

Deimel | Moesgen | Schecke (Hg.)

Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Lehrbuch



utb 6123



Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Brill | Schöningh – Fink · Paderborn

Brill | Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen – Böhlau · Wien · Köln

Verlag Barbara Budrich · Opladen · Toronto

facultas · Wien

Haupt Verlag · Bern

Verlag Julius Klinkhardt · Bad Heilbrunn

Mohr Siebeck · Tübingen

Narr Francke Attempto Verlag – expert verlag · Tübingen

Psychiatrie Verlag · Köln

Ernst Reinhardt Verlag · München

transcript Verlag · Bielefeld

Verlag Eugen Ulmer · Stuttgart

UVK Verlag · München

Waxmann · Münster · New York

wbv Publikation · Bielefeld

Wochenschau Verlag · Frankfurt am Main



Prof. Dr. Daniel Deimel ist Dipl.-Sozialarbeiter, M. Sc. und Supervisor. Er hat die Forschungsprofessur für Prävention und Gesundheitsförderung in der Fakultät für Sozialwissenschaften der Technischen Hochschule Nürnberg inne.



Prof. Dr. rer. nat. Diana Moesgen, Psychologin M. Sc., Psych. Psychotherapeutin, ist Professorin für Sozial- und Klinische Psychologie an der Katholischen Hochschule NRW, Abt. Paderborn. Nebenberuflich ist sie in eigener Praxis als Psychotherapeutin tätig.



Dr. Henrike Schecke ist Psych. Psychotherapeutin und leitet den Bereich Suchtforschung an der LVR-Universitätsklinik Essen.

Soziale Arbeit in der Suchthilfe Lehrbuch

Daniel Deimel, Diana Moesgen, Henrike Shecke (Hg.)

Mitarbeit

<i>Josefine Atzendorf</i>	<i>Thomas Kuhlmann</i>
<i>Lukas A. Basedow</i>	<i>Sören Kuitunen-Paul</i>
<i>Anja Bischof</i>	<i>Bodo Lieb</i>
<i>Gallus Bischof</i>	<i>Ingo Ilja Michels</i>
<i>Alexander Breitwieser</i>	<i>Kai Müller</i>
<i>Angela Buchholz</i>	<i>Anne Pauly</i>
<i>Ralf Demmel</i>	<i>Olaf Reis</i>
<i>Hilke Dirks</i>	<i>Dirk Schäffer</i>
<i>Janina Dyba</i>	<i>Norbert Scherbaum</i>
<i>Andreas G. Franke</i>	<i>Martin Schmid</i>
<i>Lasse Gundelach</i>	<i>Kristin Schneider</i>
<i>Kai Hauprich</i>	<i>Thomas Schnell</i>
<i>Larissa Hornig</i>	<i>Dominique Schori</i>
<i>Lisa John</i>	<i>Michael Soyka</i>
<i>Ahmad Khatib</i>	<i>Nicola Stecker</i>
<i>Michael Klein</i>	<i>Julia Steinfort-Diedenhofen</i>
<i>Rudolf Klein</i>	<i>Heino Stöver</i>
<i>Philena Knobel</i>	<i>Tabea Tentz</i>
<i>Thorsten Köhler</i>	<i>Lucie Waedel</i>
<i>Joachim Körkel</i>	<i>Martin Wallroth</i>
<i>Jaqueline Kroll</i>	<i>Verena Zimmer</i>

Daniel Deimel, Diana Moesgen, Henrike Shecke (Hg.)
Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch
1. Auflage 2024

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2024

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf
ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Lektorat: Fabio Freiberg, Köln

Umschlagkonzeption: siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart
unter Verwendung eines Fotos von SkillUp / shutterstock.com,

Foto von Diana Moesgen, S. 2: Marion Koell

Typografiekonzeption: Iga Bielejec

Satz: Barbara Hoffmann, Leipzig

Druck und Bindung: Plump Druck & Medien GmbH, Rheinbreitbach

Hinweise

Bei den in diesem Buch angegebenen Verfahren und Methoden sowie den Hinweisen
zur medikamentösen Behandlung haben die Autor*innen den aktuellen wissenschaft-
lichen Stand berücksichtigt. Autor*innen und Verlag können aber keine Garantie für
die Vollständigkeit und Wirksamkeit der Inhalte geben.

Die Handelsnamen der besprochenen Medikamente sind mit dem Zeichen *
gekennzeichnet. Aus dem Fehlen dieser Kennzeichnung darf aber nicht auf die freie
Verwendbarkeit eines Medikamentennamens geschlossen werden, es kann sich um
gesetzlich geschützte Warenzeichen handeln, die nicht ohne weiteres benutzt
werden dürfen.

Es konnten nicht alle Rechteinhaber*innn von Abbildungen ermittelt werden. Kann
dem Verlag gegenüber die Rechtsinhaberschaft nachgewiesen werden, wird das
branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

utb-Band 6123

ISBN: 978-3-8252-6123-8

eISBN: 978-3-8385-6123-3

B Methoden und Zugänge 229

- 1 Haltung in der Suchthilfe und Zieloffene Suchtarbeit. **230**
Joachim Körkel
- 2 Diagnostik der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe **254**
Henrike Schecke
- 3 Teilhabeorientierte Diagnostik und Behandlungsplanung **268**
Angela Buchholz
- 4 Motivational Interviewing.. . . . **279**
Ralf Demmel & Verena Zimmer
- 5 Harm Reduction.. . . . **290**
Daniel Deimel & Dominique Schori
- 6 Substitutionsgestützte Behandlung und Psychosoziale
 Betreuung Opioidabhängiger **311**
Daniel Deimel & Norbert Scherbaum
- 7 Case Management. **331**
Martin Schmid
- 8 Sozialtherapeutische Wohnhilfen **341**
Jaqueline Kroll
- 9 Qualifizierte Entzugsbehandlung **357**
Thomas Kuhlmann
- 10 Rehabilitation bei Abhängigkeitsstörungen. **370**
Ahmad Khatib
- 11 Suchtselbsthilfe **383**
Dirk Schäffer
- 12 Angehörige als Ressource nutzen: Das Community Reinforcement and
 Family Training (CRAFT) **396**
Gallus Bischof & Anja Bischof
- 13 Suchtprävention **408**
Lukas Andreas Basedow & Sören Kuitunen-Paul

C Spezifische Personengruppen 419

- 1 Substanzkonsum im Jugendalter. **420**
Sören Kuitunen-Paul & Josefine Atzendorf
- 2 Substanzbezogene Störungen im Alter. **430**
Bodo Lieb
- 3 Kinder aus suchtbelasteten Familien. **446**
Diana Moesgen, Janina Dyba & Michael Klein
- 4 Angehörige von Suchtkranken.. . . . **458**
Gallus Bischof & Anja Bischof
- 5 Sexuelle Minderheiten und das Phänomen »Chemsex« **468**
Daniel Deimel & Henrike Schecke
- 6 Wohnungslose Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen **479**
Kai Hauprich & Philena Knobel
- 7 Inhaftierte Drogenkonsumierende **495**
Heino Stöver & Daniel Deimel
- 8 Soziale Arbeit in der forensischen Psychiatrie **507**
Lisa John
- 9 Intelligenzminderung und Substanzgebrauchsstörungen **518**
Alexander Breitwieser, Olaf Reis & Lucie Waedel

