich demnach an den Bedürfnissen der Klient*innen orientieren und die Behandlungsmaßnahmen anpassen. Dies zeigt sich vor allem am zeitlichen Leistungsaufwand aber auch am Bewilligungszeitraum von ambulanten Wohnformen. Je nachdem in welchen Phasen der Rehabilitation sich die Betroffenen befinden, müssen also individuelle Hilfeleistungen angewendet werden (vgl. ebenda: 27).

4 Klinische Sozialarbeit in der Suchthilfe

Die (Klinische) Soziale Arbeit ist in der Suchthilfe für die „sozialen Dimensionen von Suchtgefährdung, Suchtentwicklung, Rehabilitation und Lebensführung unter den Bedingungen von Sucht“ zuständig (vgl. Laging 2020: 174). Einhergehen hiermit die unterschiedlichen sozialen Faktoren, die mit einer Abhängigkeitserkrankung zusammenhängen und diese verursachen. Außerdem ist der Tätigkeitsbereich der Suchthilfe geprägt von einer fachlich begründeten sozial- und gesundheitspolitischen Motivation, welche neben den Ursachen auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen in die Behandlung einschließt (vgl. Leune 2013: 15).

4.1 Fachwissen

Wie in jedem Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit, gehört zu einer gelingenden Hilfeleistung das professionelle Bündnis zwischen Fachkraft und Klient*in. Auf Grundlage von vertiefenden Aus- und Weiterbildungen werden die unterschiedlichen Sachkenntnisse erweitert. Dazu gehört auch die praktische Anwendung des erlernten Wissens und die (Selbst-)Reflexion in der Situation (vgl. Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V. 2015: 46).

Für die Arbeit mit abhängigkeiterkrankten Menschen bedeutet dies konkret einen fundamentalen Überblick über die methodische Arbeit mit den Einzelnen und ihren Angehörigen zu besitzen sowie die Dynamik und Gestaltung von Gruppenprozessen zu verinnerlichen (vgl. ebenda).

Um Verständnis für Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung aufzubringen, benötigen die Fachkräfte theoretisches Wissen über die verschiedenen Konzepte der Krankheitsentstehung sowie -bewältigung. Des Weiteren sollten die Wirkung von diversen Substanzen und die damit einhergehenden Verhaltensweisen bekannt sein (vgl. Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V. 2015: 51).

Da sowohl in der Klinischen Sozialarbeit als auch in der Suchthilfe nach dem bio-psycho-sozialen Modell gearbeitet wird, müssen die zuständigen Sozialarbeiter*innen über grundlegende Kenntnisse über die mehrheitlichen Dimensionen einer Belastung verfügen. Dazu zählen unter anderem auch die vorhandenen Schutzfaktoren und Möglichkeiten, mithilfe von Ressourcen, die Krankheitsbeschwerden zu minimieren. In diesem Zusammenhang ist ein fundamentales Wissen über verschiedene psychische und somatische Erkrankungen von großer Bedeutung, da die gemeinsame Arbeit nur gelingen kann, wenn die Fachkräfte verstehen, mit welchen Symptomen und Folgen die Betroffenen leben (vgl. ebenda: 52).

Zu den klinisch-sozialarbeiterischen Handlungskompetenzen gehört ebenfalls die Auseinandersetzung mit rechtlichen Rahmenbedingungen. Um sich mit den unterschiedlichen Kooperationspartnern wie zum Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe oder den Sozialleistungsträgern zu vernetzen und auszutauschen, sind Kenntnisse über die Sozialgesetzbücher, das Betäubungsmittelgesetz aber auch dem Jugendschutzgesetz unerlässlich. Dieses Wissen sollte außerdem stetig vertieft und ergänzt werden (vgl. ebenda). Auf der Beziehungsebene sind das Wahrnehmen von Gefühlen und deren Kommunikation als Kompetenz der Sozialarbeiter*innen nicht außer Acht zu lassen. Weiterhin sollten die Fachkräfte ein breites Wissen über die möglichen Herausforderungen einer Übertragung sowie Gegenübertragung besitzen. Einher geht damit das Nähe-Distanz-Verhältnis zu wahren (vgl. ebenda: 53).

Außerdem stellt das Handlungskonzept der Sozialtherapie ebenfalls eine wichtige Komponente dar, die die Klinischen Sozialarbeiter*innen berücksichtigen und verinnerlichen müssen.

Das Zusammenspiel von Risiko- sowie sozialen Faktoren in Verbindung mit der Entstehung von Erkrankungen wird von der Sozialtherapie fokussiert. Es lassen sich demnach theoretische Vernetzungen zum bio-psycho-sozialen Modell und der Salutogenese ziehen. Im Vordergrund steht die Frage nach möglicher sozialer Unterstützung, um die gesundheitliche Belastung zu minimieren (vgl. Ortmann et. al. 2017: 29). Somit unterscheidet sich eine sozialtherapeutische Arbeitsweise von der klassischen Psychotherapie, da die Beratungs- und Behandlungsschritte in der Sozialen Arbeit von einem ganzheitlichen Blick auf die alltäglichen Lebensanforderungen geprägt sind und sich nicht nur auf die psychischen – unterbewussten – Vorgänge reduzieren lassen. Inhaltliche Schwerpunkte legt die Sozialtherapie auf Partizipation und Empowerment, Kontextorientierung sowie die Würdigung von Diversität und Interessenvertretung (vgl. ebenda: 35f.).

Zu den methodischen Fähigkeiten gehört eine ausgeprägte Analysekompetenz. Dabei steht das multiperspektivische Fallverstehen nach Müller an erster Stelle (vgl. Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V. 2015: 53).

Es werden drei Dimensionen in einem sozialpädagogischen Fall unterschieden. Bei der Bearbeitung als „Fall von...“ werden zunächst alle relevanten Sachaspekte geklärt und abgewogen. Dem Verwaltungshandeln kommt dahingehend eine hohe Priorität zu, da der Fall zusammen mit dem allgemeinen Anerkannten gesehen werden muss, wenn zum Beispiel eine Kindeswohlgefährdung vorliegt (vgl. Müller 2012: 42).

„Fall für...“ beschreibt die Kooperation mit anderen Instanzen und der „Fall mit...“ konzentriert sich auf die Zusammenarbeit mit den Klient*innen.

Zur Umsetzung gehören die Anamnese, Diagnose, Intervention und die Evaluation. Zu Beginn der Fallbearbeitung werden relevante Informationen gesammelt. Trotzdem ist es bei der Anamnese wichtig, den Blick nicht zu schnell zu verengen und weitere Möglichkeiten offen zu halten. Im Vordergrund steht, einen eigenen Zugang zum Fall zu bekommen. Bei der Sozialen Diagnose wird geklärt, wer an der Problemsituation beteiligt ist und wie sich das Problem äußert. Des Weiteren wird fokussiert, welches Problem für die Fachkraft dabei von Bedeutung ist.

Beim Intervenieren können drei Vorgehensweisen unterschieden werden. Zum einen das Eingreifende Handeln, das sich trotz des Machtgebrauchs an die Autonomie der Klient*innen halten muss. Angewendet werden kann dieses Handeln zum Beispiel in Situationen, in denen Notwehr geboten ist. Die angebotsorientierte Intervention lässt

sich erneut untergliedern. Es müssen Angebote, die die Situation verändern wollen, von Angeboten unterschieden werden, die die Verhaltensweisen von Personen ändern möchten. Außerdem werden materielle Ressourcen von den immateriellen Dienstleistungen unterschieden. Der dritte Aspekt beschreibt das Gemeinsame Handeln, was sich auf einen minimalen Eingriff bezieht unter gleichzeitiger Förderung der Zusammenarbeit (Huth-Hildebrand 2015: 19).

Zur Evaluation gehört – wie in jedem Feld der Sozialen Arbeit – die Auswertung der angewendeten Maßnahmen und wie erfolgreich diese waren. Außerdem steht die Selbstreflexion ebenfalls als wichtiger Aspekt der Qualitätssicherung im Vordergrund.

4.2 Aufgaben

Präzise formuliert, belaufen sich die Aufgaben der (Klinischen) Sozialarbeit auf die (Re-)Integration von Klient*innen sowie auf die Koordination relevanter Hilfen und der Beratung (vgl. Laging 2020: 179f.).

Die Systemebene der Integration ist notwendig, um die gesellschaftliche Teilhabe zu realisieren. Hauptsächlich gelingt dies durch die Unterstützung und Förderung im sozialen Kontext, welche sich vor allem auf die Situationen in den Familien, der Arbeitswelt und der Freizeit beziehen.

