

# **Hilfen für Suchtkranke und Suchtgefährdete**

**– Kernaussagen  
der Arbeiterwohlfahrt**



## Hilfen für Suchtkranke und Suchtgefährdete – Kernaussagen der Arbeiterwohlfahrt

*Entsprechend zunehmender Suchtprobleme in unserer Gesellschaft findet innerhalb der Arbeiterwohlfahrt ein kontinuierlicher Ausbau der Suchtarbeit statt. Dabei suchen zunehmend auch Selbsthilfeinitiativen Anschluß bei der AW. Damit wächst das Bedürfnis bei Trägern und Einrichtungen, Mitarbeitern und ehrenamtlichen Helfern nach einem Orientierungsrahmen für Suchtarbeit innerhalb der Arbeiterwohlfahrt durch ein ausformuliertes Selbstverständnis der eigenen Suchtkrankenhilfe.*

*Vor diesem Hintergrund haben sich der Fachausschuß »Gesundheitspolitik« und der Koordinierungskreis »Suchtkrankenhilfe« in intensiven Diskussionen mit Suchtfragen befaßt. Ergebnis dieser Auseinandersetzung sind 11 Kernaussagen, die von den Wurzeln der Suchtarbeit innerhalb der Arbeiterbewegung über eine Analyse der gegenwärtigen Situation bis hin zu Perspektiven und Forderungen für eine Weiterentwicklung der Suchtarbeit reichen.* (Red.)

### Kernaussagen – Zusammenfassung

I.

Eine Rückbesinnung auf die Diskussion über gesellschaftliche und soziale Hintergründe von süchtigem Verhalten ist im Hinblick auf eine umfassende und ganzheitliche Suchtkrankenhilfe dringend erforderlich.

II.

Die Entwicklung des Konsums von Genuß- und Suchtmitteln zeigt die wachsende Bedeutung und Notwendigkeit von Prävention und Hilfsmaßnahmen.

III.

Die Entwicklung süchtigen Verhaltens ist zu verstehen als eine Wechselwirkung zwischen gesellschaftlichen Bedingungen, individuellen Voraussetzungen und der Suchtmittelwirkung.

IV.

Vorbeugung gegenüber süchtigem Verhalten ist als gesamtgesellschaftlicher Auftrag zu begreifen.

V.

Individuelle Therapie- und Betreuungsarbeit muß den gesellschaftlichen und sozialen Kontext mit einbeziehen. Familien- und bezugsgruppenorientierte Behandlungsformen erhalten in der Suchtkrankenhilfe eine immer größere Bedeutung.

VI.

Für die in ihrer Mitwirkungsfähigkeit eingeschränkten und die aufgrund ihrer psychosozialen Situation am stärksten Betroffenen, müssen zusätzliche spezifische Hilfsangebote entwickelt werden.

VII.

Finanzierungsgrundlagen müssen geschaffen werden, die gewährleisten, daß das Hilfeangebot facettenreicher, differenzierter und flexibler gestaltet werden kann, damit der Vielfalt der Hilfesuchenden insgesamt und den Bedürfnissen des einzelnen ausreichend entsprochen werden kann.

© 1989

Herausgeber: Arbeiterwohlfahrt, Bundesverband e. V., Oppelner Straße 130, 5300 Bonn 1

Verantwortlich: Richard Haar

Redaktionelle Bearbeitung: Jack Huttman/Ullrich Wittenius

Sonderdruck aus »Theorie und Praxis der sozialen Arbeit«, Nr. 6/89

Wir danken dem Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e. V. für seine finanzielle Unterstützung bei der Herstellung dieser Broschüre.

*AWI 700/89* 1

### VIII.

Eine stärkere regionale Orientierung erschließt Instrumentarien und Arbeitsformen für eine umfassende psychosoziale Versorgung, die auch benachteiligte Gruppierungen unter den Suchtkranken einbeziehen kann.

### IX.

Qualifizierte psychosoziale Arbeit kann nur durch partnerschaftliche Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und in solidarischer Kooperation mit den Selbsthilfeangeboten geleistet werden.

### X.

Erfolgreiche Suchtkrankenarbeit benötigt rechtliche Rahmenbedingungen, die eine bedarfsorientierte Ausrichtung am Einzelfall ermöglichen.

### XI.

Aus humanitären Gründen ist einer mit Diskriminierung und Stigmatisierung verbundenen Ausgrenzung von HIV-infizierten Drogenabhängigen entgegenzuwirken.

#### **I. Eine Rückbesinnung auf die Diskussion über gesellschaftliche und soziale Hintergründe von süchtigem Verhalten ist im Hinblick auf eine umfassende und ganzheitliche Suchtkrankenhilfe dringend erforderlich.**

Bedingt durch die verheerenden Auswirkungen des Elendsalkoholismus begann mit Ausgang des 19. Jahrhunderts in der Arbeiterbewegung eine verstärkte Auseinandersetzung mit der Alkoholismusproblematik. Einige der politischen Strömungen machten für die Entstehung des Elendsalkoholismus allein die soziale Lage der Arbeiterschaft verantwortlich, die um die Jahrhundertwende gekennzeichnet war durch Massenarmut, unerträgliche Arbeitsbedingungen, katastrophale Wohnverhältnisse u. a. Man ging davon aus, daß es lediglich der Überwindung oder grundsätzlichen Verbesserung der sozioökonomischen Verhältnisse der Arbeiterschaft bedürfe, womit sich die Alkoholismusproblematik von selbst auflösen würde.

