

Konzeption der Beratungsstelle

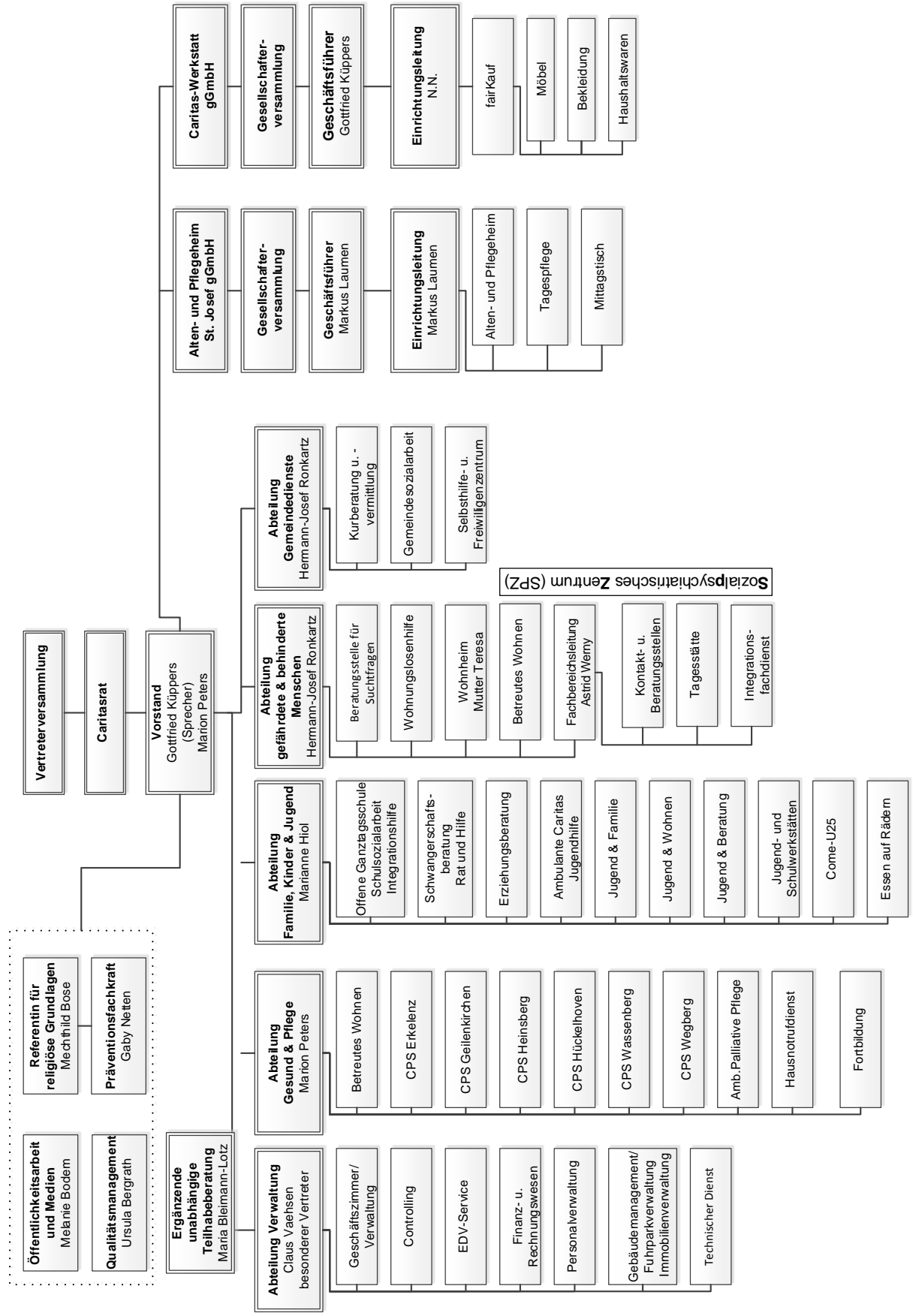
Beratungsstelle für Suchtfragen,
41836 Hückelhoven, Dinstühlerstr. 29
Tel 02433/98145200 Fax 02433/98145209

Stand 07/2020





Organigramm Caritasverband für die Region Heinsberg e.V.



Inhaltsverzeichnis:

Organigramm

1.	Einleitung	S. 2
2.	Strukturen	S. 3
2.1	Der Kreis Heinsberg und die Stadt Hückelhoven	S. 3
2.2	Sucht-Hilfe in der Region	S. 3
2.3	Weitere nicht suchtspezifische Hilfen	S. 5
3.	Geschichte	S. 7
4.	Trägerschaft	S. 8
4.1	Trägerstruktur(en)	S. 8
4.2	Leitbild	S. 8
5.	Menschenbild	S. 9
6.	Abhängigkeit	S. 11
7.	Ziele	S. 13
8.	Zielgruppen	S. 14
8.1	Alkoholabhängige Menschen	S. 14
8.2	Drogenabhängige Menschen	S. 15
8.3	Angehörige	S. 15
8.3.1	Kinder aus suchtblasteten Familien	S. 16
8.4	Jugendliche und heranwachsende Drogenkonsumenten	S. 16
8.5	Tabakabhängige Menschen	S. 17
8.6	Institutionen	S. 18
9.	Inhalte	S. 19
9.1	Abstinenzorientierte Beratung	S. 19
9.2	Konsumreduktion	S. 19
9.3	Konsumbegleitung	S. 19
9.4	Familien- und Beziehungsorientierung	S. 21
9.5	Angehörigenarbeit	S. 21
9.6	Interdisziplinarität	S. 22
9.7	Prävention	S. 23
10.	Methoden	S. 24
10.1	Einzelberatung	S. 24
10.2	Paar- und Familiengespräche	S. 24
10.3	Gruppenarbeit	S. 25
10.4	Vermittlung	S. 26
10.5	Aufsuchende Arbeit	S. 27
11.	Organisation	S. 28
11.1	Personelle Ausstattung	S. 28
11.2	Finanzierung	S. 28

1. Einleitung

Erste Ansätze einer systematischen Konzeption für unsere Beratungsstelle wurden in der Gründungsphase (1986) entwickelt. Im Zuge der Umsetzung des Qualitätsmanagement-Systems „EfQM“¹ entstand die erste ausführliche Konzeption der Beratungsstelle für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenfragen 2007. Hierin beschrieben wir erstmals wie wir unsere Arbeit, ihre Voraussetzungen und die ihr zugrunde liegenden Haltungen und Vorgehensweisen sehen und umsetzen. Somit konnten wir das Profil unserer Arbeit nach außen verdeutlichen.

2011 änderten wir unseren Namen in die nun kürzere und prägnantere Form: “Beratungsstelle für Suchtfragen“. Der Name ist auch umfassender, was passend ist, da auch Klient_innen wegen Verhaltenssuchten wie z.B. Pathologischem Glücksspiel oder Pathologischem Internetkonsum hier Beratung finden.

Durch den Wechsel des QM-Systems zur DIN ISO und diverser Veränderungen über die Zeit legen wir nun die aktualisierte Version der Konzeption vor.

¹ Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe bot den Suchtberatungsstellen eine Beteiligung an dem Projekt „Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe NRW“.

Strukturen

2.1 Der Kreis Heinsberg und die Stadt Hückelhoven

Der Kreis Heinsberg, westlichster Landkreis Deutschlands, ist charakterisiert durch weite landschaftlich geprägte Flächen, auenartige Täler sowie Wald und Heideflächen. Zudem ist der gesamte Kreis geprägt durch die Auswirkung des Bergbaus (Braun- und Steinkohle).

Man findet hier ausschließlich dörfliche und kleinstädtische Strukturen vor. Die hier lebenden Menschen sind in der Regel familiär sehr gebunden. Für unsere Arbeit bedeutet das, dass unsere Klientel einen hohen Grad sozialer Integration aufweist und einer ausgeprägten sozialen Kontrolle unterliegt.

Bei den Beschäftigungsstrukturen überwiegen kleine und mittlere Betriebe. Schwerindustrie gibt es im Kreisgebiet nicht. Ca. 252.651 Menschen² leben im Kreis Heinsberg, verteilt auf einer Fläche von 627, 7 km².

Eine Besonderheit stellt die Grenzlage zu den Niederlanden dar. Von den 171 Km Kreisgrenze gehören 77,5 km zur deutsch-niederländischen Grenze.

Seit Bestehen befindet sich unsere Beratungsstelle in Hückelhoven, allerdings gab es 2015 einen Umzug von der Parkhofstr. 93, wo wir 29 Jahre angesiedelt waren, in den Neubau, das Haus der Caritas in der Dinstühlerstr. 29.

Hückelhoven-Ratheim wurde 1969 zur Stadt erhoben, durch Eingemeindungen verschiedener kleinerer Gemeinden wurde sie 1972 zur Stadt Hückelhoven. Sie ist eine relativ junge Stadt, deren Bedeutung eng verknüpft ist mit den Entwicklungen im Steinkohlebergbau. Als ehemalige traditionelle Bergarbeiterstadt hat Hückelhoven viele neue Strukturen geschaffen, da die Steinkohleförderung 1997 eingestellt wurde. Es wurden neue Gewerbebetriebe angesiedelt und Einkaufsmöglichkeiten entwickelt. Die Einwohnerschaft ist jährlich leicht steigend und bewegt sich um 41.000 Einwohner.³

Die Beratungsstelle für Suchtfragen ist für das gesamte Kreisgebiet Heinsberg zuständig.

2.2 Suchthilfe in der Region

Die Hilfen für suchtmittelabhängige Menschen und deren Angehörige in der Region Heinsberg lassen sich unterteilen zum einen in solche, die primär bei der Abhängigkeitsproblematik ansetzen und hierauf im Wesentlichen fokussieren. Zum anderen in Hilfen des allgemeinen medizinisch-psycho-sozialen Hilfesystems, in dem der primäre Hilfeauftrag ein nicht-suchtbezogener ist. Der erstgenannte Bereich wird üblicherweise als Sucht- und Drogenhilfe bezeichnet. Hierzu gehören in unserer Region

- Beratungsstellen
- die Entzugsstation im Krankenhaus „Via Nobis“ in Gangelt
- die Entzugsstationen der Rheinischen Kliniken Düren und Viersen sowie das Alexianer-Krankenhaus Aachen

² Einwohnerzahl zum Stichtag 31.12.2016

³ Einwohnerzahl zum Stichtag 31.12.2019

- Soziotherapeutische Einrichtungen, hier vor allem die Median Einrichtungen Therapiezentrum Loherhof und seine Außenstelle „Treff zum Kniepbusch“, beide in Geilenkirchen
- die niedergelassenen substituierenden Ärzte
- Selbsthilfegruppen

Beratungsstellen

In den Städten Erkelenz, Geilenkirchen und Heinsberg befinden sich Suchtberatungsstellen des Kreisgesundheitsamtes, mit denen eine gute Zusammenarbeit besteht. Bezogen auf das Behandlungsangebot der Ambulanten medizinischen Rehabilitation (ARS) arbeiten wir in einem Trägerverbund zusammen.