Mittels verschiedener Methoden wie zum Beispiel dem Case Management oder der Hilfeplanung soll auf der Prozessebene die Vernetzung von Hilfesystemen umgesetzt werden (vgl. ebenda: 180).

Die Beratung der betroffenen Person kommt vor allem durch eine psycho-soziale Betrachtung der Belastungen zustande. Dabei wird die Personenebene als dritte Dimension angesprochen und verlangt die Bearbeitung der suchtspezifischen Verhaltensweisen und Problemsituationen. Ziel ist es, Genesungs- und Bewältigungsprozesse zu initiieren (vgl. ebenda).

In der ambulanten Suchthilfe stehen weitere Aufgaben im Vordergrund, die sich unter anderem auf die aufsuchenden Angebote konzentrieren. Die Erreichung von substanzabhängigen Menschen, die bislang noch nicht in Kontakt mit dem Hilfesystem gekommen sind, stellt somit einen weitläufigen Auftrag in der Suchthilfe dar (vgl. Hoffmann-Bayer et.al. 2005: 7). Die ambulanten Beratungen versuchen ebenfalls die Entlastung des Gesundheitssystems zu fördern und durch Aufklärung den Drogenkonsum zu senken. Dadurch sollen Chronifizierungen von Süchten verhindert und der Ausstieg aus dem Suchtmittelkonsum erleichtert werden (vgl. ebenda: 7f.).

Die Klinische Sozialarbeit in der Suchthilfe ist zuständig für eine differenzierte Diagnostik sowie für die Beratung und Behandlung der Klient*innen. Der Begriff „Behandlung“ bezieht sich dabei immer auf einen sozialarbeiterischen beziehungsweise sozialtherapeutischen Kontext (vgl. Leune 2013: 15). In der Suchthilfe ist das Konzept der Sozialtherapie obligatorischer Bestandteil der Rehabilitation (vgl. Ortmann et.al. 2017.: 42).

Im Fokus steht die direkte Zusammenarbeit mit den Adressat*innen in ihrer Lebenswelt und dem institutionellen Rahmen. Dabei muss die Würdigung der Klient*innen und die Wahrung der Autonomie priorisiert werden, um gemeinsam in den Einzelgesprächen Ziele zur Lebensveränderung festlegen zu können. Sozialarbeiter*innen übernehmen somit zusammengefasst die Zielvereinbarung, Hilfeplanung und die Koordination von unterstützenden Gesprächen (vgl. Leune 2013: 15). Diese Vereinbarungen betreffen nicht nur die erkrankten Personen, sondern auch die beteiligten Institutionen. Diese Aufgaben verlaufen niemals linear, sondern verstehen sich in einem zirkulären Zusammenhang (vgl. Hansjürgens 2016: 40). Das heißt, dass die Hilfeleistung nicht mit dem Fallverstehen beginnt und mit der Vermittlung der beendet ist, vielmehr übernimmt die Soziale Arbeit eine Art Schnittstellenverbindung zwischen Beratung und den weiterführenden Hilfen (vgl. ebenda: 39).

In Gruppengesprächen werden die Sozialarbeiter*innen als Leiter*innen aktiv und sichern durch regelmäßige Fortbildungen und Supervisionen den Qualitätsanspruch in der Beratung (vgl. Leune 2013: 16).

„Suchthilfe ist fast immer (Klinische) Sozialarbeit.“ (ebenda: 15). Alles in allem lassen kaum Unterschiede zwischen den Aufgaben der Klinischen Sozialarbeiter*innen und den „normalen“ Fachkräften in der Suchthilfe finden. Die Hauptgesichtspunkte der Sozialen Arbeit werden durch die handlungsfeldspezifischen Kompetenzen und Konzepte der Klinischen Sozialarbeiter*innen ergänzt und verknüpft.

4.3 Methoden

Um mit den erkrankten Menschen optimal arbeiten und das Konsumverhalten verändern zu können, greifen Sozialarbeiter*innen auf verschiedene Arbeitsweisen zurück.

Die Methoden der aufsuchenden Arbeit fokussieren sich beispielsweise darauf, lebenspraktische Angebote zu schaffen und unterstützende Gespräche anzubieten (vgl. Hoffmann-Bayer et.al. 2005: 10). In Beratungsstellen werden eher Informationen über die Erkrankung bereitgestellt und der Allgemeinzustand der Betroffenen stabilisiert, während die Betreuung sich auf die „Wiedererlangung psychosozialer Kompetenzen“ konzentriert (ebenda: 16ff.). Gemeint sind dahingehend die Wiedererlangung der Autonomie und Integration.

4.3.1 Case Management

Die Kooperation mit Unterstützungsnetzwerken, dem sozialen Umfeld und anderen Systemen ist in der Suchthilfe zwingend erforderlich. Durch die Methode des Case Management werden diese Anforderungen abgedeckt und kann den Klient*innen bei der Problembewältigung helfen (vgl. Pauls 2013: 316).

Die Entstehung des Case Management lässt sich auf die soziale Einzelfallhilfe zurückführen und versteht sich als dessen Weiterentwicklung. Durch die Deinstitutionalisierung in den 1970er Jahren, welche den Abbau von stationären Einrichtungen zur Folge hatte, mussten psychisch erkrankte Menschen schnellstmöglich ambulant versorgt werden. Die Case Manager*innen übernahmen in dieser Zeit die Organisation und Koordination von klient*innenzentrierten Unterstützungsangeboten (vgl. Kleve et.al. 2018: 59ff).

Die Arbeitsweise dieser Methode bezieht sich auf einen zielorientierten Ansatz. Dadurch ist es möglich, die Hilfen an der Lebenswelt der Klient*innen anzulehnen und diese effektiv zu gestalten.

Das Vorgehen ist individuell auf den Einzelfall bezogen. Inhaltlich befasst sich die Methode des Case Management mit der „Ermittlung, Konstruktion und Überwachung eines problemadäquaten Unterstützungsnetzwerkes, zu dem sowohl die informellen sozial-räumlichen Ressourcen [...] gehören, wie auch die formellen Angebote des (sozialen) Dienstleistungssektors.“ (ebenda: 65.). Zu den informellen Ressourcen zählen Familie, Nachbarn oder Freunde während die formellen Mittel meist Geld- oder Sachleistungen darstellen.

Im Case-Management-Prozess werden fünf Phasen unterschieden, die zirkulär angeordnet sind.

Falleinschätzung

Zum einen steht die Einschätzung an erster Stelle, wobei eine Problemanalyse sowie eine Bedarfsklärung stattfinden, um anschließend die Ziele festlegen zu können (vgl. Kleve et. al 2018: 71). Die biographischen, sozialen und psychischen Aspekte geben einen ersten Überblick über die Problemsituation und erlauben eine Aussage über die Lebenswelt der Klient*innen zu treffen (vgl. Oliva 2001: 17). Im nächsten Arbeitsschritt der ersten Phase werden die Ressourcen abgeklärt, die sich sowohl auf die intrapersonalen Fähigkeiten als auch auf die sozialen Netzwerke beziehen (vgl. Kleve et.al. 2018: 71). Dazu können verschiedene Verfahren verwendet werden zum Beispiel Netzwerkkarten, die zur Darstellung der vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten dienen (vgl. ebenda: 73). Aber auch Fragebögen, die sich auf den Konsum oder die Abhängigkeit beziehen, die die momentane Wohn- und Arbeitssituation beleuchten und einen Eindruck über die bereits in Anspruch genommenen Hilfen vermitteln.

Wird in der Falleinschätzung deutlich, dass die abhängigen Klient*innen Kinder betreuen, müssen die Case Manager*innen abwägen, welche Belastungen auf die Kinder einwirken. Für die Fachkräfte bedeutet dies, dass sie nicht nur für die Klient*innen zuständig sind, sondern eventuell auch weitere Schritte einleiten müssen, um Vernachlässigungen oder Misshandlungen abzuwenden (vgl. Oliva 2001: 27, 50). Wichtig ist außerdem, dass das Assessment regelmäßig wiederholt wird (ebenda).

Sind die Netzwerkstrukturen geklärt, kann begonnen werden, die Ziele auszuarbeiten, die erreicht werden sollen. Dahingehend kann auf eine Orientierung am S.M.A.R.T-Modell zurückgegriffen werden. Im Assessment wird sich zunächst auf drei der fünf Kriterien konzentriert. Die Festlegungen sollten demnach möglichst spezifisch formuliert, akzeptabel sowie realistisch und angemessen sein (vgl. Kleve et.al. 2018: 74).

Hilfeplanung

Die nächste Phase beschäftigt sich mit der Hilfeplanung, wobei die Zieloperationalisierung weitergeführt wird. Um zu erkennen, wenn die Ziele erreicht worden sind, sollten für die Klient*innen und Case Manager*innen Indikatoren festgelegt werden, an denen sie dies deutlich erkennen. Fachlich gesehen bedeutet das, dass die Ziele messbar sein müssen.