Andere Strömungen – vor allem der deutsche Arbeiterabstinenzbünd (DAAB) – arbeiteten jedoch auch auf die Verwirklichung konkreter, solidarischer Hilfen für Betroffene und Mitbetroffene hin<sup>1</sup>.

Die Auswirkungen des Ersten Weltkrieges und der Weltwirtschaftskrise der 20er Jahre mit den bekannten Folgen für die Arbeiterschaft, machten die Zusammenhänge zwischen gesellschaftlichen Ereignissen und Rahmenbedingungen einerseits und dem Anstieg von Suchtmittelmißbrauch andererseits noch deutlicher und verstärkten zugleich die Forderung nach praktischen Hilfemaßnahmen.

Die Gründerin der Arbeiterwohlfahrt, Marie Juchacz, sah in der Überwindung der Alkoholismusproblematik eine Grundvoraussetzung für die Befreiung der Arbeiterklasse insgesamt<sup>2</sup>.

Durch das totale Verbot aller Institutionen, die solches Gedankengut hervorbrachten, konnte sich während der nationalsozialistischen Ära eine medizinische und vor allem eine psychopathologische Sichtweise von Alkoholismus etablieren. Dieser wissenschaftliche Hintergrund favorisierte eine individuelle Schuldzuweisung bis hin zu »nicht lebenswertem Leben« und blendete damit den gesellschaftlichen und sozialen Hintergrund für die Entstehung von Suchterkrankung bewußt aus. Diese einseitige Prägung hat noch Jahrzehnte nach Beendigung der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft nachgewirkt.

Ein Urteil des Bundessozialgerichts von 1968 schwächte die individuelle Schuldzuweisung zwar juristisch ab, durch den medizinischen Krankheitsbegriff wurden jedoch Behandlungsmodelle und Behandlungsformen festgeschrieben, die sich stärker am Individuum orientierten. Gängige Modelle zur Entstehung von süchtigem Verhalten beinhalten auch heute noch lediglich den unverbindlichen Hinweis, es bestünden schon »irgendwelche« gesellschaftlichen Zusammenhänge.

Die Arbeiterwohlfahrt vertritt die Auffassung, daß eine Rückbesinnung auf gesellschaftliche und soziale Hintergründe unabdingbare Voraussetzung ist für eine notwendige Umorientierung und Weiterentwicklung in der Suchtkrankenhilfe und in der Gesundheitspolitik insgesamt.

#### **II. Die Entwicklung des Konsums von Genuß- und Suchtmitteln zeigt die wachsende Bedeutung und Notwendigkeit von Prävention und Hilfsmaßnahmen.**

Der heutige Konsum von alkoholischen Getränken hat sich gegenüber 1955 mehr als verdoppelt<sup>3</sup>. Psychopharmaka standen 1970 an siebter Stelle des Umsatzes aller Arzneimittelgruppen, während sie 1984 bereits die dritte Stelle erreichten<sup>4</sup>. Hinzu kommen stark im Anstieg begriffene Erscheinungsformen wie Eßstörungen, problematisches Spiel- und mediales Suchtverhalten.

Der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl aller Suchtkranken betrug 1950 rund 8%, er liegt heute bei 30% mit steigender Tendenz<sup>5</sup>. Mindestens 10% aller Suchtkranken sind Jugendliche oder junge Erwachsene<sup>6</sup>.

Diese wenigen Angaben lassen erahnen, welches Ausmaß und welche große gesellschaftliche Bedeutung Genuß- und Suchtmittel im alltäglichen Leben mittlerweile haben. Der Wunsch, die eigene Befindlichkeit mit Hilfe von Genuß- und Suchtmitteln zu beeinflussen, hat sicher seine entspannenden und kommunikativen Aspekte. Häufig ist er aber auch der Versuch, aus belastenden Alltagssituationen zu entfliehen oder Forderungen an die eigene Anpassungsfähigkeit durchzuhalten. Als besonders krasse Beispiele sollen hier der medikamentös geförderte »Ruhe«stand alter Menschen und die Verabreichung von leistungssteigernden oder beruhigenden Medikamenten an Kinder und Jugendliche genannt werden, deren Ausmaß beängstigende Dimensionen erreicht hat.

Beim Konsum von Genuß- und Suchtmitteln sind die Übergänge von Genuß/Gebrauch zu Mißbrauch und zu Abhängigkeit fließend. Die Aufgaben der Suchtkrankenhilfe erstrecken sich daher auf eine sehr breite Palette von präventiven Angeboten und von Hilfsmaßnahmen. Diese umfassen materielle, persönliche, soziale und kulturelle Bereiche und werden von Professionellen und Ehrenamtlichen geleistet.

#### **III. Die Entwicklung süchtigen Verhaltens ist zu verstehen als eine Wechselwirkung zwischen gesellschaftlichen Bedingungen, individuellen Voraussetzungen und der Suchtmittelwirkung.**

Die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen bringen Lebensformen hervor, welche einer Erfüllung elementarer menschlicher Bedürfnisse, wie Geborgenheit, Anerkennung, Sinnorientierung entgegenstehen. Suchtmittel erhalten in diesem Zusammenhang eine bestimmte Funktion. Mit ihrer »Hilfe« wird versucht

- Leistungs- und Erfolgsanforderungen zu bewältigen und Mehrfachbelastungen und Überbeanspruchung durchzuhalten;

- unzureichende Arbeits- und Wohnbedingungen zu ertragen;
- den Verlust familiärer Bindungen auszugleichen, Sinnentleerung und kultureller Verelendung entgegenzusteuern;
- die Folgen einer mangelhaften gesellschaftlichen Teilhabe wegen Behinderung, Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit/Nichtseßhaftigkeit, unzureichender sozialer Kompetenz und sozialer Benachteiligung zu kompensieren;
- emotionale Verarmung und Anonymität zu durchbrechen;
- individuelle und soziale Spannungen zu entschärfen u. a.

