

Suchtkonzept

Zieloffene Suchtarbeit in der Wohnungslosenhilfe

Gliederung:

1. Vorwort
2. Ethisches Grundverständnis und Suchtverständnis
3. Zieloffene Suchtarbeit
4. Ausgangssituation, rechtlicher Rahmen
5. Prävalenz von Suchterkrankungen und Komorbidität in der Wohnungslosenhilfe
6. Verhältnis zur Suchthilfe und Sozialpsychiatrie
7. Personenkreis
8. Ziele
9. Maßnahmen und Methoden
10. Personal
11. Evaluation und Qualitätssicherung

1. Vorwort:

Um Missverständnissen gleich zu Beginn des Konzepts vorzubeugen: *Zieloffene Suchtarbeit* (ZOS) meint keinesfalls eine Haltung der Einrichtungen, die sich mit „laissez – faire“ beschreiben ließe. Im Gegensatz zur niederschweligen Suchtarbeit, die häufig mit der Wohnungslosenhilfe impliziert wird, möchte ZOS bewusst am Suchtmittelkonsum der Klientel arbeiten.

Zieloffene Suchtarbeit in der Wohnungslosenhilfe heißt jedoch auch nicht, dass ab sofort die Suchtproblematik, bzw. die Komorbidität der Betroffenen, Zentrum und Ausgangspunkt der Hilfe sein soll. Zieloffene Suchtarbeit ist ein fachlicher Ansatz im Hilfekonstrukt, der zur Milderung oder Überwindung von besonderen sozialen Schwierigkeiten beitragen soll.

Besondere soziale Schwierigkeiten entstehen in der Regel durch multiple und sich gegenseitig beeinflussende oder verstärkende Wirkfaktoren. Ein besonders gewichtiger und negativer Wirkfaktor ist dabei der sozial, psychisch, kognitiv und physisch schädigende Gebrauch von Suchtmitteln.

Wenn Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe Menschen bei der Milderung oder Überwindung von besonderen sozialen Schwierigkeiten wirkungsvoll unterstützen wollen, müssen sie fachliche Antworten und Konzepte vorlegen, die allen Wirkfaktoren angemessen begegnen.

Neueste Untersuchungen belegen, dass auch bei den Klienten der Wohnungslosenhilfe ein Veränderungswunsch in ihrem Suchtmittelkonsum besteht. Deshalb halten wir es für dringend geboten hier Hilfestellungen zu geben. Mit der Zieloffenen Suchtarbeit steht uns ein Ansatz zur Verfügung, den wir gerade in der Arbeit mit unserer Klientel für gewinnbringend halten.

Zieloffene Suchtarbeit ist ein fortwährender Prozess in der Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht. Ab 2019 haben der Caritasverband Stuttgart e.V. und die Evangelischen Wohnheime Stuttgart e.V., begleitet durch das Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung Nürnberg, Zieloffene Suchtarbeit flächendeckend in den jeweiligen Einrichtungen und Angeboten eingeführt.

Mit der Einführung kommen wir dem erklärten Ziel der Sozialverwaltung der Landeshauptstadt Stuttgart, dass alle Dienste der Wohnungslosenhilfe Zieloffene Suchtarbeit anbieten, deutlich näher.

Auf der Grundlage des laufenden Implementierungsprozesses entwickelten wir das vorliegende Konzept der Zieloffenen Suchtarbeit in der Wohnungslosenhilfe.

2. Ethisches Grundverständnis und Suchtverständnis

Zieloffene Suchtarbeit hat aus unserer Sicht zwei wesentliche Bausteine. Diese Bausteine sind erstens die *innere Haltung* und zweitens *das fachliche und methodische Rüstzeug*. Die innere Haltung speist sich aus einem ethischen Grundverständnis, das sich am christlich-humanistischen Menschenbild orientiert, und einem veränderten Suchtverständnis. Unser Handeln für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten orientiert sich dabei an den Werten des Grundgesetzes und ist geleitet vom Bild des Menschen als einem einmaligen, von Gott geliebten und gewollten Menschen. Das Wohlergehen der von uns betreuten Menschen ist uns wichtig. Wir sehen uns hier in einer sozial-anwaltschaftlichen Verantwortung. Darunter verstehen wir das bewusst politisch begründete und praktizierte Handeln im Sinn der offensiven Einmischung.

Die persönliche Autonomie jedes Menschen ist uns ein hohes Gut und wir gehen davon aus, dass jeder Mensch Veränderungspotentiale in sich trägt. Suchtkranke tragen gute Gründe für eine Änderung in sich, auch wenn ihr Konsumverhalten dem zu widersprechen scheint.

Jeder Suchtmittelkonsum – so destruktiv er von außen aussehen mag – hat für die Betroffenen auch positive Seiten. Diese positiven Seiten sind eine wichtige Krücke. Sie aufzugeben, bedeutet für Betroffene ein Risiko.

Wir haben Achtung vor den von uns betreuten Menschen, begegnen diesen mit Respekt und sehen sie als Experten ihres eigenen Handelns an.

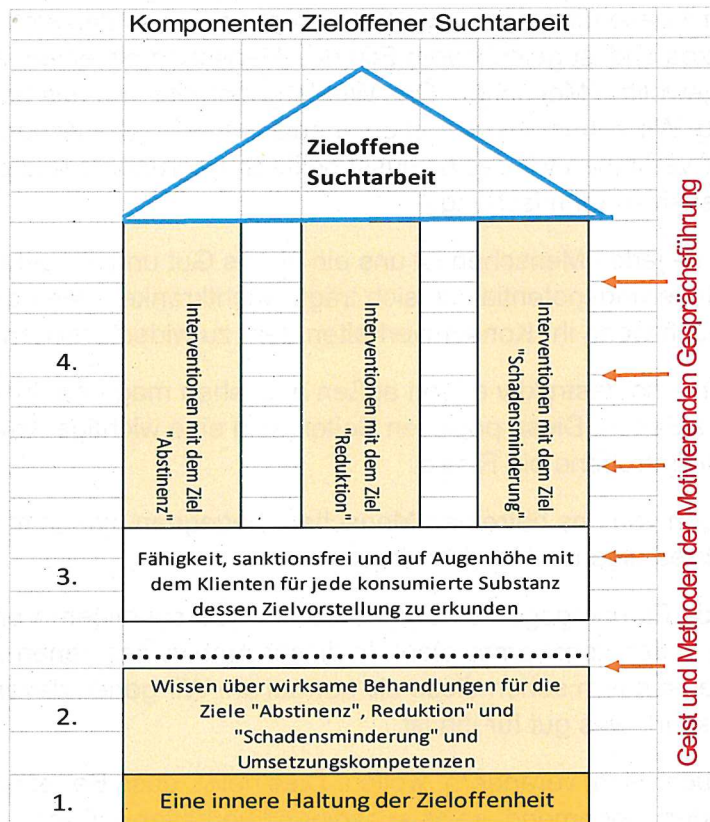
Da es jeweils gute Gründe für und gegen eine Veränderung von süchtigem Verhalten gibt, sind süchtige Menschen in der Regel ambivalent. In dieser Ambivalenz sehen wir keinen Ausdruck von Pathologie, sondern sehen diese als normal an. Wir gehen davon aus, dass jeder Mensch weiß und spürt, was gut für ihn ist.

