



Sigmund Gastiger, Hans Joachim Abstein (Hg.)

Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe

Methoden und Konzepte der Sozialen Arbeit
in verschiedenen Arbeitsfeldern

skills |

LAMBERTUS

Sigmund Gastiger,
Hans Joachim Abstein (Hg.)

Methoden der Sozialarbeit in
unterschiedlichen Arbeitsfeldern der
Suchthilfe

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten

© 2012 Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
www.lambertus.de

Umschlaggestaltung: Nathalie Kupfermann, Bollschweil

Druck: Franz X. Stückle, Druck und Verlag, Ettenheim

ISBN 978-3-7841-2071-3

Inhalt

Vorwort	5
Suchthilfe – ein klassisches Handlungsfeld der Sozialarbeit <i>Hans Joachim Abstein</i>	7
Suchtprävention – von der Drogenszene zum gesellschaftlichen Querschnittsthema <i>Christa Niemeier</i>	19
Niedrigschwellige und akzeptanzorientierte Drogenhilfe in einem Kontaktladen <i>Klaus Rieger</i>	37
Ambulante Suchthilfe in Psychosozialen Beratungsstellen <i>Ulrike Preuß-Ruf</i>	53
Medizinische Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit <i>Arno Frank</i>	71
Exzessives Computerspielen – Eine Herausforderung für die Soziale Arbeit <i>Thorsten Ziegler</i>	85
Schlussbemerkung <i>Hans Joachim Abstein</i>	105
Die Autorinnen und Autoren	107

Vorwort

Den Anfang der Reihe „Skills“ machten die „Soziale Arbeit in gerontologischen Arbeitsfeldern und im Gesundheitswesen“ und „Soziale Arbeit mit Kindern in prekären Lebenslagen“.

Aus dem Vorwort jenes Bandes soll auszugsweise wiedergegeben werden, was auch für den vorliegenden Band gültig bleibt:

- Methodenkompetenz ist die Fähigkeit, die dem jeweiligen Problem *angemessene* Methode einzusetzen.
- Der Methodenbegriff hat sich erweitert. Zu den drei „Klassikern“ Soziale Einzelfallhilfe, soziale Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit kamen inzwischen vielfältige Handlungskonzepte und Methoden hinzu, die sich zum großen Teil aus der Fachpraxis der Sozialen Arbeit heraus entwickelt haben.
- Dieser und die nachfolgenden Bände bleiben aber bei der begrifflichen – lediglich beschreibenden – Erweiterung der Handlungskonzepte und Methoden nicht stehen. Sie gehen ganz praktisch von *konkreten Arbeitsfeldern* aus.

Der vorliegende Band *Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe* beleuchtet unterschiedliche Facetten des klassischen Gesamthandlungsfelds „Suchthilfe“ innerhalb der Sozialen Arbeit. Die im Inhaltsverzeichnis genannten Autorinnen und Autoren vertreten jeweils kompetent ein Arbeitsfeld aus dem Gebiet.

In diesem Band werden – dem didaktischen Konzept zufolge – handlungsorientiert theoriebegründete Handlungskonzepte wie auch Methoden der Sozialen Arbeit aufgenommen, zu denen als spezifische Handlungskompetenzen auch *Skills* (Fertigkeiten, bestimmte Problemlösungstechniken, Muster) gehören, die für die Soziale Arbeit insgesamt konstitutiv sind.

Oktober 2011

Sigmund Gastiger

Suchthilfe – ein klassisches Handlungsfeld der Sozialarbeit

Hans Joachim Abstein

Der Gebrauch psychotrop wirksamer Substanzen ist eng mit der kulturellen und gesellschaftlichen Entwicklung der Menschheit verbunden; in nahezu allen historischen und aktuellen Gesellschafts- und Kulturkreisen hatte und hat er Bedeutung. Neben den erwünschten Effekten hat dieser Substanzgebrauch immer schon auch unerwünschte, negativ bewertete Auswirkungen gezeigt. Negative Folgen sind auf der individuellen Ebene des Konsumenten psychisch und körperlich erfahrbar, darüber hinaus wirkt sich unangemessener Substanzgebrauch aber auch massiv sozial im zwischenmenschlichen Bereich und im Gemeinwesen aus: Belastung von familiären Beziehungen, Probleme am Arbeitsplatz, Gefährdung der Sicherheit im Straßenverkehr, Sachbeschädigung und Körperverletzungen unter Alkoholeinfluss, Kriminalität und Kriminalitätsfolgekosten durch illegale Drogen, Belastungen der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitssicherungssysteme durch substanzkonsumbedingte Folgeschäden sind hier zu nennen. Im allgemeinen Sprachgebrauch werden diese, durch den Gebrauch von psychotrop wirksamen Substanzen entstandenen negativen Effekte als „Suchtprobleme“ bezeichnet. Seit den 1980er Jahren zählt man auch suchtartig verändertes Verhalten (im Bereich Glücksspiel, Kaufverhalten, Sexualität u.a.m.) zu den Suchtproblemen.

