

Aufgaben und Potentiale der Funktion „Suchtberatung“

Expertise im Auftrag von

Caritas Suchthilfe e. V. (CaSu), Freiburg

und

Gesamtverband für Suchthilfe e. V. (GVS), Berlin

Erarbeitet von

Prof. Dr. Rita Hansjürgens
Alice-Salomon-Hochschule, Berlin

Berlin, Oktober 2018

Inhalt

Inhalt	2
Zusammenfassung.....	3
1 Einleitung.....	5
2 Beschreibung der Organisation Suchtberatung im Feld suchtbezogener Hilfen	8
3 Verteilung der Zuständigkeiten im Feld suchtbezogener Hilfen und Auswirkung auf die Organisation und Funktion Suchtberatung	12
4 Tatsächlich wahrgenommene Tätigkeiten im Rahmen der Funktion Suchtberatung.....	15
4.1 Raum zur Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung	16
4.2 Vermittlung in weiterführende Hilfen bzw. Rehabilitation.....	18
4.3 Beratung und Begleitung.....	21
4.4 Erschließung eines regionalen Hilfenetzwerkes für Betroffene.....	24
5 Potentiale der Funktion Suchtberatung und Herausforderungen für ihre Nutzung.....	26
Literaturverzeichnis	29

Zusammenfassung

Suchtberatungsstellen werden von Fachverbänden zwar als wichtiger Hilfeakteur im Feld suchtbezogener Hilfen eingeschätzt, aber ihre Bedeutung und Wirkung für Betroffene als auch für das Feld suchtbezogener Hilfen wurde bisher nicht explizit herausgearbeitet. Die hier vorliegende Expertise ordnet diese Hilfeart mit den ihr zugeschriebenen Funktionen der sog. „Beratung und Begleitung“, „Vermittlung“ und „Netzwerkarbeit“ in dieses Feld ein und arbeitet Potentiale für Klient_innen und Feld heraus.

Wesentlichen Einfluss auf die fachliche Arbeit von Suchtberatungsstellen haben Finanzierungsquellen mit den damit verknüpften Zielbeschreibungen und Erwartungen. Die Organisation Suchtberatung hat sich aufgrund ihrer zentralen Zuordnung zu den sog. kommunalen freiwilligen Leistungen der Daseinsvorsorge im Modus von Fürsorge aber auch aus Leistungen der Sozialversicherungen (SGB VI) und Leistungen aus rechtlich fixierten kommunalen Leistungen örtlicher und überörtlicher Leistungsträger (SGB II und XII) regional unterschiedlich entwickelt und ist deshalb nur schwer bis gar nicht allgemein beschreibbar. Es erscheint daher sinnvoll, zwischen der Organisation und der Funktion Suchtberatung zu unterscheiden.

Die Erwartung des Feldes suchtbezogener Hilfen an die Funktion Suchtberatung liegt, so legen es Konzepte und Leistungsbeschreibungen nahe, im Kern in einer Art „Zuliefererrolle“ für die Hilfeart „Rehabilitation“ als zentral bewertete Option der Hilfe, ohne eigenes Hilfeprofil. Beratung in dieser Lesart ist eine Art Überzeugungsarbeit im Hinblick auf Entwicklung von Motivation, diese Hilfeart in Anspruch zu nehmen. Eine wichtige Rolle bei der organisationsbezogenen und inhaltlichen Strukturierung der Arbeit spielen die sog. „Empfehlungen“ des Leistungsträgers der Rehabilitation (Rentenversicherung). Diese Konstellation hat sich historisch so herausgebildet und im Kern nicht verändert. Sie erfährt seit einigen Jahren eine Zuspitzung durch die zunehmende und sich inzwischen auswirkende Umstellung der Finanzierungsprinzipien weg von einer Kostendeckung hin zu einer Ziel- und Kennzahlen orientierten Finanzierungsgrundlage.

Auch die, tatsächlich wahrgenommenen Tätigkeiten in Suchtberatungsstellen haben sich historisch funktional entwickelt. Die zugeschriebenen Aufgaben der „Beratung“ und „Vermittlung“ werden mit methodisch fachlichen Inhalten der Profession Soziale Arbeit gefüllt und umgesetzt. Zentraler Aspekt ist dabei die Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung, die die Grundlage für einen integrierten, Hilfesektor übergreifenden Prozessbogen bildet, der sowohl längerfristige Beratung und Begleitung, die Vermittlung in weiterführende Hilfen, als auch die Wiedereingliederung in das Alltagsleben und die regionale Erschließung von Hilfenetzwerken für Betroffene ermöglichen kann. In Bezug auf die Funktionalität dieser Ausführung der zugeschriebenen Aufgaben kann resümiert werden, dass eine Untersuchung mit dem Ziel, die Funktion der Vermittlung in hausärztliche Praxen zu integrieren, nicht erfolgreich war. Hier arbeiten Suchtberatungsstellen effektiver und bilden aus Sicht der stationären Rehabilitation eine Brückenfunktion, die z. Zt. nicht zu substituieren ist. Dennoch liegt das eigentliche Potential der Hilfeart Suchtberatung nicht in der sog. „Vermittlung“, sondern in der „Beratung“, nicht verstanden als „Motivierung zur Rehabilitation“, sondern als „Beratung und Begleitung“ mit dem Fokus auf Anliegen der Klient_innen und unter Einbeziehung professioneller und klient_innenbezogener Netzwerke. Mit Blick auf die Wirkung dieser Teilfunktion zeigt das Zahlenmaterial der Deutschen Suchthilfestatistik schon jetzt deutliche Stabilisierungs- bzw. Besserungseffekte in den Bereichen Wohnen, Lebensunterhalt, Partner_innenbeziehungen und Aufnahme einer Erwerbsarbeit. Diese Effekte müssen aber noch genauer insbesondere auch

auf den Impact in Bezug auf Inanspruchnahme bzw. Nicht-mehr Inanspruchnahme kommunaler Hilfeleistungen (Hilfe zur Selbsthilfe) untersucht werden.

Zusammenfassend kann resümiert werden, dass sich aus heutiger Sicht, folgende konzeptionelle Eckpfeiler der Funktion Suchtberatung, maßgeblich entwickelt und gestaltet durch die Profession Soziale Arbeit, benennen lassen.

- niedrigschwellige Zugangsmöglichkeit,
- Raum zur Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung,
- Integrierter Prozessbogen mit hilfesektorenübergreifendem Casemanagement,
- Beratung und Begleitung in Bezug auf Klient_innenanliegen,
- Erschließung eines regionalen Hilfenetzwerkes für Betroffene

Diese Elemente zeigen sich mit Blick auf die Stabilisierung basaler Lebenssituationen (Wohnen, Tagesstruktur/Arbeit / Lebensunterhalt / Beziehungen im sozialen Nahfeld) von Klient_innen mit einem als problematisch beurteilten Substanzkonsum oder einem entsprechenden Verhalten als grundsätzlich funktional. Darüber hinaus werden sie von Klient_innen, genutzt, obwohl diese aus anderen Perspektiven als „schwierig“ gelten.

Die Platzierung der Funktion Suchtberatung im kommunalen Raum mit Zugang zu anderen Hilfesektoren erscheint funktional. Ihre prekäre Finanzierung jedoch gefährdet die hier beschriebenen Funktionen. Eine einseitige Verschiebung oder ein Verzicht auf diese Leistung erscheint weder mit Blick auf Humanität, Funktionalität noch auf Kostenreduktion sinnvoll. Demgegenüber kann das sich zeigende Potential in Bezug auf Annahme von Hilfen, Stabilisierung und Re-Integration in basale Lebensbereiche weiter ausgebaut werden, wenn die Funktion dieser Hilfe im kommunalen Raum und in den anderen Hilfesegmenten (an-)erkannt und mit angemessenen Ressourcen ausgestattet wird. Wer diese Aufgabe übernimmt oder unter welchen Bedingungen übernehmen sollte, bleibt offen und sollte angesichts der aktuellen Situation, neu zwischen den Akteuren verhandelt werden.

1 Einleitung

Diese Expertise wurde von der Caritas Suchthilfe (CaSu) und dem Gesamtverband Suchthilfe (GVS) in Auftrag gegeben. Als Ziel wurde vereinbart, die Stellung und Potentiale von Suchtberatung im Feld suchtbezogener Hilfen und in der (kommunalen) Daseinsvorsorge sowie die Potentiale der Funktion Suchtberatung herauszuarbeiten.

Zur historischen Entwicklung kann zusammenfassend resümiert werden, dass ambulante Suchtberatungsstellen im Kontext Alkohol aus ehrenamtlich geprägten Hilfe im Kontext kirchlich fürsorgerischer Hilfe entstanden sind. Zunächst in Westdeutschland und nach der Wiedervereinigung auch in Ostdeutschland entwickelten sie sich zu einem etablierten Fachdienst im Bereich des kommunalen Angebotes zur Daseinsvorsorge weiter¹. In Westdeutschland kamen ab den 70er Jahren (nach der Wiedervereinigung dann in ganz Deutschland) sog. Drogenberatungsstellen hinzu, die von Anfang an als professionalisiertes Angebot konzipiert waren und als Schwerpunkt die Beratung im Falle eines Konsum sog. illegaler Substanzen hatten. Das Angebot umfasste zunächst Beratung in Bezug auf Heroinkonsum und differenzierte sich mit Hinzukommen weiterer Substanzen aus.

Ambulante Suchtberatungsstellen² heute werden lt. Deutscher Suchthilfestatistik zu 89% von der freien Wohlfahrtspflege und gemeinnützigen Organisationen getragen (Braun et al. 2017b). Es wird davon ausgegangen, dass der weit größte Teil der finanziellen Ressourcen aus kommunalen und Landesmitteln sowie Eigenmitteln der Träger und ein geringerer Teil durch Einnahmen aus der ambulanten Rehabilitation und Nachsorge, sowie aus Projektmitteln stammen.³ Sie bieten ein vielfältiges Angebot, das sich regional unterschiedlich herausgebildet hat.

Die Hilfeart Suchtberatung, um die es hier gehen soll, innerhalb der Organisation Suchtberatungsstelle wird von Venedey (2015) als „Herzstück“ und gleichzeitig „größte Grauzone“ beschrieben, da sie im Unterschied zur Rehabilitation nur wenig einheitliche Normierung erfahre. Dies zeigt sich darin, dass „Suchtberatung“ innerhalb der Organisation Suchtberatungsstelle inhaltlich ein breites Angebotsspektrum umfassen und in unterschiedlichen methodischen Settings stattfinden kann: z. B. klassisches Einzelsetting (z. B. Beratung, Vermittlung, Psychosoziale Beratung Substituierter), Gruppensetting (z. B. sog. Motivations- oder Angehörigengruppen) aufsuchendes Setting (sog. Streetwork) oder im Rahmen eines sog. niedrigschwelligen „Kontaktangebots“ z. B. mit Cafébetrieb und zusätzlichen Angeboten, die inhaltlich als sog. „Harm-Reduction“ bezeichnet werden. Hinzu kommt ein Teil, der lt. Deutscher Suchthilfestatistik als sog. „Kooperation und Vernetzung“ bezeichnet wird. Zentral verbindender Aspekt dieser Hilfeart und der darin enthaltenen unterschiedlichen methodischen Angebote ist, dass sie zu überwiegenden Teilen aus freiwilligen kommunalen Mitteln im Rahmen von Daseinsvorsorge finanziert werden. Aus diesem Grund ist die Hilfeart Suchtberatung aus sozialpolitisch-administrativer Perspektive in Abgrenzung zur Prävention, Rehabilitation, Nachsorge (im Rahmen von Rehabilitation) sowie ambulant betreutem Wohnen oder anderweitig refinanzierten

¹ Für eine detailliertere Beschreibung der Entwicklung dieser Dienste s. stellvertretend Hauschildt 1997; Helas 1997; Pokladek 2010; Spode 2012.

² Aktuell (Zugriff am 21.03.2018) sind in der Einrichtungsdatenbank der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen unter dem Stichwort „Beratungsstelle“ 1377 Einträge für Deutschland gelistet. Die Auswertung der Deutschen Suchthilfestatistik für 2016 greift auf Meldungen von 863 Suchtberatungsstellen (61%) zurück.

³ Diese Annahme beruht auf den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (Braun et al. 2017b) kann aber nicht als repräsentativ angenommen werden, da die Angaben hierzu freiwillig waren und nach eigenen Berechnungen nur ca. 20% der 1377 Beratungsstellen hierzu Angaben gemacht haben.

Angeboten innerhalb der Organisation Suchtberatungsstelle zu sehen. Insbesondere die Bereiche Prävention und betreutes Wohnen sind für Suchtberatungsstellen als Organisation und inhaltlich für Nutzer_innen wichtige Arbeitsbereiche. Dennoch steht im Fokus dieser Expertise die Funktion und das Potential der eigentlichen Suchtberatung herauszuarbeiten, deshalb werden sie nur dann mit in die Analyse einbezogen, wenn dies in unmittelbarem Zusammenhang mit der Tätigkeit Suchtberatung steht.

Suchtberatung als Tätigkeit wird von Tretter (2000) aus der inhaltlichen Perspektive von Suchtmedizin als Teil der sog. „klassischen Suchthilfe“⁴ oder auch Feld suchtbezogener Hilfen im engeren Sinne bezeichnet. Die anderen Elemente sind in dieser Lesart Entgiftung, Entwöhnung und Nachsorge. Prävention und betreutes Wohnen sind in dieser Perspektive der Suchtmedizin nicht enthalten. Dies trägt dem Rechnung, dass Suchtberatung, stationäre⁵ und ambulante Rehabilitation traditionell inhaltlich zusammenhängend gedacht werden, obwohl sie eine unterschiedliche sozialpolitisch-administrative Zuordnung erfahren. Die sich daraus ergebenden Implikationen und ihre Wechselwirkung mit der inhaltlichen Arbeit werden später noch Thema sein.