Menschen dürfen sich auch „nicht verändern“ wollen. Dies heißt, dass Betroffene sich unter Umständen, dauerhaft oder zunehmend, selbstschädigend verhalten „dürfen“. Hier endet dann gegebenenfalls auch der Hilfe- und Betreuungsauftrag des Trägers.

3. Zieloffene Suchtarbeit

„Zieloffene Suchtarbeit bedeutet, mit Menschen an einer Veränderung ihres problematischen Suchtmittelkonsums zu arbeiten, und zwar auf das Ziel hin, das sie sich selbst setzen.“

Prof. Dr. Joachim Körkel, Suchttherapie 2014; S. 165-17



Quelle: Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung Nürnberg

Die Grafik erläutert die Komponenten der Zieloffenen Suchtarbeit. Zu diesen gehören die innere Haltung der Zieloffenen Suchtarbeit, Wissen über wirksame und zielbezogene Behandlungen sowie Kompetenzen bei der Zielerkundung und der Umsetzung der notwendigen Interventionen.

Wir sehen es als verpflichtend an, die zur Umsetzung notwendigen Strukturen, Prozesse und Methoden nachhaltig, im Sinne von zukünftigen fachlichen Standards, zu implementieren, konzeptionell zu verankern und auch in der Öffentlichkeit dafür zu werben.

4. Ausgangssituation, rechtlicher Rahmen

Die Angebote der Wohnungslosenhilfe der Evangelischen Wohnheime Stuttgart e.V. und des Caritasverbandes für Stuttgart e. V. halten rund 1000 unterschiedlich intensiv betreute Wohnplätze vor. Weitere rund 1200 Kontakte bestehen jährlich über die Fachberatungen. Im Rahmen der Tagesstätten werden durchschnittlich pro Tag ca. 100 bis 120 Personen erreicht.

Bei den Evangelischen Wohnheimen Stuttgart e.V. haben die Einrichtungen Hans-Sachs-Haus und Käthe-Luther-Haus Zieloffene Suchtarbeit implementiert.

Im Hans-Sachs-Haus leben ca. 80 Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten in den Hilfeformen „Betreutes Wohnen“ und „Teilstationäres Wohnen“. Die Menschen wohnen in Einzelzimmern, die sich auf 5 Stockwerke, mit einzelnen abgetrennten Stockwerksabschnitten verteilen. Hinzu kommt das Aufnahmehaus mit 17 Plätzen, aufgeteilt in 6 Wohngruppen mit jeweils 3, bzw. 2 Einzelzimmern. Außerdem gehören zwei dezentrale Gebäude im Stadtgebiet mit zusammen nochmals 12 Plätzen zur Einrichtung.

Die räumliche Nähe der Kerneinrichtung zu Szenetreffpunkten (Marienplatz, Paulinenbrücke) stellt eine besondere Herausforderung dar.

Das Käthe-Luther-Haus (KLH) ist ein intensiv betreutes Wohnprojekt nach §§67ff SGB XII und Teil der Wohnanlage Heslach. Hierzu zählt ebenso die Wohn- und Betreuungsform nach §16a SGB II sowie das Diefenbachhaus mit günstigem Wohnraum für alleinstehende Frauen und zwei Familienwohnhäuser, die über den Stuttgarter Wohnberechtigungsschein belegt werden. Teilweise wohnen in diesem Individualwohnraum Frauen, die im Rahmen einer ambulanten Betreuung bzw. Begleitung nach §§67ff SGB XII unterstützt werden.

Im KLH wohnen aktuell 30 Frauen. Hinzu kommen jeweils zehn Plätze für ambulant betreutes und begleitetes Wohnen im Individualwohnraum.

Im Bereich des §16a SGB II leben 16 Frauen, die sozialarbeiterisch unterstützt werden. Die Kolleginnen sind parallel zuständig für das Wohnprojekt Unterer Dornbusch, in dem neun Alleinerziehende mit ihren Familien ebenfalls nach §16a SGB II ambulant betreut werden.

Suchthilfemaßnahmen sind nicht originäre Bestandteile der Hilfen für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten (Subsidiarität). Einzelne Leistungen, zum Beispiel der Leistungstyp III.2.2 des Landesrahmenvertrages und Formulierungen in der VO zu §§ 67 ff SGB XII, deuten aber an, dass es Schnittstellen gibt, auch wenn andere Hilfeformen nicht explizit genannt sind. So wird in § 1 der VO von ausgrenzenden Verhaltensweisen der Hilfesuchenden gesprochen, die es abzuwenden gilt. Da ein missbräuchlicher Suchtmittelkonsum der BewohnerInnen häufig im öffentlichen Raum geschieht, *muss* hier von selbstausgrenzenden Verhaltensweisen gesprochen werden. Nach § 6 VO sollen außerdem Maßnahmen erbracht werden, die eine gesundheitsbewusste Lebensweise fördern.

5. Prävalenz von Suchterkrankungen und Komorbidität in der Wohnungslosenhilfe

Suchterkrankungen sind häufig nicht gelungene Anpassungsversuche, sich mit prekären und deprimierenden Lebensverhältnissen zu arrangieren.