Suchtprobleme sind sozial- und gesundheitspolitisch eine große Herausforderung: Allein durch den Konsum von Alkohol entstanden im Jahr 2007 in Deutschland Kosten in Höhe von geschätzt 26,7 Milliarden Euro (Konopka, König, 2007). Diese Kosten setzen sich zusammen aus Krankheitskosten, Kosten durch Sachschäden/Verkehrsunfälle sowie durch den Ausfall von Arbeitsleistung und Frühberentung. *John und Hanke* gehen von jährlich 73.700 Todesfällen durch Alkoholkonsum aus (John, Hanke, 2002). Die Mortalität durch Tabakkonsum wird auf 115.000 Todesfälle pro Jahr geschätzt (DHS, 2011). Neben diesen volkswirtschaftlichen Problembereichen ergeben sich weitere Belastungen durch den nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch von Medikamenten (Medikamentenabhängigkeit) und von illegalen Drogen. Zusätzlich zu diesen so genannten substanzbezogenen Störungen differenziert man im Bereich der Suchthilfe

noch die Kategorie der verhaltensbezogenen Störungen: Gemeint sind hier Essstörungen, pathologisches Glücksspiel, pathologische PC- und Internetnutzung („Computersucht“), exzessives Kaufen („Kaufsucht“), exzessives Sexualverhalten („Sexsucht“) und weitere pathologische, suchtartige Abweichungen menschlichen Verhaltens. Gemeinsam ist diesen Störungen, dass sie in der Regel die Betroffenen psychisch schädigen, häufig auch körperliche Schädigungen bedingen und fast immer auch negative soziale Auswirkungen auf der zwischenmenschlichen Ebene, hinsichtlich sozialer Teilhabe und häufig auch der Erwerbsfähigkeit haben. Durch Krankheit und Arbeitsausfallkosten, durch suchtbedingte Sachschäden, Kriminalität, Maßnahmen der Strafverfolgung, der Prävention und der Rehabilitation entstehen auch in diesen Bereichen enorme Kosten, die sich zu den oben genannten Zahlen addieren und letztlich auch ökonomisch ein großes Problem darstellen.

Sozialarbeit – die dominierende Profession in der Suchthilfe

Bei der Auflistung dieser Auswirkungen wird deutlich, dass Suchtfolgen in viele Bereiche ausstrahlen – so ist die Beantwortung dieser Probleme auch nicht einem sozialrechtlichen Leistungsbereich oder einer Profession zuzuordnen, sondern stellt eine geradezu exemplarische Herausforderung für ein professions- und leistungsbereichübergreifendes Schnittstellenmanagement dar. Nicht zuletzt aus diesem Grund ist Sozialarbeit nach wie vor zahlenmäßig die dominierende Berufsgruppe im Bereich der Hilfen für Suchtkranke und Suchtgefährdete (Klein, 1999). Professionsspezifische Kompetenzen, wie die Erfassung und Analyse psychosozialer Lebenslagen und Hilfebedarfe, die Kenntnis sozialleistungsrechtlicher Ansprüche und Verfahrenswege, Hilfeplanung und Case-Management befähigen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in besonderem Maß, die erforderlichen Vernetzungsleistungen zur Lösung der multifaktoriellen Problemlagen sicherzustellen.

Bereits lange bevor es die modernen Institutionen der Suchthilfe gab, haben sich sozial engagierte Menschen und staatlich beauftragte Gesundheitsfürsorger um Menschen mit Suchtproblemen bemüht. Diese Vorläuferprofessionen der modernen Sozialarbeit haben die Grundlage für das heutige deutsche Suchthilfesystem geschaffen.