Systemstabilisierende Faktoren für den Konsum und Mißbrauch von Suchtmitteln und das Entstehen von Abhängigkeitserkrankungen bilden die Suchtmittel produzierende Industrie als Arbeitsmarkt, die Werbung, die alltägliche Verfügbarkeit und die hohen Steuereinnahmen und Gewinne aus dem Handel mit legalen und illegalen Drogen.

Diese gesellschaftlichen und materiellen Rahmenbedingungen fördern ungünstige Sozialisationsbedingungen in Familie, Schule und Arbeitswelt. Die Ausbildung einer stabilen Identität wird so erschwert. Dieses Bedingungsgefüge kann bei Kindern und Jugendlichen vielfältige, insbesondere emotionale Mangelerscheinungen auslösen. Folgen können dann sein: geringe Frustrationstoleranz, unzureichende Konfliktlösungsstrategien, neurotische Fehlhaltungen, psychosomatische Störungen und Sucht als mißglückter Selbstheilungs- oder Selbsttötungsversuch. So vervollständigt sich das Bedingungsgefüge aus gesellschaftlichen und materiellen Rahmenbedingungen, Sozialisation und individuellem Verhalten.

Die Situation esgestörter, medikamentenabhängiger Frauen zeigt sehr deutlich, wie gesellschaftliches Rollenverständnis und Frauenbild zu spezifischen Suchtverhaltensweisen führen können.

Die Wechselwirkung zwischen gesellschaftlichen Bedingungen und individuellem Verhalten findet ihren Fortgang in der Reaktion der Gesellschaft auf Suchterkrankungen, die von Hilfsangeboten einerseits bis Ausgrenzung durch Strafmaßnahmen und Psychiatrisierung andererseits reichen.

#### **IV. Vorbeugung gegenüber süchtigem Verhalten ist als gesamtgesellschaftlicher Auftrag zu begreifen.**

Wirksame Prävention muß sich an den ursächlichen Faktoren süchtigen Verhaltens orientieren, d. h. an gesellschaftlichen, sozialisatorischen und individuellen Faktoren. Ausmaß und Wirksamkeit von Prävention sind zunächst entscheidend abhängig von notwendigen politischen Weichenstellungen, die zum Abbau krankmachender und suchtfördernder Lebensbedingungen führen. Dies sind unter anderem Leistungsdruck und Konkurrenz in der Schule, entfremdete und repressive Arbeitsbedingungen, fehlende Möglichkeiten der Identitätsbildung durch Jugendarbeitslosigkeit, Passivität fördernde Konsum- und Freizeitindustrie, mangelhafte soziale Infrastruktur im Wohnbereich, bedrohte Lebensperspektive durch Umweltzerstörung und Massenvernichtungswaffen.

Prävention muß sich daneben an Familien als wichtiger Sozialisationsinstanz und an den einzelnen Menschen wenden und eine selbstbestimmte, selbstverantwortliche und emanzipatorische Lebensweise fördern. Die frühkindliche Entwicklung und gesundheitsfördernde und -erzieherische Elternarbeit bedarf dabei besonderer Berücksichtigung.

Angesichts der komplexen Verklammerung gesellschaftlicher, sozialisatorischer und individueller Faktoren bei der Entstehung von Mißbrauchsverhalten kann Prävention nur gelingen, wenn sie umfassend und unter Einbeziehung aller gesellschaftlichen Institutionen angelegt sowie langfristig und kontinuierlich durchgeführt wird.

Als strukturelle Maßnahme ist eine Reduzierung des Angebotsdrucks von Suchtmitteln anzustreben, z. B. durch Einschränkung von Werbung, durch Preisgestaltung und die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes. Speziell im Bereich des Medikamentenmißbrauchs sind stärkere Kontrollen der ärztlichen Verschreibungspraktiken und der Verkaufspraktiken der Apotheken notwendig.

Kampagnen mit positiver Darstellung suchtmittelfreier Lebensweise und Aufklärung über die Nutzung der Vorbildwirkung von Eltern, Lehrern sind notwendig.

Im Bereich der Schule ist über reine Wissensvermittlung hinaus mehr soziales Lernen zu betonen. In der Jugendarbeit gilt es, Jugendliche zur eigenen, kreativen und selbstbestimmten Lebensgestaltung zu aktivieren. Drogenfreie und alternative, vor allem erlebnisorientierte Freizeit- und Kulturangebote, bieten hierzu Anreize.

Betriebliche Aufklärung hat das Aufdecken von Trinksitten und arbeitsplatzbedingten Ursachen für Suchtmittelmißbrauch sowie die Information über Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten zur Aufgabe. Hilfreich können hierbei die Schließung von Betriebsvereinbarungen, die Bildung von Arbeitskreisen »Alkohol im Betrieb« und die Schulung von Führungskräften und Betriebsräten sein.

Im Rahmen ihrer Ausbildung sollten Lehrer, Erzieher, Ärzte, Krankenhauspersonal u. a. für ihren Arbeitsalltag pädagogische Orientierungs- und Handlungshilfen erhalten.

Präventive Maßnahmen haben schließlich auch die Funktion Schwellenängste gegenüber den Einrichtungen und Diensten der Suchtkrankenhilfe abzubauen.