Zahlreiche Forschungsergebnisse zeigen, dass Wohnungslosigkeit einen erheblichen Risikofaktor darstellt, missbräuchlichen Substanzkonsum zu betreiben oder suchtkrank zu werden – dies gilt auch umgekehrt. Umso länger die Wohnungslosigkeit besteht, desto höher ist das Risiko der Chronifizierung der Suchterkrankung.

Sucht und Wohnungslosigkeit gehen einher mit Arbeitslosigkeit und anderen sozialen Benachteiligungen. Suchtprobleme können deshalb Teil (Ursache oder Folge) der besonderen sozialen Schwierigkeiten sein und erschweren deren Bewältigung, bzw. führen immer wieder zu Rückschritten und Rückschlägen. Der Soziologe Roland Lutz beschreibt dies zusammenfassend als einen Zustand der sozialen Erschöpfung, der sich durch Ausprägung einer Vielzahl von Verhaltensauffälligkeiten und Erkrankungen, unter anderem von Suchterkrankungen, zeigt.

Verschiedene wissenschaftliche Studien der vergangenen Jahre weisen auf einen deutlichen Zusammenhang zwischen Wohnungslosigkeit und Suchterkrankung hin: In einer Studie von Salize (et al.) zu von Wohnungslosigkeit bedrohten Personen aus dem Jahr 2006 wiesen 55,5 Prozent der Befragten eine Substanzabhängigkeit in Verbindung mit weiteren psychischen Störungen auf. Die 2017 veröffentlichte Seewolfstudie zur psychischen Gesundheit wohnungsloser Menschen zeigte sogar eine Lebenszeitprävalenz von durchschnittlich 73,5 Prozent auf, eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln.

Sowohl diese Untersuchungsergebnisse als auch unsere alltäglichen Erfahrungen in der Arbeit mit den Klient*innen zeigen uns, dass es einen komplexen Wirkzusammenhang von psychischen Erkrankungen, Suchterkrankungen und Wohnungslosigkeit gibt.

Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe müssen, im Rahmen der ihnen subsidiär zustehenden Möglichkeiten, diesem Wirkzusammenhang konzeptionell begegnen. Die Arbeit am Suchtmittelkonsum muss als integrale Aufgabe der eigenen Arbeit verstanden werden. Dazu ist es notwendig, sich Suchtberatungskompetenzen anzueignen. Die vorliegende Konzeption setzt dies um.

6. Verhältnis zur Suchthilfe und Sozialpsychiatrie

Viele Menschen, die verschiedene Unterstützungsangebote der Evangelischen Wohnheime Stuttgart e.V. und im Caritasverband für Stuttgart e.V. annehmen, haben bereits verschiedene Angebote der Suchtkrankenhilfe ohne nachhaltigen und dauerhaften Erfolg durchlaufen. Sie gelten oft als austherapiert oder Drehtürpatienten. Die meisten sind nicht abstinenzfähig. Suchthilfemaßnahmen verkürzen sich häufig auf sozialpädagogische oder medizinische Kriseninterventionen. Eine größere Zahl der Bewohner befindet sich dauerhaft in Substitutionsbehandlungen.

Die meisten Bewohner lassen sich nicht einfach und unmittelbar an Beratungsangebote der Suchthilfeträger oder Selbsthilfeangebote „andocken“. Dies liegt unter anderem daran, dass sie damit Erfahrungen des Scheiterns verbinden, teilweise jedoch auch, weil die verbalen oder kognitiven Anforderungen von Beratungsangeboten als überfordernd erlebt werden oder weil die formellen und strukturellen Hürden für sie zu hoch sind.

Auch psychische Erkrankungen treten bei den benannten Personengruppen überproportional häufig auf, oft in Form von Komorbidität. Die wirkungsvolle Beratung, Betreuung und medizinische Behandlung im Rahmen der sozialpsychiatrischen und medizinischen Hilfeangebote setzt Krankheitseinsicht und Compliance voraus. Diese Grundvoraussetzungen sind bei den Betroffenen oft nicht ausreichend vorhanden. Zudem gibt es zu wenig adäquate Beratungs- und Behandlungsangebote, die auf eine ganzheitliche und engmaschig vernetzte Behandlung ausgerichtet sind.

Dennoch stehen Suchthilfen und sozialpsychiatrische Hilfen als vorrangige Angebote unseren Bewohnern zur Verfügung. Daher streben wir eine enge Kooperation mit diesen Hilfen an. Durch spezifische Wohn- und Beratungsangebote unterstützen und ergänzen wir die Angebote der Suchthilfe und wirken auf deren Inanspruchnahme hin.

7. Personenkreis

Mit der vorliegenden Suchtkonzeption sind in besonderer Weise BewohnerInnen angesprochen, bei denen ein ursächlicher oder Folgezusammenhang von besonderen sozialen Schwierigkeiten, Suchterkrankungen, Doppeldiagnosen oder Komorbidität besteht. Im Hans-Sachs-Haus handelt es sich häufig um Multisubstanzkonsumenten.

Der Personenkreis lässt sich durch folgende Beschreibungen näher eingrenzen:

- Bei den Personen liegen besondere soziale Schwierigkeiten gem. §§ 67 ff SGB XII vor.
- Die Betroffenen sind durch den Suchtmittelkonsum oft psychisch, sozial oder somatisch gezeichnet und bei der Erreichung der Ziele des §§ 67 ff SGB XII deutlich gehandicapt.
- Abstinenzorientierte Behandlungs- und Beratungsangebote wurden durchlaufen, ohne eine abstinente Lebensweise zu erreichen. Betroffene wollen, aufgrund dieser negativen Erfahrungen, Angebote der Suchtkrankenhilfe nicht annehmen. Die Betroffenen möchten aber, zumindest in bestimmten Phasen, etwas an ihrem Suchtmittelkonsum verändern.
- Der Suchtmittelmissbrauch hat ein stark selbstschädigendes Ausmaß angenommen.
- Betroffene entwickeln durch den Konsum sozial selbstausgrenzende und stigmatisierte Verhaltensweisen (Hygienedefizite, soziale Anpassungsschwierigkeiten, soziale Kontakte vorwiegend im Suchtmilieu). Eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ist damit zusätzlich eingeschränkt oder ausgeschlossen.
- Wohnfähigkeit oder Arbeitsfähigkeit sind aufgrund des Suchtmittelkonsums in weite Ferne gerückt und es besteht die Gefahr, dass Menschen im Hilfesystem dauerhaft verbleiben oder sozial verelenden.