Institutionen und Leistung der Suchthilfe

In Deutschland hat sich, ausgehend von einem Urteil des Bundessozialgerichtes aus dem Jahr 1968, in dem Sucht als Krankheit klassifiziert wurde, ein vielfältig differenziertes Suchthilfesystem entwickelt (BSGH, 1968). Seit den 1990er Jahren ist das bis zu diesem Zeitpunkt überwiegend sozialarbeiterisch und durch die Selbsthilfe geprägte Hilfesystem – damals fast ausschließlich bestehend aus ambulanten Suchtberatungsstellen und stationären Suchttherapieeinrichtungen – durch neu entwickelte medizinische Dienste und Institutionen ergänzt worden. In der Folge kamen neue Leistungsformen und Leistungsträger hinzu; so sind in Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie ergänzende Angebote für die jeweilige Klientel mit der Komorbidität „Sucht“ entstanden. Akteure, Berufsgruppen, Dienste und Einrichtungen haben sich immer weiter gegliedert und spezialisiert und entwickelten die Suchthilfe in Deutschland zu einem in dieser Vielfalt und Differenziertheit international einmaligen Hilfesystem. Neben den klassischen stationären Suchtkliniken und den ambulanten Suchtberatungsstellen gibt es heute in der Versorgung suchtgefährdeter und -abhängiger Menschen weitere psychotherapeutische und medizinische Behandlungsangebote, niedrigschwellige Hilfen in Form von Kontaktläden, Drogenkonsumräumen, Notschlafstellen und aufsuchenden Diensten, Betreute Wohngruppen, Adaptionseinrichtungen und Integrationsprojekte. Es gibt Angebote für besondere Zielgruppen wie z. B. Migranten, Kinder von Suchtkranken, ältere Menschen und Wohnungslose. Die jährlich veröffentlichte Deutsche Suchthilfestatistik weist für das Jahr 2009 316.075 ambulante und 38.618 stationäre Betreuungen aus, die in den 779 ambulanten und 157 stationären Einrichtungen durchgeführt wurden (Steppan, Künzel, Pfeiffer-Gerschel, 2010). In all diesen Einrichtungen und Diensten arbeiten Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter.

Die Differenzierung und Segmentierung der Suchthilfe – eine Herausforderung für die Sozialarbeit

Die Vielfalt des Angebots spiegelt sich auch in der leistungsrechtlichen Verortung wieder. Mit SGB II und III (Hilfen für Arbeitslose), SGB V (Krankenhilfe), SGB VI (Rehabilitation durch die Rentenversicherung), SGB VIII (Jugendhilfe), SGB IX (Teilhabe), SGB XI (Pflegeleistungen) und SGB XII (Eingliederungshilfe) sind nahezu alle sozialrechtlichen

Finanzierer mit im Boot. Ein großes Manko ist allerdings nach wie vor die unzureichende leistungsrechtliche Harmonisierung dieser Angebote in Folge der durch die Sozialgesetzbücher segmentierten Leistungszuständigkeit, was immer wieder zu erheblichen Regelungsschwierigkeiten bei „Schnittstellenproblemlagen“ führt. So ist keineswegs eindeutig klar, ob die Jugendhilfe (SGB VIII), die Krankenversicherung (SGB V) oder eventuell die Rentenversicherung (SGB VI) die Kosten für die Suchttherapie eines jungen Menschen unter 18 übernehmen muss. Auch bei suchtkranken Menschen in Haft, bei Menschen ohne geklärten Aufenthaltsstatus oder bei wohnungslosen Menschen treten immer wieder schwer zu klärende Fragen bezüglich der Leistungszuständigkeit auf. Durch ihre sozial- und verwaltungsrechtlichen Kenntnisse sind Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter dafür prädestiniert, passgenaue und indikationsentsprechende Hilfen zu identifizieren und für die Betroffenen zu erschließen. Die umfassendste Kompetenz und die größten sozialarbeiterischen (Personal-) Ressourcen dafür liegen grundsätzlich bei den ambulanten Suchtberatungsstellen: in der Regel sind sie die ersten Anlaufstellen für Betroffene und das soziale Umfeld in Fragen der Suchtgefährdung und -erkrankung. Diese Einrichtungen werden meist aus öffentlichen Zuwendungen (kommunale Mittel, teilweise auch Landesmittel) und Eigenmitteln der überwiegend wohlfahrtsverbandlichen beziehungsweise gemeinnützigen Träger finanziert. Dieser Eigenanteil ist je nach Bundesland, Träger und konzeptioneller Ausrichtung der Einrichtung sehr unterschiedlich und variiert zwischen 15 und 50 Prozent. Beratungsstellen haben insofern den Vorteil, nicht an die leistungsrechtlichen Zuständigkeiten und Grenzen der einzelnen Sozialgesetzbücher gebunden zu sein. In der immer komplexer werdenden Hilfelandschaft kommt ihnen neben ihren originären Aufgaben der Beratung und Behandlung, Motivation, Therapievermittlung und nachsorgenden Integrationsleistungen die Funktion zu, von Suchtproblemen betroffene Menschen in ihrer finanziell-materiellen Existenz zu sichern, Sozial- und Versicherungsleistungen zu beantragen und durchzusetzen und sie indikationsgerecht und lösungsorientiert durch das differenzierte Hilfesystem zu lotsen. Die Sicherung und Durchsetzung von Rechtsansprüchen, Case-Management für die betroffenen Personen und die Koordinierung der Fallführung durch die einzelnen Leistungsbereiche sind die Antwort der Sozialarbeit auf die für Betroffene und die oft hoch spezialisierten Leistungserbringer gleichermaßen undurchschaubaren Leistungszuständigkeiten (s. hierzu insbesondere den Abschnitt „Case Management als Methode in der Einzelfallhilfe“ bei *Preuss-Ruf*).

