



*Krise als Chance*

27. Jahrestagung  
03. Dezember 2009  
Münster

Forum Sucht  
Band 42  
ISSN 0942-2382

**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

Herausgeber: Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
LWL-Koordinationsstelle Sucht

Redaktion: Sarrazin, Doris, LWL-Koordinationsstelle Sucht  
Bearbeitung: Nitsch, Eva, Münster  
Layout: Ackermann, Ulrich, LWL-Printcenter  
Bildnachweis: LWL-Koordinationsstelle Sucht

Druck: Merkur Druck, Detmold

1. Auflage: 2.500

ISSN 0942-2382

© 2010 Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
LWL-Koordinationsstelle Sucht  
Warendorfer Straße 27, 48133 Münster

[www.lwl-ks.de](http://www.lwl-ks.de)

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung sind vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Medien verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

## *Krise als Chance*





# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	4
<b>Welche Auswirkungen hat die Wirtschaftskrise auf die Suchthilfe in den Ländern der EU?</b> Alessandro Pirona, Lissabon .....	6
<b>„Wie ticken Jugendliche?“ Schlussfolgerungen für die Suchtprävention aus der Sinus-Jugend-Milieu-Studie</b> Thomas Becker, Hamm .....	14
<b>Arbeit und Beschäftigung als zentrale Integrationsaufgabe</b> Jost Leune, Hannover .....	18
<b>Versorgung Suchtkranker in der Region: Effektiv und effizient</b> Rolf Hüllinghorst, Bielefeld .....	29
<b>Verzeichnis der Autoren</b> .....	40

## Vorwort

In den vergangenen Monaten verging kaum ein Tag, an dem die Medien nicht über die zurzeit herrschende Krise und ihre Auswirkungen in Deutschland und darüber hinaus berichteten. Was bedeutet dieses Szenario für die Suchthilfe? Gibt es Möglichkeiten sich zu wappnen bzw. aktiv gegenzusteuern? Sind vielleicht auch neue Chancen durch ein notwendiges Umdenken, hervorgerufen durch die Krise, erkennbar?

Im alltäglichen Sprachgebrauch meint das Wort „Krise“ in der Regel die Zuspitzung eines Problems. Nach der Bedeutung der griechischen Herkunft meint es aber auch „Entscheidung“, „Urteil“ und im chinesischen „Chance“. Jeder Krise ist eine Zeit der Unsicherheit, des Drucks und der Instabilität immanent; sie muss jedoch nicht notwendigerweise nur negativ bewertet werden. Es können sich aus diesem Ent- und Unterscheidungsprozess

auch positive neue Entwicklungen ergeben.

Die 27. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht am 03. Dezember 2009 im Landesamt für Ausbildung, Fortbildung und Personalangelegenheiten der Polizei NRW haben zahlreiche Teilnehmerinnen und Teilnehmer genutzt, um sich mit dem kontinuierlichen Prozess der Optimierung suchtspezifischen und wirtschaftlichen Handelns kritisch auseinander zu setzen.

Die Referenten aus dem In- und Ausland haben ihre Fachvorträge zur Veröffentlichung bereitgestellt. In diesem Tagungsband erhalten Sie neueste Erkenntnisse, Denkanstöße und Antworten u.a. auf die Fragen: Welche Auswirkungen wird die aktuelle Wirtschaftskrise auf die Suchthilfe und Prävention haben? Sind Veränderungen in unserem hoch ausdifferenzier-

ten, föderalen Hilfesystem notwendig? Ist inzwischen eher ein „Muster- oder Systemwechsel“ erforderlich, anstatt fortwährend an der „Qualitäts- und Quantitätsschraube“ zu drehen?

Zur Einführung in die Thematik beleuchtet Alessandro Pirona, Lissabon, in seinem Bericht die Dimension der Krise in der europäischen Suchthilfandschaft und zeigt auf, wie es anderen Ländern gelingt die Belange der Suchthilfe und Prävention in Zeiten des ökonomischen Mangels zu gestalten.

In dem daran anschließende Beitrag gibt Thomas Becker, Soest, anhand der „Sinus-Jugendmilieu-Studie U27“ einen Einblick in die Welten von Jugendlichen und u.U. Anlass den bekannten Setting-Ansatz zu überdenken.

Die Frage von Arbeit, Arbeitslosigkeit und Wirtschaftskrise im Kontext von

Therapie und Rehabilitation bilden den Schwerpunkt des Artikels von Jost Leune, Hannover. Er zeigt auf, welche Rolle Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit bei der Entwicklung von problematischen Konsumformen spielt und wo die Grenzen bisheriger Praxisansätze liegen.

Abschließend beschreibt Rolf Hüllinghorst, Bielefeld, anhand eines konkreten und praxisnahen Beispiels die Anforderungen an Leistungserbringer und Leistungsanbieter in schwierigen Zeiten und erläutert die Bedeutung kommunaler Suchthilfeplanung zur effektiven und effizienten Versorgung Suchtkranker in der Region.



Hans Meyer  
Landesrat

# Welche Auswirkungen hat die Wirtschaftskrise auf die Suchthilfe in den Ländern der EU?

Alessandro Pirona, Lissabon

## Einleitende Bemerkung

Ich wurde gebeten einen kurzen Überblick zum Thema „Welche Auswirkungen hat die Wirtschaftskrise auf die Suchthilfe in den Ländern der EU?“ zu geben. Jedoch bin ich kein Wirtschaftler und ich muss zugeben, dass ich all die Feinheiten und die Größe der aktuellen wirtschaftlichen Krise nicht vollkommen erfasse. Außerdem haben wir noch keine Mitteilung von den Ländern bekommen, die sich auf direkte Folgen der Krise bezüglich der Suchthilfe beziehen. Deswegen kann ich nur einen Ausblick auf mögliche Folgen und Reaktionen im Drogenbereich geben.

## Globalisierung und Ihre Auswirkungen - Wachsende Integration der Wirtschaft und Gesellschaft und ihr Einfluss auf die Drogenproblematik

### 1. Gleiche Tendenzen beim Drogenkonsum

Diese Abbildung - Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unter 15- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern in einigen europäischen Ländern - zeigt

- inwiefern die Prävalenz des Drogenkonsums unter Schülerinnen und Schülern im Zeitverlauf ähnliche Konsummuster hatte
- und ähnliche Reduzierung in den meisten Ländern.

Australien und Nordamerika sind gleichen Zeittendenzen gefolgt, die wahrscheinlich ein bisschen früher als in Europa angefangen haben.

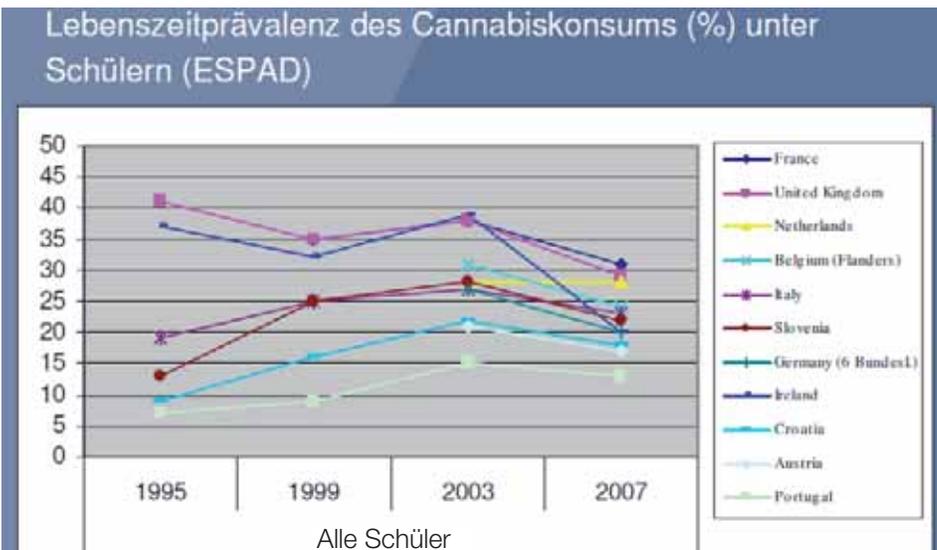


Abbildung 1: Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums (EBDD<sup>1</sup>. (2009.) Jahresbericht 2009. S. 49)

1 Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD). Englisch: European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

## Globale Märkte



*"Mit dem Kauf dieses Produktes stimmen Sie zu, es nicht zu sich zu nehmen, zu rauchen, aufzusaugen oder zu verzehren (...) und dass Sie dieses Produkt zu einem der folgenden Ziele benutzen: als Pflanzendünger und/oder aromatisches Potpourri"* (Quelle: E-PeP-Pills).

Abbildung 2 ([www.e-pep-pills.com](http://www.e-pep-pills.com))

Ähnliches kann zum Drogenkonsum unter jungen Erwachsenen beobachtet werden. Natürlich bedeutet es nicht, dass alle jungen Leute in Europa die gleichen Verhaltensweisen annehmen, aber sie neigen dazu immer ähnlicher zu werden. Mit Sicherheit steht es in Zusammenhang mit verstärkter Kommunikation gegenüber und zwischen jungen Leuten, z.B. durch das Internet.

### 2. Globale Märkte und Händler

Illegaler Drogenhandel war immer ein internationales Geschäft: Kokain aus Südamerika, Heroin aus Asien und Cannabis aus Nordafrika sind dafür historische Beispiele.

Vor kurzem wurde auch Europa zu einem wichtigen Drogenexporteur — sowohl von synthetischen Drogen, wie Ecstasy als auch zumindest innerhalb Europas von Cannabiskraut.

Was wir jedoch in der letzten Zeit beobachten können, ist eine andere qualita-

tive Veränderung: Neue Drogen werden auf ähnliche Art und Weise hergestellt wie viele legale Produkte. Sie

- werden zwar in Europa entworfen, aber in Asien produziert, wo es billiger ist
- zielen auf die größte Sparte der Konsumierenden von illegalen psychoaktive Substanzen ab, nämlich Cannabiskonsumentinnen und -----konsumenten
- sind mit attraktiven Namen und Verpackungen gekennzeichnet
- haben natürliche und exotische Aromen und auch in der letzten Zeit haben sie (in einigen Partien) Bestandteile von synthetischen Cannabinoiden enthalten, die eine ähnliche Wirkung wie die des natürlichen Cannabis haben können.

Das in der Abbildung dargestellte Produkt wird zwar nicht als Droge vermarktet, aber aus seiner Zusam-

# Globale Händler

Drogen verkaufende Online-Shops in der EU  
(European Perspectives on Drugs — E-Pod- Studie)

- 69 Online-Shops identifiziert und 27 analysiert
- Über 200 Substanzen und 500 andere Produkte angeboten als 'Legal Highs', Räuchermittel, Lufterfrischer, usw.
- Hauptsächlich Pflanzen (*salvia divinorum*, kratom, usw.);
- Partypillen

Abbildung 3 (Vgl. EBDD. (2008). Jahresbericht 2008. S. 140/105)

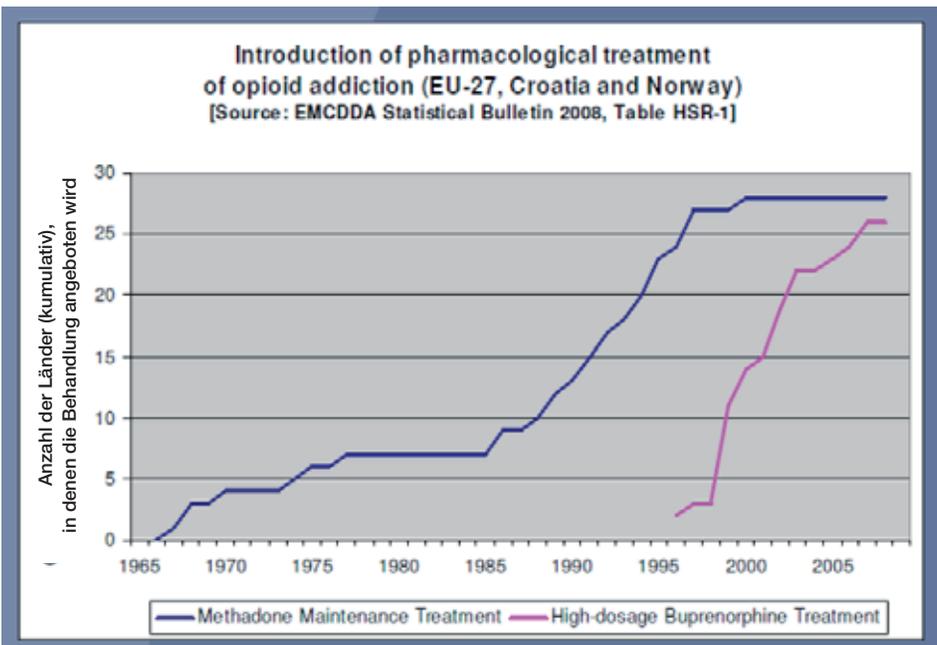


Abbildung 4: Einführung von Substitutionsbehandlungen bei Opiatabhängigkeit  
([www.emcdda.europa.eu/stats07/hsrfig1](http://www.emcdda.europa.eu/stats07/hsrfig1))

mensetzung geht hervor, dass es auf Drogenkonsumierende abzielt. Diese Substanzen werden (oft legal) über das Internet verkauft, wobei Händler und Konsumierende in unterschiedlichen Ländern mit unterschiedlicher Drogengesetzgebung leben.

Eine aktuell durchgeführte Snapshot-Studie in diesem Bereich hat gezeigt, dass es eine bedeutende Anzahl von diesen Webseiten in Europa gibt, die für eine breite Palette von Produkten werben. Ihr Angebot passt sich sehr schnell an Gesetzgebungsänderungen an.

### 3. Gemeinsame Maßnahmen

Globalisierung hat nicht nur Einfluss auf Drogenkonsum und Drogenmärkte. Zum Glück, haben die Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik auch davon profitiert. Länder lernen von einander viel mehr als in der Vergangenheit.

Die Grafik 4 stellt das Jahr der Einführung von opioidgestützter Substitutionstherapie (OST) in unterschiedlichen europäischen Ländern dar — Methadon in blau und Buprenorphin in rosa.

Wie zu sehen ist, haben die Länder Substitutionsbehandlung als eine gemeinsame Maßnahme zur Lösung des Heroinproblems der neunziger Jahre und der ersten Jahre des neuen Millenniums eingesetzt.

Demzufolge ist die Anzahl der Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung - die Behandlung mit den derzeitigen besten Evidenzdaten als Hilfe für Heroinkonsumenten schnell gestiegen. Heutzutage gibt es mehr als 600.000 Substitutionsbehandlungen in Europa. Das bedeutet, dass ungefähr 40 % problematischer Opioidkonsumierender diese Form der Behandlung bekommen.

