

Grit Lehmann

Wenn die Narkose im Alltag zum Dauerthema wird. Suchtberatung in Hamburg

Wenn man den Zahlen in der jüngst veröffentlichten Stellungnahme der Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz folgt, besteht in Hamburg bezogen auf den Konsum von Suchtmitteln ein großer Beratungs-, Hilfe- und Informationsbedarf. Demnach gaben rund drei Viertel der Erwachsenen in Hamburg an, dass sie aktuell Alkohol konsumieren. Bei 37 Prozent der Männer und 18 Prozent der Frauen liegt das letzte Rauscherlebnis nicht länger als 30 Tage zurück. Das Alter des Erstkonsums liegt bei 13,2 Jahren. Cannabiskonsum ist in der Hamburger Bevölkerung besonders unter Jugendlichen weit verbreitet, in der Gruppe der 15- bis 16-Jährigen sind es 11 Prozent. 5,9 Prozent der 18- bis 59-Jährigen gaben an, in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert zu haben. Die Zahlen der Erstkonsumenten harter, illegaler Drogen sind leicht rückgängig. Aus der Stellungnahme geht ebenfalls hervor,

- dass Menschen mit Alkoholproblemen erst spät Unterstützung suchen; es liegt eine Zeitspanne von bis zu 12 Jahren zwischen dem ersten Suchtproblem und der Inanspruchnahme der Suchthilfe,
- 19 Prozent der hilfesusuchenden Alkoholkranken neben der Suchterkrankung erheblich bis extrem gesundheitlich und sozial beeinträchtigt, 30 Prozent psychisch erheblich bis stark belastet, 42 Prozent arbeitslos sind,
- 70 Prozent der hilfesusuchenden Konsumentinnen und Konsumenten harter illegaler Drogen arbeitslos sind, 69 Prozent Gewalterfahrungen haben und 26 Prozent Opfer sexueller Gewalt wurden (vgl. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz 2011).

Diese Erkenntnisse stellen Herausforderungen an die ambulante Suchthilfe in Hamburg dar. Insbesondere die späte Inanspruchnahme von Hilfen von Menschen mit Alkoholproblemen, die hohe Arbeitslosenquote bei Suchtmittelabhängigen und die bestehenden gesundheitlichen und psychischen Beeinträchtigungen erfordern eine Weiterentwicklung der bestehenden Angebote.

Angebotslandschaft

Hilfe und Unterstützung finden alle von Suchtmittelabhängigkeit Betroffenen, Gefährdeten und/oder deren Angehörige und Freunde in Hamburg in ca. 50 behördlich finanzierten Suchtberatungsstellen. Dieses Angebot gliedert sich auf in „[...] 13 Einrichtungen für illegale Drogen, davon 5 ausschließlich für die externe Betreuung von inhaftierten Klientinnen und Klienten, 12 Einrichtungen mit dem Hauptschwerpunkt Betreuung für Substituierte, sechs Einrichtungen für ‚legale Drogen‘, 12 suchtmittelübergreifende Einrichtungen und sieben Jugendsuchtberatungsstellen.“ (Martens u.a. 2011, 1)

Darunter gibt es spezielle Angebote für Mädchen und Frauen. Die Notwendigkeit, frauenspezifische Angebote bereitzustellen, wird heute nicht mehr diskutiert. Aus einem Vorstandsbeschluss der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) von 1995 wurden strukturelle und inhaltliche Forderungen für die Beratung und Behandlung abhängiger Frauen abgeleitet. Darunter fallen eigene Räume, d. h. Fraueneinrichtungen oder Frauengruppen in geschlechtergemischten Einrichtungen, zeitlich flexible, individuell abgestimmte Angebote, differenzierte Angebote für schwangere Frauen und/oder Mütter, Beratung und/oder Behandlung von Frauen durch Frauen, insbesondere bei der Bearbeitung von Gewalterfahrungen und Erfahrungen sexueller Gewalt. Gefordert werden Stärkung individueller Besonderheiten von Frauen und damit des weiblichen Selbstbewusstseins, Entwicklung und Förderung eigener Wertschätzung, Unabhängigkeit und selbstbestimmter Sexualität sowie Unterstützung und konkrete Hilfen bei Bildung, Ausbildung, Fortbildung, beruflicher Entwicklungsbedingungen und in ein neues Lebensumfeld (z.B. Wohnraum, Arbeit) (vgl. Quinten 2002: 169).

Ebenfalls etabliert haben sich im Bereich der suchtmittelübergreifenden Beratungsstellen und der Beratungsstellen für illegale Drogen niedrigschwellige Angebote, aufsuchende und nachgehende Soziale Arbeit.