Substituierende Ärzte

Bei der Substitutionstherapie handelt es sich um eine wissenschaftlich gut erprobte, wirksame und sichere zugelassene Therapieform der Opioidabhängigkeit. Die Durchführung der Substitution von heroinabhängigen Patienten liegt in den Händen der speziell dafür ausgebildeten Ärzte. Ziele sind die Sicherung des Überlebens, Reduktion des (Bei-)Gebrauchs von Opiaten und anderen Suchtmitteln, Gesundheitliche Stabilisierung, Behandlung psychischer und somatischer Begleiterkrankungen, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und am Arbeitsleben, ggfl. Opiatfreiheit.

Das Verfolgen und Erreichen dieser Ziele hängt wesentlich von der individuellen Situation des Opiatabhängigen ab. Unterstützung in der psychosozialen Situation erfahren Opioidabhängigen in den Suchtberatungsstellen in Form der Psychosozialen Betreuung (PSB).

Es gibt eine regelmäßige Kooperation zwischen den substituierenden Ärzten und unserer Beratungsstelle sowie fachlichen Austausch im Qualitätszirkel Substitution.

Krankenhäuser

Menschen aus dem Kreis Heinsberg, die von Alkohol, Medikamenten, Cannabis oder Amphetaminen entgiften möchten, können diese Behandlung in den Gangelter Einrichtungen, dem Krankenhaus „ViaNobis“⁴ in Form einer qualifizierten Entgiftung erhalten. Dies geschieht in der Regel auf der Markus-Station, einer Suchtstation für Männer und Frauen. Für die Entzugsbehandlung von Opioidabhängigen aus dem Kreis Heinsberg liegt der Versorgungsauftrag bei den Rheinischen Kliniken Düren und dem Alexianer-Krankenhaus Aachen. Ebenso vermitteln wir Drogenabhängige in die Rheinischen Kliniken Viersen.

Soziotherapie

Soziotherapeutische Angebote richten sich an Menschen, die aufgrund ihrer langjährigen Suchterkrankung, meist in Kombination mit psychischen Erkrankungen oder besonderen Lebenssituationen und mit besonderen sozialen Schwierigkeiten an der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt sind. Je nach Erfordernis kann hier die Eingliederungshilfe in verschiedenen Formen einsetzen (z.B. in Form des Stationären Wohnens, des Heimnah Betreuten Wohnens, der Ambulanten Tagesstruktur oder des Ambulant betreuten Wohnens).

Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen begleiten die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer zufriedenstellenden abstinenten Lebensweise bei Menschen mit Abhängigkeitsproblemen

⁴ Trägerschaft: Katharina Kasper ViaNobis GmbH, Gangelter

bzw. unterstützen Angehörige von abhängigen Menschen. Sie pflegen und fördern suchtmittelfreie Freizeitgestaltung und Geselligkeit und bieten informelle und unbürokratische Hilfe an. Selbsthilfegruppen sind an vielen Orten des Kreises vertreten.

Wir stehen in Kontakt zu

- den verschiedenen Gruppen des Kreuzbundes im Kreisgebiet,
- den Anonymen Alkoholikern (AA),
- der Selbsthilfegruppe „Clean Way“, die sich primär an Abhängige von illegalen Drogen richtet.

2.3 Weitere nicht suchtspezifische Hilfen

Als nicht suchtspezifische Hilfen, die von suchtmittelabhängigen Menschen wahrgenommen werden, sind zunächst einmal die medizinischen Behandlungen durch niedergelassene Ärzte und Allgemeinkrankenhäuser zu nennen. Sie werden früher oder später von nahezu allen Menschen mit Abhängigkeitsproblemen in Anspruch genommen, oft jedoch lange Zeit ohne dass die Abhängigkeitsproblematik offen thematisiert wird. Vielfach werden Begleit- und Folgeerkrankungen einer Abhängigkeit behandelt.

Darüber hinaus werden auch zahlreiche nicht suchtbefugene psychosoziale Hilfen von suchtmittelabhängigen Menschen nachgefragt – vielfach aufgrund von Schwierigkeiten, die in engem Zusammenhang mit ihrer Abhängigkeitsproblematik zu sehen sind:

- Angebote der Eingliederungshilfe, vor allem das Ambulant Betreute Wohnen
- Schuldnerberatung,
- Aidsberatung,
- Sozialberatung,
- Hilfen zur Erziehung über Jugendämter bzw. entsprechende Angebote der Erziehungsberatung und (sozialpädagogischen) Familienhilfe,
- Ehe- und Lebensberatung,
- Schwangerschaftskonfliktberatung,
- Frauenhaus,
- berufeingliedernde und –fördernde Maßnahmen,
- Bewährungshilfe,
- Wohnungslosenhilfe,
- Dienste innerhalb des Justizvollzugs,

um nur einige wesentliche Angebote zu nennen. Zu vielen dieser Dienstleister, die in unterschiedlichen Einrichtungen innerhalb und außerhalb des Kreisgebietes angesiedelt sind, bestehen mehr oder weniger regelmäßige informelle und fallbezogene Kooperationen mit Mitarbeiter_innen unserer Beratungsstelle. Die Zusammenarbeit reicht von der Weitergabe der Adresse am einen bis zu intensiver gemeinsamer Hilfeplanung und -erbringung am anderen Ende des Spektrums. Besonders hervorzuheben ist die seit 2016 bestehende Kooperationsvereinbarung zwischen der Suchthilfe im Kreis Heinsberg und der öffentlichen Jugendhilfe. Die Suchtberatungsstellen des Kreisgesundheitsamtes und unsere Beratungsstelle sowie alle Jugendämter im Kreis Heinsberg haben sich auf eine festgelegte Zusammenarbeit zum Schutz des Kindeswohls vereinbart.

Außerdem wird die Zusammenarbeit durch regelmäßige Besprechungen, Austausch in Arbeitskreisen und (gegenseitige) Besuche zu vielen zentralen Kooperationspartnern gefördert. Beispielhaft zu nennen wären hier die regelmäßigen Treffen im ARS-Team mit den Suchtberatungsstellen des Kreisgesundheitsamts, unsere regelmäßigen Sprechstunden im Fachkrankenhaus „ViaNobis“ (Gangelt) mit anschließender Besprechung der Patienten, der Austausch mit der Bewährungshilfe, u.s.w.

3. Geschichte

Die Beratungsstelle für Suchtfragen wurde am 01.03.1986 in Hückelhoven eröffnet. Dieser Eröffnung ging eine jahrelange Vorarbeit vieler engagierter Menschen voraus. Vor allem zu nennen sind Initiativen der evangelischen und katholischen Jugendarbeit, die sich im politischen Raum stark dafür einsetzten, dass es im Kreis Heinsberg eine Beratungsstelle in freier Trägerschaft geben sollte. Bereits 1979 hatte eine Bedarfsermittlung die Notwendigkeit einer Beratungsstelle ergeben. In guter Zusammenarbeit mit der Kreisverwaltung wurde eine tragfähige Vereinbarung geschaffen, aufgrund der ab Mitte 1985 die Suche nach geeigneten Mitarbeitern und Räumlichkeiten begann. Der Caritasverband für die Region Heinsberg e.V. übernahm die Trägerschaft in Kooperation mit dem Diakonischen Werk für den Kirchenkreis Jülich. Um die Arbeit der Beratungsstelle zu unterstützen und eine breite Basis dafür zu schaffen sowie dem Gedanken der Ökumene zu entsprechen, wurde ein Kuratorium gegründet, das bis heute aus Vertretern des Caritasverbandes, des Diakonischen Werkes sowie Vertretern der Jugendarbeit beider Kirchen besteht.

Die Beratungsstelle nahm ihre Arbeit mit zwei beratend tätigen Mitarbeitern und einer Sekretärin (mit 50 Prozent Beschäftigungsumfang) auf.

Diesem Team oblag es, der Einrichtung ein Profil zu geben. Den Vorgaben des Auftraggebers (Kreis Heinsberg) entsprechend sollte die Beratungsstelle eine Anlaufstelle für breite Bevölkerungsschichten sein. Hilfestellungen bei Fragen zu unterschiedlichen Sucht- und Abhängigkeitsphänomenen sollten geleistet werden. Es sollte sich insbesondere nicht um eine reine Drogenberatungsstelle handeln, die sich ausschließlich an Konsumenten illegaler Drogen wendet. Ziel war vielmehr, die primäre gesellschaftliche Realität (Hauptsuchtmittel Alkohol) abzubilden und die dementsprechende Klientel zu erreichen. Suchtphänomene sollten generell ihren Status des Außergewöhnlichen verlieren und die hiervon Betroffenen nicht weiter als gesellschaftliche Randgruppe stigmatisiert werden. Stattdessen sollte die Normalität des Phänomens Abhängigkeit einem berühmten Plakat entsprechend - „Aus ganz normalen Familien kommen ganz normale Suchtkranke“ - in den Vordergrund rücken. Diesen Titel kann man heute in Kenntnis der Suchtforschung nicht mehr unkommentiert stehen lassen, denn mittlerweile ist hinlänglich belegt, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien ein bis zu 6fach erhöhtes Risiko haben, später selbst suchtkrank zu werden. Von Beginn an war die Beratungsstelle Anlaufstelle sowohl für Konsumenten als auch für Angehörige, die vor dem Hintergrund einer primär familientherapeutischen Orientierung als Klienten mit eigenem Anliegen betrachtet wurden und werden.

Trotz vieler struktureller Veränderungen unserer Stelle und Anpassungen unserer Angebote an den Wandel unseres Klientels, arbeiten wir auch heute auf der Basis und in Weiterentwicklung dieser Gedanken, haben aber den Blick auch auf die Kinder aus suchtbelasteten Familien erweitert. So haben wir uns entschieden, mit dem Projekt „FitKids“ einen Organisationsentwicklungsprozess zu beschreiten, in dem die Belange der Kinder aus suchtbelasteten Familien und die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern bei Fragen des Kindeswohls mit unserem Team systematisch entwickelt werden.

4. Trägerschaft

Die Beratungsstelle befindet sich in Trägerschaft des Caritasverbandes für die Region Heinsberg e.V. in Kooperation mit dem Diakonischen Werk des Kirchenkreises Jülich. Die Geschäftsführung obliegt dem Caritasverband.

Zur Wahrung der Interessen der beiden Verbände und der inhaltlichen Förderung der Arbeit der Beratungsstelle wurde ein Kuratorium gebildet, das aus Vertretern der beiden Wohlfahrtsverbände, Repräsentanten der beiden Kirchen und Vertretern der evangelischen und katholischen Jugendarbeit gebildet wurde.