Beschäftigte in Suchtberatungsstellen sind zu 63,5 % Fachkräfte der Sozialen Arbeit, von denen postuliert wird, dass sie „insbesondere im ambulanten Bereich zentrale und wichtige Tätigkeiten“ leisten (Klein 2012). Berechnungen zur Wirkung der Hilfeart Suchtberatung kamen zu dem Ergebnis, dass sie sowohl zu einer Kostenersparnis für die suchtttherapeutische Behandlung von Betroffenen als auch dazu beitragen, dass eine Verelendung eines Teils der Klient_innen insbesondere mit vielschichtigen Problemlagen möglichst gering gehalten werden kann (Arbeitskreis katholischer Suchthilfe (AKS) 2003). Dies trüge, so die Autoren auch dazu bei, die Folgekosten einer Suchterkrankung und damit verbundenen Marginalisierung, die dann in den Kommunen anfallen, z. B. in Form von Leistungen nach SGB XII zu verringern (ebd.). Plausibel erscheint außerdem, dass ein Angebot der Hilfeart Suchtberatung insbesondere auch durch Kooperation und Vernetzung zur Enttabuisierung, Entstigmatisierung, zur Ermöglichung sozialer Teilhabe für Betroffene sowie zum Erhalt des örtlichen sozialen Friedens (Bürkle 2015) beiträgt. Insofern wird davon ausgegangen, dass es sich auch mit Blick auf das ganze Feld suchtbezogener Hilfen um eine gesellschaftlich wichtige Tätigkeit handelt.

Festzuhalten bleibt mit Blick auf die Fragestellung, dass Suchtberatungen als Teil einer organisierten Form von Hilfe, seit langem einen Teil einer sog. „Versorgung“ (Bürkle 2015; Arbeitskreis katholischer Suchthilfe (AKS) 2003) darstellt. Andererseits kann aber auch festgestellt werden, dass, trotz der oben postulierten gesellschaftlichen Bedeutung, die Ressourcenausstattung sich über die Jahre gemessen an Lohnerhöhungen für die dort tätigen Fachkräfte und allgemein gestiegenen Kosten für die vorzuhaltende Grundausstattung kontinuierlich zurückgegangen ist (Fachverband Drogen- und Rauschmittel 2017; Bürkle 2015) und sich dadurch die Frage stellt, ob und wenn ja, wie diese Tätigkeit in der bisherigen Form aufrecht erhalten werden kann.

⁴ Dieses Feld hat sich über die Jahre immer weiter ausdifferenziert und bietet heute ein hochentwickeltes Hilfesystem für Menschen mit einem als problematisch definierten Suchtmittelkonsum oder einem entsprechenden Verhalten an. Eine Übersicht über die verschiedenen Ausdifferenzierungen auch außerhalb der sog. klassischen Suchthilfe“ bietet die Analyse „Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland“ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2014.

⁵ Die Deutsche Suchthilfestatistik weist als sog. stationäre Suchthilfe zu 100% stationäre Rehabilitationseinrichtungen aus. Die Einrichtungssuche der DHS listet unter dem Stichwort „stationäre Rehabilitation“ 219 Einrichtungen. Die Auswertung der Deutschen Suchthilfestatistik beruht auf Meldungen von 140 Einrichtungen (65%).

Die hier vorgelegte Expertise will der bereits mehrfach postulierten Bedeutung und dem Potential von Suchtberatung insbesondere im Zusammenhang mit den sog. weiterführenden Hilfen in Form von Rehabilitation Sucht Nachdruck verleihen, aber auch Herausforderungen aufzeigen, die sich durch die unterschiedlichen Logiken der Ressourcenausstattung ergeben und die bei der Überlegung zu Umgangsweisen mit diesen Herausforderungen nicht ignoriert werden können bzw. sollten.

Hierzu wird zunächst Suchtberatung als Tätigkeit und ihre Stellung im Feld suchtbezogener Hilfen beschrieben. Dabei werden sozialpolitische und sozialadministrative Unterschiede zwischen den Hilfearten Suchtberatung und Suchtrehabilitation herausgearbeitet, die wiederum Auswirkungen auf die Rationalität der Ausgestaltung des Hilfeangebotes haben. In einem nächsten Schritt wird mit Hilfe von fachpolitischen Beschreibungen gezeigt, wie inhaltliche Zuständigkeiten verteilt sind und welche Aufgabe dabei Suchtberatung zugeschrieben wird. Auf der Basis qualitativer (Hansjürgens 2013, 2016, 2018) und quantitativer Daten (Braun et al. 2017a, 2017b) wird dann gezeigt, wie Fachkräfte, die ihnen zugeschriebene Aufgabe erfüllen und welche Wirkungen daraus für Betroffene und das Feld suchtbezogener Hilfen abgeleitet werden können. In einem letzten Schritt werden diesbezüglich Potentiale, sowie sich stellende Herausforderungen benannt. Dies soll dazu beitragen, die Leistung von Suchtberatung für Betroffene und das Feld suchtbezogener Hilfen auf der Basis empirischer Daten deutlich sichtbarer zu machen und die Grundlage für eine Diskussion liefern, wie diese Potentiale unter Berücksichtigung ihrer sozialpolitischen und sozialadministrativen Allokation und deren Implikationen erhalten bzw. ggf. ausgebaut werden können.

2 Beschreibung der Organisation Suchtberatung im Feld suchtbezogener Hilfen

Das Feld suchtbezogener Hilfen kann grundsätzlich verschiedene Arbeitsbereiche umfassen, deren jeweilige Legitimation an unterschiedlichen Stellen im Sozialgesetzbuch (SGB) und auch im Öffentlicher Gesundheitsdienstgesetz (ÖGDG) der einzelnen Bundesländer zu finden ist. Dementsprechend können Finanzierungsstrukturen in der Suchthilfe als relativ komplex und heterogen bezeichnet werden. Grundsätzlich lassen sich jedoch zwei große Hauptfinanzierungsstränge ausmachen:

1. Steuerfinanzierte Leistungen der Daseinsvorsorge Psych KG bzw. (falls vorhanden) die Gesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) der Länder bzw.⁶ aber auch SGB VIII und XII
2. Leistungsgesetzen zur medizinischen Versorgung (SGB V) und Rehabilitation (SGB VI).⁷

Diese unterschiedlichen Finanzierungsstränge gehorchen jeweils unterschiedlichen Prinzipien: dem **Prinzip der Versicherungsleistung** (SGB V und VI) oder dem **Prinzip der Fürsorge** (ÖGDG / PsychKG).

Das Prinzip der Versicherungsleistungen folgt einer sog. „bedarfsgerechten“⁸ Ausgestaltung der Hilfen. Das Prinzip der Fürsorge gehorcht einer eher solidarischen Haltung zur Vermeidung von gesellschaftlich unerwünschten Zuständen nach dem Minimalprinzip. Letzteres wird auch als „Prinzip der kurzen Decke“ (Bellermann 2011, S. 115) bezeichnet und soll durch die eben nicht „bedarfsgerechte“ sondern prinzipiell eher „zu kurze“ Ausstattung mit Ressourcen, die Eigenaktivität der Bedürftigen wecken, diesen unerwünschten Zustand zu beenden. Leistungserbringung in Organisationen kann in beiden Prinzipien als sog. „Sachleistung“ im Rahmen eines sog. „sozialen Dienstes“ erbracht werden. Versicherungsleistungen können zusätzlich als Geldleistung erbracht werden.

Suchtberatungsstellen in der Organisationsform eines sozialen Dienstes sind mit all ihren Angeboten mit Ausnahme von ambulanter Rehabilitation und Nachsorge grundsätzlich der kommunalen steuerfinanzierte Daseinsvorsorge im Modus des Prinzips Fürsorge zuzuordnen. Insofern kann hier das Prinzip einer „bedarfsgerechten Versorgung“ durch Leistungen der Sozialversicherung im Sinne eines Rechtsanspruchs auf Ausstattung mit entsprechender inhaltlich

⁶ §1 Abs.2 Psychische Krankheiten im Sinne dieses Gesetzes sind behandlungsbedürftige Psychosen sowie andere behandlungsbedürftige psychische Störungen **und Abhängigkeitserkrankungen von vergleichbarer Schwere** (Herv. R. H.). Dies bedeutet die Finanzierungsgrundlage der Organisation und Funktion in NRW basiert auf dieser Ausdifferenzierung des Begriffs „behandlungsbedürftige psychische Störung“. Die Diagnose „Abhängigkeitserkrankung“ wird diesem aber nicht gleichgestellt, sondern gilt nur, wenn ein vergleichbarer Schweregrad wie bei einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung festgestellt wird. Letztendlich sind damit Präventions- oder Frühinterventionsmaßnahmen nicht mit abdeckt.

⁷ Die Zuständigkeit der SGB V und VI erfolgte vor dem Hintergrund der Anerkennung von Sucht als Krankheit 1968 durch das Bundessozialgericht. Die Folge dieser Urteile war, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen (SGB V) die Träger der Rentenversicherung (SGB VI) sich die Behandlungskosten sowie die damit verbundenen Zuständigkeiten aufteilten und dieses in der sog. Empfehlungsvereinbarung Sucht 1978 geregelt wurde.

⁸Der Begriff „bedarfsgerecht“ wird im Kontext des SGB unterschiedlich diskutiert. Insbesondere im Kontext Gesundheitswesens, denen die suchtbezogenen Hilfen in einem Verständnis von Sucht als Krankheit im Wesentlichen zugeordnet sind, wird „bedarfsgerecht“ als (von außen beurteilte) objektiv sachgerechte Versorgung mit Leistungen unter Effektivitäts- und Effizienzgesichtspunkten verstanden, um eine Fehl-, Über- oder Unterversorgung zu vermeiden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Gutachten 2014, S. 15 f.), wobei auch eingeräumt wird, dass selbst unter finanziell vergleichbaren Ländern nur schwer Vergleiche hergestellt werden können (ebd.).

gesteuerter Strukturqualität⁹ nicht ohne Weiteres übertragen werden. Diese Klärung ist deswegen von Bedeutung, da aufgrund der alltagstheoretischen Verwendung der Begriffe „Versorgung“, „Akutversorgung“ oder „Grundversorgung“ im Zusammenhang mit Suchtberatung eine missverständliche Übertragung des Prinzips einer „bedarfsgerechten Ausgestaltung von Hilfen“ evoziert werden kann, die inhaltlich aus sozialpolitisch-administrativer Perspektive aktuell nicht den Tatsachen entspricht.

In diesem Zusammenhang ist weiter zu berücksichtigen, dass Qualität und Quantität sog. „sozialer Dienste“ im Kontext von Fürsorge, durch das zur Verfügung gestellte Finanzvolumen der Steuermittel bestimmt wird. Deren Verwendung ist eine Frage des politischen Willens und nur dann eine Frage eines festgestellten Bedarfes von Betroffenen, wenn ein Rechtsanspruch explizit legitimiert wurde. Deshalb sind mit Blick auf rechtliche Normierung im Sinne eines Rechtsanspruchs in Bezug auf den Inhalt, Dienstleistungen in Sozialen Diensten im Prinzip der Fürsorge im Verhältnis zu den Sach- und Geldleistungen nach dem Sozialversicherungsprinzip in einem weitaus geringeren Maße fixiert. Sie bieten daher einerseits einen großen Gestaltungsraum für die verantwortlichen Akteure, der für professionalisiertes und nicht bürokratisiertes helfendes Handeln essentielle Voraussetzung ist. Andererseits reflektiert das vorhandene Angebot, durch die eher geringe gesetzliche Normierung, immer auch eher die jeweiligen Rechts- und Finanzierungsgrundlagen der jeweiligen Leistungsträger und ist auch in dieser Perspektive weniger eine Antwort auf den tatsächlichen Bedarf. Diese Konstellation zeigt sich z. B. in Prioritäten bzw. Widerständen der Politik, bestimmte soziale Probleme (wie z. B. Hilfen für Suchtmittelkonsumierende Menschen) überhaupt rechtlich zu regeln (Althammer; Lampert 2014, S. 522 f.). Dieser Widerstand begründet sich darin, dass eine normierte Regelung einen rechtlich einklagbaren Anspruch begründen kann, der dann auch finanziert werden muss (s. z. B. U3-Betreuung). Diese Konstellation von Suchtberatung als sozialem Dienst im Modus von Fürsorge und dafür politisch zur Verfügung gestellten Finanzmitteln, erklärt auch die regionale Verschiedenheit der Ausgestaltung von Suchtberatungsleistungen.

Die Anerkennung von Sucht als „Krankheit“ ermöglichte die Übernahme von Behandlungskosten aus den Versicherungsleistungen nach SGB V und VI. In der „Empfehlungsvereinbarung Sucht“ von 1971 teilen die großen Leistungsträger Gesamtverband der Krankenkassen (GKV) und Rentenversicherung (RV) die Kosten auf. Die sog. „Akutversorgung“ mit Entgiftung und als medizinisch notwendige Behandlung (Entwöhnung) übernahm die GKV. Die medizinischen Rehabilitation mit Blick auf (Wieder-)Ermöglichung einer Erwerbstätigkeit übernahm die RV.

Historisch hat sich neben der Kostenteilung in Bezug auf die Behandlung von sog. „Suchtkranken“ zwischen SGB V und SGB VI eine weitere Kostenteilung ergeben, die sich auf Suchtberatungsstellen auswirkt. In den Anlagen zu § 13 SGB VI Abs. 4 werden die Leistungsträger beauftragt, die konkreten Schnittstellen zwischen SGB V und VI näher zu definieren. Für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen geschah dies in den sog. „Empfehlungsvereinbarungen Sucht“. Im Laufe der Zeit kamen weitere Empfehlungen hinzu und wurden in den „Vereinbarungen im Suchtbereich“ zusammengefasst. (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013). Hierzu gehört nach der Auffassung der Leistungsträger (RV und GKV) auch, Aufgaben und Arbeitsweisen für Suchtberatungsstellen, sog. Strukturvoraussetzung inhaltlich näher zu ausdifferenzieren, wenn ambulante Rehabilitation und Weiterbehandlung oder Nachsorge in der Organisation Suchtberatungsstelle angeboten werden soll (Schliehe 1995, S. 115). Diese

⁹ Für eine inhaltlich differenzierende Betrachtung des Qualitätsbegriffs in der psychiatrischen Versorgung vgl. Rössler 2003

Vereinbarungen gelten aus Sicht des Sachverständigenrats zur Begutachtung des Gesundheitswesens bis heute als ein gelungenes Beispiel einer Vereinbarung zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträger zur Klärung der Zuständigkeit, Finanzierung und Strukturvoraussetzungen für Einrichtungen, die Leistungen zur Rehabilitation anbieten wollen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Gutachten 2014, S. 274). In dieser Vereinbarung wird die Finanzierung dieser Aufgaben und Arbeitsweisen jedoch explizit ausgeschlossen und geht zu Lasten der Leistungsträger von Suchtberatungsstellen, also in der Regel den Kommunen¹⁰ und der Eigenmittel der konkreten Träger der Beratungsstellen z. B. Wohlfahrtsverbänden.