D Forschung und Weiterbildung 529

1 Quantitative Suchtforschung. 530

Thorsten Köhler

2 Qualitative Suchtforschung 546

Thorsten Köhler & Julia Steinfert-Diedenhofen

3 Qualifikation im Arbeitsfeld der Suchthilfe. 563

Michael Klein & Diana Moesgen

Register 573



Alle Downloadmaterialien finden Sie auf

URL: <https://psychiatrie-verlag.de/product/soziale-arbeit-in-der-suchthilfe/>

Den Zugangscode finden Sie auf Seite 265

Abbildungsverzeichnis

A 1.1	Stufenmodell der Suchthilfe	19
A 1.2	Suchthilfe im Verbund	20
A 1.3	Übersicht über die Fachverbände und Fachgesellschaften in der Suchthilfe	21
A 1.4	Hierarchie der Therapieziele in der Suchthilfe	23
A 2.1	Empfehlungen für eine nicht stigmatisierende, klinisch korrekte Sprache	46
A 2.2	DSM-5-TR-Kriterien der Substanzgebrauchsstörung	49
A 2.3	Substanzgruppen, die psychische Verhaltensstörungen auslösen können	51
A 2.4	Diagnostische Kriterien für das Abhängigkeitssyndrom bzw. Abhängigkeit nach ICD-10 und ICD-11	52
A 2.5	Typologie der Substanzgebrauchsstörungen im Verhältnis zur Konsumgewohnheit	55
A 2.6	Klassifikation von Theorien zur Entstehung von Substanzgebrauchsstörungen	57
A 2.7	Sucht-Trias	59
A 2.8	Risiko- und Schutzfaktoren des Substanzkonsums	60
A 5.1	Begleiterkrankungen und psychosoziale Problemlagen der Internetnutzungsstörung	108
A 7.1	Die vier Säulen der Suchtpolitik und der Suchthilfe	134
A 7.2	Das Suchthilfesystem in Deutschland	137
A 7.3	Die drei Behandlungsphasen in der Suchthilfe für Menschen mit einer Suchterkrankung	140
A 9.1	Das Zusammenspiel der biologischen, psychischen und sozialen Systemebenen	162
A 9.2	Der Einfluss von Substanzen auf die drei Systemebenen	163
A 10.1	Ebenen und Akteure der Drogenpolitik	183
B 1.1	Kernannahmen über Menschen mit einer Suchtbelastung	232
B 1.2	Komponenten Zieloffener Suchtarbeit	240
B 1.3	Suchtverständnis und Haltung in der Zieloffenen Suchtarbeit	241
B 1.4	Kartensatz zur systematischen Konsumabklärung	243

B 1.5	Interventionsmatrix Alkohol	246
B 2.1	Inhalte der Suchtanamnese	256
B 2.2	Biografischer Zeitbalken	261
B 2.3	Psychosoziales Ressourcenorientiertes Diagnostikinstrument	263
B 2.4	Netzwerkkarte Monika Fischer, 56 Jahre, fiktive Klientin einer Suchtberatungsstelle	264
B 3.1	Komponenten des biopsychosozialen Modells mit Beispielen und dem zugehörigen Klassifikationssystem	270
B 3.2	Die einzelnen Module des MATE	273
B 3.3	Die einzelnen Module des MCSS	275
B 5.1	Rahmenkonzept des Harm-Reduction-Ansatzes	295
B 5.2	Einfluss der Regulierung von Drogen, Drogenmarkt sowie gesundheitliche und gesellschaftliche Schädigungen	296
B 5.3	Mit dem Drogenkonsum assoziierte Risiken und mögliche Interventionen zur Schadensminderung	300
B 6.1	Exemplarischer Störungsverlauf von Heroinkonsument*innen	312
B 6.2	Unterstützungsprozess in der psychosozialen Einzelfallhilfe	322
B 6.3	Inhaltliche Typologie der Psychosozialen Betreuung	324
B 7.1	Case Management: das Phasenmodell	334
B 10.1	Ausgewählte Behandlungsangebote der Suchthilfe in Deutschland	371
B 11.1	Liste von Suchtselbsthilfverbänden	384
B 13.1	Ansätze und Ebenen der Suchtprävention	409
C 1.1	Verbreitung Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen nach Altersgruppen in Prozent	423
C 2.1	Medizinische und psychosoziale Unterschiede alkohol- bezogener Störungen zwischen Early und Late Onset	435
C 2.2	Symptome substanzbezogener Störungen bei älteren Personen	437
C 2.3	Short Michigan Alcohol Screening Test-Geriatric (SMAST-G, deutsche Version)	438
C 4.1	Stress-Strain-Coping-Support-Modell	461
C 5.1	Zwölf-Monats-Prävalenz des Substanzkonsums bei MSM in der EMIS-Studie 2017	474

C 8.1	Überblick über die Rechtsgrundlage im Rahmen der forensischen Psychiatrie	511
C 9.1	Einteilung der Schweregrade einer Intelligenzminderung nach ICD-10	519
C 9.2	Prävalenzschätzungen des Substanzkonsums bei Menschen mit Intelligenzbehinderung und Lernbehinderung	522
D 1.1	Bestimmung der Untersuchungsform: Fragestellungen, Designelemente und Beispielstudien	535
D 1.2	Der Boxplot	539
D 1.3	Normalverteilungen mit unterschiedlichen Parametern	541
D 2.1	Gegenüberstellung lineare vs. zirkuläre Strategie des Forschungsprozesses	549
D 2.2	Ablauf einer qualitativen Studie	550

Vorwort

Die Suchthilfe in Deutschland ist ein über mehr als 100 Jahre gewachsenes, ausdifferenziertes und professionalisiertes System, das Menschen mit substanz- oder verhaltensbezogenen Störungen vielfältige Beratung, Begleitung und Behandlung bietet. Sozialarbeiter*innen sind die anteilig größte Berufsgruppe im multidisziplinären Kontext der Suchthilfe. Sie bringen ihr Wissen, ihre Kompetenz und Erfahrung in alle Themenfelder der Suchthilfe ein. Hierdurch ist ihre Berufsgruppe eine essenzielle Säule des Hilfesystems für Menschen, die mit substanz- oder verhaltensbezogenen Störungen leben. Gleichzeitig ist die Suchthilfe ein zentrales Arbeitsfeld für Fachkräfte der Sozialen Arbeit.

Das Lehrbuch »Soziale Arbeit in der Suchthilfe« ist ein umfassendes Lehrbuch und Nachschlagewerk, welches vor allem für Studierende der Sozialen Arbeit verfasst wurde. Dabei sollen Studierende sowohl auf Bachelor- als auch auf Masterniveau angesprochen werden. Es kann jedoch ebenfalls von Berufseinsteiger*innen oder erfahrenen »Quereinsteiger*innen« in der Suchthilfe mit Gewinn gelesen werden. Zudem ist es ein hilfreiches Werk für Fachkräfte aus anderen, angrenzenden Arbeitsfeldern, die mit Personen mit substanz- oder verhaltensbezogenen Störungen arbeiten. Die Jugend- oder Familienhilfe sowie die Klinische Sozialarbeit sollen hier nur exemplarisch genannt werden.