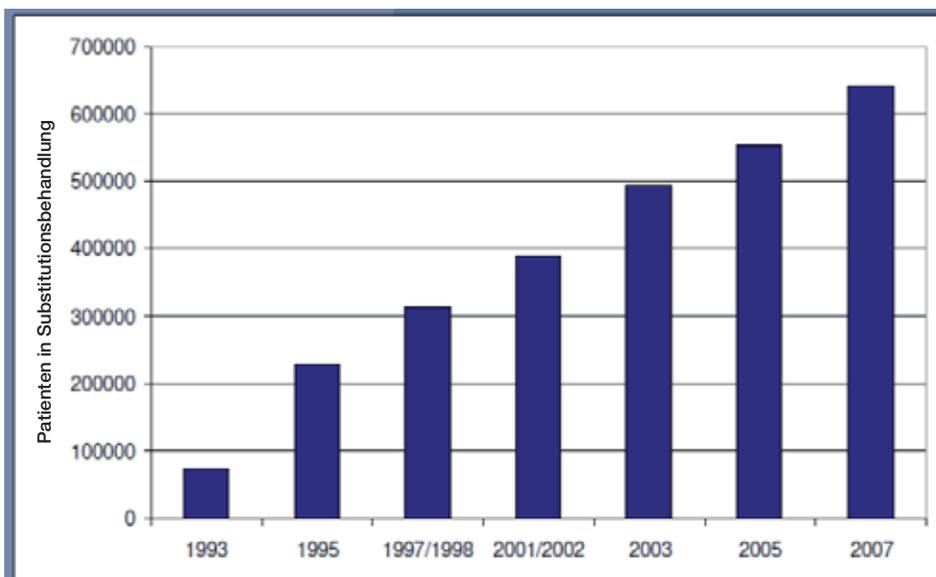


Abbildung 5: Anzahl der Patienten in Substitutionsbehandlung in der EU, 1993 bis 2007 ([www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu))

Es gibt andere ähnliche Beispiele:

- Im Bereich der Prävention — durch die Annahme von Interventionen, die die am meisten gefährdeten Gruppen zum Ziel haben.
- Auch im Bereich der Schadensminimierung — wo Nadel- und Spritzenaustauschprogramme in den meisten westeuropäischen Ländern zu einer gemeinsamen und akzeptierten Maßnahme gegen hohen Raten von Infektionskrankheiten und Todesfällen unter injizierenden Drogenkonsumentinnen und -konsumenten geworden sind.

### Wirtschaftliche Krise und ihr Einfluss auf Drogenprobleme und Drogenpolitik

Diese Graphiken zeigen Aspekte der wirtschaftlichen Krise:

1. Ihr Ausmaß ist sehr groß und global.
2. Viele Länder haben für das zweite Quartal 2009 im Vergleich zum Vorquartal einen Rückgang des BIP berichtet, was zeigt, dass die Krise immer noch anhält.

*Die wirtschaftliche Krise und einige mögliche Folgen in Zusammenhang mit der Drogenproblematik*

Es ist ein bisschen zweifelhaft, ob diese Krise alle Gesellschaftsbereiche beeinflussen wird. Drogenkonsum und drogenbedingte Probleme werden sicherlich davon betroffen sein. Angesichts des Ausmaßes der Rezession und der in der Vergangenheit gewonnenen Erfahrung (die letzte Rezession in den neunziger Jahren fand statt als die Heroinepidemie sich schon rasch verbreitete) haben wir wenige verlässli-

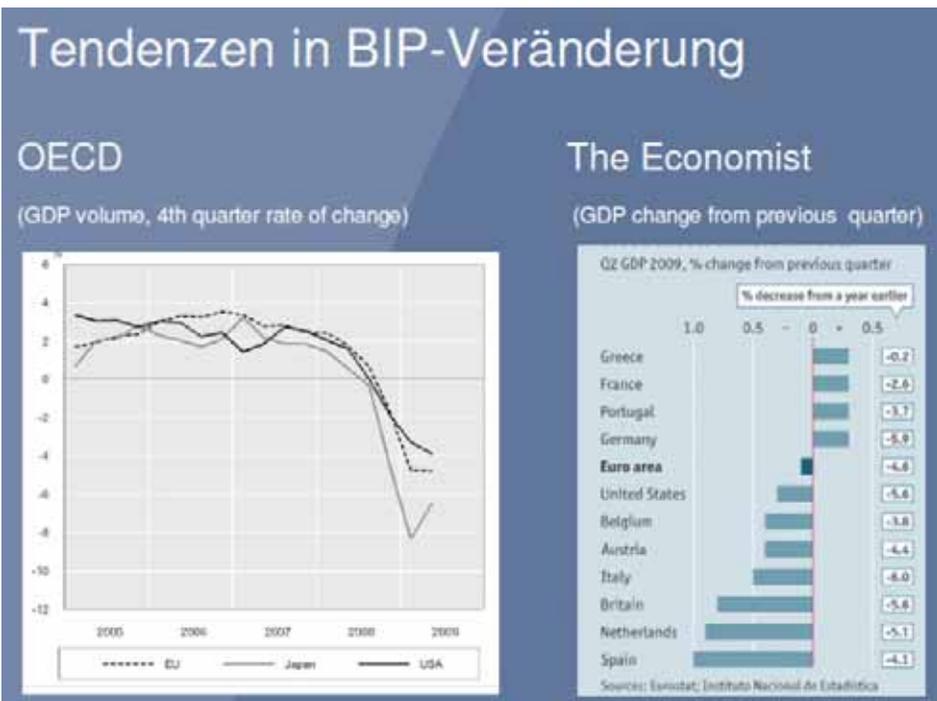


Abbildung 6 (www.epp.eurostat.ec.europa.eu)

che Anhaltspunkte, auf die wir uns stützen können. Jedoch können einige fundierte Spekulationen gemacht werden:

1. Wir wissen, dass Beschäftigung von Personen, die sich in Drogenbehandlung befinden, einen realen therapeutischen Wert hat und diese ein Ziel des Behandlungsplans sein sollte. Allerdings, da die hohen Arbeitslosigkeitsraten auch die breite Öffentlichkeit betreffen können, wird die soziale Reintegration von Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten eine tatsächliche Herausforderung.
2. Unsere letzten Daten zeigen, dass die Verfügbarkeit von opioidgestützter Substitutionsbehandlung in vielen Ländern Mittel- und Osteuropas beschränkt ist. Obwohl der Einfluss dieser Behandlung auf drogenbedingte Todesfälle und Verbreitung von Infektionskrankheiten bewiesen ist, ist es nicht ausgeschlossen, dass infolge der Krise ihre Verbreitung in diesen Ländern gestoppt oder reduziert wird. Besonders, weil viele dieser Ländern stark von der Krise betroffen sind. Das gleiche bezieht sich auf Nadel- und Spritzenaustauschprogramme, die schon für das kommende Jahr von großen Budgetkürzungen betroffen sein werden, so z.B. in Lettland.
3. Eine wirtschaftliche Krise bedeutet auch eine Reduzierung des verfügbaren Einkommen, was zu einer Reduzierung von Warenerwerb führen kann — wie z.B. Drogen unter jungen Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten; aber die Situation in anderen drogenkonsumentierenden Gruppen (z.B. marginalisierten Gruppen) kann anders sein.

Im Generellen können wir keine klare Aussage über die Zukunft machen. Jedoch nach meiner persönlichen Einschätzung werden, wie es oft der Fall ist, die am meisten vulnerablen Gesellschaftsmitglieder wahrscheinlich den höchsten Preis zahlen.

Die Grafik 7 zeigt einen der Gründe, warum das am meisten Vulnerable am stärksten betroffen sein kann. Sie zeigt die progressive Trennung von Staatsausgaben und Staatseinnahmen in Spanien. Wie man beobachten kann, haben die Regierungen mit Aufrechterhaltung und manchmal mit Steigerung von öffentlichen Investitionen auf die Krise reagiert. Wie die Grafik zeigt, ist es unwahrscheinlich, dass dieses auf lange Sicht funktioniert. Bald werden Regierungen gezwungen sein ihre Ausgaben drastisch zu reduzieren, wenn sie enorme Defizitzahlen und exponentielle Staatsverschuldung vermeiden wollen. In der Konsequenz werden auch die Finanzmittel für Sozial- und Gesundheitsprobleme reduziert. Größere Kürzungen sind kein unrealistisches Szenario.

### Einnahmen und Ausgaben in Spanien in % von BIP (Economist)

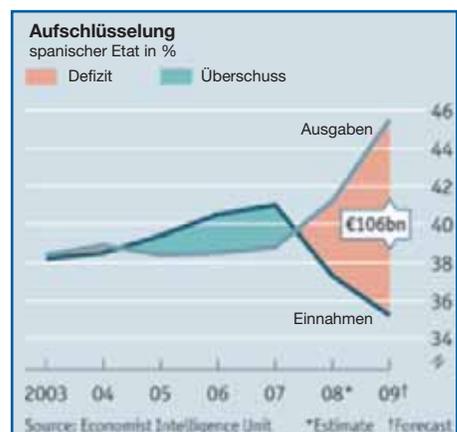


Abbildung 7 (www.eiu.com)

Wir haben eine schnelle Berechnung gemacht, welche praktische Bedeutung diese Situation für den Drogenbereich hat. Wir schätzen, dass der letzte Rückgang des BIP zwischen 2008 und 2009 eine Reduzierung von etwa einer Milliarde Euro der gesamten öffentlichen Ausgaben im Drogensektor in der EU bedeuten könnte. Diese grobe Einschätzung soll eine Vorstellung von dem geben, was passieren könnte, vor allem wenn die Krise in den kommenden Monaten und Jahren anhält.

### **Herausforderungen und die Möglichkeiten, die aus der Globalisierung und wirtschaftlichen Krise folgen - Beobachtungen, Ideen und Vorschläge**

Was können wir, angesichts der zugegenommenen Globalisierung und der möglichen Budgetkürzungen, machen? Als Antwort auf diese Frage, kann ich nur einige Beobachtungen und Vorstellungen präsentieren, die auf unserer Arbeit in der EBDD basieren:

#### *Maßnahmen zur Bewältigung der Drogenproblematik in der Globalisierungsära*

1. Drogenstrategien und -interventionen klar definieren und evaluieren, um Lernprozesse auf dem internationalen Niveau weiter zu entwickeln. Es gab zum Beispiel sechs wissenschaftliche Studien über medizinisch verschriebenes Heroin für schwer zu behandelnde Heroinkonsumierende und wir haben entschieden, dass es höchste Zeit ist das verfügbare Wissen zusammenzufassen und Praktikerinnen und Praktikern sowie Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern zur Verfügung zu stellen.

2. Öffentliche Ausgaben beobachten und analysieren.

Schon seit einiger Zeit versucht die EBDD Daten über öffentliche Ausgaben im Drogensektor zu erheben, was der erste Schritt in Richtung einer angemessenen Evaluierung von drogenspezifischer Politik und Interventionen ist.

3. Voneinander lernen: Vorbildliche Verfahren teilen.

Die EBDD unterstützt und fördert unter anderem auch den Wissensaustausch. Wir haben das „Best-practice-portal“ (Portal für vorbildliche Verfahren) auf unserer Webseite [www.emcdda.europa.eu/best-practice](http://www.emcdda.europa.eu/best-practice) errichtet. Dort sind aktuelle Informationen, vorbildliche Verfahren und Richtlinien zu finden.

#### *Maßnahmen im Falle einer möglichen Kürzung von öffentlichen Finanzmitteln*

Was sollen wir machen, wenn die öffentlichen Finanzmittel gekürzt werden? Sehr wahrscheinlich werden hier viele Maßnahmen auf der nationalen oder lokalen, jedoch nicht auf der globalen Ebene unternommen. Wir müssen uns das Tempo und die Besonderheiten der individuellen Haushaltskürzungen anschauen. Bezüglich einer globalen Ebene kann man jedoch sagen, dass die Wirksamkeit und Kosteneffektivität von drogenspezifischen Interventionen immer noch verbesserungswürdig sind.

Hier einige Beispiele:

- Prävention könnte sich auf vulnerable und gefährdete Gruppen konzentrieren, bei denen die höchste Wirksamkeit belegt ist.
- Bereitstellung einer adäquaten Behandlung und Schadensminimierungsmaßnahmen sind eine schwierige

ge aber wertvolle Aufgabe. Es ist klar, dass es bedeutende Wirksamkeitsunterschiede zwischen einer richtig dosierten und richtig begleiteten Methadonbehandlung und einer ohne diese Merkmale gibt.

Wir wissen auch, dass Drogenpatientinnen und Drogenpatienten nach ihrer Stabilisierung vielleicht eine bessere Behandlung bei ihrer Hausärztin / bei ihrem Hausarzt bekommen können als in einer spezialisierten Behandlungseinrichtung, die viel teurer sein kann.

- In den letzten Jahren gab es nicht sehr viele Innovationen im Drogenbereich, und wir versuchen diese so genau wie möglich zu verfolgen. Internetbasierte Behandlung ist ein Instrument, das helfen kann, Leute zu erreichen, die die vorhandenen Leistungen nicht nutzen wollen. Es kann auch eine ziemlich kosteneffektive Art der Behandlung sein.
- Die größten Investitionen der Drogenpolitik werden im Bereich der Angebotsreduzierung gemacht, der für mangelnde Evaluierung bekannt ist. Ich glaube, die wirtschaftliche Krise könnte auch ein Anlass sein, um sich Strafverfolgungsbudgets anzuschauen und zu prüfen, ob nicht bessere Ergebnisse erzielt würden, wenn man die finanziellen Mittel im gesundheitlichen und sozialen Sektor nutzt.

## Fazit

Ich weiß, dass ich damit keine Wunderlösung dargestellt habe, die die Reise durch die wirtschaftliche Krise angenehmer machen würde. Ich könnte aber etwas Schlimmeres tun. Wenn Sie mich fragen, welche minimalen Leistungen beibehalten werden sollten, könnte ich sagen, dass minimale Leistungen kein akzeptables Szenario sind, da illegaler Drogenkonsum immer noch eine der Hauptursachen für Todesfälle unter jungen Menschen - vorwiegend jungen Männern - in Europa ist<sup>2</sup>. Integration spezialisierter Drogenleistungen in mehr allgemeine gesundheitliche und soziale Leistungen wird bestimmt eine Option in der nächsten Zukunft sein, aber die Unterdrückung von Leistungen scheint mir gar keine gute Idee zu sein.

Und denken Sie daran:

Eine Drogenkonsumentin/ ein Drogenkonsument im Gefängnis kann zehnmal mehr kosten als eine/ einer in Behandlung!