8. Ziele

Das wesentliche Ziel der vorliegenden Konzeption ist es, die Haltung, Grundlagen, Methoden und Maßnahmen der Zieloffenen Suchtarbeit in der Einrichtung und deren bisheriger Arbeitsweise zu implementieren.

Zieloffen bedeutet, mit Menschen (Bewohnern) an einer Veränderung ihres problematischen Suchtmittelkonsums zu arbeiten, und zwar auf das Ziel hin, das sie sich selbst setzen.

Dadurch wird die Erreichung der Ziele der §§ 67 ff. SGB XII wirkungsvoll unterstützt, indem

- Veränderungsprozesse bei Betroffenen initiiert werden,
- sich die Eingliederungsperspektiven der Betroffenen in anderen Hilfebereichen verbessern,
- die Gesundheit und ein gesundheitsbewussterer Lebensstil gefördert werden,
- die Handlungs- und Selbsthilfekompetenz erhöht werden,
- ausgrenzende Verhaltensweisen reduziert werden.

Dazu sollen

- alle Arbeits- und Handlungsabläufe der Einrichtung einbezogen werden,
- die MitarbeiterInnen zur umfassenden Umsetzung des Konzepts befähigt werden,
- Stakeholder, Auftraggeber und Kooperationspartner mit einbezogen werden.

Besonders wichtig für die Umsetzung dieses innovativen Konzepts ist die zieloffene Grundhaltung aller Mitarbeitenden und die fachliche Kompetenz der Mitarbeitenden in Bezug auf alle Zielbereiche.

Die Zieloffene Suchtarbeit beschreibt, in Bezug auf den Suchtmittelkonsum, drei wesentliche Ziele und dazugehörige Interventionen:

- Schadensminderung,
- Reduzierung,
- Abstinenz.

Schadensminderung bedeutet, durch bedarfsgerechte Interventionen die psychischen, sozialen und somatischen Folgen des Suchtmittelkonsums zu reduzieren. Bei dieser Zielformulierung handelt es sich um das niederschwelligste Ziel. Die Interventionen sind im Wesentlichen auf weniger schädliche Konsummuster ausgerichtet.

Reduzierung heißt, die konsumierte Suchtmittelmenge zu verringern.

Abstinenz meint einen völligen und dauerhaften Verzicht auf das oder die vorher konsumierten Suchtmittel.

9. Maßnahmen und Methoden

9.1 Grundhaltung in der Zieloffenen Suchtarbeit

Die innere Haltung der Zieloffenheit der Mitarbeitenden in der Zieloffenen Suchtarbeit ist die Basis aller Maßnahmen und Methoden. Jeder an einer Suchterkrankung leidende wohnungslose Mensch hat, aus seiner Warte betrachtet, gute Gründe für sein Konsumverhalten. Dennoch möchten wir an einer Veränderung des Suchtmittelkonsums, entsprechend der dargestellten Ziele, mit den Betroffenen arbeiten, indem wir *aktiv und kontinuierlich* Veränderungsbereitschaft fördern und sie bei der Suche nach Veränderungsstrategien begleiten.

9.2 Prinzipien

Wesentliche Handlungs- und Beratungsprinzipien der Zieloffenen Suchtarbeit finden sich z. B. im Beratungskonzept der Motivierenden Gesprächsführung.

- Einführendes Verständnis in der Beratung zeigen
- Den Bewohnern Diskrepanzen bewusst machen (z.B. zwischen geäußerten Wünschen oder Zielen und dem tatsächlichen Verhalten)
- Vermeidung von Beweisführung und vorwurfsvoller Konfrontation
- Den Widerstand aufnehmen, nicht dagegen angehen
- Selbstwirksamkeitsprozesse/Selbstwirksamkeitserwartung fördern

9.3 Beharrlichkeit und Nachhaltigkeit

Zieloffene Suchtarbeit ist ein auf Beharrlichkeit und Nachhaltigkeit ausgerichteter Prozess. Dies setzt voraus, dass alle Mitarbeitenden den Geist der Zieloffenen Suchtarbeit bei der Unterstützung wohnungsloser Menschen verinnerlichen. Punktuelle, intuitive oder spontane Interventionen oder Beratungsimpulse sind wenig zielführend.

Nachhaltigkeit bedeutet jedoch auch, dass die Einrichtung bemüht ist, state-of-the-art-Wissen für alle drei Ziele zu erlangen und beizubehalten. Damit verbunden sind ein

regelmäßiger Austausch auf fachlicher Ebene, der Besuch von Fortbildungen, die regelmäßige Qualifizierung der Mitarbeitenden und die Nutzung einer, während des Implementierungsprozesses eingerichteten Wissens-, Übungs- und Vertiefungsplattform.

9.4 Klare Regeln festlegen

Dies bezieht sich insbesondere auf die Verhaltens- und Konsumregeln, die eine Einrichtung aufstellt. Diese Regeln finden ihren Niederschlag in vertraglichen Regelungen, Hausordnungen etc. Die Regeln müssen klar und verständlich kommuniziert werden (Gespräche, Aushänge) und verbindlich sein.

Konsumrelevante Fragen, auch in Bezug auf illegalen Substanzkonsum, müssen klar geregelt sein und alle Mitarbeiter müssen „dahinterstehen“ und diese mittragen.

Beispiele für den Regelungsbedarf sind folgende Fragestellungen: Wie geht die Einrichtung mit illegalen Suchtmitteln im Haus um? Wie wird zwischen Besitz, Konsum und Handel unterschieden?

Projektskizze zur Hausordnung

9.5 Schutzraum bieten.

Die Ziele in Bezug auf den Suchtmittelkonsum sollen auch strukturell bzw. räumlich durch die Einrichtung unterstützt werden.

