

# Methodisch. Praktisch. Gut.

Auf den Spuren neuer, bewährter und relevanter Methoden und Ansätze in der Suchthilfe

37. Jahrestagung der  
LWL-Koordinationsstelle Sucht

04. Dezember 2019  
Münster

Forum Sucht Band 52 ISSN 0942-2382

**Methodisch!**  
**Praktisch! Gut!**

Forum Sucht Bd. 52

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung sind vorbehalten.  
Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Medien verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

© Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
LWL-Koordinationsstelle Sucht  
48133 Münster  
[www.lwl-ks.de](http://www.lwl-ks.de)

Redaktion: Frank Schulte-Derne, LWL-Koordinationsstelle Sucht  
Koordination: Anika Laskiewicz, LWL-Koordinationsstelle Sucht  
Layout und Druck: Druckerei Kettler, Bönen  
Bildnachweis: Jörg Körner, Münster, Titelbild

1. Auflage 500

ISSN 0942-2382

Münster 2020

Hinweis für die Zitierung der Veröffentlichung:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (2020).  
*Methodisch. Praktisch. Gut. - Auf den Spuren neuer, bewährter und relevanter Methoden und Ansätze in der Suchthilfe.*  
Münster: Forum Sucht Band 52

### **LWL-Koordinationsstelle Sucht**

Tel.: +49 251 591-3267

Fax: +49 251 591-5484

E-Mail: [kswl@lwl.org](mailto:kswl@lwl.org)

# **Methodisch. Praktisch. Gut.**

Auf den Spuren neuer, bewährter und relevanter  
Methoden und Ansätze in der Suchthilfe.

37. Jahrestagung der  
LWL-Koordinationsstelle Sucht



Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



# Inhaltsverzeichnis

Vorwort	
<i>Birgit Westers, Landesrätin, Dezernat Jugend und Schule</i>	
<i>Dr. Gaby Bruchmann, Leiterin der LWL-Koordinationsstelle Sucht ....</i>	7
Begrüßung	
<i>Birgit Westers, Landesrätin, Dezernat Jugend und Schule .....</i>	9
Impact-Techniken in der Beratung	
<i>Dr. phil. Torsten Ziebertz .....</i>	13
Forum 1	
KOINTER – (M)eine Beratungsstelle im virtuellen Raum	
<i>Milena Schreiber, Dipl. Soziologin und Kriminologin, jhj Hamburg</i>	
<i>Thomas Ullrich, technische Administration, jhj Hamburg .....</i>	21
Forum 2	
Die „neue Autorität“ in der Arbeit mit Multiproblemklientel	
<i>Andrea Schmäing, Geschäftsführender Vorstand des IBP e.V., Coesfeld</i>	
<i>Martin Althoff Geschäftsführender Vorstand des IBP e.V., Coesfeld....</i>	27
Forum 3	
Harm Reduction – Methoden, Programme und Praktiken.	
Ein Update.	
<i>Prof. Dr. Heino Stöver, Geschäftsführender Direktor des Instituts</i>	
<i>für Suchtforschung Frankfurt (ISFF) .....</i>	35
Forum 4	
Suchtprävention, (Beratung) und Behandlung für Menschen mit einer geistigen Behinderung	
<i>Linda Weweler, Projektkoordination TANDEM, LWL-KS</i>	
<i>Markus Wirtz, Sachgebietsleiter, LWL-KS .....</i>	53
Forum 5	
IMPACT-Techniken ganz praktisch (Zusammenfassung)	
<i>Barbara Harbecke, Dipl. Sozialpädagogin, LWL-KS</i>	
<i>Rebekka Steffens, Dipl. Soziologin, LWL-KS .....</i>	59



# Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit dem Sprichwort „Grau ist jede Theorie!“ – haben wir zu unserer letzten Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht eingeladen.

