

II. Handlungsfelder der Sucht- und Drogenhilfe

Von gendersensibler und diversityorientierter Suchtprävention bis Resilienzförderung und Kompetenzorientierung

Die Vielfalt zeitgemäßer Ansätze von Suchtprävention im Kontext historischer Entwicklungen im Rahmen einer integrativen Suchthilfe und -politik

Regina Kostrzewa

Vor ungefähr einem halben Jahrhundert begann Ende der 1960er Jahre, ausgelöst von einem Anstieg stark emotionalisierter medialer Berichterstattungen des steigenden illegalen Drogenkonsums eine Suchtprävention, wie wir sie heute im deutschsprachigen Raum kennen. Damals führten die erheblichen Diskussionen in der Bevölkerung und in der Politik um den Konsum illegaler Drogen zur Bereitstellung umfangreicher Finanzmittel. Einerseits wurde jeglicher Umgang mit illegalen Drogen strafrechtlich strenger sanktioniert, andererseits wurden abschreckende Präventionsmaßnahmen initiiert (Uhl, 2016, S. 71). Durch drastische Darstellungen wie z.B. der „Fixer an der Nadel“, „der Penner mit der Schnapsflasche“ oder die Amputation von „Raucherbeinen“ sollte die Bevölkerung vom Drogenkonsum abgehalten werden. Allerdings führte diese auf Abschreckung ausgerichtete Präventionsform nicht zur gewünschten Resonanz bei den Adressat*innen, denn als Ursache für die Entstehung süchtigen Verhaltens wurde allein die Verfügbarkeit gesehen, durch die der Mensch zum Missbrauch verleitet wird. Dieses drogenspezifische Modell entspricht dem medizinischen Ansatz, in dem Drogenmissbrauch mit einer Infektionskrankheit verglichen wird. „Primärprävention zielt darauf ab, sicherzustellen, dass eine Erkrankung nicht auftritt oder dass die Erkrankungsrate auf null reduziert wird, ihr Erfolg wird durch die Anzahl von Fällen gemessen, die innerhalb einer bestimmten Periode neu auftreten“ (Feser, 1980, S. 31).

Ein weiteres drogenspezifisches Modell dieser Phase findet sich im ethisch-juristischen Ansatz, durch den Prävention ins Aufgaben-

feld der Polizei und Gesetzgebung fällt. Der Mensch wird hier als unmündiges Wesen gesehen, das durch Verbote und Strafandrohungen geschützt werden muss (Gassmann et al., 1985, S. 37). Beide Ansätze sehen in der Existenz der Droge die Ursache des Drogenproblems und machen den Menschen zu einem verantwortungslosen Opfer.

Ende der 1970er Jahre entwickelte sich die Phase der Aufklärung, durch die die Bevölkerung anhand sachgerechter Informationen über Drogen, ihre Gefahren und Folgeschäden zu einem bewussteren Umgang bewegt werden sollte. Aufgrund der häufig sehr negativ polarisierenden Darstellung in Form einer „Drogenerziehung“ zeigte sich nicht die erwünschte Wirkung bei den Zielgruppen. Für sich allein genommen ist Aufklärung über Drogen wirkungslos, häufig sogar kontraproduktiv (Grundmann, 1998, S. 53).

Ende der 1980er Jahre kam es durch die Ottawa-Charta (1986)¹ zu einem Paradigmenwechsel auch in der Suchtprävention. Es wurde ein Gesundheitsförderungsansatz definiert, der auf einem demokratisch-emanzipatorischen Menschenbild aufbaut und die Menschen in der Lage sieht, autonom richtige Entscheidungen zu treffen. Der Fokus der Suchtprävention wurde nicht mehr allein auf die Ursachen des Drogenmissbrauchs gelegt, sondern verschob sich von den Risiko- auf die Schutzfaktoren, um die Stärkung der Persönlichkeit zu erzielen. Es entstanden Maßnahmen zur Lebenskompetenzförderung, die im Sinne des partizipativ-emanzipatorischen Ansatzes der Ottawa-Char-

¹ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

ta Empowerment und Risikokompetenz in den Blick nehmen.

Diese Ausrichtung der Suchtprävention wurde nach Harten (1996) als Sackgasse bezeichnet. „Suchtvorbeugung muß sich mit Sucht- und Suchtproblemen beschäftigen, die unspezifische Gesamtausrichtung führt in eine Sackgasse“ (a.a.O., S. 9 ff.). Die Kritik richtete sich insbesondere gegen den nur noch allgemein pädagogischen Charakter von suchtpreventiven Veranstaltungen in Form von allgemeiner Gesundheitsförderung. „Und dabei ist der Gegenstand der suchtvorbeugenden Arbeit verloren gegangen: die Spezifität der einzelnen Sucht...“ (a.a.O., S. 12). Harten beschreibt, wie sich aus seiner Sicht darin auch die finanzielle Unterfinanzierung der Suchtprävention begründen lässt und zitiert nach der Expertise des Instituts für Therapieforschung (IFT) (BMG, 1993) Prävention als „Lippenbekenntnis und mit ‚Feigenblattcharakter‘“.

In der daraus resultierenden Debatte zur Ausrichtung der Suchtprävention zwischen den Fachkräften folgte die Forderung nach zielgruppenspezifischer Arbeit. „Die sucht- und suchtmittelspezifische Arbeit sollte mit suchtspezifischer verknüpft werden und zugleich eine Orientierung an den Zielgruppen einbeziehen“ (Kostrzewa, 1996, S. 75). Im Zuge der Rechtfertigung finanzieller Ausgaben für die Suchtprävention wurde die Evidenzbasierung in die Diskussion einbezogen. So wie seit gut 20 Jahren eine Forderung nach evidenzbasierten medizinischen Maßnahmen gestellt wird, hat man diese seit einigen Jahren auch an die Suchtprävention herangetragen. Verkürzt wird Evidenzbasierung als „Auswahl von bestwirksamen Interventionen aus randomisierten klinischen Studien“ (Bühler & Bühringer, 2015, S. 53) betrachtet. Im Hinblick auf das multifaktorielle Ursachenbündel von Suchtentwicklung wird diese auf Wirksamkeit reduzierte Definition der Komplexität suchtpreventiver Maßnahmen nicht gerecht. Im Memorandum zur Kölner Klausurwoche (2014) wurde eine umfassende Definition formuliert: „Evidenzbasierte Suchtprävention entspricht der gewissenhaften, vernünftigen und systematischen Nutzung der gegenwärtig bestmöglich theoretisch und empirisch ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnis als auch des Praxiswissens sowie des Wissens der Zielgruppen für die Planung, Implementierung, Evaluation, Verbreitung und Weiterentwicklung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen. Die Generierung für evidenzbasierte Suchtprävention erfolgt im Kontext von Forschung und Praxis“ (2014, S. 8). Demzufolge lassen sich für die Konzeptionsentwicklung folgende Vorgaben ableiten:

Einbeziehung von Theorien zur Suchtentwicklung und zu Risiko- und Schutzfaktoren sowie Nutzung wirksamer Methoden und Praxis-, Zielgruppen- und Kontextwissen. Darüber hinaus sollten bei der Konzeptumsetzung noch folgende Aspekte einbezogen werden: Qualifikation der Fachkräfte, Erreichbarkeit der Zielgruppe, konzepttreue Implementierung der Inhalte, interne Evaluation und Dokumentation zur Weitergabe des Praxiswissens (Bühler & Bühringer, 2015, S. 56 ff.). Um diesen umfassenden Anforderungen an die Suchtpreventionspraxis nachzukommen, muss der Ausbau einer auf Evidenzbasierung ausgerichteten Forschung vorangetrieben werden. Dabei hat „... die Suchtpreventionsforschung die Aufgabe, bestmöglich wissenschaftliches Wissen zu generieren, das für das evidenzbasierte Handeln in der Praxis nutzbar ist“ (BMG, 2014, S. 14). Nach Uhl muss aber die dieser Forderung immanente Idee „... dass man aus Fakten ableiten kann, was man tun soll...“ kritisch betrachtet werden (Uhl, 2016, S. 75). Uhl spricht von einem in der Forschungsmethodologie bezeichneten „naturalistischen Fehlschluss“ und beschreibt verschiedene wissenschaftliche Beispiele, die sich durch einen irrationalen Umgang mit Daten auszeichnen (a.a.O., S. 78). In Folge des Kostendrucks bemüht sich die Suchtprävention um Wirksamkeitsnachweise und Qualitätssicherung, die in einer Form von „Evalopathie“ (Uhl, 2012, S. 57) gipfelt. „Man evaluiert auch, wo es nicht geht oder wo es nicht sinnvoll ist, mit untauglichen Mitteln und unsinnigen Zielen“ (ebd.). Die im Sinne der Qualitätssicherung angesetzten Prinzipien können sich so als unnötige Mehrbelastung, Ressourcenverschwendung und Qualitätsminderung darstellen.

Befindet sich die Suchtprävention wie vor 20 Jahren wieder in einer Sackgasse? Oder zeichnen sich emanzipierte Bestrebungen von Suchtpreventionsströmungen ab? Wie reagiert die Suchtprävention auf die sich ändernden Lebensbedingungen und Lebenswelten ihrer Adressat*innen?

Die allgemeine Forderung der Sozialen Arbeit nach Lebensweltorientierung ist schon lange in der Suchtprävention angekommen. Sie findet sich insbesondere in einer gendersensiblen- und diversityorientierten Suchtprevention wieder. In einer gleichnamigen Checkliste der Stadt Zürich (2013) wird selbige nicht nur als „nice to have“, sondern als „must-have“ beschrieben, um auf die Lebenslagen ihrer Zielgruppen einzugehen. Studien belegen Geschlechterunterschiede im Konsumverhalten sowie auch den Einfluss weiterer sozialer Kategorien auf die Lebensbedingungen wie z.B. der ethnisch-kulturelle Hintergrund, das Bil-

dungs- und Einkommensniveau, das Alter, die sexuelle Orientierung sowie die körperliche und geistige Beeinträchtigung. Deshalb ist es für eine erfolgreiche Suchtprävention essentiell, die Unterschiede und das Zustandekommen der Unterschiede zu erkennen und zu verstehen. Demzufolge sind Gender- und Diversitykompetenzen auch in der Suchtprävention zu fördern und zu fordern wie z.B. spezifisches Wissen, eine verstärkte Wahrnehmungsfähigkeit und adäquate Methoden (Fachstelle Suchtprävention Berlin, 2012, S. 8).

Der Umgang mit den verschiedenen sozialen Differenzierungskategorien bzw. der Umgang mit Vielfalt in der Suchtprävention legt bei genauer Betrachtung nahe, die Lebenswelten der Adressat*innen explizit einzubeziehen und führt uns zurück zum Lebenskompetenzansatz. Um aber nicht die Spezifität der Suchtprävention zu verlieren, hat sich der Ansatz der Konsumkompetenz herausgebildet. Konsumkompetenz wird als Bündel von Kompetenzen gesehen, die spezifisch auf den Umgang mit bestimmten Substanzen und Verhaltensweisen gerichtet sind und in verschiedenen Konsumhaltungen resultieren: vollständige Abstinenz, genussorientierter Konsum oder kontrollierter Risikokonsum (SuchtAkademie, 2013, S. 6). Konsumkompetenz wird als Ressource gesehen, die zur Bewältigung von Konsumententscheidungen in Alltagssituationen dient und zu einer Aufgabe lebenslangen Lernens gehört. Die Entwicklung von Konsumkompetenz ist von den biopsychosozialen Voraussetzungen der Person abhängig, weshalb ein gesundes Konsumverhalten immer von den Rahmenbedingungen beeinflusst wird. Insofern hat die Gesellschaft, Politik und Wirtschaft eine kollektive Mitverantwortung gegenüber vulnerablen Gruppen (a.a.O., S. 7). Auch die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA, 2012) konzentriert sich bei neuen Präventionsdefinitionen auf die Stärkung vulnerabler Gruppen, die aufgrund ihrer Lebenssituation ein erhöhtes Risiko haben, eine Abhängigkeit zu entwickeln.

Diese von der Zielrichtung her positiv ausgerichtete selektive Prävention birgt die Gefahr negativer Effekte z.B. dadurch, dass die Zielgruppe auch ohne Verhaltensauffälligkeiten schon als Risikoträger identifiziert wird. Anhand einer Literaturrecherche ermittelten Wicki et al. (Zürich, 2000) bei 25 Prozent der Jugendlichen sekundärpräventiver Projekte eine Zunahme des Substanzkonsums. Die negativen Effekte wurden durch die Etikettierung der Zielgruppe als Risikojugendliche begründet, was zu vermehrtem Kontakt mit anderen konsumierenden Peers führte. Der „Deviant Talk“

findet verstärkt zwischen diesen Jugendlichen statt und bestärkt sie in ihrem abweichenden Verhalten. Die Risikogruppen werden anhand von Risikofaktoren ermittelt, die aber nur einen Hinweis auf potentielle Gefährdungen geben und keine Kausalitäten darstellen können. „Sobald Präventionsfachkräfte im Rahmen der Risikobewertung Zusammenhänge konstruieren und Werturteile fällen, greifen soziale Stigmata und Gefährdungsannahmen unreflektiert ineinander“ (Kostrzewa, 2018, S. 3). Eine zeitgemäße Suchtprävention muss sich mit solchen Stigmatisierungseffekten auseinandersetzen. Eine qualitative Studie zur Entstigmatisierung der Suchtprävention (ebd.) macht deutlich, dass wir noch ganz am Anfang einer „stigmafreien“ Suchtprävention stehen und eine Sensibilisierung sowie die Strategieentwicklung noch dringend erforderlich sind. Die Ergebnisse der Expert*inneninterviews, die im Rahmen der o.g. Studie durchgeführt wurden, zeigen in der Ressourcenorientierung und Resilienzförderung denkbare Strategien zum Stigmaabbau auf. Resilienzförderung versteht sich hier keineswegs als „grenzenlose Selbstoptimierung“ bis zur Ausbeutung des Körpers, sondern als Stärkung der Persönlichkeit durch Optimismus, positive Selbstwahrnehmung und positive Selbstwirksamkeitserwartung, um schwierige Lebenssituationen besser überwinden zu können. Gleichzeitig muss ein kritischer Blick auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen erfolgen und auf eine Verbesserung selbiger hingewirkt haben. Mit den Begriffen Ressourcenorientierung und Resilienzförderung sind wir wieder in die Nähe der Kompetenzförderung gerückt, deren Verbindungen sich in einem Schaubild (Abbildung 1) gut darstellen lassen.

Als Ausgangspunkt der Kompetenzförderung im Rahmen der Suchtprävention wird die Lebenskompetenz gesehen. So wird Lebenskompetenz von der WHO als diejenigen Fähigkeiten definiert, „... die einen angemessenen Umgang sowohl mit unseren Mitmenschen als auch mit Problemen und Stresssituationen im alltäglichen Leben ermöglichen“ (WHO, 1994).

Spezifischer richtet sich die Gesundheitskompetenz auf die Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen durch notwendiges Wissen und Entscheidungsfähigkeit unter Berücksichtigung der Selbstregulation, um ein gesundes Leben zu führen (Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz, 2018).

Wie oben beschrieben, wird die Konsumkompetenz als Ressource zur Bewältigung von Konsumententscheidungen in Alltagssituationen betrachtet. Darüber hinaus richtet sich die Risikokompetenz auf die Fähigkeiten, unterschied-

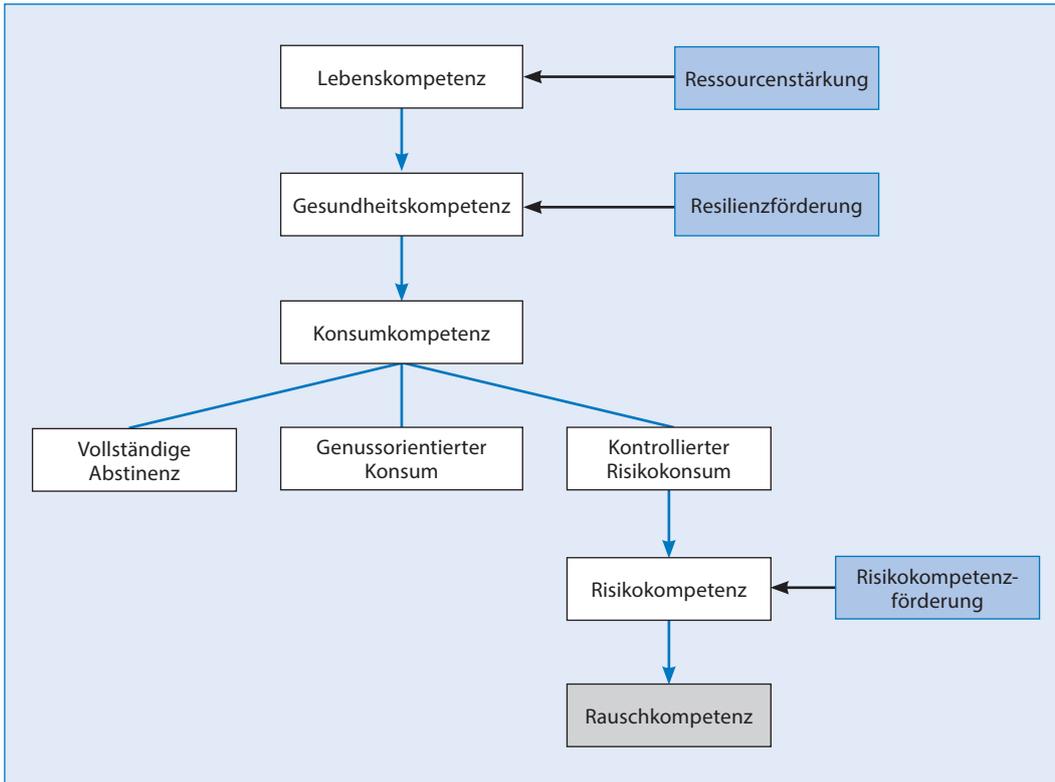


Abbildung 1

Konsumkompetenz als Aufgabe der Suchtprävention

liche Risiken gegeneinander abwägen und auch in schwierigen Entscheidungssituationen präsent abrufen zu können (Weibel et al., 2008).

Das Schaubild zeigt die inhaltliche Nähe von Resilienzförderung, Lebenskompetenz und Ressourcenstärkung und die Komplexität des Ausbaus von Konsumkompetenz, die in einer Rausch- und Risikokompetenz münden kann. Letzteres ist bei Zielgruppen sinnvoll, bei denen Risikohandeln bereits Teil der alltäglichen Konsumpraktiken ist. Hier setzt die Risikopädagogik an, die Gefährdungen in Risikosituationen reduzieren will, indem sie Rausch- und Risikostrategien vermittelt, z.B. vor riskanten Konsumententscheidungen die persönliche Empfindlichkeit und das soziale Setting zu analysieren (SuchtAkademie, 2013, S. 12). Diese moderne Form der Suchtprävention wird als Risikokompetenzförderung bezeichnet, die Rausch- und Risikoerfahrungen nicht tabuisiert, sondern ambivalent thematisiert (ebd.). Die Schaffung von Lernräumen zum Einüben von Konsumlernen und Risikohandeln wird insbesondere durch Peer-Group-Education ermöglicht. Peer Leader können in informellen Lernprozessen unter Gleichaltrigen im Sinne der Prävention als positive Rollenmodelle und Wissensvermittler der Aneignung problematischer Konsummuster entgegenwirken. „Peers sollten nicht als Trendsetter*innen, sondern als alltagsgetreue Rollenmodelle verstanden werden“ (Kern-Scheffelt, 2005, S. 7). Damit

Peer Leader, die diese Vorbildfunktion haben, eigene Überzeugungen authentisch vermitteln können, muss die Teilnahme an den Peer-Education-Maßnahmen freiwillig sein (Kostrzewa, 2010, S. 76). Die Herausforderungen im Rahmen dieser Maßnahmen befinden sich nicht nur auf Seiten der pädagogischen Fachkräfte, die Akzeptanz zu haben, dass die Jugendlichen nicht nur die Normen der Erwachsenenwelt übermitteln, sondern auch die Akzeptanz der Peer Leader gegenüber dem Konsumverhalten der Gleichaltrigen, die aufgrund der Differenziertheit des Konsumkompetenzverständnisses (siehe Abbildung 1) nicht ihrem eigenen Konsumverhalten entsprechen muss. Insofern wird auch von den Peer-Leadern ein hohes Reflexionsvermögen erwartet, um andere Werte, Meinungen und Konsumverhaltensweisen nebeneinander stehen lassen zu können. Der Konsumkompetenzansatz entspricht der Überzeugung des demokratisch-emanzipatorischen Menschenbildes, dass die überwiegende Mehrzahl von Menschen autonom richtige Entscheidungen treffen werden, wenn man sie unterstützt, Lebenskompetenz zu entwickeln und mit Risiken verantwortungsvoll umzugehen. „Die Zielpersonen werden dabei als Subjekte wahrgenommen, im Sinne von Interaktionspartnern, bei denen man die Fähigkeit fördern will, Lebensbedingungen selbst aktiv zu ändern und zu verbessern, um damit die Wahrscheinlichkeit des Flüchtens in ausweichendes

und selbstzerstörerisches Verhalten zu verringern“ (Uhl, 2003, S. 6).

Dieses partizipatorische Verständnis entspricht auch einer integrativen Suchthilfe und -politik. Sie versucht, suchtkranken Menschen passgenaue Hilfen vorzuhalten, Teilhabechancen zu eröffnen und Stigmatisierungen entgegenzuwirken. Der integrative Ansatz in der Suchthilfe stellt eine Verbindung der Hilfen bei Problemen mit illegalen und legalen Suchtmitteln her und fördert die Vernetzung zwischen den klassischen vier Säulen der Suchtarbeit. Wie am Anfang des Artikels beschrieben, handelt es sich bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Sucht um ein multifaktorielles Bedingungsgefüge, weshalb es notwendig ist, eine Vielzahl unterschiedlicher Hilfen zusammenzuführen und aufeinander abzustimmen. In der Nationalen Strategie der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (2016) heißt es: „Die vielfältigen gemeinsamen Anstrengungen und Initiativen zur Suchtprävention sowie zur Verringerung des schädlichen Konsums und der Abhängigkeit von Suchtmitteln sollen damit auf nationaler und internationaler Ebene aufeinander abgestimmt werden“ (a.a.O., S. 6).

Die Bundesregierung setzt in diesem Strategiepapier auf einen integrativen Ansatz und definiert die vier Ebenen der Drogen- und Suchtpolitik wie folgt (stark verkürzt):

- 1) Prävention, damit es nicht zu einem gesundheitsschädlichen Konsum oder einer Sucht kommt;
- 2) Beratungs- und Behandlungsangebote zum Ausstieg aus der Sucht;
- 3) Maßnahmen zur Schadensreduzierung als Überlebenshilfe wie z.B. Drogenkonsumräume;
- 4) Repression: gesetzliche Regulierungen zur Angebotsreduzierung und allgemeine Verbote.

Staatliche Repression bezeichnet die Bundesregierung als „das Ergebnis eines gesellschaftlichen Konsens zum Schutz bestimmter schützenswerter Güter [...]. Wo der freie, selbstverantwortliche Mensch nicht nur sich, sondern auch seine Mitmenschen schädigt, müssen die Gemeinschaft und der Staat Regeln aufstellen und durchsetzen“ (a.a.O., S. 8). Inwieweit hier das emanzipatorische Grundverständnis vorhanden ist oder der autoritär-kontrollierende Ansatz durchklingt, steht zur Diskussion offen. Grundsätzlich zeichnet sich aber ein Umdenken in der europäischen Drogenpolitik ab, was sich in der Vergangenheit an Schlagworten wie „Harm Reduction“, „Therapie statt Strafe“ oder aktuell an „Cannabis als Medizin“ zeigt. Die Beweggründe für das Umdenken bleiben spekulativ. Uhls Einschätzung nach sind es we-

niger ethische Gründe als pragmatische. „Erstens zeichnet sich immer deutlicher ab, dass die ursprünglich primär repressiv orientierte Drogenpolitik keine plausiblen Erfolge vorweisen kann und zweitens wird immer offensichtlicher, dass mit Repression erheblich mehr Probleme erzeugt als gelöst werden“ (Uhl, 2003, S. 12).