Die Erschließung von Hilfen für Suchtkranke durch die Sozialarbeit – ein Fall, drei Beispiele

Typische Formen sozialarbeiterischer Interventionen bei Suchtmittelabhängigen werden im Folgenden anhand eines konstruierten Falles exemplarisch entwickelt. Der Fokus der Betrachtung liegt hierbei weniger auf der Leistungserbringung im institutionellen Kontext, sondern wird vor dem Hintergrund der spezifischen, leistungsbereichsübergreifenden Erschließung von Hilfen aufgezeigt. Ohne den folgenden, differenzierteren Beiträgen dieses Buchs vorgreifen zu wollen, wird idealtypisch eine durchgehende Betreuung in verschiedenen Phasen der Hilfeerbringung von niederschwellig bis hochstrukturiert dargestellt. Es ist dabei nicht ungewöhnlich, dass wie im beschriebenen Fall das Management dieses Hilfeprozesses weitgehend von *einer* Fachkraft (in diesem Fall dem Mitarbeiter einer Suchtberatungsstelle) in personeller Kontinuität erbracht wird, allerdings sind bei anderen Verläufen auch Überweisungen und die Abgabe der Fallführung zu Kolleginnen oder Kollegen anderer Einrichtungen notwendig und/oder sinnvoll. Mögliche derartige Übergänge werden im kommentierenden Text mit aufgezeigt.

Aufsuchende Suchthilfe im Krankenhaus – Identifikation von Hilfebedarfen, Hilfeplanung und Motivierung

Die Suchthilfe in Deutschland hat sich fachlich hoch qualifiziert; für die Hilfesuchenden wurden sehr wirksame, anspruchsvolle Interventionen konzipiert. Ein Problem dabei ist allerdings, dass die Angebote nach wie vor nur einen kleinen Teil der wirklich Hilfebedürftigen erreichen. Es ist der Verdienst von *Wienberg* (1992), auf diesen strukturellen Mangel hingewiesen zu haben. In den letzten Jahren hat die sozialarbeiterische Suchthilfe mit verschiedenen Formen der Frühintervention, hauptsächlich im Rahmen aufsuchender Hilfen, darauf reagiert. Zielführende Überlegung dabei ist es, Menschen zu erreichen, bei denen bereits eine Suchtgefährdung oder ein Suchtproblem vorliegt, die aber noch keine Veränderungsmotivation diesbezüglich haben. So haben viele Suchtberatungsstellen in Allgemeinkrankenhäusern so genannte Konsiliardienste vereinbart, die eine Kontaktaufnahme zu Menschen mit Suchtproblemen während ihrer Krankenhausbehandlung ermöglichen. Gemeint sind hier nicht Beratungs-

prozesse während geplanter, qualifizierter Entzugsprozesse im Rahmen einer Suchtbehandlung, sondern Interventionen während der stationären Behandlung von Unfällen oder Organerkrankungen, die im Zusammenhang mit Alkohol oder sonstigem Substanzgebrauch stehen. Die im Krankenhaus gegebene Unterbrechung der normalen Alltagsroutine, verbunden mit der Konfrontation mit den Folgen des Substanzkonsums, öffnet für manche Patienten ein so genanntes „Motivationsfenster“, das zur Information über die Auswirkungen des problematischen Konsums, über Zusammenhänge mit den Erkrankungs- oder Unfallursachen, zur Reflexion des Verhaltens und zur Entscheidungsfindung für Verhaltensänderungen genutzt werden kann (vgl. dazu *Indizierte Prävention* bei Niemeier).