## Literatur

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. (Hrsg.). (2008). Jahresbericht 2008. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. (Hrsg.). (2009). Jahresbericht 2009. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.

---

<sup>2</sup> Es wird geschätzt, dass (gemeldete) Überdosierungen ungefähr 3,5 % aller Todesfälle der 15 – 39-jährigen in Europa ausmachen. Zudem sind wahrscheinlich zwischen 20 und 50 % aller Todesfälle unter problematischer Drogenkonsumenten auf (gemeldete) Überdosierungen zurück zu führen (Kohortenstudien). ([www.emcdda.europa.eu/stats08/drdtab5b](http://www.emcdda.europa.eu/stats08/drdtab5b))

# „Wie ticken Jugendliche?“ Schlussfolgerungen für die Suchtprävention aus der Sinus-Jugendstudie

Thomas Becker, Hamm

Grundlage dieses Vortrages sind die Studien des Heidelberger kultursoziologischen Forschungsinstituts Sinus Sociovision. Seit Ende der siebziger Jahre betreibt das Institut Lebensweltforschung. Auslöser war damals ein Problem politischer Parteien. Diese bemerkten, dass die Lebensverhältnisse immer unübersichtlicher wurden. Der „Stammwähler“ war nicht mehr so einfach gemäß seiner sozialen Lage zu bestimmen. Es wurde zunehmend weni-

ger selbstverständlich, dass Arbeiterinnen und Arbeiter mit eher niedrigem Bildungs- und Einkommensstand die SPD wählten oder dass sich die bäuerlich geprägten Menschen vom Land für bürgerliche Parteien entschieden. Das althergebrachte Schichtmodell und die damit verbundene quantitative Sozialforschung funktionierten immer weniger für einigermaßen sichere Prognosen, wie Menschen sich verhalten. Der Ruf wurde laut, dass die Soziologie andere Modelle sozialer Wirklichkeit entwickeln soll, um Gesellschaft zu verstehen – ein Bedürfnis, das schnell nicht nur Parteifunktionäre anmeldeten, sondern auch Unternehmer, Bildungsplaner oder Stadtentwickler – und in den letzten Jahren auch Akteure in der Sozialen Arbeit.

## Die Sinus-Milieus® in Deutschland 2007 Soziale Lage und Grundorientierung

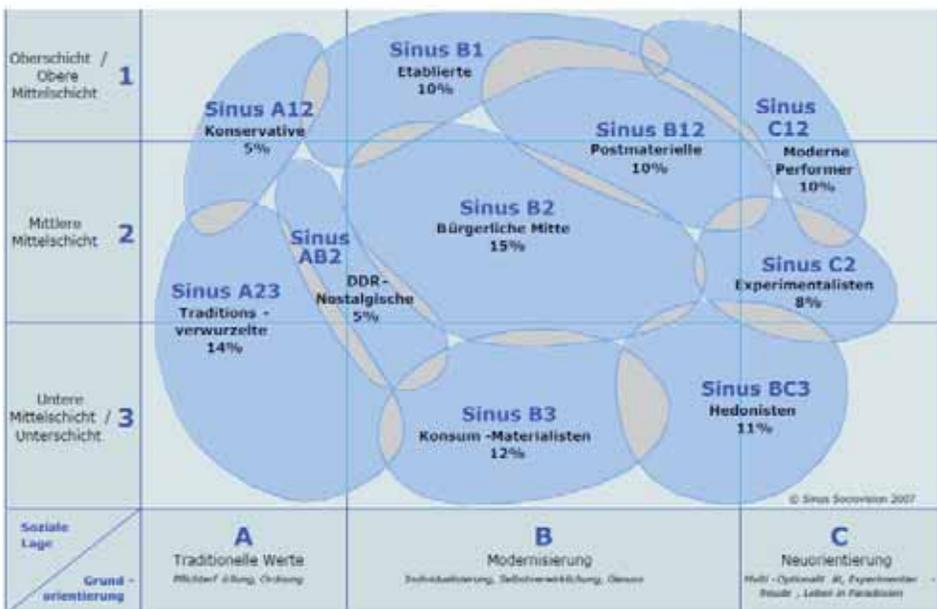


Abbildung 1:  
Die Milieuverteilung der deutschsprachigen Wohnbevölkerung ab 14 Jahren

Gemäß dieser Ausgangslage verpflichtete sich das Institut Sinus Sociovision auf Methoden der qualitativen Sozialforschung. Man betrieb so genannte „Alltagsethnologie“, untersuchte also die Gewohnheiten und Besonderheiten von gesellschaftlichen Teilgruppen, etwa durch teilnehmende Beobachtung, Hausbesichtigungen, Tiefeninterviews oder Gruppendiskussionen. Ein Ergebnis: die so genannte „Kartoffelgrafik“.

Wie man in Abb. 1 sieht, stellt sie kartoffelförmige Kreise im sozialen Raum dar. Dieser Raum wird aus zwei Achsen gebildet: der vertikalen soziodemografischen Achse, welche objektive Daten wie Einkommenshöhe oder Bildungsstand zusammenfasst; und der horizontalen Achse der Grundorientierung,

die subjektive Daten wie Wertbezug, Sinnorientierung oder Wirklichkeitsverständnis versammelt. Die Grundbehaftung dieser Grafik lautet: Man kann in der deutschen Gegenwarts-gesellschaft zehn soziokulturelle Teilgruppen voneinander abgrenzen, die sich objektiv und subjektiv voneinander klar unterscheiden und die in sich deutlich beschreibbar sind. Diese soziokulturellen Muster heißen „Milieus“ und bekommen von den Heidelberger Forschern Namen wie „Etablierte“ oder „Experimentalisten“.

Ausgehend von dieser Forschung hat das Institut im Jahr 2007 in einer qualitativen Studie mit quantitativer Fundierung die Lebenswelten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter-

## Lebenswelten von Jugendlichen 14-19 Jahre Soziale Lage und Grundorientierung

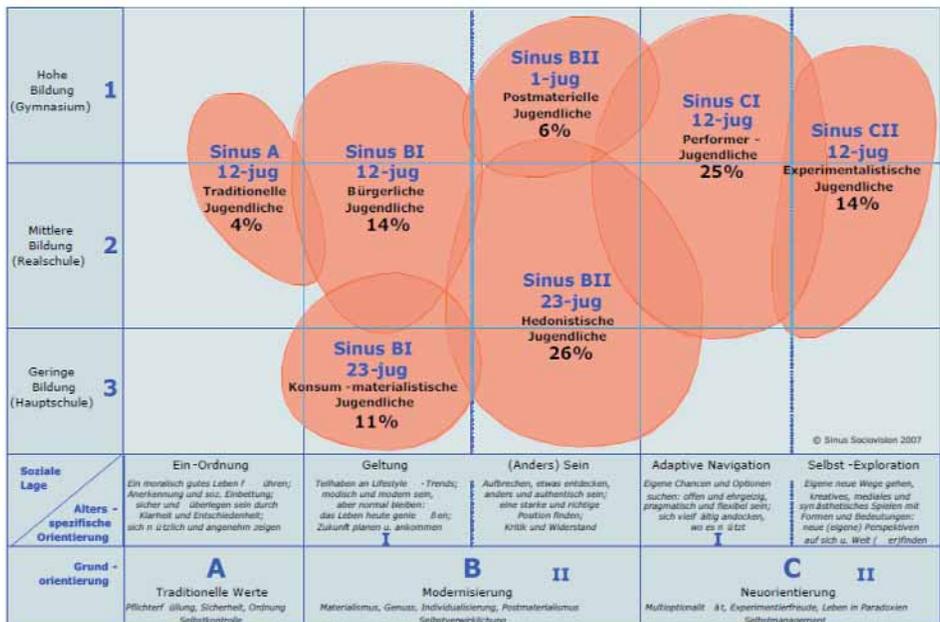


Abbildung 2:  
Ergebnis aus der Sinus-Jugend-Milieu-Studie 2007

Milieutendenz / -zugehörigkeit	Lebensweltliches Basismotiv
Traditionelle	Ein moralisch gutes und beruflich erfolgreiches Leben führen: Verantwortung übernehmen; eine Familie gründen, solide werden; Anerkennung und soziale Einbettung; sicher und überlegen sein durch Klarheit und Entschiedenheit; sich nützlich und angenehm zeigen
Bürgerliche	Zwischen Augenblicks-Genuss und Zukunfts-Geltung: Einerseits teilhaben an Lifestyle-Trends, die Freiheit und die wunderbare Medien- und Warenwelt genießen (in materieller und sozialer Geborgenheit). Andererseits sich langsam darüber klar werden, was man will und was nicht; die eigene Zukunft planen, sein Leben aus- und einrichten: ankommen - aber noch nicht "gesetzt" sein; modisch und modern sein - aber normal bleiben: Eine gewisse "Flughöhe" erreichen wollen, dafür auch etwas tun, um bei Ankunft "in der sicheren Umlaufbahn zu kreisen"
Konsum-Materialisten	Anschluss und Akzeptanz suchen; Verbündete finden: Verarbeitung und Kompensation von Ausgrenzung durch frühere Schulfreunde; sich selbst versorgen und organisieren; sich auf die eigenen Eltern häufig nicht verlassen können in Bezug auf emotionale Zuwendung und finanzielle Mittel. Herauskommen aus dem elterlichen Umfeld; es einmal besser haben: Modemarken (auch Fakes) als signifikante Symbole für Modernität, Prestige und Teilhabe
Postmaterielle	Aufbrechen – von fremden vorgesetzten Positionen/Regeln/Werten; auch selbst aufbrechen zu neuen Denkformen: Etwas Neues entdecken, anders und authentisch sein; eine starke und richtige Position finden; auch missionarische Kommunikation, die Welt (anders) sehen zu sollen und der realen Welt einen idealen Weltentwurf gegenüberstellen (allerdings: Es gibt nicht (mehr) die eine verbindende politische oder ökologische Leitidee wie in den 80er Jahren)
Hedonisten	Sich – soweit möglich – nicht dressieren lassen; sich Refugien für unprogrammiertes Leben bewahren; Pendeln zwischen Sphären der Selbst- und Fremdbestimmung (durch Lehrer, Vorgesetzte u.a.)
Moderne Performer	Frühes Erreichen erster Etappenziele als Erster (early adopter); sich diverse Optionen offenhalten (sich nichts verschließen). Offen und ehrgeizig, pragmatisch und flexibel sein; sich vielfältig andocken, wo es nützt. Sich selbst modellieren und optimieren, "so dass es passt": pragmatische Marktperspektive
Experimentalisten	Paradoxie und Synästhesie: Exotisch-exzentrische Selbsterfahrungen machen; fremde Welten erkunden – innen und außen: Dazu sich in einen Tunnel begeben, Widersprüchen suchen/provozieren und "Logiken" aufheben; eigene neue Wege gehen durch kreatives, mediales und synästhetisches Spielen mit Formen und Bedeutungen: neue (eigene) Perspektiven auf sich und die Welt finden, auch erfinden

Quelle: Wippermann, C. & Calmbach, M. (2007). „Wie ticken Jugendliche?“ - Sinus-Milieustudie U27. Düsseldorf: Verlag Haus Altenberg.

sucht. Der Forschungsansatz setzt sich – in der Tradition der Lebensweltforschung – von vielen Ansätzen der Jugendforschung ab: „Jugend wird häufig als monolithische Entität (miss-)verstanden. So wird beispielsweise die ganze Jugend etikettiert, wenn in kurzen Abständen neue "catch-all"-Begriffe von stark begrenzter Aussagekraft über "die Jugend an sich" gestülpt werden – sei es die "Generation X", die "Single-Generation", die "geprellte Generation", die "Generation Golf" etc. Die Beschreibung von Jugend(en) auf Basis der Sinus-Milieus® wird der soziologischen Forderung gerecht, Jugend nicht als homogene soziale Gruppe zu behandeln. Es ist zweifelsohne äußerst problematisch, verallgemeinernde Aussagen über "die" Jugend zu treffen. Diese Studie versucht daher, die Unterschiede herauszuarbeiten, die bestimmte Jugendliche als Milieu verbinden und sie von anderen Milieus unterscheiden. Es werden sozialstrukturelle wie lebensstilbedingte Distinktionslinien

in den Blick genommen.“ Eine erste Übersicht über die Ergebnisse liefert Abb. 2 und die nebenstehende Tabelle.

Auf der Grundlage der Jugendstudie und früherer Studien zum Suchtmittelgebrauch lassen sich milieuspezifische Gefährdungen konstatieren: Vor allem in den Jugendmilieus der Konsum-Materialisten, der Hedonisten und der Experimentalisten scheint ein missbräuchlicher Konsum Teil des Lebensstils zu sein.

Die Motive für diesen Konsum sind milieuspezifisch.

Der (pädagogische) Zugang gerade zu diesen Milieus ist nicht einfach: Vor allem die Hedonisten definieren sich durch eine radikale Abgrenzung von den „bürgerlichen Spielverderbern“, und Jugendliche in diesem und im konsum-materialistischen Milieu sind durch Bildungsmaßnahmen kaum zu erreichen.

## **Arbeit und Beschäftigung als zentrale Integrationsaufgabe**

Jost Leune, Hannover

### **Arbeit und Beschäftigung als zentrale Integrationsaufgabe**

Arbeit ist ein wichtiger Teil der menschlichen Existenz, obwohl man vor allen Dingen morgens nicht immer davon überzeugt ist, dass das so richtig ist.

Arbeit ist für die meisten Menschen fremdbestimmt und viele bezeichnen es als Glücksfall, wenn sie in der Arbeit Erfüllung finden und sie ihnen Spaß macht. Arbeit hat also einen zwiespältigen Charakter. Arbeit tut gut! Sie ist eine persönliche Chance zur Qualifizierung und zur Integration, sie schafft eine Tagesstruktur, vermittelt soziale Kontakte und bringt (leider nicht in allen Fällen) das zur Lebenserhaltung notwendige Geld in die Kasse. Arbeit nützt! Sie schafft gesellschaftliche Werte, sichert den Lebensunterhalt der Arbeitenden und fördert das Gemeinwesen. Arbeit kann auch krank machen! Stress, Lärm, ungünstige Arbeitszeiten, gefährliche Stoffe und ein schlechtes Betriebsklima können die Gesundheit gefährden. Ein drohender Arbeitsplatzverlust kann auch zur Verschleppung von Krankheiten führen, wenn die notwendigen „Auszeiten“ nicht genommen werden. Auch die Arbeitslosigkeit macht krank. Sie ist ein Risikofaktor für viele gesundheitliche Bereiche. Die Beziehungen zwischen ökonomischen Indikatoren und dem Pro-Kopf-Verbrauch von Alkohol sind wissenschaftlich belegt. Wenn dann eine Suchtkrankheit hinzukommt – oder die Arbeitslosigkeit der Suchtkrankheit geschuldet ist – potenzieren sich die Probleme. Zunehmender Alkoholkonsum kann in Krisenzeiten eine Form der

Stressbewältigung sein. Wenn zur Arbeitslosigkeit eine weitere psychosomatische Störung oder eine Abhängigkeitserkrankung hinzukommt, addieren sich verwandte Symptome aufeinander.