Es bringt sprichwörtlich zum Ausdruck, dass erworbenes Wissen alleine nicht ausreicht, um eine erfolgreiche Umsetzung in der Praxis zu garantieren. Theoretisches Wissen ist selbstverständlich notwendig und bietet uns einen Rahmen, in dem wir handeln können. Wie uns aber die Verbindung von Theorie und Praxis gelingt, auch um möglichst nachhaltig Spuren bei den Menschen zu hinterlassen, war Gegenstand der 37. Jahrestagung in Münster. Der in diesem Tagungsband verschriftlichte Einführungsvortrag von Dr. Torsten Ziebertz vermittelte uns, wie wir Wissen, Haltungen und Botschaften bei Menschen „verankern“ können. Zentral war die Fragestellung, wie wir Wirkung(en) – einen „Impact“ – erzeugen können.

Der weitere Verlauf der Tagung war getreu dem Motto „Methodisch, praktisch, gut!“ davon geprägt, sich zu praktischen Fragestellungen im so vielfältigen Arbeitsalltag der Suchthilfe auszutauschen. Es ist immer eine besondere Herausforderung Praxisphasen im Anschluss zu verschriftlichen und das Erlebte und Erreichte zu Papier zu bringen. Umso mehr freuen wir uns, dass wir zu allen Praxisforen die Beiträge in diesem Band zusammenführen konnten.

Wir wünschen Ihnen nun viel Freude bei der „Nach“-Lese zur Tagung: „Methodisch, praktisch, gut!“.



Birgit Westers  
Landesrätin, Dezernat Jugend  
und Schule



Dr. Gaby Bruchmann  
Leiterin der  
LWL-Koordinationsstelle Sucht



# Begrüßung

**Birgit Westers, Landesrätin, Dezernat Jugend und Schule**

Meine sehr geehrten Damen und Herren, sehr geehrte Referentinnen und Referenten, ich begrüße Sie herzlich zur 37. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht hier in unserem LWL-Landeshaus!

Die heutige Fachtagung trägt den Titel: „Methodisch, praktisch, gut“. Vielleicht hatten Sie ja auch bei dem Titel direkt das Bild von einer eckigen Tafel Schokolade vor Augen?

Bereits im Jahr 1970 warb ein bekannter deutscher Schokoladenhersteller erstmals mit seinem bekannten Slogan „Quadratisch, praktisch, gut“ der bis heute nachwirkt. Dies ist ein gutes Beispiel dafür, wie Werbung es schafft einen „Impact“ zu erzeugen und eine Botschaft in unseren Köpfen zu verankern.

Wenn wir am heutigen Tag über den Impact in Beratungsgesprächen reden, dann geht es jedoch um mehr als um Sprache als reine Mitteilungsform.

Es geht um die Verknüpfung von Denken, Fühlen und Handeln, da so Botschaften besser und vor allem nachhaltiger ihre Wirkung entfalten können.

Die Frage, wie in der Arbeit mit Klientinnen und Klienten anhand der so genannten „Impact-Techniken“ eine größtmögliche Wirkung erzielt werden kann, gewinnt sowohl in der Suchtprävention, als auch Suchtbehandlung – genau wie in der Jugendhilfe – in den vergangenen Jahren immer mehr an Bedeutung.

Wir dürfen gespannt darauf sein, wie uns Herr Dr. Ziebertz in seinem Einführungsvortrag diese „einprägsame“ Methode vermittelt.

Unser heutiges Programm sieht ausschließlich diesen zentralen Vortrag zu den Impact-Techniken in der Beratung vor. Auf einen weiteren Input und Vortrag haben wir in diesem Jahr bewusst verzichtet, um mehr Zeit für den wichtigen Austausch mit den Referentinnen und Referenten - aber auch untereinander - zu schaffen: Denn wir sind überzeugt, dass dieses praxisorientierte Vorgehen dem heutigen Thema „Methodisch! Praktisch! Gut!“ am besten Rechnung trägt.

Aber was meinen wir eigentlich genau, wenn wir von „Methoden“ sprechen? Ein beispielhafter Methodenbegriff nach Michael Galuske verdeutlicht, dass Methoden mehr sind als nur die bloße Anwendung von erlernten Techniken.

Sinngemäß zielen Methoden darauf ab, ganze Hilfeprozesse in gewisser Weise zu standardisieren und damit nachvollziehbarer und auch kontrollierbarer zu machen.