Wenn die bisherigen Schritte erfolgreich auf die Festlegung angewendet wurden, sollte es zuletzt möglich sein, die Zielerreichung terminiert festhalten zu können (vgl. ebenda: 75). Um das Vorhaben darzustellen, werden diese meist in einem Arbeitskonzept schriftlich geplant. Im Vordergrund steht dabei die Frage „Wer muss was mit wem tun, um das formulierte Ziel zu erreichen?“ (ebenda: 76). In diesem Plan werden außerdem die notwendigen Hilfen beschrieben. Alle Schritte sollen mit den Klient*innen besprochen und notiert werden, um Aufgabenverteilungen und Zwischenziele zu dokumentieren (vgl. Oliva 2001: 18).

Oliva (2001) stellte im Forschungsprojekt zum Case Management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe fest, dass der Zeitpunkt einer Hilfeplanung individuell ist und es auf die Situation der Klient*innen ankommt. Einige Teilnehmer*innen begannen mit der Planung nach einem stationären Klinikaufenthalt während andere Betroffene in Lebenskrisen steckten, die einen hohen Konsum zur Folge hatten (vgl. ebenda: 78).

Intervention

In der Durchführungsphase werden die festgelegten Aufgaben umgesetzt, weiterhin bestehende Fragen werden beantwortet und von den Fachkräften dokumentiert (vgl. Kleve et.al. 2018: 77). Die Case Manager*innen agieren in dieser Phase als Verbindungsstelle

zwischen den Klient*innen, dem Unterstützungsnetzwerk und den Dienstleistungsträgern (vgl. Carmen 2015, online).

Monitoring

Die Phase der Kontrolle und Überwachung beginnt mit Vereinbarung des ersten Termins. Dabei kontrollieren die Fachkräfte die Aufgaben, die von den Klient*innen erfüllt werden sollen und die Klient*innen überprüfen die Aufgaben, die von den Case Manager*innen umgesetzt werden sollen. Beide Einheiten kontrollieren außerdem die einbezogenen Dienste. Herausforderungen, die während der Durchführung auftreten oder aufgetreten sind, werden besprochen und festgehalten.

Sind die Ziele erreicht und alle Aufgaben gemäß des gemeinsam vereinbarten Arbeitskonzepts umgesetzt worden, ist der Case Management Prozess abgeschlossen und die letzte Phase beginnt (vgl. Kleve et.al. 2018: 77f.).

Evaluation

Bei der Auswertung des Prozesses werden die formulierten Ziele aus dem Hilfeplan je nach Wirkungsweise mithilfe einer dreiteiligen Skala bewertet. Dabei wird unterschieden in „Ziel erreicht“, „Ziel zum Teil erreicht“ und „Ziel gar nicht erreicht“. Als Grundlage können die Dokumentationen verwendet werden. Im Anschluss werden die Klient*innen nach der Einschätzung der erreichten Ziele gefragt und an welchen Indikatoren dies deutlich wird. Außerdem sollen auch diejenigen Indikatoren beachtet werden, die zur Zeit der Zieloperationalisierung nicht als wichtig empfunden wurden, aber abschließend trotzdem die Erreichung der Ziele anzeigen (vgl. ebenda: 79).

Zweck der Einbeziehung von Case Manager*innen ist es demnach, die Klient*innen wieder selbst zu befähigen, den Kontakt mit dem sozialen Umfeld, den helfenden Institutionen und anderen Fachleuten zu regeln (vgl. Pauls 2013: 316).

Vor einer Intervention sollte jedoch abgewogen werden, inwieweit das Einschreiten von Case Manager*innen das soziale Netzwerk der Klient*innen beeinflusst. Zum einen muss sich gefragt werden, ob eine Intervention notwendig ist oder ob diese zur Stigmatisierung im Umfeld führt. Folglich bestünde nach Kontaktabbruch eines Bekannten das Problem, dass eine soziale Unterstützungsressource weniger für die Zusammenarbeit zur Verfügung stehen würde. Bei der Frage, ob Netzwerke repariert oder ersetzt werden müssen, wird versucht herauszufinden, welche Beziehungen (re)-aktiviert oder durch professionelle Ressourcen neu geschaffen werden sollen. Die Case Manager*innen stehen somit in der Pflicht zu entscheiden, wann eine Arbeit mit dem bestehenden Netzwerk nicht mehr sinnvoll ist und wie die neuen Unterstützungsmöglichkeiten wahrgenommen und aufgebaut werden können (vgl. ebenda: 319f.).

4.3.2 Motivational Interviewing

Um die Eigenmotivation von Menschen zu erhöhen und problematisches Verhalten zu ändern, wurde der klientenzentrierte Ansatz von Stephen Rollnick und William Miller zur Behandlung von Suchtproblematiken entwickelt. Dabei wird davon ausgegangen, dass den Klient*innen bestmöglich geholfen werden kann, wenn man die Motivationsarbeit an der Reduzierung von Ambivalenzen ansetzt (vgl. Körkel/ Veltrup 2003: 115).

Charakterisiert wird das Motivational Interviewing durch zwei Phasen, die gleichzeitig als Zielsetzung gesehen werden.

In der Anfangsphase soll die Erarbeitung der Änderungsbereitschaft der Klient*innen im Vordergrund stehen. Dabei wird sich am Ambivalenzmodell orientiert, welches davon ausgeht, dass der Mensch „nicht unmotiviert, sondern ambivalent“ ist (ebenda: 117). Die Klient*innen wägen demnach ab, welchen Kosten-Nutzen-Aufwand sie bei einer Veränderung beziehungsweise Nicht-Veränderung erwarten können.

Am Beispiel des Suchtmittelkonsums erhält die Person bei einer Veränderung die Möglichkeit, positive Aspekte in ihrem oder seinem Leben zu verfestigen wie zum Beispiel die Aufrechterhaltung von familiären Beziehungen oder des Arbeitsplatzes. Zum anderen besteht bei einer Veränderung jedoch auch die Gefahr, dass Depressionen und Ängste realer werden und sich bis hin zur Suizidalität steigern können. Daraus lässt sich schließen, dass sich die Bekämpfung der Substanzmittelabhängigkeit in verschiedenen Bereichen des Lebens verorten lässt und „als Ausdruck einer begründeten inneren Zweisplältigkeit“ zu verstehen ist (ebenda). Für das Ambivalenzmodell bedeutet dies, dass jeder Mensch bereits Potenzial zur Veränderung in sich trägt und motiviert ist, das Verhalten zu ändern, wenn genügend Anreiz dafür vorliegt.

Beim Motivational Interviewing wird nach vier Prinzipien – Empathie, Entwicklung von Diskrepanzen, Umgang mit Widerstand sowie Zuversichtsförderung - und Methoden, wie zum Beispiel dem Aktiven Zuhören, würdigen von Klient*innenaussagen oder auch einer offenen Fragestellung, gearbeitet (vgl. ebenda).

Empathie

Der Handlungsansatz der Empathie ist maßgeblich für den Gesprächsbeginn, denn nur durch eine Vertrautheit lassen sich die Klient*innen auf den Dialog ein (vgl. Mück 2014: 5, online).

Entwicklung von Diskrepanzen

Durch das Aufzeigen von Diskrepanzen soll den Klient*innen das eigene Verhalten nähergebracht werden. Die Wichtigkeit der Veränderung steht dabei im Vordergrund. Am besten gelingt dies durch den sogenannten „Change Talk“. Die Klient*innen sollen

Gedanken und Formulierungen entwickeln, die sich auf die Veränderungsorientierung des Verhaltens beziehen. Durch die selbst definierten Gründe soll die Dringlichkeit des Handelns hervorgehoben und die innere Motivation gestärkt werden (vgl. Körkel/ Veltrup 2003: 118).

Umgang mit Widerstand

Das dritte Prinzip beschreibt, den Widerstand der Klient*innen umzulenken, um die Beratung weiterhin förderlich zu gestalten. Dass Klient*innen auf drohende Veränderungen mit Widerstand reagieren, wird beim Motivational Interviewing als normal angesehen. Als Berater*in kann man somit einen Einblick in das derzeitige Erleben der Klient*innen bekommen. Wichtig dabei ist, dass die Professionellen darauf empathisch und akzeptierend eingehen, um den Patient*innen zu signalisieren, dass sie in ihrer Angst vor dem Misserfolg verstanden und wahrgenommen werden (vgl. Arkowitz et. al. 2010: 6).