#### **V. Individuelle Therapie- und Betreuungsarbeit muß den gesellschaftlichen und sozialen Kontext mit einbeziehen. Familien- und bezugsgruppenorientierte Behandlungs- und Betreuungsformen erhalten in der Suchtkrankenhilfe eine immer größere Bedeutung.**

Suchtkrankenhilfe ermöglicht dem einzelnen, sinnvolle und notwendige Anpassungs- und Veränderungsprozesse zu verwirklichen. Gesellschaftliche Gegebenheiten und mangelhafte Lebensbedingungen werden durch die Suchtkrankenhilfe sicher kaum verändert. Unser Verständnis von Ganzheitlichkeit beinhaltet jedoch, daß sie dem einzelnen Suchtkranken oder -gefährdeten den konstruktiven Umgang und die Auseinandersetzung mit diesen gesellschaftlichen Lebensbedingungen vermittelt.

Durch die Einbeziehung des sozialen Umfeldes erfahren systemische Ansätze mit familien- und bezugsgruppenorientierten Behandlungs- und Betreuungsformen eine immer größer werdende Bedeutung. Sie beinhalten, daß der einzelne Suchtkranke als Symptomträger innerhalb eines kranken oder gestörten Systems gesehen werden kann. Mit einem solchen Ansatz wird eine Schuldzuweisung überflüssig. Es geht nicht mehr um »Verhaltensstörung«, sondern vielmehr um »gestörte Verhältnisse«.

Die Einbeziehung aller am System Beteiligten ist notwendige Voraussetzung wirksamer Veränderungsprozesse, die zu einer dauerhaften sozialen Integration oder Reintegration führen. Nicht zuletzt ist aber auch eine ausreichende materielle Absicherung

der Betroffenen und Mitbetroffenen eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen der Therapie- und Betreuungsarbeit.

Systematisches Denken und Handeln fördert eine Sichtweise, die auch nach der gesellschaftlichen Funktion von Konsum und Mißbrauch von Suchtmitteln fragt.

**VI. Für die in Ihrer Mitwirkungsfähigkeit eingeschränkten und die aufgrund Ihrer psychosozialen Situation am stärksten Betroffenen müssen zusätzliche spezifische Hilfsangebote entwickelt werden.**

Das bestehende System der Suchtkrankenhilfe stellt eine Versorgungsstruktur dar, die ein ausgebautes Hilfeangebot für den Teil der suchtkranken Menschen in unserer Gesellschaft bietet, der eine günstige Prognose bezüglich der Erwerbsfähigkeit besitzt. Ein nicht unerheblicher Teil Suchtkranker, der nicht über diese Voraussetzung verfügt, wird jedoch aus diesem Hilfesystem ausgegrenzt.

Gerade dieser Personenkreis hat aber den dringendsten Bedarf an Hilfen. Es handelt sich dabei um

- Suchtkranke mit erheblichen körperlichen, psychischen, geistigen und sozialen Schädigungen (chronisch Suchtkranke, Suchtkranke mit neurologischen bzw. psychiatrischen Zusatzdiagnosen, in psychiatrischen Einrichtungen aufbewahrte und zum Teil hospitalisierte Klienten, sogenannte Drehtürpatienten, Altfixer),
- Suchtkranke, die wegen ihres sozialen Status benachteiligt sind (Frauen, junge Menschen, ältere Menschen, Behinderte, Suchtkranke aus sozialen Brennpunkten, Nichtseßhafte, Ausländer),
- in Zusammenhang mit Suchterkrankung straffällig gewordene und
- Menschen, die unter nichtstoffgebundenen Suchtproblemen leiden, für die keine adäquaten Hilfsangebote existieren.

Die Arbeiterwohlfahrt will sich dafür einsetzen, im Sinne einer notwendigen Weiterentwicklung des Hilfesystems zusätzliche, zielgruppenorientierte Angebote aufzubauen.

Speziell für den Personenkreis der chronisch Suchtkranken ist der Ausbau intensiver langfristig angelegter sozialtherapeutischer Hilfen zu fordern. Für Frauen, alte Menschen, Ausländer, Nichtseßhafte und junge Menschen sind Konzepte, die den speziellen Problematiken dieser Personengruppen gerecht werden und an den sozialen Grundproblemen der Betroffenen ansetzen, auszubauen. Hierzu müssen Konzepte mit einer stärkeren Betonung pädagogischer und sozialarbeiterischer Interventionen entwickelt werden.

Über Ausbau und Weiterentwicklung von aufsuchenden Hilfen und Angeboten mit unterschiedlichen Zugangsschwellen sowie einer differenzierteren Sichtweise des Abstinenzgebots sollten neue Zugangswege geschaffen werden: Übernachtungsmöglichkeiten, Kontaktstellen mit Dusch- und Waschmöglichkeiten, Freizeittreffs u. a., die als Einstieg in eine betreuende Versorgung und Beginn eines langfristigen Hilfeprozesses dienen können.

In der Arbeit mit Drogenabhängigen kann die Substitution mit Ersatzdrogen in begründeten Einzelfällen für eine kleine Gruppe als adäquate Hilfeform angezeigt sein. Voraussetzung ist dabei jedoch die Einbeziehung in strukturierte psychosoziale Begleitung.

Ein über Einzelfälle hinausgehender Einsatz von Ersatzmitteln führt zu einer Medizinisierung der Drogenarbeit. Substitution darf daher nicht die psychosoziale Orientierung der Drogenarbeit und deren Weiterentwicklung behindern oder einschränken.

In der stationären Entzugsbehandlung sollten durch intensivere psychosoziale Unterstützung die Möglichkeiten der Motivationsarbeit stärker genutzt werden.