Heute stellt sich das Angebot von Suchtberatungsstellen jedoch viel differenzierter dar. Daher kann es darüber hinaus je nach regionaler Entwicklung bei der Finanzierung weitere Schnittmengen z. B. zum Sektor der Jugendhilfe (z. B. Prävention, Jugend- und Drogenberatungsstellen, Angebote für Kinder aus suchtblasteten Familien) oder auch in den Sektor der Sozialversicherungsleistungen mit dem Schwerpunkt Arbeit geben, (z. B. Stellenanteile, die von Jobcentern z. B. im Rahmen einer ebenfalls freiwilligen Leistung nach § 16a (Kommunale Eingliederungsleistungen), die mit dem Ziel der Eingliederung in Arbeit finanziert werden). Dies *kann* geschehen (bzw. kann pragmatisch so umgedeutet werden), um ein Angebot von Suchtberatung für sog. „Kund_innen“ des Jobcentern vorhalten zu können¹¹ und um aus Sicht der Träger der Arbeitslosenversicherung nach dem Subsidiaritätsprinzip auszuschließen, dass im Falle eines Bedarfes eigene Angebote aus den Jobcentern heraus gemacht werden müssen. Denkbar ist auch, dass in der Organisation Suchtberatung weitere Angebote z. B. im Rahmen von Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderung §§ 53 ff. SGB XII angegliedert sind.

Zusammengefasst bedeutet dies, dass im Kern die Organisation Suchtberatung mit unterschiedlichen Finanzierungshintergründen, die jeweils verbunden sind mit verschiedenen Aufträgen und örtlichen Zuständigkeiten, nur schwer bis gar nicht beschreibbar ist. Dies begründet sich durch die primär politische Bestimmtheit der Ausgestaltung, in deren Folge sie sich regional höchst unterschiedlich ausdifferenziert hat. Daher erscheint es sinnvoll, die *Funktion* Suchtberatung, von der *Organisation* Suchtberatung zu unterscheiden, da in ihr unterschiedliche Dienste angesiedelt und miteinander verwoben sein können. Diese können wiederum, wie schon dargestellt, methodisch unterschiedlich erbracht werden. Die Funktion Suchtberatung jedoch wird inhaltlich wie ebenfalls schon erwähnt, als Teil der sog. „klassischen Suchthilfe“ (ambulante Beratung, Entgiftung, Entwöhnung und Nachsorge) (vgl. Tretter 2000, S.36 f.) betrachtet und kann, wie noch zu zeigen sein wird, klarer bestimmt werden. Wenn nachfolgend

¹⁰ Ob damit das Konnexitätsprinzip (GG Art. 104a), welches besagt, dass Aufgaben- und Finanzverantwortung jeweils zusammengehören, verletzt wird, kann an dieser Stelle nicht abschließend beantwortet werden und würde auch in Bezug auf die hier interessierende Fragestellung zu weit führen. Festzuhalten ist, dass hier ein Ungleichgewicht besteht, dass zu Lasten der Kommune geht, die sich dem nicht wirklich entziehen kann, wenn die Leistung ambulante Rehabilitation bzw. Nachsorge vorgehalten werden soll. Dies bezieht sich auf die „freiwillige“ Leistungen der gesundheitlichen Versorgung von Gemeinden, von denen Luthé (2013, S. 13) im Allgemeinen resümiert, dass diese oft wenig mit „Freiwilligkeit“ zu tun haben. Für eine vertiefende Analyse des sehr komplexen Zusammenhangs der Aufgabenteilung bzgl. der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, insbesondere in Kombination mit Fürsorgeleistungen zwischen Bund, Ländern und Gemeinden und deren Steuerungsinstrumenten, siehe ebd., S. 13 ff.

¹¹ In § 16a Nr. 4 SGB II ist davon die Rede, dass Suchtberatung gewährt und ggf. mit anderen Eingliederungsleistungen verknüpft werden kann. Über Leistungsverträge nach § 17 SGB II können Träger pauschal mit der Leistungserbringung beauftragt werden. Ausgenommen sind allerdings Leistungen, die von der allgemeinen Daseinsvorsorge erbracht werden. Da diese jedoch regional unterschiedlich ausfallen, wird auf die örtlichen Gegebenheiten verwiesen und die Entscheidung dorthin verlagert (Deutscher Verein für öffentliche und privat Fürsorge e. V. 2014, S. 19 f.). Insofern kann hier kein normierter Leistungsanspruch für die Funktion Suchtberatung im Allgemeinen abgeleitet werden, zumal die Beurteilung, ob eine solche Leistung notwendig ist, beim Fallmanagement der Jobcenter liegt und die Zielrichtung der Leistung Suchtberatung eindeutig im Vorhinein mit Integration in Arbeit festgelegt ist.

also von „Suchtberatung“ die Rede ist, ist, soweit nicht explizit anders bezeichnet, die Funktion Suchtberatung gemeint.

3 Verteilung der Zuständigkeiten im Feld suchtbezogener Hilfen und Auswirkung auf die Organisation und Funktion Suchtberatung

In fast allen fach-(politischen) Beschreibungen von Aufgaben und Zielen von Suchtberatungsstellen¹² (z. B. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 1999; Böhl 2010; Fachverband Drogen- und Rauschmittel 2005, 2017; Hessische Landessstelle gegen die Suchtgefahren 2000; Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2015; Deutscher Verein für öffentliche und privat Fürsorge e. V. 2014) findet sich eine Sichtweise zur Funktion und Zuständigkeit von Suchtberatung als Ort der Beratung, Vermittlung und Motivierung von Klient_innen zur Annahme von sog. weiterführenden Hilfen¹³. Ein aktuelles Beispiel für eine solche Zuschreibung lautet:

„Es findet grundsätzlich eine Vermittlung in weiterführende Hilfen statt, die durch die Anwendung der Methoden der Gesprächsführung / Motivierung und Aufklärung über sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen durch die Fachkräfte gefördert wird.“ (Fachverband Drogen- und Rauschmittel 2017, S. 4)

Sog. weiterführende Hilfen im Rahmen der o. g. „klassischen Suchthilfe“ sind Entgiftung, Entwöhnung bzw. Rehabilitation Sucht und sog. Nachsorge nach Durchführung der Entwöhnung bzw. Rehabilitation Sucht. Letztere sind den Leistungen nach dem Versicherungsprinzip zugeordnet (s. o.) und haben inhaltlich als Ziel der Behandlung, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden (§ 10 Abs. 2 SGB V) und oder den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen bzw. Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern. (Prinzip der Versicherungsleistungen). Suchtberatung, als fürsorgerische Hilfe, soll, wie oben dargestellt, zur Annahme dieser Hilfen motivieren und Betroffene dorthin vermitteln.

Damit wird einer Suchtberatung im Kern eine „Zuliefererrolle“ für Entgiftung und Rehabilitation und anderen weiterführenden Angebote von Suchthilfe zugeschrieben. Suchtberatung ist in diesen Verständnissen eine auf Zuarbeit zu weiteren Maßnahmen ausgerichtete Tätigkeit ohne eigenes inhaltliches Profil. Inhaltliche Struktur und Vorgaben erfährt vor allem die Tätigkeit der sog. „Vermittlung“ und sog. „Motivierung“ durch die Vorgaben des Rentenversicherungsträgers, niedergelegt in den „Vereinbarungen im Suchtbereich“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013).

Diese Strukturvorgabe wird damit begründet, dass der Träger der Rentenversicherung sich auch auf inhaltlicher Ebene als strukturverantwortlich, für Leistungen zu seinen Lasten wahrnimmt (Schliehe 1995, S. 110). Diese in den Vereinbarungen im Suchtbereich (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013) beschriebenen Leistungen, die bei sach- und fachgerechter Ausföhrung eine voraussetzungsreiche fachliche Leistung darstellen, sind jedoch keine Leistungen nach dem Sozialversicherungsprinzip und werden, da sie dem Prinzip der Fürsorge unterliegen, den Kommunen als Träger dieser Leistung zugeschoben. Es besteht daher kein

¹² Es wird davon ausgegangen, dass auch hier die Funktion Suchtberatung gemeint ist.

¹³ Eine Ausnahme bildet das Kompetenzprofil der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS). Hier wird „Therapievermittlung“ als eines von mehreren möglichen Leistungen, jedoch nicht als übergeordnetes Ziel der Interventionen formuliert (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe 2016, S. S. 21 ff.).

Anspruch auf bedarfsgerechte Ausgestaltung dieser von außen zugeschriebenen Zuständigkeit und Vorgabe zur Durchführung, auch wenn sie inhaltlich als durchaus sinnvoll und funktional von den ausführenden Fachkräften wahrgenommen wird und z. B. Eingang in das Kompetenzprofil der DG-SAS zur Beschreibung der Intervention Therapievermittlung gefunden hat (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe 2016, S. 22 f.). Ergänzt wird diese von den Trägern der Suchtrehabilitation zugeschriebene Vorgabe zur Vermittlung durch die im § 16a SGB II formulierte Zielvorgabe der Träger der Versicherungsleistung nach SGB II, dass die Eingliederungsleistung Suchtberatung, der Integration in das Erwerbsleben dienen soll (vgl. auch Deutscher Verein für öffentliche und privat Fürsorge e. V. 2014).

Abgesehen davon, dass die beschriebenen inhaltlichen Zielzuschreibungen und Vorstrukturierungen seitens der Träger von verschiedenen Versicherungsleistungen einem auf inhaltliche Ergebnisoffenheit und Klientenzentrierung zielenden **fachlichen** Verständnis von Beratung (Deutsche Gesellschaft für Beratung e. V. 2003)¹⁴ widersprechen, finden sich die Träger der Funktion Suchtberatung in einer Situation, in der sie durch strukturferne Organisationen vorgegebene fachliche Leistungen erbringen sollen, deren Finanzierung einem anderen Träger (der Kommune) zugeschoben wird bzw. über deren Gewährung eine u. U. fachfremde Instanz (Fallmanagement der Jobcenter) entscheidet. Diese Ausgangssituation hat sich historisch entwickelt und sich bis heute nicht grundlegend verändert.

Eine Verschärfung erfährt diese Konstellation durch die Auswirkungen der Veränderung der Steuerung der Umsetzung steuerfinanzierter Leistungen der Fürsorge (wie hier die Grundlagenfinanzierung einer Suchtberatungsstelle) im Rahmen des, sich seit den 80er Jahren vollziehenden, Wandels der Verwaltungs- und Organisationsstrukturen. Diese Veränderung bedeutet für die, in den sozialen Diensten tätigen Professionen einen Wechsel von ‚Vertrauen‘ hin zu einer ökonomischen Rationalität der Steuerung („Accountability“) (Nadai; Sommerfeld 2005, S. 202), (Sommerfeld; Haller 2003, S. 64 f.). Das Abrücken der Leistungsträger (hier der Kommunen) vom Prinzip der Kostendeckung im Rahmen der sog. „Neuen Steuerung“ hin zu pro Organisation einzeln auszuhandelnden Leistungsverträgen, die nach ökonomischen Gesichtspunkten der Effizienz und Wirkungsnachweise¹⁵ strukturiert sind, verschiebt die Fokussierung von einer inhaltlichen Orientierung an geäußerten Bedarfen der Klienten wie sie aufgrund von fachlichen Konzepten geboten ist (s. o.) hin zu einer Erwirtschaftung von geleisteten Stunden zur Kostendeckung in den Organisationen bzw. zu einer Erfüllung von Kennzahlen.

Durch die Verschiebung der Kosten der für Suchtberatungsstellen als zentral angesehenen Zuständigkeit der Vermittlung in „weiterführende Hilfen“ in Richtung Kommunen durch die Ren-

¹⁴ "In dem dialogisch gestalteten Prozess, der auf die Entwicklung von Handlungskompetenzen, auf die Klärung, die Be- und Verarbeitung von Emotionen und auf die Veränderung problem- verursachender struktureller Verhältnisse gerichtet ist, sollen erreichbare Ziele definiert und reflektierte Entscheidungen gefällt werden, sollen Handlungspläne entworfen werden, die den Bedürfnissen, Interessen und Fähigkeiten des Individuums, der Gruppe oder Organisation entsprechen, sollen persönliche, soziale, Organisations- oder Umweltressourcen identifiziert und genutzt werden, um dadurch selbst gesteckte Ziele erreichen oder Aufgaben gerecht werden zu können und soll eine Unterstützung gegeben werden beim Umgang mit nicht behebbaren / auflösbaren Belastungen. Das Ziel der Beratung ist in der Regel erreicht, wenn die Beratenen Entscheidungen und Problembewältigungswege gefunden haben, die sie bewusst und eigenverantwortlich in ihren Bezügen umsetzen können. Hierzu gehört auch, dass Selbsthilfepotentiale und soziale Ressourcen in lebensweltlichen (Familie, Nachbarschaft, Gemeinwesen und Gesellschaft) und arbeitsweltlichen (Team, Organisation und Institution) Bezügen erschlossen werden. " (Deutsche Gesellschaft für Beratung e. V. 2003, S. 4)

¹⁵ Zu denken ist hier etwa an Kennzahlen über Vermittlungen und Effizienz der Beratung (möglichst kurz) im Hinblick auf Vermittlung oder Wiedereingliederung in Arbeit.

tenversicherungsträger entsteht aber zusätzlicher Kostendruck in der Organisation Suchtberatung, da diese Mitarbeiter_innen binden und qualifizieren muss, um die erwartete fachliche Leistung erbringen zu können. Dies führt für die, in Suchtberatungsstellen tätigen Fachkräfte, zu einem Zielkonflikt. Auf der einen Seite zwingt die Abrechnung von z. B. Fachleistungsstunden dazu, auch viele Fachleistungsstunden zu produzieren und damit die benötigten finanziellen Ressourcen zum Erhalt zu erwirtschaften oder gar nach dem ökonomischen Prinzip des Wachstums weiter auszudifferenzieren. Auf der anderen Seite ist die Logik der Professionen prinzipiell inhaltlich fachlich auf Hilfe zur Selbsthilfe angelegt (Arnold 2014, S. 217). Dies wird jedoch nach der ökonomischen Logik „bestraft“, da z. B. weniger Stunden abgerechnet werden können bzw. die Fachkräfte gezwungen werden Klient_innen oder schwierige Problemlagen zu „produzieren“.¹⁶ Letztendlich führt diese Konstellation auch dazu, dass fachlich-inhaltliche Standards, wie die oben beschriebene Zieloffenheit am Beispiel der Definition von Beratung, nicht erfüllbar sind und damit die Ergebnisqualität der erwarteten Leistungen auch im Hinblick auf die selbstformulierten Ziele der Leistungsträger maßgeblich beeinträchtigen können¹⁷.