Aber nicht nur Arbeitslosigkeit macht krank, eine (Sucht)Krankheit kann auch arbeitslos machen, wenn suchtkranke Menschen an den Anforderungen der Arbeitswelt scheitern oder Drogenabhängige so viel Zeit zum Dealen brauchen, dass eine andere Arbeit nicht mehr möglich ist. Die durch die Abhängigkeitserkrankung entstehenden finanziellen Probleme ruinieren zusätzlich das soziale Ansehen.

### **Suchthilfe muss Teilhabe sichern**

Arbeitslosigkeit zeigt sich als ein herausragendes Problem in der Praxis der Suchthilfe. Menschen, deren Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist, gelten als behindert im Sinne des SGB IX und haben Anspruch auf sozialrechtliche Leistungen zur Überwindung dieser Situation. Das Sozialgesetzbuches IX stellt die Förderung und Sicherung der Teilhabe in den Mittelpunkt. Suchthilfe muss sich danach dem Ziel Teilhabe verpflichten, das konzeptionell durch die unterschiedlichen Angebote im Verbundsystem der Hilfen erreicht werden kann. Der § 53 SGB XII (Sozialhilfe) beschreibt es ergänzend als eine „besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe“ behinderten Menschen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

Den Umfang des Problems kann die Deutsche Suchthilfestatistik beschreiben. Hier werden Arbeitslosigkeit und Schulausbildung im Verhältnis zur Hauptdiagnose dargestellt.

Tabelle 1

Hauptdiagnose	Arbeitslos nach SGB III (ALG I)	Arbeitslos nach SGB II (ALG II)	Sonstige Nicht-erwerbsperson (z. B. SGB XII)	ohne Schulabschluss / in Schulausbildung	Sonderschulabschluss
Alkohol	6,0 %	32,4 %	3,9 %	5,7 %	3,0 %
Opioide	8,3 %	50,6 %	12,2 %	16,7 %	2,2 %
Cannabinoide	4,7 %	29,7 %	10,1 %	23,4 %	2,5 %
Sedativa / Hypnotika	5,1 %	30,2 %	6,1 %	6,1 %	2,4 %
Kokain	5,8 %	33,2 %	18,1 %	16,8 %	1,6 %
Stimulantien	6,4 %	32,6 %	14,1 %	15,1 %	2,5 %
Halluzinogene	5,9 %	31,8 %	14,1 %	12,8 %	0,8 %
Tabak	2,0 %	8,3 %	2,1 %	13,4 %	1,8 %
Flüchtige Lösungsmittel	2,4 %	28,6 %	4,8 %	45,4 %	6,8 %
Andere psychotr. Substanzen	10,1 %	44,6 %	12,2 %	16,8 %	1,8 %
Essstörungen	3,1 %	10,7 %	3,3 %	13,4 %	1,1 %
Pathologisches Spielen	6,5 %	17,0 %	3,6 %	4,5 %	2,2 %
<b>Gesamt Abs.</b>	<b>11.232</b>	<b>62.576</b>	<b>12.360</b>	<b>21.595</b>	<b>5.286</b>
<b>Gesamt %</b>	<b>6,3 %</b>	<b>35,2 %</b>	<b>6,9 %</b>	<b>32,4 %</b>	<b>3,9 %</b>

Wie in der Tabelle 1<sup>1</sup> zu sehen ist, liegen die Raten der Arbeitslosigkeit zum Teil erheblich über dem Bundesdurchschnitt:

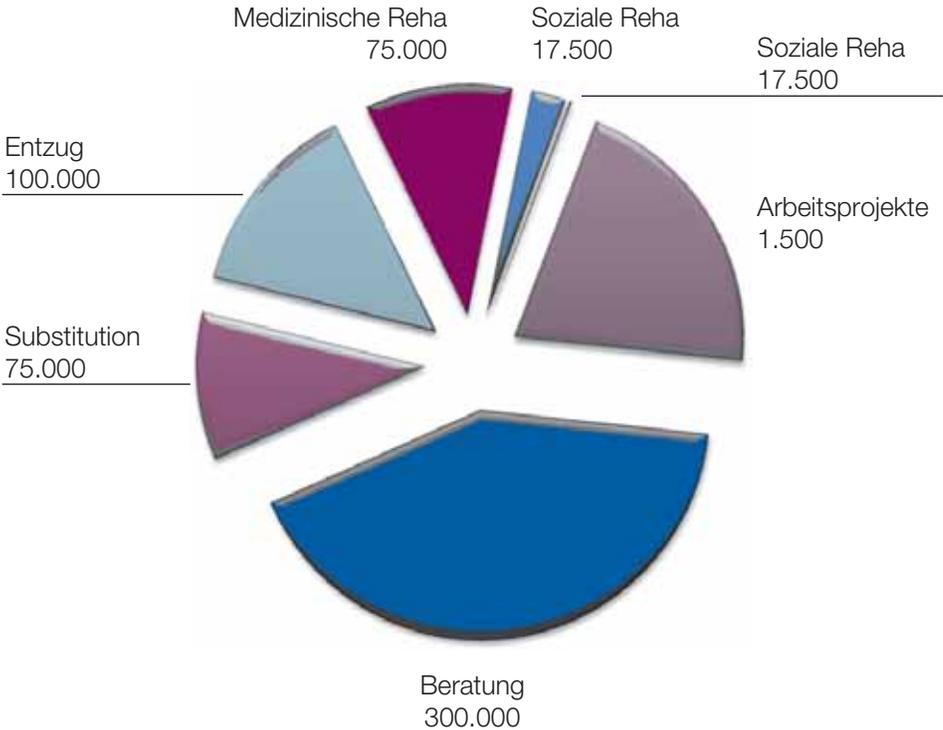
- 32,4 % der Menschen mit der Hauptdiagnose Alkohol sind arbeitslos nach SGB II, 6 % nach SGB III
- Bei den Opioidabhängigen häufen sich die Spitzenwerte: 50,6 % von ihnen sind langzeitarbeitslos (SGB II), 8,3 % arbeitslos nach SGB III und 12,2 % sind „sonstige Nichterwerbspersonen“, die wahrscheinlich Sozialhilfeleistungen beziehen.
- Fast 30 % der Menschen mit einer Hauptdiagnose „Cannabinoide“ sind arbeitslos nach SGB II, ebenso wie 33,2 % der Kokainkonsumierenden und sogar 44,6 % der Konsumentinnen und Konsumenten anderer psy-

chotroper Substanzen, wobei es sich hierbei nur um insgesamt 355 Personen handelt.

Die Chancen zur Teilhabe an Arbeit sinken, wenn die Schulausbildung unzureichend ist. Daher sind in dieser Tabelle auch diejenigen aufgeführt, die ohne Schulabschluss sind oder einen Sonderschulabschluss haben. Auch hier zeigen sich erhebliche Belastungen, denn fast jede vierte Cannabiskonsumentin/ jeder vierte Cannabiskonsument hat keinen Abschluss oder die Schule noch nicht abgeschlossen (was allerdings auch auf jüngere Altersgruppen hinweisen kann). Allerdings haben auch 46,8 % „nur“ einen Hauptschulabschluss, der auf dem Arbeitsmarkt keine besonderen Chancen eröffnet.

<sup>1</sup> Deutsche Suchthilfestatistik (DSS). (2008).

Abbildung 1



### Suchthilfe muss reagieren

Die Abbildung 1 zeigt die Verhältniszahlen, nach denen einzelne Segmente des Verbundsystems der Hilfen in Anspruch genommen werden<sup>2</sup>.

Größtes Segment sind dabei die Beratungsstellen, die rund 300.000 Klienten erreichen, etwa 100.000 Personen machen jährlich einen körperlichen Entzug, 75.000 sind in der Substitution, 75.000 haben eine medizinische Reha-Maßnahme abgeschlossen, 17.500 sind in der sozialen Reha, aber nur 1.500 in Arbeitsprojekten der Suchthil-

fe. Mit ca. 150.000 Personen ist die Selbsthilfe ein weiterer wichtiger Bereich der Suchthilfeangebote.

Diese Zahlen machen die Dramatik des Problems deutlich: Wenn von 300.000 Personen über 50 % arbeitslos oder in Sozialhilfemaßnahmen sind, dann müssten Integrationsangebote für rund 150.000 Personen zur Verfügung stehen. Tatsächlich existieren sie nur für rund ein Zehntel der Hilfesuchenden.

Tabelle 2 zeigt, dass Maßnahmen, die die Suchthilfe anbietet, die Teilhabe nicht verbessern<sup>3</sup>.

2 Leune, J. (2009). Versorgung abhängigkeitserkrankter Menschen in Deutschland.

3 Deutsche Suchthilfe-statistik (DSS). (2008).

Tabelle 2

Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn <b>Stationär</b>	Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsbeginn			
	Arbeitslos nach SGB III (ALG I)	Arbeitslos nach SGB II (ALG II)	Sonstige Nichterwerbs- person (z. B. SGB XII)	Absolut
Arbeitslos nach SGB III (ALG I)	82,8 %	9,5 %	0,6 %	2.621
Arbeitslos nach SGB II (ALG II)	0,4 %	95,4 %	1,0 %	9.668
Sonstige Nichterwerbsperson (z. B. SGB XII)	4,2 %	30,9 %	55,7 %	2.125

95,4 % der Personen, die zu Beginn einer stationären Maßnahme arbeitslos nach SGB II waren, waren es auch nach Ende dieser Maßnahme. 82,8 % derjenigen, die arbeitslos nach SGB III sind, verändern diesen Status während der stationären Maßnahme nicht. Auch von den „sonstigen Nichterwerbspersonen“ verändern 55,7 % ihren Status nicht.

An dieser Stelle ist der Hinweis zulässig, dass gerade Therapiemaßnahmen so kurz sind, dass eine Veränderung kaum zu initiieren ist und der stationäre Bereich als Indikator vielleicht nicht taugt. Schauen wir also auf die ambulanten Maßnahmen, die lt. deutscher Suchthilfestatistik im Durchschnitt immerhin 236,4 Tage dauern. Aber auch sie helfen nicht, Arbeitslosigkeit zu überwinden.

Tabelle 3

Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn <b>Ambulant</b>	Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsbeginn			
	Arbeitslos nach SGB III (ALG I)	Arbeitslos nach SGB II (ALG II)	Sonstige Nichterwerbs- person (z. B. SGB XII)	Absolut
Arbeitslos nach SGB III (ALG I)	61,7 %	17,4 %	1,5 %	5.567
Arbeitslos nach SGB II (ALG II)	0,4 %	90,9 %	2,0 %	35.550
Sonstige Nichterwerbsperson (z. B. SGB XII)	0,9 %	14,3 %	76,0 %	8.062

90,9 % derjenigen die am Tag vor Betreuungsbeginn arbeitslos nach SGB II waren, sind es auch am Tag nach Betreuungsende, 61,7 % derjenigen im SGB III bleiben in diesen Leistungen und 76 % der sonstigen Nichterwerbs-

personen behalten diesen Status auch nach Ende der Suchthilfemaßnahme. Vielleicht sind es die Traditionen, die der Suchthilfe dabei im Wege stehen. Sie hat sich lange Zeit über die „Therapeutische Kette“ - Beratung-Therapie-

Selbsthilfe - definiert und dabei die therapeutische Arbeit in den Mittelpunkt gestellt. So wurden vor über 25 Jahren beim 6. Bundesdrogenkongress 1983 Arbeits- und Beschäftigungsprojekte grundsätzlich in Frage gestellt, weil sie offensichtlich nur das soziale Gewissen beruhigen sollten und die Arbeitslosenstatistik kaschierten. Selbst Anklänge an Arbeitslager wurden geäußert und der Hinweis, dass durch untertarifliche Bezahlung in den Projekten die Arbeit der Gewerkschaften untergraben werden könnte<sup>4</sup>. Diese Tradition hat zur Dominanz der medizinischen Rehabilitation als Maßnahme geführt, die zwar die Erwerbsfähigkeit verbessert, aber die Erwerbstätigkeit nicht in den Mittelpunkt des Interesses zu rücken vermag.

### **Arbeits- und Beschäftigungsprojekte als zentrale Aufgaben der Suchthilfe**

Menschen, deren Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist, gelten als behindert im Sinne des SGB IX und haben Anspruch auf sozialrechtliche Leistungen zur Überwindung dieser Situation. Regelmäßige Arbeit fördert die Teilhabe, führt zu größerer Zufriedenheit und ist ein Beitrag zur sozialen Integration. Arbeit und Ausbildung sind auch Bestandteile einer „normalen Lebensführung“, die zu den wesentlichen Zielen der Suchthilfe gehören sollte.

Wenn also die Suchtentwicklung mit Schwierigkeiten oder Scheitern in Schule oder Beruf einhergegangen ist, muss Hilfe an dieser Problematik ansetzen.

Gleichzeitig werden in Ausbildungs- und Arbeitssituationen Überforderun-

gen, Schwierigkeiten mit Bezugspersonen, kritische Lebensereignisse oder Gewalterfahrungen deutlich und können in einer psychosozialen Betreuung bearbeitet werden. Nicht zahlen ehemals Suchtkranke und Drogenabhängige durch regelmäßige sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten wieder Steuern und Sozialbeiträge und refinanzieren die Aufwendungen für Betreuung, Beratung und Therapie auf diese Weise automatisch.

Arbeits- und Beschäftigungsprojekte dienen dem gesetzlichen Auftrag Menschen in Arbeit zu integrieren. Sie bieten die Möglichkeit, Ursachen des Suchtverhaltens zu erkennen und Hilfestellungen in Situationen zu geben, in denen ohne Betreuung Rückfälle drohen. Darüber hinaus schaffen sie die Möglichkeit einer Tagesstrukturierung und verringern die Gelegenheit zum Suchtmittelkonsum und -verhalten. Zusätzlich bringt die Integration in Arbeit legalen Gelderwerb, soziale Kontakte, eine Qualifizierung und sie trainiert Leistungsfähigkeit und Schlüsselqualifikationen. Damit ist Arbeit eine Situationsveränderung zu eigenständigem Gelderwerb, Qualifizierung, Zugehörigkeit (im Sinne von Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) und Perspektive. Arbeit sollte daher als methodischer Ansatz der Suchthilfe betrachtet werden, mit zusätzlichen Möglichkeiten Betroffene zu erreichen und Aufstiegshilfen oder wirksame Unterstützung zu geben<sup>5</sup>. Dauerhafte Veränderungen zeigen sich bereits, wenn die Betroffenen von „Klienten des Hilfesystems“ zu „Beschäftigten am Arbeitsmarkt“ werden. Unter diesen Vorzeichen erscheint auch die Substitution in völlig neuem

---

4 Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR). (1984)

5 Vgl. Beierlein, H. (2005). Beitrag zum Fachtag „Geht nicht gibt's nicht“

Licht, denn die Vergabe des Substitutes ist auch eine medikamentös wiederhergestellte Arbeitsfähigkeit und damit „Doping für die Arbeit“, wobei Arbeit sogar den Beikonsum einerseits finanziert und andererseits reguliert<sup>6</sup>.

