

Erfolgreich Weichen stellen in der Suchthilfe

31. Jahrestagung der
LWL-Koordinationsstelle Sucht

18. Dezember 2013
in Münster

Forum Sucht Band 46 ISSN 0942-2382

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.

© Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Koordinationsstelle Sucht
Warendorfer Straße 27, 48145 Münster
www.lwl-ks.de

Redaktion: Doris Sarrazin, LWL-Koordinationsstelle Sucht
Layout: Anne Kettler, DruckVerlag Kettler GmbH
Titelbild: Jörg Körner, LWL
Druck: DruckVerlag Kettler GmbH, Bönen

1. Auflage: 2600

ISSN 0942-2382

Münster 2014

Hinweis für die Zitierer der Veröffentlichung:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (2014).
Erfolgreich Weichen stellen in der Suchthilfe
Münster: Forum Sucht Band 46

LWL-Koordinationsstelle Sucht

Tel.: +49 251 591-3268
Fax: +49 251 591-5499
E-Mail: kswl@lwl.org

Erfolgreich Weichen stellen in der Suchthilfe

31. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Erfolgsfaktoren für eine wirksame kommunale Früherkennung und Frühintervention bei Sucht, Gewalt und sozialer Ausgrenzung Christian Jordi	9
Ambulante Suchtberatung als wegweisende Clearingstelle – was verspricht Erfolg? Jost Leune	25
Aus der Reha in einen stabilen Alltag – wie kann das gelingen? Johannes Lindenmeyer	43
AG 1 Wie gelingt eine hilfreiche Beziehung, die Unterstützung annehmen lässt? Margret Kleine Kracht, Ulrich Nolte	49
AG 2 Weichen stellen in den Arbeitsmarkt – was ist zu beachten? Jörg Finzel	55
AG 3 Von der Reha-Bewilligung in die Behandlung – Erfolgsfaktoren eines Fallmanagements Sabine Hoffmann	61

Vorwort

„Erfolgreich Weichen stellen in der Suchthilfe“ so lautete das Thema der Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht 2013. Wie kann es gelingen Weichen für und mit Suchtgefährdete und Abhängige so zu stellen, dass ihr Lebensweg in eine positive Richtung führt? Welche Weichen müssen gestellt werden? Wann ist diese Weichenstellung erfolgreich? Wer muss welche Weiche stellen?

An verschiedenen Situationen im Lebenslauf aber auch an verschiedenen Entscheidungspunkten im Hilfesystem werden Weichen gestellt. Viele individuelle Entscheidungen, die jeder von uns viele Male am Tag treffen muss (und teilweise unbewusst trifft), besondere Lebenssituationen und natürlich soziale Rahmenbedingungen haben uns an den Lebenspunkt gebracht, an dem jeder von uns aktuell steht. Abhängig zu sein bedeutet eine Einschränkung der eigenen Steuerungsfähigkeit. Eine Aufgabe der Suchthilfe ist es, diese Steuerungsfähigkeit zu fördern. Dazu gehört die Motivation, schädigende Gewohnheiten und Haltungen zu verändern.

Ein Leben wird in der Regel dann als gelungen und befriedigend empfunden, wenn verschiedene Bereiche miteinander in einer guten Balance sind. Dazu zählen z.B. Körper und Gesundheit, Sinn und Werte, Soziales Umfeld (Familie und Freunde) sowie gesellschaftliche Anerkennung durch Arbeit und Leistung. Wie diese Punkte gefüllt werden, ist natürlich von Person zu Person verschieden. Aufgabe der Suchthilfe ist es, Hilfesuchende auf dem Weg in ein selbstbestimmtes, gelingendes Leben zu begleiten und zu unterstützen.

Das geht natürlich nur, wenn auch die Klientinnen und Klienten bzw. die Patientinnen und Patienten ganz persönlich ihre Weichen stellen wollen und auch stellen. Inzwischen geht die Wissenschaft davon aus, dass es ganz bestimmte Momente im Leben sind, die sogenannten ‚teachable moments‘, in denen die Bereitschaft zur Veränderung besonders hoch ist. Ein solcher Moment kann zum Beispiel sein, wenn der Hausarzt eine unangenehme Diagnose verkündet, die Konsequenzen ungesunden Verhaltens deutlich erläutert und dringend eine Änderung der Lebensweise anrät. Das kann der drohende Arbeitsplatzverlust sein oder der Verlust des Führerscheins. Auch das unangenehme Aufwachen nach einer Alkoholvergiftung im Krankenhaus kann ein solcher Moment sein. Lebensweichen neu zu stellen erfordert immer eine individuelle Entscheidung, die auch großes Helferengagement dem Einzelnen nicht abnehmen kann.

Welche Konsequenzen nicht so gelungene Entscheidungen haben können, beschreibt Eugen Roth anschaulich und nachfühlbar in seinem Gedicht ‚Übereilte Anschaffung‘:

*Ein Mensch geht, leider ganz allein,
Und kauft sich neue Schuhe ein.
Er tritt zu seinem spätern Schaden
Gleich in den nächsten besten Laden,
Wo ihm ein milder Überreder
Die Machart anpreist und das Leder.
Und schwörend, dass der Schuh ihm passe,
Schleppt er sofort ihn an die Kasse.
Leicht ist es, Stiefel sich zu kaufen,
Doch schwer, darin herumzulaufen.*

Aufgabe für professionelle Helferinnen und Helfer ist es, bei einer förderlichen Entscheidungsfindung ‚einen Menschen‘ nicht allein zu lassen und ihn zu unterstützen. Dabei benötigt das Hilfesystem eine Anlaufstelle für Betroffene und auch ihre Angehörigen analog des Bahnhofs für Reisewillige. Das bedeutet auch, entsprechend bekannt zu sein und angenommen zu werden.

In den letzten 30 bis 40 Jahren hat sich die Suchthilfe immer weiter differenziert und ist zu einem komplexen System geworden. Unser Sozialleistungsrecht mit seinen zwölf Büchern ist eine gute Grundlage für individuelle Hilfeleistung. Es macht Hilfeleistung für einen Einzelnen oder eine Familie mit Suchtproblemen aber auch durch die Vielzahl der Kosten- und Leistungsträger und deren unterschiedliche Rahmenbedingungen kompliziert. Es ist eine ziemliche Herausforderung, sich in dem komplexen System auszukennen und an den richtigen Stellen die notwendige Hilfe zu erfragen. Das gilt natürlich besonders für Betroffene selbst.

Um die verschiedenen vorhandenen Möglichkeiten des Hilfesystems für Suchtgefährdete und Abhängige sowie ihren Familien gut zu nutzen, ist die Zusammenarbeit in diesem System, in Netzwerken, unumgänglich. Hier werden auf struktureller Ebene die Weichen für eine Verbesserung der Lebenssituation gestellt. Da müssen wir uns im Bild der Tagung verschiedene Fragen stellen wie: ‚Ist unser Schienensystem in einem guten Zustand? Gibt es genügend Bahnhöfe für Umstiege? Klappt der Anschluss bei einem notwendigen Zugwechsel – zum Beispiel vom Entzug in die medizinische Rehabilitation?‘

Auf der 31. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht wurden einige dieser Aspekte aufgegriffen. Die Fragestellung lautete dabei: Was wissen wir über **erfolgreiche** Ansätze? Und dazu haben Wissenschaft und Forschung

aber auch Praxiserfahrungen einige Erkenntnisse gebracht. Beruhend auf Lebenserfahrung formulierte Oscar Wilde in den 50iger Jahren:

Alle Systeme, die auf der Beständigkeit der menschlichen Natur und nicht auf ihrem Wachstum, ihrer Veränderlichkeit gründen, sind zum Scheitern verurteilt.

Ein Erfolgsfaktor scheint damit zu sein, auf den Willen zum Wachstum und die Veränderungsfähigkeit des Menschen zu setzen.

Dazu können Sie die Ausführungen der Referentinnen und Referenten der Jahrestagung in dieser Dokumentation nachlesen. Die Reihenfolge orientiert sich am Tagungsverlauf. Zunächst lesen Sie von Christian Jordi, Leiter Gesunde Gemeinde der RADIX Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention aus Zürich seinen Beitrag ‚Erfolgsfaktoren für eine wirksame kommunale Früherkennung und Frühintervention‘. Jost Leune, Geschäftsführer des Fachverbandes Drogen und Suchthilfe, Hannover, beleuchtete das Thema ‚Ambulante Suchtberatung als wegweisende Clearingstelle – was verspricht Erfolg?‘. Johannes Lindenmeyer, Direktor der Salus-Klinik Lindow, erläuterte ‚Erfolgsfaktoren für einen guten Übergang aus der stationären medizinischen Rehabilitation in den individuellen Alltag‘. In den drei Arbeitsgruppen wurden weitere Weichenstellungen wie der Aufbau einer hilfreichen Beziehung, die Eingliederung in den Arbeitsmarkt und der Weg von der Reha-Bewilligung in die Behandlung diskutiert. Hierzu können Sie die Quintessenz ebenfalls in der Dokumentation nachlesen.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre. Es würde uns freuen, wenn die Beiträge zu konstruktiven Diskussionen in Ihren Einrichtungen beitragen.



Hans Meyer



Doris Sarrazin
LWL-Koordinationsstelle Sucht

Erfolgsfaktoren für eine wirksame kommunale Früherkennung und Frühintervention bei Sucht, Gewalt und sozialer Ausgrenzung

So lautet der Titel meines heutigen Beitrags. Ich möchte zuerst auf den Begriff „Früherkennung und Frühintervention“ bzw. auf das Verständnis, bzw. was man darunter verstehen kann, eingehen. Dann möchte ich die gemeindeorientierte Zugangsweise ausführen, weil das eine spezielle Verortung der Thematik darstellt. Zum Schluss werde ich auf Erfolgsfaktoren eingehen, die wir im Rahmen von verschiedenen Programmen erarbeitet haben.

Zunächst ein paar Worte zu RADIX. Die Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX ist eine gesamtschweizerisch tätige Organisation, die regional verankert ist. Das heißt, wir verfügen über vier regionale Zentren in Luzern, Lausanne, Bern und in Zürich. Nun muss man sich bewusst sein, dass die ganze Schweiz etwa so groß ist wie Westfalen. Es gibt Kantone, die sind sehr klein und haben bspw. nur 10.000 Einwohner. Aber trotzdem haben sie ihre vollständige Autonomie in allen gesundheitsrelevanten Fragen in ihrer Region. RADIX ist also national tätig und regional ausgerichtet, womit wir auf die Spezifitäten der einzelnen Regionen eingehen können. Wir haben u.a. Aufträge vom Bundesamt für Gesundheit, aber auch von einzelnen Kantonen und von privater Seite. Bei der Umsetzung unserer Programme arbeiten wir mit Kooperationspartnern vor Ort. Wir sind dabei sehr nahe an der Praxis, und der Praxisaustausch ist uns ein zentrales Anliegen. Unsere Spezialität ist Setting-orientierte Gesundheitsförderung und Prävention.

Was ich heute vorstelle, ist lokalisiert im Bereich unserer Plattform „Gesunde Gemeinden“; es geht eben um die gemeindeorientierte Früherkennung und Frühintervention.

Früherkennung und Frühintervention ist ein etwas umständliches Begriffspaar, etwas lang, ich kürze deshalb manchmal ab mit F und F. Wenn ich F und F sage, dann meine ich diese beiden Begriffe. Dabei stellt sich vorerst die Frage: Was ist mit früh genau gemeint? Es gibt ja auch die frühe Förderung oder die Frühprävention. Frühe Förderung meint früh im Sinne der Entwicklung eines Menschen im frühen Alter. Frühe Förderung oder Frühprävention vor dem Schulalter, pränatale Prävention vor der Geburt, das ist hier mit früh gemeint.

Bei F und F meint man aber früh im Sinne der Chronifizierung eines Problems, in einem frühen Stadium, zu einem frühen Zeitpunkt der Entwicklung eines Problems.

In der Früherkennung und in der Frühintervention sind sowohl Akteure der Primärprävention als auch Akteure der Sekundärprävention oder der Beratung und Therapie involviert. Die Früherkennung bedeutet das rechtzeitige Wahrnehmen von Anzeichen und auch die richtige Deutung von Auffälligkeiten. Man kann das auch umschreiben mit dem Wort „Hinschauen“. Der zweite Begriff, die Frühintervention, wäre dann das „Handeln“, wenn es darum geht, adäquate Interventionen umzusetzen.

Früherkennung & Frühintervention (F&F)



Der Vater im Bild hat eine mögliche Gefährdung seiner Kinder früh erkannt und er hat auch gleich interveniert. Man kann sich natürlich fragen, ob seine Intervention adäquat ist. Was auffällt, er hat sich darauf fokussiert, Risiken zu verringern. Er hat das Fahrzeug zerstört, er hätte natürlich auch Schutzfaktoren erhöhen und seine Kinder anleiten können, wie sie sich im Straßenverkehr zu bewegen haben, damit sie kein Risiko eingehen, wenn sie die Straße überqueren. Wie auch in anderen Präventionsbereichen ist es wichtig, beide Aspekte in der Frühintervention zu beachten, sowohl Risiken zu vermindern, als auch Schutzfaktoren zu stärken.

„Hinschauen und Handeln“ das ist der Name eines Programms, das wir bei RADIX umsetzen. Das Programm setzen wir um im Auftrag des Bundesamtes

für Gesundheit. Gemeinden und Städte sind konfrontiert mit verschiedenen Problemen. Oft sind es insbesondere die negativen Auswirkungen, die spürbar sind und die sie beschäftigen, wie Lärmbelästigung, Vandalismus, Gewalt usw. Die Gemeinden und Städte sind herausgefordert, hier Lösungen zu finden. Insbesondere breit abgestützte Lösungen sind gefragt, wo die verschiedenen Akteure der Prävention, der Intervention und auch der Repression involviert sind, und alle möglichst gut zusammen arbeiten. Wir haben vom Bundesamt für Gesundheit den Auftrag erhalten hierfür ein Programm zu entwickeln. Dieses Programm ist thematisch etwas breiter gestaltet, es richtet sich an verschiedene Problemsymptome, nicht nur an die Suchthematik. Es macht Sinn, im kommunalen Kontext nicht separate Strukturen für jedes Thema aufzubauen, sondern integriert vorzugehen.

Wir sind 2003 gestartet mit einem Modell, das es bereits gab. Die Gemeinde Köniz, das ist die ungefähr zehntgrößte Stadt in der Schweiz, hatte ein Modell zur Früherkennung und Frühintervention ausgehend von der Schule entwickelt. Zwei weitere Gemeinden haben mitgearbeitet. Der Bund hat uns den Auftrag gegeben, dieses Modell bekannt zu machen, damit interessierte Gemeinden es dann selber umsetzen können. In einer Promotionsphase haben wir mit verschiedenen Tagungen und Workshops das Modell bekannt gemacht. Wir haben dann aber gemerkt, dass wir mit diesem Vorgehen an Grenzen stoßen. Die Rahmenbedingungen der Stadt Köniz waren anders als in den verschiedenen Gemeinden, die sich für das Modell interessiert haben. Ein Beispiel: Köniz hat sehr viele Ressourcen für die Prävention zu Verfügung gestellt und verfügte über eine eigene Präventionsstelle. Andere Gemeinden hielten es für nicht machbar, so viele Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Wir haben realisiert, dass eine andere Vorgehensweise notwendig wurde. Anstelle der Promotion eines bestehenden Modells suchten wir nach einer Möglichkeit, die flexibler oder adaptierbarer ist. In einer nächsten Phase haben wir darum mit fünf Pilotgemeinden und einer nationalen Expertengruppe Erfolgs- und Qualitätsfaktoren zur Früherkennung und Frühintervention entwickelt, an denen sich interessierte Gemeinden und Städte orientieren können. Sie wurden in der Zwischenzeit auch mehrfach überarbeitet. Ich werde im zweiten Teil des Beitrags darauf zurückkommen.

Das Programm „Hinschauen und Handeln“ richtet sich aufgrund des Auftrages an Jugendliche, obwohl sich F und F grundsätzlich nicht nur an Jugendliche richten muss. Es gibt auch andere Übergangsphasen, die problematisch sind, beispielsweise die Pensionierung. Es geht in diesem Programm darum, auf der einen Seite die Verhaltensweisen der Personen zu fokussieren, aber auch den Blick auf die Lebensbedingungen, die Rahmenbedingungen in denen die Men-

schen leben, zu richten. Das ist ein wichtiger Teil, denn es geht hier nicht nur ums Individuum, sondern es geht auch um die Gemeinschaft. Und dazu ist natürlich die Gemeinde ein idealer Handlungsort. Ziel ist die Unterstützung der Kinder und Jugendlichen, die ein Problem haben, durch das verantwortliche Umfeld. Wir gehen davon aus, dass es in einer jugendlichen Phase oftmals zu Problemen kommt. Sie lassen sich auch kaum verhindern, das liegt in der Natur der Sache. Wir legen den Fokus auf das verantwortliche Umfeld. Wie sollte eine Gemeinde organisiert sein, um eben die bestmögliche Unterstützung zu liefern. Wir haben den Begriff des Managements der Früherkennung und Frühintervention geprägt. Wenn wir uns vergegenwärtigen, wer alles mit Jugendlichen und Kindern zu tun hat, kommen wir auf eine Vielzahl von Akteuren. Und Managen heißt ja eigentlich, dass die richtigen Menschen im richtigen Zeitpunkt das Richtige tun.

Dazu eine meiner Lieblingsfolien. Das ist eine bereits etwas ältere Folie, aber sie zeigt die Komplexität auf, die mit einem solchen Vorhaben verbunden ist:

Idealer Handlungsort zu F&F: die Gemeinde

hinschauen & handeln

Die verankerten kommunalen Strukturen zum Management von Frühintervention ermöglichen, dass die richtigen Personen zum richtigen Zeitpunkt richtig handeln.



Die Frage stellt sich nun, welche Strukturen eine Gemeinde aufbauen muss, und wie sie diese implementieren kann, damit Unterstützung greifen kann. Damit alle, die mit Jugendlichen zu tun haben (wie der Pfarrer, die Lehrerin, der Arzt, der Jugendarbeiter usw.) im Sinne der Gesundheit der Jugendlichen möglichst optimal agieren.