Die Übergänge innerhalb des Behandlungsverlaufs sollten individuell und flexibel gehandhabt und nahtlos vollzogen werden. Möglichkeiten der Rückfallbearbeitung sollten stärker genutzt werden, hierbei muß vor allem auch der Quereinstieg in Behandlungsangebote denkbar sein.

Der Ausbau betrieblicher Suchtarbeit ist erforderlich, um sinnvolle Rahmenbedingungen für den Umgang mit Suchterkrankung im Betrieb zu schaffen und um frühzeitige Hilfe und eine Bewahrung der beruflichen Integration der Betroffenen zu ermöglichen. Die organisatorische Unabhängigkeit der betrieblichen Suchtberatung gegenüber den Betrieben, die sie beraten, ist zu beachten.

Im Bereich der Nachsorge wird die Bedeutung von sozialer Unterstützung und Lebensbegleitung immer noch unterschätzt. Insbesondere bei Suchtkranken mit sozialen Problemen, besteht ein großer Bedarf an begleitenden nachgehenden Hilfen, die den Aufbau einer Lebensperspektive meist erst ermöglichen: Beratungsangebote in sozialen Fragen, berufliche Rehabilitation und Wiedereingliederung, Beschäftigungsmöglichkeiten in Arbeitsprojekten und Selbsthilfefirmen, beschützte Arbeitsplatzangebote, Hilfen am Arbeitsplatz, Hilfen bei der Schuldenregulierung, freizeitpädagogische Hilfen.

Bei der Verbesserung der Nachsorge wie auch zur Förderung von Innovationen kommt der Stärkung der Selbsthilfe und der Unterstützung von Selbsthilfe-Initiativen eine besondere Bedeutung zu.

Insgesamt ist eine bessere Erreichbarkeit der Angebote der Suchtkrankenhilfe für sozial benachteiligte Menschen über die Intensivierung der Zusammenarbeit mit anderen sozialen Arbeitsfeldern anzustreben. In diesem Zusammenhang ist auch der Ausbau integrativer Beratungsangebote zu fordern.

**VII. Finanzierungsgrundlagen müssen geschaffen werden, die gewährleisten, daß das Hilfeangebot facettenreicher, differenzierter und flexibler gestaltet werden kann, damit der Vielfalt der Hilfesuchenden insgesamt und den Bedürfnissen des Einzelnen ausreichend entsprochen werden kann.**

Die bestehenden Finanzierungsformen sind wesentlich mitverantwortlich dafür, daß Suchtkranke mit »ungünstiger Prognose auf Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit« und/oder ohne soziale Bindungen, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich unter- und fehlversorgt sind.

Das bestehende Angebot im Bereich der stationären Entwöhnung ist auf einen bestimmten Personenkreis ausgerichtet und muß für diesen auch erhalten bleiben. Die Dauer der stationären Hilfe sollte sich dabei stärker am individuellen Erfordernis orientieren.

Die Arbeiterwohlfahrt vertritt jedoch die Auffassung, daß alle Menschen umfassend und gleichwertig mit medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Leistungen zu

versorgen sind. Aus diesem Grunde fordern wir die Entkopplung von ungünstiger Prognose und Finanzierung von Behandlung.

Eine flexibel und differenziert gestaltete Arbeit entzieht sich im Einzelfall einer Teilung nach sozialrechtlichen Gesichtspunkten. Die Einführung neuer Formen von Pauschal- und Mischfinanzierungen ist daher notwendig. Entsprechend den vielfältigen Aufgaben der Suchtkrankenhilfe im behandelnden, rehabilitativen, beratenden, präventiven und nachsorgenden Bereich, sind sowohl die Träger der Sozialversicherung als auch öffentliche Träger gefordert<sup>7</sup>.

Im Einzelfall ist anzuerkennen, daß es lebenslang ambulanter Begleitung und Stützung des Hilfesuchenden bei der suchtmittelfreien Bewältigung seines Alltags, insbesondere in Krisen, bedarf. Die Finanzierung der Nachsorge ist zu regeln vor dem Hintergrund, daß es dabei vor allem um sozialpädagogische Arbeit geht.

Die in Selbsthilfe von ehrenamtlichen Helfern geleistete Arbeit basiert auf freiem Engagement und ist daher nicht »entlohnbar«. Es ist den Ehrenamtlichen jedoch nicht zuzumuten, die ihnen entstehenden Kosten selbst zu tragen. Eine angemessene finanzielle Unterstützung muß darauf ausgerichtet sein, die Unabhängigkeit und den Selbsthilfecharakter solcher Gruppen zu stärken.

Hilfen, die zu sehr auf Interessen von Leistungsträgern ausgerichtet sind, zerstören die eigene Qualität der Selbsthilfearbeit.

Im Rahmen betrieblicher Suchtkrankenhilfe sind dringend zusätzliche professionelle Hilfsangebote erforderlich. Entsprechende Dienste sollten zwar von den Betrieben finanziert werden, aber organisatorisch unabhängig von ihnen sein.

**VIII. Eine stärkere regionale Orientierung erschließt Instrumentarien und Arbeitsformen für eine umfassende psychosoziale Versorgung, die auch benachteiligte Gruppierungen unter den Suchtkranken einbeziehen kann.**

Gemeindenähe und Regionenbezogenheit bedeuten kürzere Wege, verbesserte Koordination und Kooperation, Nähe zum sozialen Umfeld, in dem das Suchtproblem entstanden ist, Realitätsnähe und -bezogenheit von therapeutischen Interventionen. Die damit verbundene stärkere Einbeziehung des Umfeldes und der sozialen Lebenswelt des Suchtkranken ermöglicht eine umfassendere und damit wirksamere Suchtarbeit.