Folgende zentrale Leitgedanken prägen das Buch:

- Ein biopsychosoziales Modell ist Grundlage für das Störungsverständnis bei substanz- und verhaltensbezogenen Störungen.
- Die Orientierung an der individuellen Lebenswelt der Klient*innen ist das zentrale Paradigma.
- Der Mensch, der mit seiner Störung lebt, steht im Mittelpunkt. Subjektorientierung und zieloffene soziale Arbeit prägen die innere Haltung.
- Soziale Teilhabe und Partizipation sind zentrale Ziele in der Intervention.

Das Lehrbuch ist in vier Abschnitte unterteilt:





In **Teil A**, »Theoretische Aspekte«, werden Grundlagen und theoretische Störungsmodelle der substanz- und verhaltensbezogenen Störungen dargestellt.

In **Teil B**, »Methoden und Zugänge«, finden sich evidenzbasierte oder in der Praxis bewährte Konzepte zur Beratung, Begleitung und Behandlung von Personen mit substanz- oder verhaltensbezogenen Störungen.

In **Teil C**, »Spezifische Zielgruppen«, liegt der Fokus auf spezifischen, besonders vulnerablen Personengruppen, die mit ihren charakteristischen Lebens- und Problemlagen beschrieben werden und die in der Suchthilfe besonders adressiert werden sollten.

Der letzte Abschnitt des Buches, **Teil D**, »Forschung und Weiterbildung«, präsentiert qualitative und quantitative Zugänge der Forschung mit Klient*innen mit substanz- oder verhaltensbezogenen Störungen und diskutiert Möglichkeiten der Weiterbildung im Suchtbereich für Fachkräfte der Sozialen Arbeit.

Der Aufbau aller Kapitel folgt einem einheitlichen Muster. Zu Beginn eines jeden Kapitels werden Lernziele definiert. Ein praxisorientiertes Fallbeispiel kann in den Hauptteil des Kapitels einführen, welcher an der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz und/oder an einer »guten Praxis« orientiert ist. Der Hauptteil der Kapitel bietet eine optimale Vorbereitung auf Prüfungen zum Thema Sucht und/oder Suchthilfe im Rahmen des Studiums der Sozialen Arbeit. Am Ende jedes Kapitels werden Vertiefungsmöglichkeiten über Literatur- und/oder Onlinequellen angeboten. Fragen und Übungen laden die Studierenden ein, das Gelesene eigenständig anzuwenden und zu vertiefen. Einige Kapitel enthalten zudem ergänzendes Downloadmaterial, das kostenfrei heruntergeladen werden kann. Die Vertiefungsmöglichkeiten sind mit Signets gekennzeichnet:

-  Downloadmaterial
-  Literaturhinweis
-  Internetquelle
-  Filmmaterial

Sucht, Abhängigkeit, Substanzgebrauchsstörung, Drogengebrauch – die Bezeichnung von Substanzkonsum und dessen Folgen sind mannigfaltig. In der deutschen Sprache existiert keine einheitliche Bezeichnung dieser Phänomene und es existieren auch im Fachdiskurs unterschiedliche Bezeichnungen. Auch wenn der Suchtbegriff mit Stigmatisierungen assoziiert werden kann, ist er im Hilfesystem »Suchthilfe« etabliert und taucht daher auch im Titel dieses Buches auf. Wir haben uns bemüht, in diesem Buch eine stigmatisierungsfreie Sprache zu wählen und mussten uns gleichzeitig mit dem breiten Spektrum der

verwendeten Begriffe in der Praxis auseinandersetzen. Daher werden in diesem Buch, je nach Hintergrund der Autor*innen und Kontexte, auch unterschiedliche Begriffe genutzt.

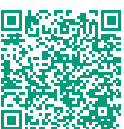
Das Herausgeber*innenteam stammt aus den Bereichen der Sozialen Arbeit und der Psychologie. Alle Herausgeber*innen können auf umfassende Erfahrungen in der Forschung und Praxis mit Personen mit substanz- oder verhaltensbezogenen Störungen zurückblicken. Als Autor*innen konnten Praktiker*innen, Lehrende und Forschende aus den Bereichen der Sozialen Arbeit, der Psychologie, der Medizin, der Philosophie, den Rechtswissenschaften, der Soziologie sowie der Selbsthilfe gewonnen werden. Ihnen gilt unser großer Dank. Alle Autor*innen haben ihre wertvolle Zeit und umfassende Expertise für das Gelingen des Lehrbuches eingebracht. Das Engagement ist besonders zu würdigen, da die Hauptarbeit am Lehrbuch in die Zeit der COVID-19-Pandemie gefallen ist und alle Beteiligten vor persönlichen, gesundheitlichen und beruflichen Herausforderungen standen. Ein weiterer besonderer Dank gilt Frau Karin Koch und Herrn Fabio Freiberg vom Psychiatrie Verlag, die durch ihre geduldige und immerzu freundliche Begleitung des Projektes und ihr fachkundiges und sorgfältiges Lektorat das Buch erst vollständig gemacht haben.

Wir hoffen, dass dieses Lehrbuch sowohl für Lehrende als auch für Studierende ein geschätztes Standardwerk wird, welches für die Praxis und Forschung wichtige Grundlagen bietet und wertvolle Impulse für die künftige Arbeit liefern kann. In diesem Sinne wünschen wir allen Leser*innen eine anregende Lektüre.

*Daniel Deimel, Diana Moesgen und Henrike Schecke
Nürnberg, Paderborn und Essen im Frühjahr 2024*



Dieses Lehrbuch fügt sich in eine Reihe von Lehrwerken bei utb ein:
Bischoff, J.; Deimel, D.; Walther, C.; Zimmermann, R.-B. (Hg.) (2023):
Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch.
Köln: utb/Psychiatrie Verlag.



Bischoff, J.; Deimel, D.; Walther, C.; Zimmermann, R.-B. (Hg.) (2023):
Soziale Arbeit in Psychiatrie und Suchthilfe: Fallbuch.
Köln: utb/Psychiatrie Verlag.

A

Theoretische Aspekte

1 Soziale Arbeit in der Suchthilfe

Daniel Deimel & Larissa Hornig

Die Soziale Arbeit nimmt in der Suchthilfe eine Schlüsselfunktion ein, da sie sowohl die größte Berufsgruppe in diesem Arbeitsfeld darstellt als auch in den verschiedenen Arbeitsbereichen wie der Gesundheitsförderung und Prävention, in den Einrichtungen der niedrigschwelligen Suchthilfe, Suchtberatung, Suchttherapie und den Wohnhilfen für Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen tätig ist. In diesem Kapitel verorten wir die Soziale Arbeit im Feld der Suchthilfe. Es werden historische Bezüge dargelegt, wichtige theoretische Konzepte der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe abgebildet, Fachverbände in der Suchthilfe vorgestellt sowie zentrale Verordnungen und Regularien erläutert, die für die Suchthilfe relevant sind.