Sozialarbeiter S., Mitarbeiter einer Suchtberatungsstelle, wird bei seiner wöchentlichen Sprechstunde im Allgemeinkrankenhaus im Rahmen des vereinbarten dreistündigen Liaisondienstes auf einen Patienten hingewiesen, der seit einigen Tagen auf einer chirurgischen Station behandelt wird. Von der Stationsschwester erfährt er, dass der 27-jährige Mario K. zum zweiten Mal innerhalb von drei Monaten in Folge erheblicher Sturzverletzungen behandelt wird. Wurde beim ersten Mal ein komplizierter Handwurzelbruch behandelt, ist es diesmal ein Jochbeinbruch. Bei der Einlieferung sei der Patient beide Male erheblich alkoholisiert gewesen, er habe während der gesamten Behandlungszeit medikamentös stabilisiert werden müssen, da ansonsten erhebliche Entzugserscheinungen aufgetreten wären. Neben der Alkoholproblematik bestehe offensichtlich auch eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen, möglicherweise auch ein Missbrauch illegaler Drogen. Der Mann habe bisher weitere Hilfen abgelehnt und sei beim letzten Mal unter Medikamenten und nicht entgiftet entlassen worden. Er spreche jetzt von massiven Problemen mit dem Vermieter seiner Wohnung, der ihm fristlos kündigen möchte. Er befürchte, bei der Entlassung aus der Klinik wohnungslos zu sein. Der Sozialdienst des Krankenhauses sei eingeschaltet und habe nun erreicht, dass ein Gespräch mit der Suchtberatungsstelle von dem Patienten nicht mehr abgelehnt werde. Beim Besuch am Krankenbett ist der Patient zunächst gegenüber S. abweisend und meint, dass die Sozialarbeiterin des Krankenhaussozialdienstes sich schon um die notwendige Regelung zum Erhalt seiner Wohnung kümmern werde. Im Verlauf des Gesprächs wird deutlich, dass neben dem Wohnungsproblem auch die Einkommenssituation des arbeitslosen Mannes prekär ist. Er sei mehreren Meldeaufforderungen der Arbeitsagentur nicht nachgekommen und deswegen von Kürzungen der SGB II-Leistungen betroffen. In der Folge habe er auch die gerichtlich verhängte Geldstrafe

wegen Drogenverkaufs nicht mehr bedienen können und sei bereits von einer bevorstehenden Inhaftierung zur Vollstreckung einer Ersatzfreiheitsstrafe bedroht. Der Sozialarbeiter erfährt, dass die Unfälle (Stürze von der Treppe) unter Alkoholeinfluss entstanden sind, dass aber das eigentliche Problem eine Heroinabhängigkeit sei. Wegen der ALG 2-Kürzungen habe er Schulden bei seinem Dealer und könne seinen Drogenbedarf nicht mehr decken. Um die Entzugserscheinungen auszugleichen, nehme er „schwarz beschaffte“ Medikamente und trinke zum Teil erhebliche Mengen Alkohol. Er könne sich nicht vorstellen, ohne Drogen zu leben, allerdings möchte er weitere Unfälle und eine Verschlimmerung seiner Situation möglichst verhindern und sei insofern auch gesprächsbereit. Die Frage nach einer laufenden Substitution seiner Opiatabhängigkeit verneint der Patient. Er habe bisher davon Abstand genommen, weil er nicht glaube, auf den ergänzenden Konsum von Alkohol und Cannabis verzichten zu können. Am Ende des Gesprächs nimmt K. aber das Angebot des Drogenberaters an, ein gemeinsames Gespräch mit einem substituierenden Arzt in der ärztlichen Schwerpunktpraxis zu führen.

Es ist für die aktuelle Situation des Patienten und für die Handlungsoptionen des Sozialarbeiters zunächst unerheblich, aus welchen Gründen K. in diese Situation geraten ist und wie die offensichtlich bestehende Suchterkrankung entstanden ist. Wichtig in dieser Phase des Kontakts ist ein ergebnisoffener Gesprächsansatz (vgl. den Beitrag von Rieger und den Abschnitt „Motivierende Gesprächsführung“ bei Frank in diesem Buch). Unmittelbar wirkende existenzsichernde Hilfen sind die Voraussetzung dafür, dass eine Kooperations- oder Behandlungsbereitschaft bei K. überhaupt entstehen und damit die Entwicklung weiterer Perspektiven und nachhaltiger Veränderungsprozesse eingeleitet werden kann. Nicht der Wunsch nach einer Suchtbehandlung und Drogenfreiheit, sondern die Perspektive der Wohnungssicherung und der mögliche Wegfall des „Beschaffungsdrucks“ begründen die helfende Beziehung. Mit der Einleitung der Substitutionsbehandlung gelingt eine vorläufige Stabilisierung der chaotischen gesundheitlichen und psychosozialen Situation von K.