### Wie kann Suchthilfe Teilhabe sicherstellen?

Um Teilhabe suchtkranker Menschen sicher zu stellen, braucht Suchthilfe Grundlagen, Wissen zur guten Praxis und Engagement.

Zu den Grundlagen gehören die Kenntnisse der wichtigsten sozialrechtlichen Regelungen, also die Möglichkeiten, die vor allem die Sozialgesetzbücher II, III, IX und XII bieten und die Fähigkeiten, mit den Verantwortlichen im regionalen Kontext Projekte zu planen und erfolgreich umzusetzen.

Gesetzliche Grundlagen sind unter anderem

- § 16a SGB II (Kommunale Eingliederungsleistung)
- § 33 SGB IX (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)
- § 11 SGB XII (Angebot einer Tätigkeit)
- § 53 SGB XII (Menschen in die Gesellschaft eingliedern)

und im Sozialgesetzbuch III

- § 10 SGB III (freie Förderung)
- § 48 SGB III (Arbeitsgewöhnung, Arbeitstraining)
- § 59 ff. SGB III (Ausbildung, ausbildungsbegleitende Hilfen)
- § 61 SGB III (Berufsorientierung, -vorbereitung, -findung)

- § 77 ff. SGB III (Weiterbildung und –umschulung)
- § 97 ff. SGB III (Teilhabe am Arbeitsleben)
- § 141 SGB III (Nebenverdienst zum Arbeitslosengeld)
- § 217 ff. SGB III (Eingliederungszuschüsse an Arbeitgeber)
- § 260 ff SGB III (Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen)
- § 416 SGB III (Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen neue Bundesländer)

Neben den gesetzlichen Grundlagen ist ein Erfahrungsaustausch über gute Praxis notwendig. Schon im Jahr 1985 wurde in der „Hammer Studie“<sup>7</sup> festgestellt, dass „der Ausstieg aus dem Drogenkonsum mit der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung von Drogenabhängigen steht und fällt“. Anlässlich des Fachtages „Sucht und Teilhabe“ am 10. Juli 2009 in Pforzheim machte Ambros Uchtenhagen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Forschungsergebnissen aus den USA bekannt<sup>8</sup>. Über „supported employment“ in der Psychiatrie haben Becker und Drake bereits im Jahre 1994 dargestellt, dass größerer Erfolg dann entsteht, wenn zuerst eine normale, unbefristete bezahlte Arbeitsstelle vermittelt werden kann und durch begleitendes Coaching soziale Fähigkeiten trainiert werden. Die Evaluation von Crowther und Anderen im Jahr 2002 ergaben, dass es dadurch eine drei Mal häufigere feste Anstellung gab und die Betroffenen ein höheres Einkommen im Vergleich zu üblichen Rehabilitationsprogrammen zeigten. Bei Studien zur be-

6 Vgl. Beierlein, H. (2008). Beitrag zur Expertinnen-/ Expertenanhörung

7 Raschke, P. (1985). Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten

8 Uchtenhagen, A. (2009). Arbeitsrehabilitation in der Suchthilfe

ruflichen Eingliederung Suchtkranker wurde von Quinn und Andere 2004 festgestellt, dass Vorurteile der Beraterin/ des Beraters Süchtige in unqualifizierter Beschäftigung halten können und das Selbstbild des Versagers mit entsprechend negativer Arbeitshaltung fördern.

Commerford hat im Jahr 1999 und Magura und Andere haben im Jahr 2004 festgestellt, dass die Spezialisierung therapeutischer und rehabilitativer Einrichtungen einen Nachteil für die Arbeitssuchenden darstellt. Shepard und Reif haben im Jahr 2004 das Krankheitskonzept der Abhängigkeit als wenig hilfreich für die Wiedereingliederung bezeichnet und halten Einstellungen und Erwartungen für wichtiger für den Erfolg einer Maßnahme.

Auch in der Bundesrepublik gibt es eine Vielzahl von Arbeitsprojekten, deren Erfolg zwar nur in wenigen Fällen wissenschaftlich untersucht wurde, die aber im Urteil der Fachleute und in den veröffentlichten Jahresberichten deutlich machen, dass es sinnvoll, notwendig

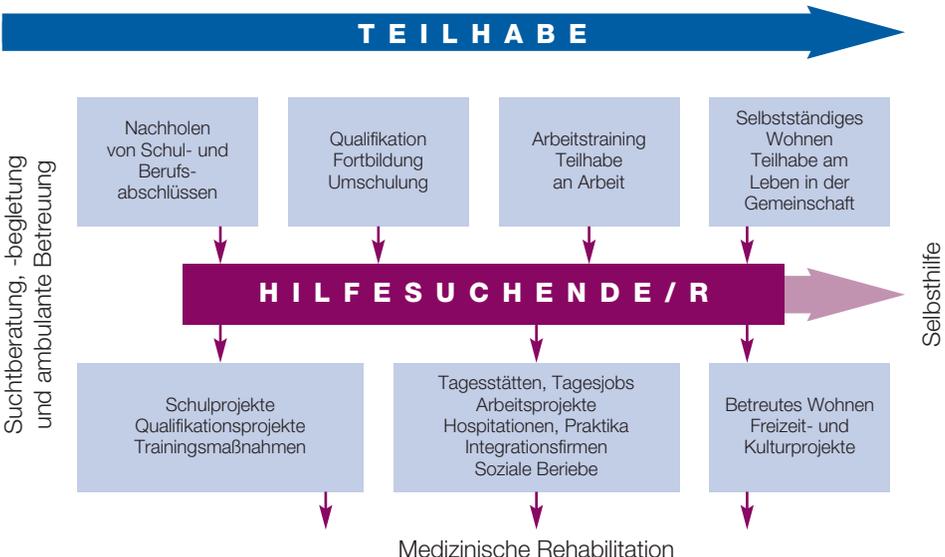
und erfolgreich ist Suchtkranken Qualifizierung, Arbeit und Beschäftigung anzubieten.

Exemplarisch sei hier das Projekt „Q-Train“ in Pforzheim genannt. Hier wurden in den vergangenen zehn Jahren konsumierende, substituierte und drogenfreie Personen in einer sechsmonatigen Trainings- und einer 12-monatigen Betriebsphase auf die Integration in den Arbeitsmarkt vorbereitet. Die Ergebnisse: Von 247 Personen wurden 102 in die Betriebsphase vermittelt. Davon konnten diese über 60 % erfolgreich beenden.

### Arbeit macht Arbeit

Die erfolgreiche Realisierung von Angeboten und Leistungen der Suchthilfe zur Teilhabe an Arbeit bedarf bei den Trägern jedoch erheblicher Anstrengungen. Hier sind insbesondere diejenigen erfolgreich, deren regionales Hilfesystem nicht auf die medizinische Rehabilitation ausgerichtet ist, sondern die, die berufliche und soziale Rehabilitation in den Mittelpunkt stellen.

Abbildung 2



Grundsätzlich erfolgt der Zugang zum Hilfesystem über die Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke.

Orientiert an den Ressourcen der Betroffenen wird geprüft, welche Fähigkeiten genutzt werden können, um den Weg zur Teilhabe erfolgreich zu beschreiten. Wenn das Nachholen von Schul- und Berufsabschlüssen notwendig ist, stehen an verschiedenen Orten Schulprojekte zur Verfügung<sup>9</sup>. Für Qualifikation, Fortbildung und Umschulung können entsprechende Projekte in Anspruch genommen werden. Für Arbeitstraining bieten sich Tagesstätten, Tagesjobs und Arbeitsprojekte an, ebenso wie Hospitationen, Praktika, Integrationsfirmen und soziale Betriebe. Das selbständige Wohnen und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft können in Wohnprojekten aber auch Freizeit- und Kulturprojekten erprobt werden. Sollte sich in diesem Zusammenhang herausstellen, dass mit Hilfe dieser Maßnahmen die bestehenden (Sucht-)Probleme nicht gelöst werden können, besteht immer noch die Möglichkeit, eine ambulante oder stationäre Maßnahme der medizinischen Rehabilitation oder eine Kombibehandlung einzuleiten. Auch die Selbsthilfe sollte dazu beitragen, nicht nur abstrakte Stabilität in einem therapeutischen Kontext herzustellen, sondern durch konkrete Angebote Teilhabe zu sichern.

Im Bereich der Förderung der Teilhabe an Arbeit lassen sich im Wesentlichen drei Hilfebereiche unterscheiden:

1. Zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit dienen Tagesstätten oder

Arbeitsprojekte mit niedrighschwelligem Zugang.

2. Das Training der Arbeitsfähigkeit kann sowohl in den erwähnten Arbeitsprojekten als auch in Arbeits- und Qualifizierungsprojekten realisiert werden.
3. Zur beruflichen und sozialen Wiedereingliederung dienen Zweckbetriebe oder soziale Betriebe sowie Hospitationen und Praktika in Firmen des allgemeinen Arbeitsmarktes.

Diese Projekte müssen untereinander vernetzt sein, um nahtlose Übergänge zu gewährleisten.

### Arbeitsagenturen einbeziehen

Die Fachstelle für Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker (FAIRE) am Institut für Weiterbildung und angewandte Forschung in der Sozialen Arbeit der Fachhochschule Koblenz hat im Rahmen eines Bundes- und Landesmodellprojektes im Jahr 2009 Handlungsleitlinien für das Schnittstellenmanagement zwischen den Agenturen für Arbeit (ARGEN) und der Suchthilfe veröffentlicht. Der Schwerpunkt lag dabei auf Modellen der Kooperation zwischen den Einrichtungen der Arbeitsmarktintegration und der Suchthilfe. Dort heißt es: „Klienten der ARGE/Agenturen, bei denen Anhaltspunkte für schädlichen Substanzgebrauch/-abhängigkeit vorliegen, werden im Rahmen eines differenzierten Profiling zur Klärung und gegebenenfalls Diagnosestellung – idealerweise auf der Grundlage von Kooperations- und Leistungsvereinba-

---

<sup>9</sup> siehe auch: Schulprojekte für suchtgefährdete und suchtkranke junge Menschen, fdr-texte # 5, 32 Seiten, 2006

rungen – an Einrichtungen der Suchthilfe und hier primär Suchtberatungsstellen weiter vermittelt. Die Diagnose einer Suchtproblematik und das Einleiten erforderlicher Schritte bedürfen der spezifischen Fachlichkeit der Suchthilfe. Daher ist bei Offenbarung oder Vermutung einer Suchtmittelproblematik die Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften der SGB II-Träger und den Suchtberatungsstellen angezeigt. Die Fachkräfte der ARGE informieren die Klienten über vorhandene regionale Suchtberatungsangebote und deren Zugangswege. Dabei ist der Klient vorrangig zu motivieren, die ersten Schritte selbstverantwortlich anzugehen und von sich aus eine Beratungsstelle aufzusuchen. Gelingt es der Fachkraft der ARGE nicht, die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Beratung herzustellen, kann der Klient zu einer Erstberatung verpflichtet werden. In der Folge informiert die Suchtkrankenhilfe die ARGE über die Inanspruchnahme der Beratung, nicht über Inhalte des Gesprächs. Darüber hinaus kann die Suchthilfe weitere Empfehlungen in Bezug auf arbeitsmarktintegrative Schritte unter Berücksichtigung der Datenschutzbestimmungen aussprechen. Wird eine Suchtproblematik fachlich bestätigt, ist unter Beteiligung der Klientin/ des Klienten ein Behandlungs- und Rehabilitationsplan zur nachhaltigen Arbeitsmarktintegration, aufbauend auf den Ergebnissen des Profiling und des Assessments fachlich zwischen ARGE/Agentur und Suchthilfe abzustimmen. Die vereinbarten Integrationsschritte sind zeitnah umzusetzen und in Rückkopplungsprozessen

zu überprüfen.“ Die dazu notwendigen methodischen Schritte sind vom Modellprojekt „FAIRE“ in einer Broschüre veröffentlicht worden<sup>10</sup>.

Eine zweite Schnittstelle ergibt sich für Klientinnen und Klienten der Arbeitsmarktintegration während und nach einer medizinischen Rehabilitation. Eine dritte Schnittstelle für Klientinnen und Klienten der Arbeitsmarktintegration während der Soziotherapie. All diese Maßnahmen können nur zum Erfolg führen, wenn guter Wille bei allen Partnern des Netzwerkes vorhanden ist. Das darf nicht darüber hinweg täuschen, dass das SGB II ein gesetzmäßiger Misserfolg ist, denn die Erwartungen an die erwerbsfähigen Hilfeempfängerinnen und Hilfeempfänger sind im SGB II geprägt durch ein hohes Maß an Flexibilität, ein hohes Maß an rationaler Lebensführung und ein hohes Maß an Selbstkontrolle und Selbststeuerung. Das „Paradigma“ des aktiveren, weil rationalen und bürgerlich-normalen Hilfeempfängers stößt in der Praxis nicht nur bei Suchtmittelabhängigen an Grenzen.

### Engagement lohnt sich

Konzepte der Teilhabe an Arbeit und am Leben in der Gemeinschaft sind dann erfolgreich, wenn gemeinsam mit den Leistungsträgern Strategien für Hilfeplanung und Vernetzung entwickelt werden. Dazu muss die Suchthilfe von langjährig gefestigten Dogmen abrücken: Eine Schweigepflichtentbindung ist zum Beispiel unabdingbar, weil eine verbindliche Zusammenarbeit mit

---

10 IWS-FH Koblenz. (2009). Fachstelle FAIRE. Fragen und Antworten zur Suchtproblematik im Rahmen der Arbeitsmarktintegration.