Niedrigschwellige Angebote entwickelten sich seit den 1980er-Jahren und stehen in engem Zusammenhang mit der Abkehr von der Abstinenzorientierung. Dass sich diese Hilfen etablieren konnten, hängt nach Böllinger (vgl. 2002, 443) mit der „Erosion des Abstinenz-Paradigmas“ und des sich als Gegenpol

entwickelnden „Akzeptanz-Paradigmas“ zusammen, einer gesellschaftlich liberalen, an verfassungsrechtlich gewährleisteten Bürgerrechten und am Public-Health-Ansatz orientierten Grundeinstellung: „Als denklogische und pragmatische Schlussfolgerung ergibt sich aus dem Akzeptanz-Prinzip, dass tatsächlich praktizierter Drogengebrauch wegen seiner Universalität nicht eliminiert werden, sondern nur kulturell – d. h. auch normativ – integriert werden kann und muss. [...] Es bedeutet zweitens, dass manifeste Gebraucher vor vermeidbaren Risiken und Schäden geschützt werden und adäquate Behandlung erhalten müssen, wenn solche Risiken sich verwirklicht haben.[...] Schadensminderung, ‚harm-reduction‘, ist sozialstaatliche Pflicht, der drogengebrauchende Bürger hat Anspruch darauf“ (Böllinger 2002, 444).

In Beratungsstellen finden sich daher heute neben den klassischen Angeboten zur Information, Beratung und Therapievermittlung folgende Hilfen:

- Kleiderkammer, Gelegenheit zum Duschen und Wäschewaschen, Essen und Getränke zum Selbstkostenpreis, Spritzentausch,
- Angebote zur medizinischen Grundversorgung (Akutbehandlung von Abszessen, Infektionskrankheiten, Hauterkrankungen, Beratung und Diagnostik von HIV/AIDS etc.),
- Notschlafstellen bzw. Vermittlung in Übernachtungs- und Erstversorgungseinrichtungen, Safer-Use- bzw. Safer-Sex-Beratung und teilweise auch Drogenkonsumräume.

Durch die Bereitstellung niedrigschwelliger Hilfsangebote und die Einrichtung von Drogenkonsumräumen konnten insbesondere Konsumenten und Konsumentinnen harter illegaler Drogen ins Hilfesystem integriert werden, die vorher nicht erreichbar waren. Bei einem Besuch der Kontakt- und Drogenberatungsstelle Stay Alive (am 19.10.2011) sagte deren Leiter, dass sich durch den Kontakt mit Klientinnen und Klienten im Konsumraum weitere Hilfs- und Beratungsmöglichkeiten eröffnen, da die Menschen in dieser Situation häufig zugänglicher seien als außerhalb des Konsumraums, wo sie vor den anderen Besucherinnen und Besuchern ihren Platz behaupten müssen. Unter dem Gesichtspunkt der gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung sind diese Hilfen heute nicht mehr wegzudenken.

Lebenslage der Konsumentinnen und Konsumenten von Drogen

Bevor ich näher auf die unterschiedlichen Lebens- und Problemlagen der von Suchtmittelabhängigkeit Betroffenen bzw. Gefährdeten eingehe, möchte ich an dieser Stelle kurz die derzeit geltenden Diagnosekriterien für Abhängigkeitserkrankungen darstellen. Unterschieden wird zwischen stoffgebundener und nichtstoffgebundener Abhängigkeit. Stoffgebundene Abhängigkeit, auf der der Fokus dieses Artikels liegt, setzt den exzessiven Konsum von psychoaktiven Substanzen¹ voraus. Bei stoffungebundener Abhängigkeit stehen exzessive Verhaltensweisen im Mittelpunkt, auf die hier aber nicht näher eingegangen werden soll. Die internationalen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM IV² definieren Sucht als Störung durch psychotrope Substanzen. Sie differenzieren nach Substanzmissbrauch, schädlichem Gebrauch und Substanzabhängigkeit. Im Beratungsprozess wird diese Form der Diagnosestellung erst relevant, wenn es um die Beantragung von weiterführenden Maßnahmen z. B. zur medizinischen Rehabilitation geht. Sie wird nicht von den Beraterinnen und Beratern gestellt, sondern von den behandelnden Ärzten. Diagnostik im Beratungsprozess unterscheidet sich grundlegend von der medizinischen Diagnostik. Sie wird prozessbezogen erstellt und unterscheidet sich in Orientierungsdiagnose (Erstgespräche), Beschlussdiagnose (Entscheidungsgrundlage für administratives Handeln) und Gestaltungsdiagnose und orientiert sich an den Lebenslagen der Betroffenen.

1 Psychoaktive Substanzen sind Stoffe (z. B. Alkohol, Tabak, Beruhigungs- und Schlafmittel, Heroin, Kokain etc.), die aufgrund ihrer chemischen Natur Strukturen oder Funktionen im menschlichen Organismus verändern, insbesondere in der Wahrnehmung, in der Stimmungslage, in den kognitiven Funktionen, im Bewusstsein oder im Verhalten (vgl. Vogt 2004, 10).

2 Der ICD-10 ist ein von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstelltes und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit übersetztes Diagnoseschema, das vorwiegend im medizinischen Sektor findet. Der DSM IV ist das Klassifikationssystem der Amerikanischen Psychiatischen Vereinigung (APA), das vor allem im psychiatrischen Sektor seinen Einsatz findet.