Insofern ist in der integrativen Suchthilfe und -politik ein zeitgemäßer Ansatz zu sehen, der sicher viele weitere Anstöße zum Umdenken bewirken wird. Dabei kann eine auf Konsumkompetenz ausgerichtete Suchtprävention in eine positive Richtung wirken, um Menschen darin zu unterstützen, ein selbstbestimmtes und sinnerfülltes Leben zu führen und Genuss ohne schädliche Folgen zu fördern.

Literatur

- Bühler, A. & Bühringer, G. (2015). Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Konzeption, Stand der Forschung und Empfehlung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland*. Köln: BZgA.
- BMG (Hrsg.) (1993). *Expertise des IFT*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2014). *Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen*. Köln.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2016). *Nationale Strategie zur Drogen und Suchtpolitik*. Verfügbar unter: https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf (zuletzt abgerufen am 08.06.2018).
- EMCDDA (2012). *Prevention responses to drug use in the EU*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Verfügbar unter: www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/responses-in-eu (zuletzt abgerufen am 08.06.2018).
- Fachstelle Suchtprävention Berlin (Hrsg.) (2012). *Suchtprävention und Beratung gender- und diversitygerecht gestalten*. Berlin.
- Feser, H. (1980). Drogenziehung durch Familienbildung als sozialpädagogische Aufgabe. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Prävention. Möglichkeiten und Grenzen bei Suchterkrankungen*. Hamm: Hoheneck.
- Gassmann, B., Jost, K., Rohner, H. & Sager, S. (1985). *Suchtprophylaxe in Theorie und Praxis. Erfahrungen, Theorie und Anwendungen*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme.

- Grundmann, A. (1998). *Drogenkonsum und Suchtprävention bei Jugendlichen*. Frankfurt a. M.: Lang.
- Harten, R. (1996). Suchtvorbeugung in der Sackgasse. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein (Hrsg.), *Suchtvorbeugung in der Sackgasse*. Kiel.
- Kern-Scheffelt, W. (2005). Peer-Education und Suchtprävention. *Sucht magazin*, 5, 3-10.
- Kostrzewa, R. (1996). Notwendigkeit von sucht- und suchtmittelspezifischer Suchtvorbeugung. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein (Hrsg.), *Suchtvorbeugung in der Sackgasse*. Kiel.
- Kostrzewa, R. (2010). Konzeptoptimierung eines alkoholpräventiven Peer-Projektes anhand einer Evaluationsstudie. Uelvesbüll: Der Andere Verlag.
- Kostrzewa, R. (2018). Stigmatisierung und Selbststigmatisierung im Kontext von Suchterkrankungen. Ein veränderbarer Teufelskreis. In: *Konturen*. Verfügbar unter: <https://www.konturen.de/fachbeitraege/stigmatisierung-und-selbststigmatisierung-im-kontext-von-suchterkrankungen/> (zuletzt abgerufen am 08.06.2018).
- Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Verfügbar unter: <http://www.nap-gesundheitskompetenz.de/media/content/form2content/documents/c10/a1203/f41/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf> (zuletzt abgerufen am 08.06.2018).
- Stadt Zürich (Hrsg.) (2013). *Gendersensible und diversityorientierte Suchtprävention. Grundlagen und Checkliste*. Zürich.
- SuchtAkademie (Hrsg.) (2013). *Konsumkompetenz zwischen individueller und kollektiver Verantwortung*. Bern.
- Uhl, A. (2003). Wie viel Freiheit braucht Suchtprävention – wie viel Zwang verträgt sie? Verfügbar unter: https://www.lwl.org/ks-download/fred/tagung_praesentation/Artikel_Potsdam_Uhl1.pdf (zuletzt abgerufen am 08.10.2018).
- Uhl, A. (2012). Methodenprobleme bei der Evaluation komplexer Sachverhalte. In: Robert-Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes komplexer Interventionsprogramme in der Prävention* (S. 57-78). Berlin: RKI.
- Uhl, A. (2016). Die Suchtprävention der Zukunft. In: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Fachtagung. Qualität in der Suchtprävention*. Hannover.
- Weibel, J., Scheubler, N., Blakeney, C. et al. (2008). *Risikokompetenz und Drogenmündigkeit im Spannungsfeld von Kritik- und Genussfähigkeit: Literaturanalyse und Empfehlung für die Praxis der Suchtprävention*. Zürich: Suchtpräventionsstelle Stadt Zürich.
- Wicki, W. et al. (2000). Präventionsforschung bei Jugendlichen im Suchtbereich. Erkenntnisse für die Praxis. In: Bundesamt für Gesundheit BAG (Hrsg.), *Suchtforschung des BAG 1996-1998*, 2 (4), S. 2-13.
- WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986*. Genf: World Health Organisation. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (zuletzt abgerufen am 30.07.2018).
- WHO (1994). *Life Skills. Praktische Lebenskunde – Rundschreiben*. Zusammenfassung der englischen „Skills for life Newsletter 1-3“. Genf: World Health Organisation.



Prof. Dr. Regina Kostrzewa

Professorin für Soziale Arbeit an der Internationalen Hochschule (IUBH). Nach 25-jähriger Berufspraxis in der Prävention und Suchtarbeit seit 2015 als Professorin tätig. Erste Vorsitzende der Gesundheitsakademie Nord. regina.kostrzewa@gesundheitsakademie-nord.de

Qualität in der Suchtarbeit – zwischen Anspruch und Machbarkeit. Ein Praxisbericht

Martin Weber

Von Autos und Beratungen

Sie wollen ein Auto kaufen? Dann haben Sie es vergleichsweise leicht. Sie können sich nämlich über unterschiedliche Marken informieren und dabei jedenfalls davon ausgehen, dass Ihnen bei einem Auto ein Fahrzeug mit vier Rädern und einem Motor angeboten wird, das für den Straßenverkehr gedacht ist. Um Ihnen die Entscheidung zu erleichtern, gibt es zusätzliche Informationen zu Leistungsstärke, Technik und Ausstattung. Wenn dann trotz allem das Auto nicht so funktioniert, wie es versprochen wurde, können Sie es zurückgeben und gegen ein anderes eintauschen. Schließlich sind Ihnen Funktionalität und Qualität versprochen worden.

Wenn Sie sich hingegen in einer Einrichtung beraten lassen wollen, haben Sie es um einiges schwerer. Im Lexikon der Psychologie gibt es zwar eine Definition von Beratung (Wirtz, 2017), aber die ist nicht nur lang, sondern auch ziemlich ungenau und gerade für Personen, die Unterstützung suchen, somit wenig erhellend. Zusatzinformationen finden sich im konkreten Fall meistens nicht – und ob die Beratung „funktioniert“ oder nicht, ist meistens nicht feststellbar, besonders dann nicht, wenn die Leistung über das bloße Einholen von Informationen hinausgeht. Im Bereich der Suchthilfe kommt dazu, dass sich Erwartungen und Wünsche von KlientInnen oft mit gutem Grund nicht erfüllen lassen. Aber was ist dann „gute“ Beratung und wer beurteilt ihre Qualität?

Qualität – vom Begriff zum System

Vor allem stellt sich die Frage, was Qualität überhaupt ist. Den meisten Definitionen, etwa in Gablers Wirtschaftslexikon, liegt der Grad der Übereinstimmung von Erwartungen bzw. Ansprüchen (Soll) mit den Eigenschaften eines Produkts (Ist) zugrunde. Je fassbarer ein Produkt ist, desto einfacher ist auch die Überprüfung

durch die KonsumentIn. Für ProduzentInnen von Produkten geht die Definition von Qualität jedoch über die reine Produktqualität hinaus: Nicht nur das Ergebnis ist von Interesse, sondern auch der möglichst effiziente und effektive Prozess der Herstellung, der Logistik und der begleitenden Maßnahmen. Dementsprechend wird Qualität etwa in der Norm der *International Organization for Standardization* (ISO) 9001:2015 als „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale eines Objekts Anforderungen erfüllt“ definiert (Koubek, 2015), wobei Objekt das Produkt, eine Dienstleistung, ein Prozess oder die gesamte Organisation sein kann.

Das Interesse von VerbraucherInnen an einem qualitativ hochwertigen Produkt ist nachvollziehbar: Wir wollen, dass das, was wir erwerben, funktioniert. Dieses Interesse hat wohl schon immer bestanden, weshalb die bestmögliche Sicherstellung von Qualität bis ins Mittelalter zurückgeht, wo diese Aufgabe den Zünften oblag. An Bedeutung gewann das Thema mit differenzierten Produktionsmethoden im Rahmen der Industrialisierung. Die Erkenntnis, dass es schwieriger ist, ein Defizit zu beheben, als im Vorfeld darauf zu achten, dass es gar nicht dazu kommt, führte in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu verstärkten Überlegungen zur Qualitätssicherung in der Produktion. Diese wurde insbesondere für die Kriegsindustrie als wichtig erachtet. Vor allem in Japan wurde auch nach dem Zweiten Weltkrieg die Auseinandersetzung mit diesem Thema konsequent weitergeführt. Im weltweiten Wettbewerb gewann Qualität als Erfolgsfaktor an Bedeutung und führte zur Herausbildung von Normen, die zur Qualitätsmessung und -sicherung dienten. Die bekannteste und anerkannteste ist die Normenreihe ISO 9000, die international als Richtlinie anerkannt ist (Zollondz, 2011).

Aus dieser Logik heraus wird nicht nur das einzelne Produkt einer Prüfung unterzogen, Qualität bezieht sich verstärkt auf das gesamte Unternehmen. Dabei wird zwischen Strukturqualität (Finanzen, Personal etc.), Pro-

zessqualität (Abläufe) und Ergebnisqualität (Output und Outcome) unterschieden (vgl. Donabedian, 1992). Ein überprüfbares Qualitätsmanagementsystem stellt in vielen Bereichen, besonders in der Produktion, inzwischen eine Selbstverständlichkeit dar, wobei unterschiedliche rechtliche und gesetzliche Anforderungen, etwa im Bereich Umwelt, integriert sind. Neben der Versicherung der Gesetzeskonformität steht die Optimierung der internen Abläufe im Fokus des Interesses – und in weiterer Folge natürlich Effizienzsteigerung und Gewinnmaximierung.

Genau hier setzt die Kritik von SozialarbeiterInnen, PsychologInnen und anderen Berufsgruppen an, welche die Übertragbarkeit von Qualitätsmanagementsystemen auf den Sozial- und Gesundheitsbereich, wie sie seit den 1990er Jahren verstärkt diskutiert und gefordert wird, infrage stellen. Von der Gefahr der Standardisierung nach markt- und wettbewerbsorientierten Steuermechanismen ist ebenso die Rede wie von der Ablöse eines „autonom agierenden, nur seiner Professionalität verpflichteten Sozialarbeiters“ (Otto u. Schnurr 2000). Daher wird nach Qualitätssicherungsmodellen gesucht, welche die spezielle Situation von Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitsbereich berücksichtigen, wobei gerade hier das Fehlen einer einheitlichen Definition von Qualität als Problem erkannt wird (Flösser & Oechler, 2004).

All diese Entwicklungen führen nicht zu einer Einschränkung des Diskussionsgegenstands, sondern eröffnen im Gegenteil ein weites Feld für Fragen. Was heißt Qualität im Bereich der (Sucht-)Beratung, -Betreuung und -Behandlung? Sind Qualitätsmanagement und Maßnahmen zur Qualitätssicherung bloß aus dem Blickwinkel der Verwirtschaftlichung zu betrachten oder können sie ein Hebel zu mehr Qualität sein? Und steht nicht gerade in diesem Bereich die Ergebnisqualität im Vordergrund, die jedoch am schwierigsten zu greifen ist? Dies liegt nicht nur daran, dass sich die Frage nach Möglichkeiten der Messung stellt, sondern auch nach dem Nachweis des Zusammenhangs von Ursache und Wirkung. Zudem sind Ziele und deren Erreichung stark individualisiert und hängen von der Kooperation mit der/dem KlientIn ab. Gleichzeitig zeigen diese Parameter auch, dass Qualität nicht nur von den Rahmenbedingungen abhängen kann (Schindlauer, 2014).

Trotzdem oder gerade deshalb bleibt die Frage bestehen, wie sich Qualität gerade in der Suchthilfe messen lässt, die sich durch die Arbeit mit unterschiedlichen Zielgruppen mit Multiproblemlagen und dadurch stark diversifizierte Zugänge auszeichnet. Am Beispiel des

Vereins Dialog soll im Folgenden eine Möglichkeit der Auseinandersetzung mit den o.g. Themen aufgezeigt werden und dabei mindestens so viele Fragen aufgeworfen wie Antworten gegeben werden.

Verein Dialog – die Entscheidung zur Zertifizierung

Der „Verein Dialog – Individuelle Suchthilfe“ ist eine der größten und ältesten ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Österreich mit insgesamt sechs Standorten in Wien: In drei Ambulanzen erhalten Suchtkranke und KonsumentInnen psychoaktiver Substanzen medizinische und psychosoziale Unterstützung ebenso an einem Standort mit arbeitsmarktpolitischen Schwerpunkt sowie im Rahmen eines speziellen Angebots in den Polizeianhaltezentren¹ in der Arbeit mit InsassInnen. Dazu kommen suchtpräventive Angebote für Schulen und Betriebe sowie die Arbeit mit Angehörigen. Im Verein arbeiten fest angestellte SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen in multiprofessionellen Teams. Im Jahr 2017 haben 6.986 Personen die Beratungs- und Betreuungsangebote des Vereins in Anspruch genommen, davon 477 Angehörige (Verein Dialog, 2017).

2001 traf der Vereinsvorstand die Entscheidung, die gesamte Einrichtung nach ISO 9001 zertifizieren zu lassen und betrat damit im Bereich der deutschsprachigen Suchthilfe Neuland. Diesem Schritt lagen zwei Motive zugrunde: Einerseits sollten die Chancen bei Ausschreibungen durch ein bekanntes und anerkanntes Qualitätsmanagementsystem erhöht werden, andererseits gab es den Wunsch, durch die Auseinandersetzung mit dem, was angeboten und durchgeführt wurde, Schwächen besser zu erkennen und zu einem kritischen Blick auf das eigene berufliche Handeln zu kommen.

Tatsächlich fiel die Auseinandersetzung mit dem Qualitätsmanagement gründlicher und umfassender aus, als ursprünglich erwartet. Viele Fragen stellten sich erst, indem man die geübte Praxis auf eine theoretische Ebene beförderte, etwa indem die Grenze zwischen Beratung und Betreuung genauer gezogen wurde. Diesen spannenden inhaltlichen Diskursen standen Diskussionen über Fragen der Organisation gegenüber. Kern- und Unterstützungsprozesse, in denen Abläufe beschrieben wurden, konnten definiert und mit Verantwort-

¹ In den zwei Wiener Polizeianhaltezentren verbüßen Personen, die Verwaltungsstrafen nicht bezahlen können, eine Ersatzhaft. Zudem werden hier Menschen vor der Abschiebung angehalten.

lichkeiten unterlegt werden. Dadurch erweiterte sich der Leitungskreis und Standortleitungen standen mit einem Mal Prozessverantwortlichen in einer Matrixstruktur gegenüber. Dazu kam die Skepsis vieler MitarbeiterInnen, die nicht nur auf die hohen Kosten des ISO-Zertifizierungsprozesses verwiesen, sondern auch die oben erwähnte Standardisierung kritisierten: Die Verschriftlichung von Abläufen sage nichts über die tatsächliche Qualität der Arbeit aus und stelle nur eine Verkomplizierung dar, die eher einschränkend als motivierend wirke.

Rückblickend kann gesagt werden: Die ersten Jahre mit ISO waren keine einfachen. Es wurde viel diskutiert, viel experimentiert, viel ausprobiert, verworfen und wieder verändert. Einige Punkte jedoch erwiesen sich als äußerst hilfreich, um das Ziel, ein funktionierendes und akzeptiertes Qualitätsmanagementsystem aufzubauen, zu erreichen:

1. Die Übersetzung technischer Begriffe in die „BeraterInnensprache“: Die ISO-Norm war besonders in den frühen Versionen stark am produzierenden Sektor orientiert und dementsprechend von der Terminologie her für den Sozialbereich schwer verständlich. Zwar war die Übernahme der Begriffe für das Aufsetzen des Qualitätsmanagementsystems nötig, doch fehlte anfangs die Übersetzungsarbeit für die MitarbeiterInnen. Eine gemeinsame akzeptable Sprache zu finden, stellt jedoch die Basis dafür dar, Anforderungen als sinnvoll zu erleben und nicht als von außen aufoktroziert (vgl. Merchel, 2006).
2. Die Einbindung der MitarbeiterInnen: Die Einbindung der MitarbeiterInnen und ihre Bereitschaft, Maßnahmen mitzutragen, werden als Schlüssel zum Erfolg von Qualitätsmanagement angesehen (Kellem & Hasenburger, 2009) – eine Forderung, die wir aus unserer Erfahrung bestätigen können. Neben der laufenden Kommunikation gelang uns die Einbindung der MitarbeiterInnen immer schon durch die Ausbildung interner AuditorInnen und durch die Einrichtung von Prozessteams. Während bei externen Audits die Überprüfung des Qualitätsmanagementsystems durch eine Zertifizierungsstelle erfolgt, sind es bei den internen Audits MitarbeiterInnen, die in Gesprächen mit KollegInnen mit und ohne Leitungsaufgaben die Abläufe hinterfragen. Durch die selbstständige Arbeit der AuditorInnen und das konsequente Aufgreifen ihrer Empfehlungen wird für alle deutlich, dass die Weiterentwicklung unserer Arbeit gemeinsam und auf Augenhöhe passiert. Das von uns selbst kreierte Prozessteam, bestehend aus Prozessbeauftragten, MitarbeiterInnen ohne Leitungsverantwortung, arbeitet ähnlich übers Jahr und greift Qualitätsthemen über die einzelnen Standorte hinweg auf.
3. Die Verschlinkung der Leitungsstrukturen und der Prozessbeschreibungen: Zu Beginn bemühten wir uns, alles aufzuschreiben, zu definieren und mit Verantwortlichkeiten zu versehen, auch aus Angst, eine Anforderung zu übersehen. Das bedeutete jedoch eine Einschränkung der Praktikabilität. Je selbstverständlicher wir das Qualitätsmanagementsystem als Teil der Einrichtung anerkannten, desto mehr Mut zur Verschlinkung entwickelten wir. Das betraf die Leitungsstrukturen ebenso wie die Prozessbeschreibungen. Ein Beispiel dafür ist die Beschreibung des „Durchlaufs“ einer KlientIn, die in einer Einrichtung des Vereins Dialog Angebote wahrnimmt. Dieser KlientInnenprozess war auf mehr als 40 Seiten angewachsen, nunmehr umfasst er 17 Seiten, wobei viele wichtige Informationen aus der vorangegangenen Version einfacher und mitarbeiterInnenfreundlicher abrufbar sind.
4. Suche nach individuellen Lösungen: Anschließend an die Verschlinkung entwickelten wir auch mehr Selbstbewusstsein, um die Norm auf eine für uns adäquate Art und Weise umsetzen. Dabei zeigten wir viel Kreativität und wurden erfreulicherweise von unseren externen AuditorInnen unterstützt: Eine LieferantInnenbewertung ist sicher wichtig, spielt aber in einer Suchthilfeeinrichtung eine weniger bedeutende Rolle als in einem produzierenden Betrieb. Dafür liegen unsere Schwerpunkte etwa in der sinnvollen Dokumentation unserer Leistungen (für KlientInnen-) oder im Ermöglichen, zur Entfaltung des kreativen Potenzials der MitarbeiterInnen. Und der von der Norm geforderte Management-Report des Vereins Dialog liest sich sicher anders als der der meisten anderen zertifizierten Unternehmen, ist er doch nach unseren individuellen und praktischen Bedürfnissen gestaltet.

Vor allem aber galt es, von Anfang an mit einem Missverständnis aufzuräumen: Das Qualitätsmanagement ist nicht dazu da, das einzelne Gespräch zwischen BeraterIn und KlientIn zu bewerten, sondern den bestmöglichen Rahmen für qualitätsvolle, vergleichbare und transparente Leistungen zu schaffen.

Qualitätsdiskurs auf kommunaler Ebene (Stadt Wien)

Die Vorstellung, dass die Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems Voraussetzung für die Bewerbung um bestimmte finanzielle Mittel werden würde, hat sich nicht bewahrheitet, dennoch war der Dialog gut auf die Diskussion um Standards in der Suchthilfe vorbereitet, die in der Stadt Wien seit 2012 verstärkt geführt wird.

Selbstverständlich war auch auf kommunaler Ebene die Qualität der Versorgung sowie der erbrachten Leistungen Thema. Schon im Wiener Drogenkonzept aus dem Jahr 1999 werden Ziele der Wiener Suchthilfe definiert. Präzisiert wurden die Vorstellungen in der Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013, die von der Sucht- und Drogenkoordination Wien ausgearbeitet wurde. Dabei wird neben der Evaluation und Dokumentation zur Qualitätssicherung eine klare Haltung benannt:

„Der Einsatz öffentlicher Mittel kann nur dann vertreten werden, wenn damit qualitätsvolle Leistungen finanziert werden. In der Beratung, Behandlung und Betreuung von DrogenkonsumentInnen und Suchtkranken darf Qualität aber nicht auf Vermittlungsquoten oder PatientInnenzahlen reduziert werden. Deshalb ist die Entwicklung von neuen Qualitätskriterien, Qualitätsstandards und die Einführung eines Qualitätsmanagements notwendig. Dabei muss auf fachliche Überlegungen ebenso Bedacht genommen werden wie auf betriebswirtschaftliche und volkswirtschaftliche Überlegungen“ (Wiener Sucht- und Drogenstrategie, 2013, S. 46).

Um die Auseinandersetzung auf breiter Ebene zu führen, lädt die Sucht- und Drogenkoordination Wien alle Einrichtungen des Wiener Suchthilfenetzes seit 2012 zu regelmäßigen Treffen ein, in denen sowohl Angebote definiert und standardisiert als auch Mindestanforderungen etwa in Bezug auf Leistungen, deren Erbringung durch definierte Berufsgruppen oder Mindestöffnungszeiten festgelegt werden. Dies ging Hand in Hand mit der Umstellung des Finanzierungssystems von der Objekt- zur Subjektförderung². Dadurch wurden ebenfalls zwei Ziele miteinander verbunden: eine Transparentmachung von Leistungen und deren Kosten sowie eine fachliche und inhaltliche Auseinandersetzung mit Themen, die zuvor zum Teil von jeder Einrichtung des Wiener

Sucht- und Drogenhilfenetzwerkes (SDHN) für sich behandelt und gelöst worden waren.

Auch in diesen Diskussionen unter den VertreterInnen der unterschiedlichen Suchthilfeeinrichtungen in Wien zeigte sich die Ambivalenz der gemeinsamen Definition von Qualität: Einerseits wird die Notwendigkeit von Standards und eines gemeinsamen Verständnisses anerkannt, andererseits fallen individuelle bewährte Arbeitsweisen einer Vereinheitlichung zum Opfer. Auch wurde die Übertragbarkeit von Prozessen in unterschiedliche Bereiche immer wieder heftig diskutiert. Die Diskussion ist auch zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen. Zwar gibt es bereits zahlreiche Ergebnisse, die einen Rahmen schaffen, an dem sich Anbieter von Suchthilfeleistungen und KlientInnen orientieren können, doch einige Themen sind nach wie vor offen.

Insgesamt zielt die Qualitätsdiskussion auf kommunaler Ebene in Wien auf eine Professionalisierung des Suchthilfesystems ab. Sie ist jedoch nur schwer vom Thema Subjektförderung zu trennen. Die verstärkte Koordination und Steuerung von Prozessen durch die Sucht- und Drogenkoordination hat den gesamten Suchthilfebereich in Wien neu strukturiert. Ziele und deren Erreichung auf KlientInnenebene sind ebenso in den Fokus gerückt wie die Frage, warum ein/e KlientIn eine bestimmte Leistung erhält. Die Zusammenarbeit der Einrichtungen wird durch Maßnahmenpläne, in denen der Weg eines/einer KlientIn durch das Suchthilfesystem bestmöglich vorausgesagt wird, gefordert und gefördert. Herzstück dabei ist die „multidimensionale Diagnostik“, auf die weiter unten genauer eingegangen wird (vgl. Dornhofer et al., 2017).