4.1 Leitbild

„Jeder Mensch ist einmalig als Person und besitzt eine ihm von Gott gegebene und unverfügbare Würde. Daraus ergibt sich die Verpflichtung, menschliches Leben vom Anfang bis zum Ende zu achten, zu schätzen, und wo Not ist, helfend zu begleiten. Aus christlicher Verantwortung wird Hilfe mit und für Menschen geleistet. Das Engagement der Caritas im Bereich der Suchthilfe versteht sich als eigenständiges, auf den Hilfesuchenden selbst sowie auf sein familiäres und soziales Beziehungsfeld ausgerichtetes Angebot“⁵. Bedingt durch die Eingliederung in den regionalen Caritasverband Heinsberg gelten für die Arbeit der Beratungsstelle die im Leitbild des Verbandes⁶ festgelegten Werte. Hier wird die Bedeutung der Caritas, der Nächstenliebe ausgeführt. „Für uns ist der Hilfe suchende Mensch nicht nur Klient oder Kunde, wir sehen ihn auch als unseren Nächsten und als Ebenbild Gottes“. Natürlich erfahren alle Menschen unabhängig von ihrer Herkunft, Nationalität oder Religionszugehörigkeit bei uns Hilfe.

⁵ Zitat aus: Rahmenkonzeption für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchthilfe der Caritas und ihrer Fachverbände in NW, 01/2003

⁶ Leitbild des Caritasverbandes für die Region Heinsberg e.V., 2008

5. Menschenbild

Die Arbeit des Teams unserer Beratungsstelle basiert auf dem christlichen Menschenbild. Daraus folgt, dass wir jeden Menschen – und eben auch jeden suchtkranken Menschen – als einzigartiges Geschöpf Gottes mit seinen besonderen Kompetenzen, Bedürfnissen, seiner Lebensgeschichte und seinem sozialen Umfeld, unabhängig von einem bestimmten gesellschaftlichen Stand, betrachten. Daraus leitet sich in Umsetzung christlicher Nächstenliebe die wertschätzende Hinwendung zu jenen Menschen, die allgemein als „Randgruppen der Gesellschaft“, wie den Suchtkranken, bezeichnet werden, ab.

Wir sehen Menschen als autonom, beeinflussbar, aber nicht steuerbar. Manchmal haben sie den Glauben an sich selbst, mitunter auch den Glauben an andere verloren. Sie haben „vergessen“ auf Unterschiede im Verhalten und den Erfahrungen ihrer Biographie zu achten, diese Unterschiede zu werten und zu nutzen. Oder sie sind verhaftet geblieben in ihrer Reaktion auf frühe, oft traumatische Erlebnisse. Diese Reaktionsweisen können früher sehr sinnvoll und lebenserhaltend gewesen sein, stellen aber im aktuellen Leben des Erwachsenen häufig unpassende Reaktionen dar, die zu einem als nicht befriedigend erlebten, eingeschränkten Verhaltensrepertoire führen.

Veränderung ist ein Bestandteil des Menschen-Seins. Wir können nicht „gleich bleiben“, sondern verändern uns, solange wir leben.

Veränderung stellt eine Anpassungsleistung des Menschen an seine Umwelt dar. Im Sinne eines bewussten bzw. bewusst gemachten Prozesses der Entscheidungsfindung und -umsetzung ist sie abhängig u.a. von der Wahrnehmung und Einschätzung der Lebensumstände und der Überzeugung an die eigene Fähigkeit zur Veränderung.

Menschen, die mit unserer Beratungsstelle Kontakt aufnehmen, bringen stets eine individuelle Geschichte mit. Wir gehen davon aus, dass sie über die Fähigkeit und den Willen zur Veränderung in unterschiedlich ausgeprägtem Maß verfügen. Verhalten und Erleben verstehen wir als Produkt individueller Geschichte, sei es genetischer, biologischer, psychosozialer und psychologischer Entwicklungsgeschichte unter Berücksichtigung der jeweiligen Sozialisationsbedingungen.

Wir gehen davon aus, dass die Klienten unseres Hauses in aller Regel Anliegen haben, die eine Veränderung des eigenen Verhaltens und/oder die Veränderung des Verhaltens anderer beinhalten. Sie haben Ideen zu bzw. Wünsche nach einer Verbesserung ihrer aktuellen Lebenssituation; Verbesserung im Sinne ihrer eigenen Sicht von der Welt, ihrer Wertung und Bewertung. Mit diesen Anliegen arbeiten wir.

Ziel der Beratung ist, Veränderungen als bewusste Entscheidungsprozesse zu betrachten, anzustoßen, zu fördern und zu begleiten. Dabei spielt die Klärung der individuellen Wahrnehmung(en) und ihre Einordnung in das jeweilige Normen- und Wertgefüge eine zentrale Rolle. Wenn sich die Sichtweisen der gegenwärtigen Situation und der hieraus ableitbaren Perspektiven für zukünftige Entscheidungen auf Seiten des Beraters und des Klienten zumindest teilweise in Übereinstimmung bringen lassen, entsteht die Chance auf Beratung als wirksame Interaktion im Sinne der Steuerung eines bewussten Veränderungsprozesses. Die zentrale Zielperspektive dieses Prozesses ist die Erweiterung der Wahlmöglichkeiten des Klienten.

Aus der Therapieforschung ist bekannt, dass die Gestaltung der Beziehung zwischen Klient_in und Therapeut_in, speziell die Art und Weise, in wie fern dem Bindungsbedürfnis der Klient_innen an die Therapeut_innen entsprochen werden kann, einen der am besten gesicherten Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis darstellt. Dies lässt sich auch auf den Berater_innenkontakt übertragen. Daraus folgt, dass der Gestaltung einer positiven Beziehung zwischen Klient_in und Berater_in eine besonders hohe Bedeutung zukommt, da diese die Grundlage dafür ist, dass sich eine Klient_in überhaupt öffnen kann und sich in einen wirksamen Beratungsprozess begeben kann.

Wir verstehen Veränderung als individuellen Prozess, der nicht zwangsläufig gradlinig verlaufen muss, sondern sich in sehr unterschiedlicher Geschwindigkeit und Richtung vollziehen kann. Die verfügbaren Ressourcen sind zu berücksichtigen und ggfl. – mit den Klient_innen weiter zu entwickeln.

6. Abhängigkeit

Wenn wir Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum in unserer Arbeit begegnen, lassen sich folgende Phänomene beschreiben:

Sie sind mit dem Gebrauch ihres Suchtmittels, der in der Regel zu Beginn des Konsums überwiegend positive Konsequenzen hatte, wie Genuss, Gefühle von zur Ruhe kommen, innere Wärme erleben, etc. in Schwierigkeiten geraten. Diese äußern sich in der Regel⁷ in einem oder mehreren der folgenden Bereiche:

- Körperliche Gesundheit, z.B. Lebererkrankungen, Unfallverletzungen
- Seelisches Wohlbefinden, z.B. depressive Zustände oder Ängste
- Berufliche Leistung, z.B. Fehlzeiten, verminderte Leistung, Abmahnungen
- Soziale Beziehungen, z.B. Konflikte in der Familie
- Freizeit, z.B. Interessenverarmung, Hobbys werden uninteressant
- Finanzen, z.B. Schulden
- Legalität, z.B. Fahren unter Alkohol/Drogeneinfluss

Häufig sind es gerade die Probleme in sozialen Beziehungen, die vielfach dazu führen, dass die Angehörigen als erstes zu uns kommen, um den Kontakt zu „Betroffenen“ anzubahnen.

Die Auswirkungen einer manifesten Suchtmittelproblematik zeigen sich in den o.g. Bereichen und müssen somit aus bio-psycho-sozialer Perspektive betrachtet werden. Eine Störung auf einer oder mehreren dieser Ebenen wird auch für das Verständnis der Verursachung von Abhängigkeitsentwicklungen als maßgeblich angesehen. D. h., eine Person erlebt sich in mindestens einem dieser Bereiche aus dem Gleichgewicht und versucht sich durch eine „Selbstmedikation“ wieder in die angestrebte Balance zu bringen. Dabei wird häufig ein erhöhtes Risiko eingegangen, das vielfach zu selbstschädigendem Verhalten führt. Nicht selten ist eine extreme Symbiose zwischen dem Individuum und seinem Suchtmittel festzustellen, die durch fehlende soziale Unterstützung noch verstärkt wird.

Erhöhter Suchtmittelkonsum wird somit als „Selbstheilungsversuch“ gesehen, um innere (intrapsychische) und/oder äußere (interpsychische) Konflikte zu lösen.

Die zu Beginn verwendete Begriffswahl des „problematischen Konsums“ steht für ein Verständnis von Suchtmittelproblemen am „unteren Ende“ eines Kontinuums, das bis hin zu den Diagnosen der ICD 10 „schädlicher Gebrauch“ bzw. „Abhängigkeitssyndrom“ am „oberen Ende“ reicht. Bei der ICD 10 handelt es sich um eine von der Weltgesundheitsorganisation erarbeitete internationale Klassifikation von Störungsbildern. Die Anwendung der ICD 10 bedeutet somit die Orientierung an einer in vielen Zusammenhängen als verbindlich definierten Sprachkonvention, die u.a. verschiedene Phänomene und Ausprägungen von Abhängigkeiten beschreibt. Die Diagnosestellung im Rahmen der Beantragung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach ICD 10 – im Sinne einer Abhängigkeit – ist im Rahmen der Beantragung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Voraussetzung für eine Bewilligung.

⁷ Siehe: Kruse, G., Körkel, J., Schmalz, U. (2000): Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln, Psychiatrie Verlag.

Danach ist ein Abhängigkeitssyndrom anzunehmen, wenn innerhalb der letzten 12 Monate drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

Ein eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit psychotropen Substanzen wurde ebenfalls als charakteristisches Merkmal beschrieben (z.B. die Tendenz, alkoholische Getränke werktags in gleicher Weise zu konsumieren wie an Wochenenden, ungeachtet des gesellschaftlich vorgegebenen Trinkverhaltens).

Als wesentliches Charakteristikum des Abhängigkeitssyndroms gilt ein aktueller Konsum oder ein starker Wunsch nach der psychotropen Substanz. Der innere Zwang, Substanzen zu konsumieren, wird meist dann bewusst, wenn versucht wird, den Konsum zu beenden oder zu kontrollieren.

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf eine einzelne Substanz beziehen (beispielsweise Tabak oder Diazepam), auf eine Gruppe von Substanzen (wie z.B. Opiate) oder auch auf ein weites Spektrum unterschiedlicher Substanzen (wie z.B. bei jenen Personen, die eine Art Zwang erleben, regelmäßig jedes nur erreichbare Mittel zu sich zu nehmen und die qualvolle Gefühle, Unruhe oder körperliche Entzugerscheinungen bei Abstinenz entwickeln).