Schlagnworte: **Soziale Arbeit, Suchthilfe, Theorie, Konzepte, Geschichte**

1.1 Substanzkonsum, Substanzgebrauchsstörungen und Suchthilfe – Historische Bezüge

Seit jeher nutzen Menschen psychoaktive Substanzen und es existiert eine lange Tradition des Konsums von Drogen in unterschiedlichen Kulturen und Epochen, was beispielhaft an der Nutzung von Cannabis, Kokain und Alkohol deutlich wird:

Bereits ab dem 8. Jahrhundert n. Chr. wurde Cannabis als Rauschdroge im Zuge der islamischen Eroberungen im gesamten Vorderen Orient verwendet. Von Europa aus wurde es im Zuge der Kolonisation und des Sklavenhandels seit dem 16. Jahrhundert in Mittel- und Südamerika sowie in der Karibik verbreitet.

Auch der Konsum von Kokain hat eine lange Tradition. So wurden in Nordperu und Nordchile Reste von Cocablättern bei 1.800 bis 2.500 Jahre alten Mumien gefunden, denen Coca auf ihre Reise ins Jenseits mitgegeben wurde.

Der Cocastrauch wird heute noch bei rituellen Festen und zur Leistungssteigerung von Minenarbeitern und Bäuer*innen in Bolivien eingesetzt. Ab dem Jahr 1863 stellte die Firma Merck in Darmstadt kommerzielle kokainhaltige Produkte her, die sich einer großen Beliebtheit erfreuten. Neben dem Einsatz in der Medizin als Lokalanästhetikum wurde Kokain als psychotrope Substanz in Kokain-Wein eingesetzt (Geschwinde 2013).

Alkohol wurde bereits in prähistorischen Zeiten in unterschiedlichen Kulturen, meistens aus vergorenen Fruchtsäften und Getreideprodukten, hergestellt. Bier und Wein waren im Altertum und Mittelalter übliche Lebensmittel. Wasser hatte, zumindest in den Städten, eine schlechte Qualität und wurde nur von armen Menschen getrunken (Soyka & Küfner 2008). Arbeiter*innen wurden mit Alkohol entlohnt. Bereits in altägyptischen Verzeichnissen wurden Arbeitslöhne in Brot- und Biermengen angegeben. Zudem hat Alkohol eine sakrale Bedeutung, etwa bei heutigen christlichen Messen: Durch den alkoholischen Rausch soll eine Verbindung zwischen dem Diesseits und dem Jenseits hergestellt werden (Watzl & Singer 2011).

Die gesellschaftliche Bewertung des Substanzkonsums verlief nie stringent oder gleichbleibend. So wurde der Konsum von bestimmten psychoaktiven Substanzen je nach Epoche und Gesellschaft problematisiert, geächtet oder der Vertrieb und Besitz von einzelnen Substanzen unter Strafe gestellt (Prohibition). Durch moralische Vorstellungen zur Lebensführung und das Aufkommen der protestantischen Arbeitsethik im 16. Jahrhundert wurde der übermäßige Konsum von Alkohol problematisiert. Einerseits führte diese Betrachtungsweise und Neubewertung des Substanzkonsums zu Stigmatisierungen, andererseits ist durch diesen Prozess der Grundstein für die Entwicklung und Implementierung von Unterstützungsleistungen und Hilfen gelegt worden. Aufgrund des Alkoholismus in der Arbeiterschaft wurden im 19. Jahrhundert Trinkerheilstalten und Trinkerasyle gegründet. Die Frage um den Alkoholkonsum war Bestandteil der sozialen Frage. Trinkerheilstalten waren Teil der Armenfürsorge und damit auch ein Betätigungsfeld der Sozialen Arbeit (Spode 2012).

Einhergehend mit der Entwicklung der Psychoanalyse in den 1930er Jahren löste dann das symptomatische Suchtmodell – nach welchem eine Suchterkrankung als Symptom einer vorhandenen Charakterneurose oder Persönlichkeitsstörung anzusehen ist – die moralische Haltung gegenüber Substanzen ab (Van den Brink 2003). Nach einer darauffolgend weiter sich entwickelnden Sichtweise des biomedizinischen Modells in den 1950er und 1960er Jahren vollzog sich in den 1970er Jahren schließlich im Rahmen eines Wandels im Krankheitspanorama ein Perspektivwechsel hin zu einer *biopsychosozialen*

Anschauung (Laging 2023). Moderne nosologische und ätiologische Modelle von Substanzgebrauchsstörungen, welche für die Suchttherapie bedeutsam sind, sowie spezifische Behandlungskonzepte wurden daraufhin entwickelt (siehe auch das Kapitel A 2 in diesem Buch).

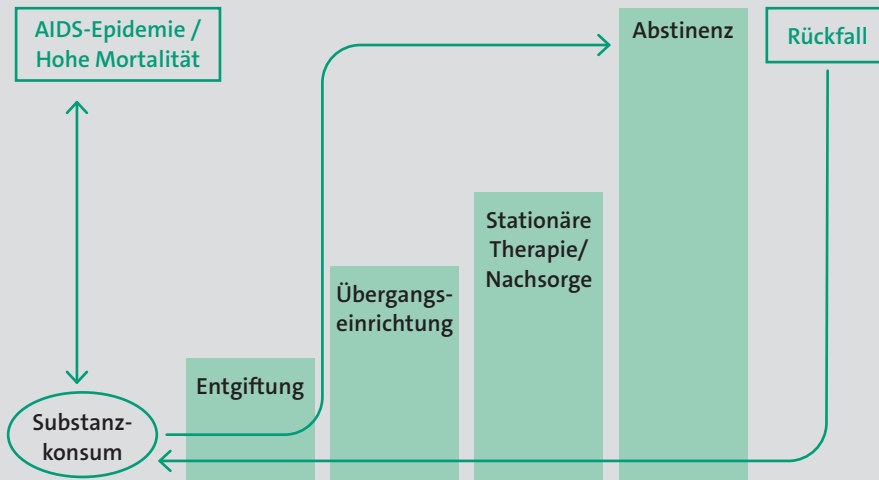
Für den Aufbau der heutigen Suchthilfe war ein Urteil des Bundessozialgerichtes (1968) zentral. Das Gericht stellte fest, dass eine Alkoholabhängigkeit eine behandlungsbedürftige Erkrankung darstellt und Betroffene ein Anrecht auf eine entsprechende Behandlung haben, welche durch die gesetzlichen Krankenkassen und Rentenversicherungsträger zu finanzieren ist (Schabdach 2009). Parallel zu dieser formalen Entwicklung veränderte sich der Substanzkonsum in Teilen der Bevölkerung: Ende der 1960er und 1970er Jahre wurde mit dem Aufkommen der Hippie- und Student*innenbewegung Cannabis in einer jugendlichen Subkultur populär. Spätestens mit der *Heroinwelle* in deutschen Großstädten Ende der 1970er und Anfang der 1980er Jahre waren sowohl die medizinischen Einrichtungen als auch die Jugendhilfeeinrichtungen überfordert. Es kam zu einem Anstieg von drogenbedingten Todesfällen (Reuband 1992, 1999). Gleichzeitig fehlte es an suchttherapeutischen Behandlungskonzepten, wie der substituionsgestützten Behandlung, der qualifizierten Entzugsbehandlung, suchttherapeutischen Interventionen und Angeboten zur Schadensminimierung (Harm Reduction).