All diese Maßnahmen erleichterten die Integration spezieller Angebote für AlkoholikerInnen in das klassische Suchthilfesystem im Rahmen des Projekts „Alkohol 2020“, nunmehr „Alkohol. Leben können“ („A.L.k.“), wobei hier zusätzlich die Erstabklärung und die Vermittlung in die Einrichtungen über eine Stelle, das regionales Kompetenzzentrum der Stadt Wien, erfolgt (vgl. www.alkohol.at).

KritikerInnen beziehen sich vor allem auf die Subjektförderung, sehen jedoch auch sämtliche Vorbehalte gegen Qualitätsmanagementsysteme, wie sie oben angeführt sind, bestätigt. Diese werden ebenso wie die umgesetzten Maßnahmen im Rahmen von New Public Management mit Nachteilen für die KlientInnen und die Soziale Arbeit gesehen (vgl. AGNPM 2016).

² In der Subjektförderung stellt jede/jeder KlientIn einen Antrag auf ein Betreuungsmodul, das in der Folge von der Einrichtung abgerechnet wird.

Was bringt ein Qualitätsmanagementsystem einer Suchthilfeeinrichtung?

Fest steht, dass ökonomische und fachliche Überlegungen in Zeiten knapper werdender Ressourcen auch für die Leitung einzelner Einrichtungen Hand in Hand gehen. Dazu kommen vermehrt gesetzliche Anforderungen, die berücksichtigt werden müssen. Das Qualitätsmanagementsystem im Verein Dialog hat den Blick dafür geschärft. Die Verantwortungen sind zwar klar geregelt, dennoch wird eine Einbindung aller Ebenen gefördert, was zum Ergebnis hat, dass Diskussionen breiter geführt werden. Doch zentral erscheint der Nutzen für die Arbeit mit KlientInnen und Angehörigen sowie der TeilnehmerInnen an Präventions- und Weiterbildungsveranstaltungen der Suchtprävention und Früherkennung.

Von Bedeutung ist hier zum Beispiel die Einschulung neuer MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen, also sowohl psychosozialer und medizinischer als auch MitarbeiterInnen der Verwaltung. Daran lässt sich auch zeigen, auf welcher Ebene Qualitätsmanagementsysteme ansetzen:

Die ISO-Norm schreibt die nötige Qualifizierung von MitarbeiterInnen vor. Im Dialog ist das Auswahlverfahren zur Besetzung einer freien Stelle in einem eigenen Prozess detailliert festgelegt, sodass schon vorab von Einrichtungsseite ein transparenter und fairer Bewerbungsprozess sichergestellt ist. Beginnt eine neue MitarbeiterIn im Dialog, absolviert sie eine einmonatige Einschulung. Dafür gibt es einen Schulungsplan, der die Inhalte festlegt. Was also muss eine neue MitarbeiterIn wissen und können, um qualitativ im Sinne des Dialogs mit KlientInnen arbeiten zu können? Die Überprüfung, ob diese Teile absolviert werden sowie die Reflexion über die Inhalte erfolgt mit einer MitarbeiterIn, die als BegleiterIn und AnsprechpartnerIn fungiert sowie am Ende des Probemonats mit der Standortleitung. Schon dieser klare Einstieg wird von den meisten neuen MitarbeiterInnen mit Erstaunen quittiert und als positiv bewertet. Die offene und wertschätzende Kommunikation, die für die Einschulung zur Verfügung stehende Zeit, um die Haltungen und die Arbeitsweise des Dialog kennenzulernen, sowie die klare Struktur in den ersten Wochen sind aus anderen Arbeitsstätten oft nicht bekannt. Dies erfahren wir in den Feedbackgesprächen, die wir am Ende der Einschulung führen und die gegebenenfalls zu Adaptationen des Schulungsprozesses führen.

Als äußerst hilfreich werden von NeueinsteigerInnen vor allem die Dokumente erlebt,

die das abgesicherte Arbeiten in der ersten Zeit erleichtern. Finden sich grundlegende Informationen etwa im Qualitätshandbuch oder in den einzelnen Prozessbeschreibungen, so bilden Standards, Leitlinien und Help Sheets die Basis für die alltägliche Arbeit. Durch die schriftliche Festlegung wird die Orientierung zu Beginn, aber auch im Fall von Unsicherheiten bei länger im Dialog Tätigen erleichtert. Beispielfhaft seien hier die Leitlinie zur Verschreibung von Benzodiazepinen genannt, die das Ergebnis einer Diskussion der beim Dialog angestellten MedizinerInnen darstellt, oder die Betreuung von KlientInnen, die sich im Rahmen einer gerichtlich angeordneten gesundheitsbezogenen Maßnahme („Therapie statt Strafe“)³ an uns wenden. Durch diese Vereinbarungen wird garantiert, dass wir als Einrichtung einerseits rechtliche und vertragliche Anforderungen einhalten, die MitarbeiterInnen in einem fachlich abgesicherten Rahmen agieren und die KlientInnen unter gleichen Voraussetzungen aufgenommen und behandelt werden. Damit sind auch die Bedingungen für eine Betreuung im Dialog klar und kommunizierbar – und für jemanden, der neu im Dialog zu arbeiten beginnt, eine wichtige Unterstützung.

Einmal festgeschrieben heißt jedoch nicht in Stein gemeißelt. Vereinbarungen, also Prozessbeschreibungen, Standards, Leitlinien und Help Sheets, gelten so lange, bis ein Veränderungsbedarf festgestellt wird. Dieser kann durch neue Anforderungen von außen oder durch interne Entwicklungen entstehen. Dadurch wird die Diskussion über fachliche und inhaltliche Themen gefördert, insbesondere, aber nicht nur durch die oben erwähnten Audits oder die Arbeit des Prozessteams.

Natürlich steht der Kernprozess, also die Arbeit mit KlientInnen, Angehörigen und KundInnen der Suchtprävention und Früherkennung, im Vordergrund, doch auch alles andere, was im Verein Dialog passiert, ist in Prozessen festgehalten und erleichtert die Arbeit. Als Beispiel sei hier der Prozess „Netzwerk“ genannt, der einerseits den IT-MitarbeiterInnen die notwendigen Informationen für ihre Arbeit liefert, andererseits den MitarbeiterInnen die wohl wichtigste Frage in diesem Bereich beantwortet: Was tue ich, wenn der Bildschirm schwarz bleibt, obwohl der Computer eingeschaltet wurde? Oder das klare und sehr einfache Vor-

³ Die gesundheitsbezogenen Maßnahmen, die anstelle einer Haft angeordnet werden können, sind im §11 des österreichischen Suchtmittelgesetzes festgelegt und umfassen: die ärztliche Überwachung des Gesundheitszustands, die ärztliche Behandlung einschließlich Entzugs- und Substitutionsbehandlung, die klinisch-psychologische Beratung und Betreuung, die Psychotherapie sowie die psychosoziale Beratung und Betreuung.

gehen, wenn ein/e MitarbeiterIn eine Idee zur Verbesserung der Abläufe im Arbeitsalltag, zu einem neuen Angebot oder zu einer Weiterbildung hat.

Insgesamt wird das Qualitätsmanagement im Dialog inzwischen kaum mehr infrage gestellt, der Nutzen wird weitestgehend anerkannt. Nicht wegzudiskutieren sind jedoch die Ressourcen, die aufgewendet werden müssen. Das betrifft die Kosten etwa für das externe Audit, vor allem aber auch die MitarbeiterInnenstunden, die direkt oder indirekt aufgewendet werden, um die Dokumente aktuell zu halten, die notwendigen Diskussionen im Sinne der „kontinuierlichen Verbesserung“ zu führen oder auch formalen Anforderungen Genüge zu leisten. Der Verein Dialog hat sich jedoch dafür entschieden, ISO nicht etwa als Feigenblatt zu verwenden, um sich Qualität durch das Erfüllen von Mindestanforderungen bescheinigen zu lassen, sondern als Anlass, sich kontinuierlich strukturiert um eine Verbesserung der Arbeit und der Angebote zu bemühen, was erfreulicherweise in den externen Audits regelmäßig bestätigt wird.

Direkter Nutzen für die KlientInnen

Vielen Menschen, welche die Einrichtung zur Beratung und/oder Betreuung aufsuchen, wird die ISO-Zertifizierung nicht bewusst sein. Auch werden sie die oben genannten Rahmenbedingungen nicht dem Qualitätsmanagement zuschreiben und den Nutzen für sich nicht sehen. Vielmehr liegt ihr Interesse darin, dass die Leistungserbringung reibungsfrei abläuft und nicht wie dies bewerkstelligt wird. Aber natürlich profitieren sie von den festgelegten Rahmenbedingungen.

Wenn man sich mit Qualität auseinandersetzt, ist die Zufriedenheit der KundInnen ein wichtiger Faktor, denn wer, wenn nicht die Zielgruppe, soll von den Leistungen profitieren? In der Suchtprävention werden Veranstaltungen mittels mündlichen Feedbacks, Feedbackbögen und bei manchen Programmen mittels eigener Evaluation, etwa durch das Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien, bewertet. Dadurch wird die einzelne Veranstaltung zeitnah beurteilt, der subjektive Profit der TeilnehmerInnen kann erhoben werden. Ein etwaiger Veränderungsbedarf ergibt sich aus diesen Feedbacks.

Auch KlientInnen und Angehörige werden explizit aufgefordert, die Zufriedenheit mit den Angeboten und deren konkrete Umsetzung mitzuteilen. Dazu gibt es neben einer Beschwerdebbox regelmäßige KlientInnenbefragungen,

zudem wird in den Betreuungsgesprächen eine offene Haltung transportiert. Auch Tools der Geldgeber, etwa im arbeitsmarktpolitischen Bereich, sollen KlientInnen zu einer Bewertung der Leistungen motivieren. So weit, so gut.

Die Praxis zeigt, dass die positiven Rückmeldungen bei weitem überwiegen: Aus den Feedbackbögen lassen sich aus diesem Grund kaum Maßnahmen ableiten, die Beschwerdebbox wird selten und dann häufig für positives Feedback genutzt, am ehesten wird im direkten Gespräch Kritik geübt, was manchmal auch zu einem gewünschten BetreuerInnenwechsel führt.

Die Zurückhaltung bei negativen Rückmeldungen kann auf soziale Erwünschtheit zurückgeführt werden (vgl. Bogner & Landrock, 2015). Das heißt in diesem Fall, dass KlientInnen dazu neigen, eher milde zu beurteilen. Die Gründe dafür liegen auf der Hand: Eine Suchthilfeeinrichtung ist nicht nur gewöhnlicher Dienstleister, sondern auch eine Stelle, in der die Beziehungsarbeit im Vordergrund steht. Zudem kann die Rolle etwa der ÄrztInnen auch als sehr machtvoll erlebt werden. Gerade bei KlientInnen von Suchthilfeeinrichtungen kann dabei der unterschiedliche soziale Hintergrund schlagend werden (Peters, 2008). Die Verschreibung von Medikamenten, insbesondere des Substitutionsmittels unter strengen Auflagen, verschärft diese Situation zusätzlich. An diesem Beispiel lässt sich auch die Ambivalenz der allgemeinen Definition von Qualität als Erfüllung von KundInnenenerwartungen festmachen: In der Suchthilfe können Wünsche und Erwartungen von KlientInnen oftmals aus fachlichen oder (vertrags-)rechtlichen Gründen nicht erfüllt werden. In diesen Fällen erleben wir immer wieder lautstarkes spontanes „Feedback“ an BetreuerInnen, ÄrztInnen oder die gesamte Einrichtung.

Genau hier jedoch wird ein Bereich beleuchtet, der über einen qualitätssichernden Rahmen hinausgeht. Im Zentrum der Rückmeldungen steht nämlich vorrangig die Betreuungsqualität, das heißt, die subjektive Beurteilung der konkreten Gesprächssituation im Beratungszimmer. Wie gut diese individuelle Arbeit passiert, ist kaum anders erhebbar, denn wie entlastet eine KlientIn die Einrichtung nach einem Betreuungsgespräch verlässt oder wie das Beziehungsangebot die betroffene Person stärken konnte, kann objektiv kaum gemessen werden.

Auch gilt es zu bedenken, dass sich durch Häufungen in positiven Kategorien Rückschlüsse ziehen lassen. So wird dem Dialog etwa der wertschätzende Umgang hoch angerechnet und immer wieder rückgemeldet.

Dennoch ist aus oben genannten Gründen davon auszugehen, dass KlientInnen, die mit den Leistungen der Einrichtung nicht zufrieden sind, eher dazu neigen, die Betreuung abzubrechen und sich einen anderen Betreuungsplatz zu suchen. Zwar gab es auch von Geldgebern Versuche, im Rahmen einer Evaluation Kontakt mit ehemaligen KlientInnen aufzunehmen (im arbeitsmarktpolitischen Angebot 2004 durch das Forschungsinstitut SORA), diese so wie Katamnese-Fragebögen, die via Post verschickt wurden, zeigten jedoch wenig Erfolg. Hier sind noch weiterführende Überlegungen notwendig, um AbbrecherInnen zu einer Stellungnahme zu bewegen. Im Sinne der Weiterentwicklung wären jedenfalls gerade diese Rückmeldungen sehr wertvoll.

Für die KlientInnen des Projekts A.L.k. ist zudem eine katamnestiche Befragung durch das regionale Kompetenzzentrum der Stadt Wien geplant, der wir mit Spannung und Freude entgegenblicken.

Zielerreichung als Qualitätsfaktor

Diese Beispiele verdeutlichen, dass standardisierte Qualitätsmessungen und auch Qualitätsmanagementsysteme per se an ihre Grenzen stoßen. Das zeigt sich auch an der Frage der Zielerreichung: Leistet einerseits die Suchthilfe das, wofür sie Gelder erhält, und berücksichtigt sie andererseits die Bedürfnisse und Bedarfe von KlientInnen in ausreichendem Maße?

Um diese Fragen zu erheben, hat die Sucht- und Drogenkoordination Wien ein Tool, die multidimensionale Diagnostik, entwickelt, das standardisiert die Zielerreichung in definierten Bereichen erhebt, nämlich: Konsum, somatische Gesundheit, psychische Gesundheit, Ressourcen und Netzwerk, Beruf und Bildung, Finanzen, Wohnen. In regelmäßigen Abständen werden in der elektronischen Akte jedes/jeder KlientIn Veränderungen auf einer Skala von null bis vier eingetragen, wobei jeder Level genau definiert ist. Schafft es etwa ein/eine obdachlose KlientIn im Rahmen der Betreuung einen Wohnplatz zu finden, so drückt sich diese Verbesserung der Lebenssituation durch eine niedrigere Zahl auf der Skala aus. Auch wenn der Einfluss der Betreuung unterschiedlich groß sein kann, so lässt sich doch insgesamt anhand dieser Parameter die Entwicklung der Gesamtsituation eines/einer KlientIn zum Positiven oder Negativen ablesen. Parallel dazu werden die Motivation des/der KlientIn sowie die Einschätzung des Realismus einer Veränderung abgefragt. So entsteht ein differenziertes Bild, das sich aus den Aussagen des/der KlientIn

und der Einschätzung des/der Betreuenden ergibt. Diese multidimensionale Diagnostik dient dazu, Veränderungen medizinischer, psychologischer und sozialer Aspekte übersichtlich darzustellen. Durch eine kumulierte anonymisierte Darstellung können so auch die Leistungen der Suchthilfe allgemein vermittelt werden.

So hilfreich dieses Tool auch ist, so werden doch viele Aspekte einer als „erfolgreich“ bewerteten Betreuung nicht erfasst. In einem eigenen Projekt mit der Fachhochschule für Soziale Arbeit FH Campus Wien hat sich der Verein Dialog daher in einem breiteren Rahmen mit Wirkungsmessung auseinandergesetzt. Dabei wurden viele „weiche“ Faktoren identifiziert, die als Ziele und Ergebnisse für den/die einzelne KlientIn von großer Bedeutung sein können, wie etwa die Inanspruchnahme von Leistungen des allgemeinen Gesundheitssystems oder die Erweiterung der sozialen Kompetenz. Tatsächlich kann beispielsweise die Überwindung der Angst vor einem Zahnarztbesuch und in der Folge die Zahnsanierung in vielen Fällen ein langwieriger, aber umso wichtigerer Prozess sein, der erst längerfristig zu einem nachweisbaren und für die Gesellschaft relevanten Erfolg führt. Solche Wirkungsketten im Rahmen einer Wirkungsmatrix sind im Rahmen des Projekts nach dem Modell von Kurz und Kubek (2013) entwickelt worden und bieten einen detaillierteren Einblick in die alltägliche KlientInnenarbeit. Zwar werfen sie so auch ein anderes Licht auf Qualität, zugleich jedoch stellt sich auch hier wieder die Frage nach der Messbarkeit. Diese Entwicklungen werden nämlich vor allem in den individuell geführten Dekursen (schriftliche Aufzeichnungen zu KlientInnen) festgehalten. Diese sind nicht standardisiert auswertbar, wodurch wiederum nur die Qualität einer einzelnen Betreuung nachgezeichnet werden kann.

In dieselbe Kerbe schlagen die Ergebnisse der Evaluation des Jugendangebots des Standorts „Integrative Suchtberatung Gudrunstraße“, die 2010 durchgeführt wurde. Als wichtigsten Faktor für eine erfolgreiche Betreuung wurde dabei die Beziehung identifiziert, die gerade für Jugendliche mit psychiatrischen Erkrankungen und einem „Broken Home“ Voraussetzung für die Annahme von anderen Leistungen war. Hier ist schon der regelmäßige Kontakt mit der Einrichtung als Erfolg zu werten – und als Basis für weitere Interventionen. Das Beziehungsangebot und die Maßnahmen, um dieses in einem speziellen Setting für Jugendliche zu ermöglichen, wurden von den KlientInnen angenommen, eine Qualitätsmessung war jedoch nur über die aufwändige Evaluation möglich.

Was all das heißen könnte

Vielleicht schließt sich hier der Kreis. Wenn es um Ergebnisqualität geht, ist auch die Bewertung der Beratung und Betreuung durch den/die KlientIn und den/die BetreuerIn mit einzubeziehen. Um zu einer Einschätzung zu kommen, ist wiederum der professionelle Austausch unter KollegInnen notwendig. Hier sind Einrichtungen gefragt, entsprechende qualitätssichernde Maßnahmen wie Supervision oder Intervision anzubieten. Wichtig dabei ist jedoch auch die Kommunikationskultur, in der es möglich sein muss, ohne Angst über Fehler

zu sprechen, und in der kritische Reflexion erwünscht ist. Hilfreich für einen qualitätsvollen Austausch ist zudem ein wertschätzender Umgang auch unter KollegInnen verschiedener Berufsgruppen. So ist die gleichberechtigte Betrachtung der Problemlage eines/einer KlientIn durch MitarbeiterInnen unterschiedlicher Professionen ein wichtiger Beitrag dafür, Lösungen zu entwickeln und unterschiedliche Ansätze in eine Betreuung zu integrieren.

Braucht es dazu zwingend ein Qualitätsmanagementsystem? Nicht unbedingt. Doch die prinzipielle Auseinandersetzung mit Qualität und die Schaffung von Rahmenbedingungen,



124 Seiten
mit CD-ROM
ISBN 978-3-95853-352-3
Preis: 15,- €

Jakov Gather, Meinolf Noeker, Georg Juckel (Hrsg.)

LWL-Standard zur Vermeidung, Anwendung und Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie

Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) in der Psychiatrie müssen medizinisch begründet sein, verhältnismäßig, zielgerichtet und nur so intensiv wie notwendig. Sie dürfen nicht dazu dienen, Personalmängel oder eine unzulängliche Behandlung zu kompensieren. Mehreren Kliniken ist es inzwischen gelungen, freiheitsentziehende Maßnahmen auf ein Minimum zu reduzieren und das traumatisierende Potenzial niedrig zu halten.

Eine Arbeitsgruppe des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe hat für die aktuelle Publikation neben der wissenschaftlichen Literatur und den aktuellen rechtlichen Vorgaben die Erfahrungen der eigenen Kliniken zusammengetragen: Es entstand ein detaillierter Ratgeber, wie Freiheitsentziehende Maßnahmen vermieden, im Bedarfsfall umgesetzt und ggfs. im Anschluss verarbeitet werden.

Zu den Empfehlungen zählt z.B. die Behandlungsvereinbarung: Der Patient klärt in einer einwilligungsfähigen Situation, welche Maßnahme ergriffen werden soll, wenn er sich oder andere in einem akuten Krankheitsschub stark gefährden sollte. Diese Art der Mitwirkung entschärft den Zwangsscharakter und gibt den Behandelnden Handlungssicherheit. Das Buch enthält eine Muster-Behandlungsvereinbarung.

Empirische Befunde haben gezeigt, dass offene Türen Zwangsmaßnahmen, Zwangsbehandlungen sowie aggressive Übergriffe oder Entweichungen reduzieren können oder zumindest nicht ansteigen lassen. Offene Türen können vertrauensbildend wirken. Sie erfordern allerdings in der Regel eine Änderung des therapeutischen Milieus, welches auch mit einem höheren Engagement von Mitarbeitern einhergeht.

Das Buch enthält im Anhang und zusätzlich auf einer CD Checklisten, Formulare etc. für die Stationsarbeit



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 | D-49525 Lengerich | Telefon +49 (0)5484 308 | Telefax +49 (0)5484 550
 pabst@pabst-publishers.com | www.psychologie-aktuell.com | www.pabst-publishers.de

in denen Arbeit auf einem hohen Niveau passieren kann, sind Voraussetzungen für qualitativvolles Arbeiten. Von der nötigen Qualitätssicherung ist der Schritt zu einem transparenten und für die Einrichtung entwickelten Regelsystem ein kleiner. Der Verein Dialog hat, das lässt sich im Großen und Ganzen sagen, von der Einführung von ISO profitiert. Inzwischen gehen die Maßnahmen weit über die Normerfüllung hinaus, der Diskurs über Qualität ist etabliert und dient als Basis für die Entwicklung neuer Angebote, Methoden und Betrachtungsweisen.

Die Frage nach Qualität muss jedenfalls im Sinne der KlientInnen in der Suchthilfe laufend gestellt werden – auch wenn es immer einfacher sein wird, die Qualität eines schnittigen Autos zu bewerten als die einer erfolgreichen Beratung oder Betreuung.