Dazu gehört auch die Reflektion darüber, ob die angewandten Methoden zum Beispiel der Lösung des Problems, den beteiligten Menschen oder auch den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gerecht werden.

Die in diesem Sinne angesprochenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die damit verbundenen Erfordernisse wandeln sich auch im Arbeitsfeld der Suchthilfe kontinuierlich.

Ich nenne an dieser Stelle beispielhaft die Themen: Digitalisierung, multiproblembelastete Klientinnen und Klienten oder Inklusion.

Zu diesen und weiteren Themen haben wir für Sie heute Workshops geplant und erfahrene Praktikerinnen und Praktiker der Suchthilfe eingeladen. Ihnen allen gilt an dieser Stelle mein Dank dafür, dass Sie uns heute an ihrer guten Praxis teilhaben lassen. Ein spannender Austausch mit Ihnen ist angesichts der vielfältigen möglichen Fragestellungen garantiert.

Wenn wir „Menschen dort abholen wollen wo sie sind“, gilt dies auch für den virtuellen Raum. Wie schaffen wir dort Kontakt- und Begegnungsmöglichkeiten?

Sprengen „Systemsprenger“ tatsächlich unser System oder zeigen sie uns durch ihr herausforderndes Verhalten lediglich die Grenzen des bestehenden Systems auf?

Ist man in Nordrhein-Westfalen gut aufgestellt wenn wir über das Thema Schadensminimierung sprechen? Wie sollte eine bedarfsgerechte Suchtprävention und Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung aussehen?

Lassen Sie mich zur letzten Frage auf ein wichtiges Projekt der LWL-Koordinationsstelle Sucht hinweisen.

Seit dem 01. September 2018 führen wir an drei bundesweiten Standorten das vom BMG geförderte Projekt „TANDEM“ durch. Behindertenhilfe und Sucht-

hilfe arbeiten hier gemeinsam daran, unser selbst entwickeltes Suchtpräventionsprogramm „Sag Nein!“ und weitere bereits evaluierte Instrumente aus den Niederlanden zu erproben. Dadurch möchten wir nachhaltige und passgenaue Hilfsangebote für Menschen mit einer geistigen Behinderung und problematischem Substanzkonsum zur Verfügung stellen.

Ein zentrales Thema für den LWL ist im Rahmen seiner Aufgabenwahrnehmung die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Darum freut es mich besonders, dass wir uns jetzt auch mit dem Projekt „Tandem“ hier auf den Weg machen.

Die fortschreitende Inklusion eröffnet auch Menschen mit einer geistigen Behinderung viele neue Möglichkeiten und Chancen auf ein selbstbestimmtes und eigenständiges Leben. Die Veränderungen bringen aber auch neue Herausforderungen mit sich – so wird eben auch der Zugang zu Suchtmitteln erleichtert das Risiko, in Abhängigkeit zu geraten nimmt zu.

Hier sind besondere Hilfen in Zusammenarbeit von Behindertenhilfe und Suchthilfe gefragt. Genau da setzt das Projekt an.

Zurück zu unserer heutigen Tagung:

Den Referentinnen und Referenten und allen Praktikerinnen und Praktikern, die uns in den Workshops begleiten, möchte ich bereits jetzt herzlich für ihre Unterstützung und ihren Input danken.

Ein herzliches Dankeschön auch an das gesamte Team der Koordinationsstelle Sucht für die Vorbereitung der Tagung und last but not least ein herzliches Dankeschön Ihnen allen dafür, dass Sie sich mit Ihren Erfahrungen und Kompetenzen heute in diese Tagung einbringen.