Sozialleistungsträgern nur mit persönlichen Daten der Betroffenen denkbar ist. Angesichts der zunehmend jüngeren Klientel der Suchthilfe sind Angebote an die Zielgruppe „U 25“ (unter 25 Jahre) Pflicht. Sie müssen einen grundsätzlich anderen Charakter haben als die Angebote, die für Menschen gemacht werden, die bereits Erfahrungen auf dem Arbeitsmarkt haben. Zum Erfolg der Konzepte gehört, dass konsequent alle Arbeitsmarktinstrumente genutzt und alle Zielgruppen in die Hilfe einbezogen werden. Hier sind vor allem die Jugendlichen mit Alkoholproblemen zu nennen und Menschen in Substitution, die häufig eine Tagesstruktur benötigen.

Arbeits-, Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekte sind wirtschaftlich erfolgreich. Das ist lange nachgewiesen. Bei einem Projekt mit nur zehnpromzentiger Integrationsquote, das im Laufe von zehn Jahren ungefähr 2,2 Millionen Euro kostet, ergibt sich in Gegenüberstellung zu den volkswirtschaftlichen Kosten, die durch die Suchtkrankheit ohne dieses Beschäftigungsprojekt entstanden wären, immerhin noch ein jährlicher volkswirtschaftlicher Gewinn von über 100.000,00 Euro. Hochgerechnet auf die gesamte Bundesrepublik mit ihren 439 Standorten von ARGEN oder optierenden Kommunen ergäbe sich für zwei Projekte pro Standort ein volkswirtschaftlicher Gewinn von 116.786.292,00 Euro.

Aber Engagement muss sich vor allem für die Klientel der Suchthilfe lohnen! Begeisterung und Identifikation mit

dem Arbeitsfeld und der Arbeit zeigen sich als tragende und stabilisierende Kraft. Qualifizierung und Ausbildung sind eine wichtige Basis zur Teilhabe an Arbeit und die Arbeit (in den Projekten) bietet eine befristete Heimat für die Betroffenen. Projekte sind Teil des allgemeinen Arbeitsmarktes und der regionalen Wirtschaft und bringen Kontakt zu Kunden und Auftraggebern, die einen wichtigen Maßstab für Erfolg, Qualität und „Marktreife“ von Leistungen darstellen. Nicht zuletzt können diese Projekte einen anderen Zugang zu Suchtmittelkonsumentinnen und Suchtmittelkonsumenten darstellen und damit wichtige Zielgruppen erreichen. Mit den Arbeitsergebnissen können die Projekte einen öffentlich sichtbaren Erfolg erzielen und so nachhaltig das Selbstbild und das Bild der Suchtmittelkonsumentinnen und Suchtmittelkonsumenten in der Gesellschaft verändern<sup>12</sup>.

Eigentlich ist es ganz simpel: Arbeits- und Beschäftigungsprojekte lohnen sich, denn Arbeit ist nicht Arbeitslosigkeit.

Dennoch spielen Arbeit und Beschäftigung in der Suchthilfe nur eine untergeordnete Rolle. Das Verbundsystem der Suchthilfe ist fest gefügt und orientiert seine Leistungen auf die medizinischen Rehabilitation hin. Veränderung kommt wahrscheinlich nur zu Stande, wenn das System durch einen Impuls von außen gestört wird und sich neu strukturieren muss. Vielleicht ist das die Chance der Krise. Den Betroffenen wäre es zu wünschen.

---

11 Kern, A. (2006). From best practice to best consequences.

12 Beierlein, H. (2006). Vom Waldprojekt zur Beschäftigungsinitiative.

## Literatur

Beierlein, H. (2005). Beitrag zum Fachtag »Geht nicht gibt's nicht!« - Impulse für Arbeits- und Beschäftigungsprojekte der Suchthilfe am 22. November 2005. Manuskript.

Beierlein, H. (Hrsg.). (2006). Vom Waldprojekt zur Beschäftigungsinitiative. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Perspektiven für suchtkranke Menschen. Berlin.

Beierlein, H. (2008). Beitrag zur Experten/-innenanhörung „Teilhabe?! Psychosoziale Hilfen für substituierte Opiatabhängige in Arbeit und Beschäftigung und Rehabilitation“ im Rahmen der 35. fdr-Mitgliederversammlung am 3. Juli 2008, Manuskript

Deutsche Suchthilfestatistik (DSS). (2008). [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de)

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (Hrsg.). (1984). Dokumentation des 6. BundesDrogenKongreß „Drogenarbeit 1983“, vom 16. - 19. Mai 1983 in Krefeld. Hannover: Selbstverlag

IWS - Institut für Weiterbildung und Angewandte Forschung in der Sozialen Arbeit der FH Koblenz. Fachstelle FAI-RE. (Hrsg.). (2009). Fragen und Ant-

worten zur Suchtproblematik im Rahmen der Arbeitsmarktintegration. Handlungsleitlinien des Schnittstellenmanagements. Koblenz.

Kern, A. (2006). From best practices to best consequences - Schlussfolgerungen aus den Erfahrungen mit Beschäftigungsprojekten für Suchtkranke. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (Hrsg.). (2006). Perspektiven für suchtkranke Menschen. Berlin.

Leune, J. (2009). Versorgung abhängiger Menschen in Deutschland. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. (Hrsg.). (2010.) Jahrbuch Sucht 2010. Geesthacht: Neuland Verlag.

Raschke, P., Grönemeyer, A. & Schliehe, F. (1985). Therapie und Rehabilitation bei Drogenabhängigen - Langzeitstudie am Beispiel des Hammer Modells. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Uchtenhagen, A. (2009) Arbeitsrehabilitation in der Suchthilfe - Beiträge der Forschung, Vortrag beim Fachtag „Sucht und Teilhabe“ am 10.07.2009 in Pforzheim  
[www.fdr-online.info/media/Tagungen%20und%20Seminare/Fachtage/F TST\\_Uchtenhagen\\_090710.pdf](http://www.fdr-online.info/media/Tagungen%20und%20Seminare/Fachtage/F TST_Uchtenhagen_090710.pdf)

## **Versorgung Suchtkranker in der Region: Effektiv und effizient**

Rolf Hüllinghorst, Bielefeld

### **Einleitung**

In den Kommunen in Nordrhein-Westfalen wurde im Herbst 2009 gewählt. Viele neue Oberbürgermeisterinnen und Oberbürgermeister sowie Landrätinnen und Landräte begannen voller Elan mit ihrer Arbeit. Und bald merkten sie, dass der umkämpfte Traumjob viele Probleme mit sich brachte. Nur ein Beispiel von vielen, welches überall in Westfalen spielen könnte: Ein Drogentoter in der Nähe des Bahnhofs gefunden; zwei Kinder mit mehr als zwei Promille zur Entgiftung ins Krankenhaus gebracht und ein Brand in einer Unterkunft für Wohnungslose. Die Presse sieht hier einen Zusammenhang und fragt: Wie werden Menschen mit Suchtproblemen in unserer Stadt versorgt? Und dann gab es noch ein Ereignis im Rathaus, was in diese Reihe passt: Ein leitender Mitarbeiter der Verwaltung bricht zusammen. Es stimmt, was immer schon gemunkelt wurde. Er war alkohol- und medikamentenabhängig.

### **Wer ist zuständig?**

Der Landrat des o.g. Beispiels ist sensibilisiert und muss sich fragen, wer denn nun zuständig ist, wer ihm darüber berichtet, wer ihn berät. Gibt es Zusammenhänge? Wie sind die Dinge bei uns geregelt? Und als gut ausgebildeter Verwaltungsfachmann fragt er natürlich auch: Tun wir die richtigen Dinge (arbeiten wir effektiv) und tun wir die Dinge richtig (sind wir effizient)? Nachdem er sich einen Überblick über die Verwaltung an diesem konkreten Beispiel geschaffen hat, stellt er fest, dass zwei

seiner engsten Mitarbeiter (Beigeordnete) für das Arbeitsfeld Drogen, Sucht und Abhängigkeit zuständig sind. Der eine mit der Zuständigkeit für das Gesundheitsamt für zwei kommunal geförderte (Alkohol-) Beratungsstellen und der andere für die ebenfalls geförderte Drogenberatungsstelle. Nach einem ersten Gespräch stellt er fest, dass es sich hier nicht nur um unterschiedliche Zuständigkeiten handelt, sondern dass der Arbeit sehr unterschiedliche Hilfe-Philosophien zugrunde liegen. Er sieht, dass das Hilfesystem umfangreich ist, dass eine ganze Reihe von Einrichtungen gefördert werden – es insgesamt aber schwer zu durchschauen ist. Wenn ihm das aber schon so geht – wie ist das dann mit dem Laien, der Bürgerin/ dem Bürger, die/ der Hilfe sucht und in Anspruch nehmen muss?

In der Stadt gibt es auch einen Sucht- und Psychiatrie-Koordinator – der hat aber keine Kompetenzen, um wirklich zu koordinieren. Deshalb akzeptiert er die bisherige Arbeitsteilung. Und der Suchthilfeplan der Kommune, für den er zuständig ist, dokumentiert im Wesentlichen die aktuelle Versorgungssituation.

### **Was steht im Suchthilfeplan?**

Nachdem der Landrat nun den Suchthilfeplan gelesen hat, stellt er fest: Alle Einrichtungen sind beschrieben – und es sind gar nicht so wenig. Auch die medizinische Grundversorgung ist im Plan eingebunden, und eine Menge Arbeit bei der Erstellung des Plans wird spürbar. Aber ihm fehlt etwas. Was ist die Perspektive, was soll wirklich erreicht werden? Auf welcher Vorgabe können Entwicklungen bewertet werden? Denn er weiß, dass die Zielsetzung die Voraussetzung sowohl konkreter Planung als auch die Grundlage späterer Überprüfung ist. Erst dann

kann ja beurteilt werden, ob effektiv und effizient gearbeitet worden ist.

### **Ein neuer Suchthilfeplan wird erarbeitet - Wer tut es?**

Dieser Plan bringt es also nicht – ein neuer muss erarbeitet werden. Was soll dabei im Mittelpunkt stehen? Die fachliche Notwendigkeit? Die politische Verantwortung? Die Koordination durch die Kommune oder die Kooperation in der Region? Gelingt es alle Beteiligten einzubeziehen? Alle diese Fragen müssen berücksichtigt werden um die Antwort auf die Frage des „Wie“ zu finden.

Gibt es einen politischen Willen, einen Auftrag? Das ist eigentlich die leichteste Aufgabe – mit dem Risiko, dass die Fachpolitiker bei der Erarbeitung einbezogen werden sollen. Kann die Verwaltung diesen Plan aus eigener Kraft erstellen? Oder bedient man sich einer Beratung von außen? Da gibt es die Kommunalen Spitzenverbände oder auch den Landschaftsverband mit seiner Fachabteilung. Oder Politikberater, die den Vorteil haben, dass sie nicht in die kommunalen Machtstrukturen eingebunden sind, objektiver von außen schauen können. Die – das sollte Voraussetzung sein – über das aktuelle Wissen in Versorgung, Beratung, Behandlung und Betreuung verfügen. Und es verstehen eine Gesamtschau zu bieten.

### **Die wichtigsten Bedingungen für einen aktuellen Suchthilfeplan - Ziele der Hilfen in der Region**

Die Ziele der Hilfen sind sehr schnell beschrieben:

- Mehr Menschen mit substanz- und verhaltensbezogenen Problemen und Störungen bzw. mit einer sich entwickelnden Abhängigkeit früher erreichen.

- Menschen, die um Hilfe nachsuchen, qualifiziert beraten, betreuen und behandeln.
- Chronisch Abhängige als eine zentrale Zielgruppe akzeptieren.
- Ein effektiv arbeitendes Hilfenetz vorhalten.
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Lage versetzen, effizient zu intervenieren und maßgeschneidert zu helfen.
- Das Hilfesystem nicht an den Substanzen bzw. Störungen, sondern an der Lebenswelt der Betroffenen ausrichten.

### **Evidenzbasierung**

„Evidenz“ ist nicht das Lieblingswort der Mitarbeitenden in sozialen Diensten. Sie sind fest davon überzeugt – und haben das ja auch vielfach unter Beweis gestellt, dass es um ihre persönlichen Kenntnisse und Fähigkeiten geht, um Menschen mit Problemen zu helfen. Aber das ist vorbei. Günter Wienberg fasste es in dem kurzen Satz zusammen: „Evidenzbasierung statt Eklektizismus“. Die Evidenzbasierte Medizin ist eine Richtung der Medizin, die fordert, dass bei jeder Behandlung Entscheidungen auf der Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit erfolgen. Bereits seit 2004 gibt es für den Bereich der Behandlung Abhängigkeitskranker Leitlinien, die den Vorgaben der Medizinischen Fachgesellschaften entsprechen und in Zusammenarbeit mit allen, nicht nur den medizinischen, Fachgesellschaften erarbeitet wurden. Was ist der Vorteil der Leitlinien? Clemens Veltrup nennt aus Sicht der Suchtmedizin vier Gründe für Evidenzbasierte Leitlinien: Die Behandlungsleitlinien „Substanzbezogene Störungen“

1. verbessern die Sicherheit der Behandlung durch die Formulierung der konsumbezogenen Behandlungsziele;
2. ermöglichen eine Verbesserung der Behandlungspraxis gerade in der medizinischen Versorgung. Vor diesem Hintergrund ist auch eine Verbesserung der Kooperation mit dem suchtspezifischen Hilfesystem zu erwarten;
3. beschleunigen die Verbreitung von evidenzbasierten (grundlegenden) therapeutischen Interventionen. Im Rahmen der Aus- und Weiterbildung ist eine bessere Vermittlung „fundierter“ Therapiemaßnahmen zu erwarten;
4. verbessern die Möglichkeit zur Entwicklung von Prozessleitlinien und Behandlungspfaden für eine optimierte Versorgung von Suchtkranken. Damit wird auch ein Schritt von der segmentierten zur sequentiellen Behandlungsplanung und --durchführung geleistet.

### **Klarheit über die Zielgruppen – keine Einheitsangebote**

Die besten Forschungsergebnisse zum Thema „Zielgruppen“ gibt es sicherlich im Bereich der Werbung und des Marketing. Es gilt, die verfügbaren Mittel so auf die umworbene Zielgruppe zu konzentrieren, dass größtmögliche (Kauf-) Effekte entstehen. In sozialen Arbeitsfeldern wird eher nach dem Motto gearbeitet: Wer vor der Tür steht, bekommt Hilfe. Und manchmal dann eben auch die Hilfe, die im Angebot ist und nicht die im Einzelfall erforderliche. Günter Wienberg erklärt am Beispiel der Zielgruppen alkoholbezogener Interventionen, dass es hier um sehr unterschiedliche Aktionen bzw. Interven-

tionen gehen muss. Beim angepassten Alkoholkonsum geht es um eine universelle, verhältnispräventive Strategie, während beim riskanten Konsum selektive, sekundärpräventive Strategien das Mittel der Wahl sind. Schädlicher Konsum erfordert Früherkennung, zum Beispiel im medizinischen Hilfesystem, verbunden mit Kurzinterventionen zur Trinkmengenreduzierung. Im Bereich der Beratungsstellen können dazu Programme zur Reduzierung der Trinkmenge (Akt, Selbsthilfemanuale) eingesetzt werden. Bei Abhängigkeit geht es um Behandlung, um evidenzbasierte bzw. nachgewiesener Maßen erfolgreiche Behandlung. Genannt seien nur die Qualitative Entzugs- und Motivationsbehandlung, die Medizinische Rehabilitation (ambulant bzw. stationär). In Frage kommen aber auch medikamentöse Anticraving und – das ist eine Wiederentdeckung – Aversionsbehandlung. Bei chronisch mehrfach geschädigten Abhängigen hat sich zum Beispiel das ALITA-Programm, ein hochfrequentes Betreuungsprogramm in Kombination mit Aversionsmitteln, als sehr erfolgreich erwiesen.