Förderung der Selbstwirksamkeit

Die Förderung der Selbstwirksamkeit zeigt als viertes Prinzip auf, dass den Klient*innen die Zuversicht entgegengebracht wird, eine Veränderung aus eigenen Kräften zu erreichen. Eine Möglichkeit die Änderungszuversicht zu fördern, wird im „confidence talk“ festgesetzt. Diese Variante vom „Change Talk“ wird hervorgerufen, indem die beratende Person erneut Bewertungsskalen einsetzt. Diese beziehen sich nun auf die eigene Zuversicht der Klient*innen das gewählte Verhalten zu ändern. Unter anderem werden auch evokative Fragen gestellt, die vermehrt auf den Optimismus für die Verhaltensänderung eingehen, aber auch das Herausfinden von persönlichen Stärken und Ressourcen sowie das Thematisieren einer hypothetischen Änderung gehören dazu (vgl. Körkel/ Veltrup 2003: 121).

In der zweiten Phase werden anschließend die Ziele durch die Klient*innen festgelegt und gemeinsam mit den Berater*innen wird an den Wegen zur Zielerreichung gearbeitet. Wie im Case Management werden die Ziele terminiert und erneut zusammengefasst, um sicherzugehen, dass alles richtig verstanden wurde oder ob etwas verändert werden muss.

Der „Geist“ oder die Grundhaltung dieser Methode sind ebenfalls fundamental bei der Anwendung. Da sich das Motivational Interviewing auf die Grundannahmen der humanistischen Psychologie stützt, stehen vor allem das ganzheitliche und akzeptierende Denken im Vordergrund. Des Weiteren zählen zu den wesentlichen Ansätzen die Autonomieförderung der Klient*innen sowie die Zielorientierung (vgl. Koydl, o.D. online).

Im gesamten Prozess ist es jedoch wichtig, die Klient*innen nicht unter Druck zu setzen. Sollte es nötig werden, kann man den Adressat*innen auch noch einmal Zeit geben, um

über die Festlegungen und das zukünftige Vorhaben nachzudenken (vgl. Körkel/ Veltrup 2003: 122).

4.4 Vorherrschende Probleme der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe

Fachkräftemangel

Mit Blick auf den demographischen Wandel, stellt eine Herausforderung die Sicherstellung der Versorgungskräfte dar. Vor allem in ländlichen Regionen besteht die zukünftige Schwierigkeit des Leistungssystems darin, Ärzt*innen; Psychotherapeut*innen sowie Sozialarbeiter*innen und weitere qualifizierte Fachkräfte in der Suchthilfe zu garantieren. Aufgrund der langen Anfahrtswege und der geringen Praxisdichte verlieren die kleinstädtischen Gebiete für den Nachwuchs des Fachpersonals an Interesse (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2019: 18). Neben dem infrastrukturellen Ausbau ist es ebenfalls wichtig, das Arbeitsfeld der Suchthilfe stärker zu bewerben und die potenziellen Bewerber*innen bei möglichen Weiterbildungen zu unterstützen (vgl. Koch 2020, online).

Arbeitsweisen

Nach einer Studie, welche die Professionalität in ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe untersuchte, wurde festgestellt, dass die Fachkräfte der Sozialen Arbeit zwar nach den fachlichen Standards arbeiteten, diese Methoden jedoch nicht benennen können beziehungsweise in den sozialarbeiterischen Kontext einordnen können (vgl. Hansjürgens 2016: 6, 76). Es wurde deutlich, dass die Handlungsweisen weniger aus der eigenen Profession, sondern eher aus Nachbarwissenschaften bezugnehmend angewendet werden und in den ausgewählten ambulanten Einrichtungen auf das Erfahrungswissen zurückgegriffen wird (vgl. ebenda: 76).

Die Unsicherheiten in der genauen Beschreibung der Zuständigkeit sowie der Aufgaben in der Suchthilfe wird als problematisch angesehen, wenn bedacht wird, dass für einen gelungenen Versorgungsrahmen verschiedene Institutionen und Öffentlichkeiten benötigt werden. Trotz dessen darf nicht vergessen werden, dass zu einer effektiven Hilfeleistung auch die Beziehungsebene zählt und diese wesentlich an der Problembewältigung beteiligt ist (vgl. ebenda: 105).

Angehörigenarbeit

Klein (2019) beschreibt trotz dessen, dass ein Hauptproblem in der Suchthilfe die „fast vollständige Individuum-Fixierung“ ist (Klein 2019: 5). Dabei werden die Probleme einer transgenerationalen Weitergabe von Belastungen nicht direkt wahrgenommen und machen das Einsetzen von übergreifenden Hilfsangeboten so gut wie unmöglich. Aufgrund der Forderungen der Kostenträger werden vorrangig die Klient*innen behandelt, ohne dabei das nähere Umfeld in den Blick zu nehmen. Die Unterstützung für Angehörige von

abhängigkeitserkrankten Personen müssen insofern ausgeweitet werden. Die Individuums-Fixierung ist auch in den Gesetzbüchern ein großes Problemfeld und sollte durch eine generationenübergreifende Ordnung abgelöst werden (ebenda).

Um dies zu verbessern, liegt es am System, auf Basis verhaltenstherapeutischer, humanistischer sowie tiefenpsychologischer Methoden und Konzepte, Beratungen zu entwickeln, die generationsübergreifend genutzt werden können. In diesem Sinne ist es auch unerlässlich die Themen Therapie, Prävention und Gesundheitsförderung zu analysieren und effektiver in den Beratungsprozess einzubinden. Außerdem wird gefordert, dass sich die gesetzlichen Regelungen an die Klient*innen anpassen und dies nicht umgekehrt geschehen kann (vgl. Klein 2021, online).

5 Zukunftsaussichten

Obwohl sich das Suchthilfesystem in den letzten Jahren gewandelt hat, stehen die Sozialarbeiter*innen und die anderen Fachkräfte weiterhin vor Problemen, die das Arbeiten in den Einrichtungen sowie das Erreichen der Klientel erschwert. Dahingehend ist es wichtig, weitere Optimierungen vorzunehmen, um die bestmögliche Versorgung sicherstellen zu können.

Es wird konstatiert, dass sich das Versorgungssystem auf veraltete, empirisch nicht überprüften Strukturen und Methoden beruft, was zu den bereits beschriebenen Problemen der Zugänge und Behandlungskonzepten führte. Zukünftig müssen diese in zieloffene Hilfen und differenzierte Therapieziele umgewandelt werden. Aber auch bei der Akzeptanz von Rückfällen sowie der Digitalisierung müssen Fortschritte gemacht werden (vgl. Klein 2019: 4f.).

Das Handeln im Suchthilfesystem setzt eine bio-psycho-soziale Haltung voraus. Insofern benötigt das System eine fundamentale Vertiefung des lebensweltorientierten Arbeitens. Die Fachkräfte sollen die Lebenswelt der Konsumierenden und abhängigkeitserkrankten Personen im Blick behalten und strukturelle Stigmatisierung soll vollständig abgebaut werden (vgl. ebenda: 5).

Das Problem der minimalen Digitalisierung in der Suchthilfe stützt sich laut Klein (2019) auf die fehlenden Kompetenzen, die in den Studiengängen zur Verfügung gestellt werden. Des Weiteren stehe einer weitgehenden Förderung das Phänomen der „Innovationsabwehr“ im Vordergrund, welches in der Suchthilfe stark verbreitet ist. Die Chancen von digitaler Beratung oder anderen Bereichen der E-Mental-Health sind meist nicht bekannt und damit auch noch nicht umgesetzt. Dabei bieten Blended Counseling, welches die abwechselnde on- und offline Beratung beschreibt und die Anwendung von Virtual Reality, um beispielsweise eine Simulation zur Expositionstherapie zu erstellen, eine Menge Vorteile, die die Behandlung erleichtert. Unter anderem steht die ständige

Verfügbarkeit im Vordergrund, die es ermöglicht, in sich anbahnenden Krisen sofort handeln zu können. Aber auch der Abbau von hochschwelligen Zugängen wird gefördert und verhilft somit auch zu einer Minimierung der Kosten (vgl. ebenda).

Zukünftig soll sich noch stärker an dem Prinzip „ambulant vor stationär“ orientiert werden. Obwohl die Kostenträger seit Jahren darauf plädieren, zunächst ambulante Hilfen in der Abhängigkeitsbehandlung einzusetzen, spielen sich circa zwei Drittel der Maßnahmen in stationären Einrichtungen ab (vgl. Klein 2020, online). Dabei bieten ambulante Methoden eine umfangreichere Begleitung der Klient*innen an. Neben einer Reduzierung der Kosten, wird eine Verzahnung von alltagsnahen Behandlungen begünstigt. Dieses Zusammenspiel kann so dazu beitragen, verschiedene Hilfeleistungen zu kombinieren, die Klient*innen zu stabilisieren und Rückfälle zu vermeiden (vgl. ebenda).