Diesem Anspruch werden Fachkliniken – insbesondere Großeinrichtungen – nicht immer gerecht. Zukünftig sollte die Bewilligung neuer stationärer Einrichtungen nur in Verbindung mit eindeutigen regionalen Zuordnungen erfolgen. Die Forderungen der Psychiatrie-Enquete bezüglich der Einrichtungsgröße sind dabei zu beachten.

Insbesondere unter dem Gesichtspunkt der sozialen Integration von in ihrer Mitwirkungsfähigkeit eingeschränkten Suchtkranken ist die gemeindebezogene Arbeit unerlässlich.

Für die Integration dieser benachteiligten Klientel sind ein überschaubarer sozialer Raum und die Einbettung der Einrichtung in die Strukturen der Gemeinde wichtige Voraussetzungen. Zudem kann so eine stärkere Akzeptanz von Suchtkranken erreicht werden.

Regionale Orientierung stellt auch die strukturelle Voraussetzung für ein flexibles, differenziertes und an den jeweils besonderen sozialen Bedingungen der Region orientiertes Hilfeangebot dar.

**IX. Qualifizierte psychosoziale Arbeit kann nur durch partnerschaftliche Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und in solidarischer Kooperation mit den Selbsthilfeangeboten geleistet werden.**

Eine ganzheitliche Sichtweise erfordert die Berücksichtigung von physischen, psychischen, materiellen, sozialen, gesellschaftlichen und kulturellen Aspekten der Suchterkrankung. Dementsprechend muß praktische Suchtkrankenhilfe vor allem auf pädagogischen, sozialarbeiterischen und therapeutischen Ansätzen basieren. In bestimmten Teilbereichen sind auch medizinische und pflegerische Aufgaben wahrzunehmen.

Eine der Ausbildung und der Berufserfahrung dieser Fachkräfte entsprechende Fort- bzw. Weiterbildung sowie eine ständige Praxisbegleitung sind für eine qualifizierte Suchtkrankenhilfe unerlässlich. Die einseitige »Psychotherapeutisierung« von Suchtarbeit über die Weiterbildung mit psychotherapeutischer Ausrichtung ist nicht im Sinne des Ganzheitsverständnisses der Arbeiterwohlfahrt.

Partnerschaftliche Zusammenarbeit erfordert, daß qualifizierte psychosoziale Arbeit von einem Team geleistet wird, in dem verschiedene Berufsgruppen zusammenwirken und geschlechts- und altersspezifische Probleme bei der Verwirklichung von Hilfen berücksichtigt werden.

Im Rahmen der Zusammenarbeit mit Sozial-, Gesundheits-, Jugend-, Arbeitsämtern, Justizbehörden u. a. ist eine Vermittlung von Grundwissen über Suchterkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten an die dort beschäftigten Mitarbeiter notwendig.

Die Arbeiterwohlfahrt anerkennt das Selbsthilfeprinzip als eine gleichrangige Hilfeform mit ihr eigenen Möglichkeiten. Sie sieht es als ihre Aufgabe an, zu einem pluralen und differenzierten Angebot im Bereich der Selbsthilfegruppen beizutragen. Im Verständnis der Arbeiterwohlfahrt sollten Selbsthilfegruppen getragen sein von den Prinzipien Solidarität und Unabhängigkeit. Professionelle Hilfe und Selbsthilfe sind einander gleichberechtigt. Selbsthilfegruppen bedürfen der Unterstützung, Förderung und der Möglichkeiten zu Selbstreflexion und Erfahrungsaustausch. Ein so geschaffener Freiraum ermöglicht ihnen die Entfaltung ihrer Selbsthilfeidee.

**X. Erfolgreiche Suchtkrankenarbeit benötigt rechtliche Rahmenbedingungen, die eine bedarfsorientierte Ausrichtung am Einzelfall ermöglichen.**

Die Kriminalisierung von Drogenabhängigen ist nicht zu akzeptieren. Im Bereich des Drogenrechts sind daher Veränderungen zu fordern, die pädagogischen und therapeutischen Hilfen eindeutigen Vorrang vor strafrechtlichen Maßnahmen geben. Die Möglichkeit zu selbstgewählter Therapie in offenen Einrichtungen sollte gewährleistet sein. Das Ziel der Hinführung zu selbstverantwortlicher Lebensbewältigung ist nur unter offenen Bedingungen erreichbar.

Die gesetzlichen Möglichkeiten der schulischen und beruflichen Rehabilitation Suchtkrankender müssen ausgeweitet werden.

Die im Rahmen der Mitwirkungspflicht von Kostenträgern verlangte Bescheinigung von Selbsthilfegruppen über den Gruppenbesuch ist abzulehnen, weil sie dem Unabhängigkeitsgedanken der Selbsthilfegruppenarbeit widerspricht.

Den angemessenen Wünschen der Suchtkranken bei der Auswahl der Therapie-Einrichtung soll entsprochen werden.

Die strenge Wahrung des Sozialgeheimnisses ist auch bei der für die Ermittlung von Basisdaten notwendigen Dokumentation zu beachten. Dabei muß vor allem die Rückführbarkeit der erhobenen Daten ausgeschlossen sein. Der Schutz des Vertrauensverhältnisses ist unverzichtbare Grundlage in der Arbeit mit Suchtkranken und -gefährdeten.

Eine nur verwahrende Unterbringung von straffällig gewordenen oder chronisch Suchtkranken ist nicht zu akzeptieren und muß abgelöst werden von sozialpflegerischen Resozialisierungshilfen.