Die Einrichtung soll zunächst für alle Bewohner einen Schutz- und Rückzugsort bieten. Dieser Schutzraum bezieht sich zum einen auf milieubezogene Risiko- und Verführungssituationen. Der Besitz und der Handel mit Substanzen soll im Haus so weit als möglich unterbunden werden. Besucher werden aktiv angesprochen, wenn ein Verdacht besteht. Sollten Verstöße gegen die Hausordnung festgestellt werden, wird die Hausordnung durchgesetzt.

Darüber hinaus wird im Hans-Sachs-Haus durch eine räumliche Abtrennung des Wohnbereichs, in dem Bewohner auf Substanzkonsum verzichten, ein weiterer Schutzraum geschaffen („Trockener Bereich“ = TroBe). Diese räumliche Abtrennung dient der Rückfallprävention der abstinent lebenden Bewohner.

9.6 Kein doppeltes Mandat

Ein offenes, auf Freiwilligkeit und Augenhöhe basierendes Beratungssetting ist eine wesentliche Voraussetzung für Zieloffene Suchtarbeit.

Die gewünschte Offenheit eines Bewohners, über sein Konsumverhalten ehrlich zu sprechen, kann deshalb nicht zu Sanktionen im Rahmen der Zieloffenen Suchtarbeit führen, wobei für ZOS im Hans-Sachs-Haus folgende Bedingungen erfüllt sein müssen:

Bewohner, die unter dem Einfluss von illegalen Substanzen stehen, verhalten sich nicht fremd- oder selbstgefährdend.

Bewohner treten nicht durch rauschhafte Zustände in Erscheinung.

Der Besitz von illegalen Substanzen dient lediglich zum Eigengebrauch.

Bewohner tragen dafür Sorge, dass ihre Gäste nicht mit Alkohol oder illegalen Substanzen das Haus betreten und im Haus nicht mit diesen Substanzen Handel betreiben.

Es ist für den Hilfeprozess ungünstig, wenn Beratung und Sanktionen, ggf. aufgrund von konsumbedingten Verstößen, von derselben pädagogischen Fachkraft umgesetzt werden, weil dadurch eine offene Beratungsatmosphäre beeinträchtigt wird. Sollten aufgrund von Fehlverhalten Sanktionen erfolgen, werden diese immer von der Einrichtungsleitung verhängt.

9.7 Suchtkundes Schulungen

Ein wichtiger Bestandteil der Zieloffenen Suchtarbeit ist die Vermittlung von Basiswissen über psychotrope Substanzen und andere Suchtmittel. Die pädagogischen Mitarbeiter werden deshalb gezielt im Bereich der Suchtkunde geschult. Bestandteile dieser Schulung sind

- Übersicht über verschiedene Substanzen, insbesondere Alkohol, Drogen und Medikamente
- Wirkungsweisen und Wechselwirkungen

Da sich der Implementierungsprozess Zieloffener Suchtarbeit an alle Mitarbeitenden richtet und von allen mitgetragen werden muss, sind auch spezifische Basisschulungen für hauswirtschaftliche und technische Mitarbeiter vorgesehen.

Die Schulungsinhalte werden als Module in Gruppenarbeit erarbeitet und vorgestellt .

9.8 Beratungskompetenz (Motivierende Gesprächsführung, Systemische Beratung)

Motivierende Gesprächsführung

Motivierende Gesprächsführung (MI= Motivational Interviewing) ist ein von den Psychologen Stephen Rollnick und William R. Miller entwickeltes, anerkanntes Beratungskonzept, das unter anderem bei der Beratung und Behandlung von suchterkrankten Personen eingesetzt wird. MI integriert Grundsätze der Gesprächspsychotherapie, der Verhaltenstherapie und der Kommunikationspsychologie. Die Mitarbeitenden *müssen* durch MI in Grund- und Aufbaukursen geschult werden, da diese Beratungsform ein integraler Bestandteil der Umsetzung Zieloffener Suchtarbeit ist.

Grundsätzlich sollen durch MI die Veränderungsbereitschaft von suchtkranken Menschen auf ein konkretes Veränderungsziel hin gefördert und Veränderungsschritte geplant werden. Wichtige Bestandteile von MI sind „Change talk“ (über Veränderung sprechen) und „Confidence talk“ (Zuversicht mobilisieren).

Systemische Beratung

Diese Beratungsform kann unseres Erachtens eine sinnvolle Ergänzung zur Motivierenden Gesprächsführung sein, weil hier der Fokus nochmals stärker auf den sozialen Kontext ausgerichtet ist.

Die Systemische Beratung orientiert sich an der systemisch-konstruktivistischen Grundidee der Systemischen Therapie, die als eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren in unterschiedlichen Settings praktiziert wird. Aufgrund ihrer Praxistauglichkeit findet sich systemisch orientierte Beratung heute in vielen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit wieder und ist gekennzeichnet durch ein großes Spektrum von zu bearbeitenden Anliegen, Auftragslagen und Vorgehensweisen.

Vom Ansatz her ist die systemische Beratung ressourcenorientiert, lösungsorientiert und überwiegend prozessorientiert. Sie basiert auf einem kontextuellen Verständnis von

individuellen und zwischenmenschlichen Symptomen, Störungen und Problemen. Der Ausgangspunkt in der systemischen Beratung ist die Beratungsbeziehung, bei der der Klient mit seinen Anliegen im Vordergrund steht. Die Grundhaltung des systemischen Beraters ist geprägt von Respekt, Neugier und Wertschätzung gegenüber den Klienten, ihren Systemen und Lösungsideen.

9.9 Interventionen, Methoden und Rahmenbedingungen

Da der Substanzkonsum bei vielen BewohnerInnen selbstschädigende Ausmaße angenommen hat (dabei ist der Begriff der Selbstschädigung durchaus auch auf soziale Interaktionen auszuweiten), werden die im Folgenden dargestellten Interventionen umgesetzt, um die individuellen Veränderungsziele und Veränderungsprozesse zu fördern.

Veränderungsprozesse verlaufen aus einem Stadium der „Absichtslosigkeit“ bis hin zu konkreten „Handlungsschritten“. Hier sei auf die *Stadien der Veränderung*, die die Psychologen James Prochaska und Carlo DiClemente entwickelt haben, verwiesen.