Um die Reichweite der Suchthilfe zu verbessern, müssen die Angebote für alle Personengruppe ansprechend gestaltet werden. Es sollen neue Zielgruppen erschlossen und gleichzeitig durch Öffentlichkeitsarbeit an der Entstigmatisierung gearbeitet werden (vgl. Laging 2020: 181). Zur neuen Klientel sollen unter anderem auch gefährdete Personen gehören, welche die Substanzen missbrauchen oder einen risikobelasteten Konsum an den Tag legen und Menschen, die kurz vor dem Einstieg in den problematischen Konsum stehen (vgl. Klein 2020, online). Dahingehend muss sich auch mit dem Abstinenzparadigma auseinandergesetzt werden, nach welchem einige Einrichtungen sowie Leistungsträger derzeit noch arbeiten. Dieser Ansatz ist laut Klein (2020) nicht mit dem heutigen Stand der Forschung vereinbar. Außerdem werden somit eventuell veränderungsbereite Personen von der Inanspruchnahme der Hilfen abgeschreckt und nicht erreicht (vgl. ebenda).

Des Weiteren müssen Mittel zur weitreichenden Vernetzung geschaffen werden. Die Zusammenarbeit der ambulanten Suchthilfe mit Krankenhäusern, Ärzt*innen und weiteren Akteur*innen des Gesundheits- und Sozialwesens sollte dementsprechend verstärkt werden, um eine effektive Eingliederung abzusichern (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: 12). Dabei müssen sich die Fachkräfte am Hilfebedarf der Klient*innen orientieren, um somit das professionelle Handeln mit dem System der Suchthilfe vereinen zu können (vgl. Böhl 2014: 17).

Im Bereich der Beratung wird vorausgesetzt, dass alle Themen, welche in der Suchthilfe relevant sind oder sein können, abgedeckt werden. Daher steht an erster Stelle der Beratung auch Fragen über Substanzwirkungen sowie -risiko beantworten zu können, aber ebenfalls einen Überblick über medizinische Anliegen und Alltagshilfen zu geben. Dabei ist es wichtig, diese Themen möglichst personenzentriert mit den Klient*innen zu

besprechen (vgl. Klein 2020, online). Also sollte die Sucht- und Drogenhilfe „Ausstiegs-, Reduktions- und Konsumberatung umfassen und nicht einseitig ausstiegs- bzw. abstinenzorientiert arbeiten.“ (ebenda).

Außerdem muss an den Präventionskonzepten gearbeitet werden, die (auch) im Rahmen von Beratungen eine wesentliche Rolle spielen. Unterschieden werden muss dabei in Verhältnis- und Verhaltensprävention, aber auch die Ebene der qualitativen und finanziellen Anforderungen darf nicht außer Acht gelassen werden (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2014: 3f., online).

Bei der Verhältnisprävention werden gesellschaftliche Rahmenbedingungen beeinflusst und es wird auf die Veränderung der Lebenswelten abgezielt. Bei der Verhaltensprävention hingegen wird das Individuum und der positive Wandel des Verhaltens in den Blick genommen (vgl. ebenda: 4). Beide Ansätze ergänzen sich und agieren gemeinsam. Die DHS fordert dahingehend, ein umfassendes Werbeverbot für Suchtmittel und den Ausbau von Beratungs- und Aufklärungsangeboten in Schulen, Ausbildungen, Studienorten und am Arbeitsplatz, um die Nachfrage schrittweise zu reduzieren. Damit einher geht auch die allgemeine, gesellschaftliche Akzeptanz von Sucht- und Rauschmittel abzubauen.

Auf qualitativer Ebene ist es wichtig, die intervenierenden Maßnahmen regelmäßig zu überprüfen und zu evaluieren, um die anerkannten Qualitätsstandards zu erhalten. Unbedingt erforderlich ist daher auch die Weiterentwicklung von Angeboten mit der Orientierung an den Adressat*innen und ihren Wünschen. Durch die Einführung von beständigen Fort- und Weiterbildungen für Fachkräfte sollen die charakteristischen Handlungsfähigkeiten gefördert werden (vgl. ebenda: 6f.).

Um die Suchtprävention weitreichend zu finanzieren, müssen gesetzliche Regelungen festgelegt werden. Dabei wird vor allem auf Transparenz gesetzt, die die Aktivitäten aller involvierten Träger miteinbezieht. Eine Grundlage für die Finanzierung dieses Handlungsfeldes soll - laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen – gemeinsam durch die Zusammenarbeit von allen Sozial- und Krankenversicherungen und dem öffentlichen Zusammenschluss von Bund, Ländern und Kommunen realisiert werden. Damit wird ebenso erläutert, dass die Suchtprävention „als eigenständiger und – neben Beratung und Behandlung (Therapie und Rehabilitation) – gleichberechtigter Typ der öffentlich finanzierten Gesundheitsförderungen abgesichert werden“ sollte (ebenda: 8).

Es wird also deutlich, dass das bedarfsgerechte Versorgungssystem der Zukunft sich unterschiedlichen Veränderungen unterziehen muss, um den Klient*innen passgenaue und personenorientierte Hilfen zu bieten.

Dabei stehen leichte Erreichbarkeit sowie Kooperation und die zeitnahe Erbringung von Leistungen, aber auch eine komplexe Abdeckung von Abhängigkeitsproblemen in Verbindung mit Prävention und Nachsorge im Vordergrund (vgl. Laging 2020: 113).

Ebenso steht das Handlungsfeld der Klinischen Sozialarbeit in der Pflicht, sich weiterzuentwickeln. Bisweilen existieren nur wenige Forschungsförderungsprogramme, die sich mit den Themen der Klinischen Sozialarbeit befassen. Es kann verortet werden, dass dieses Arbeitsfeld bisher noch nicht alle Möglichkeiten ausschöpft, um mit anderen Professionen auf gleicher Ebene zu arbeiten (vgl. Gahleitner 2019: 7). Um dies zu ändern, und mit den anderen Handlungsfeldern des Sozial- und Gesundheitswesens offen kommunizieren zu können, ist es erforderlich, die Konzepte weitreichender wissenschaftlich zu etablieren und den Erfolg der Methoden empirisch zu belegen. Außerdem muss die Klinische Sozialarbeit „selbstbewusst im Forschungsbereich auftreten.“ (ebenda).

6 Zusammenfassung

Der Konsum von legalen und illegalen Substanzen wird in der Gesellschaft bis zu einem gewissen Punkt akzeptiert und als normal angesehen – auch mit der Gewissheit, dass gesundheitliche Schäden hervorgerufen werden können. Sobald der Gebrauch jedoch zu familiären oder beruflichen Defiziten führt, schlägt diese offene Haltung zumeist in Abneigung und Verurteilung um. Die Folgen sind Stigmatisierungen oder auch Kontaktabbrüche sowie die persönlichen Leiden, welche sich psychisch oder körperlich äußern können.

Abhängigkeiten entwickeln sich schleichend und werden häufig erst bemerkt, wenn der Körper nach dem kurzzeitigen Absetzen der Substanz Entzugssymptome aufzeigt. Der stetige Konsum führt dann zu einer Toleranzentwicklung und Dosissteigerung. Die Erkrankten geraten in einen Teufelskreis, aus diesem sie ohne Hilfe nicht herausfinden können.

Bei der Ursachenerforschung sind verschiedene Faktoren entscheidend zu betrachten. Neben den personalen und sozialen Aspekten werden auch psychologische Erklärungen wie das Lernen am Modell oder die entwicklungstechnischen Ansätze mit der Abhängigkeitsentstehung in Verbindung gebracht. Dazu ist es jedoch auch wichtig, die Begriffe von Gesundheit und Krankheit nicht außer Acht zu lassen. Das bio-psycho-soziale Modell befasst sich mit dem Auftreten von Krankheiten. Dabei wird das Zusammenspiel von sozialen Einflüssen, dem individuellen Verhalten und der biologischen Existenz als Erklärung für die Entstehung gesehen. Laut Engel sind Menschen für Krisen und Beschwerden anfälliger, wenn eine Störung des Zusammenwirkens dieser Faktoren auftritt. Nachdem Kritik an diesem Modell laut wurde, gelang es Aaron Antonovsky ein Konzept

zu entwickeln, welches die Schutzfaktoren in den Vordergrund stellt, die ein Mensch hat, um trotz diskrepanter Lebensumstände gesund zu bleiben.