Hinzu kommt für die Kommunen als wesentlichem Leistungsträger der Funktion bzw. Hilfeart Suchtberatung, ein in allen Bereichen gesteigertes Kostendruck bei wenig Gestaltungsmöglichkeit (z. B. Folgen der Zuweisung von Geflüchteten und Rechtsanspruchs auf einen Kindergartenplatz). Die finanziellen Folgen für die Kommune, dass zuvor offen gestaltbare Leistungen nun inhaltlich rechtlich fixiert und mit einem Rechtsanspruch belegt wurden, legen nahe, dass kein gesteigertes Interesse daran bestehen dürfte, eine weitere freiwillige Leistung (hier Suchtberatung) rechtlich zu fixieren bzw. auszuweiten. Im Gegenteil erscheint es aus Sicht des Leistungsträgers Kommune möglicherweise nicht mehr plausibel, die Kosten eines sich regional in der Vergangenheit entwickelt habenden, ausdifferenzierten Systems der Hilfen für suchtmittelkonsumierende Menschen in fast alleiniger Verantwortung zu finanzieren nach strukturellen Vorgaben anderer Leistungsträger, die aber nicht zur finanziellen Entlastung in dieser Sache beitragen, wenn auch andere Soziale Dienste, die, die aus Versicherungsleistungen finanziert werden (z. B. Fachambulanz oder Hausärzte), diese inhaltliche Aufgabe übernehmen könnten. Dies wäre eine mögliche Lesart für die stagnierenden und zwischenzeitlich sogar zurückgegangenen Finanzierungsleistungen für die Organisation Suchtberatung, wie sie die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) in den Jahren 2011 – 2015 ausweist (s. S. 4).

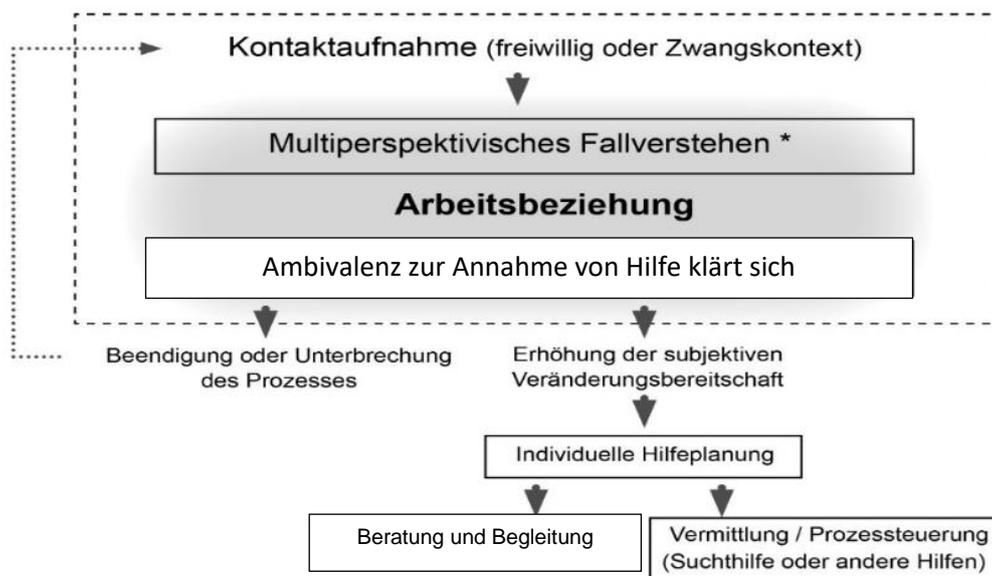
¹⁶ Die Folgen dieser Konstellation sind auch gut z. B. im Bereich der niedergelassenen Ärzte, die ja auch zu den Professionen gehören, zu beobachten.

¹⁷ An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Ziele der Leistungsträger und der Leistungsnehmer_innen sich ebenfalls durchaus konflikthaft zueinander verhalten können z. B. in Bezug auf die Notwendigkeit der Integration in Erwerbsarbeit, die in den zentralen Hilfeleistungen der Suchthilfe außer im sog. Suchtakutbereich (z. B. Entgiftung oder Fachambulanz und eben in der Funktion Suchtberatung) im Vordergrund steht. Die ethisch-normative Werthaltung der Fachkräfte der Sozialen Arbeit würde hier z. B. eine Orientierung an der Autonomie der Lebenspraxis und der biopsychosozialen Integrität der Klient_innen unter Beachtung des gesetzlichen Rahmens vorsehen (Becker-Lenz 2009, S. 212).

4 Tatsächlich wahrgenommene Tätigkeiten im Rahmen der Funktion Suchtberatung

Im Rahmen einer Forschungsarbeit (Hansjürgens 2013) wurde Suchtberatung im Kontext legaler Suchtmittel (Alkohol, Medikamente und Spielsucht) beschrieben und die, von den Fachkräften der Sozialen Arbeit tatsächlich wahrgenommenen Tätigkeiten auf der Basis von Selbstbeschreibungen qualitativ rekonstruiert. Die Beschreibungen der Fachkräfte wiesen inhaltlich eine Nähe zu dem sozialpädagogischen Handlungskonzept der sog. „multiperspektivischen Fallarbeit“ nach Müller (2012)¹⁸ auf und wurde deshalb in Anlehnung an dieses Konzept als explizit sozialarbeiterisches Handeln unter dem Begriff „multiperspektivisches Fallverstehen“ rekonstruiert¹⁹.

Als wichtigste Aufgabe auf der Ebene der direkten Arbeit mit den Klienten wurde in dieser Perspektive von den Fachkräften die Klärung der Frage gesehen, was als der individuelle Fall angesehen werden kann. Diese Tätigkeit nimmt nach Aussage der Fachkräfte in diesem Zusammenhang einen großen Raum in der konkreten Arbeit ein (vgl. Abbildung 1) und wurde als Grundlage für alle weiteren Tätigkeiten sowie auch für die Gestaltung einer von ihnen als „Arbeitsbeziehung“ bezeichneten Beziehung beschrieben²⁰.



* in Anlehnung an das Konzept „Multiperspektivische Fallarbeit“ nach Müller, 2012

¹⁸ Bei diesem Konzept handelt es sich darum einen sozialpädagogischen Fall zu konstruieren mit den Perspektiven „Fall von“ („Beispiel für ein anerkanntes Allgemeines“ S. 43), „Fall für“ („einzuschätzen, darauf zu reagieren und selbst einzufäden, was andere in dem Fall tun können“ S. 52) und „Fall mit“ (in „professionellen Beziehungen mit Menschen in Schwierigkeiten Räume des Möglichen“ zu entwickeln S. 64). Diese Fallebenen können nur analytisch nicht aber in der Praxis voneinander getrennt werden, denn es handelt sich um „unterschiedliche Zugangsweisen eines praktischen Zusammenhanges“ (S. 43)

¹⁹ In diesem Zusammenhang wichtig zu erwähnen ist, dass die Fachkräfte die Inhalte und Begriffe aus dem Konzept „multiperspektivische Fallarbeit“ nicht verwendeten, sondern dass dieses Konzept aus den alltagspraktischen Beschreibungen der Fachkräfte im Rahmen der Forschungsarbeit rekonstruiert wurde. Die Fachkräfte selbst kannten dieses Konzept nicht, sondern verwendeten ausschließlich Konzepte aus einem suchtmmedizinischen Kontext, die sie z. B. in entsprechenden Fort- und Weiterbildungen kennengelernt hatten.

Abbildung 1 Sozialarbeiterische Tätigkeiten in Suchtberatungsstelle

Über die, in diesen Kontext eingebettete Fallkonstruktion und die Konstituierung der sog. „Arbeitsbeziehung“, explizit auch in und mit Zwangskontexten, klärt sich nach Aussage der Fachkräfte, die in der Regel vorhandene Ambivalenz der Klienten zur Annahme von (weiterführender) Hilfe. Diese allmähliche Auflösung der Ambivalenz bei Klient_innen führt dann entweder zu einer Vermittlung in weiterführende Hilfen, zu einer Beratung und Begleitung innerhalb der Einrichtung in Bezug auf die Anliegen der Klient_innen, (s.u.) oder zu einer (vorläufigen) Beendigung des Kontaktes. Eine Beendigung des Kontaktes wurde deshalb auch als „vorläufig“ beschrieben, weil es nach Aussage der Fachkräfte häufiger vorkommt, dass zu einem späteren Zeitpunkt erneut der Kontakt gesucht wird. Zu erklären sei dies dadurch, dass der Kontakt (sog. „Arbeitsbeziehung“) im Modus der Kooperation und nicht im Modus eines Konfliktes beendet wurde. Im Rahmen der Vermittlung wurde von den Fachkräften darüber hinaus eine Lotsenfunktion für die Klienten im (Sucht-) Hilfesystem und die damit verknüpfte individuelle Hilfeplanung und Unterstützung bei der Antragstellung als weiterer Schwerpunkt der Arbeit benannt. Die Tätigkeit der Vermittlung wurde von den Fachkräften explizit nicht als „technischer oder administrativer Akt“ verstanden, sondern eher als weiterer Teil einer sog. „Beziehungsarbeit“ (Hansjürgens 2013, 2018).

Aus sozialarbeiterisch-konzeptioneller Sicht könnten daher die, von den Fachkräften beschriebenen Tätigkeiten in Richtung der direkten Arbeit mit den Klient_innen analog zur Gestaltung eines „integrierten Prozessbogens“ (Sommerfeld et al. 2011, S. 310 f.) beschrieben werden. Dieser Prozessbogen beginnt mit dem Fallverstehen bzw. der Fallkonstruktion im oben beschriebenen Sinne und muss nicht zwangsläufig mit der vollzogenen Vermittlung in weiterführende Hilfen, einer Beratung und Begleitung oder auch durch eine (vorläufige) Beendigung eines Kontaktes enden. Sie versteht sich nach Aussage der Fachkräfte auch in Zeiten des Übergangs (z. B. zwischen Suchtberatung und Therapie oder zwischen Therapie und Nachsorge) als Schnittstellenverbindung oder Brückenfunktion zwischen Beratungsstelle und dem Hilfesystem oder auch anderen Bezügen des / der Klient_innen.

Auf der Basis weiterer qualitativer und quantitativer Daten werden nun die tatsächlich wahrgenommenen fachlichen Tätigkeiten der Funktion Suchtberatung innerhalb der Organisation Suchtberatung ausdifferenzierend beschrieben. Die Art und Weise der Tätigkeiten zeigt sich dabei entscheidend geprägt durch die, diese Aufgaben im Wesentlichen wahrnehmende, Profession Soziale Arbeit. Dies zeigt sich in qualitativen Unterschieden mit quantitativ messbaren Wirkungen zu einem als Alternative zur Suchtberatung untersuchten Behandlungspfad. Die Interpretation der hier als Grundlage dienenden Daten in Bezug auf ihre sichtbar werdende Wirkung, bildet die Grundlage für die sich anschließende Auslotung der Potentiale der Funktion Suchtberatung.

4.1 Raum zur Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung

Im Rahmen einer weiteren qualitativen Untersuchung (Hansjürgens 2018) konnte jetzt datenbasiert gezeigt werden, dass eine sich schon im Erstgespräch entwickelnde vertrauensvolle oder misstrauische Arbeitsbeziehung, Einfluss auf den weiteren Verlauf der angebotenen Hilfe in der Organisation Suchtberatung selbst und in Bezug auf weiterführende Hilfen hat. Dieser bereits auf Erfahrungswerten von Fachkräften schon früh postulierte Zusammenhang begründet sich daraus, dass die Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung im direkten Zusammenhang steht mit der Zuversicht, die ein Klient, eine Klient_in darüber entwickeln kann, dass er sich mit seinem subjektiven Anliegen

- a) verständlich machen kann,
- b) gehört wird und
- c) dass der / die *konkrete* Berater_in sie bei der Klärung und Realisierung dieses subjektiv-bedeutsamen Anliegens unterstützen kann und wird.

Die subjektiven Anliegen der Klient_innen zeigten sich in der Untersuchung inhaltlich als sehr heterogen, mussten teilweise erst im Rahmen eines längeren dialogischen Verständigungsprozesses herausgearbeitet, im Sinne von in Worten gefasst werden, weil die Klient_innen sie zunächst nur diffus beschreiben konnten. Inhaltlich bezogen sich nur zum Teil auf einen Vermittlungswunsch in weiterführende Hilfen.

Als wichtig und explizite Leistung der Fachkräfte erwies sich in diesem Zusammenhang, allen Äußerungen des / der Klient_in feinfühlig²¹ nachzuspüren, und zu versuchen mit den Klient_innen in einen Prozess der Verständigung über sein/ihr Anliegen zu kommen. Bedeutsam war, diese Verständigung nicht vorschnell als Mittel zum Zweck einer objektivierenden Einordnung in ein Diagnoseschema oder eine Hilfestruktur zu nutzen, sondern die eigenen Erklärungstheorien der Klient_innen zu würdigen. Es wird vermutet, dass dies ein wichtiges Element zur Entwicklung von Zuversicht bei Klient_innen darstellt, wie dies auch an Fallbeispielen aus der Arbeit mit chronisch Abhängigen beschrieben wurde (Walter; Gollnow 2009).