In Abgrenzung zur Abhängigkeit wird in der ICD 10 von schädlichem Gebrauch dann gesprochen, wenn das oben genannte Abhängigkeitssyndrom zwar noch nicht feststellbar ist, das Individuum sich selbst aber bereits objektiv feststellbar schädigt. Die Schädigung kann auf körperlicher Ebene auftreten oder sich als psychische Störung zeigen. Im amerikanischen System, dem DSM-IV, wird z.B. „Alkoholmissbrauch“ noch weiter gefasst durch Hinzunahme von Beeinträchtigungen im sozialen Bereich oder dem Vorhandensein juristischer Konsequenzen wie Inhaftierung, Führen von Maschinen oder KFZ unter Alkoholeinfluss, usw.

7. Ziele

Die Caritasverbände in NRW formulieren in ihrer Rahmenkonzeption⁸ das Ziel, „suchtgefährdeten und suchtkranken Menschen, ihren Kindern und Bezugspersonen – orientiert an ihrem individuellen Hilfebedarf und ihren persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen – fachlich fundierte Beratung, Behandlung, psychosoziale Betreuung sowie Unterstützung und Förderung ihrer sozialen Integration anzubieten“.

Hierfür sollen differenzierte Angebote vorgehalten werden, ggf. in einem umfassenden Hilfeverbund, die möglichst das gesamte Spektrum der Suchthilfe abdecken.

Durch unsere Angebote wollen wir suchtgefährdeten und suchtmittelabhängigen Menschen sowie ihren Bezugspersonen ermöglichen, ihre gesundheitliche, psychische und soziale Lebenssituation schrittweise zu stabilisieren und nachhaltig zu verbessern. Dabei sollen die psychischen, sozialen, beruflichen und kreativen Kompetenzen sowie die Selbsthilfekräfte der Menschen gefördert werden, damit sie ihr Leben selbstbestimmt und eigenverantwortlich führen können.

Da die Menschen, die uns aufsuchen, sehr unterschiedlich sind und ihre Bedarfe entsprechend verschieden sind, ist für und mit jedem Einzelnen eine Zielklärung vorzunehmen.

Die mit den Klient_innen, ggf. auch mit weiteren Behandler_innen oder Betreuer_innen abgestimmten Ziele sehen wir als unseren Auftrag für unsere Arbeit. Sie werden gemeinsam vereinbart, im Verlauf des Hilfeprozesses reflektiert und ggf. (immer wieder) modifiziert.

Grundsätzliche Zielperspektive der Beratung/Behandlung ist, die Klient_innen zu unterstützen, ihre persönlichen Ziele in „ihrem“ Tempo und unter Berücksichtigung der für sie verfügbaren Ressourcen zu erarbeiten.

Hierbei geht es am „unteren“, basalen Ende der Zielhierarchie bei einem kleinen Teil unserer Klientel um die Sicherung ihres Überlebens. Darüber folgen realistische Schritte zur Verbesserung der gesundheitlichen und psychischen Verfassung, der allgemeinen Lebensqualität - und schließlich in vielen Fällen auch das Herstellen einer dauerhaften Suchtmittelabstinenz.

Bei einem Teil unserer Klientel fehlt es jedoch an Bereitschaft, Zuversicht oder Ressourcen, um eine abstinente Lebensführung zu erreichen oder längerfristig aufrecht zu erhalten. Mit diesen Klienten arbeiten wir an den „darunter“ liegenden Zielsetzungen, wie der Sicherung eines (möglichst gesunden) Überlebens.

Im Dienste einer gesundheitlich-präventiven Zielorientierung ist für uns ferner handlungsleitend, Menschen grundsätzlich so früh wie möglich mit geeigneten Hilfsangeboten zu erreichen. Daher bieten wir auch Angebote zur Reduktion des Suchtmittelkonsums (Curriculum „Kontrolliertes Trinken“ von Prof. Körkel) an.

⁸ s. Rahmenkonzeption der Diözesan-Caritasverbände in NRW vom Januar 2003

8. Zielgruppen

Unsere Beratungsstelle ist grundsätzlich zuständig für Menschen mit Störungen, die in Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial stehen, sowie für nicht-stoffliche suchtmännliche Phänomene wie Pathologisches Glücksspiel, Pathologischer Internetkonsum und Essstörungen. Dieses Verständnis bezieht neben den Konsumenten gleichrangig auch die Angehörigen ein.

Nachfolgend geben wir einen Überblick über die Teilgruppen unserer Klientel, die für unsere Arbeit zahlenmäßig eine besondere Bedeutung haben. Die einzelnen Zielgruppen sind nicht immer definitorisch exakt voneinander abzugrenzen, es gibt Mischformen und Übergänge.

8.1 Alkoholabhängige Menschen

Wie dem Jahrbuch „Sucht 2020“ der DHS zu entnehmen ist, trank jede Bundesbürger_in ab einem Alter von 15 Jahren im Jahr 2017 10,5 Liter Reinalkohol (2016: 10,6 Liter). Damit zählt Deutschland international noch immer zu den Hochkonsumländern, trotz sinkenden Konsums. Zum Vergleich: Die Trinkmenge im Niedrigkonsumland Norwegen betrug 6 Liter Reinalkohol pro Einwohner_in ab 15 Jahren im Jahr 2017. Um dieses Niveau in Deutschland zu erreichen, bräuchte es weitere 54 Jahre – vorausgesetzt der Alkoholkonsum sinkt weiter im bisherigen Tempo (1970: 14,4 Liter Reinalkohol). Der Gesamtverbrauch an alkoholischen Getränken in Deutschland stieg im Jahr 2018 um 0,3 Liter auf 131,3 Liter Fertigware je Einwohner_in. Diese Menge entspricht in etwa einer Badewanne an Bier, Wein, Schaumwein und Spirituosen.

Insgesamt 3 Millionen Erwachsene zwischen 18 und 64 Jahren hatten im Jahr 2018 in Deutschland eine alkoholbezogene Störung (Missbrauch: 1,4 Millionen; Abhängigkeit: 1,6 Millionen). Etwa 74.000 Todesfälle jährlich werden allein durch Alkoholkonsum oder den kombinierten Konsum von Tabak und Alkohol verursacht. Experten und Expertinnen weisen im DHS Jahrbuch Sucht 2020 darauf hin, dass Alkoholkonsum immer riskant ist. Deshalb sollte möglichst wenig oder gar kein Alkohol getrunken werden. Neuere Forschungsergebnisse ergeben eine Evidenz, dass die Trinkmenge und –häufigkeit in einer direkten linearen Beziehung mit dem Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen oder Krebserkrankungen steht. Die Vorstellung, dass geringe Mengen Alkohol eine schützende Wirkung haben könnte, musste aufgegeben werden.

Auf rund 57,04 Milliarden Euro pro Jahr beziffert der Gesundheitsökonom Dr. Tobias Effertz die ökonomischen Kosten des schädlichen Alkoholkonsums in Deutschland. Dem stehen Einnahmen des Staates aus alkoholbezogenen Steuern von nur 3,185 Milliarden Euro (im Jahr 2018) gegenüber.

Bei der Planung von Hilfsangeboten veränderte sich in den letzten Jahren innerhalb der Suchthilfe die Sichtweise dahingehend, dass schon länger nicht nur auf die Zahl der abhängigen Menschen geschaut wird, sondern auch der riskante und schädliche Konsum zunehmend in den Fokus gerät. Praktisch bedeutet das, Hilfsangebote weiter zu differenzieren, um diesen Personenkreis überhaupt zu erreichen. Dass sich Bemühungen in diese Richtung lohnen könnten, zeigen die Zahlen: Man geht mittlerweile von ca. 8 Millionen Personen aus, die einen riskant hohen Alkoholkonsum

haben. Daher haben wir uns bereits 2004 entschieden, neben den abstinenzorientierten Angeboten auch Angebote zur Konsumreduktion anzubieten (s. 9.2).

8.2 Drogenabhängige Menschen

Bei der zweiten Haupt-Zielgruppe unserer Arbeit, den Drogenabhängigen, handelt es sich um eine hinsichtlich Drogenwirkung, Alter, Bildung, Lebensumständen, sozialer Integration, etc. sehr heterogenen Gruppe. Der einzige durchgängig gemeinsame Nenner besteht darin, dass sie von psychoaktiven Substanzen abhängig sind, die dem Betäubungsmittelgesetz (BtmG) unterliegen. Hier sind insbesondere – in der Reihenfolge der Häufigkeit, in der sie unsere Beratungsstelle aufsuchen – Abhängige von Cannabis, Amphetaminen, Heroin und Kokain zu nennen. Obschon die Mehrzahl der Menschen mit Drogenproblemen, die uns aufsuchen, eine Abhängigkeit entwickelt hat, ist nicht jeder Konsument einer Droge ein **Drogenabhängiger**. Es gibt ebenso Formen schädlichen (Drogen-) Gebrauchs, die nicht die Kriterien der Abhängigkeit nach ICD-10 vollständig erfüllen, wie auch Konsumformen, die eine Störungsdiagnose nicht rechtfertigen.

Das Gemeinsame der allermeisten Klienten, die uns in Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum aufsuchen, besteht darin, dass eine Problematik aufgetreten ist (z.B. ein familiärer Konflikt, berufliche Schwierigkeiten, eine gesundheitliche Störung oder eine gerichtliche Auflage), die eine Reduktion oder Aufgabe des Drogenkonsum nahe legt. Bei langjährig drogenabhängigen Menschen kommt es neben den unmittelbaren Konsum(neben-)wirkungen vielfach auch zu massiven Begleitsymptomen, wie physische und psychische Verelendung, soziale Isolation, Kriminalität, Wohnungslosigkeit und Armut. Diese Phänomene sehen wir in Wechselwirkung mit dem Drogenkonsum: Einerseits ist das Konsumverhalten mitunter ursächlich für die Verelendung, häufiger jedoch hat es hauptsächlich die Funktion, die Wahrnehmung solcher und anderer beeinträchtigender Erfahrungen, „abzuschalten“ oder zumindest zu betäuben.

8.3 Angehörige

Als Beratungsstelle für Suchtfragen sehen wir neben den Konsument_innen psychotroper Substanzen auch deren Angehörige gleichrangig als unsere Klienten an.

Aus der ursprünglich familientherapeutischen Orientierung unserer Beratungsstelle ergibt sich zwangsläufig, dass der Lebenskontext der Konsumenten für unsere Arbeit eine große Bedeutung hat. In fast allen Modellen der Genese von Abhängigkeiten ist von drei Faktoren die Rede, die in Wechselwirkung eine große Rolle spielen - dem Selbst, dem Suchtmittel und der Umwelt. Ein zentraler und hochrelevanter Teil der Umwelt von Konsumenten psychotroper Substanzen sind die Angehörigen.