Die Lebenslagen der Konsumenten und Konsumentinnen unterscheiden sich erheblich. Die Wahl der Substanz und die Konsummuster sind von zentraler Bedeutung dafür. Menschen, die harte illegale Drogen konsumieren, entwickeln im Vergleich zu Personen, die weiche illegale Drogen oder legale Drogen konsumieren, schneller riskante Konsummuster, die sich auf die Gesundheit, das Abgleiten in subkulturelle, kriminelle Milieus sowie auf soziale und rechtliche Folgen, wie Probleme mit Polizei und Justiz auswirken (vgl. Vogt und Schmidt 2004, 1053). Das bedeutet aber nicht, dass Konsumenten und Konsumentinnen legaler Drogen oder illegaler weicher Drogen keine prekären Lebenslagen aufweisen. Im Gegenteil, die Auswirkungen des Konsums verschieben sich häufig nur zeitlich und schwerpunktmäßig, z. B. stehen bei Alkoholabhängigen seltener rechtliche Probleme im Vordergrund. Insgesamt betrachtet weist eine hohe Anzahl der Substanzabhängigen noch weitere Belastungen auf, die sich auf die Lebenslage auswirken, z. B. Arbeitslosigkeit, körperliche Beeinträchtigungen, psychische Belastungen und komorbide Störungen, Wohnungslosigkeit, Schulden, Vereinsamung, Suizidgedanken, Gewalterfahrungen etc. Beratung hat zur Aufgabe, auch diese Zusammenhänge zu berücksichtigen und passende Angebote zu machen. Vergleicht man die Konzepte der ambulanten Hamburger Suchthilfeeinrichtungen, so hat diese Forderung ihren Niederschlag gefunden. Angeboten werden, hier am Beispiel des Beratungs- und Gesundheitszentrum St. Georg:

- Hilfen bei ambulanter und stationärer Entzugsbehandlung,
- Vermittlung, Kostenklärung und Antragstellung für ambulante oder stationäre Therapieplätze, Substitutionsbehandlung,
- Vermittlung in Erstversorgungs- und Übergangseinrichtungen sowie in Wohnprojekte der Eingliederungshilfe,
- Antragstellung für Maßnahmen der Eingliederungshilfe, Beantragung von Leistungen des Sozialhilfe- und Arbeitslosenrechts,
- Hilfen bei gerichtlichen Auflagen und justiziellen Problemen,
- Hilfen bei Schwierigkeiten im Umgang mit Behörden, Arbeitgebern etc.,
- Hilfen bei Wohnungsproblemen, Hilfen bei der Integration in den Arbeitsmarkt,
- Hilfen bei der Bewältigung von Krisensituationen,
- Fragen bezüglich Stoffkunde oder Konsumformen (Safer Use), Fragen und Hilfen bei Schwangerschaft in Verbindung mit Drogenkonsum,
- Hilfen bei Problemen mit Beschaffungsprostitution (Safe Sex) (vgl. Jugendhilfe e.V 2011).

Für die Beraterinnen und Berater in den Suchtberatungsstellen bedeuten die Mehrfachproblemlagen ihrer Klientel, dass sie über die spezifischen Kenntnisse von Abhängigkeit und Abhängigkeitsentwicklung hinaus noch Kenntnisse in weiteren Themengebieten haben müssen. Hier zu nennen wären Kenntnisse in Fragen der sozialen Sicherung, im Straf- und Betäubungsmittelrecht, im Umgang mit komorbiden Störungen etc. In der personellen Ausstattung der Beratungsstellen wird der Bearbeitung dieser komplexen Problemlagen häufig durch die Zusammenstellung multiprofessioneller Teams Rechnung getragen. Neben Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sind Psychologen und Psychologinnen, Pädagogen und Pädagoginnen, medizinisches Fachpersonal (Krankenpflegerinnen und -pfleger, Ärztinnen und Ärzte) und auch Juristinnen und Juristen in den Beratungsstellen zu finden. Letztere arbeiten meistens auf Honorarbasis mit dem Angebot einer regelmäßigen Sprechstunde zu juristischen Fragen und Problemen.

Betreuung und Beratung

Die einzelnen Leistungen, die die ambulante Suchthilfe in Hamburg anbietet, sind in den Zuwendungsverträgen, die die Freie und Hansestadt Hamburg mit den freien Trägern der Suchthilfe schließt, festgeschrieben. Im Beratungssegment sind es folgende Leistungen:

Erstkontakte und Information

Dazu gehören fachbezogene Informationen und Auskünfte für Besucherinnen und Besucher sowie sozialpädagogische Erstberatung für die Zielgruppe der Suchtmittelabhängigen und -gefährdeten. Dieses Angebot erfolgt in Form von persönlichen und telefonischen Gesprächen sowie im Bedarfsfall in Form von Begleitung.