In und durch den Prozess dieser Verständigung und damit im Fall eines Gelingens gegenseitig subjektiv empfundener, angemessener Reaktionen auf die Äußerungen des jeweils anderen, mit dem thematischen Hintergrund des Anliegens, stabilisierte sich eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung. Geling die Verständigung nicht oder entstand der subjektive Eindruck, dass das Anliegen einer Einordnung in ein Diagnose- und/oder Hilfeschema *untergeordnet* wurde, stabilisierte sich eine eher misstrauische Arbeitsbeziehung. Eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung ist personengebunden (Wyssen-Kaufmann 2012) und so wurde vermutet, musste sich in weiteren Beratungskontakten immer wieder bewähren. Eine sich als misstrauisch stabilisierte Arbeitsbeziehung hingegen hatte Vermeidungsverhalten zur Folge.

Da das Vorgehen der Fachkräfte an das bereits oben beschriebene explizit sozialpädagogische Konzept der multiperspektivischen Fallarbeit nach Müller angebunden werden konnte, realisiert sich durch die Fokussierung auf das subjektiv bedeutsame Anliegen der Klient_innen und der respektvolle Umgang mit ihren eigenen Konstruktionen hier ein „sozialpädagogischer Zugang“ zu Klient_innen, der nach Peters (2014, S. 77) die Voraussetzung für eine gelungene Beziehungsarbeit darstellt, „um Klient_innen auf ihrem Weg prozesshaft und beratend zu begleiten“ (ebd.).

Erst dieses im Zusammenspiel von Verständigung über das Anliegen und Entwicklung von Zuversicht mit einer konkreten Person, entwickelte Vertrauen ermöglichte, so wurde auf der Basis dieser Untersuchung vermutet, die Entstehung der Adherence (WHO 2003), die z. B. für eine Lebensstil verändernde (abstinenzorientierte) Krankheitsbehandlung (Entgiftung, Rehabilitation) benötigt wird (ebd.) oder für eine Erhöhung von Veränderungsmotivation für eine weitergehende Beratung in der Einrichtung. Dies erklärt, warum die Fachkräfte in Beratungs-

²¹ Diese fachliche Leistung so wurde rekonstruiert konnte auf der Basis des impliziten (Beziehungs-) Wissens erbracht werden, welches sich aus Erfahrung, fachspezifischen Aus- und Fortbildungen, sowie Inter- oder Supervision zusammensetzt. Eine Zusammenstellung der in diesem Sinne relevanten zu erwerbenden Kompetenzen findet sich im Kompetenzprofil der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe 2016)

stellen die mit multiperspektivisches Fallverstehen beschriebene Tätigkeit als besonders wichtiges Element beschreiben, die der „Vermittlung“ vorausgeht und aus fachlicher Sicht vorausgehen muss.

4.2 Vermittlung in weiterführende Hilfen bzw. Rehabilitation

Die Vermittlung in weiterführende Hilfen bzw. Rehabilitation wird als zentrales, wenn nicht sogar als *das* zentrale Element der Funktion Suchtberatung (s. Kap.3) betrachtet. Dies begründet sich wahrscheinlich auch dadurch, dass aus Perspektive der stationären Rehabilitation 65% der Vermittlungen in dieses Angebot aus ambulanten Suchtberatungsstellen, zu 19% aus Krankenhausabteilungen (zu denen auch die spezialisierten Entgiftungsabteilungen zählen) und zu 1 % aus ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxen erfolgen (Braun et al. 2017a, S. Tab. 3.07).

Diese Einschätzung der zentralen Bedeutung der Teilfunktion Vermittlung in Rehabilitation wird gestützt durch die Ergebnisse der sog. HELPS-Studie. Diese hatte das Ziel, zu überprüfen

„inwieweit durch einen neuen Behandlungspfad–ein Screening auf Hilfebedarf und die Möglichkeit zur direkten Beantragung einer Entwöhnungsbehandlung durch den Hausarzt eine Steigerung der Antrittsquote für Entwöhnungsbehandlungen im Vergleich zu herkömmlichen Verfahren erreicht werden kann.“ (Fankhänel et al. 2014, S. 55)

Mit Blick die Möglichkeit diese Erwartung umzusetzen, zeigte sich ein aus Sicht der Funktion Suchtberatung bemerkenswertes Ergebnis.

„Wie die Ergebnisse zeigen, konnte erstens durch den neuen Behandlungspfad keine solche Steigerung erzielt werden. Zweitens ist festzustellen, dass im Rahmen der Untersuchung durch die beteiligten Hausärzte aus Interventions– und Kontrollgruppe kein Patient einer Entwöhnungsbehandlung zugeführt wurde. Die Ergebnisse zeigen drittens, dass die Umsetzung der Vorgaben zur Durchführung der Untersuchung gemäß Studienprotokoll seitens der beteiligten Hausärzte in Interventions– und Kontrollgruppe nur unzureichend erfolgt ist.“ (Fankhänel et al. 2014, S. 57)

Mit Blick auf die Bedeutung der Beziehung zwischen den Akteuren ist aber bemerkenswert, dass auch die Autoren der Studie betonen, dass neben anderen strukturell bedingten Faktoren, wie z. B. einer, als ungenügend empfundenen Ausbildung, wie auch einer, als nicht ausreichend für den Aufwand bewerteten Alimentierung, auch die Einstellung der Hausärzte zur Suchterkrankung eine Rolle bei diesem Ergebnis gespielt hat.

"Als grundsätzliches Problem sollten die hausärztlichen Erwartungen zum Patientenverhalten angesehen werden. Patienten mit riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum wie Patienten mit Verdacht auf Suchterkrankung reagieren nach hausärztlicher Aussage mehrheitlich mit Ablehnung auf Vorschläge für eine Lebensstiländerung bzw. weiterführende Behandlung. Entsprechende Erfahrungen dürften eine beeinträchtigende Wirkung auf die *hausärztliche Behandlungsmotivation* [Herv. R. H.] ausüben und sollten bei einer Konzeption zur Verbesserung der hausärztlichen Suchtprävention dringend berücksichtigt werden." (Fankhänel et al. 2014, S. 58)

Weiterhin stellen sie fest:

„Dieser Befund verweist auf ein Problem grundlegenderer Art, welches durch geringfügige Modifikationen der empfohlenen Vorgehensweise–wie im Fall des neuen Versorgungspfades–nicht behoben werden konnte.“ (Fankhänel et al. 2014, S. 57)

Insofern ist die Teilfunktion der Vermittlung in Suchtberatungen aus Sicht der Rehabilitation nicht nur ein wichtiges Element, sondern entpuppt sich als eine momentan nicht anderweitig zu ersetzende Brückenfunktion in weiterführende Hilfen von denen die Hilfeart Rehabilitation eine mögliche Form ist. Die die Vermittlung aus Hausarztpraxen z. Zt. hingegen hat als insufficient diesbezüglich erwiesen. Die HELPS-Studie stellt als ein zentrales Element die Beziehungsqualität zwischen ärztlicher Fachkraft und Klient_in in den Mittelpunkt ihrer Erklärung²². Hier schließen auch mit die Ergebnissen der oben benannten qualitativen Studie in Bezug auf die Andersartigkeit der Fallkonstruktion (sozialpädagogischer Zugang) (Hansjürgens 2018) an. Deshalb sollen hier der Zusammenhang mit der Teilfunktion Vermittlung näher expliziert werden.

Die in den Erstgesprächen beobachtete und oben bereits beschriebene, sich entwickelnde Beziehungsdynamik legt nahe, dass insbesondere die als hilfreich erlebte **zieloffene aktive Unterstützung** der Klient_innen durch die Fachkräfte bei der **Klärung und Realisierung** auch von lebenspraktischen Anliegen der Klient_innen, die als subjektiv bedeutsam empfunden wurden, das Vertrauen in professionelle Hilfe und damit auch Zuversicht und sog. Veränderungsmotivation (Adherence) beförderte. Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass die von außen erfolgende Zuschreibung des Beratungsziels „Vermittlung in weiterführende Hilfen“ (s. Kap.3), die Offenheit der Fachkräfte für andere Anliegen der Klient_innen einschränkt bzw. die Möglichkeit Klient_innen bei der Klärung und Realisierung dieser Anliegen zu unterstützen, unabhängig von ihrer Entscheidung weiterführende Hilfen in Anspruch nehmen zu wollen, strukturell begrenzt. Diese Dynamik wird dadurch verstärkt, wenn die Ressourcenausstattung der Organisation Suchtberatung auf eine auf schnelle Vermittlung in weiterführende Hilfe ausgerichtet ist (z. B. durch den Druck von Kennzahlen oder die Notwendigkeit leere Plätze in der hauseigenen Rehabilitation belegen zu müssen, um die Organisation Suchtberatung finanziell zu sichern). Auf der Basis dieser Untersuchung kann weiterhin vermutet werden, dass ein „Vertrösten“ der Realisierung „anderer Anliegen“ als das der Suchtmittelreduktion auf später, wenn z. B. die Sucht behandelt wurde, eher eine misstrauische Arbeitsbeziehung befördert und damit die Annahme von Hilfe erschwert (ebd.). Eine weitere Folge aus der Perspektive von Suchtmedizin ist, dass Klient_innen zwar eine hohe Problemdichte zugestanden aber auch eine mangelnde Behandlungsmotivation unterstellt wird (Giersberg et al. 2015, S. 18) und sie deshalb aus der Sicht des Behandlungssystems zu „schwierigen“ Patient_innen macht.

Diese Konstellation bedeutet, dass nicht das komplexe Antragsverfahren als Problem gesehen werden sollte, wie als Ausgangspunkt der HELPS-Studie angenommen wurde. Im Gegenteil könnte auch, so die Vermutung, die fachgerechte und nicht formal administrative Erstellung des sog. „Sozialberichts“ dazu beitragen, die Zuversicht auf Veränderung der persönlichen Situation zu erhöhen. Diese Einschätzung begründet sich daraus, die Phase der Erarbeitung des Sozialberichts von den Fachkräften zur Verständigung über das Anliegen der Klient_innen

²² Anzumerken ist, dass die Ärzt_innen, die sich beteiligt haben eine Schulung in motivierender Kurzintervention erhielten, ein standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung substanzspezifischer Störungen und eine Extra-Budgetierung für ihre Leistung (Fankhänel et al. 2014).

genutzt werden kann. Darüber hinaus können die erhobenen Daten, wenn sie bei der Bewilligung der Kostenübernahme und Zuteilung der Rehabilitationsplätze und bei der Zusammenstellung des Rehabilitationsplans inhaltliche und für den / die Klient_in explizit wahrnehmbare Berücksichtigung finden, die Zuversicht auf Realisierung ihrer Anliegen erhöhen²³.

Als zentraler Hintergrund dieser Konstellation im Zusammenhang mit Vermittlung sollte die normativ gesetzte, sequentielle Bearbeitung der Anliegen des / der Klient_innen im Suchthilfesystem, bei der der Bearbeitung des als unangemessen eingeschätzten Substanzkonsums Vorrang vor sog. „anderen“ Problematiken eingeräumt wird, gesehen werden. Die in diesem Zusammenhang unhinterfragbare, dauerhafte Suchtmittelabstinenz als letztendlicher Zielhorizont im Kontext einer Gewährung von Hilfe im Segment des Gesundheitswesens, stellt eine normativ gesetzte Unterordnung der als eigentliche Belastung empfundenen subjektiven Anliegen dar oder kann als unerreichbar empfunden werden. Beides führt dazu, dass daher die Abstinenzforderung als eine zunächst als unangemessen empfundene Einschränkung der Autonomie der Lebensführung empfunden werden kann. Diese subjektive Empfindung einer „Nicht-Stimmigkeit“ kann nicht einfach durch eine vermeintliche Überlegenheit rationaler Argumente „wegdiskutiert“ oder „dekonstruiert“ werden, insbesondere dann wenn eine Klient_in, das Gefühl hat, sich nicht verständlich machen zu können oder mit ihren Konstruktionen kein Gehör zu finden.

Eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung mit dem Ergebnis der Kooperation als Voraussetzung für die Annahme weiterführender Hilfen, entwickelt sich in Wechselwirkung mit der Bearbeitung und Realisierung²⁴ eines für den / die Klient_in subjektiv bedeutsamen Anliegens und / oder einer sukzessiven Annäherung an mögliche konkrete(!) Ziele von professioneller Hilfe in Bezug auf die eigene Lebenswelt als komplexer Prozess und kann eben nicht, wie vielfach postuliert, durch fachliche Intervention hergestellt werden.

Ein genauerer Blick auf die Quantität der Vermittlungen zeigt, dass aus der Perspektive der Beratungsstellen 35,5 % der Klient_innen in andere Hilfen weiter vermittelt wurden und zwar 50 % in Rehabilitation (Braun et al. 2017b, S. Tab. 5.05). Dies stellt zum Ergebnis des Quasi-Experiments der Forschungsgruppe um Fankhänel zwar schon eine Verbesserung dar und macht das Groß der Aufnahmen (65 %) in stationären Rehabilitationseinrichtungen aus (s. o.). Allerdings wurden letztlich jedoch „nur“ 15 % der Klient_innen in die verschiedenen Formen der Suchtrehabilitation und 64% der Klient_innen gar nicht weitervermittelt (ebd.). Dies kann davon ausgehend, dass die Funktion Suchtberatung, wie beschrieben, primär als „wegweisende Clearingstelle“ (Leune 2014, S. 35) im Sinne einer Durchgangsstation zur Rehabilitation als primär wünschenswertem Zielfokus betrachtet wird, so beurteilt werden, dass diese ihrer Aufgabe nicht angemessen nachkommt (ebd.)²⁵. Es kann aber auch so gedeutet werden, dass

²³ Die Autorinnen der Studie MeeR (Merkmale einer erfolgreichen und guten Reha-Einrichtung) weisen in ihren Ergebnissen explizit darauf hin, dass eine noch vor Reha-Beginn detaillierte und inhaltliche Auseinandersetzung mit möglichen Zielen der Rehabilitation, eine explizite Berücksichtigung der Wünsche der Klient_innen in Bezug auf das Zusammenspiel zwischen Wünschen der Rehabilitanden und Wahl der Einrichtung bedeutsam ist und geben die deutliche Empfehlung, dass die Aushandlung bzw. Vereinbarung von Therapie bzw. Reha-Zielen nicht der Erfüllung von Qualitätsstandards dienen darf, sondern einen Bezug zur Lebenswelt der Betroffenen aufweisen soll (Meyer 2014, S. 281 ff.). Zu all diesen Themen können die in der Suchtberatung im Vermittlungsprozess erhobenen Daten des im Vorfeld der Rehabilitation erstellten sog. „Sozialberichts“ inhaltlich sinnvoll genutzt werden.