Mit Angehörigen sind im Kontext unserer Beratungsarbeit in erster Linie Eltern, Kinder und Partner_innen der Konsumenten gemeint. Wir haben uns entschieden, der Arbeit mit Angehörigen ein großes Gewicht zu geben, weil wir davon ausgehen, dass die engsten Bezugspersonen eine maßgebliche Unterstützung oder auch ein wesentliches Hindernis bei Veränderungsprozessen der Konsument_innen sind. So stellt die Arbeit mit den Angehörigen eine sinnvolle Ergänzung der Arbeit mit den Konsumenten dar. Sie kann Veränderungsprozesse beschleunigen und optimieren, sie mitunter überhaupt erst ermöglichen.

Das Leid, die Hilflosigkeit und eingeschränkte Handlungsfähigkeit, die uns Angehörige in Gesprächen schildern, hat uns darüber hinaus darin bestärkt, den Angehörigen eine ebenso große Aufmerksamkeit zu widmen, ihnen ebensoviel Platz einzuräumen wie den Konsumenten selbst. Wenn wir davon ausgehen, dass durch Abhängigkeit, Lebenskompetenz eingeschränkt ist, so können wir ebenso sagen, dass das Leben mit einem abhängigen Menschen Lebenskompetenz beschneidet. Wir erleben Angehörige in ihrer Handlungsfähigkeit stark eingeschränkt, teils nicht mehr arbeitsfähig, mitunter mit starkem eigenem Behandlungsbedarf bis hin zu stationären Maßnahmen im psychosomatischen Bereich.

Inzwischen stellen Angehörige etwa ein Drittel unserer Klientel dar.

8.3.1 Kinder aus suchtblasteten Familien

Kinder aus suchtblasteten Familien stellen eine besondere Art von Angehörigen dar, denn sie sind, zumindest soweit sie noch minderjährig sind, abhängig von ihren Eltern. Sie können sich nicht einfach selbst bessere Lebensbedingungen suchen, sondern benötigen besondere Hinwendung und Förderung für ein gesundes Aufwachsen. Zwar wollen auch suchtmittelabhängige Eltern gute Eltern sein, aber die Dynamik der Abhängigkeitserkrankung bringt mit sich, dass die Beziehung zwischen Eltern und Kindern häufig gestört ist.

In Deutschland leben ca. 2,65 Mio. Kinder und Jugendliche zeitweise oder dauerhaft mit mindestens einem alkoholabhängigen Elternteil zusammen. Hinzu kommen ca. 40.000 Kinder, deren Eltern drogenabhängig sind oder eine andere stoffgebundene Abhängigkeitserkrankung aufweisen. In Prozenten ausgedrückt bedeutet das, dass je nach Studie 10-15% aller Kinder in suchtblasteten Familien leben. Für den Kreis Heinsberg bedeutet dies, dass hier im Schnitt ca. 5000 (zwischen 4532 und 6799)⁹ Kinder betroffen wären, von den unter 3-Jährigen wären es im Schnitt ca. 750 (zw. 605 und 908) Kinder.

Diese Kinder machen häufig belastende familiäre Erfahrungen, die ihre Entwicklung gefährden können. So zeigen Forschungsergebnisse, dass Kinder suchtkranker Eltern deutlich anfälliger für eigene Suchtprobleme und andere psychische Auffälligkeiten sind als andere Kinder. Sie stellen die größte Risikogruppe dar, selbst eine Suchtstörung bzw. andere psych. Störungen zu entwickeln. Daher sehen wir es als unsere Aufgabe, dazu beizutragen, im Kreis Heinsberg entsprechende Hilfsangebote zu initiieren. Dabei kann es sich um Gruppenangebote für die Kinder selbst handeln oder um Gruppenangebote für Mütter oder Väter, die illegale Drogen konsumiert haben, aber zum Zeitpunkt des Gruppenbeginns drogenabstinent leben.

8.4 Jugendliche und heranwachsende Drogenkonsumenten

In den letzten Jahren ist eine Veränderung im Bereich der illegalen Drogen festzustellen. Die Zahl derjenigen, die neu in den Opiatkonsum einsteigen, sinkt, es bleibt eine relativ gleich starke Gruppe von Opiatabhängigen, die sich meist in Substitution befindet. Zudem verzeichnen wir eine langsame, aber stetige Zunahme im Bereich von Cannabis-, Amphetamin- oder Ecstasy-Konsum. Es handelt sich dabei meist um Heranwachsende. Das Spektrum reicht hier von Konsumenten (Probierkonsum) in oft noch guter psychischer und physischer Verfassung, die noch auf unterstützende Ressourcen (seitens der Familien, Jugendhilfe, Freundeskreis...) zurückgreifen kön-

⁹ Statistisches Landesamt, 2012

nen, bis hin zu den Heranwachsenden, die durch die Begleitumstände des Konsums illegaler Drogen straffällig geworden sind und von uns in der Justizvollzugsanstalt Heinsberg betreut und in Therapie vermittelt werden oder die bereits schwere gesundheitliche Schäden, wie z.B. Psychosen, entwickelt haben.

Drogenkonsum wird in der Adoleszenz von den allermeisten Konsumenten, deren Konsum über das bloße Probieren hinaus geht, als interessant, bereichernd oder auch einfach zum Lebensstil zugehörig erlebt („das machen alle“). Andererseits befinden sich die Jugendlichen bzw. Heranwachsenden zumeist mitten in für diese Altersgruppe typischen Adoleszenzkonflikten mit „den Erwachsenen“, in die sich der Drogenkonsum als ein – oft seitens der Erwachsenen als sehr zentral erlebter – Konfliktbereich einreicht. Dementsprechend erscheint das Eingeständnis von Problemen mit dem Drogenkonsum als Niederlage im Kampf um Autonomie und Selbstbehauptung gegenüber der Elterngeneration und ist daher in der ersten Zeit des Drogenkonsums kaum zu erwarten. Oft führt erst eine Zunahme des Problemdrucks, hervorgerufen durch multiple gesundheitliche, seelische und/oder soziale Schwierigkeiten, die sich z.B. in Auffälligkeiten in der Schule oder am Ausbildungsplatz zeigen können, zur Bereitschaft die Beratungsstelle aufzusuchen, um dann eventuell eine Veränderung des Drogenkonsums in Betracht zu ziehen. Das Spektrum der Veränderungsbereitschaft reicht dabei von einer Reduktion bzw. situationsbezogenen oder zeitlichen Begrenzung des Drogenkonsums bis zur völligen Drogenabstinenz.

8.5 Tabakabhängige Menschen

Im Jahrbuch „Sucht 2020“ der DHS wird ausgeführt, dass das Rauchen in den Industrienationen die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit ist. Etwa 13,5 % aller Todesfälle in Deutschland waren auf die Folgen des Rauchens zurückzuführen. Das entspricht rund 121.000 Menschen (im Jahr 2013).

26 % der Männer und 19 % der Frauen ab 15 Jahren rauchten im Jahr 2017. Damit ist die Zahl der Raucher_innen in Deutschland weiterhin rückläufig. Bei Jugendlichen ist der Trend zum Nichtrauchen bereits seit rund 15 Jahren zu beobachten.

Die bislang umgesetzten Maßnahmen der Tabakkontrollpolitik haben dazu geführt, dass vor allem Jugendliche und junge Erwachsene weniger rauchen. Dennoch weisen Expert_innen im o.g. Jahrbuch auf einen weiterhin erheblichen Nachholbedarf bei der nachhaltigen Verringerung des Tabakkonsums und beim verbesserten Nichtraucherschutz in Deutschland hin. Der Pro-Kopf-Verbrauch lag 2019 bei 900 Zigaretten. Insgesamt wurden 74,6 Milliarden Fertizigaretten in Deutschland konsumiert. Das ist ein minimaler Anstieg um 0,3 % gegenüber 2018. Der Verbrauch von Feinschnitt ging um 2 % auf 23.813 Tonnen zurück. Das entspricht etwa 35,7 Milliarden selbstgedrehter Zigaretten.

Der Konsum von (Wasser-)Pfeifentabak ist 2019 erneut stark angestiegen. Es wurden 4.150 Tonnen verbraucht, das ist ein Plus von 24,5 % gegenüber dem Vorjahr. Dies dürfte insbesondere auf die Beliebtheit des speziellen Wasserpfeifentabaks zurückzuführen sein, den vor allem Jugendliche und junge Erwachsene in Shisha-Bars oder zuhause rauchen.

Auf jährlich 97,24 Milliarden Euro beziffert der Ökonom Dr. Tobias Effertz die gesamtwirtschaftlichen Kosten des Rauchens. Davon entfallen 30,32 Milliarden Euro

auf direkte Kosten (z.B. Kosten für die Behandlung tabakbedingter Krankheiten) und 66,92 Milliarden Euro auf indirekte Kosten (z.B. Produktivitätsausfälle).

Befürchtete oder bereits eingetretene gesundheitliche Folgen des Rauchens, Ärger darüber, (immer mehr) Geld dafür auszugeben und das Bedürfnis, sich von dieser Abhängigkeit zu befreien, nennen viele Raucher als wichtige Gründe, das Rauchen aufzugeben. Auf der anderen Seite, oft weniger deutlich zugänglich, steht bei vielen Rauchern das Gefühl von Geselligkeit des Rauchens, die (lieb gewonnene) Gewohnheit der Zigarette zum Kaffee oder nach dem Essen, die Unterstützung von Entspannung und „Abschalten-Können“ u.v.m. Da diese Effekte oft unmittelbarer, schneller wirksam sind als die i.d.R. langfristig eintretenden gesundheitlichen Schädigungen, werden sie vielfach als „gewichtiger“ erlebt. So lässt sich erklären, dass trotz der bis zu jährlich 121.000 Toten, die auf das Rauchen zurückgeführt werden und zahlreicher generalpräventiver Maßnahmen der letzten Jahre (Rauchverbote, Erhöhung der Tabaksteuer, Aufklärungskampagnen...) weiterhin tausende Raucher ihren Zigarettenkonsum beibehalten.

Menschen, die ausschließlich wegen ihrer Tabakabhängigkeit unsere Beratungsstelle aufsuchen, sind eine kleine Adressatengruppe. Bei vielen Rauchern gestaltet sich die Umsetzung des Vorhabens, Nicht-Raucher zu werden – aufgrund des hohen psychischen, teilweise auch körperlichen Abhängigkeitspotenzials (s.o.) des Tabakkonsums – als schwierig. Dies wiederum begünstigt, dass - häufig nach mehreren gescheiterten Aufhör-Versuchen - der Wunsch nach professioneller Unterstützung entsteht.