### **Zieldefinitionen**

Ein Suchthilfeplan ist nur dann sinnvoll, wenn er Zielgrößen enthält, die an zu bestimmenden Zeitpunkten abgefragt werden können. In der Regel sind die Zielgrößen abhängig von der politischen Zielsetzung in der Kommune, denn Politik ist – je näher sie an den Menschen ist – stark abhängig von aktuellen Situationen. Wenn wir auf die am Anfang des Artikels beschriebenen Probleme schauen, so würde der Gesundheitsausschuss gerne beschließen:

- Weniger Entgiftungsbehandlungen, insbesondere bei jungen Menschen

- Reduzierung der Zahl der Drogentoten
- Mehr Wohnungslose in eigener Wohnung

Es geht also zunächst um den Erreichungsgrad einer Zielgruppe, dann um die erforderliche Intervention. Auch hier gibt Günter Wienberg einige Beispiele. Er regt an, den Erreichungsgrad der jeweiligen Zielgruppe zu quantifizieren. So könnte zum Beispiel konstatiert werden, dass 90 % der Kinder und Jugendlichen, bei denen eine stationäre Entgiftung erforderlich war, innerhalb von einem Tag eine Kurzintervention erhalten. Oder dass eine möglichst große Zahl neuer Patientinnen und Patienten in einer Hausarztpraxis ein Alkoholscreening erhält.

Diese Zieldefinitionen können sich auch auf die Kosten beziehen. Das bedeutet zunächst einmal, dass der Blick auf die Kosten eine neue Dimension erhält (Effizienz). So sind die Fallkosten pro Betreuten in der Beratungsstelle sehr einfach zu berechnen – die Veränderungen sind in den Fokus zu stellen.

### Struktur der Hilfe in der Region

Eigentlich ist es bei einem kommunalen Suchthilfeplan eindeutig: Er ist geschrieben für die eigene Kommune und demzufolge geht es auch um die Hilfe, die innerhalb der kommunalen Grenzen angeboten wird.

Aber im Bereich der Hilfe für Menschen mit Abhängigkeitsproblemen geht es auch um – zumindest nach der medizinischen Definition – psychisch kranke Menschen. Deshalb geht es auch um die Grenzen der psychiatrischen Pflichtversorgung. Diese ist noch immer nicht überall auf die kommunalen Grenzen abgestimmt, spielt aber eine zentrale Rolle.

## Steuerung der Angebote durch die Kommune

### Ausschlüsse

Auch wenn es um eine kommunale Suchthilfeplanung geht, so entziehen sich große Teile der Versorgung dem kommunalen Zugriff. Die medizinische Grundversorgung, die sowohl im Bereich der Früherkennung als auch in der Behandlung eine zentrale Rolle spielt, arbeitet auf der Basis des Sozialgesetzbuches (SGB) V (Krankenversicherung). Hier geht es um Absprachen, um Kooperation – aber nicht um Steuerung. Ähnliches trifft für die medizinische Rehabilitation (ambulant und stationär) zu. Hier regelt das SGB VI (Rentenversicherung) Art und Weise der Behandlung. Eine wiederum eigene Art der Zusammenarbeit erfordert das SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe). Diese liegt zwar in der Kompetenz der Kommune, erfordert aber eigenständige Abläufe. Und die Aufzählung ist nicht abschließend.

### Leistungsvereinbarungen

Aber es verbleiben eine Reihe von Einrichtungen – müssen es wirklich so viele sein, lässt sich hier nicht straffen? – auf die die Kommune nicht zuletzt durch die finanzielle Förderung Einfluss hat. Im Sinne von Zielsetzung und -überprüfung bietet sich der Abschluss von Leistungsvereinbarungen an. Dabei geht es – immer auf der Basis der Vorgaben des Suchthilfeplans – um

- Gemeinsame Zielfindung und Auftragsbeschreibung,
- Beauftragung,
- Begleitung,
- Berichterstattung,
- Finanzierung und
- Überprüfung.

## Klarheit über die Zuständigkeiten

Es gibt zwei wesentliche Partner in der Hilfe für Menschen mit substanz- bzw. verhaltensbezogenen Störungen und Problemen. Das ist auf der einen Seite die ambulante Beratung, Behandlung und Versorgung, zu der auch das Betreute Wohnen, Arbeitsangebote und Suchtprävention zu rechnen sind. Auf der anderen Seite ist es die Suchtmedizin in der Psychiatrie. Das sind die entscheidenden Partner und es gibt eine Reihe von guten Beispielen, wie diese Zusammenarbeit konkret ausgebaut werden kann. So zum Beispiel durch eine sektorisierte Zuständigkeit sowohl in der Kommune als auch im Krankenhaus; Zusammenarbeit in Arbeitskreisen – alles mit dem Ziel, möglichst zielgerichtet zu intervenieren. Erst dann kommen die angrenzenden Dienste und Angebote. Dazu gehört auch die medizinische Rehabilitation, die aus Sicht der Suchthilfe immer noch als das zentrale Angebot gilt. Aber hier steuert die Rentenversicherung, die sich erfreulicher Weise inzwischen auch zu einer regionalen und gemeindenahen Behandlung bekennt. Da spielen die guten Ergebnisse der ambulanten Rehabilitation sicherlich eine Rolle.

Anschließend geht es um die weiteren Hilfesysteme, in denen Suchtkranke auch eine große Rolle spielen, ohne dass das Suchtproblem angesprochen bzw. darauf adäquat reagiert wird. Das System der medizinischen Grundversorgung hat eigene Gesetzlichkeiten, die auf der einen Seite zu respektieren sind, auf der anderen Seite aber auch eingefordert werden müssen. So ist zum Beispiel die Kassenärztliche Vereinigung zuständig für die ambulante medizinische Versorgung – und dazu gehört auch die Substitution, die medikamentengestützte Behandlung. Die

weiteren psycho-sozialen Angebote der Kommune richten sich in der Regel an definierte Zielgruppen (Erziehungsberatung, Schuldnerhilfe, Familienentlastende Dienste). Diese Dienste sind im Umgang mit suchtkranken Menschen bzw. Angehörigen zu sensibilisieren und zu unterstützen.

Ein wichtiger, zentraler Partner ist die Jugendhilfe. Es muss festgestellt werden, dass Drogen-, Alkohol-, Zigaretten- und Medikamentenkonsum der Mutter negative Auswirkungen auf die Kinder hat, die geboren werden. Dazu kommen die sozialen Probleme in Familien, in denen ein oder beide Elternteile abhängig sind. Deshalb ist es in jedem Beratungs- und Behandlungsfall erforderlich sich ein Bild der Situation der Kinder zu machen und ggf. zu intervenieren. Das wiederum ist nur in Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe möglich.

In Bezug auf eine kommunale Suchthilfeplanung ist nicht nur wichtig, dass die auftraggebende Kommune weiß, wer wofür zuständig ist, mit wem sie welche Leistungsverträge abgeschlossen hat, mit wem sie kooperiert. Zentraler ist noch, dass die Betroffenen wissen an wen sie sich wenden können, bei wem sie ein Recht auf Betreuung haben.

## Regelversorgung vor Sonderversorgung

Der Spezialfall der Medizinischen Rehabilitation wurde bereits erläutert. Das Ziel kann nur die Integration auch der stationären Behandlung in die Region sein. Darüber hinaus geht es um feste Netzwerkpartner im medizinischen Bereich. Entgiftung sollte in eigens dafür festgelegten Krankenhäusern erfolgen, damit diese qualitativ hochwertig und mit Motivationsanteilen angeboten wer-

den kann. Bei der Substitution, der medikamentengestützten Behandlung geht es um die Integration in das Hausarztssystem, um die Re-Integration der Abhängigen in die Gesellschaft zu unterstützen. All das ist wichtig, damit es auf der einen Seite eine qualitativ hochwertige Versorgung gibt, auf der anderen Seite aber auch keine Beliebigkeit der Inanspruchnahme.

### Gemeinsame Philosophie

Philosophie hört sich vielleicht etwas großspurig an, aber wichtig ist, dass sich die im Netzwerk beteiligten Institutionen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über ihren Hilfeansatz verständigen. Obwohl inzwischen auch zwischen den Verfechtern der absolut niedrigschwelligen Arbeit und den Anbietern abstinenzorientierter Hilfe Einvernehmen darüber besteht, dass die Hilfe individuell zu erfolgen hat und nicht den Möglichkeiten folgen soll, die die Institutionen anbieten, so gibt es immer noch Menschen, die das Thema Sucht und Abhängigkeit sehr einseitig betrachten. Es geht eben um „maßgeschneiderte Hilfe“, nicht um das, was die Einrichtung sonst alles anbietet.

### Inhalte der Arbeit

Bevor ich auf Vorgaben für die inhaltliche Arbeit, wie sie in einem modernen Suchthilfeplan vorgegeben werden sollte, eingehe, möchte ich einen Exkurs machen.

#### Exkurs:

#### Das Beispiel der Niederlande

In der Zeitschrift SUCHT 4/August 2009 ist es nachzulesen. Die Niederlande haben in ein von den Trägern der

Suchtkrankenhilfe angeregten Projekt ca. 11 Millionen ? investiert, um das gesamte Hilfesystem zu professionalisieren, es effektiver und effizienter in der Arbeit werden zu lassen. Neben der Veränderung der Strukturen, auf die ich hier nicht eingehen werde, ging es vorrangig um

- die Entwicklung evidenzbasierter Präventions- und Behandlungsinterventionen,
- den Ausbau des Feedbacksystems für die Ergebnismessung und
- die Erneuerung der Aus- und Weiterbildung.

Das Projekt „Resultaten scoren“ – frei übersetzt vielleicht „Erfolge erzielen“-orientierte sich dabei an den Prinzipien

- bedarfsorientiert
- evidenzbasiert
- klientenorientiert
- gemeindenah
- objektivierbar und ergebnisorientiert
- systemorientiert
- kosteneffektiv
- ethisch akzeptabel
- mitarbeiterfreundlich.

Da fehlt eigentlich nichts, und wenn die Ergebnisse sich daran orientieren, können ja alle Beteiligten zufrieden sein.

Zunächst wurden Manuale, Leitlinien und Protokolle für die unterschiedlichen Aufgaben entwickelt, die nun Stück für Stück in den Einrichtungen implementiert werden sollen. Mit dem Stand 2008 war das zu 100 % lediglich bei den Manualen des Individuellen Lifestyle-Trainings geglückt, allerdings wird bei einem Vergleich der Jahre 2005 und 2008 deutlich, dass der Trend zur Übernahme von Behandlungs- und In-

terventionsmanualen deutlich wird. Das ist sicherlich nicht sehr beliebt, aber im Sinne von wissenschaftlich abgesicherter Intervention unumkehrbar.

Die Hilfe für Menschen mit substanzbezogenen Problemen und Störungen (inkl. Spielen) konzentriert sich auf jeweils lediglich eine Anlaufstelle in der Kommune, die sowohl in einer Beratungsstelle als auch in einer Klinikambulanz angesiedelt sein kann.

Am Anfang stehen Zuweisungskriterien. Dabei spielen die Behandlungsvorgeschichte, die Schwere der Suchtproblematik (Diagnostik, Tests wie ASI, MATE), die psychiatrische Komorbidität und die soziale Integration wesentliche Rollen.

Entsprechend den Ergebnissen der ersten Kontakte erfolgt die Indikation, die

sich wiederum an den entwickelten Manualen und Protokollen orientiert. In Abbildung 1 werden die Übereinstimmung und die Abweichung von der empfohlenen Indikation mit der tatsächlich durchgeführten Behandlung verglichen. Es wird deutlich, dass die Interventionen mit der Schwere der Erkrankung spezifischer wurden.

Überflüssig darauf hinzuweisen, dass die Dokumentation eine entscheidende Rolle spielt, insbesondere bei der Überprüfung der Zielerreichung, aber auch im Sinne von Mitarbeiterführung.

Zusammenfassung: Es ist möglich die Interventionen zu beschreiben und zu standardisieren, um sie zielgerichtet einzusetzen. Effektive Strukturen und effiziente Interventionen sind keine Unmöglichkeit.

Abbildung 1

### Übereinstimmung und Abweichung der empfohlenen Indikation

Tatsächliches Stepped Care Niveau	Empfohlenes Stepped Care Niveau des Manuals								Total	
	Niveau 1: Lifestyle- Training I, III		Niveau 2: Lifestyle- Training II, IV		Niveau 3: Kurzzeit-Beh. (Cure)		Niveau 4: Langzeit-Beh. (Care)			
		%		%		%		%		%
Niveau 1: Lifestyle-Training I, III	492	28	32	6	6	0	0	0	530	30
Niveau 2: Lifestyle-Training II, IV	309	18	429	24	26	2	3	0	767	44
Niveau 3: Kurzzeit-Beh. (Cure)	49	3	111	6	103	6	7	3	270	15
Niveau 4: Langzeit-Betr. (Care)	66	4	62	3	21	1	49	3	198	11
<b>Total</b>	916	52	634	36	156	9	59	3	1765	100

## Qualitätssicherung

Bei der Qualitätsentwicklung und der anschließenden Qualitätssicherung wird in der Regel unterschieden nach der

- Strukturqualität – verantwortlich dafür ist der Träger der Einrichtung,
- Prozessqualität – dafür ist die Einrichtungsleitung verantwortlich und
- Ergebnisqualität, für die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verantwortlich sind.

In Bezug auf den Suchthilfeplan bedeutet dies, dass die Einrichtungen in der Region vergleichbare Systeme anwenden müssen. Das hat ganz einfach mit den gemeinsamen Standards in der Arbeit zu tun und idealer Weise mit einem Gütesiegel, welches die qualifizierte, qualitätsgesicherte Zusammenarbeit in der Region dokumentiert.