Literatur

- AGNPM (Hrsg.) (2016). *New Public Management in der Sozialen Arbeit. Eine Kritik*. https://www.kriso.ch/wp-content/uploads/kriso_npm_sa.pdf (Zugriff: 30.05.2018).
- Bogner, K. & Landrock, U. (2015). *Antworttendenzen in standardisierten Umfragen. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines)*. Mannheim: GESIS.
- Donabedian, A. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev. Bull.*, 18 (11), 356-360.
- Dornhofer, M. et al. (2017). Wirkungsorientierung in der Suchthilfe: Das Wiener Steuerungssystem Suchtmedizin. *Organ der ÖGABS (Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheiten)*, 19 (5), 286-298.
- Flösser, G. & Oechler, M. (2004). Chancen und Risiken von Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. In: Beckmann et al. (Hrsg.), *Qualität in der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kellem, R. L. & Hasenburger, S. (2009). Qualitätsmanagement als soziale Norm. Implementierung und Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen in der Sozialen Arbeit zwischen Sozialtechnik, Legitimation, Qualitätspopulismus und Entwicklungsorientierung. *Wissenschaftliches Journal österreichischer Fachhochschul-Studiengänge Soziale Arbeit* (4).
- Kurz, B. & Kubek, D. (2013). *Kursbuch Wirkung* (S. 5). Bielefeld: Bertelsmannstiftung.
- Koubek, A. (2015). *Praxisbuch ISO 9001:2015. Die neuen Anforderungen verstehen und umsetzen*. München: Hanser.
- Markgraf, D. (o. Jg.). *Definition Qualität*. Gabler Wirtschaftslexikon. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/qualitaet-45908> (Zugriff: 30.05.2018).
- Merchel, J. (2006). Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Erfahrungen zur Verarbeitung und zur Umsetzung des Themas „Qualität“. *Der pädagogische Blick*, 14 (4), 195-208.
- Otto, H. U. & Schnurr, S. (Hrsg.) (2000). *Privatisierung und Wettbewerb in der Jugendhilfe: Marktorientierte Modernisierungsstrategien in internationaler Perspektive*. Neuwied: Luchterhand.
- Peters, T. (2008). *Macht im Kommunikationsgefälle: der Arzt und sein Patient*. Forum für Fachsprachenforschung, Bd. 082. Berlin: Frank & Timme.
- Schindlauer, L. (2014). *Qualitätssicherung aus der Sicht von SozialarbeiterInnen in Einrichtungen des Sucht- und Drogenhilfenetzwerks* (Diplomarbeit). Wien.
- Sucht- und Drogenkoordination Wien (2013). *Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013*. http://drogenhilfe.at/downloads/20130909_WSD_Strategie_web_ES_pdf (Zugriff: 30.05.2018).
- Wirtz, M. A. (Hrsg.) (2017). *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Bern: Huber.
- Verein Dialog (2018). *Jahresbericht 2017*. http://www.dialog-on.at/sites/default/files/downloads/dialog_jahresbericht_2017.pdf (Zugriff 16.08.2018).
- Zollondz, H. D. (2011). *Grundlagen Qualitätsmanagement: Einführung in Geschichte, Begriffe, Systeme und Konzepte*. München: Oldenbourg.



Foto: Petra Hälwachs

Mag. Martin Weber
Sprachwissenschaftler
stellvertretender Geschäftsführer (bis Juni 2018) und Qualitätsbeauftragter im Verein Dialog, tätig in der Suchtberatung und -prävention seit 2000
martin.weber@dialog-on.at









Suchttherapie zwischen Sozialarbeit und Psychotherapie – Zu Strukturproblemen suchttherapeutischer Arbeit und Ausbildung

Hermann J. Müller

Ein schriftliches Interview zu Strukturproblemen suchttherapeutischer Arbeit und Ausbildung. Interviewer ist Philipp Sperb.

Sperb: Herr Dr. Müller, in Ihrer Dissertation „Suchttherapie und Supervision“ aus dem Jahre 1995 und dem aktuellen Buch „Professionalisierung von Praxisfeldern der Sozialarbeit“ (2016), ist einer der großen Themenbereiche die Analyse von Problemen in der beruflichen Arbeit von Suchttherapeutinnen und -therapeuten. Sie schreiben, diese Berufsgruppe sei noch nicht professionalisiert, sie könnte es aber prinzipiell sein. Wie kommen Sie zu dieser Einschätzung?

Klassische und neue Professionen zeichnen sich durch bestimmte Merkmale aus. Ein Merkmal ist eine theoretische Ausbildung auf wissenschaftlicher Grundlage. Suchttherapeutinnen und -therapeuten haben eine wissenschaftliche Ausbildung, aber eine unterschiedliche (Sozialarbeit, Pädagogik oder Psychologie). Es fehlt ein verbindliches Curriculum, das festlegt, über welches Wissen ein/e Suchttherapeut/-in verfügen muss. Das Studium könnte zum Beispiel als Übergangslösung in Masterstudiengängen als Vollzeitstudium zur Suchttherapie erfolgen. Mittelfristig stellt sich die Frage, ob ein Studium nach dem Bologna-Modell ausreicht. Es ist kein Zufall, dass sich das BA-Studium in den klassischen Professionen Medizin und Jura nicht durchgesetzt hat. Eine berufsbegleitende Weiterbildung kann das Problem nicht lösen, denn es kann kein Studium ersetzen. Dadurch entsteht auch ein weiteres Problem. Ein Merkmal professionalisierter Ausbildung ist ein institutionalisiertes Modell der Praxisausbildung nach dem Meister-Schüler-Modell. Die Arbeit der Schülerinnen und Schüler steht unter Aufsicht und Supervision eines erfahrenen Professionellen. Der/die Schüler/-in ist aber nicht voll eigenverantwortlich tätig. Einige Suchttherapeutinnen und -therapeuten aber arbeiten in einem Beruf, für den sie noch ausgebildet werden. Als Übergangslösung könnten erfah-

rene Suchttherapeutinnen und -therapeuten Aufgaben des/der Lehrmeisters/-in übernehmen. Später sollte es dafür Lehrtherapeutinnen und Lehrtherapeuten geben (analog zum/zur Lehranalytiker/-in). Professionalisierung ist ein längerer Prozess – das war in der Medizin auch so. Ein Ziel muss sein, eine Lizenz und ein Mandat für das Arbeitsfeld durchzusetzen (vgl. z.B. Schütze, 1984). Das bedeutet, dass nur voll ausgebildete Professionelle dort verantwortlich arbeiten können. Das aber kann man nur legitimieren, wenn Professionelle eine hoch qualifizierte Ausbildung nachweisen können.

Sperb: In diesem Zusammenhang beschreiben Sie „Deprofessionalisierungstendenzen“ im Praxisfeld der Suchttherapie, könnten Sie diese kurz erläutern?

Für Deprofessionalisierung gibt es verschiedene Ursachen. Eine ist die Ökonomisierung und die Begrenzung der Leistungen aus wirtschaftlichen Gründen. In der Medizin werden deshalb zum Beispiel die Fallpauschalen heftig kritisiert, da sie zum Beispiel zu „blutigen Entlassungen“ führen können (vgl. z.B. de Ridder, 2015). Ich würde nicht so weit gehen wie Rost, der langfristige Psychotherapien vorschlägt. Aber man muss sich fragen, welche Therapie ein/e bestimmte/r Suchtkranke/r benötigt (Indikation) und ob die entsprechenden finanziellen Mittel und die therapeutischen Einrichtungen zur Verfügung stehen. Der Abschluss einer Therapie muss in jedem Einzelfall (zwischen Therapeut/-in und Patient/-in) ausgehandelt werden. Einige Patienten/-innen brauchen mehr Zeit als andere. Therapieverlängerungen müsste man bei den Krankenkassen beantragen können. Über deren Notwendigkeit müssten Fachkräfte bei den Kassen entscheiden, nicht primär die Betriebswirte und Kaufleute. Deprofessionalisierung entsteht auch durch

Ausbildungsdefizite und Arbeitsüberlastung. Kostengründe könnten auch eine Erklärung dafür sein, dass die Suchttherapie nicht aufgewertet wurde. Der professionelle Suchttherapeut wäre teurer.

Sperb: Die von Ihnen beschriebenen Professionalisierungsdefizite haben Auswirkungen auf die Arbeit der Suchttherapeutinnen und -therapeuten, ja sogar auf die Therapieverläufe der Patientinnen und Patienten. Können Sie das an einem Beispiel veranschaulichen?

Ein älteres Beispiel aus der Dissertation: Eine Suchttherapeutin hat persönliche Probleme, die sexuelle Problematik einer ihrer Patientinnen zu bearbeiten. So etwas kann in Therapien vorkommen, auch nach einer erfolgreichen Lehrtherapie. Dann aber ist die Therapeutin verpflichtet, sich Hilfe zu suchen und notfalls den Fall abzugeben. Dies geschieht nur halbherzig. Die Patientin wendet sich im Urlaub ihrer Therapeutin an eine andere Therapeutin und einen Therapeuten. Beide sprechen mit der Patientin, aber ohne Arbeitsbündnis als quasi inoffizielle Therapie. In der Supervision möchte die Therapeutin diesen Fall nicht einbringen.

Sperb: Man könnte einwenden, dass Ihre Untersuchungsergebnisse 23 Jahre zurück liegen, jedoch bin ich bei meiner eigenen Suchttherapeutenausbildung selbst auf die von Ihnen beschriebenen Probleme gestoßen. Diese scheinen auch weiterhin fortzubestehen. Sie üben deutliche Kritik an der beruflichen Sozialisation der Absolventinnen und Absolventen der Weiterbildung, beziehungsweise an deren Struktur und Bedingungen. Wo liegen Ihrer Meinung nach genau dort die Probleme?

Die Ausbildung müsste ausgebaut werden. Suchttherapie sollte keine Psychotherapie zweiter Klasse sein, sondern eine eigenständige Therapie. Notwendig ist auch der Ausbau der Forschung und Evaluation. Untersucht werden sollten erfolgreiche und nicht erfolgreiche Verläufe, um aus den Erfahrungen zu lernen. Ein Merkmal von Professionen ist, dass Fehler nicht immer vermieden werden können. Umso wichtiger ist Selbstreflexion. Die Ergebnisse könnten für die Lehre verwendet werden und die Wissensbasis der Profession verbreitern. Angesichts der negativen Folgen von Süchten für die berufliche Entwicklung und die Familien müsste deutlich mehr in die Suchttherapie investiert werden. Dazu gehört auch eine fundierte Ausbildung.

Sperb: Viele Kolleginnen und Kollegen definieren sich im Anschluss an eine therapeutische Zusatzausbildung als Therapeutinnen bzw. Therapeuten, da sie ja therapeutische Arbeit leisten. Sie sagen allerdings, dieser Inanspruchnahme therapeutischer Professionalität fehle das solide Fundament. Das Ergebnis ist dann eine therapeutische Halbbildung oder Halbqualifikation?

Es kommt darauf an, was man unter Therapie versteht. Es sind keine Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, dazu ist die Ausbildung zu kurz. Fraglich ist auch, ob es neben der Psychotherapeutenausbildung noch eine zweite gleichartige Ausbildung geben sollte. Wer bereit ist für eine längere Psychotherapie, kann ja eine solche Therapie machen. Über ein Ausbildungsmodell für Suchttherapeutinnen und -therapeuten müsste man mehr nachdenken. Familientherapie und Sozialtherapie dürften dazu gehören. Manchmal trifft man Studierende an Hochschulen, die mit wenigen Kenntnissen wild deuten. Das kann problematisch sein. Gefährlich kann es auch sein, Zusammenhänge aufzudecken, die man dann doch nicht durcharbeiten kann. Eine erfahrene Psychotherapeutin schreibt dazu: „Unsere Aufgabe kann nicht darin bestehen, im Bewusstsein eines anderen Menschen herumzutrampern und wichtige Schutzmechanismen niederzureißen, als ob wir mit absoluter Sicherheit wüssten, was für sie am besten ist“ (Samuel, 2018, S. 207).

Sperb: Kann der Spagat zwischen pädagogischem und therapeutischem Handeln nicht zu einer Krise der beruflichen Identität führen und was bedeutet das für die berufliche Praxis?

Pädagogisches Handeln ist immer auch therapeutisches Handeln, aber kein psychotherapeutisches. Beim Lehrerhandeln spricht Oevermann (1996) vom „prophylaktischen therapeutischen Mandat“. Auch Strotzka sieht eine Parallele: „Man muss akzeptieren, dass Psychotherapie ebenso wie Erziehung Manipulation ist. Die Ziele dieser Manipulation sollen aber in einem Konsens erarbeitet sein und jedes Aufoktroieren von Zielen, die aus der Persönlichkeit des/der Therapeuten/in und seines/ihrer Kontextes stammen, ist streng zu vermeiden“ (Strotzka, 1984, S. 79).

Sperb: Im Kontext der „beruflichen Identität“ von Suchttherapeutinnen und -therapeuten zeigen Sie sich gegenüber den (psychoanalytischen) Selbsterfahrungseinheiten ebenfalls skeptisch. So plädieren Sie und Ihre Co-Autoren, Eberhard Nölke und Werner Helsper, in

dem Artikel „Professionalisierung durch Weiterbildung?“ für eine Trennung von berufsfield-bezogenen Weiterbildungen und (quasi-)therapeutischen Verfahren. Weshalb?

Ich bin nicht gegen Selbsterfahrung, solange sie berufsbezogen ist. Eine professionelle Beziehung zur Patientin/zum Patienten kann man nicht angemessen reflektieren, wenn man die persönlichen Anteile der Therapeuten/-innen ausblendet. Diese Berücksichtigung persönlicher Anteile entspricht dem Modell der Balint-Gruppe. Aber Selbsterfahrung im Rahmen beruflicher Weiterbildung darf nicht zum Egentherapie-Ersatz werden. Dafür gibt es kein Mandat, zumal die Weiterbildung häufig vom Arbeitgeber bezahlt wird. Außerdem gibt es die Regel, dass Patienten/-innen einer Gruppentherapie außerhalb der Sitzungen keine zu enge Beziehung zueinander haben sollen. Der/die Kollege/-in als Mitpatient/-in kann zum Problem werden. Man kann einwenden, dass Selbsterfahrung keine Therapie ist. Wo aber sind dann die Grenzen? Wie tiefgehend kann eine Selbsterfahrungsgruppe psychische Probleme bearbeiten?

Sperb: Was ist Ihrer Meinung nach der Grund dafür, dass so viele Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter eine suchttherapeutische Weiterbildung absolvieren? Ist damit möglicherweise der Wunsch nach mehr Handlungssicherheit in der beruflichen Praxis verbunden, oder welche Gründe sehen Sie?

Manchmal sind sie beruflich dazu verpflichtet. Außerdem kann es das Gefühl sein, für diese Arbeit nicht gründlich genug ausgebildet zu sein. Deshalb sollte man die Grundausbildung ausbauen. Zusätzlich sollte es dann Weiterbildung geben. Auch Ärztinnen und Ärzte werden zum Beispiel zu Weiterbildung verpflichtet.

Sperb: Wo sehen Sie besondere Kompetenzen und erforderliche Schwerpunktsetzungen bei der Profession Soziale Arbeit gegenüber anderen Berufsgruppen in der Suchtarbeit?

Mehr als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten könnten sie Fachleute für das Soziale sein. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind für das Innerpsychische zuständig. Bei vielen Patientinnen und Patienten kommt es erst einmal darauf an, kurzfristig soziale Probleme zu lösen, die durch die Sucht entstanden sind oder soziale Probleme, die zu süchtigem Verhalten beitragen. Es geht erst einmal um Stabilisierung der sozialen Situation.

Daraus können sich dann durchaus langfristige Arbeitsbeziehungen entwickeln.

Sperb: Stehen wir sozialen Problemlagen nicht selten machtlos gegenüber? Und bereitet das derzeitige Studium der Sozialen Arbeit darauf vor, Fachfrau oder Fachmann für „das Soziale“ zu werden? Was sollte diese Fachkräfte auszeichnen?

Nach meiner Erfahrung in der Lehre sollte sich das Studium stärker auf die Analyse multipler Problemlagen konzentrieren. Viele Klientinnen und Klienten haben mehrere soziale Probleme. Ich denke da zum Beispiel an eine junge alleinerziehende Mutter von drei Kindern. Sie war arbeitslos und hatte keine Berufsausbildung, Schuldenprobleme, Probleme mit der Haushaltsführung und Probleme mit einem neuen Partner. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sollten lernen, solche komplexen Problemlagen zu rekonstruieren. Auch Alkoholabhängigkeit ist häufig nicht das einzige Problem, manchmal noch nicht einmal das Hauptproblem (vgl. auch die Falldarstellung von Schütze, 2016, S. 128-133). Man kann nicht alle sozialen Probleme lösen. Einige Problemlagen sind auch gesellschaftlich mit verursacht. Aber man kann in einigen Fällen Klientinnen und Klienten befähigen, etwas besser mit Problemen umzugehen und einige Problem auch zu lösen.

Sperb: Wo sehen Sie Parallelen in der Debatte um die Professionalisierung Sozialer Arbeit und der zur Ausbildung und beruflichen Praxis von Suchttherapeutinnen und -therapeuten?

Ein Problem ist die diffuse Allzuständigkeit der Sozialen Arbeit. Nicht alle Fachleute sind Professionelle, aber alle Professionellen sind auch Fachleute für einen definierten Bereich. Einen Fachmann für alles kann es nicht geben. Auch die Suchttherapie ist wohl diffus. Rost polemisiert: „Und entsprechend wird der Patient in der Klinik dann mit unterschiedlichen Therapiebausteinen traktiert, die ihm von verschiedenen Therapeuten angediehen werden: Gruppen- und Einzeltherapie, indikative Gruppen, Selbstbehauptung, Körperwahrnehmung, Rückfallprophylaxe, Nikotinentwöhnung, Musik- und Gestalttherapie, Sport und, heute ein unvermeidlicher Baustein, die Traumatherapie, die jede Klinik bereit hält“ (Rost, 2013, S. 3).

Sperb: Was sind Ihrer Meinung nach Lösungen oder Alternativen für die Strukturprobleme in der suchttherapeutischen Ausbildung und Arbeit?

Man kann sich am Modell des Medizinstudiums orientieren. Sinnvoll wären Studiengänge für Suchttherapie. Analog dem vor-klinischen Studium könnten in einer ersten Phase Grundlagen vermittelt werden (Prüfung 1). Es folgt ein klinisches Studium zu Sucht, Methoden und Suchttherapie (Prüfung 2). Die Inhalte der theoretischen Ausbildung müssten konkreter und verbindlicher sein. Dadurch würde das Studium allerdings auch härter. Es könnte dann ein einjähriges Praktikum unter Aufsicht eines/r Lehrtherapeuten/-in folgen (Prüfung 3).

Literatur

- De Ridder, M. (2015). *Welche Medizin wollen wir? Warum wir den Menschen wieder in den Mittelpunkt ärztlichen Handelns stellen müssen*. München: Deutsche Verlagsanstalt.
- Müller, H. (1995). *Suchttherapie und Supervision. Berufliche Probleme und Paradoxien in der stationären Suchttherapie und deren Einfluß auf die Struktur und inhaltliche Entwicklung einer Teamsupervision mit Suchttherapeuten*. (Europäische Hochschulschriften 22, Soziologie, Bd. 273). Frankfurt a. M.: Lang.
- Müller, H. (2016). *Professionalisierung von Praxisfeldern der Sozialen Arbeit*. (Rekonstruktive Forschung in der Sozialen Arbeit, Bd. 17). Opladen, Berlin, Toronto: Budrich.
- Nölke, E., Müller, H. & Helsper, W. (1992). Professionalisierung durch Weiterbildung? Zu den Möglichkeiten und Grenzen einer Weiterbildung für Sozialarbeiter und Sozialpädagogen. *neue praxis*, 5, 395-412.
- Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (S. 70-182). Frankfurt a. M.: Suhrkamp Taschenbuch.
- Rost, W. D. (2013). *Psychoanalytische Konzepte und deren Anwendung in der ambulanten Suchttherapie*, Vortragsmanuskript. Online verfügbar: www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Nachlese/2013/kbo_IAK_BASeV_PT_der_Sucht_Rost_Psychoanalyse_2013.pdf (letzter Zugriff 17. Oktober 2013).
- Samuel, J. (2018). *Trauert! Geschichten über das Leben, den Tod und die Kraft zum Weiterleben*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Schütze, F. (1984). *Professionelles Handeln, wissenschaftliche Forschung und Supervision. Versuch einer systematischen Überlegung*. In N. Lippenmeier (Hrsg.), *Beiträge zur Supervision* (Bd. 3, S. 262-389). Gesamthochschule Kassel.
- Schütze, F. (2016). Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In: Ders. (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Prozessanalyse* (S. 117-145). Opladen: Budrich.
- Strotzka, H. (1984). Ethik der Psychotherapie. In: I. Eisenbach-Stangl & W. Stangl (Hrsg.), *Grenzen der Behandlung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.



Foto: Felix Sperb

Dr. Hermann Müller

Soziologe

jetzt Rentner, vorher tätig als wissenschaftlicher Mitarbeiter in Forschung und Lehre, Vertretungsprofessor oder Lehrbeauftragter an mehreren Hochschulen in Deutschland primär in den Bereichen Medizin und Sozialpädagogik/Sozialarbeit
hermannjohannmueller@googlemail.com



Philipp Sperb

BA Soziale Arbeit

Suchttherapeut (psychoanalytisch)
Arbeitsschwerpunkt: psychoanalytische Sozialarbeit in der niedrigschwelligen Drogenhilfe, derzeitige Forschungstätigkeit zu Strukturproblemen suchttherapeutischer Ausbildung und beruflicher Praxis im Rahmen des Masterstudiums
philipp.sperb@stadt.mainz.de

Harm Reduction – Ergebnisse akzeptanzorientierter und niedrigschwelliger Drogenarbeit

Heino Stöver

Einleitung

Der Begriff der Schadensminderung hat sich in den 1980er Jahren vor allem in Bezug auf Angebote für Konsumierende illegaler psychotroper Substanzen entwickelt und zwar als Gegenentwurf zu „bevormundenden“ und „entmündigenden“ Begriffen, Konzepten und Praktiken der damals ausschließlich abstinenzorientierten Drogenhilfe (Stöver, 1999).

Heute sind Strategien der Schadensminderung zentrale Elemente übergeordneter Public Health-Strategien geworden und haben Eingang in die Europäischen und in die meisten nationalen Drogenstrategien und Aktionspläne gefunden. Die WHO, *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS), und *United Nations Office on Drug and Crimes* (UNODC) empfehlen ein Paket von Harm Reduction-Interventionen¹ als die Grundlage einer Public Health-Antwort auf die Herausforderungen der HIV/AIDS und Hepatitis-Krise und des intravenösen Drogenkonsums.

Harm Reduction International hat die folgende Definition erarbeitet: „Schadensminderung umfasst Methoden, Programme und Praktiken, die darauf abzielen, die individuellen und gesellschaftlichen Schäden des Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen der Menschen zu reduzieren, die nicht in der Lage oder nicht willens sind, den Gebrauch einzustellen.“²

Diese Definition hat sich im Suchtbereich illegaler, aber auch legaler psychoaktiver Substanzen etabliert und eine große Zahl an Studien belegen eine hohe Wirksamkeit von Harm

Reduction-Maßnahmen (Rhodes & Hedrich, 2012), v.a. bei der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten (z.B. Fernandes et al., 2017; Davis et al., 2017; Platt et al., 2018), auch in Gefängnissen (Lazarus et al., 2018; Kamarulzaman et al., 2016), sowie bei der Reduktion von drogenbedingten Todesfällen (Übersicht: Hedrich & Giraudon, 2018).

Die Übertragung des Konzeptes „Harm Reduction“ auf legale Substanzen respektive Verhaltensweisen ist bisher noch wenig in verhaltens-/bzw. verhältnispräventive Strategien umgesetzt. Der Einsatz von E-Zigaretten beispielsweise kann als eine Harm Reduction-Strategie interpretiert werden (Stöver, 2016a, 2018a), aber auch im Alkoholbereich (Schmidt-Semisch & Stöver, 2012) und im Glücksspielbereich (Stöver, 2017a) gibt es Debatten über Schadensminimierung.

Zwar haben unter anderem die Bemühungen der WHO, alkoholassoziierte Schäden zu reduzieren, sowie die zunehmende Erkenntnis, dass bei einer Alkoholgebrauchsstörung Abstinenz nicht das alleinige Therapieziel sein kann, die Schadensminderung auch im Alkoholbereich in den Fokus gerückt, aber in der internationalen Literatur besteht kein Konsens, welche Interventionen der Schadensminderung zuzurechnen sind. Häufig beinhalten diese auch Maßnahmen der Regulierung der Nachfrage und des Angebotes von Alkohol unter der Verwendung der breiter gefassten Definition des *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (Rhodes & Hedrich, 2010, S. 19, eigene Übersetzung): „Interventionen, Programme und Strategien, die auf die Reduzierung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Schäden für Individuen und die Gesellschaft durch Substanzkonsum ausgerichtet sind“.

Hilfreich ist auch die von Stockwell (2006) verwendete Differenzierung, die Strategien der Schadensminderung beim Konsum von Strategien zur Reduktion der Nachfrage und des Angebots abgrenzt, wie z.B. die Erhöhung der Alkoholsteuer: „Strategien der Schadensminderung reduzieren die Wahrscheinlich-

¹ The nine interventions are: (1) needle and syringe programs; (2) opioid substitution therapy and other evidence-based drug-dependence treatment; (3) HIV testing services; antiretroviral therapy for people living with HIV; (4) prevention and treatment of sexually transmitted infections (and sexual and reproductive health services); (5) condom programs for people who inject drugs and their sexual partners; (6) targeted information, education and communication; (7) prevention, vaccination, diagnosis and treatment of viral hepatitis B and C; (8) prevention, diagnosis and treatment of tuberculosis; and (9) community distribution of naloxone for prevention and treatment of opioid overdose.