Zuerst aber zur Frage, welche Probleme haben Gemeinden und Schulen? Wie sieht die Problemsituation in den Gemeinden aus? Möglicherweise sind in der Schweiz die Probleme im Vergleich mit anderen Ländern etwas kleiner. Aber das stimmt vielleicht nicht und ist ein Vorurteil der Schweiz, dass es bei den anderen immer ein bisschen schlimmer ist als bei einem selbst.

Im Kanton Zürich hat vor zwei Jahren die Zürcher Fachhochschule für Angewandte Wissenschaften alle Gemeinden zu folgenden Themenbereichen befragt: Wie schätzen Sie die Problemsituation ein? Antwort der Gemeinden lautete mehrheitlich: eigentlich sind die Probleme nicht sehr groß. Es gab aber sehr große Unterschiede zwischen den Gemeindetypen. Die beiden großen Städte Zürich und Winterthur sind als Zentrumsstädte mit sehr großen Problemen konfrontiert. Diese Unterscheidung zwischen ländlichen und städtischen Gemeinden wird bei Ihnen in Deutschland ähnlich sein. Im Agglomerationsgürtel haben die Gemeinden dann und wann Probleme, sie eskalieren aber nicht sehr stark. Die Landgemeinden haben berichtet, sie hätten eigentlich relativ wenige Probleme.

Die zweite Frage war: Haben Sie Bedarf nach Modellen oder Unterstützung zum Managen dieser Probleme? Die zwei großen Städte antworteten, sie hätten genügend Strukturen und genügend Fachleute. Sie bräuchten nichts Zusätzliches. Aber die Agglomerationsgemeinden, die mittleren Gemeinden im Umland hatten Bedarf nach Konzepten, nach erfolgreichen Modellen. Für mich war ein erfreuliches Resultat, dass das präventive Verständnis der Politik vergleichsweise hoch ist. Das war nicht immer so. Die Politik und die Schlüsselpersonen sind sich der Notwendigkeit bewusst präventiv zu agieren, auch wenn die Problemlast zurzeit eher gering ist, um auf künftige Herausforderungen vorbereitet zu sein.

Wie sehen die Probleme bei den Jugendlichen aus? Das zeigen die Resultate unserer Schülerbefragungen. Der Großteil der Jugendlichen ist gesund und fühlt sich auch gesund. Es gibt einen problematischen Substanzkonsum, hauptsächlich im Alkoholbereich. Einige Probleme gehen schnell vorüber, sie sind nur phasenweise existent. Aber es gibt auch einen Teil der Jugendlichen, der sich Unterstützung wünscht. Studien zeigen, dass 80-90% der Jugendlichen eigentlich kein Problem hat. Es gibt aber 10-20%, die eine Unterstützung benötigen. Im Sinne des Tagungsthemas „Weichenstellen“ möchten wir verhindern, dass diese in den „roten Bereich“ abdriften. Deshalb ist hier Früherkennung und Frühintervention notwendig. Das Bewusstsein darüber ist in der Schweiz stark gewachsen.

Wenn wir das kommunal angehen wollen, stehen wir vor der Herausforderung, dass wir es mit einer Vielzahl von Akteuren zu tun haben. Die Verantwortlich-

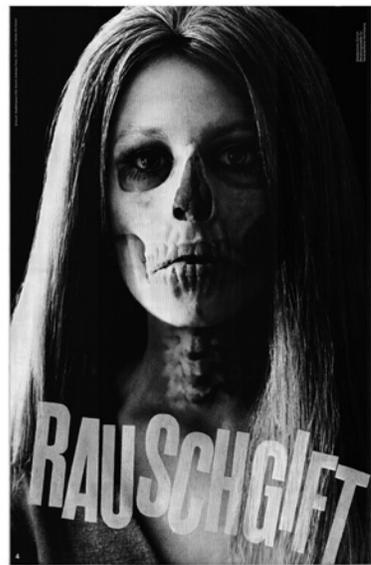
keiten oder die Entscheidungen liegen in einer Vielzahl von Departementen. Das heißt, es wird komplex. Deshalb eignen sich besonders Setting-orientierte Ansätze. Wenn wir das historisch betrachten, sehen wir, dass in der Suchtprävention die gemeindeorientierte Prävention in den letzten zehn Jahren sehr stark an Gewicht zugenommen hat. Konzepte zu F und F sind oft im Rahmen der Suchtprävention entstanden. Doch dann hat Suchtprävention den thematischen Fächer geöffnet. Dazu möchte ich gerne einen kleinen historischen Exkurs machen. Die Entwicklung hat nämlich mit der generellen Entwicklung der Suchtprävention in den letzten 40 Jahren in der Schweiz zu tun. Sicher war dies in Deutschland ähnlich.

Werbekampagnen der Suchtprävention eignen sich besonders gut um aufzuzeigen, mit welchem Präventionsverständnis Suchtprävention betrieben wird. Betrachten und vergleichen wir also ausgewählte Suchtpräventionsplakate aus dem Kanton Zürich der letzten 40 Jahre:

Exkurs präventive Ansätze: Historische Perspektive

1970er Jahre:

Informationsvermittlung



RADIX

Mit diesem Plakat wurde Ende 60er, Anfang 70er Jahre Suchtprävention betrieben. Ich kann mich gut an das Bild erinnern, das war meine erste Begegnung mit der Suchtprävention. Ich war als kleiner Junge sehr beeindruckt und habe meine Vater gefragt: „Was ist das, Rauschgift?“ So wurde damals für Suchtprävention Werbung gemacht. Wenn man Präventionswerbung aus den

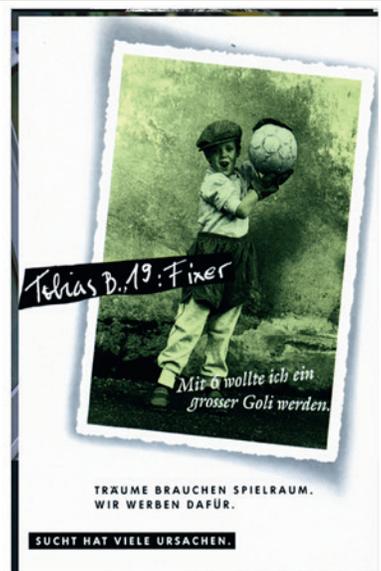
70er Jahren mit heute vergleicht, sieht man große Unterschiede. Damals beschränkte sich die Suchtprävention auf Informationsvermittlung über Substanzen. Man hat vor allem über die schädlichen Auswirkungen aufgeklärt, oft auf abschreckende Art und Weise. Man ging davon aus, dass Menschen, die wissen, dass etwas schädlich ist, dies dann auch nicht tun. Man hat relativ bald gemerkt, dass wirkt zwar bei Personen, die eh schon empfänglich sind für präventive Botschaften und bestärkt diejenigen, die keinen problematischen Substanzkonsum haben. Bei gefährdeten Personen kann sich dies aber auch kontraproduktiv auswirken.

In den 80er Jahren ist man einen Schritt weiter gegangen. Vielleicht kennen Sie diese Plakate der Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich. Hier sehen wir Tobias mit sechs Jahren, da hatte er Träume, er wollte Goli (das heißt bei Ihnen Torwart) werden. Man fragt sich, wie ist das eigentlich gekommen, dass Tobias jetzt mit 19 Jahren Fixer geworden ist.

Exkurs präventive Ansätze: Historische Perspektive

1980er Jahre:

Förderung pers.
und soz. Kompetenzen



In den 80er Jahren hat man den Blickwinkel ausgeweitet. Nicht nur die Substanz ist relevant, auch das Suchtverhalten mit all seinen Ursachen stand im Fokus der Suchtprävention. Es ging nicht nur um die Frage, ist ein Suchtmittel gefährlich oder nicht, sondern auch, wie gehe ich überhaupt mit den Herausforderungen um, die sich in meinem Leben stellen. Konfliktfähigkeit war ein

großes Wort in den 80er Jahren. Die Förderung der Konfliktfähigkeit, sozialer und personeller Kompetenzen wurde ein Ziel der Suchtprävention.

In den 90er Jahren sehen die Plakate wiederum ganz anders aus: Auf vielen, insbesondere im Kanton Zürich, sind keine Personen mehr zu sehen, nur noch Texte. Erstmals kommen strukturelle Faktoren ins Spiel. Z.B.: Es gibt einen Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Sucht.

Exkurs präventive Ansätze: Historische Perspektive

1990er Jahre:

Organisationsentwicklung



Oder: Die Normen und Werte, der Lifestyle, in dem wir uns bewegen, haben einen Einfluss auf unser Verhalten. Im Schulbereich beispielsweise wurde in den 90er Jahren das Schlagwort der „Schulhauskultur“ geprägt. Es ging nicht mehr nur um die Frage, wie wir Kompetenzen der Schüler und Schülerinnen fördern, sondern es ging auch darum, wie und in welcher Kultur leben wir miteinander in einer Schule. Damit sind die ganzen Aspekte der Organisationsentwicklung in den Fokus der Prävention gerückt. Ich selber habe in den 90er Jahren eine Supervisorenausbildung gemacht, als ich in der Prävention gearbeitet habe. Die Arbeit in der Suchtprävention wurde immer komplexer.

Nehmen wir nun die 2000er Jahre. Ein ganz großes Thema hier sind die gesetzlichen Regelungen, die Verbindlichkeiten. Jugendschutz und Alkohol z. B. ist in den letzten zehn Jahren, also mit dem Beginn dieses Jahrtausends, in den

Fokus der Suchtprävention gerückt. Wir sind eine Lebenswelt, eine Gemeinde, ein Staat, wir geben uns Gesetze. Welche Regelungen, welche Gesetze geben wir uns, welche nicht, und wenn wir sie haben, wie überprüfen wir sie? In den letzten Jahren wurde das Nichtrauchen in öffentlichen Gebäuden, in den Speiselokalen usw. bei Ihnen und bei uns eingeführt. Auf dieser Ebene ist sehr viel Entwicklung geschehen. Ich umschreibe das mal mit Policy-Entwicklung, Entwicklung von Verbindlichkeiten, von gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Exkurs präventive Ansätze: Historische Perspektive

2000er Jahre:
Policyentwicklung



RADIX

Für die Prävention heißt das, dass sich das erforderliche Knowhow nochmals weiterentwickelt hat. Kenntnisse werden notwendig, wie man mit politischen Systemen umgeht. In den Präventionsinstitutionen, in denen ich in den 90er Jahren gearbeitet habe, wurden bspw. Gemeinderätinnen angestellt. Das zeigt, das Knowhow, wie man mit der Politik arbeitet, wie man in der Politik Lobbyarbeit für die eigenen Anliegen machen kann, ist ein wichtiger Bestandteil auch für die Präventionsarbeit geworden.

Das führt nun hin zum gemeindeorientierten Ansatz, von dessen Wichtigkeit und Wirksamkeit ich natürlich sehr überzeugt bin. Wenn man gemeindeorientierte Früherkennung, Frühintervention betreiben will und nun nach erfolgreichen Modellen sucht, kommt man eigentlich um CTC (Communities that care) nicht herum. Es ist ursprünglich ein amerikanisches Modell, das auch in

haben hier auch diesen Prozess mit den sechs Phasen, der bei Ihnen zur lokalen Alkoholpolitik führt.

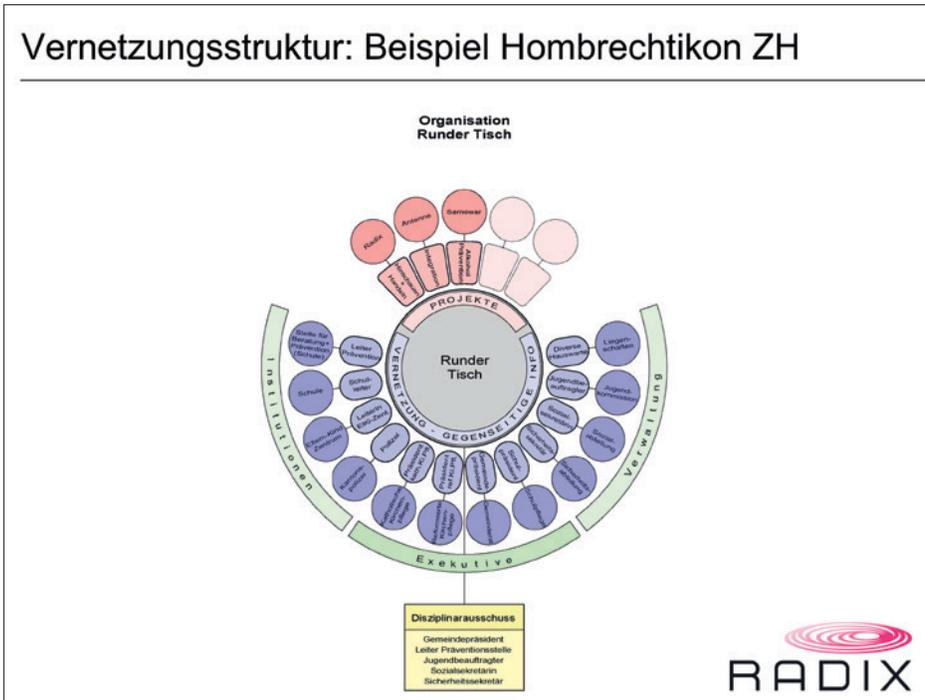
Diese kommunalen Konzepte, die sich in etwa ähneln, gilt es bei der Früherkennung und Frühintervention anzuwenden. Dazu haben wir Qualitätsfaktoren entwickelt, auf die ich jetzt noch etwas genauer eingehen möchte. Wie üblich bei Qualitätsfragen im Gesundheitsbereich beachten wir die drei Ebenen: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Zur Strukturqualität braucht es für eine gemeindeorientierte Früherkennung und Frühintervention auf der einen Seite die politische Abstützung. Das ist nicht nur bei F und F so, das ist generell für die Prävention sehr wichtig: Es braucht einen politischen Auftrag. Das bedeutet: wenn man starten will, sind bereits Mehrheiten notwendig, denn gefragt sind mehrheitsfähige Vorgehensweisen und Lösungen. Und es braucht natürlich dazu auch entsprechende Ressourcen, finanziell und personell. Die Erfahrung zeigt, dass eigentlich die finanziellen Ressourcen meistens weniger ein Problem darstellen. Das überrascht Sie vielleicht. Wenn man beispielsweise Alkoholpolitikprogramme umsetzt, ist der finanzielle Aufwand für eine Gemeinde relativ klein. Groß ist aber der personelle Aufwand. Es braucht jemanden aus der Politik, eine Person, die sagt: „Ok, ich investiere diese vier Sitzungen im Jahr, ich übernehme die Leitung.“ Es braucht die Verwaltung, die sagt: „Ok, ich arbeite hier mit.“ Es braucht die freiwilligen Akteure aus den Institutionen, aus der Bevölkerung, die bereit sind, sich mit Zeit zu engagieren. Das ist die große Ressource, die benötigt wird. Zum politischen Auftrag gehört natürlich auch ein Mandat für die Umsetzung. Irgendjemand muss die Verantwortung bekommen und die Befugnis, den Auftrag dann auch umzusetzen.

Absolut zentral für F und F ist die Organisationsstruktur. Eine Arbeitsgruppe, ein runder Tisch, eine Frühinterventionskommission, es gibt verschiedene Namen dafür. Das muss in einer Gemeinde installiert werden, darin sind alle Akteure eingebunden. Auch die Führungsverantwortung muss geklärt werden. Gut ist, wenn diese Führungsverantwortung bei der Politik oder der Verwaltung liegt. Sie sollte nicht bei den Fachleuten liegen, weil die Fachleute ihr Knowhow einbringen müssen und dort ihre Rolle haben. Es müssen relevante Institutionen, die relevanten Schlüsselpersonen eingebunden werden. Das heißt, nicht-professionelle und professionelle Akteure arbeiten zusammen. In dieser Vernetzung muss auch der Datenschutz beachtet werden.

Zu den wichtigsten Akteuren gehören Vereine z. B. der Sportverein (oder der Skiclub in der Schweiz) und alle Beratungsinstitutionen, aber auch die Schule und die Familie, also die Eltern. Die Schule betrachten wir als Teil der Gemeinde.

Vernetzungsstruktur: Beispiel Hombrechtikon ZH



In der obigen Folie sehen Sie ein Beispiel einer Vernetzungsstruktur einer Gemeinde, das einen „runden Tisch“ zeigt, der viermal im Jahr tagt und so die strategischen Planungen innerhalb der Gemeinde übernimmt. Das Gremium macht keine Fallbesprechungen. Es schaut, wo die Problemzonen generell liegen und wo man aktiv werden sollte. Das ist das Herzstück einer kommunalen F und F.

Nun zu den Prozessfaktoren. Bei der Gestaltung solcher Prozesse gibt es beachtenswerte Qualitätsaspekte. Zu berücksichtigen sind auf der einen Seite die Kontextfaktoren. Beispielsweise haben mir Gemeinderäte gesagt: „Nächstes Jahr trete ich zurück, es hat keinen Sinn, dass ich jetzt etwas anreibe“. Oder eben: „Nächstes Jahr trete ich zurück, es ist gut, wenn ich dieses Jahr noch etwas bewege“. Die Erfahrung ist, es kann nichts übergestülpt werden. Die Situation vor Ort und die „windows of opportunity“ bestimmen den Prozess.