In dieser Zeit entwickelten sich therapeutische Gemeinschaften wie Daytop und Synanon, welche die ersten und häufig einzigen Anlaufstellen für Suchtkranke darstellten. In diesen Einrichtungen arbeiteten ehemals Suchtkranke und stellten eine Vorbildfunktion dar. Ein starkes Regelwerk strukturierte den Alltag und den Lebensstil der Menschen. In den Einrichtungen wurde ein drogenabstinentes Leben geführt, zusammen gelebt und gearbeitet. Die Gruppe und das soziale Lernen standen im Fokus. Die Gemeinschaft selbst war das therapeutische Mittel (Uchtenhagen 1998). Andererseits waren diese Strukturen für einen Machtmissbrauch anfällig, wie dies in den sektenähnlich geführten Einrichtungen von »Le Patriarchie« in der Schweiz, in Frankreich oder Deutschland üblich war (Hartmann 1991).

Mit der Professionalisierung psychotherapeutischer und suchtmizinischer Ansätze entstanden dann innerhalb der Suchthilfe *Behandlungsketten*. Die einzelnen Behandlungsschritte bauten stufenweise aufeinander auf und hatten die Suchtmittelabstinenz zum Ziel (siehe Abbildung A 1.1). Problematisch war allerdings, dass nur ein gewisser Teil der Drogenkonsument*innen durch dieses Angebot erreicht wurden, die Behandlungszeit sehr lang war und dass es keine therapeutischen Konzepte im Umgang mit einem Rückfall gab. Wenn eine

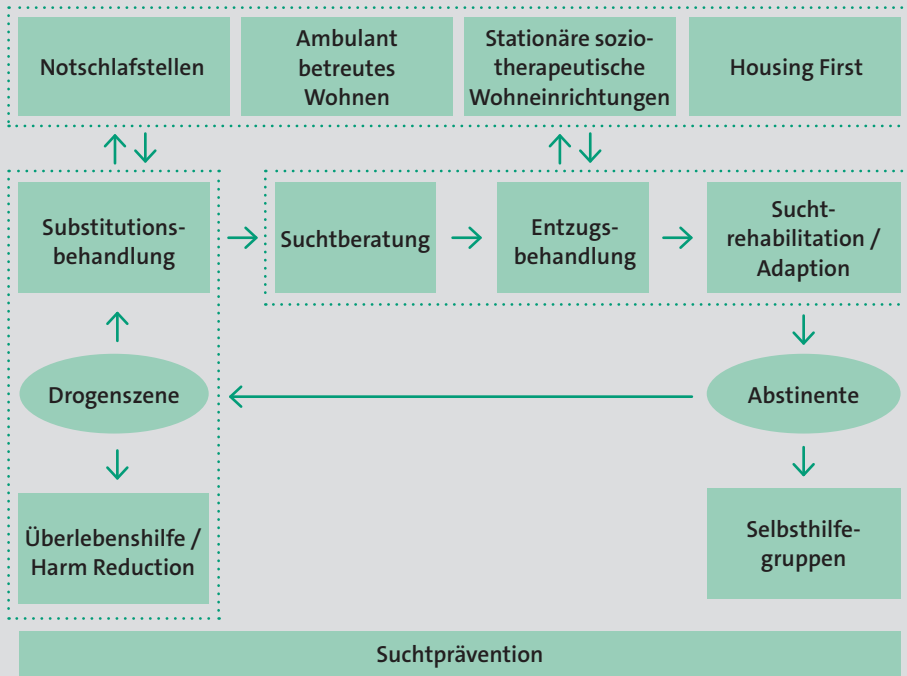
Person innerhalb des Behandlungsprozesses wieder psychotrope Substanzen einnahm, kam es zu einer disziplinarischen Entlassung, ohne dass das Rückfallereignis bearbeitet wurde. Die Stufen mussten erneut bestritten werden, was mit einem Gefühl von Versagen korrespondierte.

Abbildung A1.1 Stufenmodell der Suchthilfe



Mit dem Aufkommen der Aidskrise in den 1980er Jahren entwickelte sich neben der abstinenzorientierten Suchthilfe die akzeptanzorientierte Drogenarbeit. Aus einer pragmatischen Notwendigkeit und ethischen Überlegungen heraus wurde das Konzept der Schadensminderung (Harm Reduction) entwickelt und gegen zum Teil starke Widerstände etabliert. Die hohe Zahl an Drogentoten und die Verbreitung von HIV bei intravenös drogenkonsumierenden Menschen stärkten diesen Ansatz und führten zu seiner Verbreitung. Insbesondere Sozialarbeiter*innen kam bei der Entwicklung und Umsetzung von schadensminimierenden Programmen eine Schlüsselfunktion zu (Stöver et al. 2017).

Heute existieren ausdifferenzierte und spezifische Behandlungskonzepte für unterschiedliche Personengruppen mit Substanzgebrauchsstörungen. Hierzu gehören z. B. Konzepte im Umgang mit einer Rückfälligkeit, die Behandlung einer psychischen Komorbidität oder genderspezifische Therapieansätze. Das Suchthilfesystem hat sich zu Behandlungsverbänden weiterentwickelt, welche häufig auf kommunaler Ebene kooperieren. Die Übergänge von einzelnen Behandlungsformaten sind deutlich flexibler (siehe Abbildung A 1.2, Seite 20).

Abbildung A1.2 Suchthilfe im Verbund

Die Behandlungsansätze sind in Deutschland mittlerweile in einem »höchst professionelle[n] und stark ausdifferenzierte[n] Suchthilfesystem mit einer Vielzahl von sich ergänzenden oder alternativen Leistungsangeboten« (Böhl et al. 2010, S. 4) verankert. Den Platz der dominierenden Hilfeleistung im deutschen Suchthilfesystem nehmen nach wie vor mit ca. 1.500 Einrichtungen die psychosozialen Suchtberatungsstellen ein (Vongehr 2022).

Die Soziale Arbeit stellt heute mit weitem Abstand die größte akademische Profession in der Suchthilfe dar. So sind in den ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe tätige Mitarbeiter*innen zu 2,3 % Ärzt*innen, 8,3 % Psycholog*innen und 63,5 % Sozialarbeiter*innen (IFT 2017). Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS 2016) hat die Aufgaben und Tätigkeitsfelder von sozialarbeiterischen Fachkräften in der Suchthilfe erstmalig in einem Kompetenzprofil zusammengestellt und beschrieben. Auf der strukturellen Ebene existieren eine Vielzahl von Fachverbänden und Fachgesellschaften in der Suchthilfe, welche an der Vernetzung von Einrichtungen und Fachkräften, der konzeptionellen Weiterentwicklung und fachpolitischen Arbeit mitwirken (siehe Abbildung A 1.3).