Beratung

Dieses Segment für Personen mit problematischem Suchtmittelkonsum bzw. Abhängigkeitssyndrom grenzt sich von dem Segment Erstkontakte und Information und von den Segmenten Therapievorbereitung und Therapievermittlung und soziale Stabilisierung und Integration ab. Es wird von zwei verschiedenen Formen der Beratung ausgegangen:

- Einmalige Beratung: Einmalige intensive Hilfestellung im Rahmen eines ausführlichen Gesprächs, das sowohl gründliche Informationen als auch kompetente Umgangsweisen mit der Problemlage vermittelt.
- Längerfristige Beratung und Motivation (mit großen Ähnlichkeiten zum Case Management, s.u.): Damit ist ein dynamischer Prozess gemeint, in dessen Mittelpunkt das schrittweise Erkennen und Entwickeln von Ressourcen des Hilfesuchenden steht. Nach der Anamnese folgt gemeinsam mit dem Hilfesuchenden die Erstellung eines Hilfeplans, mit realisierbaren Nah-, Mittel- und/oder Fernzielen, der im weiteren Verlauf kontinuierlich überprüft und angepasst wird. In der Regel mündet der Beratungsprozess nach Fertigstellung des Hilfeplans in einer anderen Hilfeform oder schließt mit der Beendigung der Beratung. Im Durchschnitt sieht die Behörde hierfür fünf Stunden inklusive Dokumentation pro Fall vor.

Therapievorbereitung und Therapievermittlung

Dieses Leistungssegment beginnt, wenn die Ratsuchenden und die Beraterin bzw. der Berater übereingekommen sind, dass eine Therapie angemessen, notwendig und erwünscht ist. Die Arbeitsinhalte umfassen den formellen Bereich der Antragstellung einschließlich der Erstellung des Sozialberichts, die Auswahl einer geeigneten Therapieeinrichtung sowie die individuelle Vorbereitung auf die Therapie. Die unterschiedlichen therapeutischen Maßnahmen sind:

- teilstationäre Therapie,
- stationäre Langzeittherapie,
- stationäre Kurzzeittherapie,
- ambulante medizinische Rehabilitation.

Das Leistungssegment endet mit dem Übertritt in die angestrebte Maßnahme, dem Abbruch oder dem Wechsel in eine andere Hilfeform. Vorgesehen sind dafür seitens der Behörde nicht mehr als fünf Einzel- und/oder Gruppengespräche plus Verwaltungsaufwand.

Soziale Stabilisierung und Integration

Ziel ist es, die Chronifizierung und/oder eine Verschlechterung des gesundheitlichen und/oder psychosozialen Zustands der Klientel durch geeignete lebenspraktische Hilfen soweit wie möglich zu vermeiden. Es wird von einem mehrmonatigen Prozess ausgegangen, der in Form von Einzelgesprächen, telefonischen Gesprächen, offenen und/oder strukturierten Gruppen und ggf. in Form von Begleitung z. B. zu Ämtern erbracht wird. Dieses Leistungssegment endet mit Überleitung der Klientin bzw. des Klienten in eine andere Hilfeform, in die Selbständigkeit oder durch Abbruch. Zu den Zielen und Inhalten zählen:

- Existenzsicherung: Kontakte und Vermittlung zu Leistungsträgern wie Sozialämtern, Krankenkassen, Schuldnerberatungsstellen, ggf. Rückkopplung mit Justiz oder Bewährungshilfe,
- Gesundheitliche Vor- und Fürsorge: Kontakte, Vermittlung und Rückkopplung zu Gesundheitsfragen, Allgemein- und Fachärzten, krankenschwägerischer Akutbehandlung, Krankenhäusern, Entzugseinrichtungen, Methadonambulanzen, Vorsorge- und Übergangseinrichtungen etc.,
- Wohnungssicherung und -beschaffung: Kontakte, Vermittlung und Rückkopplung zu Übernachtungsstätten und Notschlafstellen zur Beseitigung von Obdachlosigkeit, zu Wohnungsämtern, Bezirksstellen zur Wohnungssicherung, zu Beratungsstellen für Wohnungslose,
- Vermittlung und Sicherung von Beschäftigung, Arbeit und Ausbildung: Kontakte, Vermittlung und Rückkopplung zu Arbeitsämtern, Arbeitsagenturen (ARGE), Schulen, Ausbildungsstätten, beruflichen Rehabilitationsträgern, Beschäftigungsträgern und Vermittlung von Beschäftigungsmaßnahmen,
- Stabilisierung des sozialen Umfeldes: Wiederherstellung des Kontaktes zu Angehörigen, Kontakt zu und Vermittlung in Freizeitangebote, Selbsthilfegruppen oder an geeignete soziale Dienststellen.

Ambulante medizinische Rehabilitation

Sie erfolgt auf Grundlage der Vorgaben der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen zwischen den Kostenträgern der Rehabilitationsmaßnahmen in der jeweils gültigen Fassung. Sie kann als rein ambulante Maßnahme oder im Anschluss an eine teilstationäre oder stationäre Entwöhnbehandlung in Anspruch genommen werden (vgl. Konkretisierung des Zweckes zum Zuwendungsvertrag 2009-2011).