## Gemeinsame Sprache

Auch in diesem Referat wird häufig noch das Wort „Sucht“ verwendet. Wenn wir die Zusammenarbeit über die eigene Einrichtung aber ernst nehmen, so müssen wir dafür sorgen, dass eine gemeinsame Sprache gesprochen wird. Das können nur die international anerkannten Begrifflichkeiten aus den Klassifikationssystemen sein. Aktuell ist das der ICD in seiner 10. Fassung. Über die einheitliche Sprachregelung entwickelt sich auch ein einheitliches Verständnis. Im Bereich der Rehabilitation - und damit auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker - ist es der ICF (International Classification of Function). Der ICF, der auf die „funktionale Gesundheit“ abhebt, ist wesentlich dem SGB IX (Vorschriften über die Rechte der Behinderten und der Rehabilitation) zugrunde gelegt.

Nach dem ICF gilt eine Person als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund

1. ihre körperlichen Funktionen und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten Normen entsprechen,
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme erwartet wird und
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und in dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird.

Das sind hohe Ansprüche, aber genau diese Zielsetzung sollte einem - neuen - Suchthilfeplan zugrunde gelegt werden.

## Erkenntnisse und Methoden

Am Modell der Niederlande wurde deutlich, welchen Stellenwert in Zukunft Behandlungsprotokolle und -manuale haben werden. Aber auch, dass der Trend eindeutig von den Einzel- zu den Gruppeninterventionen gehen wird.

Dazu bedarf es – evidenzbasierter – Erkenntnisse und Methoden. Am Beispiel der „Motivierenden Gesprächsführung“ konnte gezeigt werden, wie schwer es ist, im Ausland schon lange bewährte Methoden in Deutschland einzuführen. Aber hier ist der Durchbruch geschafft, kaum eine Mitarbeiterin, welche / kaum ein Mitarbeiter, welcher die MI nicht ins Methodenrepertoire integriert hat.

Ein aktuelles Beispiel ist der „Community Reinforcement Approach“. Dieses Verfahren ist in Amerika bereits seit

mehr als 35 Jahren im Einsatz. Es ist in hohem Maße evidenzbasiert und wird erst jetzt langsam in die Arbeit eingeführt. „Erfolgreicher behandeln durch positive Verstärkung im sozialen Bereich“, so die Überschrift für die ins Deutsche übersetzte Fassung des CRA-Manuals.

Es soll hier nicht die Methode vorgestellt werden, nur ein paar Worte zum Wirkprinzip: Es geht immer um die gemeinsame Einschätzung des Hilfebedarfs und der nächsten Schritte. Man könnte sagen, es geht um „Nüchternheit auf Probe“ mit den Schritten

1. Erkennen des Schweregrads des Alkoholproblems
2. Zielentwicklung
3. Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit, der emotionalen und körperlichen Befindlichkeit
4. Entwicklung alternativer Verhaltensweisen
5. Entwicklung von Selbstkontrollfertigkeiten
6. Erhöhung der Unterstützung durch andere
7. Probleme beim Durchhalten lassen die Notwendigkeit weiterer Hilfe erkennen.

Deutlich wird die Notwendigkeit der Unterstützung durch Dritte, die betreuende Mitarbeiterin / der betreuende Mitarbeiter ist so etwas wie eine Moderatorin/ ein Moderator, die/ der dafür sorgt, dass sich die Abstinenz „lohnt“.

Hier sind zum Beispiel auch die Selbsthilfegruppen gefordert, Angebote zu machen. Aus dem Programm heraus haben sich zum Beispiel Freizeit-Clubs gegründet, die sich eher der betreuenden Einrichtung als einem Selbsthilfeverband zugehörig fühlen. Der Freizeit

Club hat sowohl für den Abhängigen als auch für die betreuenden Mitarbeiter eine Reihe von Vorteilen. Dies können sein (nach Veltrup):

- Alkoholfreier Abend in geselligem Rahmen
- Keine spezifischen (weltanschaulichen, krankheitsbezogenen) Voraussetzungen
- Angebot auch für Nahestehende
- Entwicklung von „alkoholfreien“ Kontakten
- Keine oder nur geringe Kosten
- Transportmöglichkeiten werden geschaffen
- Gemeinsames Essen
- Gemeinsames Angebot für Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten
- Viele soziale Interaktionen
- Übungsfelder

Mir ist in diesem Zusammenhang noch einmal wichtig darauf hinzuweisen, dass nur bewährte Methoden eingesetzt werden dürfen. Das bedeutet zum Beispiel konkret, dass der Träger deutlich macht, welche Fortbildungen im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz notwendig sind, um die erforderliche Prozessqualität zu gewährleisten.

## **Dokumentation und Feed-Back-System**

Die Diskussionen über die Dokumentation der Arbeit in den zurückliegenden Jahren hat dazu geführt, dass die bereits seit 1980 eingeführte Statistik in der ambulanten und stationären Suchthilfe noch einmal wesentlich verbessert wurde. Aber sie wird immer noch in erster Linie dazu genutzt, um mit den Zahlen den Jahresbericht zu füllen, der die Arbeit der Einrichtung nach außen

dokumentiert. Das ist auch wichtig – noch wichtiger ist es jedoch, die Dokumentation als Feed-Back-Instrument zu nutzen. Haben wir die gesetzten Ziele erreicht? Was hat sich entwickelt? Genau wie bei der Qualitätsentwicklung sind es wieder drei Ebenen:

- Für den Träger können die Ergebnisse der Einrichtungsstatistik als Instrument der Zielüberprüfung genutzt und in Kennzahlen verwandelt werden.
- Für die Leitung kann die Auswertung andere Antworten geben. Wurden die Vorgaben erreicht, welche Tendenzen zeichnen sich ab? Wie ist die tatsächliche Situation, stimmt unsere Einschätzung?
- Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geht es um die Überprüfung der eigenen Arbeit: War unsere Arbeit erfolgreich, waren wir effizient?

## **Veränderungen auf kommunaler Ebene**

Wenn ein neuer Suchthilfeplan erarbeitet wird - das wissen alle -, gibt es Veränderungen. Die Aufgabe ist es diese Veränderungen in der richtigen Art und Weise zu kommunizieren. Aber trotzdem: Die Unsicherheit bleibt. Die Chance einer neuen Struktur kann darin liegen, dass die eigene Einrichtung einen Platz findet, der stabiler ist als bisher. Das Risiko ist aber auch da: Es könnte keinen Platz mehr für diese Einrichtung oder diesen Träger geben (Ausschreibung der Arbeit, Wettbewerb). Also muss der Weg sein, in die gleiche Richtung zu arbeiten, Partner zu suchen, sich abzustimmen, den neuen Anforderungen gerecht zu werden. Es wäre ein Irrweg zu denken, dass alles bleiben muss wie bisher. Und auch in der Phase des möglichen Umbaus gibt es noch Klientinnen und Klienten – die immer im Mittelpunkt stehen

sollten. Ein Ziel der Bestrebungen in der Einrichtung könnte es sein Teil eines neuen Netzwerkes zu werden. Eines Netzwerkes mit gleichen fachlichen Maßstäben, mit einheitlicher Qualitätssicherung und einer Dokumentation, über die man sich gerne austauscht, weil sie die Basis für die weitere Planung ist.

## **Zusammenfassung: Ratschläge und Empfehlungen**

1. Es muss damit beginnen, klare Zuständigkeiten in der Verwaltung zu schaffen.
2. Anschließend wird ein politischer Beschluss gefasst, einen neuen Suchthilfeplan zu erarbeiten. Dieser Beschluss enthält bereits einige fachliche Vorgaben und vielleicht auch finanzielle Eckpunkte.
3. Da viele Partner benötigt werden, geht es auch um den Weg der Erarbeitung. Hier kann nicht bestimmt, hier muss kommuniziert werden.
4. Der Umfang des Problems und die Lebenssituationen sind zu beschreiben. Vor dieser Folie sind Zielvorgaben zu entwickeln, die fachliche Arbeit ermöglichen und den Plan überprüfbar machen.
5. Die Schnittstellen sind zu beschreiben und Anreize zur Zusammenarbeit sind zu finden.
6. Basis aller Interventionen ist ein evidenzbasiertes Assessment mit anschließender Indikationsstellung.
7. Einheitliche und vergleichbare Indikationsmodelle, Leitlinien und Manuale auf der Basis des Stepped-Care-Ansatzes.
8. Manual-/ leitliniengestützte Behandlung.
9. Einheitliche Statistik und Dokumentation als Feed-Back-Möglichkeit.

10. Es geht nicht um den Missbrauch bzw. die Abhängigkeit einzelner Substanzen, sondern um die Lebenswelten der Klientinnen und Klienten. Die Wohnungslosenhilfe ist in den Suchthilfeplan zu integrieren.
11. Regelmäßige Berichterstattung, Überprüfung der Ansätze und Fortschreibung.

## Schluss

Was bleibt also für den Landrat des Beispiels zu tun? Er hat begriffen, dass die am Anfang beschriebenen Probleme etwas miteinander zu tun haben, dass es nicht darum gehen kann isolierte Lösungen zu suchen und zu finden. Und er hat den richtigen Auftrag gegeben.

Aber er kann auch persönlich etwas tun. Er sollte in seiner Position ein Vorbild im Umgang mit Suchtmitteln sein, und dies gilt z. B. auch für die Getränkeangebote bei kommunalen Veranstaltungen.

Er kann verhältnispräventive Maßnahmen unterstützen und darüber hinaus kann er durch den ständigen Hinweis auf Hilfemöglichkeiten im Sinne von Früherkennung und Frühintervention wirken.

## Literatur

Bossong, H. (2006). Was ist eigentlich das Ziel aller Geschäftigkeit? Unveröffentlichtes Manuskript

Höflinger, L. (2009, 23. September). Maßgeschneiderte Wege aus der Alkoholsucht. Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 221.

Hüllinghorst, R. (2009). Leistungserbringer und Leistungsträger: Wer kann was zur Weiterentwicklung der Hilfen

für suchtkranke Menschen beitragen? Unveröffentlichtes Manuskript.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Baden-Württemberg. (2005). Empfehlungen für die Entwicklung und Einrichtung von Kommunalen Suchthilfenetzwerken.

Meyers, R.J. & Smith, J. E. (2007). CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Bonn.

Reker, M. (2009). Konsequenz von der Person her denken – was bedeutet das?!. In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.). Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland. Tagungsband. Bonn.

Reker, M. (2009). Die Kunst des Machbaren im Umgang mit stark chronifizierten Patienten. In: Aktion Psychisch Kranke. (Hrsg.). Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland. Tagungsband. Bonn.

Schmidt, L., Gastpar, M., Falkai, P. & Gaebel, W. (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Berlin: Deutscher Ärzte-Verlag.

Veltrup, C. (2009). Die Suchthilfe wird immer besser - Was Evidenzbasierung und „best-practice“ bewirken könn(t)en. Unveröffentlichtes Manuskript.

Wagner, T. (2009). ALITA – Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkrankte. Vortrag Juni 2009.

Wiegand, G.(o.J.): Visionen zur Suchtkrankenhilfe. Unveröffentlichtes Manuskript.

Wienberg, G. (2009) Was könnte wirklich weiterführen? Probleme und innovative Lösungsstrategien in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. In: Aktion Psychisch Kranke. (Hrsg.). Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland. Tagungsband. Bonn.

## **Autorenverzeichnis**

Becker, Thomas  
Diplom-Pädagoge, Geschäftsführer  
Caritasverband Kreis Soest  
[www.caritas-soest.de](http://www.caritas-soest.de)

Hüllinghorst, Rolf  
Sozialpädagoge (grad.), Praxis für  
Kommunikation und PolitikBeratung,  
Bielefeld  
[www.huellinghorst.info](http://www.huellinghorst.info)

Leune, Jost  
Lehrer, Geschäftsführer des Fachver-  
bandes Drogen- und Rauschmittel e.V.  
(FDR), Hannover  
[www.fdr-online.info](http://www.fdr-online.info)

Pirona, Dr. Alessandro  
Vertreter der Abteilung Intervention,  
Recht und Politik der Europäischen Be-  
obachtungsstelle für Drogen und Dro-  
gensucht (engl. European Monitoring  
Center for Drugs and Drug Addiction),  
Lissabon, Portugal  
[www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

Die **LWL-Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS)** des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) begegnet dem wachsenden Suchtmittel-



und Drogenmissbrauch und der großen Zahl von Abhängigkeits-erkrankungen durch Information, Beratung, Qualifizierung und richtungsweisende, präventive Modellprojekte. Ihren Service nutzen vor allem die rund 900 Einrichtungen und Initiativen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe.

Die LWL-KS ist als **Beraterin und Koordinatorin** der Suchthilfe zentrale Ansprechpartnerin für Kommunen, Facheinrichtungen, LWL-Kliniken, Eltern-

kreise oder Gremien – insbesondere auf regionaler aber auch auf Bundes- und Europaebene. Die LWL-KS schult die Fachkräfte, erstellt praxistaugliche Arbeitshilfen, informiert über Forschungsergebnisse, aktuelle Gesetzgebung und moderiert die Kommunale Suchthilfeplanung.

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht qualifizierte seit ihrer Gründung 1982 mehr als 15.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfeeinrichtungen und -initiativen in **Fort- und Weiterbildungen**. Dazu gehören Workshops und Fachtagungen sowie die berufsbegleitende Vermittlung von Fachwissen: Die LWL-KS bildet Beschäftigte in der Suchthilfe und angrenzenden Arbeitsfeldern unter anderem zu Suchtberatern oder Sozial-/Suchttherapeuten aus.

Die von der LWL-KS konzipierten und erprobten **Modellprojekte** sind ein Motor für die Weiterentwicklung der Suchthilfe und Prävention – nicht nur in Westfalen-Lippe. Die Projekte bringen fortschrittliche Impulse in Prävention, Beratung und Behandlung.

Der **Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)** arbeitet als Kommunalverband mit 13.000 Beschäftigten für die 8,5 Millionen Menschen in der Region. Der LWL betreibt 35 Förderschulen, 19 Krankenhäuser, 17 Museen und ist einer der größten deutschen Hilfezahler für Menschen mit Behinderung. Er erfüllt damit Aufgaben im **sozialen Bereich, in der Behinderten- und Jugendhilfe, in der Psychiatrie und in der Kultur**, die sinnvollerweise westfalenweit wahrgenommen werden. Die neun kreisfreien Städte und 18 Kreise in Westfalen-Lippe sind die Mitglieder des LWL. Sie tragen und finanzieren den Landschaftsverband, den ein Parlament mit 101 Mitgliedern aus den Kommunen kontrolliert.

LWL-KOORDINATIONSTELLE

*Sucht* Fragen Sie uns  
doch einfach.