In der Schwerpunktpraxis macht der Arzt deutlich, dass er den Patienten in eine Substitutionsbehandlung aufnimmt, wenn sichergestellt ist, dass er den Beikonsum von Benzodiazepinen eingestellt hat. Der Patient zeigt sich motiviert, die Behandlung unter diesen Bedingungen anzunehmen. Zurück im Krankenhaus kann der Sozialarbeiter mit dem behandelnden Arzt und dem Patienten klären, dass eine zeitnahe Verlegung in einen qualifizierten

Entzug in der nahe gelegenen psychiatrischen Klinik möglich ist. Der Sozialarbeiter organisiert die Aufnahme und vereinbart, dass dort die Umstellung auf das Substitut erfolgt.

Neben der Kontaktaufnahme zur Substitutionspraxis hat der Sozialarbeiter die Verlegung in eine notwendige „Teilentgiftung“ von Benzodiazepinen in einer Einrichtung des „qualifizierten Entzugs für Drogenabhängige“ in einer nahegelegenen Psychiatrischen Klinik vermittelt (beides sind Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, SGB V). Der stationäre Aufenthalt des Patienten verlängert sich durch die Weiterbehandlung im qualifizierten Entzug um weitere zwei Wochen. Diese Zeit kann der Sozialarbeiter in Verbindung mit dem Krankenhaussozialdienst nutzen, die Wohnungsnotlage durch Telefongespräche mit dem Vermieter zu beheben. In Kontakt mit dem Jobcenter gelingt es weiterhin, die Kürzungen des SGB-II-Bezugs für drei Monate auszusetzen, wenn K. zuverlässig die Termine beim Jobcenter und der Suchtberatungsstelle wahrnimmt. Zusätzlich wird mit einer Kontaktaufnahme zur Strafvollstreckungsabteilung der Staatsanwaltschaft ein Zahlungsaufschub erreicht und die drohende Inhaftierung abgewendet.

Substitutionsbegleitung – Existenzsicherung, Stabilisierung und Hilfebereichsübergreifende Vernetzung

Nach der „Richtlinie zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ (BUB-Richtlinien nach § 135 Abs. 1 SGB V des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 10.12.1999, zuletzt geändert am 18.03.2010) muss der substituierende Arzt eine so genannte „psychosoziale Begleitung“ durch eine Suchtberatungsstelle sicherstellen, wenn dies der Fall erfordert. Bei K. ist die Notwendigkeit dafür ganz offensichtlich gegeben; weder im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich ist von stabilen Verhältnissen auszugehen.

Die Substitutionsbehandlung hat den Patienten deutlich stabilisiert. Nach einigen Alkoholauffälligkeiten, die in der Schwerpunktpraxis mit einer täglichen Atemalkoholkontrolle überprüft werden, hat K. es geschafft, weitgehend beikonsumfrei zu leben. Es ist gelungen, ihn in eine geregelte psychosoziale Begleitung in der Suchtberatungsstelle einzubinden; er nimmt dort wöchentlich Gespräche mit S. wahr. Die erfolgreiche Regelung der chaotischen Lebensumstände mit Hilfe der Suchtberatungsstelle wäh-

rend der stationären Behandlungszeit motiviert den Patienten, den Kontakt zum Drogenberater nicht abreißen zu lassen.

Nach etwa einem halben Jahr relativ stabiler Substitution mit regelmäßigen Begleitgesprächen in der Suchtberatungsstelle und der Schwerpunktpraxis erhält der Patient das Angebot, bei einer Messebaufirma zunächst für drei Monate angestellt zu werden. Sowohl der substituierende Arzt wie der Drogenberater sind skeptisch, ob die zum Teil länger dauernde Abwesenheit vom Behandlungsort mit der gerade erst stabil laufenden Behandlung vereinbar ist. Der Patient fühlt sich allerdings stabil und will die Chance unbedingt nutzen, nach langer Arbeitslosigkeit endlich wieder einen Job zu haben. Der substituierende Arzt ist nicht bereit, das Substitutionsmittel für eine ganze Woche mitzugeben. Mit erheblichem Aufwand gelingt es der Suchtberatungsstelle, am Ort des ersten Arbeitseinsatzes eine Substitutionsausgabe durch eine dortige Praxis zu organisieren. Bereits in der zweiten Woche an einem anderen Einsatzort ist das aber nicht mehr möglich. Der Patient will diesen Job allerdings unbedingt behalten und reist daher ohne Medikation ab. Über alte Kontakte hat er sich Medikamente besorgt, mit denen er die zu erwartenden Entzugserscheinungen im Griff behalten will. Durch die arbeitsbedingten Abwesenheitszeiten von K. sind nun auch persönliche Gespräche mit Sozialarbeiter S. nicht mehr möglich. Der Arzt erklärt die Substitutionsbehandlung für beendet. Der Kontakt zur Beratungsstelle bricht nach einigen telefonischen Gesprächen etwa sechs Wochen später ab.