Die Klinische Sozialarbeit stellt ein junges Arbeitsfeld innerhalb der Sozialen Arbeit dar. Wichtig ist, dass die Arbeit nicht nur im Gesundheitswesen stattfindet, sondern sich ebenfalls auch auf die Beratung und Behandlung von Klient*innen in Multiproblemsituationen bezieht. Eine übergeordnete Rolle spielt dabei die Anwendung des sozialtherapeutischen Ansatzes, welcher sich auf die inneren und äußeren Realitäten der Adressat*innen konzentriert und die Stärkung sowie Förderung der Ressourcen in den Blick nimmt. Des Weiteren kommt der Netzwerkarbeit eine sehr große Bedeutung zu, um eine gelungene Behandlung gewährleisten und sich mit den verschiedenen Fachkräften der Institutionen austauschen zu können.

Das in Deutschland vorherrschende Suchthilfesystem entwickelte sich bereits vor dem Ersten Weltkrieg und entstand aus der organisierten Trinkerfürsorge. Nachdem das Bundessozialgericht 1968 festlegte, dass Alkoholabhängigkeit als Krankheit anzusehen ist, konnte ein fortschrittlicheres Suchtpräventions- und Hilfesystem realisiert werden, welches sich in niedrigschwelligen Beratungen oder auch Substitutionsbehandlungen äußerte.

Im Arbeitsfeld der Suchthilfe steht die personenzentrierte und wertschätzende Sichtweise im Vordergrund. Außerdem soll das noch vorhandene Verantwortungsbewusstsein über das eigene Verhalten gestärkt werden. Bei der Behandlung und Beratung ist den Klient*innen immer ein Mitspracherecht einzuräumen. Damit einhergeht auch den Willen nach Selbstbestimmung zu wahren und das Verhalten von der Person zu trennen, um als Fachkraft einen optimalen Umgang mit den Klient*innen zu ermöglichen.

In der Geschichte der Suchthilfe spielten zwei unterschiedliche Ansätze eine wichtige Rolle. Zunächst wurde auf das Ziel hingearbeitet, dass die Betroffenen nach Beendigung der Behandlung abstinent sein sollten. Da sich die Abnahme der Motivationsbereitschaft abbilden ließ, entwickelte sich in den 1970er Jahren das Prinzip der Schadensminimierung, welches nicht auf die Abstinenz abzielte, sondern versuchte, die Lebensqualität der Klient*innen zu verbessern und die bisherigen Schäden zu reduzieren. Kritik wurde an beiden Paradigmen geäußert und bis heute arbeiten die Einrichtungen der Suchthilfe noch nicht nach einem einheitlichen Verfahren.

Bezugnehmend auf die Forschungsfrage, welche Möglichkeiten Klinische Sozialarbeiter*innen haben, um mit den Adressat*innen ganzheitlich an der Problemlösung zu

arbeiten, wird noch einmal auf die Aufgaben und Arbeitsweisen in der Suchthilfe eingegangen.

Für die Arbeit in der Suchthilfe benötigen die Fachkräfte in den ambulanten und stationären Einrichtungen einen tiefgreifenden Überblick über die verschiedenen Wirkungen von unterschiedlichen Substanzen und die damit einhergehenden Verhaltensweisen von Klient*innen, um die Lebensbelastungen dieser empathisch nachvollziehen zu können. Grundlegend wird nach dem Verständnis des bio-psycho-sozialen Modells gearbeitet. Dahingehend stehen bei der Beratung und Behandlung die sozialen Dimensionen im Vordergrund wie zum Beispiel der Aufbau eines sozialen Hilfenetzwerks. Des Weiteren orientieren sich die Fachkräfte an den vorhandenen Schutzfaktoren und Ressourcen, um die Klient*innen bestmöglich in die Gesellschaft erneut zu integrieren.

Da die Soziale Arbeit nicht den Anspruch verfolgen darf, psychotherapeutisch zu handeln, sind Kenntnisse über die Sozialtherapie unerlässlich, um die gesundheitliche Belastung zu minimieren. Das Hauptaugenmerk wird dabei nicht nur auf die psychischen Symptome gelegt, sondern alle Lebensstressoren des Betroffenen stehen im Fokus. Konzentriert wird sich primär auf die Partizipation, Empowerment und die Interessenvertretung.

Um mit den Klient*innen die Abhängigkeitsbewältigung aktiv angehen und Ziele festlegen zu können, muss die Autonomie gewahrt und eine würdige Haltung ausgeübt werden. Dazu zählt außerdem die Gefühle des Gegenübers wahrzunehmen und zu verbalisieren. Aber auch die Evaluation der eigenen Handlungen darf nicht vernachlässigt werden.

Die Aufgaben der Hilfeplanung, Zielfestlegung und deren Umsetzung verlaufen niemals linear, sondern vielmehr nach einem zirkulären Prinzip.

Die derzeitigen Herausforderungen des Suchthilfesystems lassen sich vor allem auf die Finanzierung sowie die Zugänge und die Vernetzung zurückführen.

Die ambulante Suchthilfe wird primär von den Kommunen finanziert und somit ergibt sich eine Abhängigkeit, die zu einem stetigen Wandel der Versorgungsstrukturen führt und zukünftig abgebaut werden muss. Wohingegen die Therapien in den stationären Einrichtungen zumeist von den Renten- und Krankenversicherungsträgern finanziert werden. Problematisch ist außerdem, dass die meisten Klient*innen in Fachkrankenhäusern oder anderen Kliniken behandelt werden, obwohl im System ambulante Maßnahmen Vorrang vor den stationären Einrichtungen haben. Somit können die Betroffenen weniger in ihrer Lebenswelt betreut und unterstützt werden.

Dahingehend ist es notwendig, sich neben der Umstrukturierung der Finanzierungsmaßnahmen, auch den Ausbau von weiteren ambulanten Behandlungen zu fördern. Den

Defiziten an niedrigschwelligen Angeboten müssen durch die Beteiligung von Präventionen und Früherkennung an Orten, an denen sich die Betroffenen bereits aufhalten, entgegengewirkt werden. Die Zugangsmaßnahmen sind auch auf die Bedarfe von Menschen mit Migrationshintergrund zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.

Eine bessere Vernetzung von allen Institutionen, die am Hilfeprozess beteiligt sind, um eine effektivere Wiedereingliederung zu ermöglichen, kann durch eine transparente Kommunikation und Zielfestlegung sowie Auftragsklärung ausgebaut werden.

Aber auch die Weiterentwicklung von Behandlungskonzepten ist geboten. Die Stabilisierung und die Nachsorge der Klient*innen soll noch mehr in der Vordergrund gerückt werden. Durch die Verbesserung von Bewältigungsstrategien schon während der Rehabilitationsphase, können Rückfälle vermieden beziehungsweise reduziert werden. Jedoch wird auch gefordert, spezielle Nachsorgeeinrichtungen für Klient*innen einzurichten, die schon rückfällig geworden sind, um weiterhin eine flächendeckende Unterstützung zu garantieren.

In der Arbeit mit den Angehörigen stellt sich vorherrschend die Frage, ob genügend für das soziale Umfeld getan wird. Kritisch wird angemerkt, dass sich die Sozialarbeiter*innen nur an den Betroffenen orientieren und die seelischen oder körperlichen Folgen, mit denen auch die Angehörigen konfrontiert sind, eher unbeachtet gelassen werden. Spezifisch wird sich dabei auf die transgenerationale Belastungsweitergabe bezogen, die ohne übergreifende Hilfsangebote nicht behandelt werden kann. In diesem Sinne müssen die Themen der Prävention und Gesundheitsförderung näher betrachtet und effektiver in den Hilfeprozess eingebunden werden.

Nicht nur das System der Suchthilfe weist strukturelle Probleme auf, auch die Fachkräfte in den Einrichtungen und Beratungsstellen stehen vor Herausforderungen.

Es ist wichtig, dass die Betreuung durch Sozialarbeiter*innen in den Bereichen der Suchthilfe weiterhin sichergestellt wird, gerade in den ländlichen Regionen stellt dies derzeit einen kritischen Punkt dar. Mit Blick auf die zukünftige Versorgung muss das Arbeitsfeld attraktiver gestaltet und beworben werden. Außerdem ist der Ausbau von Infrastrukturen und ambulanten Einrichtungen ein wesentlicher Aspekt, welcher nicht vernachlässigt werden darf.

Des Weiteren sind die Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen angehalten, ihre Arbeitsweisen sicher auszuüben und benennen zu können. Trotz des Erfahrungswissens sollten die Fachkräfte ihre Zuständigkeiten und Aufgaben kennen, um mit anderen Institutionen fachgerecht an den Multiproblemsituationen arbeiten zu können.