Hilfreich im Prozess sind regelmäßige Standortbestimmungen sowie die bewusste Gestaltung der Kommunikation nach außen und nach innen. Ein zentraler Faktor, der von allen Beteiligten immer wieder betont wird, ist die Haltungsdiskussion. Wenn diese Haltungsdiskussion regelmäßig geführt wird, ist das von Vorteil für den Prozess. Wir müssen berücksichtigen, dass wir verschiedene Akteure mit unterschiedlichen Erwartungen und Rollen haben. Oft möchten die Politiker Ruhe im öffentlichen Raum. Die Jugendarbeit möchte

Räume für die Jugendlichen, damit sie ausprobieren können, wo ihre Grenzen sind usw. Das heißt, es braucht eine Diskussion darüber, welche Haltungen vorhanden sind, wo sie sich unterscheiden und welche Erwartungen damit verknüpft sind. Wichtig ist bei F und F, dass die Gesundheit der Jugendlichen schlussendlich im Zentrum steht. Unsere Erfahrungen mit diesem Ansatz sind gut. Wenn man diese Diskussionen in den Gremien führt, trägt das sehr stark zum Abbau von Vorurteilen bei. Es fördert das Verständnis dafür, weshalb eine andere Person auf Grund ihrer Rolle eine andere Position einnimmt.

Ganz wichtig ist die Partizipation der Akteure. Das heißt, mit den Beteiligten einen solchen Prozess gemeinsam zu gestalten und mit ihnen die Maßnahmen zu entwickeln. Dazu braucht es entsprechende Mittel und Strukturen und ausreichend Zeit. Partizipation braucht Zeit.

Ich möchte hier noch auf etwas verweisen, das Sie übrigens auch auf unserer Website finden. Wir haben vor zwei Jahren eine Tagung durchgeführt. Wir haben diese Haltungsdiskussion mit Politikern, Fachleuten gemeinsam mit dem Fachverband Sucht in der Deutschschweiz organisiert und eine Charta zur Früherkennung und Frühintervention erstellt. Sie können diese gerne auf unserer Website lesen. Diese Charta hat neun Punkte, die diese Haltung skizziert. Verschiedene Gemeinden haben diese Charta jetzt als Grundlage für einen Beschluss im Gemeinderat verwendet.

Aus dem Prozess müssen schlussendlich auch Ergebnisse resultieren, womit wir bei der Ergebnisqualität angelangt sind. Es gibt drei verschiedene Etappen, die wichtig sind. Auf der einen Seite arbeiten wir mit einer Bedarfsklärung, mit einer Situationsanalyse. Das machen Sie auch bei der Alkoholpolitik in NRW. Es soll herausgefunden werden, wie sich die Situation in den einzelnen Gemeinden spezifisch darstellt. CTC arbeitet übrigens in diesem Bereich mit einer schriftlichen Schülerbefragung. Sie versuchen Risiko- und Schutzfaktoren bei Jugendlichen und Kindern zu eruieren und machen auf Grund dieser Befragung die Bedarfserhebung. Wir haben bei der Bedarfserhebung mit Schlüsselpersonen gearbeitet und die Einschätzung der Schlüsselpersonen in den Fokus gestellt, weil diese Kooperation sehr, sehr wichtig ist.

Dazu haben wir eine Methode entwickelt. Detaillierte Informationen zu dieser Methodik finden Sie auf www.bedarfserhebung.ch. Kurz zusammengefasst geht es dabei um eine Abendveranstaltung, zu der wir Schlüsselpersonen einladen. Auf der Basis einer spezifischen Matrix erfassen wir, wo die Schlüsselpersonen das Gefühl haben, es gibt ein Problem. In einem zweiten Schritt wird geschaut, was bereits gemacht wird, oft wird bereits sehr viel getan. Und im dritten Schritt wird festgestellt, wo ein Handlungsbedarf gegeben ist. Bei F und

F werden oft Themen aus dem öffentlichen Raum genannt, diejenigen Themen eben, die man hört und sieht. Das bedarf manchmal einer gewissen Steuerung. Denn wenn es um Probleme bei Menschen geht, gibt es ja auch jene, die mehr nach innen gerichtet sind, die nach außen hin nicht so offensichtlich in Erscheinung treten. Dafür muss eine spezielle Aufmerksamkeit geschaffen werden.

Nach einer solchen Veranstaltung steht eine Sammlung der wichtigsten Themen zur Verfügung. Die Arbeitsgruppe entwickelt anschließend zusammen mit einer Fachstelle Empfehlungen, die sie der Gemeinde weitergibt. Es liegt nun an der Arbeitsgruppe aktiv zu werden und einen Maßnahmenplan zu erstellen. Damit verbunden stehen klassische Projektmanagementfragen an: Es müssen die Ziele gesetzt werden, die möglichst SMART, also spezifisch, messbar, anspruchsvoll, realistisch und terminiert zu formulieren sind. Es muss auch über Geld und die zeitlichen Ressourcen gesprochen werden, die zur Umsetzung des Maßnahmenplans notwendig sind. Auch hier ist wiederum die Einbindung der Politik, der Beschluss zur Umsetzung erforderlich. Anschließend werden die Maßnahmen umgesetzt und schlussendlich braucht es auch hier eine Auswertung über den Erfolg und die Zielerreichung.

Betonen möchte ich zum Schluss noch den Handlungsleitfaden, der im Prinzip skizziert, wann wer was zu tun hat, wenn eine Auffälligkeit auftritt. Wir kennen das aus dem betrieblichen oder auch aus dem schulischen Kontext. Für eine Gemeinde wird das relativ komplex. Es ist herausfordernd, die Handlungsabläufe zu verschriftlichen, aber es führt zu mehr Klarheit, wer wofür zuständig ist und wohin man sich bei Problemen wenden kann. Das gibt mehr Handlungssicherheit und das ist schlussendlich ein wichtiges Ziel der Früherkennung und Frühintervention.

Damit bin ich am Schluss meiner Ausführungen und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Frage: Kann das Modell von kleinen Gemeinden in der Schweiz auf eine größere Stadt in NRW übertragen werden oder sollte es besser auf Stadtteile oder Bezirke herunter gebrochen werden?

Jordi:

Übertragbar sind z. B. die Qualitätsfaktoren als Aspekte, die zu beachten sind, die auch eine größere Stadt beachten muss und beachten kann. Zur Durchführung der partizipativen Prozesse und zur Gewährleistung der Verankerung in der Bevölkerung ist natürlich eine Quartierorientierung hilfreich und auch sinnvoll. Das bestätigen auch Erfahrungen bei CTC („Communities that Care“).

Frage: Kann das Modell auf Grund der handelnden Personen scheitern?

Jordi:

Ja, leider. Das Modell ist eine Orientierung. Und es lebt natürlich ganz stark von den involvierten Personen. Beispielsweise hat die Person, die die Leitung innehat, eine ganz zentrale Funktion. Es geht um das Management der Frühintervention. Das heißt, die Schlüsselpersonen haben im Prozess ihre Rolle. Es ist absolut zentral, dass diese Schlüsselpersonen sich für die Sache engagieren. Es kommt auch vor, dass sich engagierte Personen ins Offside manövrieren und an Akzeptanz verlieren. Wenn wir dann auf diese Personen setzen müssen, dann hat man, wie überall in der Politik, ein Problem.

Frage: Wie beteiligen Sie Eltern an dem Prozess?

Jordi:

Man kann sagen, die Elternbeteiligung ist dann einfacher und erfolgreicher, wenn die Elternschaft organisiert ist, wenn es einen Elternrat oder einen Elternverein gibt, der eine oder mehrere Personen delegiert, die sich dann in den Arbeitsgruppen engagieren. Fehlen diese Organisationen wird es schwieriger, denn einzelne Eltern können nicht für die Elternschaft an sich sprechen.

Ambulante Suchtberatung als wegweisende Clearingstelle – was verspricht Erfolg?

Zusammenfassung

Suchtberatungsstellen sind nach wie vor der Hauptzugang zum Suchthilfe-System. Dennoch finden sich Suchtkranke auch in vielen anderen Hilfesystemen, vor allem in der Psychiatrie aber auch – häufig unerkannt – zum Beispiel in der Grundsicherung für Arbeitslose, der Bewährungshilfe oder der Wohnungslosenhilfe. Eine wegweisende Clearingstelle für Suchtkranke muss daher im Lebensraum d.h. auch bei den unterschiedlichen Anlaufpunkten Hilfe suchender Menschen ansetzen und eine Fallbegleitung organisieren. Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe hat daher die Erfahrungen aus dem Modellprogramm Reha-Fall Begleitung ausgewertet und ein Modell für das Case-Management in der Suchthilfe vorgelegt. Es hat zum wesentlichen Inhalt, Beratungsarbeit in einem Gesundheitszentrum zusammenzufassen und von dort aus über eine Clearingstelle Suchtprobleme eine Fallbegleitung zu organisieren, deren Schwerpunkt bei der beruflichen Integration liegen muss.

Die Voraussetzungen

Psychosozialen Beratungsstellen sowie Suchtberatungs- und Behandlungsstellen haben eine zentrale Aufgabe bei der Beratung und Betreuung Abhängigkeitskranker und sind zentrale Anlaufstellen. Die dort beschäftigten Fachkräfte unterstützen Betroffene beim Aufbau der Motivation, Hilfe anzunehmen, erstellen Hilfepläne und vermitteln in weiterführende Angebote (soziale, berufliche, medizinische Rehabilitation). Suchtberatungs- und Behandlungsstellen übernehmen vielfach auch die psychosoziale Begleitung Substituierter, unterstützen Selbsthilfeprojekte und sind Fachstellen für Prävention. Bundesweit gibt es ca. 1.300 Stellen die von etwa 500.000 ratsuchenden Menschen aufgesucht werden. Sie werden überwiegend auf Grundlage der Gesetze zum öffentlichen Gesundheitsdienst finanziert und zwar durch Kommunen und Länder auf dem Weg freiwilliger Leistungen (Leune 2013). Mehr als die Hälfte der Beratungsstellen dokumentieren ihre Leistungen in der deutschen Suchthilfe-Statistik¹, so dass eine gute Übersicht über die quantitative und qualitative Arbeit der Suchtberatung möglich ist. Damit kann auch die Frage beantwortet

1 www.suchthilfestatistik.de

werden, ob die Suchtberatungsstellen der Aufgabe gerecht werden, erfolgreich Weichen zu stellen.

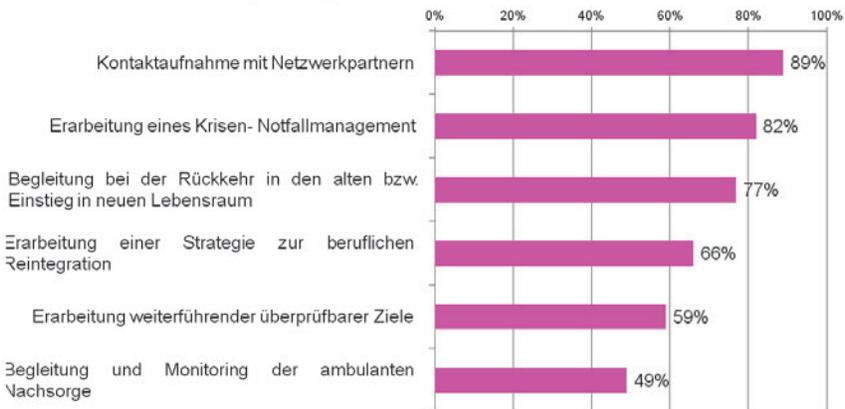
Im politischen Handeln, in den öffentlichen Diskussionen fachlichen Diskussionen und am öffentlichen Raum spielte die rehabilitativen Suchthilfe aber kaum noch eine Rolle. Mit diesem Begriff ist nicht nur die sozialrechtlich definierte Leistung der medizinischen Rehabilitation gemeint, sondern auch darüber hinaus die soziale Rehabilitation zum Beispiel im Rahmen der Eingliederungshilfe im Betreuten Wohnen oder in Wohnheimen. Vor allem aber ist die berufliche Rehabilitation im Dreiklang Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeit auf Grundlage der Sozialgesetzbücher II und III gemeint. Suchthilfe abseits medikamentöser Behandlungen wie zum Beispiel der Substitution Opioidabhängiger und neuerdings auch der Behandlung Alkoholkranker steht nur noch selten im Fokus und sollte daher strukturell und konzeptionell besser ausdifferenziert werden. Ziel dieser Bemühungen muss es sein, unterschiedliche Zielgruppen der Suchthilfe früher zu erreichen, um weiterführende Hilfen mit dem Ziel der Teilhabe nachhaltig vermitteln zu können.

Wichtiges Modellprojekt: Die Reha Fallbegleitung

Für diesen Ansatz gibt es in der Suchthilfe in Deutschland wenige Vorbilder. Als hilfreich hat sich in den vergangenen Jahren das Modellprojekt „Reha-Fallbegleitung bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen“ der deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz gezeigt. In einer Zwischenauswertung der quantitativen wissenschaftlichen Begleitung (Universitätsklinikum Freiburg 2011) werden die personenbezogenen Hilfen vor und nach der medizinischen Rehabilitation sehr präzise und nachvollziehbar beschrieben. Insgesamt nahmen an dieser Studie bis zum Jahr 2011 225 Rehabilitanden/-innen teil, die im Durchschnitt 36,4 Jahre alt waren, zu fast 90 % männlich waren und zu 41 % eine Alkohol- bzw. zu 59 % eine Drogenabhängigkeit aufwiesen.

Während in diesem Projekt vor der Rehabilitation vor allem die Fallanalyse, die Abklärung der Einbindung in das Hilfesystem sowie die Festigung der Motivation und die Perspektiventwicklung im Mittelpunkt standen, zeigt die Abbildung 1, dass dies nach der Rehabilitation wichtige Weichenstellungen waren.

Nach der Reha in Anspruch genommen



Die Kontaktaufnahme mit Netzwerkpartnern spielte mit 89 % die wichtigste Rolle, dass Krisen- und Notfallmanagement kam mit 82 % auf Platz zwei und die Begleitung bei der Rückkehr in den alten bzw. der Einstieg in einen neuen Lebensraum stand mit 77 % der Maßnahmen auf Platz drei. Mit 66 % spielte die Erarbeitung einer Strategie zur beruflichen Regel Integration ebenfalls eine wichtige Rolle.

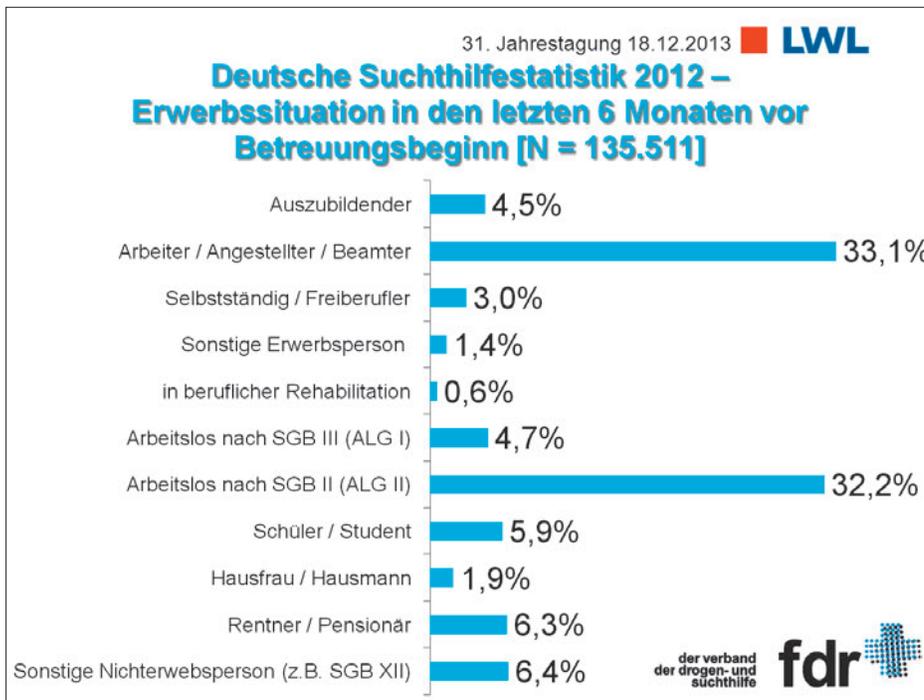
Insgesamt dauerte die Fallbegleitung zum Zeitpunkt der Zwischenauswertung 8,7 Monate mit durchschnittlich sechs Kontakten pro Person. Das Projekt traf die Bedürfnisse der Rehabilitanden/-innen: über 80 % waren sehr zufrieden oder zufrieden mit der Begleitung.

Die Reha-Fall Begleitung war (inzwischen ist das Projekt abgeschlossen) also ein Erfolg, weil die Klientinnen und Klienten zufrieden sind sowohl mit den angebotenen Hilfen als auch mit der Dauer der Begleitung. Von daher liegt es nahe zu prüfen, ob sich diese Erfahrungen auf das System der Suchthilfe übertragen lassen.