Rehabilitationsvermittlung – Beantragung und Durchsetzung von Leistungsansprüchen, Vorbereitung und Begleitung einer Suchttherapie

In nur wenigen Fällen gelingt es, suchtmittelabhängige Menschen zu einem Veränderungsprozess zu motivieren, der unmittelbar und gradlinig zu einer dauerhaften Stabilisierung führt. Wie im beschriebenen Fall von Mario K. wird deutlich, dass der Ausstieg aus dem Suchtmittelkonsum häufig herausfordernde Entscheidungen mit sich bringt und für die Klienten ein sehr ambivalent erlebter Vorgang ist.

Etwa neun Monate später meldet sich K. wieder bei der Suchtberatungsstelle. S. erfährt, dass K. sich erneut beim substituierenden Arzt gemeldet hat, um dort wieder in die Substitution einzusteigen. Aufgrund der desolaten sozialen Situation besteht der Arzt auf eine Abklärung des psychosozialen Hilfebedarfs durch die Suchtberatungsstelle. K. hat inzwischen seine Wohnung verloren und lebt vorübergehend bei einem Freund. Wenige Wochen nach Beendigung der Substitution habe er wieder Heroin konsumiert, zwischendurch behelfe er sich mit Substitutionsmitteln, die er auf dem Schwarzmarkt erwirbt. Er vermutet, dass er inzwischen zur Fahndung ausgeschrieben ist, weil er sich auch seit etwa sechs Monaten nicht mehr bei der Strafvollstreckungskammer gemeldet hat. Ein erstes vereinbartes Gespräch kommt zustande und durch einen Anruf bei der Strafvollstreckungskammer erfährt S., dass K. zur Fahndung ausgeschrieben ist und auch neue Beschuldigungen wegen Drogenerwerbs gegen ihn vorliegen, eine Anklage werde vorbereitet. Mit dem Einverständnis von K. verhandelt S. mit der Strafvollstreckungsabteilung der Staatsanwaltschaft, unter welchen Bedingungen K. vorübergehend von der Haft verschont werden kann. Aufgrund der neuerlich vorliegenden Drogendelikte ist die Strafvollstreckungsabteilung nicht bereit, K. weitere Haftverschonung zu gewähren. In einem weiteren Gespräch verdeutlicht S. seinem Klienten, dass er nun sicher mit einer Inhaftierung zu rechnen hat. Eine einzige Möglichkeit bleibe noch, die Beantragung einer stationären Drogentherapie und damit verbunden die Zurückstellung der Strafen gemäß § 35 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG, „Therapie statt Strafe“). Falls K. diesen Weg gehen wolle, besteht die Möglichkeit, erneut mit der Strafvollstreckungskammer zu reden und einen Aufschub des Haftantritts zu erwirken, bis die Therapievermittlung möglich ist. Aufgrund der desolaten Situation und der geradezu panischen Angst vor einer Inhaftierung willigt K. in diesen Vorschlag ein, obwohl er offen zugibt, sich nicht vorstellen zu können, ohne Drogen leben zu können.

Für die Arbeit mit Drogenabhängigen hat der Gesetzgeber besondere rechtliche Ausnahmen zugelassen: Zum einen genießen Mitarbeiter von Suchtberatungsstellen in so genannten „Betäubungsmittelangelegenheiten“ ein Zeugnisverweigerungsrecht nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) entsprechend Ärzten, Geistlichen und Anwälten. Nur so war es S. möglich, mit der Strafvollstreckungskammer über den zur Fahndung ausgeschrieben K. zu verhandeln. Eine weitere Besonderheit bezieht sich zum anderen auf die Möglichkeit der Zurückstellung von Freiheitsstrafen nach § 35 des BtMG. Hier trägt der Gesetzgeber der Tatsache Rechnung, dass Straftaten

aufgrund einer Abhängigkeit begangen werden und somit der Behandlung der Suchterkrankung Vorrang vor der Strafvollstreckung gewährt wird. Bei erfolgreicher Beendigung der Behandlung kann die noch zu verbüßende Freiheitsstrafe nach § 36 BtMG zur Bewährung ausgesetzt werden, die Therapiezeit kann auf die Verbüßung der Freiheitsstrafe angerechnet werden.