²⁴ Eine Realisierung als subjektiv wichtig empfundener Ziele findet z. B. im Rahmen einer Behandlung durch spezielle Beratungstechniken wie z. B. Motivational Interviewing nicht statt.

²⁵ Ob bei einer Erhöhung der Vermittlungen genug Rehabilitationsplätze vorhanden wären, bliebe abzuwarten.

die Wirkung eines überwiegenden Teils dessen, was in der Organisation Suchtberatung stattfindet, nämlich eine problemzentrierte Beratung und Begleitung, in ihrer Wirkung noch nicht ausreichend untersucht worden ist²⁶, bzw. deren Potentiale insbesondere auch mit Blick auf Wirkung für die Klient_innen und die die Beratungsstelle finanzierenden Kommunen deutlicher expliziert werden müssen.

4.3 Beratung und Begleitung

Über die beschriebene Funktion der Klärung der Ambivalenz und Vermittlung hinaus, soll nun die zugeschriebene Zuständigkeit für die Intervention problemzentrierte Beratung und Begleitung in den Blick genommen werden. Der Begriff „Beratung und Begleitung“ beschreibt, dass Klient_innen auf der Basis des oder der von ihnen formulierten Anliegen unabhängig von ihrem Suchtmittelkonsum beraten werden bzw. auch aktive Unterstützung bei der Klärung und Realisierung ihrer Anliegen von Fachkräften der Sozialen Arbeit ggf. über einen längeren Zeitraum erfahren²⁷. Dieses kann über das reine Gespräch hinausgehen und unterscheidet sich somit z. B. von anderen klassischen aus dem psychologischen Kontext bekannten Beratungsformen. Da dies bedeutet, dass Suchtberatung in diesem Verständnis über die klassische Vorstellung einer dyadischen Konstellation hinaus, auch in anderen Settings z. B. sog. „Streetwork“, stattfinden, aktive Unterstützung vor Ort beinhalten und sich über einen längeren Zeitraum bewegen kann, wird im Feld auch der Begriff der sog. „Begleitung“ für diese Tätigkeit genutzt. Im Rahmen dieser Tätigkeit wird ausgehend vom formulierten Anliegen, Suchtmittelkonsum nicht mit dem normativen priorisierten Ziel der Abstinenz thematisiert, sondern eher versucht, Zusammenhänge des Suchtmittelkonsums mit den häufig prekären Lebenslagen manchmal auch im gemeinsamen Beratungs- und Begleitungsprozess zu entdecken²⁸. Es wird vermutet, dass erst aus in dieser Form verstandenen, manchmal längeren Suchtberatung- und Begleitung und aus der in diesem Zusammenhang entstandenen vertrauensvollen Arbeitsbeziehung, das subjektive Klient_innenanliegen, Suchtmittelkonsum reduzieren oder auch beenden zu wollen und die dazu nötige Zuversicht auf Realisierung, entstehen kann. In dieser Perspektive *kann* auch problemzentrierte Beratung und Begleitung zur Nutzung der Teilfunktion Vermittlung in weiterführende Hilfen beitragen²⁹. Nachfolgend sollen nun die Wirkungen problemzentrierter Beratung und Begleitung beschrieben werden, so wie sie sich in der deutschen Suchthilfestatistik lesen lassen.

Nach der Deutschen Suchthilfestatistik werden 88,6% der in Suchtberatungsstellen erbrachten Leistungen pauschal / institutionell finanziert. Nur 9 % der Leistungen werden zu Lasten der Rentenversicherung³⁰ bzw. der Sozialhilfe als übergeordnetem Sozialhilfeträger abgerechnet

²⁶ Im Rahmen dieser Expertise kann dies jedoch nicht umfänglich geleistet werden, Hinweise für eine weitere Untersuchung können jedoch erfolgen.

²⁷ Diese Unterstützung können z. B. sog. „Ämtergänge“ sein, bei denen Klient_innen Hilfe bei der Durchsetzung ihrer Rechtsansprüche erhalten oder Begleitung bei für sie als unangenehm oder angstbesetzt erlebten Terminen z. B. Gerichtstermine, Behördentermine oder aber auch Vorstellungsgespräche in Einrichtungen bei Vermietern, aber auch in privaten Konstellationen in Form von sog. „Dreiergesprächen“ bei denen die Fachkraft diese Gespräche z. B. moderiert.

²⁸ Hier wäre z. B. daran zu denken, in wie weit nimmt jemand verlässlich gemeinsame Termine (auch außerhalb der Beratungsstelle) wahr, bringt Unterlagen bei oder zeigt Selbstreflexion in der Aufarbeitung von Konflikten.

²⁹ Dies sollte jedoch nicht so missverstanden werden, dass das letztendliche Ziel von Beratung und Begleitung die Vermittlung in weiterführende Hilfen ist, geschweige denn mit einer bestimmten Anzahl an Gesprächen zu quantifizieren wäre. Dies würde der fachlich gebotenen Zieloffenheit widersprechen und, so wird vermutet, auch diese beschriebene Wirkung blockieren.

³⁰ 9,2 % der Leistungen in Suchtberatungsstellen wurden als Maßnahmen der sog. ambulanten Rehabilitation ausgewiesen (Braun et al. 2017b, S. Tab. 5.01).

(Braun et al. 2017b, S. Tab. 3.04). Diese Konstellation der Finanzierung der erbrachten Leistungen legt nahe, dass es sich bei den in der Organisation Suchtberatung erbrachten Leistungen dementsprechend im Wesentlichen nicht um Leistungen der sog. ambulanten Therapie bzw. Nachsorge handelt. Diese Interpretation wird gestützt durch die Vermittlungszahlen von außen in die Organisation Suchtbereitung hinein. Nach diesen wurden nur 4,4% durch (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen vermittelt. Hier könnte es sich um z. B. um Maßnahmen der sog. „Nachsorge“ handeln. Demgegenüber sind 43,3% sog. Selbstmelder, 10,7% wurden durch das soziale Umfeld (Familie, Arbeitgeber) und 24% durch ärztliche Praxen, Krankenhäuser (vermutlich Entgiftungen), JVA/Justizbehörden und Jobcenter in die Beratungsstellen vermittelt (Braun et al. 2017b, S. Tab. 3.07). Hier kann vermutet werden, dass es sich insbesondere bei den Vermittlungen aus anderen Organisationen um Aufträge handelt, die im Zusammenhang stehen mit der Rolle der Funktion Suchtberatung als „wegweisender Clearingstelle“. Zusammengefasst wird somit wird auch an dieser Stelle deutlich, dass die Funktion Suchtberatung auch quantitativ im Verhältnis zu Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation und Nachsorge einen deutlich größeren Stellenwert einnimmt.

Die meisten Klienten (41 %) werden mit einem Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten in der Suchtberatung betreut, aber auch 39 % nur bis zu einem Zeitraum von drei Monaten. Darüber hinaus werden auch immerhin 18 % der Klient_innen gemeldet, die bis 24 Monate und darüber hinaus, regelmäßig die Beratung aufsuchen (Braun et al. 2017b, S. Tab. 6.01). Die durchschnittliche Anzahl der Kontakte betrug 15, wobei der überwiegende Teil mit 45% im Bereich von 2 – 5 Kontakten lag. Die Höhe der durchschnittlichen Kontakte erklärt sich dadurch, dass diese sich in fast identischer Ausprägung mit jeweils 21,8 % im Bereich bis 6 - 10 Kontakte und 21,3% im Bereich bis 11 – 30 Kontakte bewegen. Immerhin 11% werden noch mit über 30 Kontakten gezählt (Braun et al. 2017b, S. Tab. 5.06) . Dies kann aufgrund der relativ gleichmäßigen Verteilung so gedeutet werden, dass offenbar eine wichtige Schwelle für die Inanspruchnahme von Suchtberatung im eigentlichen Sinn in der Organisation selbst, die erste Phase der Kontakte darstellt. Diese Deutung wird gedeckt durch die oben bereits beschriebenen qualitative Untersuchung (Hansjürgens 2018). In Bezug auf die Haltequote kann festgestellt werden, dass nur für ca. 31,5% der Klient_innen ein Abbruch der Beratungsbeziehung gemeldet wird. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass mehr als zweidrittel der Klient_innen eine Beratungssituation (zu der auch eine Vermittlung gehört) planmäßig beendeten. Dies erscheint für eine Klientel, der nachgesagt wird, „schwierig“ zu sein (s.o.), als ein relativ hoher Wert.

In Bezug auf die Inhalte bzw. der Wirkungen der Funktion Suchtberatung lassen sich auf der Basis der Daten der DSHS auch einige Aussagen treffen. Diese weist in Bezug auf die Wohnsituation (Braun et al. 2017b, S. Tab. 7.07) aus, dass in 94 % der Fälle, in denen selbständiges Wohnen vor Beginn der Beratung angegeben war, dieses auch nach der Beratung der Fall war. Dies kann so gedeutet werden, dass es während der Beratungszeit gelungen ist, diesen Wohnstatus aufrecht zu erhalten. Im Unterschied dazu, wird angegeben, dass nach Betreuungsende für 43 % derjenigen, die ohne Wohnung waren und 39 % derjenigen, die ihre Wohnsituation mit Notschlafstelle angaben, also einer prekären Wohnsituation ausgesetzt waren, eine Verbesserung der Situation erreicht wurde. Davon gaben jeweils 9 % an, selbständig zu wohnen und jeweils 17 % konnte in eine betreute Wohnform oder eine Fachklinik vermittelt werden. Ähnliches ist für den Ausgangaufenthalt in einer JVA oder einem Maßregelvollzug dokumentiert. Hier gaben nach Beendigung der Betreuung durch die Suchtberatungsstelle 37 % der Personen eine andere Wohnform als die JVA an, davon 10 % selbständiges Wohnen

und 12 % eine Fachklinik. Es wird davon ausgegangen, dass diese Entwicklung für die entsprechenden Personen einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung einer Resozialisierung leistet. Nur 1,7 % der Klient_innen mit JVA Aufenthalt gaben nach Beendigung der Betreuung ihren Aufenthalt mit Notunterkunft oder Wohnungslos an. Noch deutlicher wird dieser Aspekt bei der Angabe des Wohnortes „Fachklinik“ bei Betreuungsbeginn. Hier benannten 67 % der Klient_innen nach Beendigung der Betreuung einen anderen Wohnort, davon 49 % selbständiges Wohnen³¹ und nur 2 % eine Notunterkunft oder Wohnungslosigkeit. Welchen Beitrag genau die Beratung in Suchtberatungsstellen zu diesen dokumentierten Entwicklungen geleistet hat, bedürfte der genaueren Untersuchung, dennoch erscheint es plausibel zumindest aber nicht ausgeschlossen, dass hier Unterstützung zum einen bei der Prävention einer Verschlimmerung der Wohnsituation aufgrund von Substanzkonsum als auch bei der Resozialisierung erfolgte, bei der die Stabilisierung der Wohnsituation eine wesentliche Rolle spielt.

In Bezug auf den Hauptlebensunterhalt weist die Statistik (Braun et al. 2017b, S. Tab. 7.09) aus, dass 21%, die vor der Suchtberatung Krankengeld, 16 %, die ALG I (SGB III) bezogen sowie 11 %, derjenigen, die Gelegenheitsjobs hatten und 10% derjenigen, die von ihrem Vermögen lebten, nach der Betreuungsende, diesen wieder mit Erwerbsarbeit bestritten. Darüber hinaus konnten ebenfalls 10% derjenigen, die angaben, von ALG II (SGB II) zu leben, in andere Finanzierungsformen (davon 5 % in Erwerbsarbeit) überführt werden. Auch hier erscheint es plausibel, dass diese Entwicklung im Zusammenhang mit Suchtberatung stehen kann, bzw. diese Situation in Beratungsgesprächen thematisiert wurde und damit die Zielvorgabe der Leistungsträger von Versicherungsleistungen durchaus nachgekommen wird.

Die Plausibilität einer Bearbeitung im Kontext von problemzentrierter Suchtberatung wird dadurch erhöht, dass zwei Drittel der Klient_innen nach Betreuungsende angaben, dass sie ihre Problematik erfolgreich bewältigt oder diese sich gebessert habe (Braun et al. 2017b, S. Tab. 7.10). In diesem Zusammenhang wird davon ausgegangen, und so legt es die detailreiche Erhebung der Lebensführung der Betroffenen nahe, dass „die Problematik“ in der Regel nicht nur auf ein erhöhtes oder als süchtig zu bezeichnendes Konsummuster einer psychotropen Substanz oder eines entsprechenden Verhaltens bezieht, sondern insbesondere auch die soziale Situation der Menschen betreffen.