Anforderungen an die Beraterinnen und Berater

Im Zuwendungsvertrag wird keine Aussage getroffen, über welche methodischen Kompetenzen die Beraterinnen und Berater verfügen sollen, um die beschriebenen Leistungen zu erbringen. Grundsätzlich stellt der aus den Mehrfachproblemlagen der Klientel resultierende Beratungs- und Hilfebedarf hohe Anforderungen an die in der Suchthilfe tätigen Beraterinnen und Berater. Meiner Ansicht nach sind spezifische Kompetenzen und Kenntnisse in folgenden Bereichen notwendig, um die Arbeit mit den von Suchtmittelabhängigkeit Betroffenen oder Gefährdeten zu leisten:

Krisenintervention

Krisenintervention bzw. Notfallhilfe ist in Suchtberatungsstellen an der Tagesordnung. Sie dient der Linderung bzw. Beseitigung einer akuten Notlage. Wenn man sich das Leben von Abhängigkeitskranken vergegenwärtigt, so erscheint es häufig als eine Abfolge von aufeinander folgenden Krisen. In der persönlichen Wahrnehmung der Betroffenen gibt es Unterschiede, deshalb sollte die Beraterin bzw. der Berater genau unterscheiden lernen zwischen einem Notfall und einer Krise. Vogt spricht in diesem Zusammenhang von fließenden Übergängen zwischen Krisen und akuten Notfällen (auch Akutkrisen genannt). Demnach können Notfälle bei Personen vorliegen, die obdachlos sind und über keine finanziellen Mittel zur Befriedigung ihrer Basisbedürfnisse verfügen. Diesem Personenkreis kann schon damit geholfen sein, dass Soforthilfen zur Verfügung gestellt werden, wie z. B. die Vermittlung eines Notschlafbettes und die damit verbundene schnelle Intervention beim Sozialamt bezüglich der Kostenklärung, die Vernetzung mit anderen Hilfeinstitutionen (z. B. Suppenküchen, Kleiderkammern etc.) oder der schnelle Termin beim Arzt zur Behandlung einer Akuterkrankung.

Prozessorientierte Krisenintervention dagegen ist angezeigt, wenn Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt oder Hilfestellung bei der Bewältigung personaler Gewalterfahrungen erforderlich sind oder eine drohende Wohnungsräumung aufgeschoben oder verhindert werden kann.

Unabhängig von der Trennung von Soforthilfen und Krisenintervention zielt die Hilfe auf das Hier und Jetzt. Die Intervention soll sofortige Abhilfe schaffen, ist aber auch immer eine Möglichkeit, zum positiven Beziehungsaufbau beizutragen und damit den Weg für ein längerfristiges Arbeitsbündnis zu ebnen, um in Zukunft langfristige Veränderungen anzustreben, die geeignet sind Krisen im Vorfeld zu verhindern (vgl. Vogt 2004, 228 ff.).

Motivierende Gesprächsführung

Motivierende Gesprächsführung dient dazu, die Ambivalenzen, mit denen sich Suchtmittelabhängige konfrontiert sehen, zu verdeutlichen und so eine Verhaltensänderung zu bewirken. Nach Prochaska und Di Clemente verläuft dieser Prozess in fünf Stufen: Die erste Stufe ist die Absichtslosigkeit, in der die betroffenen Personen nicht oder fast nicht über eine Verhaltensänderung nachdenken. Die zweite Stufe ist die Absichtsbildung, mit der typischen Ambivalenz gegenüber dem aktuellen Verhalten und der Veränderung. Die dritte Stufe ist die Vorbereitung, d. h. dass erste Pläne über Veränderungen gemacht und Umsetzungsschritte überlegt werden. Typisch für diese Phase ist, dass eine Kosten-Nutzenrechnung erstellt wird, d. h. verschiedene Verhaltensweisen gegeneinander abgewogen werden. Die vierte Stufe ist die Handlung, in der konkrete Aktionen und Maßnahmen unternommen werden, um Verhaltensänderungen herbeizuführen. Die letzte Stufe ist die Aufrechterhaltung, in der es darum geht, Veränderungen und Fortschritte beizubehalten.

Um die Klientinnen und Klienten in den verschiedenen Phasen zu unterstützen, haben sich bestimmte Techniken bzw. Methoden der Gesprächsführung bewährt: Aktives Zuhören, offene und systemische Fragen stellen, mit Widerstand umgehen, statt den Widerstand zu bekämpfen, eigene Fähigkeiten herausarbeiten, nicht auf Beweisführung einlassen, sondern Diskrepanzen herausarbeiten (vgl. Vogt 2004, 203 ff.).

Motivierende Gesprächsführung verzichtet auf Konfrontation, Urteile, Belehrungen, Moralisierung, Drohungen, Diagnosen, abwertende Sprache und Vorschriften. Sie anerkennt dagegen, dass die Klientinnen und Klienten Ambivalenzen bezüglich ihrer Änderungswünsche aufweisen, Ressourcen haben, diese Ambivalenzen aufzulösen und sich zu ändern, und dass die Beraterin bzw. der Berater eine Begleitperson darstellt im Prozess, die Ambivalenzen zu erkunden und in Änderungsbereitschaft umzusetzen.