Mit der Zunahme der Bedeutung dieses Themas in der Gesundheitspolitik und in den Medien ging einher, dass in Sucht-Fachkliniken Tabak-Entwöhnungsgruppen im Rahmen der primären Behandlung von Alkohol-, Medikamenten oder Drogenabhängigkeit in den letzten Jahren standardmäßig angeboten wurden. Seit 2004 bietet unsere Beratungsstelle ein anerkanntes Gruppenprogramm¹⁰ zur Raucherentwöhnung an.

8.6 Institutionen

Zusätzlich zur Arbeit mit Einzelpersonen, Paaren und Familien bieten wir Unterstützung und Beratung von Institutionen an, die sich neben ihrer eigentlichen Aufgabe mit den Auswirkungen von Substanzkonsum oder Abhängigkeit konfrontiert sehen. Dies können Institutionen aus dem Non-Profit-Bereich, aber auch aus dem Profitbereich sein.

In diesem Zusammenhang sehen wir auch Beratungsleistungen (Supervision) für Leiter von Selbsthilfegruppen aus dem Suchtbereich, die zur Zeit ein regelmäßiger Bestandteil unserer Arbeit sind.

¹⁰„Das Rauchfrei Programm“; vorher: „Rauchfrei in 10 Schritten“ des Instituts für Therapieforschung (IFT), München.

9. Inhalte

9.1 Abstinenzorientierte Beratung

Beratung von suchtmittelabhängigen oder suchtgefährdeten Menschen soll zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen und zwar auf verschiedenen Ebenen. Berater_innen und Ratsuchende haben zu Beginn einer Zusammenarbeit eventuell unterschiedliche Beratungsziele. Diese gilt es abzugleichen und auszuhandeln. Nur wenn es gelingt, eine relevante Schnittmenge der Sichtweisen zwischen Ratsuchenden und Berater_innen übereinstimmend zu finden sowie eine positive Beziehung zwischen beiden entstehen zu lassen, kann sich daraus eine wirksame Interaktion im Dienste einer Veränderung entwickeln.

Förderung von Autonomie und Eigenverantwortlichkeit ist ein wichtiges Beratungs- und Behandlungsziel in der Suchtarbeit. Gleichzeitig wird jedoch von Klient_innen häufig unausgesprochen eine Entscheidung zur dauerhaften Abstinenz bezüglich ihres Suchtmittels, teilweise sogar bezogen auf alle Suchtmittel, erwartet. Die berufliche Erfahrung zeigt, dass es für Suchtmittelabhängige der sicherste Weg ist, völlig auf Suchtmittel zu verzichten. Hierdurch lässt sich das Risiko, wieder in alte Konsummuster zu verfallen, senken und in aller Regel die körperliche und seelische Gesundheit langfristig verbessern.

Daraus folgt, dass das Abstinenzziel keinen höheren moralischen Wert darstellt, sondern wie Antons-Volmerg (1989) schreibt, für Suchtmittelabhängige in der Regel das „Solideste und Anzustrebende“ bedeutet. Voraussetzung ist, dass dieses Ziel vom Klienten gewünscht wird und eine abstinenten Lebensführung möglich erscheint. Ist dies nicht gegeben, müssen individuelle, der jeweiligen Lebenssituation und Veränderungsbereitschaft angemessene Ziele und Strategien erarbeitet werden, die unterhalb des „Maximalziels“ Abstinenz angesiedelt sind (s.u.).

9.2 Konsumreduktion

Vielen Menschen die uns aufsuchen, erscheint das Ziel, auf „ihr(e)“ Suchtmittel ganz zu verzichten, nicht attraktiv oder nicht realisierbar. Sie vermuten eine Abnahme an Lebensqualität, Genussfähigkeit oder Einschränkungen bzw. Bloßstellung im sozialen Miteinander, wenn sie ganz abstinent leben würden. Häufig erleben sie Suchtmittelabstinenz nicht als ihre eigene Zielsetzung und wehren sich gegen die als solche erlebte Bevormundung durch den „Chor“ der Abstinenzbefürworter, indem sie weiter konsumieren, abstinenten Lebensführung rundheraus ablehnen oder sich als nicht-abstinenzfähig definieren.

Für eine erhebliche Zahl dieser Menschen, die dann doch – mitunter ausgelöst durch nicht unerheblichen Leidens- bzw. Problemdruck – irgendwann Klienten unserer Beratungsstelle werden, erscheint dagegen die Idee, den Konsum psychotroper Substanzen einzugrenzen bzw. zu vermindern, erstrebenswert. Einigen dieser Klienten gelingt es, ganz ohne oder mit sehr geringer Unterstützung Dritter, den Konsum insgesamt und auch stabil deutlich zu reduzieren und/oder den Konsum auf Situationen, in denen er willkommen ist, zu beschränken. Andere wiederum scheitern, auf sich alleine gestellt, daran und sind nicht bereit, nun den abstinenten Weg einzuschlagen. Vielmehr suchen sie nach Unterstützung, den Konsum in Grenzen zu halten.

Hierzu wurden in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Ansätzen und Hilfsmitteln – bis hin zu regelrechten Programmen – entwickelt.

Am Anfang der systematischen Erarbeitung einer Konsumreduktions-Strategie steht häufig ein Konsumprotokoll, d.h. eine Dokumentation des Wann, Was, Wieviel, Wo und Warum des Suchtmittelkonsums über einen längeren, zuvor definierten Zeitraum. Diese Form der „Selbst-Kontrolle“ erbringt oft überraschende Ergebnisse und verdeutlicht den „Ist-Stand“ des eigenen Konsumverhaltens. In einem weiteren Schritt werden dann gemeinsam Veränderungsziele eindeutig definiert und Hilfestellungen erarbeitet, die die Umsetzung erleichtern sollen.

Ein elaborierter, erprobter und wissenschaftlich fundierter Ansatz zur systematischen Erarbeitung von konsumbezogenen Kontrollstrategien in Bezug auf Alkohol ist das sog. „Kontrollierte Trinken“. Es handelt sich um ein Angebot der Erwachsenenbildung, das zumeist in Gruppenform durchgeführt wird. Ausgehend von der Idee der Selbstverantwortlichkeit und Selbstbestimmung der Teilnehmer werden diesen in systematischer Weise Hilfen bei der Konsumkontrolle und -bewertung, der Zieldefinition und schließlich der Umsetzung von (selbst gesetzten) Reduktionszielen vermittelt. Kontrolliertes Trinken definiert Prof. Joachim Körkel, der dieses Konzept in Deutschland etabliert hat, wie folgt: *„Von kontrolliertem Trinken ist dann zu sprechen, wenn jemand sein Trinkverhalten an einem zuvor festgelegten Trinkplan bzw. Trinkregeln ausrichtet.“* (www.kontrolliertes-trinken.de).

Unsere Beratungsstelle macht Angebote zum Erlernen des „Kontrollierten Trinkens“ in Form von Gruppen- und Einzelgesprächen seit dem Jahr 2004.

9.3 Konsumbegleitung

Gelegentlich begegnen uns in unserer Arbeit auch Klienten, für die eine Veränderung ihres Konsumverhaltens in Bezug auf psychotrope Substanzen gegenwärtig nicht Thema ist. Dies kann vielfältige Hintergründe haben: Es fehlt ihnen an Zutrauen, eine Veränderung ihres Konsums erreichen oder aufrechterhalten zu können. Sie fürchten, dass eine Reduktion oder gar Aufgabe ihres Konsums mehr Nach- als Vorteile hat. Ein ausgeprägtes Problembewusstsein in Bezug auf den Umgang mit Alkohol, Medikamenten oder Drogen ist nicht vorhanden, oder in der subjektiven Bilanz überwiegen die positiven Seiten des Konsums die negativen.

Diese Klienten einfach als „unmotiviert“ abzustempeln und infolge dessen eine (weitere) Beratung oder Betreuung abzulehnen, verkennt nach unserem Verständnis, dass

- die Bereitschaft, sich auf Veränderungen des eigenen Erlebens und Verhaltens einzulassen, kein entweder vorhandenes oder nicht vorhandenes Persönlichkeitsmerkmal, sondern vielmehr ein vielfältig beeinflusstes prozesshaftes Geschehen ist,
- die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung zum Berater über einen längeren Zeitraum sich positiv auf Veränderungszuversicht und –bereitschaft – auch in Bezug auf den Suchtmittelkonsum – auswirken kann,
- diese Klienten in bedeutsamen anderen Lebensbereichen durchaus veränderungsmotiviert sein können,
- als relevant erlebte Veränderungen der sozialen Bezüge, der psychischen oder körperlichen Befindlichkeit, u.v.m. häufig zurückwirken auf den Umgang mit Suchtmitteln,
- Menschen mitunter, aufgrund massiver seelischer Beeinträchtigungen – die oft ihre Wurzeln in traumatisierenden Erfahrungen haben – ihre Lebenssituation oh-

ne eine geeignete Behandlung ihrer psychischen Störung nicht „nüchtern(er) ertragen“ können.

Daher erscheint es mitunter fachlich ratsam, auch Menschen, die in Bezug auf ihren Umgang mit psychotropen Substanzen wenig oder keine Bereitschaft zu einer Veränderung erkennen lassen – bisweilen auch über einen längeren Zeitraum – zu begleiten.

9.4 Familien- und Beziehungsorientierung

Wie in 8.3 beschrieben impliziert unsere (ursprüngliche) familientherapeutische Orientierung, dass wir - in Ergänzung zur individuumsbezogenen Betrachtungsweise - mit unserer Klientel das Augenmerk auf die jeweilige Herkunft sowie die Entwicklungsprozesse innerhalb der Familie richten. Hierbei suchen wir gemeinsam mit den Klient_innen nach dem Sinn, den ihre Symptome/Krisen im Kontext ihrer Familie machen. Ferner beziehen wir bei Bedarf auch weitere beteiligte Systeme, wie das Jugendamt, die Bewährungshilfe oder die Arbeitsstelle in ihrer jeweiligen Bedeutung für den Umgang des Klienten mit seiner Substanzproblematik und andere damit zusammenhängende Themen in unsere Arbeit ein. Dies geschieht in der Absicht, die bestehenden Strukturen in ihren Wechselwirkungen diagnostisch zu erfassen, um daran anknüpfend in der beraterisch-therapeutischen Arbeit wieder an die Kräfte zu gelangen, über die die Klient_in vormals verfügt hat, und diese für sie nutzbar zu machen.