² <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction> (letzter Zugriff: 27.08.2018).

keit gesundheitlicher Nachteile oder Schäden und berücksichtigen Sicherheitsaspekte, ohne notwendigerweise eine Veränderung der Konsummuster resp. eine Reduktion der Konsumhäufigkeit oder -menge vorauszusetzen. In erster Linie geht es darum, möglichst adäquate Konsumbedingungen zu schaffen: wie z.B. eine sichere Konsumumgebung, indem große Menschenansammlungen bzw. Gedränge vermieden werden, gut ausgebildetes Servicepersonal (Restaurants, Bars, Clubs etc.), das auf bestimmte, aber nicht provozierende Art keine alkoholischen Getränke an bereits betrunkene Personen oder an Jugendliche (Bier, Wein ab 16, Spirituosen ab 18 Jahren) verkauft, sicherer Transport betrunkenen Personen nach Hause, Chill-out-Zonen im Nightlife-Bereich, Ausnüchterungszellen etc.“ (Stockwell, 2006, S. 270, eigene Übersetzung).

Im Folgenden soll die eingangs genannte Definition von *Harm Reduction International* verwendet werden.

1 Prohibition und Soziale Arbeit in der Suchthilfe

Repressive Drogenpolitik und unterstützte Drogenhilfe existieren nicht in friedlicher Koexistenz nebeneinander, sondern bedingen sich einander, verformen sich und sind eng miteinander verwoben: Die Prohibition wirkt tief in das Nachfrage- und Inanspruchnahmeverhalten der Drogen gebrauchenden Menschen, sie hat Soziale Arbeit in ihren Grundüberzeugungen verändert, was Angebotsstrukturierung, Freiwilligkeit der Klientel und Kontrolle angeht (Stöver, 2012) und sie hat die Lebensrealität Betroffener so stark beeinflusst, dass suchtherapeutische Arbeit oftmals eine Arbeit an den prohibitionsinduzierten Problemen statt an den eigentlichen Suchtproblemen bedeutet. Denn langjährigen Drogenabhängigen, vorwiegend von Opioiden, Kokain meistens mit Mischkonsum, gelingt es selten, ihren Konsum ohne gesundheitliche Schädigungen oder soziale Ausgrenzungen unter diesen prohibitiven Bedingungen zu realisieren (Stöver, 2016b).

Um Schwarzmarktpreise bezahlen zu können, sind Beschaffungsaktivitäten nötig. Während Männer ihren Drogenbedarf vor allem mit Diebstahl, Hehlerei und Drogenhandel finanzieren, sind Frauen oft auf den Verkauf ihres Körpers angewiesen (bei Frauen geht man von mehr als 50 Prozent, bei Männern von etwa 10-20 Prozent aus, die ihren Konsum über Prostitution finanzieren (Zurhold, 2005; Wüst, 2008). Soziale und gesundheitliche Folgeschäden (Gewalterfahrungen, Infektionskrankheiten, Buß-

gelder, Aufenthalts-/Durchquerungsverbote etc.) sind absehbar. Obwohl ein Überangebot an Heroin oder Kokain besteht, gelingt es nur wenigen, ausschließlich die Droge ihrer Wahl zu konsumieren. Überbrückt werden die Versorgungspässe und Entzugserscheinungen mit Alkohol und/oder Medikamenten (v.a. Benzodiazepinen, Antikonvulsiva wie Pregabalin). Verbreitet ist ein Mischdrogengebrauch, z.T. bestehen Abhängigkeiten von mehreren Substanzen gleichzeitig, die hohe gesundheitliche Risiken bergen (z.B. verstärken Alkohol und betäubende Medikamente die Wirkung des Heroin). Insgesamt haben sich der Gesundheitszustand und die soziale Lage vieler – von Behandlung bisher nicht oder nur unzureichend erreichter – Drogenkonsumierender in den letzten zwanzig Jahren verschlechtert. Festzustellen sind:

- die Vernachlässigung elementarer Selbstfürsorge und Hygiene (Essen, Waschen, Bekleidung, Körperpflege);
- hohe psychische Belastungen durch Angst vor Entdeckung oder Beschaffungsdruck;
- massive Stigmatisierungs- und Ausgrenzungserfahrungen;
- gravierende gesundheitliche und soziale Probleme durch Prostitution, die oft unter ungeschützten und erniedrigenden Bedingungen verläuft;
- Obdachlosigkeit bzw. wechselnde, kurzfristige Unterkünfte bei Bekannten aus der Drogenszene oder „Freiern“ (verbunden mit der Schwierigkeit, eine Wohnung zu bekommen oder zu halten);
- soziale Isolation und Vereinsamung, da aufgrund der sozialen Ausgrenzung Kontakte zur Familie, zu Freunden und Bekannten außerhalb der Drogenszene ausdünnen und schließlich abreißen. Die sozialen Bezüge in der Szene sind stark durch Zwänge und Bedingungen der Drogenbeschaffung bestimmt;
- fehlende berufliche und soziale Perspektiven der Teilhabe. Der oftmals niedrige Bildungsstand, der häufig Folge des frühen Herausfallens aus Schule und Ausbildung ist, führt zu einer Verschlechterung der Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Dauerhafte Arbeitslosigkeit führt oft zu sozialem Abstieg, Verarmung (z.B. dauerhaftem Hartz-IV-Status), und damit wiederum zu verstärktem Drogenkonsum;
- mangelndes Selbstvertrauen aufgrund sozialer Ausgrenzung und gesundheitlicher Verelendung, geringe Selbstwirksamkeitserfahrungen: der Verlust des Vertrauens in die Möglichkeit, die Lebenssituation selbst grundlegend verbessern zu können, nach-

dem Entzüge oder Therapieversuche wiederholt keine Erfolge zeitigten;

- rassistisch motivierter Verfolgungsdruck gegenüber geflüchteten Menschen bzw. Menschen mit Migrationshintergrund, v.a. wenn sie eine schwarze Hautfarbe haben.

2 Drogennotfallprophylaxe

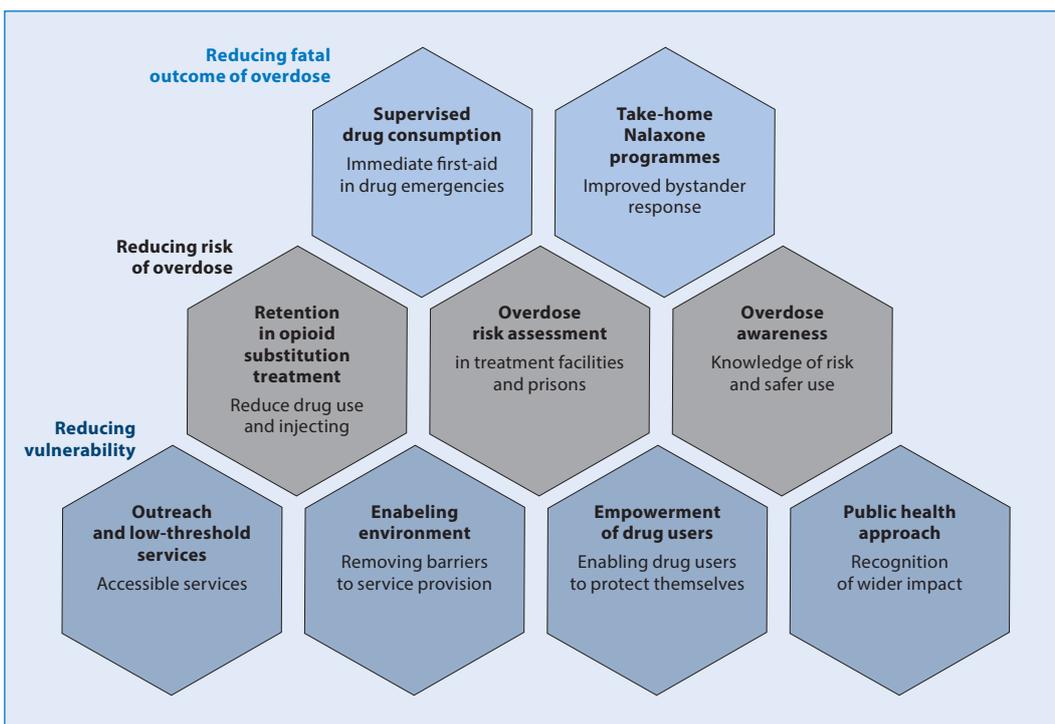
Im Jahr 2017 sind in Deutschland 1.272 Menschen an den Folgen des Konsums illegaler Drogen verstorben. Die Zahl ist leicht gesunken – nachdem sie vier Jahre lang angestiegen war. In mehr als der Hälfte der Fälle der Todesopfer (707 Fälle) starben Menschen an Überdosierungen im Zusammenhang mit Heroin und anderen Opioiden. Wirksame Strategien, um diese enorm hohe Zahl von sog. Drogentoten zu reduzieren, sind bekannt (siehe Graphik 1) – gegen opioid-bedingte Todesfälle helfen v.a.:

- Eine Regulierung des Drogenmarktes mit klarem Ausweis des Güte- und Reinheitsgehaltes psychotroper Substanzen.
- Durchgehende und auf die Bedarfe der Patient_innen abgestimmte medikamenten-gestützte Behandlung (z.B. mit Methadon, Burprenorphin, retardiertem Morphin, Diacetylmorphin).
- Ausbau des Angebots von Drogenkonsum-räumen – die es gegenwärtig nur in sechs von 16 Bundesländern gibt (Schäffer et al., 2014; Schäffer & Stöver, 2011).

- Der flächendeckende Einsatz des Notfall-medikaments Naloxon – Take-Home-Naloxon-Programme (Dichtl et al., 2018).
- Verbesserung des Wissens um Drogennot-fälle, insbesondere bei Entlassenen/Abbre-cher_innen aus der Therapie oder Haftent-lassenen, die lt. Schätzung der WHO etwa 20 Prozent aller drogenbedingten Todesfälle ausmachen (siehe Stöver, 2018b).

3 Transfer von Harm-Reduction – Strategien (z.B. Infektionsprophylaxe, Substitutionsbehandlung) in den Justizvollzug

Der Transfer von Harm-Reduction-Strategien in den Justizvollzug ist bislang nicht gelungen. Bundesweit (und auch international; Rhodes & Hedrich, 2012) zeigt sich eine äußerst *uneinheitliche Praxis der Substitutionsbehandlung im Vollzug* (Keppler et al., 2011): es besteht ein Nord-Süd-, Ost-West-, Stadt-Land-Gefälle in der Verbreitung der Substitutionsbehandlung. In einigen Ländern ist eine flächendeckende Substitution sichergestellt (z.B. NRW, Bremen, Hamburg), in anderen Ländern wird trotz hoher Belegung der Gefängnisse mit Opioidabhängigen so gut wie gar nicht substituiert (z.B. Bayern mit etwa 3.000 Gefangenen, die als Betäubungsmittel-konsumierende eingestuft sind; vgl. dazu auch Stöver et al., 2017c). In vielen Bundesländern werden lediglich in Freiheit begonnene Subs-titutionsbehandlungen weitergeführt, oftmals



Graphik 1

Interventions to reduce opioid-related deaths (Hedrich & Giraudon, 2018)

in sehr geringer Anzahl erfolgt der Neubeginn einer Substitutionsbehandlung. Die in Freiheit geforderte psycho-soziale Betreuung erfolgt entweder durch den Sozialdienst oder eine externe Drogenberatung.

Von einer Vielfalt des Einsatzes von Medikamenten wird in der Regel kein Gebrauch gemacht: DL-Methadon ist das Mittel der Wahl der meisten Anstaltsärzte, L-Polamidon aufgrund des Preises und Buprenorphine aufgrund der schwierigeren Überwachung bzw. des höheren Personalaufwandes der ordnungsgemäßen Einnahme (sublingual) wenig verbreitet. Retardiertes Morphin und Diamorphin spielen so gut wie keine Rolle.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass Gefangene nur zu einem geringen Teil vom Fortschritt in der Suchtmedizin und bestehenden Harm-Reduction-Strategien profitieren: nur etwa zehn Prozent aller in Frage kommenden opioidabhängigen Gefangenen erhält eine Substitutionsbehandlung (im Gegensatz zu ca. 40-50% in Freiheit), und in vielen Fällen nicht das Medikament ihrer Wahl, sondern das Medikament, das aus Interessen der Haftanstalten (Preis, Kontrollierbarkeit etc.) verabreicht wird. In manchen Bundesländern werden im Strafvollzug Substitutionsbehandlungen durchgeführt, ohne die außerhalb der Anstalten anerkannten Indikationen und Dosierungen zu akzeptieren: So wird in der Regel eine Verschreibung von Substitutionsmedikamenten als durchgehende Behandlung allenfalls bei Kurzstrafen in wenigen Anstalten angeboten. Bei Drogenentzugsbehandlungen erfolgt sie – oftmals entgegen fachlichen Regeln – in übermäßig schnellen und großen Abdosierungsschritten. Die verbreitete Praxis eines Abbruchs der in Freiheit begonnenen Substitutionsbehandlungen (ca. 70% der Substituierten) erscheint umso weniger nachvollziehbar, da diese ausdrücklich nach medizinischer Indikation begonnen wurden (vgl. Stöver, 2012, S. 74), und die Substitutionsbehandlung in Gefängnissen in den Richtlinien der Bundesärztekammer ausdrücklich vorgesehen ist.

Infektionsprophylaktische Bemühungen erfordern insbesondere im Justizvollzug eine über die Beachtung und Eindämmung einer bloßen HIV-Verbreitung hinausgehende Wahrnehmung des erheblichen Infektionsrisikos „Hepatitis“ unter i.v.-Drogenkonsumierenden, aber auch unter anderen Gefangenen (vgl. Stöver, 2017b). Die Umsetzung des Äquivalenzprinzips ist auch im Bereich der Unterstützung für HIV/HCV-Infizierte oder Gefährdete anzustreben: Die beraterischen, medizinischen, pflegerischen Standards „draußen“ sollen die Grundlage für die Standards im Vollzug bilden

(WHO, 1993; vgl. Stöver & Lines, 2006; Altice et al., 2016). Trotzdem sind die Antworten auf die Herausforderungen von Infektionskrankheiten in Deutschland sehr heterogen.

Die Infektionsprophylaxe in den Justizvollzugsanstalten muss mit der Aufklärung der Gefangenen und Bediensteten beginnen. Ziel sollten nicht allein die Vermittlung oftmals realitäts- und lebensweltfremder Maximalziele (wie Drogenfreiheit etc.) bilden, sondern es sollten erreichbare, umsetzbare Teilziele lebensweltnah und zielgruppenspezifisch formuliert werden. Grundsätzliche Ziele müssen sein:

- a) Verhinderung von Neuinfektionen, da es keinen Impfschutz (HIV und HCV) und auch keine ursächliche und ausheilende Therapiemöglichkeit gibt (bei HIV).
- b) Verhinderung der negativen Auswirkungen der Epidemie, um ein verantwortungsvolles Verhalten der Gesunden und Kranken und eine adäquate medizinische Beratung und Betreuung zu gewährleisten;
- c) Förderung von Solidarität mit den Betroffenen, d.h. Verständnis und Akzeptanz unterschiedlicher Normen und Werte und Fürsorge für die spezifischen Belange der betroffenen Gefangenen.

Diese Kenntnis der Infektionswege und wirksamer Schutzmaßnahmen geben potenziell jedem Menschen die Möglichkeit, eigenverantwortlich und selbstbestimmt das Ansteckungsrisiko individuell stark zu reduzieren oder sogar ganz auszuschalten. Doch die Wissensvermittlung allein reicht nicht aus, um die gewünschten Verhaltensänderungen zu gewährleisten. Es muss eine stetige Motivation erfolgen, die lebensweltorientiert, zielgruppenspezifisch notwendige Verhaltensanpassungen stimuliert und die mit der Schaffung technischer Voraussetzungen einhergeht, die Verhaltensänderungen erst ermöglichen und lohnend machen (vgl. m.w.N. und konkreten Anleitungen; Jacob & Stöver, 1998; Stöver & Trautmann, 1998, 2006). Dazu zählen für die Zielgruppe der Gefangenen insbesondere Informationsvermittlung, Trainingseinheiten über schadensminimierende Aktivitäten, wie Safer Use, Safer Sex, Drogennotfallprophylaxe (vgl. Heudtlass & Stöver, 2005).

Die Forderung nach einer Einführung von Spritzenaustauschprogrammen im Vollzug ist mit der HIV/AIDS-/Hepatitis-Verbreitung immer wieder von Fachgremien und Experten aus fachlicher und rechtlicher Sicht erhoben worden (umfassend UNODC, 2016), aber lange Zeit aus vollzugspolitischen Gründen³ abgelehnt

³ Vollzugspolitisch meint, dass bestimmte anerkannte Maßnahmen der Hilfe nicht im Vollzug umgesetzt werden, weil sie in der Regel Sicherheitsaspekte berühren.

worden. Erst 1994 begann in der Schweiz ein erstes umfangreiches Pilotprojekt, dem weitere in der Schweiz (insgesamt an sieben Standorten), in etwa 40 Gefängnissen in Spanien und ab 1996 auch in Deutschland (JVA für Frauen Vechta, JVA Lingen I Abtl. Groß-Hesepe [Niedersachsen], JVA Vierlande [Hamburg], JVA Lichtenberg, Lehrter Straße [Berlin]) folgten (weltweit in derzeit acht Ländern). Seit 2001 sind sechs der sieben deutschen Projekte eingestellt worden – aus politischen Gründen, so dass heute nur noch die Frauenhaftanstalt Lichtenberg in Berlin ein solches Angebot vorhält. Mit der Abschaffung dieser Projekte wurde symbolpolitisch das Drogenproblem in den Anstalten ‚abgeschafft‘, und dem Drängen der Justizadministration und einigen Bediensteten-Gruppen nachgegeben (Stöver, 2005). Dies, obwohl die praktischen Erfahrungen und wissenschaftlichen Evaluationen durchgehend einen Erfolg solcher Maßnahmen belegen konnten (siehe Meta-Analyse: Lazarus et al., 2018). Trotz unterschiedlicher Vergabemodalitäten und Zugangsbeschränkungen können folgende allgemeingültige Erkenntnisse festgehalten werden (ebd.). Spritzenumtauschprojekte sind machbar, d.h. sie lassen sich organisatorisch nach einigen Anlaufschwierigkeiten mit zumeist technischen Problemen leicht in den Arbeitsablauf einer Haftanstalt integrieren. Die Akzeptanz seitens der Insassen hängt ganz wesentlich davon ab, ob eine weitgehende Anonymität beim Zugang zum Spritzenumtausch gewährleistet wird. Die Akzeptanz seitens der Bediensteten wird geprägt von der Vermittlung der Ziele des Projektes und ihrer aktiven Einbeziehung in Planungs- und Entscheidungsprozesse sowie in Durchführungsmodalitäten. Das gemeinsame Benutzen von Spritzen hat keine rituelle Bedeutung für drogenabhängige Inhaftierte – sie ist eher ein Reflex auf Situationen der Unzugänglichkeit von sterilen Spritzen. Begleitende Präventions- und Informationsangebote für die Bediensteten wie auch für die Inhaftierten sind von großer Bedeutung und tragen zur Verankerung des Ziels „Infektionsprophylaxe“ bei. Alle Angebote sollten zielgruppenspezifisch und lebensweltnah konzipiert und durchgeführt werden. Angebote externer Anbieter, wie Drogenberatungsstellen sind dabei von großer Bedeutung, weil sie eine höhere Glaubwürdigkeit, Eindeutigkeit und hohes Zielgruppenverständnis entwickeln können. In keiner der untersuchten Haftanstalten, in denen Spritzenumtauschprojekte mit z.T. immensen Umtauschzahlen installiert wurden, wurde das Personal oder andere Gefangene mit gebrauchten Spritzen bedroht. Eine Steigerung des Drogenkonsums konnte weder in den Justizvollzugsanstalten in

Hindelbank noch in Vechta oder Lingen I Abt. Große Hesepe nachgewiesen werden. Eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage konnte anhand bestimmter Parameter gezeigt werden: z.B. Abnahme von Spritzenabszessen und keine neue HIV- und Hepatitis-Infektionen bei dauerhaft am Projekt beteiligten Gefangenen. In allen untersuchten Haftanstalten war das Wissen der Inhaftierten (wie auch der Bediensteten) über Hepatitis-Infektionen und deren Prävention nur in geringem Maße vorhanden, die Kenntnisse über HIV-Infektionen und AIDS hingegen gut. Am Beispiel der Hepatitis-Infektion kann ein verbessertes Risikobewusstsein erreicht werden („Safer Use“, „Safer Sex“; vgl. m.w.N. Jacob & Stöver et al., 1998). Das Spritzenvergabeprogramm wurde als niedrigschwellige Anlaufstelle zur zum Teil erstmaligen Kontaktaufnahme mit drogenabhängigen Gefangenen bewertet, die eine Vermittlung von weiterführenden Hilfen ermöglicht. Zur Bedrohung von Bediensteten mit Spritzen ist es im Laufe dieses und anderer Projekte nicht gekommen. Dennoch wurde es im Jahr 2003 aufgrund eines Regierungswechsels gestoppt (Stöver & Knorr, 2014).

4 Soziale Arbeit in der gelingenden Suchtbehandlung

Obwohl Fachkräfte der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik die größte Berufsgruppe in der Behandlung Suchtkranker stellen (ca. 60% in den Einrichtungen der Drogenprävention, -beratung, -behandlung und -nachsorge), wird über ihren Anteil an einer gelungenen Beratung/Behandlung wenig berichtet. Die Gründe liegen vermutlich darin, dass in der Wertigkeit der Unterstützung und Therapieformen Abhängiger die sozialen Hilfen als selbstverständlicher gesehen werden als psychotherapeutische oder ärztliche Interventionen. Jenseits dieser Abstufung versteht es die Berufsgruppe der SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen zudem wesentlich schlechter als andere, ihre Leistungen in der Fachwelt und weiteren Öffentlichkeit entsprechend ihrem Anteil an der Suchtkrankenhilfe gebührend darzustellen (vgl. DG-SAS, 2012). Dem liegt eine weitgehende Verunsicherung in Bezug auf ihr Aufgabenprofil und ihre Kernkompetenzen sowie eine mangelnde gesicherte methodische Ausstattung zu Grunde, um die Frage zu beantworten: „Was macht einen/e guten/e SozialarbeiterIn aus?“ Die Folge der Verunsicherung war, dass eine Selbstabschätzung erfolgte und dieses Defizit über therapeutische Zusatzausbildungen

kompensiert wurde (was die Qualität der Arbeit gleichwohl verbessert hat).

Allerdings hat sich in den letzten Jahren der Methodenkanon der Sozialen Arbeit deutlich erweitert und die sozialarbeiterische Handlungssicherheit ist gestiegen. Deutlich wird in vielen Arbeitsbereichen, dass SozialarbeiterInnen gelernt haben, im interdisziplinären Arbeiten in multi-professionellen Teams „gleiche Augenhöhe“ mit den anderen Akteuren einzufordern und selbstbewusster ihre Zuständigkeiten und Fähigkeiten sowie ihre Stärken herauszuarbeiten. Und diese sind neben der oftmals erfolgreich gestalteten ModeratorInnenrolle eines interdisziplinär-multiprofessionellen Versorgungsansatzes die individuelle Einzelfallhilfe, Beziehungsarbeit im klassischen Sinne und der Praxis-Politik-Transfer auf kommunaler/regionaler Ebene. Die Stärke sozialer Arbeit liegt darin, lebensweltorientiert, alltagsnah und zielgruppenspezifisch arbeiten zu können, zwei theoretisch untermauerte Grundvoraussetzungen, um bedarfsgerechte soziale Unterstützungen in verschiedenen Handlungsfeldern der Suchtkrankenhilfe zu leisten (Thiersch, 2005). Lebensweltorientierung bedeutet, sich auf die individuellen sozialen Probleme der Betroffenen in deren Handlungsrahmen zu fokussieren sowie subjektiven Deutungen und individuellen Problembewältigungen der Betroffenen mit Akzeptanz und Respekt zu begegnen. Die „lebensweltorientierte“ Hilfe ist zunächst in die sozialen Strukturen auf personaler/lokaler Ebene eingebettet, muss aber auch anwaltliche Funktionen für die und mit den betroffenen Zielgruppen bspw. in der Sozial- und Gesundheits-(Sucht-)politik gesellschaftlichen Rahmenverhältnisse einbeziehen. Von den Fachkräften wird ein hohes Maß an kritisch-reflexiver Bewertung ihrer eigenen Arbeit und ihrer Rolle in der Lebenswelt der Betroffenen erwartet.