Soziale Beratung

Die Interventionen der Sozialen Beratung zielen auf Vermittlung von Wissen, Orientierung und Lösungsmöglichkeiten in Bezug auf lebenspraktische Probleme und Sicherung der wirtschaftlichen und materiellen Lebensgrundlagen. Das heißt, die Beraterin bzw. der Berater sollte Kenntnisse haben, wie sich einzelfallbezogene Sozialleistungen erschließen lassen, und Unterstützung gewähren im Aufbau sozialer Kompetenzen, damit die persönlichen Voraussetzungen für soziale Teilhabe ihrer Klientel geschaffen werden. Suchtmittelabhängigkeit verringert die Teilhabe am gesellschaftlichen Wohlstand. In folgenden Bereichen kommt es häufig zu einer Unterversorgung: Einkommen, Wohnen, Bildung, Gesundheit, familiäre und soziale Unterstützung und persönliche Perspektiven (vgl. Ansen 2006, 26 ff.).

Netzwerkarbeit

Soziale Netzwerkarbeit hat zum Ziel, die im Umfeld liegenden Ressourcen der Klientinnen und Klienten aufzudecken und zugänglich zu machen, um Möglichkeiten der sozialen Teilhabe und Integration zu erschließen. Soziale Netzwerke suchtmittelabhängiger Klientinnen und Klienten, insbesondere von Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen weisen häufig eher homogene Netzwerkstrukturen auf, die für eine Entwicklung aus der Sucht hinderlich sein können. „Angehörige von Unterschicht-Netzwerken können so z. B. einerseits auf die solidarische Unterstützung anderer Netzwerkmitglieder fest zählen, andererseits werden auf diese Weise sowohl Verhaltensweisen als auch normative Orientierungen verstärkt, die in der dominanten Kultur als abweichend beziehungsweise negativ etikettiert werden. Auf diese Weise tragen soziale Unterstützungsnetzwerke zur Verfestigung benachteiligter Lebenslagen bei.“ (Heinze, Olk und Hilbert 1988: 115, zit. n. Galuske 2011, 332)

In der netzwerkbezogenen Beratung geht es daher nach Pearson (1997, zit. n. Sickendiek, Engel und Nestmann 2008, 204) darum, gemeinsam mit dem Klientel zu analysieren

- „welche Unterstützungsressourcen aus dem sozialen Umfeld weiter hilfreich sein können (oder auch welche wieder aktiviert werden könnten; Anm. der Verfasserin),
- was Ratsuchende tun können, um mehr oder andere Hilfe zu erhalten,
- wo auch Grenzen der Hilfe liegen, sie also vielleicht bisher jemanden mit Hilfeersuchen überbeansprucht haben
- und welche Möglichkeiten sie selbst haben, sich für Rat und Hilfe zu revanchieren, um aus einseitigem Nehmen eine gegenseitige Beziehung werden zu lassen.“

Case Management

Das Ziel von Case Management ist es, die Fähigkeiten des Klientel zum selbstbestimmten Leben zu fördern, individuelle und im Umfeld liegende Ressourcen zu verknüpfen und höchstmögliche Effektivität und Effizienz im professionellen Unterstützungsprozess zu erreichen. Durch die ganzheitliche Verbindung von einzelfallorientierter Arbeit, personaler Netzwerkarbeit und Sozialraumorientierung soll den Betroffenen mehr Sicherheit gegeben werden, differenzierte Hilfestellungen zum richtigen Zeitpunkt in der auf sie zugeschnittenen Form zu finden. Die Maxime ist, dass die angebotenen Hilfen so wenig wie möglich in die bestehende und gewohnte Lebenswelt eingreifen. Eigene Ressourcen und das umgebende soziale Netz des

Betroffenen sind der Ausgangspunkt der Hilfen. Case Management ist ein gezieltes, geplantes und den Erfolg beobachtendes Verfahren mit abschließender Auswertung auf der Grundlage einer reflektierten und tragenden Arbeitsbeziehung.

Das Konzept Case Management beinhaltet die Fall- und Systemebene. Auf der Fallebene wird mit der Klientin bzw. dem Klienten in einem phasenorientierten Verlauf idealtypisch folgendes Verfahren durchlaufen: Intake/Erstgespräch – Assessment mit einer Problem- und Ressourcenanalyse, Einschätzung und Prognose – zielgestützte Hilfeplanung – Linking und Monitoring der Unterstützungsleistungen – Abschluss/Evaluation.

Auf der Systemebene beinhaltet Case Management Netzwerkarbeit auf institutioneller Ebene zur Koordination und Sicherstellung von Unterstützungsleistungen für das Klientel. Dadurch soll sichergestellt werden, dass eine Klientin bzw. ein Klient in mehrfach belasteten Situationen planvolle und strukturierte Unterstützung erfährt.