Unterstützung der Betroffenen bei der Entscheidungsfindung zur Veränderung ihres Suchtverhaltens

- **Informationen geben**

Im Veränderungsprozess gehört es dazu, dass Betroffene Fragen haben. Die Motivierende Gesprächsführung beschreibt hier die Methode des „Elicit1 – Provide – Elicit 2“: Fragen entlocken – Informationen geben – Nachfragen, was der Betroffene mit der Information macht. Die Weitergabe von Informationen ist als interaktiver Prozess angelegt, weshalb von Informationsaustausch und nicht von Informationsweitergabe gesprochen werden sollte.

Der Zweck des Informationsaustausches ist dabei nicht die Information an sich, sondern es sind letztlich die Folgerungen, die der Gesprächspartner daraus zieht (z.B. Verhaltens- oder Einstellungsänderungen).

Dabei gilt: Die beratende Person weiß es nicht besser als die Betroffenen selbst und würdigt deren bisherige Lösungsversuche.

- **Empfehlungen geben**

Die Beratenden können, wenn es im Beratungsprozess sinnvoll erscheint, eigene Überlegungen mit einbringen. Manchmal werden die Beratenden auch direkt auf Ratschläge angesprochen oder darum gebeten.

Die Beratenden holen sich jedoch explizit die Erlaubnis der Betroffenen, Empfehlungen geben zu dürfen und setzen die Betroffenen bei der Erkundung von möglichen Veränderungszielen und bei der Umsetzung von Veränderungsschritten nicht unter Druck.

Es sollten mit den Betroffenen mehrere Möglichkeiten oder Ideen eruiert werden, damit diese eine Wahlmöglichkeit haben, um mit der jeweiligen Situation besser fertig zu werden.

ZOS-begünstigende Rahmenbedingungen

- **Suchtsensible Atmosphäre und aktives Ansprechen der Suchthematik**

Wenn BewohnerInnen der Einrichtung ein riskantes oder missbräuchliches Suchtmittelkonsumverhalten zeigen oder wenn deren Konsumverhalten in anderer Weise auffällig erscheint (z.B. häufige Alkoholfahne, regelmäßiges Einbringen von Alkoholika, veränderte Pupillen, auffällige Blässe, Unruhe, Impulsivität), soll das Konsumverhalten aktiv und kontinuierlich sowohl in den Beratungsgesprächen als auch im Alltag angesprochen und damit eine suchtsensible Atmosphäre in der Einrichtung geschaffen werden, an der alle Berufsgruppen mitwirken. Wichtig ist auch, dass positive Veränderungen wahrgenommen und explizit angesprochen werden.

Die Befürchtung, dass BewohnerInnen gegen diese suchtsensible Atmosphäre automatisch Widerstände entwickeln, sehen wir als unbegründet an. Werden BewohnerInnen aktiv und zugewandt auf ihr Konsumverhalten angesprochen, zeigen sich viele überrascht, dass ihr Konsumverhalten besonders auffällig erscheint.

Form und Kontext der Ansprache sind entscheidend. Wird z.B. Sorge exploriert oder werden offensichtliche Diskrepanzen (z. B. zwischen dem derzeitigen Konsumverhalten und geäußerten Zielen) formuliert, kann dies die Veränderungsbereitschaft fördern. Vorhaltungen, Appelle oder Sanktionen erzeugen eher Widerstände.

- **Einrichtungsbereich Arbeit**

Die in den Wohnbereichen geltenden Regelungen und Interventionen beim Substanzkonsum werden auch in den Arbeits- und Beschäftigungsmaßnahmen umgesetzt.

Konzeptionen der Arbeitsbereiche.

- **Hausordnung**

Angemessene Umsetzung von ZOS in der Hausordnung, wie zum Beispiel Regelungen zum Konsum, Besitz oder Handel mit Alkohol oder anderen Substanzen im Haus, Atemalkoholtests, substanzbezogenen Zimmerkontrollen.

Übergeordnete Interventionen

- **Kartenset**

Das vom Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung entwickelte Kartenset ist ein standardisiertes Instrument, um mit Bewohnern Konsumfaktoren wie Konsumart und -menge und mögliche Veränderungsziele in der Beratung zu erkunden. Das Kartenset dient auch grundsätzlich dazu, aus einem Stadium der „Absichtslosigkeit“, in einen Veränderungsprozess einzusteigen. Alle pädagogischen Mitarbeiter sind bei der Anwendung des Kartensets geschult.

Schulung Kartenset

- **Interventionsplanung**

Die einzelfallbezogenen Interventionen werden nach konsumierten Substanzen, am Verhalten der jeweiligen Person und den individuellen Zielen ausgerichtet und gemeinsam geplant.

Es gibt eine Vielzahl verschiedener Interventionen und Interventionsformen. Diese reichen von Kurzinterventionen bis hin zu stationären Angeboten. Einen Überblick bietet die vom ISS entwickelte Interventionsmatrix. Alle pädagogisch Mitarbeitenden sind mit dieser Interventionsmatrix vertraut. Die Interventionen setzen dabei in Teilen auch spezielle Qualifikationen der Mitarbeitenden voraus.

Interventionsmatrix

Die Interventionen sind schrittweise von wenig zu viel (wenig intensiv bis sehr intensiv) gegliedert. Für das Setting gilt der Grundsatz: „Stepped Care“

Ergänzt werden die Angebote der Einrichtungen durch die Angebotspalette, die es in Stuttgart speziell für die Zielgruppe der Wohnungslosen gibt.

- **Pro-Contra-Matrix**

Ein wichtiger Schritt ist es, den Bewohnern Ambivalenzen in Bezug auf ihr Suchtverhalten aufzuzeigen und diese in Richtung einer Veränderung aufzulösen.

In der Pro-Kontra-Matrix werden Gründe, die für und gegen eine Beibehaltung des aktuellen Konsumverhaltens und Gründe, die für und gegen eine Veränderung sprechen, immer wieder angesprochen und visualisiert.

- **Umgang mit Vorfällen**

Mit „Vorfällen“ ist gemeint, dass BewohnerInnen kurzzeitig von vereinbarten Schritten zur Zielerreichung abkommen können. Wichtig ist es, die Betroffenen zu ermutigen und zu bestärken, vereinbarte Ziele und die Handlungsschritte nicht in Frage zu stellen. Vorfälle sollen nicht dramatisiert, aber auch nicht bagatellisiert werden. Ggf. müssen die Ziele und die Schritte zur Zielerreichung angepasst werden.