Voller Fälle – Die ambulante Suchthilfe

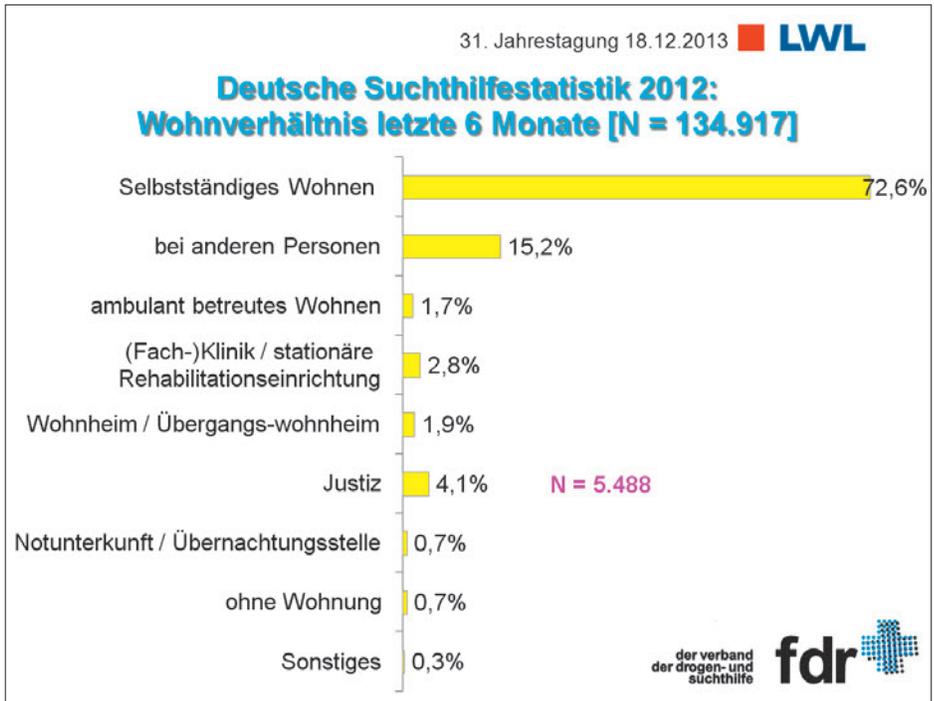
In der Versorgung von Suchtkranken spielen die ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen neben den Angeboten der Akutmedizin (Ärzte, Kran-

kenhäuser und Psychiatrie) die wichtigste Rolle. Dank der deutschen Suchthilfe-Statistik, die im ambulanten Bereich eine Erreichungsquote von etwa 70,0% hat, kann beschrieben werden, welche Voraussetzungen die Betroffenen zur Suchtberatung mitbringen. Es zeigen sich unterschiedliche Bereiche, in denen eine Clearingstelle Hilfen anbieten muss:



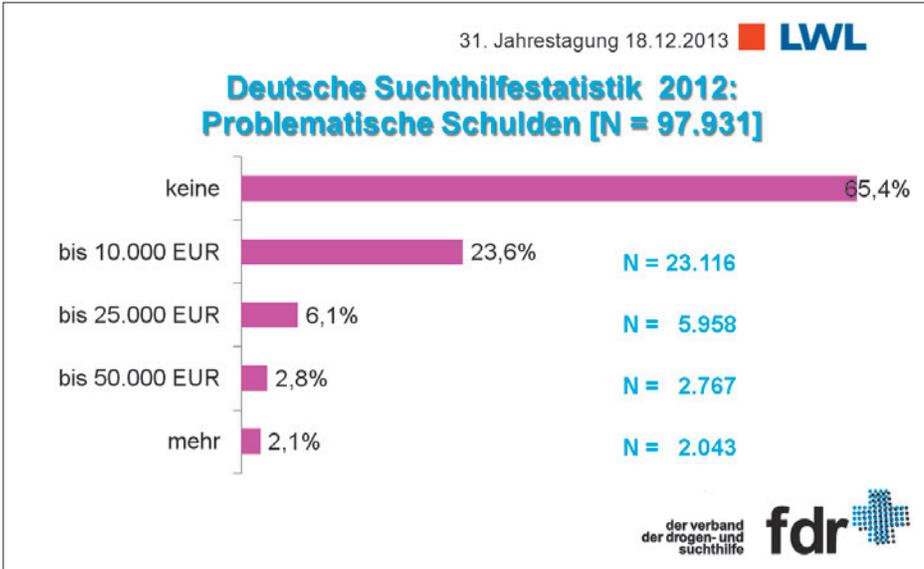
Bezogen auf die Erwerbssituation zeigt der Überblick über 135.511 Klientinnen und Klienten zwei deutliche Schwerpunkte. Berufstätig als Arbeiter, Angestellte oder Beamte sind 33,1 % der Ratsuchenden, arbeitslos nach SGB II, das heißt langzeitarbeitslos sind 32,2 % der Menschen. Zählt man jedoch die Arbeitslosen nach SGB III sowie die sonstigen Nichterwerbspersonen hinzu, steigt die Zahl der Menschen ohne Beschäftigung auf 43,3 %.

Die Wohnsituation scheint dagegen auf den ersten Blick stabil:



70,6 % können der Kategorie „Selbstständiges Wohnen“ zugeordnet werden und scheinen damit in stabilen Verhältnissen zu leben. Prekäre Wohnverhältnisse, wie zum Beispiel „Justiz“, Notunterkünfte oder Wohnungslosigkeit spielen eine geringere Rolle. Dennoch sind in absoluten Zahlen etwa 5.500 Personen im Justizvollzug und jeweils knapp 1.000 in Notunterkünften untergebracht oder sogar ohne Wohnung. Zu beachten ist, dass sich diese Zahlen nur auf die erfassten Personen beziehen.

Eine wichtige Rolle spielen auch die „problematischen Schulden“:



Auch hier wirken die Zahlen im ersten Moment wenig alarmierend. Fast zwei Drittel der Betroffenen haben keine Schulden, weitere 23,6 % „nur“ bis 10.000 €. Versieht man die Anteile der Personen mit einer Verschuldung jedoch mit absoluten Zahlen kommt es sehr schnell zu beeindruckend hohen Werten.

Die Problemlagen Suchtkranker Menschen in den ambulanten Beratungsstellen bestehen natürlich vor allem im Abhängigkeitssyndrom und in den substanz- bzw. verhaltensbezogenen Störungen. Eine weitere wichtige Rolle spielen aber auch die Erwerbssituation, die Wohnsituation und die Schuldsituation.

Angebote der ambulanten Suchtberatung heute

Die deutsche Hauptstelle für Suchtfragen sieht in ihrer Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen (DHS 1999) eine wichtige Rolle dieser Einrichtungen in der Versorgung Suchtkranker in Deutschland. Sie wirken mit einer breiten Palette von Maßnahmen vorbeugend, unterstützend, beratend, behandelnd, integrierend und vermittelnd.

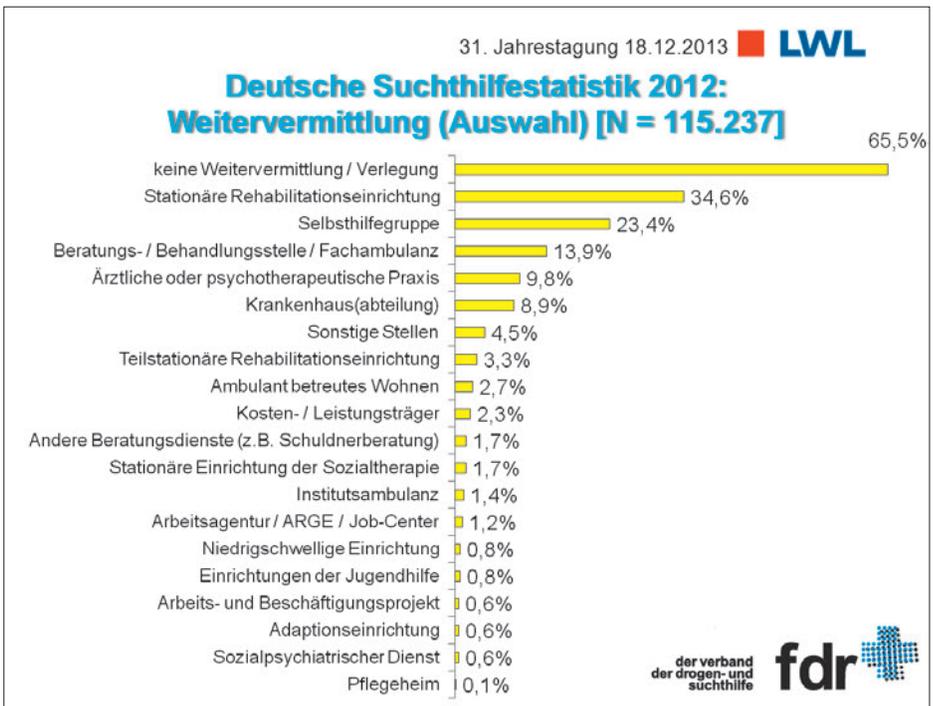
Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. sieht die Aufgaben der ambulanten Suchthilfe wesentlich bestimmt durch die Übernahme öffentlicher Leistungen, die durch sozialrechtlich gesetzte Ziele bestimmt sind:

- Führung eines Lebens ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht (SGB XII),
- Gesundheitsförderung (Gesetze über öffentliche Gesundheit),
- Behandlung von Krankheit / Rehabilitation (SGB VI/V),

- Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (SGB VI),
- Unterstützung bei der Aufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit und Sicherung des Lebensunterhalts (SGB II),
- Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe (SGB IX).

Aufgabe der Suchthilfe ist es dabei, die fachlichen und ethischen Normen der eigenen Arbeit auf die sozialrechtlichen Anforderungen hin abzustimmen (fdr 2006). Ziel der psychosozialen Beratung ist die Abklärung der materiellen und immateriellen Bedarfe und der materiellen Anspruchsgrundlagen sowie individuell abgestimmter immaterieller Angebote als Voraussetzung zur Vermittlung differenzierter weiterführender Hilfen.

Die Deutsche Suchthilfe-Statistik gibt Auskunft, inwieweit diese Anforderungen und Ziele in der Praxis erreicht werden.



Laut Manual zur Deutschen Suchthilfestatistik wird die Kategorie „Weitervermittlung“ angewandt, wenn mit einem Dritten eine feste Vereinbarung über die Weiterbetreuung des Klienten in dieser Institution getroffen wurde.

Dies setzt voraus, dass im Verlauf der aktuellen Betreuung zumindest ein persönlicher, telefonischer oder schriftlicher Kontakt mit der entsprechenden Institution in Bezug auf die Weiterbetreuung des Klienten stattgefunden hat. Ob der Klient die vermittelte Betreuung tatsächlich aufnimmt, spielt keine Rolle.

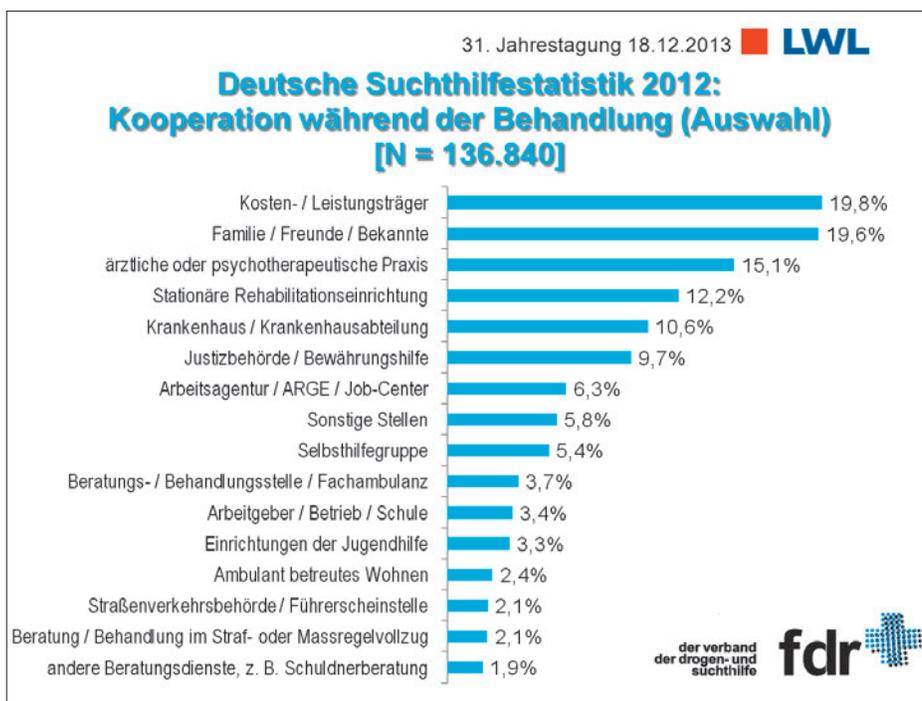
In fast zwei Drittel aller Fälle besteht offensichtlich keine Vereinbarung zur

Weitervermittlung, bei etwa einem Drittel findet eine Weitervermittlung in die stationäre Rehabilitationseinrichtung statt und bei knapp 25 % in eine Selbsthilfegruppe.

Bezogen auf die Problemlagen der Betroffenen ist die Weitervermittlung ins betreute Wohnen mit 2,7 %, zur Arbeitsagentur mit 1,2 % oder andere Projekte mit 0,6 % marginal. Bei den Angaben ist zu beachten, dass die Zahlen Mehrfachnennungen enthalten und nicht zu 100 % aufaddiert werden dürfen. Die Zahlen lassen den Schluss zu, dass Beratungsstellen sich zurzeit überwiegend als isoliertes System verstehen, in denen abgeschlossene Hilfeprozesse stattfinden. Ob damit die Aufgaben der Beratungsstelle als Ort der sozialen Beratung richtig wahrgenommen werden, muss dahingestellt bleiben.

Es kann aber auch sein, dass die Kategorie „Weitervermittlung“ nicht den richtigen Prozess trifft und stattdessen die Kategorie „Kooperation während der Behandlung“ herangezogen werden muss. Dazu heißt es im Manual zur Suchthilfestatistik: „Bei der Kooperation mit Beratungs-/Behandlungseinrichtungen geht es im engeren Sinne um Betreuung. Eine Kooperation liegt vor, wenn von den entsprechenden Einrichtungen eine verlässliche Rückmeldung zu erhalten ist, dass die Klientin oder der Klient von der kooperierenden Institution oder Person tatsächlich (mit-)betreut wird.“

Die Kooperationen während der Behandlung stellen sich so dar:



Es zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Weitervermittlungen. Bei den (rückgemeldeten) Kooperationen stehen mit jeweils knapp 20 % die mit den Kosten-/Leistungssträgern sowie Familie, Freunden und Bekannten im Mittelpunkt. Ca. 15 % der Kooperationen finden mit ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxen statt. Wiederum gemessen an den Problemlagen sind die Kooperationen mit Arbeitsagenturen oder Jobcentern mit 6,3 % sowie mit anderen Beratungsdiensten zum Beispiel Schuldnerberatung mit 1,9 % verschwindend gering.

Die überwiegenden Interventionen der Beratungsstellen finden also im eigenen System statt und nicht im Sinne einer richtungweisenden Clearingstelle. Das soll keine vernichtende Kritik an der Arbeit der Beratungsstellen sein. Sicherlich ist hier ein Verbesserungsbedarf gegeben, andererseits ist es aber Basiswissen, dass eine Abhängigkeit von den Faktoren Mensch, Droge und Umwelt bestimmt wird. In diesem Kontext behandelt Suchthilfe die personenbezogenen Ursachen der Abhängigkeit umfassend, hat aber Schwächen bei der Berücksichtigung der substanzbezogenen Ursachen. Die umweltbezogenen Ursachen der Abhängigkeit scheinen dagegen bisher zu wenig berücksichtigt zu werden.

In Zukunft: Case-Management?

Diese Kritik wurde auch schon in der Vergangenheit wiederholt geäußert und war Grundlage dafür, dass das Bundesministerium für Gesundheit 1995 in Zusammenarbeit mit den Ländern das „Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit“ aufgelegt hat, in dessen Mittelpunkt die Verbesserung der Hilfen für chronisch mehrfach Abhängige insbesondere durch klienten/-innenbezogene und übergreifende Vernetzung der Hilfe stand. Schu (2001) schreibt dazu, dass ein wesentlicher Ausgangspunkt des Kooperationsmodells in der Tatsache zu sehen war, dass - trotz einer Vielzahl von Hilfeangeboten - gerade chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige nicht ausreichend Zugang zu den erforderlichen Unterstützungen finden und dass sogar mit zunehmender Schwere der Beeinträchtigungen, die Inanspruchnahme von Hilfeangeboten abnimmt. Die Modellergebnisse zeigten, dass die direkte Ansprache der Klienten vor Ort (zu Hause, in Krankenhäusern etc.) die wichtigste Zugangsform zu Case-Management darstellte. Betrachtet man die Zugänge, die durch andere Einrichtungen/Personen induziert wurden, so kam vor allem Angehörigen und weiteren Bezugspersonen eine große Bedeutung zu. Erst an dritter Stelle folgten Vermittlungen durch professionelle (Hilfe-)Instanzen, hier sind vor allem (Allgemein-)Krankenhäuser/Fachabteilungen der Psychiatrie, Gesundheitsämter/sozialpsychiatrische Dienste und Angebote der Suchtkrankenhilfe (in dieser Reihenfolge) zu nennen. Case Management erreicht die Zielgruppe des Mo-

dellprogramms in eindrucksvoller Weise, wobei besonders hervorzuheben ist, dass durch den aufsuchenden und zugehenden Arbeitsansatz auch zu Klienten/-innen Kontakt hergestellt werden konnte, die noch nie oder schon lange nicht mehr vom Hilfesystem erreicht wurden.

Diese Erfahrungen hat der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. im Jahr 2012 wieder aufgegriffen. Ausgehend von der Feststellung, dass Betroffene einen einfachen und akzeptablen Zugang zum Hilfesystem finden müssen hat er als Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitungen des Reha-Fall-Managements und des Case-Managements festgestellt, dass eine konsequente, aufsuchende Arbeit und nachgehende psychosoziale Betreuung von Klienten/-innen zum einen den Zugang und zum anderen die Haltequote im Verbundsystem der Hilfen wesentlich erhöht. Daher muss das Handlungskonzept Case Management differenziert in die Suchthilfe implementiert werden.

Exkurs: Case-Management

Case Management ist kein therapeutisches Konzept, sondern eine professionelle Verfahrensweise oder Dienstleistung, die einen Versorgungszusammenhang er- und bearbeiten will. Damit wird ein Arrangement angestrebt, in dem Klienten/-innen, die sich in Problem- bzw. Notlagen befinden, mit dem Hilfesystem und weiteren Ressourcen, also verschiedenen zur Verfügung stehenden Angeboten und Hilfen, sinnvoll verbunden werden.

Der Unterschied zur klassischen Einzelfallhilfe ist durch verschiedene Aspekte gekennzeichnet: Zum einen wird die Arbeitsbeziehung zwischen Fachkraft und Klient/-in derart neu definiert, dass Klienten/-innen stärker als Partner in einem gemeinsam definierten Prozess verstanden wird, dessen Ressourcen wesentliche Berücksichtigung erfahren und der an allen Entscheidungen und Maßnahmen intensiv beteiligt wird.