9.5 Angehörigenarbeit

Wenn uns Angehörige aufsuchen, ist häufig ihr primäres Anliegen, zu erfahren, wie sie ihre Angehörigen „retten“ und eine Optimierung der bisherigen eigenen Hilfeversuche erreichen können. Wir erleben sie besorgt, verzweifelt, oft hilflos, manchmal handlungsunfähig. Neben den klassischen Informationen über Substanzen – Wirkungen und Nebenwirkungen – und das Suchthilfesystem, geht es um Fragen zum Umgang mit den Konsumenten/Abhängigen. Uns ist es ein Anliegen, dass die Angehörigen unabhängiger von ihren abhängigen Familienmitgliedern werden. Wir wollen sie dabei unterstützen, ihr Leben losgelöst vom Problem der Abhängigkeit in der Familie wieder aufzunehmen, zu intensivieren und klarere Grenzen zu ziehen. Das führt in der Regel zu einer Verbesserung der persönlichen Befindlichkeit und einer „Gesundung“ der Angehörigen. Diese Veränderung zieht häufig eine Veränderung in der Beziehung zum Partner/Kind und letztlich auch eine Veränderung in dessen Verhalten nach sich. Wir beschäftigen uns in den Gesprächen mit Angehörigen in erster Linie mit dem Umgang miteinander, mit Fragen zu Verbindlichkeit und Verantwortung, Achtung und Respekt - Qualitäten, die oft unter den Stressmomenten einer von Substanzkonsum beeinflussten Beziehung leiden oder verloren gehen.

9.6 Interdisziplinarität - Sozialpädagogik und Psychologie

Die Professionen Sozialpädagogik und Psychologie ergänzen sich. Im Team arbeiten sie interdisziplinär zusammen.

In unserer Beratungsstelle sind überwiegend Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen beraterisch tätig. Der sozialen Dimension von Suchtmittelproblemen wird dadurch ein hoher Stellenwert zuerkannt.

Die Aufgaben und Anliegen Sozialer Arbeit lassen sich – in Anlehnung an eine Darstellung des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit (DBSH) auf seiner Homepage im Internet – wie folgt zusammenfassen:

- Sozialarbeit erschließt Ressourcen und vielgestaltige soziale Dienstleistungen (materielle Unterstützung, persönliche Betreuung und soziale Integration),
- Sozialarbeit entwickelt und verbessert soziale Hilfssysteme und den Zugang zu diesen,
- Sozialarbeit leistet Prävention und Prophylaxe zur Erhaltung und Förderung humaner und sozialer Kompetenzen,
- Sozialarbeit trägt zur Durchsetzung gesellschaftlicher Normen bei, im Einklang mit den in den Menschenrechtsverträgen und den sozialen Chartas anerkannten Prinzipien.

Art und Umfang sozialarbeiterischer Intervention unterscheiden sich erheblich, angesichts der höchst verschiedenen Ressourcenlage und Hilfebedarfe der Klienten sowie durch unterschiedliche persönliche und fachliche Hintergründe und Sichtweisen der jeweiligen Berater. Während die psychosozialen Kompetenzen bei vielen Klienten in einem Maße ausgeprägt sind, das ein weitgehend eigenständiges „Für-sich-Sorgen“ ermöglicht, sind bei anderen Klienten erhebliche Defizite der praktischen Problembewältigung erkennbar, so dass die vielfach komplexen Hilfebedarfe durch die sozialen Alltagsbezüge nicht kompensiert werden können. Im letzteren Fall vermitteln wir auch in spezialisierte psychosoziale Dienstleistungen wie Schuldnerberatung, Sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsberatung, Arbeitslosenberatung, Selbsthilfegruppen u.v.a.

Daneben erbringen wir eine Reihe von sozialarbeiterischen Dienstleistungen im Hause. Das gilt z.B. für Vermittlungsprozesse in Sucht-Rehabilitation, die Vorbereitung und Beantragung von Betreutem Wohnen, u.a.

Soziale Arbeit im Kontext unserer Beratungsarbeit ist ferner in aller Regel zu einem bedeutsamen Teil „Casemanagement“ - im Sinne koordinierender Begleitung, Einleitung, Überprüfung und Modifizierung von Hilfewegen.

Die Aufgaben und Anliegen der Psychologie lassen sich – in Anlehnung an eine Darstellung des Berufsverbandes Deutscher Psycholog_innen (BDP) auf seiner Homepage – wie folgt zusammenfassen: Die wissenschaftliche Psychologie will mithilfe von geistes-, sozial- und naturwissenschaftlichen Denkmodellen sowie Forschungsstrategien erkennen, wie Menschen ihr persönliches Leben in sozialen Beziehungen und Gemeinschaften erleben, verstehen und durch ihr Verhalten organisieren.

So kann lebens- und praxisorientiertes Wissen zur Verbesserung individueller und sozialer Prozesse in Menschen, Familien, Gemeinschaften, Organisationen und in der Politik entwickelt werden.

Psychologie kann Menschen konkrete Informationen sowie Anleitungen und Lernhilfen dazu vermitteln, wie sie beispielsweise:

sich gegenseitig gut verstehen, fair miteinander reden und ihre Wünsche und Anliegen in Gegenseitigkeit und miteinander regeln können
 Lernen effektiv, motivierend und leistungsfreundlich gestalten können
 Gesundheit und Wohlbefinden fördern und schädlichen Stress vermeiden können
 persönliche Fähigkeiten für ihr privates Leben und ihre Arbeit optimal nutzen können
 Ängste überwinden, Verlusterfahrungen und traumatische Erfahrungen bewältigen können

In unserer Beratungsstelle spielt das Angebot der Ambulanten medizinischen Rehabilitation (ARS) eine wichtige Rolle, die gemeinsam mit den Suchtberatungsstellen des Kreisgesundheitsamtes angeboten wird. Vor allem hierfür spielt die Position der Psycholog_in eine tragende Rolle.

9.7 Prävention

Weil wir keine speziellen (Personal-)Ressourcen hierfür haben, was entsprechend begrenzte zeitliche Möglichkeiten zur Folge hat, und wir vor dem Hintergrund unserer fachlichen Positionierung (s.u.) dies für sinnvoll halten, begrenzen wir unsere suchtprophylaktischen Aktivitäten auf

1. den sekundärpräventiven Bereich, d.h. auf Angebote, die in ihrer Wirkung auf risikant oder bereits problematisch Suchtmittelkonsumierende, vor allem Jugendliche und Heranwachsende, zielen, und
2. die Arbeit mit Multiplikatoren, d.h. Personen, die wichtige Bezugspersonen von Suchtmittelkonsumenten sind. Das können sowohl Familienmitglieder, Freunde aber auch andere (professionelle) Betreuungspersonen wie Lehrer, Erzieher, Ausbilder etc. sein.

Inhaltlich orientieren wir uns dabei zum einen an der in der Präventions-Forschung mittlerweile weit verbreiteten Auffassung, dass **substanzbezogene** Prophylaxearbeit mit nicht konsumierenden oder nicht problematisch konsumierenden Personen wenig sinnvoll, unter Umständen in ihren Wirkungen sogar kontraproduktiv, ist. Demgegenüber erscheint in der Auseinandersetzung mit bereits in erheblichem Umfang konsumierenden Menschen auch der Umgang mit dem Substanzkonsum als ein wesentliches, im Dienste einer positiven Veränderung nutzbares Thema. Aus Ressourcen-gründen (s.o.) und auch weil wir dies für einen besonders wirksamen Ansatz halten, erscheinen gerade auch Interventionen, die Einfluss auf die Haltung der unmittelbaren Bezugspersonen zum Suchtmittelkonsum aber auch zu anderen Themen des Miteinanders nehmen, sinnvoll. Dies geschieht zum einen vielfach in Einzel- und Paarberatungen, vor allem von Eltern und Partnern Suchtmittel konsumierender Menschen. Zum anderen führen wir mit professionellen Bezugspersonen punktuell Beratungs- oder Fortbildungsangebote mit dieser Zielsetzung durch.

10. Methoden

10.1 Einzelberatung

Im Einzelgespräch kommt der Beziehung und Beziehungsgestaltung zwischen Klient_in und Berater_in ein besonders hoher Stellenwert zu. Eine hilfreiche Begegnung im Beratungsgespräch setzt voraus, dass (zumindest) wechselseitiges Verständnis für die Sichtweisen des/der Anderen, Respekt, Vertrauen und Zutrauen in die Bereitschaft und Fähigkeiten des Gegenübers entsteht. Die Berater_in hat dabei die Aufgabe, diesen Prozess aktiv zu gestalten, begleitend zu reflektieren und falls erforderlich das eigene Vorgehen in Hinblick auf die genannten Effekte zu modifizieren. Diese „Beziehungsarbeit“ an sich ist ein wesentlicher Faktor für die Veränderungsdynamik im Beratungsprozess:

- Die Erfahrung der Bestätigung durch die Berater_in, indem diese beispielsweise Verständnis für die Lebensgeschichte und -situation sowie die Bedeutung des Suchtmittelkonsums erkennen lässt und adäquate Veränderungsperspektiven aufzeigt, wirkt sich unmittelbar förderlich auf den Selbstwert und die Veränderungszuversicht der Klient_innen aus.
- In der Zweierbeziehung zwischen Berater_in und Klient_in im Einzelgespräch bilden sich zwischenmenschliche Probleme und Konflikte ab und werden für die Beratungsarbeit zugänglich, die auch im Alltag der Klienten von – oftmals zentraler - Bedeutung sind.
- Auf Basis einer vertrauensvollen Beziehung zur Berater_in werden oft Hinweise und Empfehlungen für weitere Maßnahmen und Hilfestellungen eher als wertvoll und sinnvoll erlebt, womit die Wahrscheinlichkeit, dass weitergehende oder ergänzende Hilfen genutzt werden, steigt.

In Form von Einzelgesprächen erbringen wir einen großen Teil unserer psychosozialen Dienstleistungen wie die Klärung von Zielperspektiven und Hilfswegen, die Vorbereitung und Durchführung von Vermittlungsprozessen bis hin zu (Sucht-) Behandlung im engeren Sinne (Ambulante medizinische Rehabilitation Sucht, ARS).

10.2 Paar- und Familiengespräche

Paar- und Familiengespräche sind eine fachliche Ergänzung zu den überwiegenden Einzelgesprächen.

Für viele unsere Klienten sind Konflikte in den familiären Beziehungen ausschlaggebend dafür, unsere Beratungsstelle aufzusuchen. Dementsprechend sehen sie einen hohen Veränderungsbedarf, was allerdings nicht immer bedeutet, dass Partner, Kinder, Eltern oder andere Angehörige bereit sind, im Rahmen unseres Beratungsangebots an der Bearbeitung der aufgetretenen Schwierigkeiten mitzuarbeiten. Außerdem wird die Einbeziehung von Bezugspersonen mitunter von den Klient_innen, die uns aufsuchen, selbst abgelehnt. Dort wo es jedoch gelingt, Angehörige für die Mitarbeit im Rahmen unserer Beratungsangebote zu gewinnen, führt dies nach unserer Einschätzung vielfach zu schnelleren und nachhaltigeren Veränderungen.