Abbildung A1.3 Übersicht über die Fachverbände und Fachgesellschaften in der Suchthilfe

Fachverband	Funktion	URL
DHS e. V. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen	Die DHS ist eine Dachorganisation der deutschen Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe. Nahezu alle Träger der ambulanten Suchtberatung und -behandlung, der stationären Versorgung Suchtkranker und der Suchtselbsthilfe sind in der DHS vertreten. Gegenüber der Bundesregierung, den Bundesbehörden sowie den Renten- und Krankenversicherungen vertritt die DHS die fachlichen Belange der Suchthilfe und Suchtselbsthilfe sowie die Interessen ihrer Mitglieder.	www.dhs.de
akzept e. V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogen- politik	akzept e. V. ist ein interdisziplinärer Zusammenschluss von Praktiker*innen und Forscher*innen, Professionellen und Betroffenen, Sozialarbeiter*innen, Mediziner*innen, Jurist*innen und drogenpolitisch engagierten Personen und Verbänden. Derzeit sind bundesweit 55 Einrichtungen der Drogen-, Sucht- und AIDS-Hilfe, der Selbsthilfe und andere Verbände sowie 140 Einzelpersonen Mitglied bei akzept.	www.akzept.eu
FVS+ Fachverband Sucht e. V.	Der FVS+ ist ein bundesweit tätiger Fachverband, in dem rund 98 stationäre, ganztägig ambulante und ambulante Einrichtungen mit etwa 6.500 Plätzen zur Behandlung, Versorgung und Beratung von Menschen mit Problemen im Umgang mit stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchtmitteln angeschlossen sind. Der FVS+ vertritt die Mitgliedseinrichtungen gegenüber den Gremien der Kranken- und Rentenversicherung und ist bei Verhandlungen Ansprechpartner.	www.sucht.de
bus. Bundesverband Suchtkrankenhilfe e. V.	Unter dem Dach des bus. sind rund 150 stationäre und ganztägig ambulante Einrichtungen mit ca. 6.000 Plätzen zur Behandlung und Betreuung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen, Pathologisches Glücksspielen, Internetnutzungsstörungen sowie Essstörungen) zusammengeschlossen. Seit März 2022 können dem bus. auch ambulante Einrichtungen beitreten. Der bus. vertritt als Fachverband die Interessen der Suchthilfe-Einrichtungen durch die Zusammenarbeit mit anderen Fach- und Dachorganisationen, mit der Politik und den unterschiedlichen Leistungsträgern.	www.suchthilfe.de

Fortsetzung Abbildung A 1.3

Fachverband	Funktion	URL
fdr+ Fachverband Drogen und Suchthilfe e. V.	Der fdr+ ist ein Fachverband, der Einrichtungen der Suchthilfe sowie Selbsthilfegruppen vertritt. Im fdr+ sind 72 Trägerverbände zusammengeschlossen und betreiben rund 350 Einrichtungen der Suchthilfe, im Bereich legale und illegale Drogen.	www.fdr-online.info
CaSu Bundesarbeitsgemeinschaft der Caritas Suchthilfe	Die CaSu ist ein Fachverband der Caritas Suchthilfeeinrichtungen. Der Verband fördert den Erfahrungsaustausch und vertritt die Interessen der Mitgliedseinrichtungen gegenüber der Politik und den Leistungsträgern. Zudem erarbeitet die CaSu Stellungnahmen und wirkt an der Weiterentwicklung der Suchthilfe mit.	www.caritas-suchthilfe.de
Interdisziplinäre Fachgesellschaft	Funktion	URL
DG-Sucht: Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V.	Die DG-Sucht befasst sich mit aktuellen Fragen der Erforschung, Erkennung, Behandlung und Vorbeugung von riskantem Konsum, Abhängigkeit und Missbrauch von psychoaktiven Substanzen (insbesondere Alkohol, Tabak, Medikamente und Drogen) und nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten. Wissenschaftler*innen und Praktiker*innen aus den Fachgebieten der Medizin, Psychologie, Sozialpädagogik, Sozialen Arbeit, Soziologie, Rechtswissenschaften, Theologie und anderen Berufsgruppen sind in der interdisziplinären Fachgesellschaft aktiv vertreten.	www.dg-sucht.de
Professions-spezifische Fachgesellschaften	Funktion	URL
DG-SAS Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention e. V.	Interessensvertretung der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe	www.dg-sas.de
dgsp Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V.	Interessensvertretung der Psychologie in der Suchthilfe	www.dgsp.de
DGS Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V.	Interessensvertretung der Medizin in der Suchthilfe	www.dgsuchtmedizin.de

1.2 Zielsetzung von Sozialer Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention

Die Suchthilfe im Allgemeinen und auch die Soziale Arbeit in der Suchthilfe fokussieren heute auf unterschiedliche und ausdifferenzierte Ziele. Hatte die Suchthilfe zu Beginn und über weite Strecken ausschließlich die Suchtmittelabstinenz zum Ziel, sind heute eine Vielzahl von Behandlungszielen zu finden, die vor einer Suchtmittelabstinenz zu erreichen und erstrebenswert sind (siehe Abbildung A 1.4).

Abbildung A 1.4 Hierarchie der Therapieziele in der Suchthilfe
(nach Körkel & Kruse 2005)



Ebenso ausdifferenziert sind die Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe. Neben der direkten Unterstützung von Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen sind Sozialarbeiter*innen in der Gesundheitsförderung und Prävention, der Koordination von Hilfen sowie in der Unterstützung von Angehörigen und dem Aufbau von Suchtselbsthilfestrukturen tätig.

Unterstützung und Förderung von gesundheitsfördernden Lebensbedingungen und Verhaltensweisen: Hierunter fallen Interventionen im Rahmen der Suchtprävention, welche sich einerseits universell an große Populationen richten (universelle Prävention), aber auch an besonders vulnerable Personengruppen adressieren (selektive Prävention). Gesundheitsfördernde Maßnahmen können in unterschiedlichen Settings (Kindergarten, Schule, Hochschule, Arbeitsplatz) stattfinden und sich auf unterschiedliche Lebensphasen ausrichten.

Prävention von gesundheitsschädlichen Bedingungen und Verhaltensweisen, welche mit dem Substanzkonsum assoziiert werden: Diese Maßnahmen zielen einerseits auf die Lebensbedingungen von Konsument*innen ab und sollen auf der strukturellen Ebene wirksam sein, indem z. B. der Zugang zu sterilen Konsumutensilien oder das Angebot des Drug-Checkings (siehe Kapitel B 5 in diesem Buch) realisiert werden (Verhältnisprävention). Andererseits sollen die Konsumierenden dahingehend unterstützt werden, riskante Verhaltensweisen zu minimieren, indem z. B. weniger riskante Konsummuster oder Applikationsformen angewendet werden (Verhaltensprävention). Unter diesem Ziel ist auch das Konzept der Überlebenseicherung und Schadensminderung zu subsumieren (siehe auch das Kapitel B 5).

Realisierung und Ausbau von gesellschaftlicher Teilhabe: Hierunter sind nach dem SGB IX im Rahmen der Eingliederungshilfe solche Maßnahmen zu verstehen, welche Menschen mit einer seelischen Behinderung (darunterfallend Suchterkrankungen) dahingehend unterstützen, ihre Selbstbestimmung zu fördern sowie ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Inkludiert hierbei sind beispielsweise Leistungen wie ambulant betreute Wohngemeinschaften oder besondere Wohnformen für Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen, die Klient*innen auf dem Weg in eine (abstinente) eigenverantwortliche und selbstbestimmte Lebensgestaltung begleiten und unterstützen.