Niederschwellige Interventionen und Umsetzungskompetenzen in Bezug auf Schadensminderung

- **Atemalkoholtests.**
Mit den Bewohnern wird vereinbart, dass diese in regelmäßigen Abständen an Atemalkoholkontrollen teilnehmen. Es geht hier in erster Linie darum zu erkunden, welche Alkoholmengen von den Betroffenen tatsächlich konsumiert werden. Eine Veränderung der Konsummenge ist erst in zweiter Linie wichtig. Da wir immer wieder feststellen, dass Betroffene die eigenen Konsummengen falsch einschätzen, bzw. diese bagatellisieren, führen Atemalkoholkontrollen, vor allem bei den Betroffenen, zu mehr Transparenz.
- **Trinktagebuch / Konsumtagebuch**
Erhoben werden über sogenannte „Standardeinheiten“ (eine Standardeinheit hat 20 g reinen Alkohol und entspricht ca. zum Beispiel ½ Liter Bier oder ¼ Liter Wein) die wöchentlichen Konsummengen. Darüber hinaus werden auch psychosoziale Parameter erhoben (Wo, wann und mit wem habe ich konsumiert? Wie habe ich mich dabei gefühlt?).
- **Bewohner sollen auf harte Alkoholika verzichten.**
- **Kein Mischkonsum von verschiedenen Substanzen, wie z.B. Alkohol und Benzodiazepinen und/oder Opiaten.**
- **Bewohner sollen täglich nur die Menge an Alkohol/Substanzen einkaufen, die sie maximal (ggf. nach dem Trinktagebuch) konsumieren möchten.**

- Einweisung in stationäre Entgiftungsbehandlungen im Rahmen von Krisenintervention als Ultima Ratio. Dazu ist es nötig, dass alle Mitarbeitenden über die Zugangswege in das Hilfe- und medizinische Notfallsystem informiert sind.
- Substitution: Eine Substitutionsbehandlung kann ein geeignetes Mittel sein, damit Bewohnern mehr Kontrolle über das eigene Konsumverhalten erlangen.

Interventionen und Handlungskompetenzen in Bezug auf Reduzierung

Für das Ziel der Konsumreduktion können folgende Interventionen benannt werden.

- KT-WALK (Einzelprogramm oder Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken in der Wohnungslosenhilfe, gut einsetzbar), Kontrolliertes Trinken liegt vor, wenn eine Person ihr Trinkverhalten an einem zuvor festgelegten Trinkplan ausrichtet. AK-WALK ist ein standardisiertes Manual, in dem verschiedene thematische Bausteine bearbeitet werden. Bei erfolgreichem Verlauf soll eine dauerhafte Reduzierung der Konsummenge erreicht werden. Einzelne Module können auch als Kurzinterventionen verwendet werden. KT-WALK liegt in der Einrichtung vor.
- EkT - Einzelprogramm Kontrolliertes Trinken, AkT - Gruppenprogramm Kontrolliertes Trinken, KISS („Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“) als Einzel- oder Gruppenprogramme zum kontrollierten Drogenkonsum. Die benannten Programme sind standardisierte Manuale zum kontrollierten Konsum, die durch geschulte Berater durchgeführt und begleitet werden. Sie sind deutlich umfangreicher als KT-WALK und stellen höhere Anforderungen an die Reflexionsfähigkeit der Bewohner. Die Teilnahme an Gruppentrainingsprogrammen fordert darüber hinaus auch die Bereitschaft der Betroffenen, sich gegenüber anderen Bewohnern zu öffnen. Alle benannten Manuale liegen in der Einrichtung vor. Aktuell verfügen zwei Mitarbeitende über entsprechende Schulungen.
- Change Your Smoking: Hier handelt es sich um ein standardisiertes Trainingsmanual zur Veränderung des Nikotinkonsums in Richtung Rauchstopp, Rauchreduktion oder Schadensminderung (Übergang zur E-Zigarette). Einige Mitarbeitende verfügen über Fortbildungen zur Anwendung des Trainingsmanuals.

Interventionen und Handlungskompetenzen in Bezug auf Abstinenz

Abstinenz ist für die von uns betreuten suchtmittelabhängigen Menschen aufgrund ihrer lebenslagebedingten besonderen Vulnerabilität die gesündeste aller Verhaltensweisen. Dennoch gelingt es den Wenigsten, längere Abstinenzphasen zu erreichen oder gar dauerhaft abstinent zu leben. Daher kommt auch dem Umgang mit „Rückfällen/Vorfällen“ eine sehr wichtige Bedeutung zu. Für einen um Abstinenz bemühten Bewohner gehören erfahrungsgemäß Vorfälle und Ausrutscher zum normalen Geschehen und sollten daher nicht dramatisiert werden.

„Abstinenz bedeutet nicht nur die Erlösung von den quälenden Krankheitssymptomen der Sucht, sondern auch den schmerzhaften Verzicht auf eine Substanz, die eine wichtige Rolle bei der Regulierung von Affekten, der Abwehr von Kränkungen und der Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls gespielt hat“ (Wohlfarth 1992). Hier wird sehr gut beschrieben, in welchem Spannungsfeld um Abstinenz bemühte Menschen sich bewegen. Abstinenz ist im Kontext der besonderen sozialen Schwierigkeiten eine große Leistung der Betroffenen. Dies muss immer wieder hervorgehoben und gewürdigt werden.