Für den Tag heute wünsche ich uns einen angeregten Austausch und das Fazit: Es war methodisch, praktisch und gut.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



# Impact-Techniken in der Beratung

Dr. phil. Torsten Ziebertz, Erziehungswissenschaftler, Dipl.- Sozialpädagoge, Ausbilder für personenzentrierte Beratung und Familientherapie (GwG), Systemischer Therapeut, Supervisor, Dozent für Traumapädagogik. Eigenes Institut für Fort- und Weiterbildung, Supervision, Beratung und Therapie in Dinslaken (Niederrhein). [www.ziebertz-institut.de](http://www.ziebertz-institut.de)  
[info@ziebertz-institut.de](mailto:info@ziebertz-institut.de)

Die Impact-Techniken gehen im Wesentlichen auf die Kanadierin Danie Beaulieu zurück, die in ihrem Buch „Impact-Techniken für die Psychotherapie“ (2007) diese besonderen Methoden erstmalig auch auf Deutsch veröffentlichte. Die Impact-Techniken sind dabei genauso gut in der Suchtberatung und -prävention anzuwenden wie in der Psychotherapie.

„Impact“ bedeutet so viel wie „Einschlag“ oder „Eindruck“. Diese Methoden versprechen also, einen bleibenderen Eindruck beim Klienten zu hinterlassen, als dies andere Methoden können.

Wie nun soll das gelingen?

Nach Beaulieu gelingt das, indem die Impact-Techniken möglichst viele Sinne beim Klienten ansprechen. Auf jeden Fall mehr Sinne als beim rein verbal geführten Beratungsgespräch, was sich nur auf „Sehen“ und „Hören“ beschränkt.

Um aber nicht falsch verstanden zu werden: Miteinander reden ist die Basis der Psychosozialen Beratung und oftmals auch absolut ausreichend, d.h. der Klient hat sich verstanden gefühlt und konnte wichtige Dinge für sich klären. Dann gibt es aber auch die Gespräche, wo das Reden an seine Grenzen kommt. Das Gespräch scheint festzustecken, geht nicht weiter; oder das Gespräch dreht sich im Kreis, immer wieder kommen Sie und der Klient an den gleichen Punkt.

Oder ein (vielleicht nicht ganz freiwilliger) Klient will, oder kann eine Erkenntnis oder Erfahrung nicht zulassen, z. B. dass er seine Impulsivität seinen Kindern gegenüber nicht im Griff hat, oder dass sein Alkoholkonsum sehr bedenklich ist. Das rein verbal geführte Beratungsgespräch – vor allem das, was der Berater sagt – wird der Klient einfacher abwehren können, als wenn Impact-Techniken mehrere seiner Sinnesebenen beanspruchen. Je mehr Sinne dabei beansprucht werden, umso ganzheitlicher wirkt die Methode beim Klienten, und umso eher

kann (und manchmal muss) er sie an sich ranlassen. Diese Erkenntnis kann Beaulieu heutzutage mithilfe der modernen Neurowissenschaften belegen.

Kennzeichnend für die Impact-Techniken ist, dass sie mit Alltagsgegenständen umgesetzt werden, wie z.B. Papier, Bilder, Fotos, Stühlen, Gläsern, Flaschen oder Steinen. Diese Gegenstände sind nicht nur fast überall vorhanden, sondern auch sehr vielfältig einsetzbar.

Die Impact-Techniken können ihre Effektivität freilich nur innerhalb einer professionellen Berater-Klient-Beziehung entfalten, die geprägt ist durch Empathie, Wertschätzung und Kongruenz des Beraters.

Weiterhin braucht es dazu eine kompetente Gesprächsführung, wobei im Bereich der Suchtberatung und -prävention sicherlich die „Motivierende Gesprächsführung“ zu empfehlen ist.

Im Folgenden möchte ich Ihnen exemplarisch einige Impact-Techniken vorstellen.