Zum anderen fokussiert die Methode auf der Ebene des Einzelfalls auf bedarfsorientierte Hilfe- Planung sowie eine laufende Überprüfung und Kontrolle sowohl des eigenen Handelns als auch der Beiträge aller Prozessbeteiligten und von Eignung bzw. Erfolg der Maßnahmen. Case Management kann zwar eigene Hilfeleistungen umfassen, legt den Schwerpunkt jedoch auf Abstimmung, Koordination und Steuerung des Gesamtprozesses – in Zusammenarbeit mit allen an einem Fall beteiligten staatlichen Hilfen, professionellen und privaten Helfern. Untrennbar mit der Methode verknüpft ist eine Transparenz sichernde Dokumentation, die u.a. Zwischen- und Abschlussequalationen der Arbeit ermöglicht. Ziel ist die optimal effektive und gleichermaßen effiziente Hilfe.

(Nach: Schu 2001)

Umsetzung des Case-Managements in der Suchthilfe

Handlungsleitend für eine neue Ausrichtung der Suchthilfe können die folgenden Fragestellungen sein:

1. Wie können Betroffene – auch bereits im Stadium der Suchtgefährdung – besser erreicht und in weiterführende Hilfen vermittelt werden?
2. Wie lässt sich bei den unterschiedlichen Zielgruppen die erforderliche Handlungs- und Verhaltensänderung durch vernetztes Vorgehen und die konsequente Anwendung der motivierenden Gesprächsführung erreichen?
3. Wie lässt sich der Prozess der Teilhabe durch die Anwendung entsprechender transdisziplinärer Assessmentverfahren erfolgreicher durchführen?
4. Wie lassen sich die Kooperation und Vernetzung der Suchthilfe mit den Leistungs- und Kostenträgern, insbesondere mit den Agenturen für Arbeit, den Jobcentern und den Sozialhilfeträgern verbindlich und wirkungsvoll etablieren?

Das Kernelement von Case-Management ist die Hilfeplanung. Damit ist ein geeignetes System für umfassende Planung und Klienten/-innenbeteiligung sowie die fallbezogene Steuerung und Abstimmung von Hilfen gegeben. Es hilft, den Überblick zu behalten und die Verbindlichkeit von Absprachen zu steigern. Hilfeplanung erwies sich darüber hinaus als ein gutes Instrument zu Qualitätsentwicklung und -sicherung, indem Sinnhaftigkeit, Angemessenheit und Effektivität der eigenen Leistungen sowie der weiteren Planungen und Vermittlungen laufend überprüft werden. (Schu 2001)

Damit das Handlungskonzept „Case-Management“ fachlich konsequent umgesetzt werden kann, müssen die folgenden Voraussetzungen gegeben sein:

- Im Rahmen der Verbesserung der Versorgungsorganisation werden Leistungen für die gesundheitliche, psychosoziale Versorgung der Bevölkerung, also auch Leistungen der Suchthilfe, in *Gesundheitszentren* zusammengefasst, in denen sich das Konzept Case-Management *transdisziplinär* (Ärzte, Psychologen, Fachkräfte der Sozialen Arbeit, qualifizierte Schuldnerberater/innen...) umsetzen lässt.
- Da eine Leistung zur Rehabilitation Suchtkranker von der Rentenversicherung erst ab Bewilligung vergütet wird, ist die Vergütung der vorhergehenden Leistungen Aufgabe der *gesetzlichen Krankenversicherung*. Sie beginnt mit der Diagnose: *Abhängigkeitserkrankung*.
- Case-Management in der Suchthilfe ist – wie in der Behindertenhilfe auch – der UN-Konvention der *Inklusion*² verpflichtet und hat die *ICF zur Grundlage*.

2 Inklusion wird dadurch verwirklicht, dass jeder Mensch in seiner Individualität von der Gesellschaft akzeptiert wird und die Möglichkeit hat, in vollem Umfang an ihr teilzuhaben. Unterschiede und Abweichungen werden im Rahmen der sozialen Inklusion bewusst wahrgenommen, aber in ihrer Bedeutung eingeschränkt oder aufgehoben. Ihr Vorhandensein wird von der Gesellschaft weder in Frage gestellt noch als Besonderheit gesehen. Das Recht zur Teilhabe wird sozialetisch begründet und bezieht sich auf sämtliche Lebensbereiche, in denen sich alle barrierefrei bewegen können.

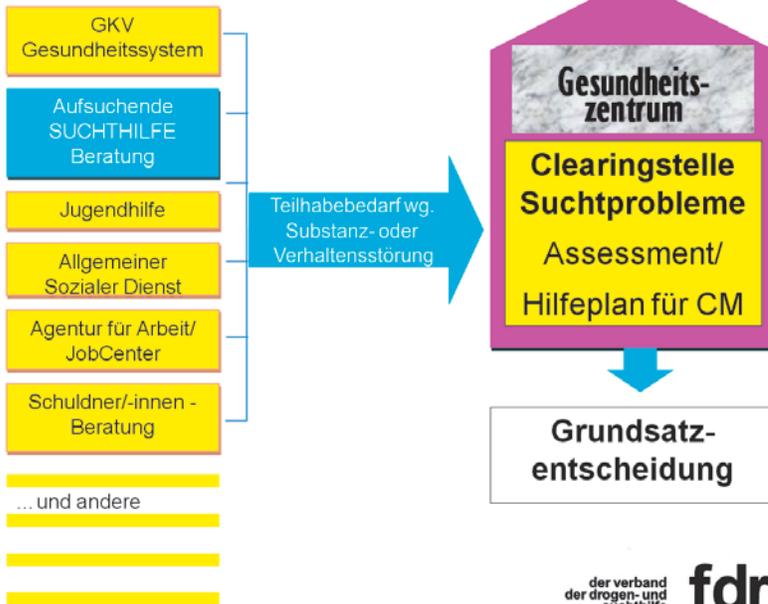
- Suchthilfeträger und an der Versorgung Suchtkranker Beteiligter sind in *regionalen Netzwerken* organisiert, um finanziell *verbindlich vereinbarte Hilfepläne* zügig umzusetzen.
- Grundlagen der Hilfeprozesse in den einzelnen Bereichen des Verbundsystems sind die Ergebnisse entsprechender *Assessments*, in die die Klienten im Sinne der eigenverantwortlichen Mitwirkung einbezogen wurden.
- Im Rahmen der unterschiedlichen Hilfe-Prozesse sind *verantwortliche Übergeben/ Vermittlungen* an den Schnittstellen sicherzustellen.
- Eine *evaluierte Erfolgskontrolle* auf der Grundlage von QE/QM ist verpflichtend.

•

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. erwartet folgende Perspektiven für die nächsten fünf Jahre:

- Schaffung von Gesundheitszentren
Psychosozialer Beratungsstellen sind auf kommunaler Ebene in Gesundheitszentren zusammengefasst
- Sicherung der Finanzierung
Die ambulante Suchthilfe wird durch kommunale und Landes-Zuschüsse, die Gesetzliche Krankenversicherung ab der Diagnose „Abhängigkeitserkrankung“ und Leistungen der Grundsicherung auf der Grundlage von Fachleistungsstunden finanziert
- Fortbildung
Fachkräfte sind z.B. in Motivierender Gesprächsführung, Case-Management, Diagnostik oder „Fachkunde Psychosoziale Betreuung“ weitergebildet. (fdr 2013)

Da Suchtkranke in vielen Bereichen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, im gegliederten System der sozialen Sicherung, bei Beratungsstellen und Institutionen anzutreffen sind sollten in den Fällen, in denen ein Teilhabebedarf wegen einer Substanz- oder Verhaltensstörung besteht, die Betroffenen an ein Gesundheitszentrum vermittelt werden. In diesem Gesundheitszentrum befindet sich eine Clearingstelle Suchtprobleme, die ein Assessmentverfahren in Gang setzt und eine Empfehlung für das Case-Management abgibt. Daraus resultiert eine Grundsatzentscheidung.

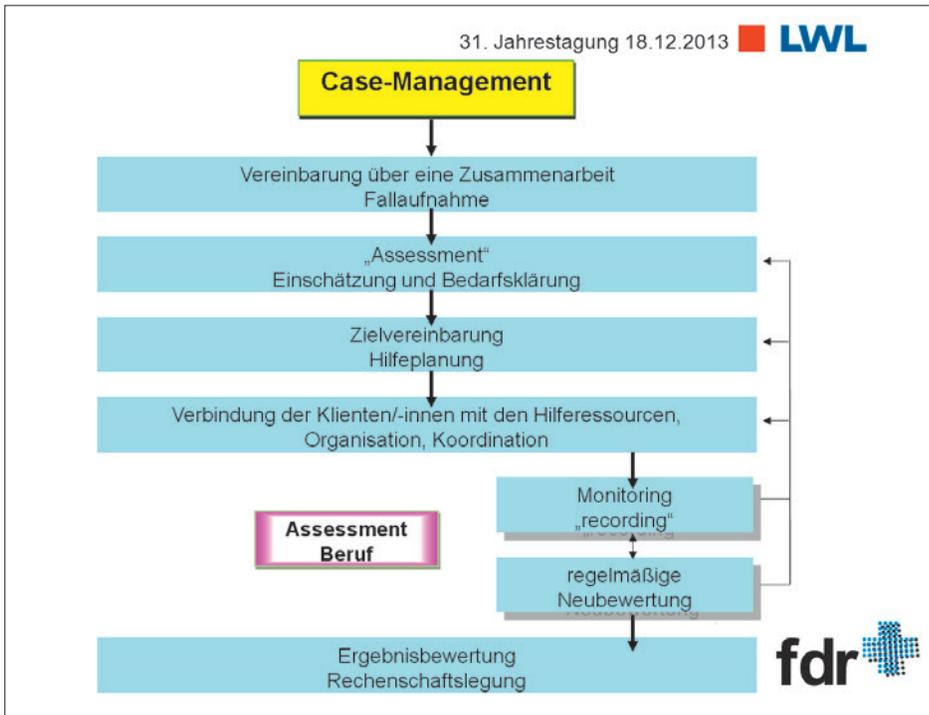


Diese Grundsatzentscheidung ist gleichzeitig die Indikation für die Fallbegleitung durch eine Fachkraft für klinische Sozialarbeit (Case-Manager/-in). Durch diese Fachkraft wird ein Screening des Hilfebedarfs (gemäß ICF) durchgeführt, das Grundlage für die Entscheidung zum Case-Management ist.

Der Hilfeplan muss zwischen Fachkraft und Klient/-in abgestimmt sein. Eine schriftliche Fixierung unterstützt Case-Manager/-innen dabei, die Situation umfassend zu betrachten und den Blick von Defiziten auf die Ressourcen des Klienten bzw. die Unterstützungsmöglichkeiten im Umfeld zu lenken. Es findet zunächst eine grobe Rahmenplanung inkl. einer Prioritätensetzung statt, um dann Detailziele zu planen. Teilziele, Vorgehen und Maßnahmen werden für die einzelnen Bereiche festgelegt, wobei umsetzbare Maßnahmen und erreichbare Ziele formuliert werden. Abschließend ist nicht nur festzulegen, wer für welche Aufgaben zuständig ist, sondern auch, wann Betreuungsverlauf und -planung überprüft werden sollen. Im weiteren Betreuungsprozess werden regelmäßig der Verlauf, Veränderungen der Situation der/-s Klienten/-in und Modifikationsbedarfe hinsichtlich der Zielstellung überprüft (Re-Assessment), wobei auch die Hilferbringung durch andere Beteiligte beobachtet wird (Monitoring) sowie notwendige Maßnahmen und Vorgehensweisen angepasst werden. Die Hilfeplan-Fortschreibungen werden über den ganzen Betreuungsprozess hinweg regelmäßig weitergeführt, sodass die Betreuung jederzeit veränderten Bedarf



fen angepasst und die Entwicklung des Prozesses durch Case-Manager/-in und Klient/-in, aber auch durch andere Mitarbeiter/-innen differenziert nachvollzogen werden kann. Das Hilfeplanverfahren setzt die neue Rolle der Klienten/-innen im Prozess um und sichert ihnen individuelle Wahrnehmung und Hilfe, Einfluss und Kontrollmöglichkeiten. Case-Manager/-in und Klienten/-in werden zu Partnern in einem verbindlich gestalteten Kontrakt. Instrumentengestützte Hilfeplanung trägt dazu bei, unabhängig von den je unterschiedlichen Helferpersönlichkeiten und Rahmenbedingungen der Versorgungsregion, die Vorgehensweise der Case-Manager/-innen (Methoden) und die Dokumentation der Betreuung zu strukturieren, zu vereinheitlichen und so Mindeststandards zu sichern. Der Verlauf sowie die Effektivität des Vorgehens können laufend (selbst) überprüft und an die Handelnden rückgekoppelt werden. So verstanden leistet Hilfeplanung einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung.



Der Betreuungsprozess beginnt also mit ausführlichen Assessments, in denen Daten zu Soziodemographie, Suchtkarriere und Behandlungserfahrung erhoben werden. Hilfeplanung hat in der Umsetzung von Case Management besondere Bedeutung, denn sie ist nicht nur ein Arbeitsschritt unter vielen, sondern das Generalprinzip und Strukturierungselement. Case Management erfordert für die Zielgruppe der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen i.d.R. längerfristige Prozesse. Eine evaluierte Erfolgskontrolle auf der Grundlage von QE/QM ist verpflichtend. Damit zielen Case Management und Hilfeplanung deutlich auf eine Veränderung von Sozialarbeit in der Suchthilfe.

Case-Management ist finanzierbar

Grundlage der Finanzierung des Fallmanagements sind Fachleistungsstunden. Eine dem Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. vorliegende Berechnung geht von tatsächlichen Kosten der Fachleistungsstunde – auf Grundlage eines Personalmix, bereinigt um Fehlzeiten und ergänzt um Sachkosten – in Höhe von 54 € aus. Die Deutsche Suchthilfestatistik liefert die Zahl der Klienten/-innenkontakte differenziert nach Diagnosen. Zur Vereinfachung des Verfahrens wird jeder Kontakt mit einer Fachleistungsstunde angesetzt, obwohl er auch deutlich kürzer sein kann. Daraus ergibt sich folgende Berechnung.

Fallkosten

Hauptdiagnose	Ø Kontakte lt. Suchthilfestatistik	X Fachleistungsstunde á 54 €
F10 Alkohol	15,8	855,57 €
F11 Opiode	20,8	1.123,34 €
F12 Cannabinoide	10,3	554,59 €
F13 Sedativa/ Hypnotika	13,0	702,40 €
F14 Kokain	14,0	755,89 €
F15 Stimulanzien	10,9	588,86 €
F16 Halluzinogene	10,5	566,70 €
F17 Tabak	8,3	448,18 €
F18 Flüchtige Lösungsmittel	8,1	434,78 €
F19 And. psychotrope Substanzen	18,9	1.019,93 €
F50 Essstörungen	13,9	749,66 €
F63 Pathologisches Spielen	10,7	577,96 €

Die Fallkosten bewegen sich im Modell Case Management damit durchaus in einem üblichen Rahmen und können mit den zur Verfügung stehenden Finanzierungsmitteln für ambulante Beratungsstellen bezahlt werden. Das setzt natürlich voraus, dass in den kommenden Jahren tatsächlich ein Umdenken sowohl bei den Fachkräften der Suchthilfe als auch den Verantwortlichen in der Politik und in der Verwaltung einsetzt, damit eine Vergütung der Leistung auf Basis von Einzelfällen möglich wird. Das bedeutete für alle Beteiligten einen Abschied von lieb gewonnenen Traditionen.

Georg Christoph Lichtenberg wird der Satz zugeschrieben „Ich kann freilich nicht sagen, ob es besser wird, wenn es anders wird; aber so viel kann ich sagen, es muss anders werden, damit es besser wird.“ Das gilt auch für die Überlegungen, die ambulante Suchtberatung zur wegweisenden Clearingstelle auszubauen. Erfolg kann man da nur haben, wenn sich etwas ändert. Und die Hoffnung bleibt, dass es auch besser wird.

Literatur

- Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen; (2010); Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch; Internet: http://www.suchthilfestatistik.de/cms/images/manual_deutscher_kerndatensatz.pdf; Zugriff am 12.12.13
- Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen [DHS], (1999); (Hrsg.), Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe; Internet: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Beratungsstellen/leistungsbeschreibung_1999.pdf; Zugriff am 12.12.13
- Deutsche Suchthilfestatistik; Internet: www.suchthilfestatistik.de
- Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.; (2013); (Hrsg.); **fdr**+Positionspapier „Fallmanagement Sucht“ zur nachhaltigen Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Substanz- oder Verhaltensproblemen; Hannover; Internet: http://fdr-online.info/media/pdf-Dateien/fdr-Wissen/fdr_Positionspapier_Fallmanagement_Sucht.pdf; Zugriff am 12.12.13
- Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.[fdr]; (2006); Grundlagen der Suchthilfe; Selbstverlag, Hannover
- Leune, J.; (2013); Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland; in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht; Lengerich (Pabst)
- Schu, M., Case Management und Hilfeplanung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe, in SUCHT AKTUELL 1/2001, S. 33-37.
- Universitätsklinikum Freiburg; (2011); Quantitative Wissenschaftliche Begleitung zur „Reha-Fallbegleitung“ bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen; Powerpoint-Präsentation; ohne Quellennachweis

Aus der Reha in einen stabilen Alltag – wie kann das gelingen?

Der Beitrag skizziert die Möglichkeiten einer teilhabebezogenen Suchtrehabilitation, die über die Behandlung der Abhängigkeitserkrankung und möglicher komorbider Störungen systematisch die Ressourcenentwicklung der Patienten im Anschluss an die Behandlung fokussiert. Thematisiert werden sowohl die hierfür erforderliche inhaltliche Schwerpunktverlagerung innerhalb Suchtrehabilitation als auch die für eine nahtlose und integrierte Behandlung erforderlichen strukturellen Voraussetzungen. Abschließend wird ein neuropsychologisches Behandlungsparadigma vorgestellt, um die Abstinenzbemühungen von Patienten gezielt zu festigen.