Neben den bereits schon angesprochenen Bereichen Wohnen und Lebensunterhalt erscheint es weiterhin plausibel, dass auch der Bereich Familie und soziales Nahfeld (Freunde und Bekannte) zu dieser „Problematik“ hinzugezählt werden können bzw. mit dem Konsumverhalten der Klient_innen verknüpft sind. Nach den Kooperationen mit den weiterführenden Hilfen (Rehabilitationseinrichtungen, Krankenhausabteilungen, Selbsthilfegruppen) und Leistungsträgern steht die Zusammenarbeit mit dieser Gruppe sog. „Angehörige“ mit 18,8 % an dritter Stelle (Braun et al. 2017b, S. Tab. 5.03). Hier besteht jedoch Forschungsbedarf, um einen plausibel erscheinenden Zusammenhang von Suchtberatung und einer Verbesserung oder Klärung familiärer Beziehungen besser verstehen zu können. Dies gilt insbesondere auch für den Fokus sog. „suchtbelasteter“ Familien. Konservative Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 3 Millionen Kinder von der Alkohol- oder Drogenabhängigkeit eines oder beider Elternteile betroffen sind (Klein et al. 2017). Es ist davon auszugehen, dass diese Problematik auch im

³¹ Es wird allerdings davon ausgegangen, dass ein Großteil dieser Personen bereits vor der Aufnahme einer Suchtbehandlung selbständig gewohnt hat und diese Wohnform auch nach der Behandlung und während der Betreuung in der Suchtberatungsstelle (wenn möglicherweise auch an einem anderen Ort) wieder aktualisiert.

Rahmen von Suchtberatung thematisch wird oder werden kann bzw. es inhaltlich sinnvoll ist, dieses zu thematisieren.

4.4 Erschließung eines regionalen Hilfenetzwerkes für Betroffene

Die Erschließung eines regionalen Hilfenetzwerkes für Betroffene bezieht sich einerseits auf fallbezogene Kooperationen und andererseits auf organisationsbezogene Kooperation zur strukturellen Gestaltung eines regionalen Hilfenetzwerkes.

Im Bereich dieser Erschließung eines Hilfenetzwerkes erfasst die DSHS insgesamt 20 verschiedene Institutionen, mit denen schriftliche Kooperationen zur Arbeitsteilung geschlossen und sog. Fallkonferenzen abgehalten werden (Braun et al. 2017b, S. Tab. E 16). Diese Kooperationen beziehen auf alle Bereiche, die im SGB abgedeckt werden: Arbeitsagenturen/Jobcenter (SGB II und III), Krankenhäuser und ärztliche Praxen (SGB V), Rehabilitationseinrichtungen (SGB VI), Pflegeeinrichtungen (SGB XI), Jugendhilfe (SGB VIII), (Eingliederungshilfe SGB XII) sowie Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Justiz und weiteren Einrichtungen aus dem Segment der Daseinsvorsorge und Selbsthilfe. Dies deckt sich mit den Angaben der Fachkräfte in den Selbstbeschreibungen, die dies neben der Klienten bezogenen Arbeit als weiteren Schwerpunkt ihrer Arbeit beschrieben (Hansjürgens 2013).

Aufgrund der jeweils relativ hohen Zahlen, die jeweils für diese Teilfunktion angegeben wird, kann hier davon ausgegangen werden, dass Suchtberatung nicht nur klient_innenbezogen in jeweils andere Hilfesektoren hineininterveniert sondern auch strukturell das jeweils regionale Feld von Hilfe mitgestaltet und für Menschen mit Suchtmittelkonsum z. B. in Form von Kooperationsverträgen erschließt. Welche Wirkungen sich hier genau zeigen, müsste noch untersucht werden.

Als Beispiel für eine solche Erschließung und den damit verbundenen Forschungsbedarf, lässt sich hier der Bereich der Kooperation mit dem Segment des SGB VIII nennen. Schon jetzt zeigt die Suchthilfestatistik im Bereich Kooperationen und Vernetzung, dass 72 % der Suchtberatungsstellen Klienten bezogene Fallkonferenzen mit dem Jugendamt und der Jugendhilfe³² abhalten. Dies ist gleichzeitig der höchste angegebene Kooperationswert in Bezug auf gemeinsame Fallkonferenzen. Gleichzeitig wird angegeben, dass in 37 % der Einrichtungen schriftliche Vereinbarungen zur Arbeitsteilung in diesem Segment existieren. Nicht explizit untersucht und erfasst jedoch ist der Zusammenhang zwischen Suchtberatung und deren Auswirkungen auf die familiäre Dynamik auch und explizit im Zusammenhang mit einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit von Jugendamt und Suchtberatung. Zu denken wäre hier an die Vermeidung stationärer Unterbringung von Kindern, was wiederum Auswirkungen auf die auch kommunal finanzierten Leistungen des SGB VIII haben dürfte. Sowohl aus Sicht von Suchtberatungen, als auch aus Sicht der kommunalen Jugendhilfe könnte es daher interessant sein, zu erfahren, bei wieviel Familien, in denen Hilfe zur Erziehung zum Einsatz kommt aus der Perspektive der Jugendhilfe, ein Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum eines oder beider Elternteile von den Fachkräften hergestellt wird und wie eine Kooperation diesbezüglich inhaltlich gestaltet wird bzw. werden kann und welche Wirkungen dies hat. Weiterhin dürfte

³² Aus dieser Erfassung geht allerdings nicht hervor, ob es sich bei dieser Kooperation, um Kinder als Angehörige handelt bzw. elterlicher Suchtmittelkonsum thematisiert wird oder ob es sich und die Vermutung liegt näher, um betroffene Jugendliche handelt, die selbst Beratung in Anspruch nehmen.

aus kommunaler Sicht, als Träger_in beider Hilfeangebote auch interessant sein, welche Wirkungen z. B. andere Formen der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe es z. B. in Form von Gruppenarbeit mit Kinder Suchtmittel konsumierender Eltern hier zu benennen wären, die höchstwahrscheinlich nicht im Bereich von Beratung und Begleitung von der DSHS erfasst werden.

5 Potentiale der Funktion Suchtberatung und Herausforderungen für ihre Nutzung

Die oben herausgearbeiteten tatsächlich wahrgenommenen Tätigkeiten (zieloffener Raum zur Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung, Vermittlung in weiterführende Hilfen, Beratung und Begleitung, Erschließung eines regionalen Hilfenetzwerkes für Betroffene) bilden, wie dargestellt, die konzeptionellen Eckpfeiler der Funktion Suchtberatung. Ein weiterer Eckpfeiler ist der voraussetzungslose, sog. niedrighschwellige Zugang zur Funktion Suchtberatung. Dieser ermöglicht den beschriebenen sozialpädagogischen Zugang mit der Wirkung, dass eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung entstehen kann, die wiederum die Gestaltung eines Prozessbogens ermöglicht.

Zusammen lässt sich dieses unter fachlichen Gesichtspunkten schon heute, insbesondere mit Blick auf die Vermittlung, als (Hilfe-) sektorenübergreifendes Casemanagement³³ beschreiben. Diese Interpretation der dargestellten Daten wird dadurch gestützt, dass 47,7%³⁴ der Klient_innen mindestens eine sog. „ergänzende Betreuung“ in unterschiedlichen Helfesektoren in Anspruch nehmen, bei der davon ausgegangen wird, da sie explizit erfasst wurde, dass sie im Rahmen der Suchtberatung initiiert wurde. Diese neben den parallel zum Beratungsprozess stattfindenden sog. „ergänzenden Betreuungen und die Anzahl der 62,1% Wiederaufnahmen in derselben Einrichtung (Braun et al. 2017b, S. Tab. 3.01) in Verbindung mit den 43% der Selbstmelder_innen, können so interpretiert werden, dass Klient_innen nach einer Suchtberatung mit dem Ergebnis einer erfolgreichen Bewältigung oder Verbesserung (s. o.), diese bei wieder aufgetretenen Problemen, auf der Basis einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung erneut aufsuchten. Somit ist dies ein weiterer Hinweis auf den angesprochenen sog. „Prozessbogen“, der über eine erfolgte Vermittlung oder beendete Suchtberatung hinausgeht und an den wieder angeknüpft werden kann. Die Bedeutung dieses Bogens liegt darin, dass mit seiner Hilfe, Klient_innen mit einem problematischen Substanzkonsum oder einem entsprechenden Verhalten sowohl erreicht werden können, als auch eine Verbesserung ihrer Lebenssituation (Beratung) sowie ihrer Integration in weiterführende (suchtbezogene) Hilfen (Vermittlung) mit Hilfe von Suchtberatung realisiert wird. Hinzu kommt auch eine strukturelle Erschließung von Hilfenetzwerken für Klient_innen durch klientenbezogene interprofessionelle Zusammenarbeit (Fallkonferenzen) aber auch durch organisationsbezogene Kooperationsverträge.

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS) hat in ihrem Kompetenzprofil (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe 2016) dargelegt, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit, welche zu einem überwiegenden Teil (63%) die fachliche Arbeit in Suchtberatungsstellen gestalten (Braun et al. 2017b, S. Tab. E 13), darauf spezialisiert sind, die soziale Dimension einer Suchterkrankung zu bearbeiten. Diese kann kurz als „Realisierung von (gesellschaftlicher) Teilhabe und Unterstützung individueller Coping- bzw.

³³ Im Kontext mit psychischer Erkrankung konnte die Forschungsgruppe um Sommerfeld (2011) empirisch zeigen, dass die aktive Unterstützung von Klient_innen in sog. lebenspraktischen Bereichen (sie sprechen in diesem Zusammenhang von sozialen Handlungsfeldern) dazu führt, dass sich auch Symptome einer psychischen Erkrankung bessern bzw. dass sich beide Entwicklungen gegenseitig stützen. Sommerfeld et al. (2016, S. 218) sprechen in diesem Zusammenhang daher von einem „sozialtherapeutischen Case Management“. „Soziotherapie“ ist in § 37a SGB V explizit als Leistung ausgewiesen, umfasst aber lediglich die Koordinierung und Motivation zu ärztlich verordneten Leistungen im Falle einer psychischen Erkrankung, würde also im beschriebenen Segment der Suchthilfe zu kurz greifen. Dennoch scheint hier mit Blick auf Ressourcenallokation ein Ansatzpunkt zu sein.

³⁴ Es handelt sich hier um eine eigene Berechnung, auf der Basis der in der deutschen Suchthilfestatistik erhobenen Zahlen aus den Tabellen 1.01 (Übersicht über alle Klient_innen) und Tab. 5.02 (Art der ergänzenden Betreuung).

Recoveryprozesse“ beschrieben werden, bei denen davon ausgegangen wird, dass sie zueinander in einer Wechselwirkung stehen (Hansjürgens 2015). Sie intervenieren dabei auf der Personenebene (Copingprozesse), sowie auf der Systemebene (Realisierung von Teilhabe³⁵) als auch auf der Prozessebene (vertrauensvolle Arbeitsbeziehung) (Hansjürgens 2016).

Zusammenfassend mit Blick auf das Potential von Suchtberatung wird also davon ausgegangen, dass diese wirksam dazu beiträgt, dass sich prekäre Lebenssituationen in Bezug auf Wohnen und Lebensunterhalt im Zusammenhang mit Substanzkonsum stabilisieren im Sinne einer Realisierung von Teilhabe und dass durch eine sich in diesem Zusammenhang entwickelnde vertrauensvolle Arbeitsbeziehung ein Prozessbogen entsteht. Im Rahmen dieses Prozessbogens, zu dem auch explizit eine Vermittlung in weiterführende Hilfen gehört, kann Suchtberatung also dazu beitragen, die Lebenssituation von Menschen und ihrem sozialen Umfeld im Sinne einer Beförderung von Coping und Recoveryprozessen zu verbessern. Zu dieser Verbesserung gehört neben den bereits oben angesprochenen Bereichen, auch eine langfristige Stabilisierung (explizit auch in Krisensituation) von in suchttherapeutischen Maßnahmen erarbeiteten Verhaltensänderungen im Rahmen der Wiedereingliederung in den Alltag, z. B. auch hier die Stabilisierung der Wohnsituation und der Sicherung des Lebensunterhaltes möglichst lange durch Erwerbsarbeit aber auch darüber hinaus und die Stabilisierung von persönlichen Beziehungen durch Kooperation mit Familie und sozialem Nahfeld.

Der in der Untersuchung zur Entwicklung einer Arbeitsbeziehung in Erstgesprächen herausgearbeitete Einfluss, insbesondere einer strukturell prekären Finanzierung der Leistung und Funktion Suchtberatung auf das Entstehen von Vertrauen und die Bedeutung von Vertrauen in Bezug auf die Annahme von Hilfe (Hansjürgens 2018), impliziert jedoch eine Herausforderung für die Organisation dieser Hilfe. Es steht unter den oben beschriebenen aktuellen Bedingungen der Erbringung (sozialpolitische Zuordnung und von außen zugeschriebene aber nicht ausgeglichene refinanzierte Zuständigkeit) zu befürchten, dass die beschriebenen Funktionen und Wirkungen der Funktion Suchtberatung gefährdet ist bzw. zumindest sein könnte, wenn ihre Bedeutung für die Betroffenen und auch für die Hilfesysteme nicht erkannt bzw. anerkannt wird und sich dies in der Ressourcenausstattung spiegelt. Darüber hinaus deutlich geworden sein dürfte, dass eine alleinige Fokussierung der Behandlung von Sucht im gesundheitsbezogenen Sektor für die Betroffenen nicht ausreicht, die in der DSHS pauschal mit „Problematik“ beschriebenen Anliegen der Klient_innen sich auch auf andere Bereiche als die Reduktion des Konsums beziehen können, auch wenn dies oft in einem Zusammenhang steht. Erst die Verständigung mit Klient_innen über, über den Suchtmittelkonsum hinausgehende „Problematiken“, deren Bearbeitung und Realisierung in Form von subjektiv für den Klient_innen *erfahrenen* Erfolgen, ermöglicht z. T. erst das Vertrauen oder die sog. Motivation (Adherence), die benötigt wird, um das Angebot einer weiterführenden Behandlung anzunehmen. Dieses kann als Brückenfunktion der Sozialen Arbeit in professionelle Hilfen aber auch andere Lebensbereiche³⁶ bezeichnet werden.

Um das Potential der Hilfeart Suchtberatung für die betroffenen Menschen zu erhalten und ihnen eine Brücke in weiterführende Hilfen (sog. „Vermittlung“) und darüber hinaus z. B. je

³⁵ Teilhabe in diesem Zusammenhang bezieht sich nicht nur auf Hilfesysteme, sondern auch auf die persönlichen Handlungssysteme von Klient_innen: Wohnen, Arbeit, Familie, persönliche Beziehungen usw.