Motivationale Klärung und Aufbau von Veränderungsmotivation: Im Rahmen von Unterstützungsprozessen gilt es, die motivationalen Ziele der Klient*innen zu klären und dann an der Problembewältigung zu arbeiten. Diese Aspekte sind zentrale Wirkfaktoren der Psychotherapie (Grawe et al. 2001). Zudem gilt es im Rahmen der Suchtberatung und Suchttherapie, an und mit der Veränderungsmotivation der Konsument*innen zu arbeiten. Eine wichtige Strategie stellt hierbei die Motivierende Gesprächsführung (siehe Kapitel B 4 in diesem Buch) dar.

Vermittlung in spezifische (therapeutische) Maßnahmen: Soziale Arbeit nimmt neben der direkten Unterstützung und Behandlung von Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen eine Lotsenfunktion im Suchthilfesystem ein. Im Rahmen des Case Managements wird der Bedarf an spezifischen Maßnahmen erfasst, der Zugang zu diesen Hilfen ermöglicht und die Durchführung der unterschiedlichen Interventionen koordiniert.

Suchtrehabilitation und berufliche (Wieder-)Eingliederung: Sozialarbeiter*innen sind in der Rehabilitation von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung

tätig. Sie arbeiten innerhalb des Krankenhaus- oder Rehasozialdienstes und, bei entsprechender suchtherapeutischer Qualifikation, in der Einzel- und Gruppentherapie. Das Ziel der Suchtrehabilitation ist die berufliche (Wieder-)Eingliederung.

Unterstützung von suchtbelasteten Familiensystemen: Angehörige von Menschen mit einer Substanzgebrauchsstörung stellen einerseits eine wichtige Unterstützungsressource für die Erkrankten dar. Andererseits sind Angehörige unmittelbar durch die Suchterkrankung betroffen und erleben die Situation häufig als belastend. Durch eine spezifische Angehörigenberatung und Gruppenangebote erfahren sie Unterstützung in Suchtberatungsstellen. Kinder aus suchtbelasteten Familiensystemen sind besonders vulnerabel für das Ausbilden einer eigenen Substanzgebrauchsstörung. Daher werden sie im Rahmen von sozialpädagogischen Gruppenangeboten im Sinne der selektiven Prävention unterstützt und begleitet.

Aufbau und Unterstützung von Suchtselbsthilfestrukturen: Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen kann eine wichtige Unterstützung bei der Genesung und Aufrechterhaltung der Abstinenz sein. Sozialarbeiter*innen sind in diesem Bereich koordinierend tätig, indem sie Suchtselbsthilfestrukturen mit aufbauen und stärken.

1.3 Ethische Prinzipien professioneller Suchthilfe

Aufgrund ihrer beratenden und behandelnden Tätigkeit in der Suchthilfe unterliegt auch die Soziale Arbeit in diesem Bereich berufsethischen Prinzipien. Neben den professionsethischen Prinzipien der Sozialen Arbeit (CSWA 2016; DBSH 2014; IFSW/AISSW 2018) lassen sich für die Tätigkeit in der Psychiatrie und Suchthilfe weitere Grundsätze festlegen. Siehe ausführlich hierzu den Beitrag von Kaminsky (2023) im Lehrbuch »Soziale Arbeit in der Psychiatrie« (Bischkopf et al. 2023).

In der Medizinethik sind nach Beauchamp und Childress (2019) folgende vier ethische Prinzipien leitend, die auch für die Soziale Arbeit in der Suchthilfe grundlegend sind:

1. Autonomie: Es ist das Recht und die Kompetenz jeder Person, Entscheidungen selbst treffen zu dürfen. Diese Autonomie schließt die informierte Einwilligung vor diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die Berücksichtigung der Wünsche der Patient*innen mit ein.

2. Schadensvermeidung: Schädliche Eingriffe sind unter der Berücksichtigung der persönlichen Werte der Patient*innen und der Nutzen-Risiko-Relation zu vermeiden.

3. Fürsorge/Wohltun: Behandelnde sollen aktiv das Wohl der einzelnen Patient*innen in den Blick nehmen und aktiv deren Gesundheit und Lebensqualität fördern.

4. Gerechtigkeit: Dieses Prinzip zielt darauf ab, dass gleiche Fälle gleichbehandelt werden sollen. Es geht um eine faire und auch angemessene Verteilung der zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS 1999) hat ethische Prinzipien für die professionelle Suchtkrankenhilfe formuliert. Folgende Leitsätze ethischen Verhaltens sollten als Orientierungsrahmen dienen:

Leitsätze ethischen Verhaltens (DHS 1999, S. 2)

1. Suchtmittelabhängige sind krank. Für sie gelten dieselben Regelungen wie für jede andere chronische Krankheit.
2. Professionelle Fachkräfte der Suchtkrankenhilfe haben die Pflicht, ihr gesamtes berufliches Wissen und Können im Heilprozess konstruktiv einzusetzen, ihre Arbeit zu reflektieren und ihre jeweilige professionelle Befähigung weiterzuentwickeln.
3. Schweigepflicht, Zeugnisverweigerungsrecht und Datenschutz sind gesetzlich geregelt. Die Weitergabe von Informationen über Klienten/-innen bedarf grundsätzlich deren Zustimmung.
4. Professionelle Fachkräfte haben die Pflicht zur ständigen Weiterqualifizierung. Alles relevante Wissen und Können sind weitgehend auszuschöpfen. Methoden der Qualitätssicherung sind anzuwenden.
5. Ausmaß und mögliche Ursprünge von psychosozialen und gesundheitlichen Notständen müssen erkannt werden. Sie sind im Hinblick auf Einzelne, das Gemeinwohl, die nationalen und internationalen Belange und in Bezug auf den jeweiligen Berufsstand zu verdeutlichen.
6. Das multidisziplinäre Fachwissen ist zur Weiterentwicklung realistischer Strategien für die Verbesserung der Lebensqualität der einzelnen und des Gemeinwohls optimal einzusetzen.

Sowohl in der psychosozialen Einzelfallhilfe in der Psychiatrie als auch in der Suchthilfe kann es zu ethischen Konflikten (siehe Kapitel A 12 in diesem Buch) kommen, welche Sozialarbeiter*innen vor besondere Herausforderungen

stellen. Hilfreich ist hier eine Analyse der Situation und Besprechung des Falls im Team. Eine Matrix zur Reflexion ethischer Konflikte ist in Deimel und Söder (2017) zu finden.

1.4 Zentrale theoretische Konzepte

Die Soziale Arbeit in der Suchthilfe bezieht sich auf unterschiedliche Theorien und Konzepte. Im Folgenden werden zentrale Ansätze für dieses Arbeitsfeld beschrieben. Sie stellen zudem den Ausgangspunkt für die weiteren Ausführungen in diesem Buch dar.