Vielfach scheint es jedoch sinnvoll zu sein, keine gemeinsamen Gespräche durchzuführen, sondern die Beteiligten separat im Rahmen von Einzelgesprächen zu beraten: Dies halten wir besonders dann für erforderlich, wenn es wenige oder gar keine gemeinsamen Bewertungen und Zielsetzungen in Hinblick auf die zentralen Konfliktthemen gibt.

In der Beratung von Paaren oder Familien liegt das Augenmerk auf den Beziehungen der Familienmitglieder untereinander. Dabei bleibt ein wichtiger Aspekt die Betonung der Eigenverantwortlichkeit jedes Einzelnen: Dies impliziert zum einen, dass es Grenzen der eigenen Einflussnahme gibt. Sie zu beachten, ist wesentlich. Zum anderen wird durch die Fokussierung auf die Selbstverantwortung darauf verwiesen, sich auf den Bereich zu konzentrieren, der jedem Beteiligten am weitreichendsten und unmittelbarsten zugänglich ist: Das eigene Erleben und Verhalten.

Der zweite zentrale Aspekt unserer Arbeit mit Paaren und Familien ist, nach systemischen Gesichtspunkten das Verhalten der Einzelnen in seinen Wechselwirkungen mit dem Verhalten der anderen Familienmitglieder zu betrachten: Wie wirkt sich die Wahrnehmung der Anderen auf das eigene Erleben und Verhalten aus? Welche Konsequenzen hat dies für das eigene Verhalten, und wie wirkt dieses wiederum auf die Anderen zurück?...usw.

10.3 Gruppenarbeit

Die Arbeit mit Gruppen, die ein gemeinsames Thema verbindet, hat im Rahmen unserer Arbeit eine lange Tradition. Im Angehörigenbereich wurde und wird eine kontinuierliche Gruppe für Partner_innen von Suchtmittelabhängigen (Angehörigengruppe) angeboten. Die ebenfalls langjährig existierende Elterngruppe musste zu Beginn des Jahres 2019 leider eingestellt werden. Wir mussten erkennen, dass sich die Bedarfe der Eltern über die Jahre verändert haben, was vermutlich auch mit der Art der Abhängigkeit ihrer „Kinder“ in Zusammenhang steht (s. 8.4).

Bei entsprechendem Bedarf und den personellen Möglichkeiten bieten wir Kindergruppen für Kinder aus suchtbelasteten Familien an.

Seit vielen Jahren hat die Supervision von Leitern der Selbsthilfegruppe des Kreuzbundes einen festen Platz in unseren Angeboten.

Bei allen diesen Angeboten wird durch fachlich geleitete Gruppengespräche eine besondere Qualität der Erfahrung erreicht, die über die Einzel-, Paar- und Familiengesprächs-Situation hinausgeht: Gruppen entwickeln eine Reihe von Merkmalen, die entweder einzigartig sind oder im Gruppenkontext erheblich ausgeprägter anzutreffen sind als in anderen Settings. Beispielsweise zu nennen ist hier

- die Erfahrung, mit vielen Anderen in „einem Boot zu sitzen“. Häufig wird es als sehr entlastend erlebt, in Bezug auf Art und Ausmaß der Schwierigkeiten nicht alleine zu sein.
- Gruppen vermitteln durch eine Vielzahl an durchaus auch positiv verlaufenen „Lebens-Geschichten“ von Menschen, die in ähnlichen Schwierigkeiten steck(t)en, oftmals ein hohes Maß an Hoffnung, dass Veränderung – auch für einen selbst -möglich ist.
- Gruppen ermöglichen ein Gefühl von Zusammenhalt und (sozialer) Zugehörigkeit, das viele Teilnehmer lange (oder bislang gänzlich) entbehrt haben. Sie ermöglichen positive Identifikation und Sinn-Gebung für den Einzelnen und damit wertvolle soziale Erfahrungen.
- Die Rückmeldungen der anderen Gruppenteilnehmer ermöglichen eine Überprüfung der eigenen Wahrnehmungen, Einschätzungen und Wertungen. Die emotionale Zuwendung, das Lob und die solidarische Kritik der „Gleichgesinnten“ wirkt in besonderem Maße bestätigend und fördert das Selbstwertgefühl.

- Gruppen bilden einen Erfahrungsraum, der Ähnlichkeiten besitzt zu gegenwärtig-alltäglichen oder lebens-geschichtlich bedeutsamen sozialen Bezügen der Mitglieder. Sie begünstigen dadurch die Wiederbelebung persönlicher sozialer Konflikte sowie der ihnen zugrunde liegenden Verhaltens- und Erlebensweisen und machen diese einer gezielten „Bearbeitung“ zugänglich.

10.4 Vermittlung

Zahlreiche Hilfen, die für eine Gesundheit bzw. psychosoziale Stabilisierung von suchtmittelabhängigen Menschen wesentlich sind, können wir in unserem Hause nur in Ansätzen oder gar nicht erbringen. Daher stellt die Vermittlung in geeignete medizinische oder psychosoziale Angebote anderer Einrichtungen einen sowohl inhaltlich wie auch vom Arbeitsumfang her bedeutsamen Teil unserer Arbeit da.

Zunächst ist in diesem Zusammenhang eine Bestandsaufnahme des Hilfebedarfs (Problemlagen, psychosoziale Kompetenzen, Hilferessourcen die bereits verfügbar sind) und der Bereitschaft der Klient_innen, Hilfen in Anspruch zu nehmen, durchzuführen. Im Sinne einer adäquaten Hilfeplanung ist dann einerseits abzuklären, welche Hilfen wo und auf welchem Weg verfügbar sind, und in welcher Reihenfolge welche (Veränderungs-) Schritte anstehen. All dies geschieht in dialogisch-partnerschaftlicher Abstimmung mit den Klient_innen. Falls erforderlich und sinnvoll erfolgt auch eine Einbeziehung von weiteren beteiligten Diensten (Bewährungshilfe, Jugendamt, (gesetzliche) Betreuer etc.)

Die eigentliche Vermittlungsarbeit beinhaltet dann

1. die Weitergabe von Informationen über das Hilfeangebot (Voraussetzungen, Zugang, Inhalte und Angebote...),
2. die inhaltliche Vorbereitung der Inanspruchnahme (Welche persönlichen Entwicklungen muss die Klient_in im Vorfeld vollziehen? Welche Hilfen sind wo dafür verfügbar?),
3. die administrativ-organisatorische Vorbereitung (Antragsverfahren, Vorgespräch, Abklärung justizieller Voraussetzungen, Verabredung von Aufnahme-terminen etc.),
4. eventuell Unterstützung beim Finden des Zugangs (Bearbeitung von Hindernissen, die einer Inanspruchnahme im Wege stehen, Begleitung zum Behandlungsantritt u.ä.).

Einerseits vermitteln wir in Hilfen, die – zumindest zeitweise – anstelle von Angeboten unseres Hauses wahrgenommen werden wie z.B. Entzugsbehandlungen oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen. Zum anderen ebnen wir den Weg zu Angeboten, die in aller Regel über einen längeren Zeitraum parallel zu unserer Beratungsarbeit stattfinden. Beispiele hierfür sind (Sucht-) Selbsthilfegruppen, ärztliche Behandlung, Arbeits- und Beschäftigungsmaßnahmen und Schuldenberatung – um nur einige zu nennen.

Selbstverständlich vermitteln die Mitarbeiter unserer Beratungsstelle Klienten auch in Angebote unseres Hauses, die sie selbst nicht durchführen und/oder die einen neuen Abschnitt der Betreuung begründen, was in aller Regel mit einer Veränderung der Anforderungen, der Inhalte und des Settings einhergeht. Als wesentliche Beispiele

hierfür seien genannt: Ambulante Rehabilitation Sucht (ARS), Angehörigengruppe, Raucherentwöhnung, Kontrolliertes Trinken.

10.5 Aufsuchende Arbeit

Die Mitarbeiter unserer Beratungsstelle arbeiten, ergänzend zur insgesamt überwiegenden Komm-Struktur unserer Beratungsarbeit, in einzelnen Arbeitsbereichen auch aufsuchend. So besuchen wir auf Grundlage eines Vertrags über „externe Drogenberatung“ inhaftierte Klienten in der JVA Heinsberg. Die Vermittlung in stationäre Entwöhnungsbehandlung bzw. die Zuführung zu Hilfen nach der Haftzeit stehen hier im Vordergrund.

Auf der Entzugsstation des Krankenhauses „ViaNobis“ der Gangelter Einrichtungen findet seit Jahrzehnten ein aufsuchendes Angebot in Form einer Sprechstunde seitens der Beratungsstelle statt. Wir beabsichtigen damit, Patienten über den persönlichen (Erst-) Kontakt und die Vermittlung von Informationen zu Angeboten, die sie im Anschluss an die stationäre Behandlung in Gangelte wahrnehmen können, eine Brücke zu den (weitergehenden) Hilfen der Suchthilfe zu bauen.

11. Organisation

11.1 Personelle Ausstattung

Das Team der Beratungsstelle ist interdisziplinär mit Sozialpädagog_innen/Sozialarbeiter_innen (Diplom, Bachelor bzw. Master), und einer Diplom-Psychologin besetzt. Im Beratungsbereich sind fünf fest angestellte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie zwei Honorarkräfte tätig. Alle Mitarbeitende sollen Berufserfahrung im Suchtbereich mitbringen, bzw. sich diese in der Einarbeitung erarbeiten. Sie bringen im günstigsten Fall bereits eine abgeschlossene therapeutische Zusatzausbildung, die von den Renten- und Krankenversicherungsträgern für die Ausübung der ambulanten medizinischen Rehabilitation Sucht anerkannt ist mit oder werden dabei vom Caritasverband unterstützt, diese zeitnah zu beginnen. Der Erwerb dieser Zusatzausbildung ist uns wichtig, um einerseits den fachlichen Anforderungen der Rentenversicherungen für die Durchführung der Ambulanten medizinischen Rehabilitation Sucht (ARS) zu entsprechen wie auch unseren Qualitätsanspruch umzusetzen. Zusätzlich ist eine Mitarbeiterin im Verwaltungsbereich tätig.

11.2 Finanzierung

Die Beratungsstelle finanziert sich durch eine institutionelle Förderung bezüglich der Personal- und anteiligen Sachkosten durch den Kreis Heinsberg, in die die Grundförderung des Landes NRW einfließt, Zuschüsse des Regionalen Caritasverbandes Heinsberg e.V. sowie des Diakonischen Werkes für den Kirchenkreis Jülich, Einnahmen aus der ambulanten medizinischen Rehabilitation Sucht, Teilnehmerbeiträgen für bestimmte Kursangebote und aus Spenden sowie uns zugewendeten Strafgeldern.

Hückelhoven, den 17.07.2020

Marlies Trapp
Diplom-Psychologin
Leiterin der Beratungsstelle