5 Integrative Suchtarbeit – funktioniert das?

Die Pole der vehementen BefürworterInnen einer akzeptanz- und einer abstinenzorientierten Drogenhilfe sind abgeschmolzen. Die letzten fast 40 Jahre Suchtarbeit haben gezeigt, dass eher ein „Sowohl-als-auch“ als ein „Entweder-Oder“ in diesem Handlungsfeld angezeigt ist. Noch aber hakt die Kooperation und Kommunikation zwischen diesen Gruppen? Einige Beispiele sollen dies verdeutlichen:

Eine Substitutionsbehandlung stellt in aller Regel bei den meisten Kliniken der medizinischen Rehabilitation einen Ausschlussgrund

dar: hier heißt es tatsächlich immer noch „Entweder-Oder“, nur eine kleine Zahl von Kliniken nimmt auch substituierte PatientInnen auf. Dies obwohl Erfahrungen und wissenschaftliche Erkenntnisse belegen, dass eine medizinische Rehabilitation unter Substitution ebenso erfolgreich ist wie eine nicht-medikamenten-gestützte Rehabilitationsbehandlung (vgl. Kuhlmann, 2015), wenn:

- Die Erwartungen an medizinischer Reha realistisch sind.
- Eine gute Einbeziehung in die Patientengruppe und ein guter Kontakt zum Team besteht.
- Bereitschaft und Fähigkeit zur therapeutischen Auseinandersetzung, Reflexion und Zielsetzung ausreichend vorhanden bzw. entwickelbar sind.
- Therapeutische Erfahrung mit Substitutionsbehandlung und Vernetzung (intern, extern) mit dem Drogenhilfenetzwerk vorhanden ist.
- Therapeutischer (= flexibler) Umgang mit Substitutionsdosis und -dauer gelingt: Einzelfallbezogen unter Einbeziehung der PatientInnenperspektive.
- Abstinenz und Substitution: Mittel zum Zweck (Teilhabe), NICHT Selbstzweck.
- Nahtlose Anschlussperspektive (Wohnen, Arbeit, Nachsorge): Vor allem in der Substitution.

Weitere Beispiele für eine nicht optimale Kooperation von einerseits akzeptanz- und andererseits abstinenzorientierten ProtagonistInnen lassen sich in der Verwendung unterschiedlicher Sprache, Begriffe, Konzepte und Menschenbilder finden. Die akzeptanzorientierte, niedrigschwellige Drogenarbeit fokussiert stärker auf Kontroll- und Wachstumserfolge im Umgang mit Drogen, nicht so sehr auf Heilung – was bei vielen Menschen unrealistisch ist. Sie kann aber ein wichtiger Zwischenschritt auf dem Weg zur Stabilisierung oder Überwindung der Sucht sein.

Dies betrifft auch viele andere Formen der lerntheoretisch verankerten Kontroll-Strategien (z.B. beim Programm „Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“, KISS), die auf Schadensminimierung orientiert sind und nicht auf Heilung.

6 Rahmenbedingungen verändern – kommunale Vernetzungen ausbauen

Insgesamt geht es für Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe darum, Insellösungen zu vermeiden, stattdessen Vernetzungen in den

Kommunen mit auch drogenunspezifischen Einrichtungen (wie Jobcenter, Schulen etc.) aktiv zu betreiben, gemeinsam gestaltend, initiativ und mit-regulierend tätig zu werden, um insgesamt die Risiken zu vermindern (Baur, 2015)⁴. Eine Verzahnung der verschiedenen Sektoren bietet mehr Chancen, die Gesundheitsrisiken in Familie, Schule, Arbeit, Freizeit und Stadtteil im Bündnis der Träger und Akteure zu identifizieren und zu reduzieren.

7 Betroffene zu Beteiligten machen – „Nothing about us without us!“

Mehr als bisher müssen Drogenberatungsstellen auf Selbsthilfe und Selbstorganisation setzen. Diese wichtige Ressource der Betroffenenkompetenz zu nutzen, bedeutet eine nachhaltige Mobilisierung aller Betroffenen, Angehörigen für... etc. Eine stärkere Einbindung als bisher in die Planung, Durchführung und Auswertung der Arbeit bedeutet, die Angebote lebensweltnäher und genderspezifischer zu gestalten. Unterhalb wissenschaftlicher Erkenntnisse liefern systematisierte Erfahrungsberichte und Detailwissen Betroffener Anleitungen für die passgenaue Ausrichtung von Hilfe- und Unterstützungsangeboten. Beispielhaft dafür sei die enge Zusammenarbeit von Junkies, Ex-Usern, Substituierten (JES⁵) mit der Deutschen AIDS-Hilfe genannt.

Drogenhilfeeinrichtungen sollten sich dementsprechend als Teil einer vorsorgenden Gesundheitspolitik verstehen. Das würde bedeuten, dass sie in einen Setting-Ansatz eingebunden werden, in dem Drogenberatung, -hilfe und Prävention in den Lebenswelten passgenau verankert sind, in denen Menschen lernen (Schule, Erwachsenenbildung), arbeiten (Betrieb), zusammen leben (Familie), sich weiterbilden oder ihre Freizeit verbringen. Prävention, der Erwerb von Konsumkompetenzen, Therapie und Selbsthilfe müssen vor diesem Hintergrund entwickelt werden.

Drogenberatungen sollten geschlechtsspezifische und -sensible Ausrichtungen aufweisen, die sowohl auf Akzeptanz, Partizipation, Ressourcenförderung und Nutzung der Betroffenenkompetenz für und mit den Geschlechtern setzt (z.B. mit geschlechtshomogenen Orientierungen und Organisationsformen) als auch immer unterschiedliche Bedarfe und Ressourcen mitdenkt und -organisiert. Für die meisten Jungen und Männer sind die Themen

„Gesundheit“ und „Pflege“ beispielsweise weiblich besetzt. Jenseits eines leistungsorientierten „Maschinendiskurses“ über ihren Körper sind viele Männer oftmals nicht in der Lage, Gesundheit und Drogengebrauch zum Thema zu machen (Stöver, 2014).

Eine bessere Ausdifferenzierung von Zielgruppen ist nötig, um gesundheits-/suchtrelevante Botschaften an den Mann und an die Frau zu bringen, d.h. der Gesundheitsdiskurs muss alters-, kultur-, schicht- und geschlechtsspezifisch organisiert werden. Die Unterstellung einer Eindimensionalität des männlichen wie weiblichen Lebensentwurfs muss überwunden werden, zugunsten eines differenzierten Blicks auf mittlerweile vielfältige Ausprägungen des Mann- und Frau-Seins, als hetero-, homo- oder transsexuell, als Junge, Mädchen, Jugendliche und Jugendlicher, junger/alter Mann, junge/alte Frau, Migrantin und Migrant oder Einheimische und Einheimischer aus unterschiedlichen Regionen, mit Herkunft aus „bildungsferner“ oder Mittel-/Oberschicht etc.

8 Verschränkung der Systeme – Überwindung der Versäulung und Segmentierung

Was ein effektives Suchtkrankenhilfesystem in Deutschland vor allem braucht, ist eine stärkere Verzahnung unterschiedlicher und in verschiedener Abstufung niedrigschwelliger Hilfeangebote: Kontakt, Straßenarbeit, Beratung, Konsumbegleitung, Behandlung, Nachsorge und Prävention. Abstinenzorientierung kann realistisch nicht mehr das alleinige Ziel der Suchtkrankenhilfe sein, sondern mehr und wissensinformierte Kontrolle über den eigenen Gebrauch erlangen, ist eine gleichberechtigte Zieloption neben der Abstinenz oder der medikamentengestützten Behandlung.

Das bedeutet aber, dass bspw. aus der Vermittlung durch AdressatInnen der Straßensozialarbeit heraus ein qualifizierter Entzug begonnen werden kann, oder die medizinische Rehabilitation auch für opioidabhängige Menschen in Substitutionsbehandlung zugänglich sein muss (akzept, 2011). Auch substanzgebundene Behandlungsangebote machen dann keinen Sinn mehr, wenn der Mischkonsum von Alkohol, Opioiden, Kokain und Benzodiazepinen weit verbreitet ist. Das Denken und Arbeiten in segmentierten Säulen (hier abstinenzorientiert, dort suchtbegleitend) muss überwunden werden zugunsten einer stärkeren Verzahnung in der alltäglichen Behandlungspraxis.

Dazu gehört auch, dass, wenn der ambulante Rahmen zur gesundheitlich-sozialen Sta-

⁴ vgl. auch: www.diegemeindenhandeln.ch (Stand vom 21.12.2015).

⁵ JES, <http://jes-bundesverband.de/> (Stand vom 21.12.2015).

bilisierung nicht mehr ausreicht, eine Beratung zu weiteren Hilfen stattfinden muss wie z.B. Vermittlung in eine Entzugseinrichtung, Abstinenztherapie oder medikamentenunterstützte Behandlung und Betreutes Wohnen. Insbesondere die Möglichkeiten zur Weitervermittlung in den Entzug und/oder (Psycho-)Therapie werden durch eine verstärkte Zusammenarbeit mit entsprechend arbeitenden ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen und entsprechenden Einrichtungen gestaltet. Dazu gehört, sich stetig über den jeweiligen Status Quo von Vermittlungsmöglichkeiten zu informieren (aktuelles Kataster von Ärztinnen und Ärzten und Einrichtungen, bestehende Aufnahmevoraussetzungen u.ä.) ebenso wie die Kontakte zu pflegen und die Vermittlungsmöglichkeiten ggf. mit vertraglichen Vereinbarungen abzusichern.

9 Verhaltens- und Verhältnisprävention

Die Präventionsarbeit ist aufgrund geringer Mittelzuweisung oft unterentwickelt und zudem oft verhaltenspräventiv fixiert. Standards der Fachverbände (Stellenanteile bezogen auf Einwohnerzahl; definiert durch z.B. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2014) können oftmals nicht eingehalten werden. Die Präventionsarbeit, die sich stoffgebundenen (legale und illegale Drogen) und stoffungebundenen Risiken zuwenden sollte, kommt oft zu kurz, erscheint willkürlich (Entscheidung zwischen Schulen, Betrieben, Freizeitstätten) und oft abhängig von einzelnen Dienstleistern. Es mangelt an einer gezielten, kontinuierlichen und systematisch betriebenen Präventionsarbeit, die zudem an evidenz-basierten Methoden ausgerichtet ist. Veränderungen in den gesellschaftlichen Verhältnissen sind in der Regel wirksamer als die Verhaltensänderungsappelle.

10 Konsumkompetenz stärken – Betroffene zu Beteiligten machen

Ein übergreifender Handlungsansatz über alle Lebensbereiche, Alterssegmente und Ressourcen hinweg ist die Stärkung der Konsumkompetenz in der Gesellschaft beim Umgang mit psychotropen Substanzen. Danach sollten die Konsumierenden um die Wirkungen wissen, um eigene körperliche und seelische Verfassungen, Anlässe, Regeln und Grenzen sowie die Förderung von Risikominimierung (inkl. der Förderung von Fähigkeit zur Punktabstinenz⁶)

⁶ Punktabstinenz ist ein Fachbegriff für den gezielten zeitweisen Verzicht in bestimmten Lebenslagen/-situationen. Ein

besser reflektieren zu können. Auch „Sicherer Gebrauch“ (engl. Safer Use) ist ein Bestandteil der Konsumkompetenz.

Konsumkompetenz stärken, um Chronifizierungen vorzubeugen, bedeutet aus wissenschaftlicher Sicht, den Prozess der Risiko- und damit Lebenskompetenzen in den Settings zu beachten und zu fördern (Heudtlass & Stöver, 2005). Ebenso schließt es das Erlangen der Fähigkeit zu einem gesundheitsverträglichen Umgang nach einer problematischen Konsumphase mit ein, indem z.B. nach einer Drogentherapie notwendige Fähigkeiten zur Aufrechterhaltung von Abstinenz oder zum kontrollierten Konsum erlernt werden (Böllinger & Stöver, 2002).

11 Attraktivität erhöhen – Entstigmatisierung nötig!

Abhängig von den einzelnen Suchtformen und den Gefährdungen dauert der Weg vom erstmaligen Auftreten des Konsumproblems bis zur Inanspruchnahme von Hilfen zu lang – oftmals Jahrzehnte – und der problematische Drogenkonsum hat sich bereits chronifiziert mit entsprechenden negativen Folgeerscheinungen (vgl. Rumpf, 2015). Das heißt, viele Jahre bleibt der Konsum für die Betroffenen und ihr Umfeld problematisch, führt zu erheblichen Belastungen und hat z.T. den Verlust des Arbeitsplatzes, der Wohnung, Beendigung der Ehe etc. nach sich gezogen. Drogenberatungsstellen als erste Anlaufstelle für die Organisation zumindest professioneller Hilfen müssen daher viel attraktiver gestaltet werden. Sie müssen das Ansehen, nur für Süchtige da zu sein, verlieren, um auch positiv von der Bevölkerung wahrgenommen zu werden. Der immens große Kreis der Suchtgefährdeten, d.h. all derjenigen, die zumindest zeitweise einen riskanten Konsum aufweisen, muss stärker angesprochen werden. Das geht nur über eine glaubwürdige Thematisierung der Ambivalenz aller Drogen. Deutlich wird in diesem Zusammenhang auch, dass die Illegalisierung bestimmter Substanzen und die Kriminalisierung ihrer Nutzenden eine glaubwürdige und offene Auseinandersetzung über Vor- und Nachteile des Drogengebrauchs verhindert. Trotz Schweigepflicht sind die Konsumierenden gewarnt, nicht zu viel von sich preiszugeben, weil sie teils umfassende Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen haben (vgl. Stöver & Plenert, 2013). Zu schnell und zu einfach wird von „Sucht“ gesprochen, statt von einem langjährigen schweren

Beispiel ist der Verzicht auf Drogen im Straßenverkehr oder am Arbeitsplatz.

Gebrauch von psychoaktiven Substanzen zu reden, was viel mehr Menschen ansprechen würde. Die stigmatisierende Wirkung des Suchtbegriffs wird von mehr und mehr Menschen wahrgenommen und ausgesprochen (Rumpf, 2015).

Literatur

- akzept (2011). *Substitution und Psychotherapie im stationären und ambulanten Setting. Dokumentation*. Fachtagung am 02.12.2011 in Berlin, online verfügbar unter: https://www.akzept.org/experten_gespraech/pdf_4_10/reha_doku021211web.pdf (Stand vom 27.08.2018).
- Altice, F. L., Azbel, L., Stone, J., Brooks-Pollock, E. et al. (2016). The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia. *Lancet*, 388 (10050), 1228-1248.
- Baur, R. (2015). „Kommunale Drogenpolitik“: Was können Städte und Gemeinden tun? In: akzept, DAH, JES (Hrsg.), 2. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht*. Berlin.
- Böllinger, L. & Stöver, H. (Hrsg.) (2002). *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen* (5., vollst. überarb. Aufl). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Davis, S. M., Daily, S., Kristjansson, A. L. et al. (2017). Needle exchange programs for the prevention of hepatitis C virus infection in people who inject drugs: a systematic review with metaanalysis. *Harm Reduct J*, 14 (1), 25.
- DG-SAS (2012). *Kompetenzprofil*. Münster. Online unter: <https://www.dg-sas.de/de/> (Stand vom 10.09.2018).
- DHS (2014). *Suchtprävention in Deutschland. Stark für die Zukunft*. Hamm.
- Dichtl, A., Stöver, H. & Dettmer, K. (Hrsg.) (2018). *Leben retten mit Naloxon. Erfahrungen aus Deutschland, Europa und den USA*. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Fernandes, R. M., Cary, M., Duarte, G. et al. (2017). Effectiveness of needle and syringe programmes in people who inject drugs – an overview of systematic reviews. *BMC Public Health*, 17 (1), 309.
- Hedrich, D. & Giraudon, I. (2018). *The current landscape of opioid overdoses and harm reduction strategies in Europe*. Presentation on the 10th IOTOD Conference in Madrid (15-16 May 2018).
- Heudtlass, J. H. & Stöver, H. (Hrsg.) (2005). *Risiko mindern beim Drogengebrauch – Gesundheitsförderung, Verbrauchertipps, Beratungswissen, Praxishilfen*. Bd. 37 (3. vollst. überarb. Aufl., S. 450). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Jacob, J. & Stöver, H. (Hrsg.) (1998). *Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen. Eine methodische Einführung*. Oldenburg: BIS.
- Kamarulzaman, A., Reid, S. E., Schwitters, A., Wiessing, L. et al. (2016) Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners. *Lancet*, 388 (10049), 1115-1126
- Keppeler, K., Knorr, B. & Stöver, H. (2011). Substitutionsbehandlung in Haft. In: I. Hönekopp & H. Stöver (Hrsg.), *Beispiele Guter Praxis in der Substitutionsbehandlung* (S. 79-97) Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Kuhlmann (2015). Substitution und Suchtbehandlung in der medizinischen Rehabilitation (Entwicklung seit 2011). In: akzept e.V. (Hrsg.), 4. *Nationale Substitutionskonferenz* (S. 13-28). Berlin.
- Lazarus, J. V., Safreed-Harmon, K., Hetherington, K., Bromberg, D. J. et al. (2018). Health outcomes for clients of needle and syringe programs in prisons. *Epidemiological Reviews*. doi:10.1093/epirev/mxx019 – published: 12.04.2018 (Zugriff: 01.10.2018).
- Platt, L., Minozzi, S., Reed, J. et al. (2018). Needle and syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: findings from a Cochrane Review and meta-analysis. *Addiction*, 113 (3), 545-563.
- Rhodes, T. & Hedrich, D. (Eds.) (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. *European Monitoring* (pp. 379-404). Lisbon: Centre for Drug and Drug Addiction. Online: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction> (Stand vom 10.09.2018).
- Rumpf, H. J. (2015). *Suchtkrankenversorgung in Deutschland: Eine Zukunftsvision*. Plenarvortrag auf dem Deutschen Suchtkongress, 16.-18.09.2015 in Hamburg.
- Schäffer, D. & Stöver, H. (2011). *Drogenkonsumräume in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme des AK Konsumraum*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., akzept e.V.
- Schäffer, D., Stöver, H. & Weichert, L. (2014). *Drug consumption rooms in Europe: Models, best practice and challenges*. Regenboog Groep in partnership with Frankfurt University of Applied Sciences.
- Schmidt-Semisich, H. & Stöver, H. (Hrsg.) (2012). „Saufen mit Sinn“. *Harm Reduction beim Alkoholkonsum* (Bd. 35). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Stockwell, T. (2006). Alcohol supply, demand, and harm reduction: what is the strongest cocktail? *Int J Drug Policy*, 17, 269-277.

- Stöver, H. (Hrsg.) (1999). *Akzeptierende Drogenarbeit – Eine Zwischenbilanz*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Stöver, H. (2005). Infektionsgefahren (HIV/AIDS, Hepatitis) im Strafvollzug: Wie sie ausgeblendet und wirksame Prophylaxe-Strategien nicht angewendet werden. In: S. Burkhardt, Ch. Graebisch & H. Pollähne (Hrsg.), *Korrespondenzen in Sachen: Strafvollzug, Rechtskulturen, Kriminalpolitik, Menschenrechte* (S. 354-367). Münster: LIT.
- Stöver, H. (2012a). Drogenabhängige in Haft – Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen. *Suchttherapie*, 13, 74-80.
- Stöver, H. (2012b). Konzepte und Arbeitsmethoden der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe. *Suchttherapie*, 13 (4), 162-166.
- Stöver, H. (2014). „Risikolust am Rausch – doing gender with drugs!“ Vortrag auf dem Männerkongress 2014 „Angstbeißer, Trauerkloß, Zappelphilipp“? Seelische Gesundheit bei Männern und Jungen 19.-20.9.2014, Düsseldorf.
- Stöver, H. (2016a). Elektronische Dampfprodukte und Harm Reduction. In: H. Stöver (Hrsg.), *Die E-Zigarette*. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Stöver, H. (2016b). Drogenprohibition, soziale Ausgrenzung, Stigmatisierung und Kriminalisierung. *Suchttherapie*, 17, 124-130.
- Stöver, H. (2017a). Vom Scheitern des Glücksspielstaatsvertrages und Ansätze für einen evidenzbasierten Spielerschutz – 10 Empfehlungen! In: akzept (Hrsg.), *4. Alternativer Drogen- und Suchtbericht* (S. 98 ff.). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Stöver, H. (2017b) „Die dunkle Seite der Sucht“ – *Hepatitis-Eliminierung bis 2030: Von der Welt – in die Gemeindepolitik*. Vortrag auf dem DGS-Kongress, 3.-5. November 2017, Berlin.
- Stöver, H. (2018a). Elektronische Dampfprodukte, Public Health und Harm Reduction. *Suchttherapie* (im Druck).
- Stöver, H. (2018b). Gute Behandlungsangebote in und bedarfsgerechte Überleitung nach der Haft – was kann, was muss gemacht werden? In: akzept, DAH, JES (Hrsg.), *5. Alternativer Drogen- und Suchtbericht* (S. 164-169). Lengerich: Pabst Science Publishers. <http://alternativer-drogenbericht.de/>
- Stöver, H. & Knorr, B. (2014). Spritzenvergabe in (deutschen) Haftanstalten: Geschichte und Perspektiven. In: H. Stöver & B. Knorr (Hrsg.), *HIV- und Hepatitis-Prävention in Haft – keine Angst vor Spritzen!* (S. 31-46). (Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“, Bd. 28). Oldenburg: BIS.
- Stöver, H. & Lines R. (2006). Silence still = death. 25 years of HIV/AIDS in prisons. In: World Health Organisation/WHO – Regional Office for Europe (Ed.), *25 years of HIV/AIDS in Europe* (pp. 67-85).
- Stöver, H. & Plenert, M. (2013). *Entkriminalisierung und Regulierung. Evidenzbasierte Modelle für einen alternativen Umgang mit Drogenhandel und -konsum*. Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.). Berlin: Selbstverlag. <http://library.fes.de/pdf-files/iez/10159.pdf> (Zugriff: 01.10.2018).
- Stöver, H., Schäffler, F. & Knorr, B. (2017). Substitutionsbehandlung, Gefängnis und Menschenrechte. *Suchttherapie*, 18 (01), 7-8. doi:10.1055/s-0042-122830
- Stöver, H. & Trautmann, F. (1998). *The European peer support project, phase 3: „Risk reduction activities in prison“*. Utrecht: Trimbos instituut (Selbstverlag).
- Stöver, H. & Trautmann, F. (2006). *Risikominimierung im Strafvollzug – Arbeitsmaterialien zur HIV-Prävention für Praktiker/innen* (4. Aufl.). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Thiersch, H. (2005). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel* (6. Aufl.). Weinheim, München: Juventa.
- UNODC (2016). *A handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings*. UNODC. Online: http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/ADV_COPY_NSP_PRISON_AUG_2014.pdf (Stand vom 10.09.2018).
- WHO (1993). *WHO Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. http://www.who.int/hiv/pub/prisons/guidelines_hiv_prisons/en/ (Stand vom 10.09.2018).
- Wüst, A. K. (2008). *Drogenprostitution. Zur Lebenswelt opiatabhängiger Frauen*. Münster: INDRO e.V.
- Zurhold, H. (2005). *Entwicklungsverläufe von Mädchen und jungen Frauen in der Drogenprostitution*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.