Zukünftig sind Themen wie die weitreichende Digitalisierung vordergründig und sollten vertieft in die Ausbildungsinhalte der Sozialarbeiter*innen einfließen, um einen besseren Zugang aufzubauen aber auch finanzielle Probleme zu minimieren.

Einhergehen soll damit auch eine Fokussierung auf ambulante Maßnahmen zur lebensweltnahen Begleitung der Klient*innen. Die anwesenden Sozialarbeiter*innen sollen in den Beratungen über alle möglichen Aspekte Bescheid wissen, die von der Klientel von Interesse sein können.

Diverse Stigmatisierungen oder Fehlinformationen über die Suchthilfeeinrichtungen sollen durch eine ansprechende Öffentlichkeitsarbeit reduziert und neue Personengruppen erschlossen werden.

Präventive und intervenierende Maßnahmen sind ebenfalls von einem Wandel betroffen. Die DHS fordert in der Zukunft ein umfangreiches Werbeverbot für alle möglichen Suchtmittel und einen zeitgleichen Ausbau von Beratungs- und Aufklärungsangeboten.

Für den Zuschuss der Prävention sind rechtliche Rahmenbedingungen zu vereinbaren, um mit allen Trägern transparent arbeiten zu können. Der Plan für eine gelungene Finanzierung soll durch die Vereinigung von Bund, Ländern und Kommunen realisiert und außerdem als eigenständiger Typ der öffentlichen Gesundheitsförderung anerkannt werden.

Bei der Anfertigung dieser Arbeit konnte überdies herausgefunden werden, dass kaum Unterschiede zur Arbeitsweise von Sozialarbeiter*innen ohne klinische Spezifizierung und den Klinischen Sozialarbeiter*innen bestehen. Grundsätzlich handeln die klinischen Fachkräfte nach dem bio-psycho-sozialen Modell und legen den Fokus zumeist auf die psychosoziale Diagnostik. Des Weiteren beraten sie eher die schwer zugängliche Klientel und unterscheiden sich im Ausmaß der angewendeten Methoden.

Letztendlich verfolgen jedoch die Vertreter*innen beider Professionen das Ziel, die Lebensumstände der Klient*innen gemeinsam mit diesen zu verbessern und eine bedürfnisorientierte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Literaturverzeichnis

- Arkowitz, Hal/ William R. Miller, (2010): Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen, Lambertus, S.6
- Baisch, Bettina/ Janina Del Giudice / Claudia Gottstein / Simone Kreuzer/ Luisa Milazzo/ Andrea Nagl & Anna Yankers (2022)
URL: <https://www.betanet.de/medizinische-rehabilitation.html> (aufgerufen am: 13.05.2022, 14:12 Uhr)
- Bak, Peter Michael (2019): Modelllernen, In: Lernen, Motivation und Emotion. Angewandte Psychologie Kompakt, Springer, S. 43
- Behrendt, Klaus/ Markus Backmund & Jens Reimer (2015): Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), Drogenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 4, S. 16
URL: <https://www.dhs.de/infomaterial/drogenabhaengigkeit> (aufgerufen am: 23.04.2022, 16:56 Uhr)
- Boos, Marc/ Maxim Nopper-Pflügler / Jean-Marie Schaldach & Paula Zeiler (2015)
URL: <https://www.caritas.de/beitraege/was-ist-der-unterschied-zwischen-psychischer-seeli/166900/> (aufgerufen am: 15.04.2022, 10:47 Uhr)
- Boos, Marc/ Maxim Nopper-Pflügler / Jean-Marie Schaldach & Paula Zeiler (2020)
URL: <https://www.caritas.de/hilfeundberatung/onlineberatung/suchtberatung/haeufiggestelltefragen/was-ist-der-unterschied-zwischen-sucht-und-abhaengigkeit-81254f97-2459-4037-bf5e-905a62617bd3>
(aufgerufen am: 15.04.2022, 10:38 Uhr)
- Brägelmann-Tann, Sabine (2014): Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hrsg), Im Dickicht der Hilfesysteme? Versorgungsprobleme und innovative Lösungsansätze zwischen Suchthilfe und Psychiatrie, S.7
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2017)
URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/block-f10-f19.htm> (aufgerufen am: 15.04.2022, 14:28 Uhr)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o.D.)
URL: <https://www.kenn-dein-limit.de/haeufige-fragen-zum-thema-alkohol/> (aufgerufen am: 23.04.2022, 17:02 Uhr)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2020)
URL: <https://www.kenn-dein-limit.de/fakten-ueber-alkohol/oekonomische-kosten-durch-alkoholkonsum/> (aufgerufen am: 15.04.2022, 11:43)

Bundeszentrale für politische Bildung (2020)

URL:<https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61785/ausgewaehlte-armutsgefaehrungsquoten/>

(aufgerufen am: 15.04.2022)

Böhl, Hans (2014): Suchthilfe und Versorgungssystem in Deutschland, In:

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hrsg), Im Dickicht der Hilfesysteme? Versorgungsprobleme und innovative Lösungsansätze zwischen Suchthilfe und Psychiatrie, S.17

Carmen, Abi (2015)

URL:<https://casemanagementstudyguide.com/ccmknowledgedomains/casemanagement-concepts/case-management-process-and-tools/>

(aufgerufen am: 24.05.2022, 20:38 Uhr)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (o.D)

URL: <https://www.dhs.de/suechte/alkohol/zahlen-daten-fakten>

(aufgerufen am: 15.04.2022, 10:13 Uhr)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2004)

URL: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Gender_Mainstreaming_in_der_Suchtarbeit.pdf

(aufgerufen am: 15.04.2022, 10:18 Uhr)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2019): Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland. Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven. Update 2019

URL:https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhsstellungnahmen/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf

(aufgerufen am: 11.05.2022, 10:03 Uhr)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2014): Suchtprävention in Deutschland.

Stark für die Zukunft, S.3-8

URL:https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhsstellungnahmen/Suchtpraevention_in_Deutschland.pdf (aufgerufen am: 07.06.2022, 17:05 Uhr)

Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V. (2015): Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention

URL:https://www.dg-sas.de/media/filer_public/b5/3b/b53bd4c8-ab0d-4b6f-bb30-8590e5037068/kompetenzprofil_online.pdf

(aufgerufen am: 08.06.2022, 13:17 Uhr)

Gahleitner, Silke Birgitta (2019): Klinische Sozialarbeit: Stand der Entwicklungen in

Deutschland, In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung, 15.Jg., H.2, S.6

- Geißler-Piltz, Brigitte (2006): Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work, In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung, 2. Jg., S. 7-11.
- Gibbons, Frederick X./ Pomery, Elizabeth A./ Gerrard, Meg (2008): Cognitive Social Influence. Moderation, medication, modification, and the media, In: Prinstein, Mitchell J./ Dodge, Kenneth A. (Hrsg.), Understanding Peer Influence in Children and Adolescents, Guilford Press, S.45-46
- Glaeske, Gerd/ Rüdiger Holzbach & Daniela Boesch (o.D.)
URL: <https://www.medikamente-und-sucht.de/behandler-und-berater/medikamentensicherheit/missbrauch-und-abhaengigkeit/abhaengigkeit-diagnosekriterien.html>
(aufgerufen am: 15.04.2022, 15:18 Uhr)
- Goffman, Erving (1975): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität, Suhrkamp, S.5
- Habermann, Julian (2021a)
URL: <https://www.tk.de/techniker/gesundheit-und-medizin/behandlungen-und-medizin/sucht/sucht-entgiftungsbehandlung-2016038>
(aufgerufen am: 13.05.2022, 14:29 Uhr)
- Habermann, Julian (2021b)
URL: <https://www.tk.de/techniker/gesundheit-und-medizin/behandlungen-und-medizin/sucht/entwohnungsbehandlung-2016036>
(aufgerufen am: 13.05.2022, 14:39 Uhr)
- Hansjürgens, Rita (2016): Como-Zipfel, Frank (Hrsg)/ Gernot Hahn (Hrsg) & Helmut Pauls (Hrsg), Soziale Arbeit in der ambulanten Suchthilfe. Option zur Professionalisierung und fachlichen Inszenierung als gleichwertige Partnerin in einem multiprofessionellen Feld, ZKS-Verlag
- Henkel, Dieter (2010): Sucht und Armut: epidemiologische Zusammenhänge und präventive Ansätze aus einer Public Health Perspective, S. 1
URL: https://www.researchgate.net/publication/244830838_Sucht_und_Armut_epidemiologische_Zusammenhänge_und_präventive_Ansätze_aus_einer_Public_Health_Perspektive_2010 (aufgerufen am: 15.04.2022, 11:16 Uhr)
- Hoffmann-Bayer, Michael/ Jost Leune & Birgit Wichelmann-Werth (2005): Mindeststandards der ambulanten Suchthilfe. Vorschläge des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e.V. zu den Arbeitsgrundlagen von ambulanten Hilfen für Suchtkranke
URL: <https://www.fdr-online.info/wpcontent/uploads/2019/12/FDRMindeststandardsAmbSH.pdf> (aufgerufen am: 23.05.2022, 19:22 Uhr)