### **Das zerknüllte Blatt Papier**

Ein Mann hatte einen furchtbaren Streit mit seiner Frau und meint nun, dass dieser keine Folgen für die Beziehung hätte. Er sei zwar, bedingt durch die Vorwürfe seiner Frau, „ausgerastet“, doch jetzt sei alles wieder gut. Ein Blatt Papier kann die subjektive Wahrnehmung des Mannes, welcher keine Problematik in seiner Paar-Beziehung erkennt, symbolisieren. Der Berater bittet den Mann, ein Blatt Papier, auf dem groß das Wort „Beziehung“ oder der Name der Frau steht, so heftig zu zerknüllen, wie er meint, dass der Streit zwischen ihnen war. Nehmen wir an, der Mann zerknüllt das Papier richtig stark. Nachdem er das getan hat, bittet der Berater ihn, die „Beziehung“ (metaphorisch durch das Blatt Papier) wieder so herzustellen, wie es vor dem Streit war. Höchstwahrscheinlich wird ihm dieses nicht gelingen – das Blatt hat Knicke und womöglich sogar Risse. Auf die Frage, was man den tun könne, um das Blatt wieder zu glätten, hörte ich schon oft die Antwort, „bügeln“. Im Weiteren kann auf Gesprächsebene daran gearbeitet werden, was das echte „Bügeleisen“ des Mannes sein könnte, um die Beziehung zu seiner Frau wieder zu verbessern. Klar ist auf jeden Fall, dass das Papier nicht mehr so glatt sein wird, wie vorher.

Diese Methode hat mehrere Sinnesebenen beim Klienten angesprochen. Er hat das Papier in seinen Händen gefühlt, er hat das Zerknittern gehört, er hat die Knicke gesehen und er hat selber gesagt, dass das Blatt nicht mehr so ist wie vorher, sondern Knicke hat. Diese Erfahrung wird seine Psyche nicht so leicht abwehren können wie die verbale Formulierung: „So ein Konflikt hinterlässt immer Spuren in einer Beziehung ... usw.“.

Zu betonen ist, dass der Klient das Blatt Papier selber beschreiben und zerknüllen sollte, damit er selbst die Erfahrung macht, diesen Impact ausgelöst zu haben.

## **Das geheime Blatt**

Eine weitere Impact-Technik mit Papier ist das geheime Blatt, welches an einem Beispiel erläutert wird: Eine 16-jährige Jugendliche kam sehr belastet zu mir in die Beratung. Ihr Hauptsymptom war, dass sie fast jede Nacht Alpträume hatte, die eine reale Situation aus ihrer Vergangenheit zum Inhalt hatten. Keiner außer ihr kannte den Inhalt dieser Alpträume. Ihre Angst bei Beratungsbeginn war, dass sie mir sofort von ihren Träumen erzählen „müsse“. Ich schrieb auf ein Blatt Papier das Wort „Alpträume“ und faltete es so klein es ging, sodass das Wort nicht mehr zu lesen war. Ich überreichte es ihr mit den Worten: „Ich habe den Eindruck, dass Du genauso auch Deine Alpträume in Dir verpackt hast. Das kann und darf im Moment keiner sehen. Passt das für Dich?“ (Sie antwortete mit Ja). „Ich bitte Dich, dieses Blatt jedes Mal mitzubringen, und alleine Du entscheidest, wann Du den Zettel anfängst, aufzuklappen“.

Dieser Impact gab der Klientin ein Höchstmaß an Kontrolle, Sicherheit und Selbstwirksamkeit. Nach einigen Stunden öffnete sie die erste Faltung, so dass ich ein wenig von der Schrift sehen konnte, ohne jedoch das ganze Wort erkennen zu können. Ich bat sie, mir nur dieses kleine Stück zu erzählen, was auch immer dieses sein mochte. So näherten wir uns in den nächsten Stunden behutsam, bis sie sich selber dazu entschied, das Blatt ganz zu öffnen.

## **Gummiband**

Ein Gummiband kann sehr gut eine Beziehung zwischen zwei Menschen symbolisieren. Ist das Gummiband (also die Beziehung) zwischen den Beiden locker? Ist sie angespannt? Reißt sie fast, oder ist sogar schon gerissen?

Dies kann mithilfe des Gummibandes erfahrbar gemacht werden.