Dr. Heino Stöver

Prof. für Sozialwissenschaftliche
Suchtforschung an der Frankfurt
University of Applied Sciences
Nibelungenplatz 1
D-60318 Frankfurt am Main
hstoever@fb4.fra-uas.de

(Re-)Integration von suchtkranken Menschen in die Gesellschaft durch Integration in Arbeit – eine Herausforderung für Netzwerkarbeit

Jutta Henke, Dieter Henkel, Barbara Nägele & Alexandra Wagner

1 Einleitung

Suchtmittelabhängigkeit geht häufig mit der Einschränkung von Möglichkeiten gesellschaftlicher Teilhabe einher. Durch Prävention und Therapie können und sollen diese Einschränkungen begrenzt oder überwunden werden. Das soziale Umfeld spielt dabei eine zentrale Rolle. Neben der Familie sind für Erwerbstätige vor allem die beruflichen Kontakte von herausragender Bedeutung, für erwerbslose Suchtkranke kann die Integration in Erwerbsarbeit ein wesentlicher unterstützender Faktor bei der Überwindung der Sucht sein. Eine Suchterkrankung hat in der Regel einen sehr individuellen Verlauf, weshalb auch Unterstützungsleistungen individuell und spezifisch sein müssen – unabhängig davon, ob sie auf die Überwindung der Sucht oder auf einen besseren Umgang mit der Abhängigkeitserkrankung gerichtet sind.

Die Unterstützungsstrukturen für suchtkranke Menschen sind komplex und erfassen eine Vielfalt von Akteurinnen und Akteuren, die für die medizinische und berufliche Rehabilitation, die soziale Sicherung und – sofern erforderlich – für die (Re-)Integration in Erwerbsarbeit zuständig sind. In Bezug auf Letzteres spielen die Jobcenter mit ihrer Beratungs-, Betreuungs- und Vermittlungstätigkeit eine Schlüsselrolle. Bei der Betreuung von suchtkranken Leistungsberechtigten können die Jobcenter nur dann erfolgreich agieren, wenn sie eng mit den Akteuren der Suchtkrankenhilfe kooperieren. Wie (gut) es den Jobcentern gelingt, suchtkranke Leistungsberechtigte beim (Wieder-)Einstieg in Arbeit zu unterstützen, war 2016 zum zweiten Mal – nach 2009 – Gegenstand einer bundesweiten wissenschaftlichen Untersuchung. Die Studie „Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration und Aktivierung suchtkranker Leistungsberechtigter

nach dem SGB II“¹ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales sollte einen repräsentativen Überblick über die Beratung und Vermittlung von suchtkranken Menschen im SGB II geben und übertragbare Ansätze guter Praxis identifizieren.

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse dieser Erhebung und einer im Anschluss durchgeführten Workshopreihe mit Expertinnen und Experten zum Thema Netzwerkarbeit der Jobcenter (Henke et al., 2009, 2017, 2018) aufgegriffen und in den Kontext der aktuellen Diskussion gestellt.

2 Teilhabesicherung für suchtkranke Menschen

Die Stigmatisierung suchterkrankter Menschen hat eine lange Geschichte, die bis heute nicht überwunden ist. Es ist wichtig, sich dies vor Augen zu führen, weil es ein von vielen geteilter gesellschaftlicher Blick auf die Sucht ist, der Ausgrenzung produziert und aufrechterhält. Vom späten Mittelalter an waren Suchterkrankungen im Gegensatz zu anderen Behinderungen mit Lasterhaftigkeit und Willensschwäche assoziiert und galten als selbstverschuldet (vgl. Henkel, 1998). Selbst Expertinnen und Experten vertreten auch heute noch die Auffassung, spätestens wenn jemand eine Suchttherapie absolviert habe, dürfte Abstinenz kein Problem mehr sein – Rückfälle werden dann als Zeichen fehlender Selbstkontrolle gedeutet. Erst vor wenigen Jahren, nämlich 2015, entschied das Bundesarbeitsgericht gegen eine gesetzliche Krankenkasse, dass suchtbedingte Arbeitsunfähigkeit im Anschluss an eine Therapie bei chronisch erkrankten Menschen „nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Erkennt-

¹ Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II) – Grundsicherung für Arbeitsuchende.

nisse“ nicht als schuldhaft herbeigeführt gewertet werden darf und Entgeltfortzahlungen zu leisten sind (Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 18. März 2015, 10 AZR 99/14).

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) hat eine neue, menschenrechtlich begründete Perspektive auf die Lebenslage von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen durchgesetzt. Nach dem Begriffssystem der *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), das der UN-BRK zugrunde liegt, entsteht Behinderung in „Wechselwirkungen von Person- und Umweltfaktoren“ (BMAS, 2016, S. 33). Damit auch für Menschen mit Beeinträchtigungen das Recht auf „volle und umfassende Teilhabe und Einbeziehung“ gewährleistet werden kann, müssen Personen bei der Erweiterung ihrer Teilhabemöglichkeiten unterstützt und gesellschaftliche Funktionssysteme und Infrastrukturen inklusiv oder barrierefrei ausgestaltet werden. Interventionen können auf beiden Seiten ansetzen, an persönlichen Bedingungen und ausschließenden gesellschaftlichen Barrieren. Wo es um die Durchsetzung von Rechtsansprüchen geht, bleibt für moralische Urteile über eigenes Verschulden kein Raum. Inklusion – so deshalb Jost Leune – „ist keine Methode, sondern eine Haltung“ (Leune, 2014).

Überträgt man die so verstandene Leitidee der Teilhabe auf die Arbeit mit suchterkrankten Menschen, erweitert dies die Konzepte der Integration oder Rehabilitation. Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung können dann z.B. nicht erst am Ende einer langen Rehabilitationskette stehen. Arbeit unter den normalen Bedingungen am allgemeinen Arbeitsmarkt ist der Beschäftigung in Sondersystemen vorzuziehen, auch wenn dazu Unterstützungsleistungen erforderlich sind, die individuelle Handicaps ausgleichen müssen. Teilhabe an Arbeit muss je nach den individuellen Einschränkungen aber auch außerhalb des Arbeitsmarktes – z.B. im System der sozialen Sicherung des SGB II – möglich sein. Das (aus vielen fachlichen Gründen sinnvolle) Abstinenzziel darf nicht dazu führen, diejenigen grundsätzlich von Erwerbsteilhabe oder anderen Elementen selbstbestimmter Lebensführung auszuschließen, die es nicht erreichen. Um Teilhabeeinschränkungen systematisch zu beseitigen, müssen die Systeme der Suchtkrankenhilfe, der Gesundheitsfürsorge, der Rehabilitation und der Existenzsicherung rechtskreisübergreifend zusammenarbeiten.

3 Arbeit und Sucht – Rehabilitation als Gesamtprozess

Seit über 15 Jahren werden in Deutschland die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Sucht wissenschaftlich untersucht. Die zentrale Bedeutung der Erwerbsarbeit für die Überwindung der Sucht ist durch zahlreiche Studien belegt (vgl. z.B. Henkel, 1992, 1998, 2009; Henkel & Zemlin, 2008). Es ist bekannt, dass die hohen Suchtprävalenzen bei Arbeitslosen sich sowohl mit selektiven als auch mit kausalen Effekten der Arbeitslosigkeit erklären lassen. Erstens besteht bei Menschen mit ausgeprägten, sozial und gesundheitlich auffälligen, die Arbeitsleistung beeinträchtigenden Suchtproblemen ein hohes Risiko, den Arbeits- oder Ausbildungsplatz zu verlieren bzw. keinen zu finden. Ein problematischer Suchtmittelkonsum kann die Schul- bzw. Ausbildungsleistungen Heranwachsender beeinträchtigen, zum Schul- oder Ausbildungsabbruch führen und so einen erfolgreichen Einstieg in das Berufsleben erschweren (Morgenstern & Hanewinkel, 2015). Und zweitens wirkt vor allem länger anhaltende Arbeitslosigkeit als „Verstärker“ für Suchtprobleme, verzögert die Genesung und erhöht die Rückfallgefahr nach einer Therapie. In der Gruppe der Leistungsberechtigten nach dem SGB II scheinen selektive Effekte deutlich zu dominieren. So ergab eine Studie von Scherbaum et al. (2016), dass die substanzbezogenen Störungen bei den meisten Personen, die Arbeitslosengeld II (ALG II) beziehen, schon im Jugend- bzw. jungen Erwachsenenalter begannen und sich nur bei rund acht Prozent erst im Verlauf der Arbeitslosigkeit entwickelt hatten. Als hochkonsistenter Befund zeigt sich auch, dass bei ALG-II-Beziehenden weitaus höhere Raten an Alkoholabstinenten zu finden sind: Bis zu 34 Prozent der Männer bzw. 45 Prozent der Frauen gegenüber zwölf Prozent der männlichen und 22 Prozent der weiblichen Erwerbstätigen konsumieren überhaupt keinen Alkohol (Eggs et al., 2014).

ALG-II-Beziehende machen einen hohen Anteil unter den Klientinnen und Klienten der ambulanten und stationären Suchthilfe bzw. Suchtrehabilitation aus. Die meisten bleiben auch nach Abschluss der Behandlung arbeitslos. Sie unterliegen damit hohen Rückfallrisiken. Im Vergleich zu Erwerbstätigen werden Arbeitslose doppelt so häufig rückfällig, viele bereits in den ersten Wochen nach der Behandlung.

Seit Ende der 1960er Jahre hat sich in der Sozialpolitik der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ durchgesetzt, so dass Erhalt bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die

Sicherung der beruflichen Integration bzw. die Reintegration in Erwerbsarbeit Ziel der Suchtbehandlung sind. Während bis in die 1970er Jahre die Abstinenz als hinreichende Erfolgsbedingung für die Integration in Arbeit galt, ist sie heute keineswegs mehr eine Garantie für die erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung. Umgekehrt garantiert berufliche Integration keineswegs, dass Abstinenz eingehalten werden kann. Gleichwohl ist unstrittig, dass Erwerbsarbeit „psychosozial stabilisierend und damit rückfallpräventiv [wirkt], zumindest bei jenen, denen sie Lebenssinn und Selbstbestätigung, soziale Wertschätzung und Integration und ein hinreichend hohes Maß an Selbstverfügung über die eigenen Lebensbedingungen vermittelt“ (Henkel, 2009). Insofern ist die Integration in den Arbeitsmarkt ein geeigneter Weg, die materielle, gesundheitliche und psychosoziale Lage arbeitsloser Suchtkrankter zu verbessern und Rückfallrisiken zu vermindern. Dies ist der Grund dafür, dass Arbeit heute „sogar als Therapeutikum“ gilt, auch in der Suchtbehandlung (ebd.).

Bereits in den 1990er Jahren wurde die Verschränkung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation und die Integration von „internem Arbeitstraining“ und „externer Arbeitserprobung“ – spätestens in der Adaptionsphase – angemahnt (Heider, 1998). Eine Integration in Beschäftigung sollte möglichst noch während, zumindest aber unmittelbar nach Beendigung der Therapie erfolgen (Henkel & Zemlin 2008, S. 215). Mit den 2014 verabschiedeten Empfehlungen zur *Beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker* (BORA; vgl. Arbeitsgruppe BORA, 2014) liegen inzwischen fachlich fundierte Vorschläge für eine stärkere Orientierung der Therapiekonzepte in der medizinischen Rehabilitation auf die Förderung der beruflichen Integration vor. Die BORA-Empfehlungen geben es der Sucht-Reha auf, für ein „frühzeitiges, schnittstellenübergreifendes, abgestimmtes und vernetztes Handeln aller beteiligten Kooperationspartner“ zu sorgen und raten zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit Jobcentern. Ein erster wesentlicher Schritt zur rechtskreisübergreifenden Kooperation ist damit getan.

4 Das Hilfesystem: Jobcenter und ihre Netzwerkpartner

Akteurinnen und Akteure aus einer Vielzahl von Systemen und Institutionen müssen zusammenwirken, um die berufliche Teilhabe suchtkrankter Menschen zu erreichen. Hierzu gehören die Träger der medizinischen und be-

ruflischen Rehabilitation (vor allem die gesetzlichen Krankenkassen, die Träger der Rentenversicherung und die Agentur für Arbeit) und die Jobcenter mit ihren Leistungen der Existenzsicherung und Arbeitsmarktintegration.

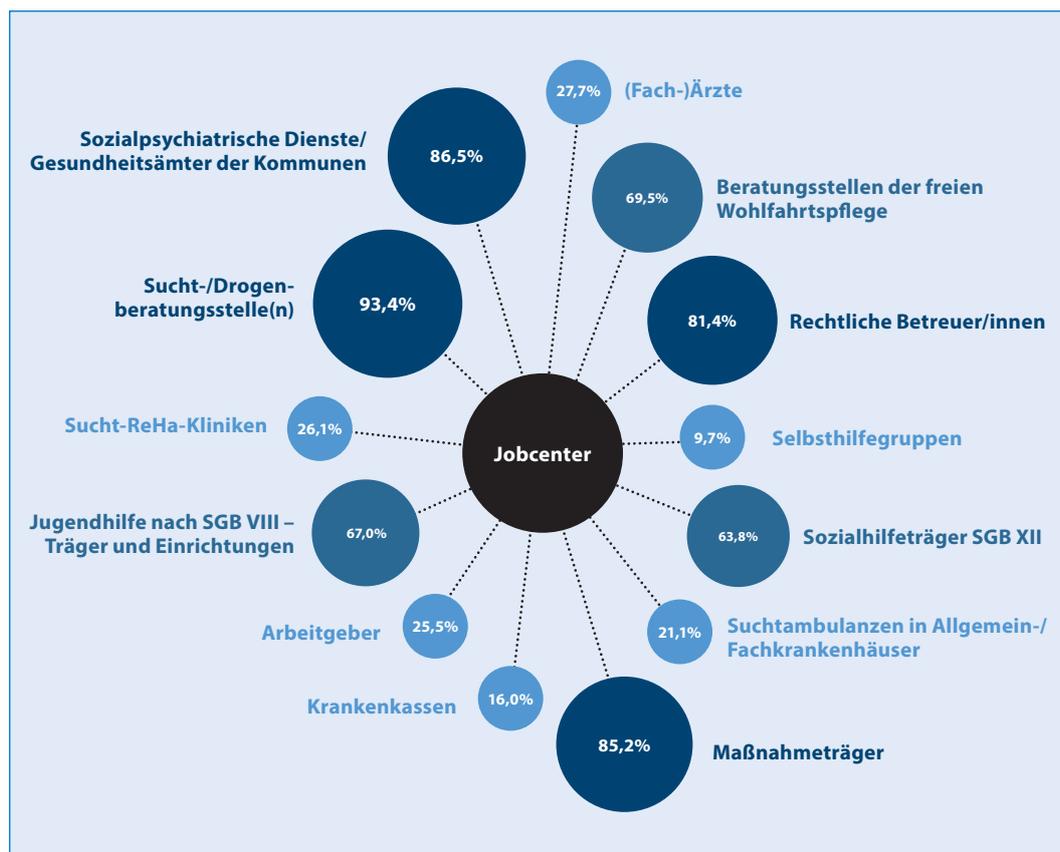
Beteiligt sind aber auch die Systeme der kommunalen Gesundheitsversorgung (z.B. Gesundheitsämter, sozialpsychiatrische Dienste und gemeindepsychiatrische Verbände), Akutkliniken und niedergelassene (Fach-)Ärzte, das System der freiverbandlichen Suchthilfe mit Beratungsstellen, ihrem Angebot an stationärer und ambulanter Reha und Adaption und einer ganzen Reihe von spezialisierten Leistungen, die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, welche Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben, aber auch Angebote der Tagesstruktur und wohnbegleitende Hilfen vorhält, die Jugendhilfe mit ihrem Blick auf die Bedarfe Heranwachsender, Justiz und Bewährungshilfe, die Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe mit eigenen Wohn- und Arbeitsangeboten – und diese Aufzählung ist nicht abschließend.

In der Online-Befragung 2016 wurden die Jobcenter nach ihren wichtigsten Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern gefragt (siehe Übersicht 1). Anders als noch 2009 zeigte sich, dass sie über ein breit gefächertes Netzwerk zum Thema Sucht verfügen und mit allen wesentlichen Akteurinnen und Akteuren in der Kommune kooperieren (Henke et al., 2017). Ein kleiner Teil der Jobcenter wies darauf hin, dass sich seit 2009 die Kooperation mit lokalen Netzwerkpartnern deutlich verbessert habe. Zum Teil waren Kooperationen verbindlicher vereinbart worden, und dies hatte sich auch auf die praktische Zusammenarbeit ausgewirkt. Der regelmäßige Austausch im Rahmen von Arbeitskreisen und Gremien habe zum Abbau von „Vorurteilen“ gegenüber dem Jobcenter beigetragen. Auch die gemeinsame Fallbearbeitung in Form von fallbezogenen „Dreiergesprächen“ hatte nach ihrer Einschätzung durch neue Kooperationen erheblich gewonnen.

Es gab in der Online-Befragung zwar eine Reihe von Hinweisen darauf, dass sich neue Kooperationsstrukturen zwischen Jobcentern und Reha-Trägern herauszubilden begannen. Einige Jobcenter berichteten z.B. von Vereinbarungen mit den Trägern von Kliniken, Klinikverbänden und Suchtambulanzen, mit der Rentenversicherung und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe. Allerdings wurde auch deutlich, dass die regelmäßige Zusammenarbeit mit den Institutionen der Sucht-Rehabilitation allen Empfehlungen zum Trotz praktisch noch überhaupt nicht gelingt. Nur weniger als ein Drittel der Jobcenter arbeiteten regelmäßig mit den

Übersicht 1

Jobcenter und ihre Kooperationspartner/innen
Quelle: Henke et al., 2017



Einrichtungen der Sucht-Rehabilitation, mit Suchtambulanzen in Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen, Krankenkassen und Arbeitgebern zusammen.

5 Erfahrungen der Kooperation zwischen Jobcentern und Sucht-krankenhilfe

Die engsten Netzwerkkontakte pflegen die Jobcenter zu den Suchtberatungsstellen. Ein Teil der suchtkranken Leistungsberechtigten wird über § 16a SGB II an die Suchtberatung vermittelt. Die auf die Zuweisung folgende Praxis der Fallbearbeitung ist sehr unterschiedlich. In der Erhebung von 2016 gaben 28 Prozent der Jobcenter an, dass sie bei der Entwicklung einer Integrationsstrategie mit der Suchtberatung kooperierten, jedes zehnte Jobcenter berichtete, dass die weitere Betreuung im Wesentlichen die Suchtberatungsstelle übernahm, und in gut einem Viertel der Fälle war die Fachkraft des Jobcenters federführend. Gemeinsame Fallgespräche mit Beteiligung der Leistungsberechtigten und ihrem ausdrücklichen Einverständnis wurden von 14 Prozent der Jobcenter regelmäßig und von weiteren rund 50 Prozent in besonderen Fällen durchgeführt.

Die meisten Jobcenter sehen in der Suchtberatung ein positives Instrument der Aktivierung und Integration. Nach ihrer Einschätzung bewirkt die Suchtberatung häufig eine psychische Stabilisierung und fördert den Einstieg in eine Suchtrehabilitations- und Beschäftigungsmaßnahme. Die Zahl der Jobcenter, die ihre Kooperation mit der Suchtberatung verbindlich geregelt hatten, stieg von 2009 bis 2016 deutlich. Waren 2009 noch 45 Prozent der Jobcenter ohne eine solche Vereinbarung, sank ihr Anteil 2016 auf 27 Prozent. Wie Expertinnen und Experten berichteten, kamen Kooperationsvereinbarungen aufgrund zunächst bestehender Vorbehalte aber teilweise erst Jahre nach Inkrafttreten des SGB II im Jahr 2005 zustande.

Fachkräfte der Jobcenter wie der Suchtberatung waren sicher, dass Kooperationshemmnisse vor allem in der praktischen Zusammenarbeit selbst abgebaut werden. Kontinuierliche wechselseitige Information und idealerweise auch ein persönliches Kennenlernen der Fachkräfte in beiden Institutionen ermöglichen es Jobcentern und Suchtberatungsstellen, gemeinsam passfähige Lösungen für die Betroffenen zu erarbeiten. Widersprüche und Konflikte können jedoch aus den objektiv unterschiedlichen Interessenlagen der Jobcenter und der Suchtberatung resultieren. Beide Institutionen wollen deshalb in der Zusammenarbeit auch

ihre Eigenständigkeit wahren. Bei wechselseitiger Akzeptanz der Eigenständigkeit und Unabhängigkeit und Vertrauen in die Kompetenz der jeweils anderen Seite – so die Empfehlung der befragten Fachleute – sollten die jeweiligen Ziele der Betreuung bzw. Beratung transparent gemacht und dabei klargestellt werden, was gemeinsam und was arbeitsteilig erreicht werden soll.

Im Fall der Kooperation ist der gegenseitige Austausch von fallbezogenen Informationen zwischen den Jobcentern und den Suchtberatungsstellen (wie auch allen anderen in die Fallbetreuung einbezogenen Personen und Institutionen) eine wichtige Grundlage für die abgestimmte Beratung und Unterstützung. Art und Umfang der ausgetauschten Informationen sind aber durch die gesetzlichen Normen zum Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I²), zur Weitergabe von Sozialdaten (§ 67 SGB X³) und zur Schweigepflicht (§ 203 StGB⁴) begrenzt. Ohne Einwilligung der Leistungsberechtigten zur Nutzung und Verarbeitung der personenbezogenen Sozialdaten muss der Informationsaustausch zwischen Jobcenter und Suchtkrankenhilfe entweder unterbleiben oder kann nur durch den Leistungsberechtigten bzw. die Leistungsberechtigte selbst erfolgen. Unter den Expertinnen und Experten besteht Einigkeit darüber, dass

- der Informationsaustausch sich auf das Notwendige beschränken sollte (z.B. seitens der Suchtberatungsstelle: Kontakt hat stattgefunden, Beratung abgebrochen, Termin der voraussichtlichen Beendigung der Beratung).
- weitergehende Informationen nur dann gegeben werden sollten, wenn sie für den Integrationsprozess sinnvoll und nützlich sind.
- in der von den Leistungsberechtigten unterschriebenen datenschutzrechtlichen Einwilligung bzw. der Schweigepflichtentbindung stets konkret vermerkt werden sollte, auf welche Informationen sich diese erstreckt (und auf welche Informationen nicht).
- generell anzustreben sei, dass die Weitergabe von Informationen möglichst durch den Leistungsberechtigten bzw. die Leistungsberechtigte selbst erfolgt.

Unstrittig war stets, dass Inhalte der Suchtberatung grundsätzlich nicht weitergegeben werden dürfen, da diese Beratung Vertrauensschutz genießen muss.

6 Verzahnung mit der Sucht-Rehabilitation

Im sozialleistungsrechtlichen System der medizinischen und beruflichen Rehabilitation kommt den Jobcentern zunächst nur eine nachgeordnete Rolle zu. Leistungen nach dem SGB II werden nur dann gewährt, wenn alle anderen Ansprüche ausgeschöpft sind. In der Praxis allerdings arbeiten die Jobcenter mit ihrer Verantwortung für den größeren Teil der erwerbsfähigen arbeitslosen Bevölkerung und dem Auftrag, die Erwerbsintegration eines gesundheitlich vielfach stark eingeschränkten Personenkreises zu erreichen, häufig unmittelbar an der Schnittstelle zur Rehabilitation.

Aus dieser Konstellation ergeben sich besondere Anforderungen an die Gestaltung ihrer Zusammenarbeit mit den Trägern und Einrichtungen der Rehabilitation. Mit erhöhtem Kooperationsbedarf gehen vor allem die für den Reha-Prozess kritischen „Systemwechsel“ einher: Übergänge der Leistungsberechtigten in eine Therapie, die einen weiteren Leistungsbezug (vorläufig) ausschließt, oder die Begleitung ihrer Rückkehr und die weitere Unterstützung im Anschluss an eine Behandlung. Reha-Erfolge möglichst nachhaltig sicherzustellen, liegt dabei ebenso im Interesse der Reha-Träger wie im Interesse der Jobcenter.