**XI. Aus humanitären Gründen ist einer mit Diskriminierung und Stigmatisierung verbundenen Ausgrenzung von HIV-Infizierten Drogenabhängigen entgegenzuwirken.**

Die Arbeiterwohlfahrt tritt ein für die Integration von HIV-Infizierten in das bestehende Versorgungssystem.

Im Bereich der Drogenarbeit ist eine verstärkte zielgruppenorientierte Aufklärungsarbeit notwendig. Durch die Intensivierung von Streetwork muß versucht werden, neue Zugangswege zu betroffenen Drogenabhängigen zu finden. In der Prävention kommt eine große Bedeutung der Bereitstellung von Kondomen und von Einwegspritzen zu.

In Zusammenarbeit mit AIDS-Hilfen sind begleitende Hilfen bei opportunistischen Erkrankungsphasen, Wohnangebote für HIV-Infizierte und AIDS-Kranke sowie Maßnahmen der Förderung gesunder Lebensweise zur Stärkung des Immunsystems zu organisieren.

Für die Mitarbeiter der Suchtkrankenhilfe ist eine verstärkte Fortbildung und Supervision zu dieser Problematik erforderlich.

*Bonn, im April 1989*

1 Mayer, G.: Alkoholismus als gesellschaftliches Problem: Die deutsche Arbeiterbewegung und die Alkoholfrage (unveröffentlichtes Manuskript), o. J., S. 39 ff.

Hartung, E.: Arbeiterwohlfahrt und Alkoholkrankenfürsorge, in: Arbeiterwohlfahrt, Heft 7, Berlin 1933, S. 213 ff.

Drucker, S.: Alkoholkranken-Fürsorge, in: Arbeiterwohlfahrt, Heft 7, Berlin 1928, S. 193 ff.

2 Severing/Grimme/Juchacz/Sollmann: »Gegen den Alkoholismus – Vier kulturpolitische Reden an Führer und Massen«, Berlin 1930, S. 17.

3 Ziegler, H. (Hrsg.): Jahrbuch 1987 zur Frage der Suchtgefahren, Hamburg 1987, S. 9.

4 Ders., Jahrbuch 1985 zur Frage der Suchtgefahren, Hamburg 1985, S. 89.

Ders., Jahrbuch 1986 zur Frage der Suchtgefahren, Hamburg 1986, S. 54.

5 Rußland R./Plogstedt S.: Sucht – Alkohol und Medikamente in der Arbeitswelt, Frankfurt/Main 1986, S. 19.

6 Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Alkoholprobleme am Arbeitsplatz, Kassel 1982, S. 5.

7 Siehe in diesem Zusammenhang die Stellungnahme der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (Hrsg.): Regionaler Verbund psychosozialer Versorgung – Anregungen der Arbeiterwohlfahrt, Bonn 1983.

## Einrichtungen und Dienste der Arbeiterwohlfahrt im Bereich der Suchtarbeit

### Stationäre Einrichtungen

Übergangseinrichtung für suchtkranke Männer Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Bremen e.V. Neuenlander Straße 105-107 2800 Bremen	Nachsorge der Wohngemeinschaft Fachklinik Eiterbach Ortsstraße 42 6901 Heiligkreuzsteinach
Übergangseinrichtung für suchtkranke Frauen Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Bremen e.V. Leverkenbarg 3 2820 Bremen-Blumenthal 71	Viktor-Lenel-Heim für chronisch suchtkranke Menschen Rottannenweg 70 6800 Mannheim-Gartenstadt
Fachklinik Deerth Suchtklinik Im Deerth 6 5800 Hagen	Wohngemeinschaft für Suchtkranke An der Stellenhalde 12 7480 Sigmaringen-Jungau
Nachsorgewohngemeinschaft für ehemalige Drogenabhängige c/o Im Deerth 6 5800 Hagen	Fachklinik für suchtkranke Frauen Leutkircher Straße 32 8945 Legau
Suchtberatungsstelle Krisenladen Bismarckstraße 32 5802 Wetter	Fachklinik für suchtkranke Männer Schneit 23 8999 Grünenbach/Allgäu
Therapeutische Langzeiteinrichtung für drogenabhängige Jugendliche »Rimdidim« 6101 Fischbachtal-Meißbach	Übergangswohngemeinschaft für psychisch Kranke und Suchtkranke Cäcilienstraße 15 6638 Dillingen
Therapeutische Langzeiteinrichtung für drogenabhängige Jugendliche »Rimdidim II« Georg-Storm-Straße 29 6108 Weiterstadt	Wohnheim für depravierte Alkoholiker Zum Igelsborn 15 6646 Losheim-Scheiden
Fachklinik Eiterbach Ortsstraße 42 6901 Heiligkreuzsteinach	Wohnheim für depravierte Alkoholiker Frühlingsstraße 34 6697 Nohfelden-Gonnensweiler