Teilhabeorientierte Behandlung

Der Suchtmittelkonsum einer Person wird neben vielen anderen Faktoren immer auch von dem Verhältnis der Verfügbarkeit über das Suchtmittel im Vergleich zur Verfügbarkeit über andere Ressourcen (z.B. Partnerschaft, Familienbeziehung, soziale Kontakte und eben auch den beruflichen Erfolg) bestimmt. Entscheidend ist hierbei neben dem Umstand, in welchem Umfang eine Person über alternative Ressourcen anstelle von Suchtmitteln verfügt, auch die zeitliche Nähe dieser Verfügbarkeit: Während Suchtmittel in der Regel sofort verfügbar sind, stehen alternative Ressourcen oft erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung zur Verfügung. Entsprechend entsteht bei abstinent lebenden Suchtmittelabhängigen eine permanente Rückfallgefahr, wenn entweder die Vorteile von Abstinenz gering bzw. unsicher sind oder ausschließlich langfristig sind

Dies verdeutlicht, dass sich die Behandlung von Suchtkranken nicht auf die Überwindung der Suchtproblematik und möglicher komorbider psychischer Störungen beschränken kann, sondern dass ein teilhabebezogener, ressourcenorientierter Abstinenzentwicklungsprozess angestoßen werden muss, der zeitlich weit über die eigentliche Suchtbehandlung hinausreicht. Sollen medizinische Rehabilitationsbemühungen der spezifischen Situation von arbeitslosen Suchtkranken gerecht werden, so ist hierzu eine verstärkte Realitäts- und Zukunftsorientierung des Behandlungssystems erforderlich. Angesichts der beschränkten zeitlichen und finanziellen Behandlungsressourcen kann dies aber nur bedeuten, dass diese Umorientierung zu Lasten der psychotherapiedominierten bzw. rückwärtsgerichteten Auseinan-

dersetzung mit dem eigenen Suchtgeschehen bzw. mit den aktuellen Interaktionsprozessen innerhalb der stationären Einrichtung erfolgen muss. Konkret erfordert dies v.a. im Indikativen Behandlungsangebot eine systematische Ausweitung der Kapazität von teilhabebezogenen und ressourcenorientierten Therapiemaßnahmen mit sozialtherapeutischem bzw. arbeitstherapeutischem Schwerpunkt gegenüber den in der Regel psychotherapeutisch ausgerichteten Gruppenangeboten. Entsprechend bedarf es bei der individuellen Therapieplanung einer am spezifischen Bedarf jedes einzelnen Patienten ausgerichteten Balance zwischen psychotherapeutischen und teilhabebezogenen Behandlungsmaßnahmen.

Drei unterschiedliche Problemkonstellationen in Bezug auf Arbeit

Um teilhabebezogene Therapieangebote wirksam werden zu lassen, müssen sie auf die spezifische Arbeitssituation eines Patienten im Einzelfall abgestimmt sein. Hier sind 3 mögliche Problemkonstellationen zu unterscheiden:

1. Patienten mit unsicherem Arbeitsplatz: In wirtschaftlich ungünstigen Regionen besteht ein erhöhtes Risiko des Arbeitsplatzverlustes. Immerhin verlieren über 20% unserer Patienten, die am Ende der Behandlung in Arbeit waren, innerhalb des 1-Jahreskatamnesezeitraums ihren Arbeitsplatz. Auch wenn sicherlich ein gewisser Teil dieser Patienten ihren Arbeitsplatz infolge eines Rückfalls verloren haben dürfte, sind weitere Gründe für den Arbeitsplatzverlust denkbar:
 - Konflikte infolge überzogener bzw. unrealistischer Ansprüche der Patienten bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz,
 - Wirtschaftliche Schwierigkeiten des Betriebs,
 - Mangelhafte Arbeitsleistung bzw. erhöhte Fehlzeiten der Patienten.Entsprechend bedarf es bei erwerbstätigen Patienten einer verstärkten Hinwendung der Therapie auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz. Schon in der Behandlung muss die Sicherheit des Arbeitsplatzes möglichst objektiv abgeklärt werden, die Rückkehr an den Arbeitsplatz konkret vorbereitet, gegebenenfalls die Arbeitsleistung gezielt verbessert sowie ein Notfallplan für die Möglichkeit einer Kündigung aufgestellt werden.
2. Arbeitslose Patienten mit Chancen auf baldige Wiederbeschäftigung: Hier besteht das Problem oftmals in der passiven Erwartungshaltung der Betroffenen, Arbeit durch die Arbeitsverwaltung vermittelt zu bekommen. Dies trifft sich mit der leider immer noch häufig vorherrschenden Praxis der Arbeitsverwaltung, mit der Vermittlungstätigkeit bis nach der medizinischen Rehabilitation zu warten. Oft besteht außerdem die Gefahr, dass die Betroffenen nach Absagen hinsichtlich ihrer Bemühungen

um Arbeit resignieren oder aufgrund unrealistischer Ansprüche keinen geeigneten Arbeitsplatz finden. Schließlich besteht bei Patienten häufig Unkenntnis über die erforderliche Qualität von Bewerbungsunterlagen oder über das angemessene Verhalten in Bewerbungsgesprächen.

In all diesen Fällen bedarf es einer zielgerichteten Unterstützung und Anleitung der Betroffenen zu eigeninitiativen Bewerbungsanstrengungen bereits aus der medizinischen Rehabilitation heraus. Gegebenenfalls sind ein Training von und eine Vorbereitung auf Bewerbungsgespräche indiziert.

3. Langzeitarbeitslose Patienten ohne Chancen auf Wiederbeschäftigung:

Hier besteht das Problem darin, dass sich die Bemühungen der Jobcenter auf die (häufig erfolglose) berufliche Reintegration der Betroffenen beschränken, ohne dass ihr Leben ohne Arbeit fokussiert würde. Die Mehrzahl der Betroffenen wird aber in absehbarer Zeit keine Arbeit finden. Die Frage stellt sich, welche Teilhabemöglichkeiten sich in diesem Fall ergeben.

Hier bedarf es in der Behandlung zunächst einer offenen Ansprache der unverändert fortbestehenden Arbeitslosigkeit im Rahmen der Suchtbehandlung und dann darauf aufbauend der gezielten Entwicklung von konkreten Perspektiven sowie des Aufbaus von Ressourcen für ein Leben ohne bezahlte Arbeit.

Teilhabeorientierte therapeutische Haltung

Um einer solchen Behandlungsperspektive gerecht zu werden, bedarf es einer Umverteilung der personellen und organisatorischen Ressourcen in der Suchtbehandlung. Vorrangig psychotherapeutisch orientierte Behandlungsangebote sind zurückzufahren, um ausreichend Platz für berufs- und arbeitsplatzorientierte Maßnahmen wie zum Beispiel Bewerbungstraining, Rückkehr an den Arbeitsplatz, Leben ohne bezahlte Arbeit, Arbeitserprobung und Training arbeitsplatzbezogener Softskills zu schaffen. Hierbei ist entscheidend, dass all dies nicht ausschließlich an Sozialarbeiter delegiert wird, sondern dass auch alle ärztlichen und psychologischen Therapeuten einer Suchteinrichtung eine Umorientierung in der therapeutischen Haltung vollziehen, die die Auseinandersetzung und das Leben mit der Alltagsrealität ebenso wichtig nimmt, wie das Fokussieren von Gefühlen. Beispielsweise ist es nicht unbedingt sinnvoll, wenn ein Patient im Anschluss an eine mehrmonatige stationäre Entwöhnungsbehandlung bei der Rückkehr an seinen Arbeitsplatz als erstes seine aufstehenden Urlaubsansprüche geltend macht. Zum einen schafft dies bei seinen Kollegen, die ihn lange Zeit vertreten mussten böses Blut, v.a. aber verringert gerade in den ersten 3 Monaten nach Abschluss einer Entwöhnungsbehandlung jede geregelte Strukturierung des Alltags das Rückfallrisiko. In diesem

Zusammenhang ist auch eine schrittweise Rückkehr an den Arbeitsplatz nach dem Hamburger Modell bei Suchtpatienten nur sehr zurückhaltend vorzunehmen. Um dem Therapeuten hierbei die notwendige Distanz zu den häufig einseitigen Wünschen des Patienten nach Schonung und Realitätsvermeidung zu erleichtern, haben wir für verschiedene teilhabebezogene Therapiefelder Patientenmaterialien veröffentlicht, die den Therapeuten systematisch darin unterstützen, mit Patienten an einer realistischen und verbindlichen Auseinandersetzung ihrem Alltag nach Ende der Behandlung zu arbeiten.

Zur Wirksamkeit teilhabebezogener Suchtbehandlung

Häufig wird an dieser Stelle eingewandt, dass auch eine noch so teilhabeorientierte Rehabilitationsmaßnahme nichts an den objektiv ungünstigen Umgebungsbedingungen vieler Patienten verändern kann. Natürlich geschieht die Rehabilitation von Suchtkranken nicht im luftleeren Raum und wird daher immer durch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen begrenzt. So gelingt es beispielsweise auch trotz erheblicher Anstrengungen leider nur sehr wenigen arbeitslosen Patienten im Verlauf der stationären Entwöhnungsbehandlung einen neuen Arbeitsplatz zu finden.

Andererseits zeigen unsere 1-Jahreskatamnesen der letzten 15 Jahre, dass auch hohe strukturelle Arbeitslosigkeit in einer Region keineswegs zwangsläufig eine berufliche Wiedereingliederung für arbeitslose Suchtkranke verunmöglicht: Je nach Jahrgang gelingt es 20-25 Prozent aller Arbeitslosen bei Entlassung innerhalb eines Jahres einen Arbeitsplatz zu finden. Wir sehen dies als eindrucksvollen Erfolg unserer Bemühungen, Patienten zu einer eigen initiativen, unablässigen Arbeitssuche zu bewegen, sich zwischenzeitlich auch ohne bezahlte Arbeit nützlich zu machen und bei der Arbeitsplatzsuche keine unrealistisch hohen Ansprüche zu stellen.

Lösungen für nahtlose integrierte Versorgung

Heutzutage streben alle eine integrierte Versorgung von Suchtkranken an. Man erhofft sich dadurch eine effizientere Gesundheitssystemnutzung, indem mehr Patienten effektiver bei geringeren Kosten dadurch versorgt werden können, dass jeder das für ihn passende Behandlungsangebot bekommt, eine Überwindung von Schnittstellenproblemen erzielt wird und vor allen Dingen eine Reduktion von aufwändigen Behandlungen zu Gunsten der preiswerteren Behandlungen möglich wird. Das Problem ist aber, dass durch die verstärkte Kooperation zwischen verschiedenen Institutionen und Behandlern, bei gleichzeitiger Verringerung der Dauer und Intensität des Beitrags jedes einzelnen Protagonisten, der Informationsaustausch und der Absprachebedarf zwischen allen Beteiligten immer umfangreicher und anspruchsvoller wird. Und das heißt, wir haben jetzt plötzlich mehr „Verkehr“ zwischen Behandlern und mehr Behandler pro Patient, während die Bedeutung, was innerhalb einer einzelnen

Behandlungsmaßnahme passiert immer geringer wird. Um zu verhindern, dass sich dadurch der Gesamtoutput nicht verschlechtert, sind smarte Lösungen in der Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten erforderlich. 2 Beispiele sollen dies exemplarisch verdeutlichen:

- Um die Rückkehr in den Alltag vorzubereiten und insbesondere die ambulante Nachsorge einzuleiten unternehmen Patienten innerhalb einer stationären Suchtbehandlung mehrere sog. Erprobungsheimfahrten. Um hierbei mehr Transparenz und Verbindlichkeit zwischen allen Beteiligten zu ermöglichen, haben wir ein Formular entwickelt, in dem zunächst der stationäre Therapeut gemeinsam mit dem Patienten die Ziele der ambulanten Nachsorge fixieren. Dieses Formular zeigt dann der Patient dem ambulanten Therapeuten bei seiner Heimfahrt. Gemeinsam beraten sie, wie dies umgesetzt werden kann und fixieren diese wiederum in dem Formular, das der Patient bei seiner Rückkehr in die Klinik abschließend seinem stationären Therapeuten vorlegt.
- Aus der Sicht der Arbeitsverwaltung „verschwinden“ suchtkranke Arbeitslose für zu lange Zeit in ambulanter Betreuung durch Suchtberatungsstellen, ohne dass die Arbeitsverwaltung aufgrund der Datenschutzbestimmungen einbezogen ist. Vor diesem Hintergrund entstand vor mehreren Jahren ein Kooperationsprojekt zwischen der ARGE-MAIA (Mittelmarkische Arbeitsgemeinschaft Integration in Arbeit) und der salus klinik Lindow, in dem ein verbindlicher Ablaufplan einschließlich gegeldtem Informationsaustausch zwischen den Mitarbeitern der ARGE und 4 Beratungsstellen vereinbart wurden. Hierbei wurde durch uns ein standardisiertes Diagnostik-Modul entwickelt, mit dessen Hilfe innerhalb von drei Tagen suchtmittelauffällige Langzeitarbeitslose auf Initiative der ARGE untersucht werden und eine qualifizierte Rückmeldung an die ARGE erfolgt: Besteht ein Behandlungsbedarf, wenn ja, wie sieht der ungefähr aus, und was kann die ARGE in der Zwischenzeit tun, oder wie lange muss sie warten, bis sie wieder vermitteln kann. Und wurden 12 manualisierte zeitlich begrenzte Beratungsmodule entwickelt, mit dem Schwerpunkt auf Gruppenangebote, um den Durchlauf in den Beratungsstellen hoch zu halten. Damit hat der Suchtberatungsprozess einen Anfang und vor allen Dingen ein Ende. Auf diese Weise können wir pro Jahr etwa 500 neue Klienten betreuen.

Neuropsychologische Rückfallprävention

Nicht zuletzt durch den Einsatz bildgebender Verfahren und verbesserter neurochemischer Untersuchungsmethoden sind in den letzten 5-10 Jahren immer mehr Erkenntnisse dahingehend gewonnen worden, dass das Suchtgeschehen durch eine situative Einschränkung des Willens und Kontrollfähigkeit der Betroffenen zugunsten verstärkter Anreizprozesse gegenüber dem Suchtmittel

bestimmt wird. Obwohl viele Süchtige bei der Einnahme ihres Suchtmittels gar keine angenehme Wirkung mehr erleben, sondern im Gegenteil unangenehme Effekte auftreten, steigt ihr Verlangen nach dem Suchtmittel angesichts suchtmittelspezifischer Stimuli. Alles deutet darauf hin, dass es sich bei dieser suchtspezifischen Sensitivierung des Belohnungssystems nicht um eine vorübergehende, biochemische Hochregulierung von Neurotransmittern als Reaktion auf das Suchtmittel handelt, sondern um eine dauerhafte, neurostrukturelle Veränderung des Gehirns, die somit auch nach erfolgreicher Entzugsbehandlung unverändert weiterbesteht.

Das Paradigma des „Suchtgedächtnisses“ macht deutlich, dass es nicht ausreicht, die Betroffenen mittels psycho- und soziotherapeutischer Interventionen eine bessere Bewältigung ihres Alltags auch ohne Alkohol zu ermöglichen (Kompensationsparadigma). Da ein Schutz vor allen suchtmittelbezogenen Stimuli oftmals illusorisch ist, wurden eine Reihe von verhaltenstherapeutischen Methoden zur Rückfallprävention entwickelt, die darauf abzielen, dass die bei Suchtkranken in entsprechenden Auslösesituationen bestehenden neurobiologischen Suchtprozesse nicht in einen Rückfall ausarten.

Vor diesem Hintergrund haben wir das sog. Joy-Stick-Training NKT zur Rückfallprävention bei Alkoholabhängigen entwickelt. Patienten bekommen dabei am PC Bilder gezeigt, manchmal von alkoholischen Getränken, manchmal von nicht alkoholischen Getränken und erhalten die Aufgabe, alle Bilder mit alkoholischen Getränken durch Wegdrücken des Joy-Sticks auf dem Bildschirm kleiner werden zu lassen. Sie haben dann das Gefühl, sie haben die Abbildung weggeschoben. Umgekehrt sollen sie Bilder mit nichtalkoholischen Getränken durch Heranziehen des Joy-Sticks größer werden lassen. In mehreren randomisiert kontrollierten Studien konnten wir zeigen, dass bereits 4-6 Trainingseinheiten à 15 Minuten in der 1-Jahreskatamnese einen Anstieg der Abstinenzrate um 8-10% bewirken können. Gegenwärtig untersuchen wir, ob man die Trainingseffekte dadurch weiter steigern kann, dass wir es im Internet anbieten, damit Patienten auch im Anschluss an eine stationäre Behandlung als Teil der Nachsorge immer wieder darauf zurück greifen können.

Fazit

Neben der Motivationsarbeit ist die Rückfallprävention und die dauerhafte Übertragung der Therapieerfolge in den Alltag eine besondere Herausforderung in der Behandlung von Suchtkranken dar. Wir haben in diesem Beitrag einige inhaltliche Schwerpunktsetzungen und strukturellen Voraussetzungen beschrieben, die hierbei nützlich sein können. Es steht zu hoffen, dass wir aber bei der Weiterentwicklung der Suchtbehandlung noch lange nicht am Ende der Fahnenstange angekommen sind, sondern in den nächsten Jahren weitere Fortschritte erleben werden.

AG 1 Wie gelingt eine hilfreiche Beziehung, die Unterstützung annehmen lässt?