Case Management in der Arbeit mit Suchtmittelabhängigen ermöglicht ein strukturiertes Vorgehen im Hilfeprozess unter konsequenter Nutzung vorhandener formaler und informeller Ressourcen. Die Aufgabe der Case Managerin bzw. des Case Managers ist dabei dafür zu sorgen, dass die unterschiedlichen Hilfenetze funktionieren und die zugesagten Hilfen erbracht werden. Gleichzeitig nimmt sie bzw. er aber die Klientinnen und die Klienten in die Pflicht, selbst die Verantwortung für die Veränderung ihrer Lebensführung zu übernehmen (vgl. Neuffer 2011, 147 f.).

Perspektiven

Es sind bereits Probleme bzw. Herausforderungen benannt worden, die perspektivisch in der Arbeit mit Suchtmittelabhängigen verstärkt Berücksichtigung erfahren sollten. Dass es beispielsweise trotz eines differenzierten, flächendeckenden ambulanten Hilfeangebots bis zu 12 Jahren dauert, bis Menschen, die von Alkoholproblemen betroffen sind, Hilfe suchen, ist unbefriedigend. Hier sollte überlegt werden, wie Zugangsschwellen gesenkt werden oder andere Personengruppen geschult werden könnten, Suchtprobleme frühzeitig zu erkennen, anzusprechen und in weiterführende Hilfen zu vermitteln. Zu denken wäre hier an eine Kooperation mit Vorgesetzten in Betrieben, Hausärzten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in anderen Hilfesegmenten, z.B. der Jugendhilfe. Ein weiteres Problem ist die hohe Arbeitslosenquote sowohl bei hilfeschuchenden Alkoholkranken als auch bei Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen. In Anbetracht des Stellenwerts, den Arbeit in unserer Gesellschaft hat, und den aus Arbeit resultierenden Teilhabemöglichkeiten sind die Befähigung zur, die Vermittlung in und der Erhalt von Arbeit ein wichtiger Aspekt in der Arbeit mit Abhängigkeitskranken. Die Kooperation mit den Hamburger ARGE n war hierbei ein richtiger Schritt und sollte weiterentwickelt werden.

Laut Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation leben ca. 2700 minderjährige Kinder in den Haushalten der Hilfesuchenden. Aus dieser Zahl lässt sich ein hoher Unterstützungsbedarf zum Wohle der Kinder und damit die Wichtigkeit einer guten Kooperation zwischen Suchthilfe- und Familienhilfeeinrichtungen ableiten. Ferner ist auch noch einmal die Wichtigkeit zu betonen, Suchtmittelabhängige früher bzw. überhaupt ans Hilfesystem anzubinden, damit der Hilfebedarf zum Wohle der Kinder sichergestellt werden kann.

Ebenfalls aus der Studie ableiten lässt sich die hohe Anzahl der unternommenen Suizidversuche in der Gruppe der Suchtmittelabhängigen. Ungefähr ein Viertel aller Klientinnen und Klienten hat bereits einen oder mehrere Suizidversuche unternommen. Damit steigt das Risiko eines vollendeten Suizides immens. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Suchthilfeeinrichtungen bedeutet das, die Übernahme von suizidpräventiven Aufgaben sicherzustellen.

Ein weiteres großes Problem, was nicht durch die Einrichtungen die ambulanten Einrichtungen der Hamburger Suchthilfe gelöst werden kann, aber einen unmittelbaren Einfluss auf ihre Arbeit hat, ist die Lage auf dem Wohnungsmarkt. Die Klientel ist häufig wohnungslos oder lebt in prekären Wohnverhältnissen. Es gilt hier, bezahlbaren Wohnraum zu schaffen, da die Bewältigung der Suchtmittelabhängigkeit ohne stabile Wohnsituation nicht realistisch ist. (Vgl. Martens u.a.2011, I).

Resumee

Insgesamt betrachtet, lässt sich im Bereich der ambulanten Hilfen für Suchtmittelabhängige in Hamburg eine hohe Leistungsfähigkeit feststellen. Es gilt, diese Leistungsfähigkeit unbedingt zu erhalten und durch Kooperationen noch zu verstärken.

Literatur

Ansen, Harald 2006: soziale Beratung bei Armut. München: Ernst Reinhardt

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz 2011,

<http://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/3078592/2011-09-20-bgv-suchtbericht.html> (23.9.2011)

Böllinger, Lorenz 2002: Rechtsstellung des Helfers. In: Fengler, Jörg (Hg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung. Therapie. Prävention. Landsberg/Lech: ecomed

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Wissenschaft und Gesundheit: Konkretisierung des Anwendungszwecks zum Anwendungsvertrag zwischen der Freien und Hansestadt Hamburg und dem Träger der Maßnahme, 2009-2011

Galuske, Michael 2011: Methoden der Sozialen Arbeit. Weinheim und München: Juventa

Jugendhilfe e. V. 2011: Beratungs- und Gesundheitszentrum St. Georg. Konzept und Angebotsstruktur, <http://www.jugendhilfe.de/drobinn.de/gz-3.html> (23.9.2011)

Martens, Marcus-Sebastian/ Schütze, Christian/ Buth, Sven/ Neumann-Runde, Eike 2011: Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation (BADO e.V). Elmshorn: PreMEDIA GmbH

Neuffer, Manfred 2011: Case Management. In: Fachlexikon der sozialen Arbeit. Baden-Baden: Nomos, 7. Aufl.