- Für abstinente Bewohner bietet das Hans-Sachs-Haus eine abgeschlossene Wohngruppe (TroBe). In dieser Wohngruppe soll der Wunsch nach einer dauerhaft abstinenten Lebensweise gefördert, gefestigt und gestärkt werden. Der „TroBe“ ist bewusst als Wohngemeinschaft für aktuell 5 Personen konzipiert, die in einem separaten und abgeschlossenen Bereich zusammenleben. Der Einzug in den TroBe setzt beim Klienten den Wunsch und die Bereitschaft voraus, auf den Konsum von Alkohol und illegalen Suchtmitteln zu verzichten und sich täglichen Atemalkoholkontrollen zu unterziehen. Zudem finden 14tägig mit den zuständigen Mitarbeitern Gruppensitzungen sowie sporadisch Ausflüge statt, deren Teilnahme für die Bewohner vom Grundsatz her verbindlich ist. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit für zusätzliche Einzelgespräche. Rückfälle müssen umgehend gemeldet werden, führen jedoch nicht zwangsläufig zum Verlust des Wohnplatzes. Im ersten Schritt zieht der Bewohner zeitnah vorübergehend in unser ständig bereitgehaltenes Auffangzimmer außerhalb des TroBe, um den Schutzraum für die Mitbewohner zu sichern. Zeitgleich erfolgt mit dem Betroffenen eine engmaschige Aufarbeitung und ggf. die Einleitung einer Entgiftungsbehandlung. Sind die Maßnahmen erfolgreich, kann der Bewohner wieder in den TroBe zurückziehen. Bei Rückfällen erfolgt auch immer eine Aufarbeitung mit der ganzen Gruppe.
- Unterstützung und Vermittlung zur Einleitung von stationären Entwöhnungsbehandlungen/Therapien.

9.10 Team und kollegiale Beratung

Der klienten- und einzelfallbezogene Austausch und Informationsfluss, auch unter unterschiedlichen Berufsgruppen, wird vor allem im Rahmen der täglichen Übergabebesprechungen und der wöchentlichen Teamsitzungen gewährleistet. Einmal monatlich werden in der Teamsitzung ausführliche ZOS-Fallbesprechungen durchgeführt.

Ein spezielles Format für die Durchführung von ZOS-Fallbesprechungen wird vom Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung in Nürnberg gerade entwickelt.

9.11 Kontinuierliche Schulung

MI-Schulungen: Kontinuierliche Schulungen, bzw. Fortbildungen im Bereich der Motivierenden Gesprächsführung geben den Mitarbeitenden das fachlich/methodische Rüstzeug, um die Klienten in einem Veränderungsprozess begleiten und unterstützen zu können. Grundkurse und Aufbaukurse in MI sind deshalb wesentlicher Bestandteil des Gesamtkonzeptes.

KT-Trainerausbildungen: Eine Trainerausbildung im Bereich des Kontrollierten Konsums befähigt Mitarbeitende, komplexere Trainingsmanuale mit Suchtkranken, als Einzel- oder Gruppenangebote, durchzuführen. Dies gilt sowohl für den Alkoholkonsum als auch für den Konsum von illegalen Substanzen. Die KT-Trainerausbildung geht fachlich und vom zeitlichen Umfang her deutlich über MI-Schulungen hinaus. Die Einrichtung stellt sicher, dass einige pädagogische Mitarbeitende über eine KT- Trainerausbildung verfügen, um Maßnahmen im Bereich des kontrollierten Konsums durchführen zu können.

MI-Trainings: Trägerübergreifend werden bestimmte Inhalte und Methoden der Motivierenden Gesprächsführung in einem gesonderten, selbstorganisierten und kontinuierlichen Trainingsprogramm angeboten. Dies soll dazu dienen, Inhalte dieser Gesprächsführungstechnik über die Schulungen hinaus zu erproben, einzuüben und damit für den beruflichen Alltag mehr Sicherheit zu gewinnen.

10. Personal

Die in der Einzelfallhilfe tätigen pädagogischen Fachkräfte stehen hinter dem Konzept der Zieloffenen Suchtarbeit. Haltung und Instrumente sind in die tägliche Arbeit integriert.

Alle pädagogischen Fachkräfte sind fortlaufend in Motivierender Gesprächsführung fortgebildet und wenden diese in den Einzelgesprächen an.

Einzelne Mitarbeitende verfügen über vertiefte Ausbildungen im Bereich der Motivierenden Gesprächsführung, der systemischen Beratung und der Umsetzung von Trainingsprogrammen.

Alle hauswirtschaftlichen und technischen Mitarbeiter sind über die Grundzüge der Zieloffenen Suchtarbeit informiert und können diese mittragen.

11. Evaluation und Qualitätssicherung

Der Landesrahmenvertrag für Baden-Württemberg gibt in den §§ 12 und 21 vor, dass das Leistungsangebot der Einrichtung den Erfordernissen einer bedarfsgerechten Leistungserbringung zu entsprechen hat. Die Qualität der Leistung gliedert sich in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Im Hans-Sachs-Haus und im Käthe-Luther Haus gibt es kein eingeführtes Qualitätsmanagementsystem, dennoch werden die beschriebenen Standards umgesetzt. Dies wird insbesondere in der stetigen Weiterentwicklung der Verfahrensstandards für die Betreuung und Beratung sichtbar.

Die gute Strukturqualität zeigt sich in der Eignung, Kompetenz und fachlichen Qualifikation der Mitarbeitenden. Regelmäßige Fortbildungen werden bewusst gefördert. Die Ausstattung der Einrichtung und der Organisationsgrad der pädagogischen, hauswirtschaftlichen und technischen Bereiche ist hochwertig. Die Einrichtung verzichtet bewusst auf eine strukturelle und organisatorische Auslagerung von zentralen Dienstleistungen.

Wichtige Prozesse sind, sowohl was Abläufe als auch die verwendeten Dokumente betrifft, ausdifferenziert und standardisiert. Dabei ist die Einrichtung um eine stetige Verbesserung bemüht. Die SuchtkoordinatorInnen der jeweiligen Einrichtung arbeiten zusammen mit den Einrichtungsleitungen an der konzeptionellen Weiterentwicklung und Umsetzung.

Die Ergebnisqualität ist in pädagogischen Aufgabenfeldern oft schwierig zu erheben. Verschiedene Formen der Wirkungsmessung von Leistungen wurden und werden diskutiert.

Beide Einrichtungen führen eine jährliche Evaluation durch, die in den Jahresbericht des Trägers mit einfließt. Erhoben werden zum Beispiel die Auslastung der Angebote, die Altersstruktur der Bewohner, die Aufenthaltsdauer, Vermittlungen in andere Wohnformen und Vermittlungen in beruflich Qualifizierungsmaßnahmen oder Arbeitsstellen.

Der Einrichtung ist es ein großes Anliegen, durch eine möglichst hohe Qualität der angebotenen Leistungen die Ziele der Hilfen für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten umfassend zu erreichen.