Zusammenfassung:

Grundidee der Arbeitsgruppe war es, fachlich fundiert den Focus der Praktiker auf die Beziehungsgestaltung zwischen Berater und Klient zu lenken. Sozusagen die „Weichen zu stellen“ für annehmend-aktivierende Methoden in der Beratungs-/ Beziehungsarbeit um so alte „Beratertugenden“ wiederzuentdecken und sie mit neuen methodischen Ideen in den professionellen Alltag zu integrieren

Begrüßung

Ausgehend von dem Wissen, dass der erste Eindruck des Beraters entscheidend den weiteren Verlauf der Sitzung/ Therapie/ Beratung prägt begrüßten die Referenten die Teilnehmer/innen auf zwei unterschiedliche Weisen:

Margret Kleine Kracht

- Demotiviert
- Nachteile benennend
- Ruhige Stimme (einschläfernd)
- Selbst nicht an die Qualität des Workshops glaubend

Ulrich Nolte

- Engagiert
- Lautere, klare Stimme
- Zugewandt
- Kompetenzen der Teilnehmer/innen benennend

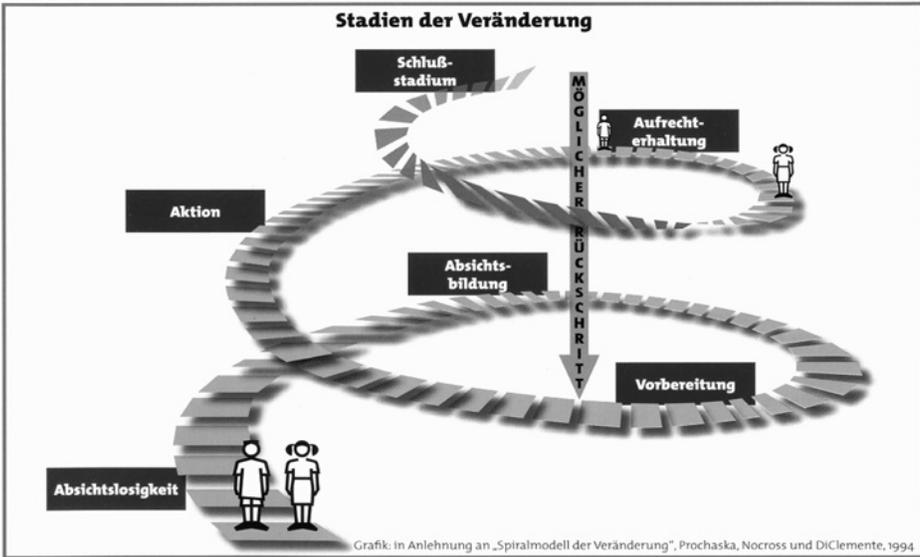
... und fragten anschließend nach:

- Wovon haben Sie sich angesprochen gefühlt?
- Welche Begrüßung hat Sie eher denken lassen, dass Sie in der richtigen Arbeitsgruppe sitzen?
- Was haben Sie empfunden?
- Was hat Sie eingeladen?

Deutlich wurde, dass sowohl das individuell positiv Empfundene in der Begrüßung, als auch die scheinbare Erfüllung des Erwarteten für diese AG sich motivierend auf die Teilnehmer auswirkte.

Theorie 1: Annehmbare Unterstützung

Am TTM-Modell wurde verdeutlicht, dass Unterstützung nur möglich ist, wenn Klient und Berater sich auf der gleichen „Veränderungsstufe“ bewegen und zusammen an dem gleichen Ziel arbeiten.

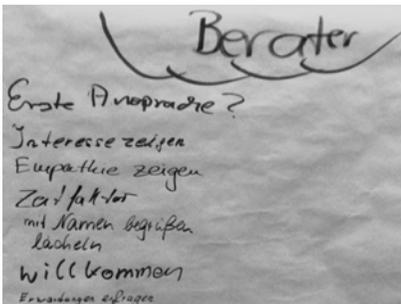


(aus: <http://www.loq.de/Jugendhilfe/Tabakpraevention-in-Schritten.aspx>)

Nach dieser kurzen Einführung wurde die Gruppe in „Berater“ und „Klient“ mit folgender Aufgabe unterteilt (Ergebnisse siehe Bilder):

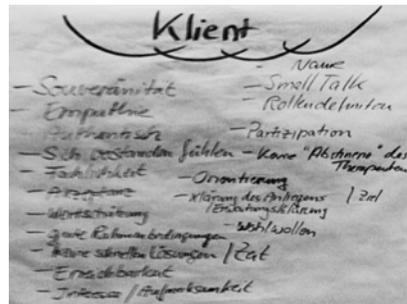
„Berater“

- Was braucht es in der professionellen Beziehung, damit Ihr Klient den Eindruck hat, dass er die Unterstützung von Ihnen annehmen kann?



Klient

- Versetzen sie sich in einen Klienten! Woran würden Sie als Klient merken, dass die Beziehung zu dem Berater für Sie hilfreich ist?



Theorie 2: Therapeutische Beziehung

Egal welcher therapeutischen Schule man sich verschreibt oder welche beraterischen Ansätze man verwendet...

- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie
- Klientenzentrierte Gesprächsführung
- Motivierende Gesprächsführung
- Salutogenese
- Empowerment
- Ressourcenorientierung
- Und andere ...

... überall gibt es etwas das wiederkehrt...

- „Jede Untersuchung der Natur der therapeutischen Beziehung führt früher oder später zu dem Diktum von Carl Rogers:
Es ist die Beziehung, die heilt.
- Andere Überlegungen sind dem gegenüber durchaus zweitrangig:
 - beispielsweise die ideologische Schule, die der Therapeut vertritt,
 - der tatsächliche Inhalt der Stunde oder
 - die verwendeten Techniken, [...]“ . (Yalom, 2003)

... und dabei haben „unspezifische Faktoren“ einen großen Anteil am Therapieerfolg?

- Therapeutische Beziehung ist einer der robustesten Prädiktoren des Therapieergebnisses (Martin, Garske, & Davis, 2000)
- “impact of the alliance across studies ... is far in excess of the outcome variance that can be accounted for by techniques” (Horvath & Bedi, 2002; p. 61)
- Der Einfluss der therapeutischen Beziehung auf den Therapieerfolg ist der am besten empirisch bestätigte Wirkfaktor in der Psychotherapieforschung (Orlinsky, 2004)

Für die Definition einer Therapiebeziehung gibt es kein wirklich einheitliches Konzept in der Literatur und Forschung. Wir haben es in dem Workshop frei nach Bordin (1979) als

- Übereinstimmung zwischen Patient/in und Therapierendem bezüglich Therapieziele und -vorgehen!
- Entwicklung einer emotionalen Bindung

definiert

Im Folgenden hat Frau Kleine Kracht aus ihrer Praxis Aspekte und Anforderungen an den Berater für die Beziehungsgestaltung geschildert:

- Sichere Bindung bieten
 - Ausgewogenheit von Autonomie und Fürsorge des Beraters
 - Dem Klienten ein Experimentierfeld bieten: Fehler machen und ausprobieren dürfen
 - An Veränderungsfähigkeit des Klienten glauben
 - Ressourcen beim Klienten entdecken (wollen)
 - Glauben daran, dass die Lösung des Problems im Klienten selbst liegt
 - Die Verantwortung der Veränderung beim Klienten lassen
 - Ziele und Motivation des Klienten für was?
 - Jeder Klient ist motiviert es ist nur die Frage wofür?
 - Transparenz in dem was man macht
 - Humorvoller Umgang
 - Freude/ Spaß an der Arbeit
 - Selbstfürsorge

Methode um eine hilfreiche Beziehung gestalten zu können

Gerade in der Arbeit mit süchtigen Menschen ist es immer wieder, wichtig den Focus auf die Ressourcen des zu beratenden Menschen und seines umgebenden Systems zu richten. Unter dem Motto „Selbstwirksamkeit erleben“ haben wir vermeintliche Schwächen in den Ressourcenblick genommen. Denn Verhaltensweisen und Eigenschaften sind nicht von sich aus gut oder schlecht. Sie sind nur je nach Situation hilfreich oder hinderlich. Aber anstatt den Klienten oder sich selber wegen seiner Schwächen zu kritisieren, kann es sinnvoller sein zu überlegen, wann diese Schwäche auch als Stärke genutzt werden kann.



Exemplarisch wurde die an der Methode „Ein Geschenk: Man sagt von mir ich sei...!“

Durchgeführt (Anleitung s.u.)

Einige Teilnehmerinnen erlebten diese Übung als sehr angenehm und beschrieben Sie als „warme Dusche“ für eine scheinbar nur negative Selbstattribution.

Anleitung zur Methode

Idee:

- (vermeintliche) Schwächen zu Stärken machen

Setting:

- Stuhlhalbkreis
- Ein freier Stuhl mit dem Rücken zu dem offenen Stuhlhalbkreis, so dass der dort Sitzende keinen der anderen Teilnehmer sehen kann

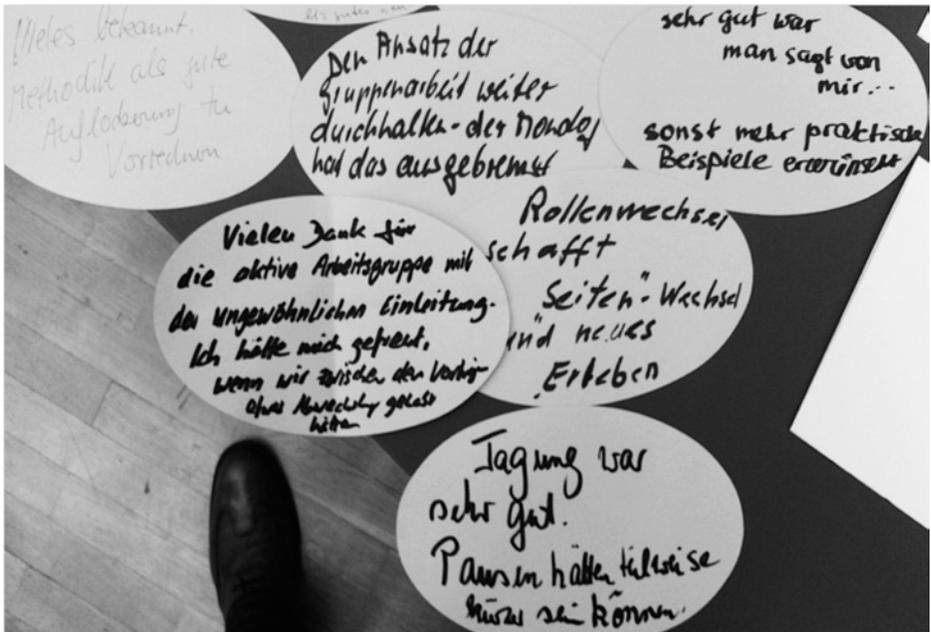
Dauer:

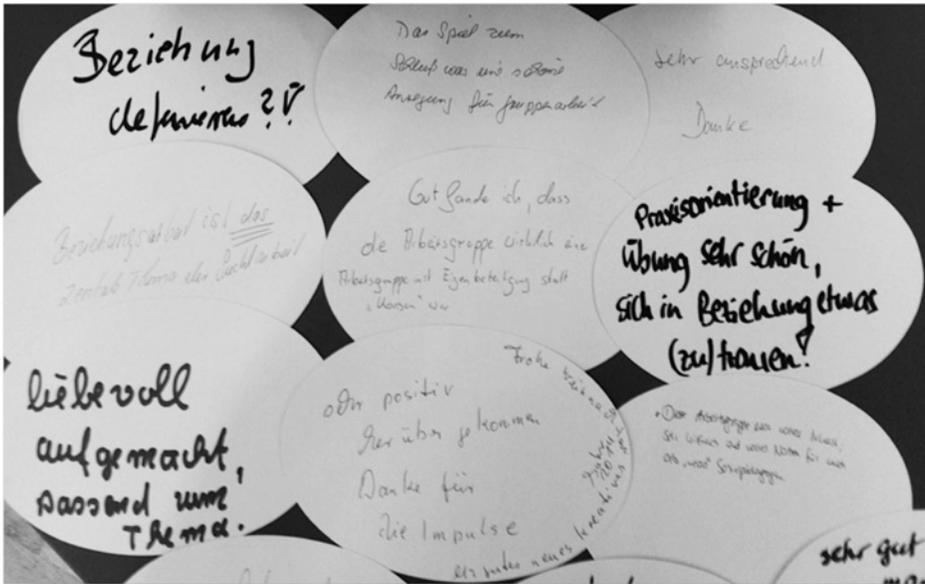
- Pro Teilnehmer ca. 3-5 Minuten

Anleitung:

- Leitung sollte auf hohe Wertschätzung und Achtsamkeit für diese Übung innerhalb der Gruppe hinweisen
- Freiwilliger setzt sich mit der Rücken zu den anderen Teilnehmern und sagt: „Man sagt von mir ich sei...(negative Selbstzuschreibung)!“
- Alle anderen Teilnehmer/innen sind eingeladen positive Konnotationen der Selbstzuschreibung zu finden. Im systemischen Sinne bedient sich die Übung dem „Reframing“, es „in einen anderen Rahmen zu rücken“ bzw. es „in ein anderes Licht zu stellen“.
- Der Freiwillige darf aufstehen, wenn ihm diese „warme Dusche“ ausreichend erscheint.

Auswertung (siehe Bilder):





Literatur

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Martin, D. J., & Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M.H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 307-390), 5. ed. New York: Wiley.
- Yalom, Irvin D (2003) „Was Hemingway von Freud hätte lernen können“. Goldmann (btb): München, S. 237-238.

AG 2 Weichen stellen in den Arbeitsmarkt – was ist zu beachten?

Thematische Einführung

Für viele Menschen mit Suchthintergrund erweist sich der Einstieg bzw. Wiedereinstieg in das Arbeitsleben als schwierig. Um im Rahmen der Suchthilfe in den Bereichen „Qualifizierung und Beschäftigung“ Erfahrungsspielräume für die Betroffenen zu ermöglichen, müssen institutionell sowie individuell bedingte Hemmnisse berücksichtigt werden. Aufgrund der heterogenen Zusammensetzung der Zielgruppe hinsichtlich der persönlichen Ressourcen, Interessen und Neigungen bedarf es einer möglichst großen Varianz bzgl. der Zugangsvoraussetzungen und der Angebotsausgestaltung. Auf Grundlage einer Präsentation des Projekts ABO-Mitte (**A**rbeit **B**ildung **O**rientierung) der vista gGmbH mit Fokus auf die entsprechende institutionelle, materielle und personelle Infrastruktur wurde innerhalb der Arbeitsgruppe die Diskussion angeregt.

Information zum Projekt ABO

Die vista gGmbH – Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit – ist in Berlin ansässig. Der Träger ist in drei Fachbereiche (Arbeit und Familienhilfen, Suchtberatung + Psychosoziale Betreuung) gegliedert und beschäftigt insgesamt knapp über 200 MitarbeiterInnen. Im Fachbereich „Arbeit und Familienhilfen“ engagiert sich die vista gGmbH mit dem hier vorgestellten Projekt ABO-Mitte sowie dem ähnlich strukturierten ABO-Neukölln.

Grundsätzlich zielt die Arbeit im ABO darauf ab, Menschen mit Suchthintergrund darin unterstützend zu begleiten, die gegenwärtigen eigenen Ressourcen realistisch zu verorten und den empfundenen Selbstwert durch das Definieren, Verfolgen + Erreichen von fixierten Zielen zu erhöhen sowie weitere eigene Ressourcen auszubilden und somit individuelle Erfolgserlebnisse zu erfahren.

Mittels Beschäftigung können persönliche und soziale Kompetenzen (Teamfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit + Gedächtnisleistung, Motivation + Ausdauer, Kreativität, Zuverlässigkeit, Verbindlichkeit + Pünktlichkeit) erweitert werden. Die zunehmend realistische Selbstwahrnehmung in Kombination mit Erfolgserlebnissen im Rahmen der Beschäftigung erhöht das Selbstwertgefühl und bietet somit eine gute Grundlage für kontrolliertes, reduziertes bzw. abstinentes Konsumverhalten.



Diese Ziele werden im Projekt ABO-Mitte mit folgendem Leistungsspektrum verfolgt:

Bildungs- und Integrationsberatung

Auf Grundlage einer beruflichen und sozialen Anamnese erfolgt ein orientierendes Coaching mit individueller Ziel- und Förderplanung (ggf. unter Einbezug der fachlichen Anleitungen mit Ein- und Ausgangsdiagnostik) sowie einer bedarfsorientierten Vermittlung in ergänzende Leistungen.

Arbeitserprobung und Beschäftigung

In den handwerklich-kreativ-künstlerisch vielfältig ausgerichteten Arbeitsbereichen werden individuell ausgerichtete Maßnahmen mit sozialpädagogischer und ergotherapeutischer Begleitung unter Nutzung von Ein- und Ausgangsdiagnostik angeboten. Unter „Maßnahmen“ sind in diesem Kontext sämtliche schriftlichen Vereinbarungen zur Beschäftigungsart (im Rahmen von tagesstrukturierender Beschäftigung, Arbeit statt Strafe und MAE) zwischen dem Projekt und den einzelnen TeilnehmerInnen zu verstehen.

Qualifizierung

In diesem Arbeitsfeld werden Kurse und Workshops mit fachspezifischen und lebensweltlichen Inhalten angeboten. Je nach Thematik handelt es sich um kurze oder auch um aufeinander aufbauende Einheiten, die mit Teilnahmebescheinigungen bzw. qualifizierenden Zertifikaten abgeschlossen werden können. Die Interessen und Neigungen der TeilnehmerInnen werden kontinuierlich in die weitere Angebotsplanung einbezogen.

Personal + Finanzierung

Die MitarbeiterInnen im ABO-Mitte haben u.a. Abschlüsse in Sozialpädagogik, Ergo- /Arbeitstherapie, Handwerksberufen, Verwaltungsberufen, Gesundheitswissenschaften und Psychologie.

Die dargestellte Varianz hinsichtlich der Zugangsbedingungen und den Maßnahmeninhalten wird beim ABO-Mitte durch eine komplexe Mischfinanzierung (Europäischer Sozialfond, diverse JobCenter des Landes Berlin, Senatsverwaltungen des Landes Berlin) gewährleistet. Während dieser Umstand zumindest temporär auch die Kompensation einzelner Finanzierungsausfälle ermöglicht, hat er andererseits nahezu ununterbrochen einen „Antrags- und Berichtsmodus“ des Projekts zur Folge. Zusätzlich muss mit hohem Aufwand intern koordiniert werden welche TeilnehmerInnen welche Angebote nutzen dürfen. Da die unterschiedlichen Förderbedingungen einem kontinuierlichen Wandel unterliegen, ist eine große Flexibilität bzgl. der räumlichen und inhaltlichen Ausgestaltung sowie die Bereitschaft zur fortlaufenden Veränderung auf Seiten der Belegschaft erforderlich.