Holthaus, Marianne/ Barbara Kölsch / Angelika Spitz & Tremmel, Michael (2014): Eine Handreichung zur Leitung von Sucht-Selbsthilfegruppen des Kreuzbundes. S. 17-20

URL:https://www.kreuzbund-speyer.de/de/service-und-dokumente.html?file=files/kreuzbund/public/downloads/arbeitshilfen/kreuzbund_handbuch_gruppenleitung.pdf (aufgerufen am: 23.05.2022, 17:03 Uhr)

Huth-Hildebrand, Christine (2015), S.19

URL:https://moodle.frankfurtuniversity.de/pluginfile.php/112275/mod_resource/content/1/Multiperspektische%20Fallarbeit.pdf?forcedownload=1 (aufgerufen am: 23.05.2022, 17:43 Uhr)

Klein, Michael (2021): Suchthilfe in Deutschland 2040: Prävention, Beratung und Behandlung unter sich wandelnden gesellschaftlichen Bedingungen

URL: <https://www.addiction.de/suchthilfe-in-deutschland-2040/> (aufgerufen am: 07.06.2022, 15:36 Uhr)

Klein, Michael (2020): Entwicklungsaufgaben & Weiterentwicklung der Suchthilfe in Deutschland

URL: <https://www.addiction.de/suchthilfe-in-deutschland/> (aufgerufen am: 07.06.2022, 17:00 Uhr)

Klein, Michael (2019): Suchthilfe als Passion und Profession der Klinischen Sozialarbeit. Geschichte, Entwicklungsaufgaben, Zukunft, In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung, 15. Jg., Heft 4

Kleve, Heiko/ Britta Haye/ Andreas Hampe & Matthias Müller (2018): Systemisches Case Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit, 5. Auflage, Carl-Auer Verlag GmbH

Klicpera, Christian/ Barbara Gasteiger-Klicpera & Edvina Bešić (2019): Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, 2. Auflage, Falcutas Verlags- und Buchhandels AG, S.246-251

Koch, Andreas (2020): Trends und Rahmenbedingungen in der Suchtrehabilitation – Teil 1. Nachfrage und Zugang, Fachkräftemangel

URL: <https://www.konturen.de/fachbeitraege/trends-und-rahmenbedingungen-in-der-suchtrehabilitation-teil-i/> (aufgerufen am: 07.06.2022, 16:28 Uhr)

Koydl, Andrea (o.D.)

URL:<https://motivational-interviewing-nbg.de/motivational-interviewing/#haltung> (aufgerufen am: 25.05.2022, 19:22 Uhr)

Kuhn, Silke (o.D.)

URL: http://www.alter-sucht-pflege.de/Zahlen_&_Fakten/Alkohol.php (aufgerufen am: 15.04.2022, 10:22 Uhr)

- Köhler, Wilfried/ M. Sigmund Drexler (2009): Suchterkrankungen: Mit alten Vorstellungen aufräumen, In: Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe Januar 2009, S.21
URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/62964/Suchterkrankungen-Mit-alten-Vorstellungen-aufräumen> (aufgerufen am: 15.04.2022, 11:49 Uhr)
- Körkel, Joachim/ Clemens Veltrup (2003): Motivational Interviewing. Eine Übersicht, In: Suchttherapie, 3. Ausgabe, Georg-Thieme-Verlag, S. 115-124
- Laging, Marion (2020): Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen – Konzepte – Methoden, 2. Aktualisierte Auflage, Kohlhammer
- Leune, Jost (2013): >>Hier sind Sie richtig<< - Klinische Sozialarbeit und ihre Schlüsselfunktion in der Suchthilfe, In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung, 9.Jg., H.1, S.15-16
- Maffli, Etienne/ Stephanie Stucki & Florian Labhart (o.D.)
URL: <https://www.suchtmonitoring.ch/de/2.html?alkohol>
(aufgerufen am: 15.04.2022, 14:43 Uhr)
- Markland, David/ Richard M. Ryan/ Vanessa Jayne Tobin & Stephen Rollnick (2005): Motivational Interviewing and Self-Determination Theory, In: Journal of Social and Clinical Psychology, 6. Ausgabe, S. 815
- Mück, Herbert (2014): Motivational Interviewing, S.5
URL: <https://docplayer.org/35306289-Motivierende-gespraechsfuehrung.html>
(aufgerufen am: 07.06.2022, 15:54 Uhr)
- Müller, Burkhard (2012): Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit, Lambertus-Verlag, S.42
- Oliva, Hans (2001): Case Management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe. Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit – Modellbestandteil Case Management Berichtszeitraum 1995 – 2000
URL: https://www.fogs-gmbh.de/wp-content/uploads/2021/02/cm_endbericht.pdf
(aufgerufen am: 08.06.2022, 13:26 Uhr)
- Ortmann, Karlheinz/ Dieter Röh & Harald Ansen (2017): Sozialtherapie als Handlungskonzept der Klinischen Sozialarbeit, In: Lammel, Ute Antonia (Hrsg) & Helmut Pauls (Hrsg), Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Intervention als dritte Säule der Gesundheitsversorgung, Verlag modernes lernen Borgmann GmbH & Co. KG, S. 29-36.
- Pauls, Helmut (2013): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung, 3. Auflage, Beltz-Juventa
- Saint-Exupéry, Antoine de (1943): Der Kleine Prinz, Reynal & Hitchcock
- Schomerus, Georg/ Alexandra Bauch/ Bernice Elger/ Sara Evans-Lacko/ Ulrich

- Frischknecht/ Harald Klingemann/ Ludwig Kraus/ Regina Kostrzewa/ Jakob Rheinländer/ Christina Rummel/ Wiebke Schneider/ Sven Speerforck/ Susanne Stolzenburg/ Elke Sylvester/ Michael Tremmel/ Irmgard Vogt/ Laura Williamson/ Annemarie Heberlein & Hans-Jürgen Rumpf (2017): Memorandum. Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden, S. 3-4
URL: https://www.dgsucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/aktuelles/Memorandu_Stigmatisierung.pdf (aufgerufen am: 15.04.2022, 11:59 Uhr)
- Schwarzkopf, Larissa/ Jutta Künzel/ Monika Murawski & Sara Specht (2021):
Suchthilfe in Deutschland 2020. Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik
URL: https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_DJ2020_Jahresbericht.pdf
(aufgerufen am: 15.04.2022, 15:33 Uhr)
- Stangl, Werner (2014): Stufen der moralischen Entwicklung nach Lawrence Kohlberg
URL: <https://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/MORALISCHEENTWICKLUNG/> (aufgerufen am: 23.04.2022, 16:49 Uhr)
- Statista Research Department (2022)
URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/797461/umfrage/pro-kopf-verbrauch-von-alkohol-in-oesterreich/> (Stand: 15.04.2022, 15:26 Uhr)
- Thaller, Rebecca/ Sara Specht/ Jutta Künzel & Barbara Braun (2017): Zur Situation der arbeitslosen Klientel in der deutschen Suchthilfe. Charakteristik und Entwicklung 2007-2015, S.1
URL: <https://www.konturen.de/schwerpunktthema/schwerpunktthema-2-2017-wege-in-arbeit/zur-situation-der-arbeitslosen-klientel-in-der-deutschen-suchthilfe/> (aufgerufen am: 15.04.2022, 14:49 Uhr)
- Wendt, Wolf Rainer (2010): Das ökosoziale Prinzip. Soziale Arbeit, ökologisch verstanden, Lambertus-Verlag, S.15-16
- Wirth, Nadja (2014): Verbesserte Kooperation zwischen Suchthilfe/-prävention und Kinder- und Jugendpsychiatrie, In: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hrsg), Im Dickicht der Hilfesysteme? Versorgungsprobleme und innovative Lösungsansätze zwischen Suchthilfe und Psychiatrie, S.28
- Zerche, Jörg (2014): Zwei Hilfesysteme und ein Netzwerk: Wirksame Zusammenarbeit in Prävention und Gesundheitsförderung, In: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hrsg), Im Dickicht der Hilfesysteme? Versorgungsprobleme und innovative Lösungsansätze zwischen Suchthilfe und Psychiatrie, S.35,37