S. stellt für K. einen Antrag auf eine stationäre Drogentherapie (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, SGB VI). In der Zeit seiner Erwerbstätigkeit im letzten Jahr hat K. wieder Ansprüche auf Leistungen nach dem SGB VI erworben. Ergänzend dazu organisiert der Sozialarbeiter das ärztliche Gutachten zu diesem Antrag über die Substitutionspraxis. Er selbst muss ein psychosoziales Gutachten, den so genannten Sozialbericht, erstellen. Dieser ist zusammen mit dem ärztlichen Gutachten Grundlage für die Entscheidung über eine Kostengewährung und dient gleichzeitig der Information der Behandlungsstelle über Behandlungsziele, Behandlungsindikationen und weitere Maßnahmen. Mit Vorlage des Therapieantrages gewährt die Strafvollstreckungsabteilung K. acht Wochen Aufschub bis zum Antritt seiner Freiheitsstrafe. Sobald eine Kostenzusage vorliegt, kann er den Antrag nach § 35 BtMG auf Zurückstellung der Freiheitsstrafe stellen. In der Zwischenzeit wird er von der Substitutionspraxis erneut substituiert. Tatsächlich gelingt es, K. soweit zu stabilisieren, dass er die notwendigen Schritte zur Therapievorbereitung, zu denen auch eine Bewerbung in einer Fachklinik gehört, vollzieht. Die Kostenzusage erhält K. nach fünf Wochen. Den Antrag auf Zurückstellung der Freiheitsstrafe nach § 35 BtMG stellt der Sozialarbeiter zusammen mit seinem Klienten. Der Aufnahmetermin wird drei Wochen später festgesetzt. Parallel dazu organisiert S. den notwendigen Drogenentzug in einer Einrichtung des qualifizierten Entzugs. Jetzt geht es darum, tatsächlich auch das Substitutionsmittel zu entziehen, wovor K. starke Ängste hat. Tatsächlich dauert der Entzug letztlich vier Wochen, so dass der Aufnahmetermin noch einmal verschoben wird. 15 Monate nach dem ersten Kontakt begleitet S. Mario K. zur Aufnahme in die stationäre Drogenrehabilitationseinrichtung.

In den folgenden Kapiteln werden die Handlungsansätze der Sozialarbeit in der Suchthilfe institutions- oder handlungsfeldbezogen differenziert dargestellt. Die Autorinnen und Autoren sind spezialisierte ExpertInnen für Ihre Bereiche; jedoch wird immer auch deutlich, was das spezifisch

„sozialarbeiterische“ ihrer Tätigkeit ist, die sie häufig in multiprofessionellen Teams erbringen.

Literatur:

Bundesgerichtshof, 18. Juni 1968 - 3 RK 63/66 - USK 6845

BUB-Richtlinien nach § 135 Abs. 1 SGB V des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 10.12.1999, zuletzt geändert am 18.03.2010

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Jahrbuch Sucht 2011

John, U./Hanke, M.: Alcohol-Attributable Mortality in a high per capita consumption country – Germany. In: Alcohol and Alcoholism, 37/2002. S. 581–585

Klein, M.: Praxisfeld Suchthilfe [The practice of addiction treatment]. In: Badry, E., Buchka, M. & Knapp, R. (Hrsg.). Pädagogik. Grundlagen und Arbeitsfelder. Neuwied 1999.

Konnopka, A./König, H.H.: Direkte und indirekte Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland. Pharmacoeconomics German Research Articles, 2007, 5(1), 41–56

Steppan, M./Künzel, J./Pfeiffer-Gerschel, T.: Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2009, Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS), München 2010

Wienberg, G. (Hg.): Die vergessene Mehrheit – zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen, Bonn 1992

Rumpf, H.-J./Hapke, U./John, U.: Spezifika des Settings im Allgemein Krankenhaus und ihre Bedeutung für die Vernetzung von Suchthilfen. In: JOHN, U., DHS (Hg.): Regionale Suchtkrankenversorgung – Konzepte und Kooperationen, Lambertus, Freiburg i.Br. 1997