### Ambulante Einrichtungen und Dienste

Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Dunkernbek 1 2420 Eutin	- Außenstelle für Ostausiedler Hess. Flüchtlingswohnheim 6467 Hasselroth
Anonyme Drogenberatungsstelle Werftstraße 2 2400 Lübeck 1	- Außenstelle Ludovica-v.-Stumm-Straße 7 6490 Schlüchtern
Anonyme Drogenberatung Scheunebergstraße 41 2870 Delmenhorst	Jugend- und Drogenberatungsstelle Wormser Straße 19 6840 Lampertheim
Beratungsstelle für Suchtkranke Weddingerstraße 4-6 4019 Monheim	Sozialtherapeutische Kette - Betreutes Wohnen für Suchtkranke Weinstraße 100 6749 Klingenstein 2
Jugendinformation u. -beratung Karolingerstraße 6 4290 Bocholt	Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke und Gefährdete 7210 Rottweil
Drogenberatungsstelle Georgstraße 4 4330 Mülheim/Ruhr	- Außenstelle Tiersteinstraße 22 7230 Schramberg
Beratungsstelle für Suchtkranke Overbergstraße 58 4408 Dülmen	- Außenstelle Im Alten Rathaus 7238 Oberndorf
Beratungsstelle für Suchtkranke Gneisenaustraße 1 4600 Dortmund	- Außenstelle Breitestraße 25 7247 Sulz
Beratungsstelle für Suchtkranke Böhmerstraße 11 5800 Hagen 1	Nachsorgeberatung für Suchtkranke Torplatz 2 7800 Freiburg-Günterstal
Beratungsstelle für Suchtkranke Stennerstraße 10 5860 Iserlohn	»Drogen und Aids« - Streetwork Am Haag 5 8032 Gräfelfing
Jugend- und Drogenberatungsstelle Gelnhausen und Schlüchtern Berliner Straße 45 6460 Gelnhausen	



Psychosoziale Beratungsstelle  
Am Hallhof 5 a  
8940 Memmingen

-- Außenstelle  
Steinstraße 20  
8940 Mindelheim

### Selbsthilfegruppen

*Ansprechpartner für Selbsthilfegruppen in der Suchtarbeit, die sich der Arbeiterwohlfahrt angeschlossen haben:*

Berlin –  
H. Wollwage, Arbeiterwohlfahrt  
Landesverband Berlin e.V.  
Hallesches Ufer 32  
1000 Berlin 61  
Telefon: 030/2592217

Östl. Westfalen –  
Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband  
Östl. Westfalen e.V.  
Marktstraße 23  
4800 Bielefeld 1  
Telefon: 0521/5800243

Ostholstein –  
K. Reichel,  
Psychosoziale Beratungsstelle  
Dunkernbek 1  
2420 Eutin  
Telefon: 04521/4902

Hagen –  
K. Birk, Suchtberatungsstelle  
Böhmerstraße 11  
5800 Hagen  
Telefon: 02331/3810

Lüneburg –  
H. Barkowski-Förster,  
Arbeiterwohlfahrt, Kreisverband  
Lüneburg  
Bahnhofstraße 9  
2120 Lüneburg  
Telefon: 04131/54630

Iserlohn –  
I. Bachtenkirch  
Beratungsstelle  
für Suchtkranke  
Stennerstraße 10  
5860 Iserlohn  
Telefon: 02371/28021

Moers/Rheinberg –  
H. J. Olgemann, Arbeiterwohlfahrt  
Kreisverband Wesel e.V.  
Ostring 9  
4130 Moers 1  
Telefon: 02841/25221-22

Hessen-Süd –  
V. Hilt, Arbeiterwohlfahrt  
Bezirksverband Hessen-Süd e.V.  
Poststraße 2-4  
6000 Frankfurt 1  
Telefon: 069/27390625

Dülmen –  
U. Flasche,  
Beratungsstelle für Suchtkranke  
Overbergstraße 58  
4408 Dülmen  
Telefon: 02594/81185

Nordwürttemberg –  
S. Vowinckel, Arbeiterwohlfahrt  
Bezirksverband Nordwürttemberg e.V.  
Oberer Hoppenlauweg 28  
7000 Stuttgart 1  
Telefon: 0711/22903-0

Rottweil –  
Psychosoziale Beratungs- und  
Behandlungsstelle für Suchtkranke  
und Gefährdete  
Oberamteigasse 9-11  
7210 Rottweil  
Telefon: 0741/8081

Freiburg –  
Nachsorgeberatung für Suchtkranke  
Torplatz 2  
7800 Freiburg-Günterstal  
Telefon: 0761/20988

### Korporative Mitglieder

Bremer Hilfe zur Selbsthilfe e.V.  
Schmidtstraße 34  
2800 Bremen  
Telefon: 0421/78600

(Wohnprojekte, Frauenwohngruppen,  
Therapeutischer Bauernhof, Ambulante  
Ganztagstherapie, AIDS-Beratung und  
-Wohnbetreuung)

Suchtkrankenhilfe Mayen-Koblenz e.V.  
Im Spital 7  
5401 Brey  
(Präventionsmaßnahmen, Beratung,  
Selbsthilfegruppen)

Die Treppe e.V.  
Badstraße 35  
7290 Freudenstadt  
Telefon: 07441/2975

(Nachsorgeeinrichtung für chronisch  
Suchtkranke, Reha-Schreinerei)

Initiativkreis Drogenselbsthilfe e.V.  
Werder Straße 16  
7630 Lahr  
Telefon: 07821/21873

(Beratung, Freizeit-  
und Beschäftigungsgruppen)

Therapiezentrum  
Hausen im Tal e.V.  
Voradelberg 2  
7791 Leibertingen 3 - Thalheim  
Telefon: 07575/3585

(Langzeittherapie für Drogenabhängige,  
stationäre Nachsorge)

Kontakt- und Informationszentrum  
(KIZ) e.V.  
Postfach 2643  
7900 Ulm  
Telefon: 0731/69490

(Selbsthilfegruppen,  
Beschäftigungsgruppen)

Prop-Alternative e.V.  
Rheinstraße 7  
8000 München 40  
Telefon: 089/336232

(Beratung, Langzeittherapie für Drogen-  
abhängige, stationäre Nachsorge)

Projekt für Jugend- und Sozialarbeit e.V.  
Kaiserplatz 1  
8230 Bad Reichenhall  
Telefon: 08651/65633

(Suchtberatung im Rahmen des sozial-  
psychiatrischen Dienstes)