³⁶ Sommerfeld et. al. bezeichnen dies als „Handlungssysteme“ und meinen damit z. B. die Bereiche Wohnen, Arbeit/Tagesstruktur, Kultur/Freizeit, Familie, private soziale Netzwerke (2011).

nach Anliegen durch problemzentrierte Beratung in andere Handlungssysteme (Wohnen, Arbeiten, persönliche Beziehungen usw.) bauen zu können bzw. sie dort zu stabilisieren, muss dieses deutlich stabiler und verlässlicher³⁷ finanziert und unabhängig von der faktischen Verpflichtung der Vermittlung in die Hilfeart Rehabilitation betrachtet werden, gleichwohl sich diese Hilfearten sehr sinnvoll ergänzen.

Die Frage, wer die Verantwortung hierfür übernimmt, stellt eine zentrale Herausforderung dar und muss an dieser Stelle offenbleiben. Strukturell zu denken wäre an ein sektorenübergreifendes regional angesiedeltes Casemanagement in Verantwortung der Kommunen, wie es z. B. von Luthe (2013) mit den sog. „kommunalen Gesundheitslandschaften“ beschrieben wird. Eine andere Möglichkeit wäre eine Neuverhandlung zwischen den Leistungsträgern Kommune und den Leistungsträgern der Versicherungsleistungen in Bezug auf die stabile Übernahme der dargestellten Brücken- und Stabilisierungsfunktion in die von ihnen angebotenen Hilfen bzw. Wiedereingliederung in Erwerbsarbeit und andere soziale Handlungssysteme. Dabei sollten die dargestellten Bedingungen der Fachlichkeit (keine Zuschreibung von Erfolgen auf der Basis von Kennzahlen, die Möglichkeit entstandene Arbeitsbeziehungen ohne Bedingungen fortzusetzen, Möglichkeit zu entsprechenden Fortbildungen aus der Perspektive Sozialer Arbeit bzw. deren Voraussetzung) gewährleistet sein, da nur unter diesen Bedingungen die Entfaltung des beschriebenen fachlichen Potentials, deren Grundlage eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung darstellt, möglich ist. Eine wichtige Rolle für die Klärung und Aushandlung dieser Fragen kommt hierbei den inhaltlich und professionsbezogenen Fachverbänden und Fachgesellschaften zu.

Eine funktionale Suchtberatung könnte neben dem Gewinn für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld (zu dem in einem erweiterten Sinn auch die Menschen neben dem Arbeitsplatz auch der weitere soziale Raum, in dem die Menschen sich aufhalten, zu zählen wären) auch dazu beitragen, regional soziale (Hilfe-) Räume zu gestalten sowie die Kommunen von Kosten zu entlasten, die durch einen dauerhaften Verbleib Betroffener im Leistungsbezug nach SGB II; III, XII und auch indirekt in SGB VIII und XI entstehen können. Die Verantwortung für die Annahme der Hilfen sollte dabei nicht allein den Betroffenen zugeschoben werden, sondern die Bedingungen der Erbringung dieser Hilfeleistungen sollten so gestaltet werden (Ermöglichung eines niedrighwelligen Zugangs, Zeit für die Klärung von Anliegen, Beratung und Begleitung bei der Bewältigung subjektiv bedeutsamer Anliegen, inhaltliche Vermittlung), dass es für Klient_innen und die Menschen aus ihren sozialen Handlungssystemen nicht nur prinzipiell möglich, sondern auch aus ihrer subjektiven Perspektive faktisch realisierbar wird, diese Hilfen anzunehmen und für sich zu nutzen. Die Funktion Suchtberatung, inhaltlich wesentlich geprägt durch die Profession Soziale Arbeit, leistet jetzt schon, kann dies auch in Zukunft tun und dabei ihr Potential weiter ausschöpfen, hierzu einen wichtigen, erhaltenswerten Beitrag.

³⁷ Dies bezieht sich vor allem auf den Befund, dass eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung nicht ohne weiteres auf andere Personen zu übertragen ist. Eine hohe Personalfuktuation durch z. B. schlechte Arbeitsbedingungen oder ein häufiger Trägerwechsel mit wechselndem Personal, wie es z. B. durch die im SGB II übliche Ausschreibungspraxis z. T. sogar europaweit zu erwarten ist, sind aus dieser Perspektive als absolut dysfunktional zu bezeichnen.

Literaturverzeichnis

Althammer, Jörg W.; Lampert, Heinz (2014): Lehrbuch der Sozialpolitik. 9., aktualisierte u. überarb. Aufl. 2014. Berlin: Springer Gabler (Springer-Lehrbuch).

Arbeitskreis katholischer Suchthilfe (AKS) (2003): Sucht(-hilfe) kostet Geld - Suchthilfe spart Geld! eine Argumentationshilfe für die Praxis. Freiburg i. Br.

Arnold, Thomas (2014): Sozialpolitik. In: Günter J. Friesenhahn, Daniela Braun und Rainer Ningel (Hg.): Handlungsräume Sozialer Arbeit. Ein Lern- und Lesebuch. Opladen: Budrich (UTB, 8545), S. 212–222.

Becker-Lenz, Roland (Hg.) (2009): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.

Bellermann, Martin (2011): Sozialpolitik. Eine Einführung für soziale Berufe. 6., überarb. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus (Studienbuch soziale Arbeit).

Böhl, Andreas et al (2010): Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund. Bestandsaufnahmen und Entwicklungsperspektiven. Hg. v. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Hamm. Online verfügbar unter http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2011_02_28-DHS_Verbundpapier-DIN_neu_2.pdf, zuletzt geprüft am 15.01.2016.

Braun, Barbara; Specht, Sara; Thaller, Rebecca; Künzel, Jutta (2017a): Deutsche Suchthilfestatistik 2016. Teilband für stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Institut für Therapieforschung (IFT). München.

Braun, Barbara; Specht, Sara; Thaller, Rebecca; Künzel, Jutta (2017b): Deutsche Suchthilfestatistik 2016. Tabellenband für ambulante Sucht- und/oder Beratungsstellen und Institutsambulanzen. Institut für Therapieforschung (IFT). München.

Bürkle, Stefan (2015): Wo stehen die Beratungsstellen. Neue Herausforderungen in der ambulanten Suchthilfe. In: *Konturen 1* (Titelthema), zuletzt geprüft am 07.08.2016.

Deutsche Gesellschaft für Beratung e. V. (2003): Beratungsverständnis. Unter Mitarbeit von Sofia Bengel, Dr. Notker Klann, Hubert Kötter, Anni Michelmann, Dr. Florian Moeser-Jantke. Köln. Online verfügbar unter <http://www.dachverband-beratung.de/dokumente/Beratung.pdf>, zuletzt geprüft am 10.01.2016.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (Hg.) (2016): Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention. Münster.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (1999): Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe. Unter Mitarbeit von Dilek Türk und Christoph Kröger. Online verfügbar unter http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Beratungsstellen/leistungsbeschreibung_1999.pdf.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2014): Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland. Hamm.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2013): Vereinbarungen im Suchtbereich. Berlin.

Deutscher Verein für öffentliche und privat Fürsorge e. V. (2014): Empfehlungen des Deutschen Vereins zu den kommunalen Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II. Berlin.

Fachverband Drogen- und Rauschmittel (2005): Mindeststandards der ambulanten Suchthilfe. Online verfügbar unter <http://fdr-online.info/media/pdf-Dateien/Arbeitsmaterialien/FDRMindeststandard-AmbSH.pdf>, zuletzt geprüft am 07.01.2016.

Fachverband Drogen- und Rauschmittel (2017): Forderungen für eine wirksame Ambulante Suchthilfe. Berlin.

Fankhänel, Thomas; Klement, Andreas; Forschner, Lukas (2014): Hausärztliche Intervention für eine Entwöhnungs- Langzeitbehandlung bei Patienten mit einer Suchterkrankung (HELPS). In: *Sucht Aktuell* (2), S. 55–59.

Giersberg, Steffi; Touil, Elina; Kästner, Denise; Büchtmann, Dorothea; Moock, Jörn; Kawohl, Wolfram; Rössler, Wulf (2015): Alkoholabhängigkeit. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Behandlungspfade für die ambulante integrierte Versorgung von psychisch erkrankten Menschen, / herausgegeben von Wulf Rössler und Jörn Moock).

Hansjürgens, Rita (2013): "Zwischen den Stühlen". Soziale Arbeit in der ambulanten Suchthilfe. Forschungsbericht. Hochschule, Koblenz. Fachbereich Sozialwissenschaften.

Hansjürgens, Rita (2015): Individuelle Wege aus der Sucht. gesellschaftliche Teilhabe suchtkranker Menschen - Soziale Arbeit in der Suchthilfe. In: *FORUM: sozialarbeit + gesundheit* (4), S. 17–19.

Hansjürgens, Rita (2016): Perspektiven für die Aus- und Fortbildung von Fachkräften der Sozialen Arbeit für Tätigkeiten in der Suchthilfe. In: Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (Hg.): Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention. Münster, S. 49–54.

Hansjürgens, Rita (2018): "In Kontakt kommen". Analyse der Entstehung von Arbeitsbeziehungen in Suchtberatungsstellen. Baden-Baden: Tectum-Verl.

Hauschildt, Elke (Hg.) (1997): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte, Struktur und Perspektiven. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Helas, Irene (1997): Über den Prozess der Professionalisierung in der Suchtkrankenhilfe. In: Elke Hauschildt (Hg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte, Struktur und Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 147–161.

Hessische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (2000): Leistungsbeschreibung für Suchtberatungsstellen in Hessen. Frankfurt. Online verfügbar unter http://www.hls-online.org/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=386&task=view.download&cid=87, zuletzt geprüft am 15.01.2016.

Klein, M. (2012): Soziale Arbeit in der Suchthilfe – verkannt, unbekannt, unverzichtbar oder was? In: *Suchttherapie* 13 (04), S. 153–154. DOI: 10.1055/s-0032-1329960.

Klein, Michael; Thomasius, Rainer; Moesgen, Diana (2017): Kinder von suchtkranken Eltern. Grundsatzpapier zu Fakten und Forschungslage. In: Kinder aus suchtbelasteten Familien. Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit. Berlin, S. 3–26.

Leune, Jost (2014): Ambulante Suchthilfe als wegweisende Clearingstelle. - was verspricht Erfolg? In: Erfolgreich Weichen stellen in der Suchthilfe. 31. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht. Münster, S. 25–42.

Luthe, Ernst-Wilhelm (Hg.) (2013): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (Gesundheit, Politik – Gesellschaft - Wirtschaft).

Meyer, Thorsten (2014): Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung (MeeR). Unter Mitarbeit von Maren Stamer und Iris Brandes. Medizinische Hochschule Hannover. Hannover.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2015): Landeskonzept gegen Sucht Nordrhein-Westfalen. Grundsätze / Strategie / Handlungsrahmen. Düsseldorf.

Nadai, Eva; Sommerfeld, Peter (2005): Professionelles Handeln in Organisationen. Inszenierungen der Sozialen Arbeit. In: Michaela Pfadenhauer (Hg.): Professionelles Handeln. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 181–205.

Peters, Oliver (2014): Problemskizzen im Beratungsprozess Alkoholkranke. Am Beispiel der sozialpädagogischen Beratungsarbeit des ambulanten Dienstes des Therapiezentrum "Ahornhof" im Kreis Pinneberg, Schleswig-Holstein unter Einbeziehung der Prozessschritte in der Beratung nach Sue Cullen. In: *neue praxis* 44 (1), S. 75–84.

Pokladek, Gerlind (2010): Und es gab sie doch. Suchtkrankenhilfe in der DDR. In: Karl Wassenberg und Sabine Schaller (Hg.): Der Geist der deutschen Mäßigkeitsbewegung. Debatten um Alkohol und Trinken in Vergangenheit und Gegenwart. Halle: Mitteldeutscher Verlag, S. 99–113.

Rössler, Wulf (2003): Wie definiert sich Qualität in der psychosozialen Versorgung? In: *Der Nervenarzt* 74 (7), S. 552–560.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Gutachten 2014): Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und für ausgewählte Leistungsbereiche.

Schliehe, Ferdinand (1995): Struktur und Organisation der medizinischen Rehabilitation. Thesen zur Weiterentwicklung und Reform. In: Barbara Riedmüller und Thomas Olk (Hg.): Grenzen des Sozialversicherungsstaates. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Leviathan, Zeitschrift für Sozialwissenschaft, 14), S. 107–116.

Sommerfeld, Peter; Dällenbach, Regula; Rügger, Cornelia (2016): Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis.

Sommerfeld, Peter; Haller, Dieter (2003): Professionelles Handeln und Management. oder ist der Ritt auf dem Tiger möglich? In: *neue praxis* 33 (1), S. 61–89.

Sommerfeld, Peter; Hollenstein, Lea; Calzaferri, Raphael (2011): Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

Spode, Hasso (2012): Die Anfänge der Suchthilfe im 19. Jahrhundert. Vom Kreuzzug zur Behandlungskette. In: *Suchttherapie* 13 (4), S. 155–161.

Tretter, Felix (2000): Suchtmedizin. Der suchtkranke Patient in Klinik und Praxis ; mit 195 Tabellen. Stuttgart [u.a.]: Schattauer.

Venedey, Anja (2015): Viel mehr als nur Beratung. Tätigkeitsfelder und Perspektiven ambulanter Suchthilfe aus Sicht eines Einrichtungsträgers. In: *Konturen*.

Walter, Uta; Gollnow, Michael (2009): Fälle in der Falle. Zur Konstruktion von Aussichtslosigkeit in der Suchthilfe. In: *Soziale Arbeit* (9), S. 332–339.

WHO (2003): Adherence to long term therapies. Evidence for action. Online verfügbar unter http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1, zuletzt geprüft am 08.08.2016.

Wyssen-Kaufmann, Nina (2012): Auswirkungen des 'Stellvertretungsparadoxes' auf das Arbeitsbündnis in der Sozialen Arbeit. In: Andreas Hanses und Kirsten Sander (Hg.): Interaktionsordnungen. Gesundheit und soziale Praxis. Wiesbaden: Springer VS, S. 197–218.