Quintin, Claudia 2002: Frauenspezifische Psychotherapie und Prävention. In: Fengler, Jörg (Hg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung. Therapie. Prävention. Landsberg/Lech: ecomed

Sickendiek, Ursel/ Engel, Frank/ Nestmann, Frank 2008: Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Weinheim und München: Juventa

Vogt, Imgard 2004: Beratung von süchtigen Frauen und Männern. Grundlagen und Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Vogt, Imgard/ Schmid, Martin 2007: Sucht und Drogenberatung. In: Nestmann, Frank/ Engel, Frank/ Sickendiek, Ursel (Hg.): Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. Tübingen: dgvt-Verlag, 2. Aufl.

Grit Lehmann, Jg. 1969. Diplom-Sozialpädagogin, Suchttherapeutin VDR; 10 Jahre in der Suchttherapie tätig, seit 2008 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der HAW Hamburg, Schwerpunkt: Abhängigkeitserkrankungen. grit.lehmann@haw-hamburg.de

S. 72-79

Standpunkt Sozial. Hamburger Forum für Soziale Arbeit und Gesundheit. 2+3/2011.

Herausgeber: Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Alexanderstraße 1, D-20099 Hamburg

ISSN 0937-5791

Aufgaben zur Orientierung und Erarbeitung des Inhalts

1. Fassen Sie die Probleme zusammen, die sich hinsichtlich Alkohol und Cannabis als Suchtmittel zeigen. (Zu S. 1)
2. Geben Sie wieder, mit welchen Problemen speziell Menschen, die harte Drogen konsumieren, konfrontiert sind. (Zu S. 1)
3. Fassen Sie die Struktur der Drogenberatung in Hamburg in einer grafischen Strukturierung zusammen (Einrichtungen – Mengen, Gliederung, Schwerpunkte). (Zu S. 1)
4. Geben Sie die Besonderheiten hinsichtlich Drogenberatung für Frauen wieder. (Zu S. 1)
5. Erläutern Sie Akzeptanz-Paradigma gegenüber Abstinenzorientierung sowie deren Unterschied. Geben Sie an, was „niederschwellige Angebote“ sind und ordnen Sie sie einem der vorgenannten Ansätze zu. Leiten Sie daraus ab, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit das Hilfesystem Menschen, die harte Drogen konsumieren, integrieren kann. Stellen Sie die besonderen Angebote und Hilfen dar, die niederschwellige Beratungsstellen bieten. (Zu S. 2)
6. Fassen Sie die Lebenslagen der Konsumentinnen und Konsumenten harter illegaler Drogen, weicher illegaler und legaler Drogen tabellarisch zusammen. Erstellen Sie einen Vergleich in Textform. (Zu S. 2-3)
7. Notieren Sie Lehmanns Angaben zu Diagnosekriterien für Abhängigkeitserkrankungen, Klassifikationssysteme sowie deren Relevanz im Beratungsprozess. Stellen Sie zudem die Diagnostik im Beratungsprozess dar. (Zu S. 2)
8. Stellen Sie die Angebote der Drogenberatungsstellen dar und leiten Sie sie aus den Lebenslagen von Drogenkonsumentinnen und -konsumenten ab. (Zu S. 2)
9. Notieren Sie, welche Qualifikationen Berater:innen haben müssen angesichts der Lebenslagen der Konsumentinnen und Konsumenten sowie der Angebote der Beratungsstellen. (Zu S. 2)
10. Fassen Sie die Leistungen des Beratungssegment zusammen sortiert nach dem Zeitablauf einer Beratung (Abschnitte „Betreuung und Beratung“, „Erstkontakt und Information“, „Beratung“ (mit „Therapievorbereitung und Therapievermittlung“), „Soziale Stabilisierung und Integration“). (Zu S. 3-4)
11. Stellen Sie die Inhalte der Abschnitte „Ambulante medizinische Rehabilitation“ (mit „Anforderung an Beraterinnen und Berater“) und „Krisenintervention“ dar (Zu S. 5)
12. Fassen Sie die Beratungsmethode „motivierende Gesprächsführung“ in einer grafischen Darstellung zusammen. (Zu S. 5-6)
13. Notieren Sie Lehmanns Angaben in den Abschnitten „Soziale Beratung“, „Netzwerkarbeit“, „Case Management“ in Stichworten. Notieren Sie, welche Autorinnen und Autoren diese Handlungskonzepte der Sozialen Arbeit entwickelt haben. (Zu S. 6-7)
14. Fassen Sie die Angaben in den Abschnitten „Perspektiven“ und „Resümee“ zusammen. Wenn möglich, recherchieren Sie, wie sich die dort genannten Bereiche seit Veröffentlichung des Textes entwickelt haben. (Zu S. 7-8)