In der Praxis der untersuchten Jobcenter erwiesen sich vor allem die Übergänge aus Therapie zurück ins Beschäftigungssystem als problematisch: Nur rund einem Drittel der schriftlich befragten Jobcenter gelang es in den „meisten“ Fällen, nahtlose Übergänge herzustellen. Bei weiteren 43 Prozent war dies zumindest „manchmal“ der Fall. Die Rückkehr in eine Maßnahme ermöglichten regelmäßig nur noch 17 Prozent der Jobcenter (2009: 46%).

Als Ursachen für die fortbestehenden Schnittstellenprobleme machten die im Rahmen der Workshops befragten Expertinnen und Experten zum einen die grundsätzliche Unbeweglichkeit der beiden Leistungssysteme (zweier großer „Tanker“) und die bestehende Rechts- und Weisungslage⁵ aus. Für die Kooperationspartnerinnen und -partner der Jobcenter kam die schlechte Erreichbarkeit der Fachkräfte in den Jobcentern als gravierendes Hindernis hinzu.

Solche Praxisprobleme haben Auswirkungen auf die gegenseitige fallbezogene Information zwischen Jobcentern und den

² Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) – Allgemeiner Teil.

³ Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz.

⁴ Strafgesetzbuch.

⁵ Eine kontinuierliche Fallbearbeitung erschwert etwa der in § 7 SGB II normierte Leistungsausschluss bei einer länger als sechs Monate dauernden stationären Behandlung, der dazu führt, dass Vermittlungsaktivitäten und Fallmanagement während eines Klinikaufenthalts unterbleiben und Leistungsansprüche anschließend neu geprüft werden.

Einrichtungen der Suchtrehabilitation – eine Voraussetzung, um Nahtlosigkeit überhaupt herstellen zu können. Insgesamt erhielten nur 21 Prozent der Jobcenter regelhaft für die weitere Fallbearbeitung relevante Informationen von den Einrichtungen der Suchtrehabilitation. 49 Prozent der Jobcenter wurden von den Reha-Einrichtungen nie informiert, und in 50 Prozent der Jobcenter kam es nicht vor, dass die Einrichtungen der Suchtrehabilitation über den laufenden Integrationsprozess informiert wurden. Nur elf Prozent der Jobcenter berichteten von einem gegenseitigen Informationsfluss.

Wo jedoch kooperativ gearbeitet wird – und die Praxisberichte deuteten darauf hin, dass die Initiative oft von engagierten Jobcentern ausgeht –, entstehen übertragenswerte Ansätze.

- In den Workshops stellten Jobcenter Kooperationsprojekte mit örtlichen Sucht-Reha-Kliniken vor, die über einen engen Austausch darauf zielten, die beruflichen Integrationsplanungen der beiden Institutionen abzustimmen. Die Jobcenter werden bereits vor der Entlassung eines suchtkranken Menschen aus Therapie beratend tätig und stellen außerdem die Voraussetzungen für den späteren Leistungsbezug her. Um Aufwand zu sparen, wurde erfolgreich mit dem Instrument von Videokonferenzen experimentiert.
- An der Schnittstelle zwischen medizinischer und beruflicher Reha installierte ein untersuchtes Jobcenter ein Modellprojekt, das die Verzahnung von Leistungen unterschiedlicher Leistungsträger im Rahmen einer personenzentrierten Hilfeplanung für Leistungsberechtigte aus dem SGB II umzusetzen versuchte. Sofern ärztliche bzw. berufspsychologische Fachdienste die Notwendigkeit einer beruflichen Neuorientierung bescheinigten und die erforderlichen individuellen Voraussetzungen gegeben waren, wurde der Kontakt zum zuständigen Rehabilitationsträger aufgebaut. Hier hatte das Jobcenter eine Lotsenfunktion.
- In einem anderen Jobcenter wurde ein Modellprojekt „Personenzentrierte Hilfeplanung und Begleitung“ zum Aufbau leistungsträgerübergreifender Hilfeplankonferenzen durchgeführt und eine „neutrale“ zentrale Anlaufstelle für die insgesamt vorerst 20 teilnehmenden Leistungsberechtigten geschaffen. Hauptziel war die „Verbesserung der Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben“. In dem Projekt sollten „individuell zugeschnittene Bedarfslösungen“ erarbeitet, angestoßen und überwacht werden. Zu diesem Zweck sollten die Informationswege über die ver-

schiedenen Schnittstellen verkürzt, die Beantragung von Hilfen erleichtert und Wartezeiten reduziert werden.

Nicht nur von den oben bereits erwähnten „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Reha Rehabilitation Abhängigkeitskranker“, die von der Arbeitsgruppe BORA entwickelt wurden, gehen derzeit neue Impulse für eine dringend erforderliche rechtskreisübergreifende Vernetzung aus. Eine Reihe weiterer Ansätze zielt darauf ab, frühzeitigere und schnellere Zugänge zur Suchtrehabilitation zu entwickeln. So praktiziert die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland schon seit längerer Zeit einen eigenen Ansatz zur Förderung eines nahtlosen Zugangs in Reha („Magdeburger Weg“). Das hier bereits erprobte Verfahren einer Vermittlung in Therapie nach Begutachtung durch den Ärztlichen Dienst der Bundesagentur, ohne dass es eines Sozialberichts bedarf, mündete im Juli 2018 in eine gemeinsame Vereinbarung der Deutschen Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit sowie des Deutschen Städtetages und des Landkreistages. Vereinbart wurde dabei auch, dass Reha-Einrichtungen den späteren Wohnsitz der Rehabilitanden frühzeitig klären und die weiterführende Beratung bei der Bundesagentur oder beim Jobcenter vorbereiten. Das 2017 vereinbarte „Nahtlosverfahren“ (Deutsche Rentenversicherung et al., 2017) soll den Übergang zwischen klinischer Entgiftung und stationärer Suchttherapie ebnen: Entlassungen nach der Entgiftung werden vermieden, der Übergang auch praktisch begleitet. Mehrere Rentenversicherungsträger erprobten in den letzten Jahren Modelle der „Reha-Fallbegleitung“ (Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz) oder eines integrationsbezogenen „Fallmanagement Sucht“ (Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover), und sie übernahmen erfolgversprechende Ansätze zum Teil bereits in das Regel-Versorgungssystem. Auch in diesen Projekten ging es darum, reibungslose Eintritte in eine Rehabilitation abzusichern, Abbrüche zu reduzieren und die nahtlose Weiterbehandlung und Begleitung im Anschluss an eine Reha-Maßnahme zu erreichen. Damit bewegen sich auch die Institutionen der medizinischen Rehabilitation auf potenzielle Netzwerkpartnerinnen und -partner in den lokalen Gesundheitssystemen zu.

7 Erfahrungen bei Integration und Beschäftigungsförderung

Im Hinblick auf Integration und Beschäftigungsförderung spielen die Jobcenter eine ver-

mittelnde Rolle. Zur Unterstützung der Integration in Arbeit müssen die Jobcenter eng mit den Arbeitgebern, zur Beschäftigungsförderung mit weiteren Kooperationspartnern – Bildungs- und Beschäftigungsträgern, Suchtberatung und Kliniken usw. – zusammenarbeiten. Je besser diese Kooperation gelingt, desto wirksamer können suchtkranke Leistungsberechtigte unterstützt werden.

Eine Studie von Achatz und Trappmann (2011) verweist darauf, dass die meisten Suchtkranken im SGB II bislang nur eine geringe Integrationschance haben. Der Grund dafür dürfte u.a. darin liegen, dass bei Suchtkranken neben ihrer Suchtproblematik sehr häufig weitere Vermittlungshemmnisse vorliegen (vgl. Henke et al., 2017). Da die Zielgruppe der suchtkranken bzw. suchtgefährdeten Leistungsberechtigten aber sehr heterogen ist und z.B. suchtgefährdete junge Erwachsene, bei denen ein Ausbildungsabschluss ohne Weiteres erreichbar scheint, ebenso umfasst wie sehr arbeitsmarktferne, langjährig chronifizierte Menschen, müssen Maßnahmen, die auf Arbeitsmarktteilhabe zielen, in unterschiedlichen Formen angeboten werden und/oder flexibel gestaltbar sein.

Die in den Workshops befragten Expertinnen und Experten stimmten darin überein, dass die im Koalitionsvertrag fixierten (und inzwischen im Entwurf bereits vorliegenden⁶) Planungen zu einem neuen Regelinstrument „Teilhabe am Arbeitsmarkt für alle“ für die Zielgruppe der suchtkranken Leistungsberechtigten nach dem SGB II von großer Bedeutung sind. Sofern eine Integration in den regulären Arbeitsmarkt „nicht mehr“ oder „noch nicht“ gelingt⁷, sollte geförderte Beschäftigung genutzt werden, um die vielfältigen psychosozialen Funktionen der Arbeit – Wertschätzung, soziale Kontakte, Zeitstrukturen usw. – für die Stärkung und Stabilisierung der Betroffenen zu nutzen. Allerdings wurde auch befürchtet, das Instrument werde den spezifischen Bedarfen Suchtkranker möglicherweise nicht voll entsprechen und zu hohe Anforderungen stellen. Eine entscheidende Erfolgsbedingung liegt in der Kooperation zwischen Jobcentern und Arbeitgebern (Bartelheimer et al., 2014). Sofern es gelingt, Arbeitgeber für die besonderen Bedarfe der suchtkranken Arbeitssuchenden zu sensibilisieren und sie bei der Beschäftigung von (ehemals) suchtkranken Personen beglei-

tend zu unterstützen, können für diese Personen passende Arbeitsplätze und nachhaltige Beschäftigung entstehen. Gerade in Zeiten des Fachkräftemangels sind diese Wege auch für Arbeitgeber attraktiv.

Neben Integrationsmöglichkeiten in den regulären und den zweiten Arbeitsmarkt wird die arbeitsmarktpolitische Förderung in Projekten bzw. bei Beschäftigungsträgern benötigt. Beschäftigungsmaßnahmen für diese Zielgruppe haben oftmals auch oder sogar vor allem eine therapeutische Funktion.

Konzeptionelle Ansätze, die sich nach Auffassung der Jobcenter bewährt haben, sind u.a.

- eine akzeptierende Haltung und Ausgestaltung, so dass Probleme angstfrei kommuniziert und auch mögliche Rückfälle konstruktiv begleitet werden,
- die Ausrichtung auf therapeutische Ziele, d.h. die Förderung der Motivation zur Krankheitseinsicht und Therapiebereitschaft,
- an das individuelle Arbeitsvermögen angepasste Arbeitszeiten mit der Möglichkeit zur stufenweisen Erhöhung (z.B. beginnend bei zwei Stunden pro Woche) und eine teilnehmerorientierte, bedarfsorientierte Zeitgestaltung, die „Freistellungen“ für den Besuch der Suchtberatung oder die Wahrnehmung von Substitutionsterminen vorsah,
- der Einsatz von multiprofessionell spezialisiertem Personal, insbesondere für die intensive medizinische und sozialpädagogische Begleitung,
- die Anpassung der Maßnahmeninhalte an das Leistungsvermögen der Suchtkranken,
- das Angebot von praktischer Unterstützung, z.B. in Form der Begleitung zu Terminen bei Ärzten oder Beratungsstellen bzw. Hilfeleistungen bei der Beantragung von medizinischen Maßnahmen, Rentenverfahren usw.
- eine enge Zusammenarbeit mit den lokalen Netzwerken, Fachdiensten, Suchtberatungsstellen, Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände, Kliniken, Ärzten, der Arbeitsagentur, den Reha- oder Substitutionseinrichtungen und Therapiezentren (in die Maßnahmen werden dazu etwa Angebote der Suchtberatung oder ärztliche Sprechstunden integriert).

Die Kunst der Maßnahmengestaltung bestand aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten darin, solche Tätigkeitsfelder zu erschließen, die den Fähigkeiten, Kompetenzen und dem Grad der Belastbarkeit der Suchtkranken entsprechen und es ermöglichen, diese schrittweise zu verbessern. Auch wenn auf lange

⁶ Ein Referentenentwurf zum 10. SGB II-ÄndG (Teilhabebeschäftigungsgesetz) liegt seit dem 11.06.2018 vor. Er sieht die Förderung von „besonders arbeitsmarktfernen“ Personen vor, die seit mindestens sechs Jahren Leistungen nach dem SGB II bezogen haben.

⁷ Das „nicht mehr“ bezieht sich auf durch die fortschreitende Suchtkrankheit erlebten Einschränkungen, das „noch nicht“ auf einen noch zu frühen Zeitpunkt in der Rehabilitation.

Sicht die Integration in den Arbeitsmarkt das Ziel bleibe, müssten oftmals vorrangig sozial-integrative Zielsetzungen jenseits der Arbeitsmarktintegration verfolgt werden. Die Experten und Expertinnen berichteten, dass das Gefühl, etwas Nützliches zu tun und gebraucht zu werden, einen hohen stabilisierenden Effekt auf die Geförderten habe. In dieser Hinsicht würden sie kaum zwischen einer regulären Beschäftigung und einer Beschäftigungsmaßnahme unterscheiden.

Für eine bestimmte Gruppe von Suchtkranken, die nicht über längere Zeit abstinent sein kann und deshalb nicht in die üblichen Beschäftigungsmaßnahmen integriert werden kann, benötigt man außerdem niedrigschwellige Angebote. Ein Beispiel dafür sind sogenannte Tagesjobs als HelferIn bzw. Helfer bei den unterschiedlichsten Tätigkeiten. TagesjobberInnen bzw. -jobber können nur für diesen einen Tag kommen und arbeiten und werden vor Ort direkt für ihre Arbeit bezahlt.

Wie die Befragung der Jobcenter im Rahmen der hier vorgestellten Studie ergab, bietet allerdings eine Mehrheit der Jobcenter keine spezialisierten Maßnahmen für suchtkranke Leistungsberechtigte an. Vielfach wurden Fördermaßnahmen für gesundheitliche Beeinträchtigte genutzt, um auch den Personenkreis der Suchtkranken zu unterstützen. Von relativ großer Bedeutung für die berufliche Förderung von Suchtkranken waren über die EU bzw. die aktuellen Förderprogramme des Bundes kofinanzierte Maßnahmen, die in zehn Prozent der Jobcenter durchgeführt wurden (ebd.). Ein Teil der Maßnahmen wurde „mit sozialpädagogisch hohem Betreuungsanteil“ oder spezieller „psychosozialer Beratung und Betreuung“ durchgeführt.

Das Ziel der Nahtlosigkeit im Anschluss an eine Sucht-Reha zu erreichen, erwies sich als nur in Ausnahmefällen erreichbar. Nur ein sehr kleiner Teil der Jobcenter gab in der Online-Befragung an, bereits zum Ende einer Therapie wieder mit der Aktivierung zu beginnen, wenn eine arbeitsmarktpolitische Maßnahme mit dem Therapiebeginn abgebrochen werden musste. Nur etwa einem Drittel der Jobcenter gelang es nach eigenen Angaben in den „meisten“ Fällen, nahtlose Übergänge herzustellen. Bei weiteren 43 Prozent war dies „manchmal“ der Fall. Dass sich seit 2009 keine messbare Verbesserung der Situation gezeigt hatte, wertete das Evaluationsteam als einen Hinweis auf fortbestehende „Umsetzungsprobleme in der Praxis“ (Henke et al., 2017, S. 106).

8 Fazit

Die Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation ist bereits seit Jahrzehnten als Herausforderung und Aufgabe für die beteiligten Akteure akzeptiert (Heide, 1998; Drogen- und Suchtrat, 2016). Am Beispiel der Jobcenter und ihrer Kooperation mit der Suchtkrankenhilfe konnte gezeigt werden, dass es diesbezüglich eine Reihe guter Praxisbeispiele gibt. Dort, wo es gelang, eine erfolgreiche Zusammenarbeit zu etablieren, sind die Akteurinnen und Akteure vom Nutzen der Netzwerkarbeit überzeugt. In vielen Jobcentern gibt es zuständige Personen – in der Regel aus dem Bereich des Fallmanagements oder Stabsstellen –, die die Zusammenarbeit mit der Suchtberatungsstelle organisieren und die Netzwerkarbeit mit Beratungsstellen und Kliniken moderieren. So können diese Themen innerhalb des Jobcenters gebündelt und professionell gestaltet werden. Wird auf einer gemeinsamen fachlichen Grundlage gearbeitet – so ein zentraler Befund der Untersuchung –, steigt das Vertrauen in die Arbeit der jeweils anderen. Die Herstellung von Übereinstimmung bei den Fragen von Freiwilligkeit, Druck und Sanktion erweist sich als unabdingbar für ein gut abgestimmtes und für die Betroffenen nachvollziehbares Vorgehen der Netzwerkpartner.

Auch wenn es in Bezug auf das Erfordernis einer breiten Netzwerkarbeit keine Kontroversen gibt, und sich die Jobcenter in den letzten Jahren stärker für eine Netzwerkarbeit geöffnet haben, besteht insgesamt noch ein erhebliches Umsetzungsdefizit. Die Gründe dafür sind vielfältiger Art und reichen von der Kooperation erschwerenden gesetzlichen Regelungen (Leistungsausschluss) bis zu lokalen institutionellen Hemmnissen und individuellen Vorbehalten. Viele gute Beispiele und Erfahrungen können dazu dienen, den noch weniger erfahrenen Jobcentern, Suchtberatungen und Kliniken Anregungen zu geben. Ein Meinungs- und Erfahrungsaustausch unter Expertinnen und Experten aus allen beteiligten Arbeitsfeldern kann nicht nur dabei helfen, gute Beispiele zu verbreiten, sondern darüber hinaus zur Erarbeitung neuer Lösungen beitragen.

Die Empfehlung, die Förderung der beruflichen Reintegration systematisch mit den medizinischen Behandlungskonzepten zur Überwindung der Sucht zu verzahnen, stellt angesichts der administrativen Zerstückelung des Behandlungs- und Integrationsprozesses und der Vielzahl der verantwortlichen handelnden Akteurinnen und Akteure eine große Herausforderung dar. Mit dem Bundespro-

gramm *rehapro*⁸ werden deshalb ab 2018 Modellvorhaben gefördert, die neue Ansätze zur Unterstützung von Menschen mit komplexen gesundheitlichen Unterstützungsbedarfen bzw. beginnenden Rehabilitationsbedarfen erproben. Insbesondere soll die Zusammenarbeit der Akteure im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation verbessert werden. Eine umfassende wissenschaftliche Begleitung und Evaluation wird der Ergebnissicherung dienen und dürfte die hier dargestellte Diskussion weiter befruchten.

Literatur

- Achatz, J. & Trappmann, M. (2011). *Arbeitsmarktvermittelte Abgänge aus der Grundsicherung. Der Einfluss von personen- und haushaltsgebundenen Arbeitsmarktbarrieren*. IAB Discussion Paper 2/2011. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- Arbeitsgruppe BORA (2014). *Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014*. Bonn: Fachverband Sucht e.V.
- Bartelheimer, P., Henke, J. & Marquardsen, K. (2014). *Qualitative Studie Arbeitgeberservice*. Forschungsbericht. Göttingen: Bundesagentur für Arbeit.
- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2014). *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Berlin. https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschue_re_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 12.11.2016).
- Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 18. März 2015, 10 AZR 99/14.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.) (2016). *Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung*. Erstellt von D. Engels, H. Engel, A. Schmitz. Berlin: ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV), Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2017). *Handlungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 1. August 2017 („Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation“)*. Online verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/Handlungsempfehlungen_Nahtlosverfahren_Qualifizierter_Entzug_Suchtrehabilitation.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (letzter Zugriff am 03.09.2018).
- Drogen- und Suchtrat (2016). Beschluss zur Teilhabe am Arbeitsleben vom 26.9.2016. *Sucht aktuell*, 2, 50-55.
- Eggs, J., Trappmann, M. & Unger, S. (2014). Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich. ALG-II-Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein. *IAB-Kurzbericht 23/2014*.
- Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit, des Deutschen Landkreistages und des Deutschen Städtetages zur Zusammenarbeit bei der Unterstützung arbeitsuchender abhängigkeitskranker Menschen vom 1. Juli 2018. Online verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/Empfehlungen_Unterstuetzung_arbeitsuchender_abhaengigkeitskranker_Menschen.html (Zugriff am 20.08.2018).
- Heide, M. (1998). Rehabilitation als Gesamtprozess. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), *Suchttherapie unter Kostendruck: Entwicklungen und Perspektiven*. (S. 248-252). Geesthacht: Neuland.
- Henke, J., Henkel, D., Nägele, B., Pagels, N. & Wagner, A. (2009). *Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II*. Abschlussbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Henke, J., Henkel, D., Nägele, B. & Wagner, A. (2017). *Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration und Aktivierung suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II*. Endbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Henke, J., Henkel, D., Nägele, B., Pagels, N. & Wagner, A. (2018). *Vertiefte Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration und Aktivierung suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II*. Bericht zu einer Workshopreihe. Manuskript.
- Henkel, D. (1992). *Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Epidemiologische, ätiologische und diagnostische Zusammenhänge*. Weinheim: Deutscher Studien-Verlag.
- Henkel, D. (1998). „Die Trunksucht ist die Mutter der Armut“ – zum immer wieder fehlgedeuteten Zusammenhang von Alkohol und Armut

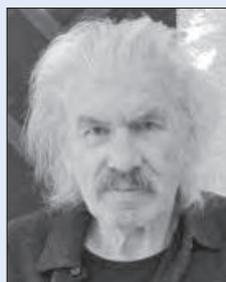
⁸ „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ zur Umsetzung von § 11 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch.

- in Deutschland vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis zur Gegenwart. In: Ders. (Hrsg.), *Sucht und Armut. Alkohol, Tabak, illegale Drogen* (S. 13-80). Opladen: Leske + Budrich.
- Henkel, D. (2009). Arbeit und Sucht. In: R. Diederich & G. Löhlein (Hrsg.), *Entfesselte Wirtschaft – Gefesselte Demokratie* (S. 108-126). Frankfurt a. M.: Nomen.
- Henkel, D. & Zemlin, U. (2008). *Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Leune, J. (2015). Inklusion und Suchthilfe – Ein gesellschaftlicher Auftrag mit konkreten Folgen In: LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen (Hrsg.) *Teilhabe – Ein Rechtsanspruch auch für Drogenabhängige?! Vom Schlagwort zur Realität*. Dokumentation der Fachtagung am 10. Dezember 2014 in Köln-Deutz. Köln.
- Meyenberg, R. (1999). *Neue Wege in der Rehabilitation Alkoholabhängiger*. Carl-von-Ossietzky-Universität, Oldenburg.
- Morgenstern, M. & Hanewinkel, R. (2015). *Alkohol und Drogen als Risikofaktoren für einen erfolgreichen Ausbildungsabschluss*. Kurzbericht. BMG/IFT.
- Scherbaum, N., Specka, M., Kaspar, C., Mikoteit, T. & Lieb, B. (2016). Arbeitslosigkeit und Sucht – das SUNRISE-Projekt. *Das Gesundheitswesen*. doi:10.1055/s-0042-107345.
- Tielking, K., Fietz, H. & Kittel, M. (2012). *Zugang zum Suchthilfesystem von Menschen mit Migrationshintergrund*. Hochschule Emden/Leer.
- Wirz, F. (2013). *Sucht und Arbeit*. Schriftenreihe Bachelor- und Masterthesen der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit. Bern: Verlag Edition Soziothek.



Jutta Henke

Geschäftsführerin der Gesellschaft für innovative Sozialplanung und Sozialforschung GISS e.V. Bremen
jh@giss-ev.de



Prof. Dr. Dieter Henkel

ISFF Institut für Suchtforschung University of Applied Sciences Frankfurt am Main



Barbara Nägele

(Diplom-Sozialwissenschaftlerin)
seit 2003 als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Zoom e.V., Göttingen, tätig



Dr. Alexandra Wagner

Geschäftsführerin des Forschungsteams Internationaler Arbeitsmarkt (FIA) in Berlin, tätig in Wissenschaft und Beratung sowie eigener Gesundheitspraxis
wagner@fia-institut.de