Da jedoch 74% der TeilnehmerInnen die verabredeten Maßnahmezeiträume absolvieren¹ und 93% die Maßnahmedurchführung (bzgl. Beratung und Anleitung) mit „gut“ bzw. „sehr gut“ beurteilen, fühlen sich Träger und Belegschaft in ihrem Engagement bestätigt.

Diskussion in der Arbeitsgruppe

Die Gruppe setzte sich erfreulich heterogen aus TeilnehmerInnen verschiedener Arbeitsfelder (u.a. JobCenter, Krankenhaus, Suchtberatung, Wohnhilfe und Beschäftigung) zusammen. Das grundsätzlich anerkennende Erstaunen in der Arbeitsgruppe über die vielfältigen Angebote des Projekts wurde von intensivem interessiert-skeptischem Nachfragen bzgl. der Finanzierung begleitet.

Im Anschluss verständigte sich die Gruppe über grundsätzliche Erwartungshaltungen in der Arbeit mit der Zielgruppe von Menschen mit langjährigem Suchthintergrund hinsichtlich von Vermittlungsbemühungen sowie -möglichkeiten in den allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. in Beschäftigung an sich. Die innerhalb der Arbeitsgruppe gemachten Statements bestätigen auch die Erfahrungen aus der Arbeit des Projekts ABO: Größtenteils ist für die hier beschriebene Zielgruppe durch erfolgreiche Intervention eine Annäherung an den Arbeitsmarkt durch Integration in „Beschäftigung“ im weiteren Sinne erreichbar, der kurz-

1 Als vorwiegende Abbruchgründe sind gesundheitliche Probleme, Rückfälle, Vermittlung in Therapien etc. benannt.

und mittelfristige Übergang in den sogenannten 1sten Arbeitsmarkt jedoch zu-
meist als unrealistisch einzuschätzen.

Recht einhellig wurde verdeutlicht, dass insbesondere bei Menschen mit lang-
jährigem Suchthintergrund die *Stabilisierung* der persönlichen Lebenssituation,
die Entwicklung/der Ausbau einer geregelten *Tagesstruktur* sowie die Erweite-
rung von *Sozialkompetenz* als für den Integrationserfolg maßgebliche Kom-
ponenten anzusehen sind. Als mutmaßliche Ursachen wurden u.a. angeführt,
dass die TeilnehmerInnen mehrheitlich mindestens über einen längeren Zeit-
raum hinweg nicht „regelmäßig für mehrere Stunden irgendwo hingegangen
sind“, „sich in institutionelle Abläufe eingefügt bzw. eingebracht haben“ so-
wie „konzentriert eigene Vorhaben weder geplant, abgesprochen, noch reali-
siert haben – schon gar nicht im verbindlichen sozialen Kontext“.

Es folgte ein lebhafter Austausch über grundsätzliche Möglichkeiten der Auf-
tragsvergabe² und der Ausgestaltung³ von AGH-MAE⁴ im Sinne des SGB II.
Insbesondere mit der letzten Reform (in Kraft seit April 2012) sind im Rahmen
von AGH-MAE-Maßnahmen für die TeilnehmerInnen beratende (individuelle
Förderplanung + sozialpädagogische Begleitung) und qualifizierende Anteile
nahezu sowie die Wahrnehmung von beruflichen Praktika gänzlich ausge-
schlossen. Somit wurden mit der Reform gerade die individuell perspektivisch
ausgerichteten Anteile aus dem direkten Kontext von AGH-MAE-Maßnahmen
herausgedrängt, die in der Vergangenheit erfahrungsgemäß noch am ehesten
Pfade in Richtung des allgemeinen Arbeitsmarktes ebneten. Bisher lassen sich
zumindest anteilig wie oben beschrieben die beratenden und qualifizierenden
Bausteine noch durch alternative Finanzierungen kompensieren. Demgegen-
über erscheint die Verbannung von Praktika aus dem Maßnahmekontext nicht
ersetzbar und dementsprechend kontraindiziert für den angestrebten Integra-
tionsprozess in den Arbeitsmarkt.

Als z.Zt. noch schwer einschätzbar wurden die Konsequenzen für die Arbeit
mit der Zielgruppe hinsichtlich der ebenfalls mit der Reform 2012 in Kraft ge-
tretenen „2-Jahres-Regelung⁵“ angesehen. Da insbesondere bei der Zielgruppe
mit langjährigem Suchthintergrund die Annäherung an den Arbeitsmarkt wie
oben ausgeführt im Regelfall (durch Mobilisierungsphasen, Entgiftung, Reha
etc.) zeitintensiv ist, werden die kurz- und mittelfristig individuell erreichbaren

2 Durch regionale JobCenter

3 Regionale JobCenter nehmen konzeptionelle Entwürfe von Freien Trägern entgegen
und entscheiden anhand von bundesweiten sowie regional-spezifischen Kriterien über
die Förderfähigkeit.

4 Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung

Integrationserfolge durch die Budgetierung erheblich gefährdet und es droht ein Sisyphus-Effekt.

Erfolgsorientierter könnte die Implementierung perspektivisch ausgerichteter Maßnahmentearten und konstruktiv regulierter Übergangsphasen sein. Diese würden Ein- und Ausgangsdiagnostische Instrumente nutzen, die Teilnahme anhand (für alle Beteiligten) transparenter Kriterien ermöglichen und wären im Idealfall von sehr niedrigschwellig bis arbeitsmarktnah aufeinander aufbauend.⁶

Die Schwierigkeit Übergänge im gegenwärtig möglichen Maßnahmekontext zielführend zu gestalten, wurde in der Arbeitsgruppe mehrfach thematisiert. So erweist sich den Ausführungen zufolge z.B. die Phase vor und nach einer Entgiftungs- sowie einer Reha-Maßnahme hinsichtlich von Beschäftigungsmöglichkeiten trotz unbestritten positiver Begleiteffekte regelmäßig als kaum nutzbar. Angedacht wurde hierzu die Möglichkeit, dass der Rentenversicherungsträger als Schnittstelle zwischen Rehabilitationsklinik und JobCenter fungiert, um die Übergänge strukturierter zu organisieren⁷.

In der Arbeitsgruppe wurde auch angeführt, dass die Überführung in den Leistungsbereich des SGB XII im Einzelfall eine Verbesserung bzw. eine Erweiterung der Fördermöglichkeiten darstellen kann. Unbestritten wurde argumentiert, dass der langjährige Suchthintergrund mit allen Begleiteffekten hinsichtlich der Integration in den Arbeitsmarkt eher als „Behinderung“ denn als „Hemmnis“ zu interpretieren sei⁸. Kritisch wurde diesbezüglich dargestellt, dass der Übergang in den Leistungsbereich des SGB XII von betroffenen Menschen oftmals als Stigmatisierung interpretiert wird und dass in diesem institutionellen Kontext die Freiwilligkeit bzgl. ärztlicher Diagnosen nicht gegeben sei.

In diesem Zusammenhang war es für die TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppe unklar, ob es von der Agentur für Arbeit klar definierte Kriterien für die Förderung bzw. den Förderausschluss von Ausbildung für Menschen mit Sucht-

5 Diese Regelung gibt vor, dass innerhalb von 5 Jahren maximal 2 Jahre Maßnahmeteilnahme förderfähig sind.

6 Modellhaft gibt es in einzelnen Landkreisen und Kommunen Maßnahmen mit experimentellen Ansätzen. So wurde in der Arbeitsgruppe von einer Vergabemaßnahme nach § 45 SGB III berichtet, in der die Motivation der TeilnehmerInnen u.a. mit einem aufsuchenden Ansatz erheblich gesteigert werden konnte. In anderen Kommunen werden Erfahrungen mit berufsorientierenden Anteilen in AGH-MAE-Maßnahmen gesammelt.

7 Interessant ist diesbezüglich, dass die Bundesregierung kürzlich die erhebliche Budgeterhöhung der Rentenversicherungsträger für Leistungen der medizinischen und beruflichen Reha beschlossen hat. (hierzu Bibliomed 30.01.14)

8 Im Sinne der reformierten Definition des Begriffes der „Behinderung“ der WHO.

hintergrund gibt, denn in der gängigen Praxis würde ein Drogenscreening „mal verordnet und mal nicht“. Deutlich wurde auch, dass in der Entscheidungsfindung offensichtlich nicht bzgl. der Konsumhäufigkeit differenziert wird (und somit Rückschlüsse auf den Grad des Suchthintergrunds sowie der mutmaßlichen Beeinträchtigung ermöglichen würde). Sowie das Drogenscreening einen Konsum nachweist, gilt der Ausbildungswunsch i.d.R. als nicht förderfähig – unabhängig davon, ob ein gelegentlicher oder chronischer Konsum ursächlich ist. Trotz umfangreicher Recherche war es nicht möglich belastbare Fallzahlen zu diesbezüglichen Ablehnungen zu eruieren, da sie bisher anscheinend nicht erhoben werden.

Fazit

Unbestritten ist, dass die Integration von langzeitarbeitslosen Menschen⁹ in Gesellschaft und Beschäftigung insbesondere bei Vorliegen von mehreren gravierenden Hemmnissen¹⁰ mit kurzfristigen Maßnahmen i.d.R. nicht erreicht werden kann.¹¹

Für die erfolgreiche Weichenstellung in Gesellschaft und Beschäftigung erweisen sich in der Arbeit mit der o.g. Zielgruppe folgende Rahmenbedingungen erfahrungsgemäß als entscheidend:

- Individuell ausgerichtete Coaching mit verbindlicher Förderplanung und effektiven Kooperationsstrukturen zu ergänzenden Dienstleistungen (bedarfsspezifisch z.B. Suchtberatung, Psychosoziale Betreuung, Beschäftigungs- und Qualifizierungsangebote),
- In Bezug auf Inhalt, Intensität, Niveau und Dauer individuell ausgerichtete Ausgestaltung der Maßnahmen,
- Individuell ausgerichtete Beschäftigungs- und Qualifizierungsangebote als Basis einer Tagesstruktur mit gesellschaftlicher Teilhabe zur Förderung der persönlichen Stabilisierung und Kompetenzerweiterung.

Für den jeweiligen Integrationserfolg und somit durchaus auch im gesellschaftlichen Interesse ist es unabdingbar den Menschen die Erarbeitung einer eigenen Perspektive zu ermöglichen.¹² Um das zu erreichen, müssen verständlicherweise die vielfältig ausgeprägten Lebenslagen und Ressourcen von langzeitarbeitslosen Menschen *individuell ausgerichtet* berücksichtigt und genutzt werden.

9 Def.: Ohne Unterbrechung länger als ein Jahr arbeitslos.

10 Z.B. geringe Qualifikation und gesundheitliche Einschränkungen

11 Hierzu Arbeitsmarkt Dossier 2014/2 „Grundsicherung im Blickpunkt“, „Langzeitbeziehe im SGB II“; BfAS Dez 2013, Bestellnr. A866 sowie „Eine Frage der Fairness“; BA-Vorstand Heinrich Alt am 20.06.2013 auf ZEIT ONLINE

12 Hierzu: IST-Studie: Endstation Arbeitsgelegenheit? Teilhabeperspektiven in „Ein-Euro-Jobs“; Obermeier/Schultheis/Sell 2013

AG 3 Von der Reha-Bewilligung in die Behandlung – Erfolgsfaktoren eines Fallmanagements“

In der Arbeitsgruppe wurden die wichtigsten Eckpunkte des Rahmenkonzepts zur Reha-Fallbegleitung der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz sowie die Ergebnisse dargestellt. Das ursprünglich als Projekt konzipierte Angebot richtet sich an die Zielgruppe der „Nichtantreter“ und „Wiederholer“, die abhängigkeitskrank sind und besondere erwerbsbezogene Probleme aufweisen. Diesen Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz wird ein persönlicher Begleiter zur Seite gestellt.

Der Reha-Fallbegleiter unterstützt beim Antritt und bei der Durchführung der Entwöhnungsbehandlung sowie insbesondere danach bei der beruflichen Wiedereingliederung, der Teilnahme an Nachsorgeleistungen u.a. Die Abhängigkeitskranken werden dazu motiviert, alle Hilfen in Anspruch zu nehmen, die sie benötigen, um beruflich und sozial integriert zu werden. Insgesamt sind 20 persönliche oder telefonische Kontakte vorgesehen.

Es wurden auch die Anforderungen an die Reha-Fallbegleiter dargelegt. Diese sollten Sozialpädagogen/Sozialarbeiter mit therapeutischen Basiskompetenzen sein. Sie sollten an den Rehabilitationseinrichtungen angebunden und der Klinikleitung unterstellt sein. Auf eine Vertretungsregelung sollte geachtet werden. Wichtig war der Hinweis, dass die Reha-Fallbegleiter eine Lotsenfunktion übernehmen. Am Beispiel der Krisenintervention bedeutet dies die Hinführung zu therapeutischen Hilfen und nicht, diese selbst durchzuführen. Die Teilnehmer der Arbeitsgruppe sahen bei diesen Aufgaben eine große Ähnlichkeit zu den Aufgaben der Berater bei den Suchtberatungsstellen. Es verwunderte daher nicht, dass den Teilnehmern die meisten Netzwerkpartner geläufig waren, die während der Reha-Fallbegleitung kontaktiert werden müssen. Bei der Aufzählung möglicher Netzwerkpartner durch die Arbeitsgruppe fehlten z.B. die Reha-Fachberater der Deutschen Rentenversicherung, Sportvereine oder andere Freizeitvereine.

Einen wichtigen Informationsaspekt in der Arbeitsgruppe hatte der Integrationsplan. Die Gesprächsteilnehmer benannten viele Maßnahmen, die in dem Integrationsplan notiert werden müssen. Zur Vervollständigung wurde ein Gliederungsvorschlag vorgestellt. Danach genügt es nicht, die Aufgaben zu beschreiben, sondern es sollten auch die Teilschritte aufgelistet werden, wie die

Aufgaben zu erledigen sind. Es sollten die Zuständigkeiten festgelegt werden: wer, wann, bis wann die Aufgaben erledigt. Zuletzt wäre noch ein Erledigungsdatum einzufügen sowie eine Spalte, in der Anmerkungen vorgenommen werden können. Der Integrationsplan dient gleichzeitig der Dokumentation der Arbeit der Reha-Fallbegleiter.

Das Projekt wurde wissenschaftlich begleitet von den Universitäten Freiburg und Koblenz/Landau. Die Ergebnisse zeigten, dass insbesondere die Gruppe der Nichtantreter erreicht werden konnte. Von N=310 Versicherten mit einer Vereinbarung zur Reha-Fallbegleitung hatten N=287 (92,6%) die Entwöhnungsbehandlung angetreten, bei den Nichtteilnehmern traf das nur für 60,8% (N=93) zu. Zudem schlossen die Teilnehmer der Reha-Fallbegleitung mit 74,6% die Entwöhnungsbehandlung planmäßig und damit erfolgreicher ab als Nichtteilnehmer (45,2%).

Die Teilnehmer an der Reha-Fallbegleitung waren zu 93,5% mit dem Gesamterfolg zufrieden. Sie fühlten sich hinsichtlich der Abstinenz unterstützt und bei Krisen nach der Entlassung aus der Klinik, aber auch bei der Verbesserung von Beziehungen. 37,5% der Teilnehmer wünschten sich noch mehr Kontakte und eine längere Begleitung. 25% sahen keinen Verbesserungsbedarf.

Im Ergebnisbericht der wissenschaftlichen Begleitung wurde außerdem festgestellt, dass die Kernprozesse und die Zielsetzung der Reha-Fallbegleitung, nämlich die berufliche Wiedereingliederung, eindeutiger definiert und im Blick behalten werden müssen. Alle Beteiligte sollten für die Spezifika dieses Angebots sensibilisiert werden. Eine Fortführung wurde von nahezu allen empfohlen. Die Reha-Fallbegleitung sollte auch für ambulante Rehabilitationsstellen zugänglich gemacht werden.

Weitere Veröffentlichungen zu dem Angebot und dem neu erstellten Manual werden auf Fachtagungen und in Fachzeitschriften erfolgen. Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz überführte das Projekt in eine Regelversorgung für ihre Versicherte. Andere Rentenversicherungsträger folgten dem Beispiel und bieten ebenfalls eine Fallbegleitung an.

Für Ihre Notizen

Für Ihre Notizen

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS) des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) begegnet dem wachsenden Rauschmittel- und Drogenmissbrauch und der großen Zahl von Abhängigkeitserkrankungen durch



Information, Beratung, Qualifizierung und richtungsweisende, präventive Modellprojekte. Ihren Service nutzen vor allem die mehr als 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, Elternkreise oder Gremien – insbesondere auf regionaler, aber auch auf Bundes- und Europaebene. Die LWL-KS schult die Fachkräfte, erstellt praxistaugliche Arbeitshilfen, informiert über Forschungsergebnisse sowie die aktuelle



Gesetzgebung und moderiert die kommunale Suchthilfeplanung.

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht qualifizierte seit ihrer Gründung 1982 mehr als 23.900 Fachkräfte zu Suchtthemen in Fort- und Weiterbildungen. Dazu gehören Workshops und Fachtagungen sowie die berufs begleitende 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 den Bereichen Prävention, Beratung und Behandlung.

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) ist neben den Gemeinden, Städten und Kreisen Teil der kommunalen Selbstverwaltung in Westfalen-Lippe. Er übernimmt für seine Mitglieder, die 18 Kreise und neun kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe, ausschließlich Aufgaben, die überregional fachlich wie auch finanziell effektiver und effizienter erledigt werden können. Schwerpunktmäßig liegen diese Aufgaben in den Bereichen Soziales, Gesundheit, Jugend und Kultur. Der LWL wird durch ein Parlament mit 106 Mitgliedern aus den Kommunen kontrolliert.



LWL-KOORDINATIONSSTELLE

Sucht Fragen Sie uns doch einfach.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe

LWL-Koordinationsstelle Sucht

Warendorfer Straße 27

48145 Münster

Tel.: +49 251 591-3267

Fax: +49 251 591-5499

E-Mail: kswl@lwl.org