Ein Beispiel: Ein Vater und seine Tochter haben zurzeit ein sehr angespanntes Verhältnis zueinander, was sich in vielen Konflikten ausdrückt. In der Beratung würde der Berater jedem der beiden eine Seite eines Gummibandes in die Hand geben, während sie sich gegenüberstehen. Nun bittet der Berater die Klienten, das Gummiband so auf Spannung zu bringen, wie angespannt sie momentan die Beziehung zueinander erleben. Vermutlich werden die beiden an dem Band ziehen, bis es richtig angespannt ist. In der Regel geht dies mit einem ängstlichen Gesichtsausdruck bei den Klienten einher, aus Angst, dass das Band reißt und sie sich weh tun. Dies könnte sich in folgendem Dialog gut aufgreifen lassen:

- Berater: „Warum haben Sie beim Auseinanderziehen so ängstlich geschaut?“  
 Klient: „Ich hatte Angst, dass das Gummiband reißt. Das hätte bestimmt weh getan.“  
 Berater: „Wem hätte es denn weh getan?“  
 Klient: „Bestimmt uns beiden.“  
 Berater: „Und möchten Sie das?“  
 Klient: „Nein, natürlich möchte ich mir nicht weh tun.“  
 Nachdem schon einige Minuten vergangen sind, in denen die Klienten das angespannt Band in den Händen gehalten haben, frage ich, wie es sich so anfühlt?  
 Klient: „Nicht gut. Es ist schmerzhaft und schneidet richtig in die Hand.“  
 Berater: „Ist die echte Beziehung für Sie auch schmerzhaft?“  
 Klient: „Mittlerweile ja. Das schaffe ich auch nicht mehr lange.“  
 Berater: „Was könnten Sie denn jetzt mit dem Gummiband tun?“  
 Klient: „Entweder loslassen oder lockerer lassen.“  
 Berater: „Bezogen auf die echte Beziehung: Möchten Sie sie loslassen oder lieber lockern?“  
 Klient: „Lieber lockern.“  
 Berater: „Versuchen Sie doch mal, das Gummiband zu lockern.“  
 Beide Klienten bewegen die Hände aufeinander zu, sodass sich das Gummiband lockert.  
 Berater: „Wie haben Sie das jetzt geschafft?“  
 Klient: „Wie haben uns aufeinander zu bewegt“.  
 Berater: „Vielleicht können wir schauen, wie das bei ihrer echten Beziehung gelingen kann?“ usw.

Wie bei allen Impact-Techniken, gibt es hier keinen „richtigen“ Ablauf, den der Klient einzuhalten hat. Der Berater arbeitet selbstverständlich mit dem, was die Klienten einbringen, oder was in der Interaktion geschieht. Häufig erlebe ich z. B. dass das Gummiband reißt. Oder nur ein Partner lockert das Gummiband und der andere nicht. All dies greife ich dann auf, frage nach den Erfahrungen dabei, der Intention und dem Bezug zur echten Beziehung.

## Pepsi-Flasche

Eine Flasche mit einer kohlenensäurehaltigen Flüssigkeit (ich würde Wasser empfehlen) und einem Drehverschluss kann einen Menschen symbolisieren, der schnell aufbraust, d.h. laut, impulsiv, aggressiv oder gar gewalttätig wird.

Stellen wir uns ein 17-jähriges Mädchen vor, die, seitdem sie zunehmend Haschisch konsumiert, dazu neigt, in der Schule völlig „auszuflippen“, wenn ihr jemand etwas Blödes sagt, oder sie ärgert. Da sie dann überreagiert, ist sie es meistens, die von den Lehrern den Ärger bekommt. Nun könnte sich folgender Dialog entwickeln:

- Berater: „Ich habe manchmal den Eindruck, du bist wie diese Flasche Mineralwasser. Da kommen deine Klassenkameraden her und nerven dich, ärgern dich und sagen gemeine Dinge zu dir (währenddessen schüttelt der Berater die Flasche), die Dich total provozieren und voll auf die Palme bringen, richtig?“
- Klientin: „Ja genau.“
- Berater: „Und wie bei dieser Flasche nun, ist in dir dann ein total großer Druck, der dich fast zum Platzen bringt. Ich glaube, das Problem ist, dass du den Druck zu schnell raus lässt. (Berater gibt der Klientin die Flasche in die Hand). Würdest du die Flasche jetzt schnell aufdrehen? Dann wäre der Druck raus?“
- Klientin: „Nein, das mache ich nicht. Das spritzt ja dann voll raus und ich bin klatschnass.“
- Berater: „Ja genau, der Druck ist zwar raus, aber am Ende bist Du doch die Dumme. Genau wie in der Schule, oder? Gut wäre es doch, wenn der Druck raus kann, ohne dass du den Ärger kriegst. Versuche doch bitte mal, die Flasche aufzumachen, ohne dass das Wasser raus spritzt.“
- Die Klientin dreht die Flasche nur ein wenig auf, lässt Kohlendioxid entweichen, dreht wieder zu usw. bis sie die Flasche öffnen kann, ohne nass zu werden.
- Berater: „Wie hast du das jetzt geschafft?“
- Klientin: „Ich habe immer nur ein bisschen raus gelassen und dann wieder gewartet.“
- Berater: „Genau. Der Druck ist nun raus, aber ohne dass Du nass geworden bist. Vielleicht schauen wir gemeinsam, wie Du in den Situationen in der Schule den Druck raus lassen kannst, ohne völlig auszuflippen und nachher immer den Ärger zu kriegen.“

## **Problemrucksack**

Für diese Impact-Technik brauchen Sie einen Rucksack und mehrere, unterschiedlich große Steine. Der Klient wird gebeten, für seine größten, oder bedeutsamsten Probleme, passende Steine auszuwählen. Große Steine für große Probleme, kleine Steine für kleine Probleme, schwere Steine für schwere Probleme usw. Mit Klebeband o.ä. können die Steine auch mit dem jeweiligen Problem beschriftet werden.

Nun werden alle Steine in den Rucksack gepackt und der Klient wird gebeten, den Rucksack auf seinen Rücken zu setzen und damit ein wenig im Raum hin und her zu gehen.

Folgende Fragen des Beraters können im Weiteren hilfreich sein:

- Wie fühlt sich der Rucksack nun an?
- Wie lange ist Ihr Rucksack schon genau so?
- Wie lange tragen Sie den Rucksack so schon mit sich rum? Was war vorher anders?
- Gibt es Zeiten, wo Sie den Rucksack mal absetzen können? Wenn ja, wie?
- Welcher Stein müsste als erstes aus dem Rucksack? Was müsste dafür passieren?
- Welcher Stein als zweites, als drittes? Was müsste dafür passieren?
- Wenn auch der größte Stein (vielleicht das Suchtverhalten) in nächster Zeit noch nicht aus dem Rucksack zu bringen ist, können vielleicht kleinere Steine den Rucksack verlassen? (Die Steine werden heraus gepackt). Ist der Rucksack spürbar leichter?
- Gibt es Menschen in Ihrem Umfeld, die Ihnen einzelne Steine für eine gewisse Zeit abnehmen können?

## Einsatz von Stühlen

Beaulieu stellt auch eine ganze Reihe an Impact-Techniken unter Einsatz von Stühlen vor (2007, S. 87 ff.). Wenn ein Klient eine Entscheidung zu treffen hat, können z.B. verschiedene Stühle die verschiedenen Ich-Anteile des Klienten symbolisieren. So gibt es z.B. den Fürsprecher der sagt: „Ja, das ist die richtige Entscheidung“, den Gegner, der sagt: „Nein auf keinen Fall, das muss anders gemacht werden“, und den Skeptiker, der sagt: „Am besten abwarten und jetzt keine Entscheidung treffen“. Dieses bietet die Möglichkeit, den inneren Dialog seiner Ich-Anteile nach außen zu bringen.

Leere Stühle können für abwesende oder verstorbene Personen stehen, denen so eine Stimme gegeben werden kann.

Auch Perspektiv- und Rollenwechsel sind mit Stühlen gut umsetzbar und ermöglichen neue „gefühlte“ Sichtweisen.

Zwei Stühle können die beiden End-Pole einer Skala bilden, auf die sich die Klientin setzen kann, um ins Fühlen zu kommen, wie sich diese Position anfühlt, was Positiv und was Negativ dran ist.