1.4.1 Das biopsychosoziale Modell der Sucht

Substanzgebrauchsstörungen sind komplexe und häufig chronisch verlaufende Erkrankungen. Die alleinige Fokussierung auf ein biomedizinisches Ursachenmodell ist unzureichend, um die Ursachen und Folgen von Substanzgebrauchsstörungen umfassend und adäquat zu erfassen. Daher hat sich ein biopsychosoziales Suchtmodell etabliert. Es impliziert die Perspektive, dass Substanzgebrauchsstörungen multikonditional verursacht werden, indem biologische, psychische und soziale Faktoren für die Entstehung von Sucht, je nach Individuum in unterschiedlich starker Ausprägung, verantwortlich sind. Folglich ist es mit der gemeinsamen Betrachtung und Systematisierung von Risiko- und Schutzfaktoren zur Suchtentstehung als multifaktorieller Ansatz entwickelt worden und aus einem Drei-Faktoren-Modell, welches das Zusammenwirken von Merkmalen der *Droge*, der *Person* und der *Umwelt* betrachtet, hervorgegangen (Tretter 2020). Dieses wiederum kann als Grundlage für Erklärungs- und Behandlungsansätze von Substanzgebrauchsstörungen dienen und ist somit unter anderem für die Suchtprävention und Gesundheitsförderung von Relevanz (siehe hierzu das Kapitel A 2 in diesem Buch).

Die Soziale Arbeit tritt in diesem Kontext vorrangig über die Behandlung der sozialen Dimension in Erscheinung (Liel 2019b) und leistet ihren Beitrag sowohl auf einer Makro- als auch Mikroebene. Auf der Makroebene kann sie Gesundheitschancen verbessern, indem sie auf gezielte Weise sozioökonomischen benachteiligten Bevölkerungsgruppen Partizipation und Teilhabe ermöglicht sowie bürgerschaftliches Engagement fördert und damit zur Gesundheitsförderung beiträgt. Auf der individuellen Mikroebene kann Soziale Arbeit die Aspekte der sozialen Unterstützung, der Netzwerke sowie ein respektvolles Miteinander bearbeiten (Liel 2019a).

Keine andere Gesundheitsprofession als die Soziale Arbeit hat so ausdrücklich beschrieben, wie sie die Theorien der Lebensweltorientierung (Thiersch et al. 2012), der Partizipation und des Empowerments (Brandes & Stark 2021) versteht und auf ihre spezifischen Felder anwendet. Als spezialisierte und gesundheitsbezogene Fachsozialarbeit trägt schließlich die Klinische Sozialarbeit (Pauls 2013; Walther & Deimel 2023) zu sowohl einer Ausdifferenzierung von sozialer Diagnostik als auch zur Entwicklung und Evaluation von Beratungs- und Behandlungsprozessen bei. In diesem Sinne leistet die Soziale Arbeit einen wesentlichen Beitrag (Liel 2019a) zur weiteren Differenziertheit der sozialen Dimension des biopsychosozialen Modells (siehe hierzu auch das Kapitel A 2).

1.4.2 Der Ansatz der Gesundheitsförderung

Der Begriff der *Gesundheitsförderung* (Health Promotion) ist im Gegensatz zur Krankheitsprävention deutlich jünger und entwickelte sich aus den gesundheitspolitischen Diskussionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Konkret wurde das Konzept der Gesundheitsförderung bei einer Konferenz in Ottawa (WHO 1986) im Rahmen einer Debatte über Umsetzungsstrategien des Gesundheitsbegriffs etabliert. Die Gesundheitsförderung kann als eine Förderungsstrategie bezeichnet werden, durch die Menschen eine Verbesserung ihrer Lebensbedingungen erleben sollen und damit wiederum eine Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten (Empowerment) (Hurrelmann et al. 2018).

Die Gesundheitsförderung implementiert hierbei alle Interventionen, die der Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen der Bevölkerung dienen – wobei die ökonomischen, ökologischen, kulturellen und sozialen Bedingungen der Lebensgestaltung einzelner Personen oder bestimmter Bevölkerungsgruppen fokussiert werden. Die Voraussetzung des Intervenierens besteht auch hier in einem fundierten Wissen über salutogenetische Dynamiken (siehe unten) und somit über die Entwicklungs- und Verlaufsformen für das Gesundsein und Gesundbleiben (ebd.). Ein Gesundheitsverständnis, welches die Gesundheit und nicht die Krankheit ins Zentrum der Maßnahmen stellt, ist hierbei grundlegend. Folglich ist die salutogenetische Perspektive tragend, welche Gesundheit aus der Perspektive der Entstehung von Gesundheit erklärt und die Stärkung von Schutzfaktoren impliziert (Franke 2012; Uhl 2005).

1.4.3 Die Perspektive der Salutogenese

Das Konzept der *Salutogenese* von Antonovsky (1987) kann in diesem Sinne als Erweiterung des biopsychosozialen Krankheitsmodells eingeordnet werden –

indem es versucht nachzuvollziehen, wie und warum Menschen trotz Belastungen und Risiken gesund bleiben (Laging 2023). Durch diese Anschauung wurde dazu beigetragen, dass Menschen nicht länger auf dichotome Weise in entweder gesund oder krank klassifiziert wurden. Durch dieses neue multidimensionale Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Pauls 2013; Razum & Kolip 2020) wurden neue relevante Perspektiven für das Verständnis einer Substanzgebrauchsstörung und der damit einhergehenden Bewältigungs- und Genesungsmöglichkeiten geschaffen.

Demnach gewann die Identifizierung und Stärkung der gesunden Anteile an Bedeutung, womit sich der ressourcenorientierte Ansatz zu einem zentralen Ausgangspunkt für Genesung etablierte (Laging 2023). Die Bewahrung und Stabilisierung von Gesundheit sowie die Verbesserung und Steigerung der Gesundheitspotenziale von sozialen Bevölkerungsgruppen stellen im Rahmen der Salutogenese und Gesundheitsförderung wichtige Ziele dar. Die Unterstützung bei der Arbeits- oder Wohnungssuche eines Menschen mit Substanzgebrauchsstörung im Rahmen der z. B. medizinischen Rehabilitation verfolgt hierbei nicht nur die Intention, dem Wunsch einer Person nach sicherem Wohnraum und einem festen Beschäftigungsverhältnis nachzukommen. Aus der gesundheitsförderlichen und salutogenetischen Perspektive können sowohl eine feste Arbeitsstelle als auch ein sicherer und eigener Wohnraum für die Person einen Gesundheitsgewinn darstellen, der sich wiederum positiv auf deren psychischen Zustand auswirkt.

1.4.4 Empowerment und Selbstbefähigung

Bis heute werden Betroffene mit Substanzgebrauchsstörungen sowie deren Angehörige marginalisiert und stigmatisiert, wodurch sich die Abhängigkeitsproblematik häufig verschlimmern kann und hohe Barrieren zur Inanspruchnahme von Hilfeangeboten geschaffen werden (Schomerus et al. 2017). Anstelle von Abwertung und Ausgrenzung müssen folglich Wertschätzung und Befähigung (*Empowerment*) im Fokus der Prävention, der Behandlung und des alltäglichen Umgangs mit Substanzgebrauchsstörungen stehen (ebd.). Durch Empowerment sollen Menschen darin befähigt werden, ihre Kompetenzen und Fertigkeiten zu verbessern, um ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten (Brandes & Stark 2021).

Die Aufgabe von Fachkräften der Gesundheitsförderung und der Sozialen Arbeit besteht darin, Bedingungen zu etablieren, die eine *Selbstbemächtigung* der Betroffenen unterstützen und damit ein eigenverantwortliches Leben. Empowerment stellt einen vor allem ressourcenorientierten Ansatz dar