## Fazit

Zusammenfassend würde ich sagen, dass die Impact-Techniken ganz besonders im Bereich der Suchtberatung und -prävention sehr hilfreich sein können, da sie es ermöglichen, dem Klienten eine ganzheitlichere Erfahrung im Den-

ken, Fühlen oder Handeln zu vermitteln und hoffentlich der Start für einen Veränderungsprozess sind.

Literatur:

- Beaulieu, D. (2007): Impact-Techniken für die Psychotherapie. 2. Aufl. Carl-Auer Heidelberg
- Kowarowsky, G./ Puttkamer, C. v. (2018): Impact-Techniken. 75 Therapiekarten. Beltz Weinheim.
- Miller, W./ Rollnick, S. (1999): Motivierende Gesprächsführung. Lambertus Freiburg i.Br.
- Ziebertz, T. (2013): Methoden der Beratung und Bewerberarbeit. In: Ziebertz, T./ Krüger, E.: Handbuch für Beraterinnen und Berater von Pflegefamilien. LWL Münster.
- Ziebertz, T. /Krüger, E. (2013): Handbuch für Beraterinnen und Berater von Pflegefamilien. LWL Münster

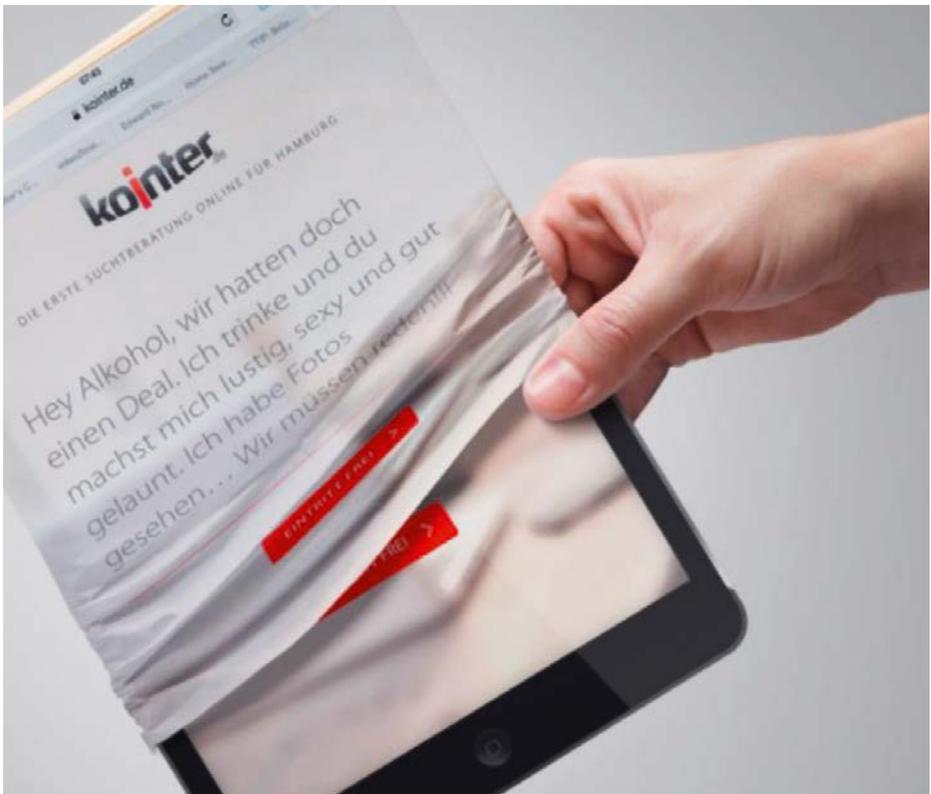


# KOINTER – (M)eine Beratungsstelle im virtuellen Raum

Milena Schreiber, Dipl. Soziologin und Kriminologin, jhj Hamburg  
Thomas Ullrich, technische Administration, jhj Hamburg

## Was ist KOINTER?

KOINTER.DE bietet Suchtberatung Online; aus Hamburg für Hamburg. Kostenlos, vertraulich und auf Wunsch anonym. Kointer steht für »KODROBS im Internet«. KODROBS (Kontakt- und Drogenberatungsstellen) ist der Name der Suchtberatungsstellen des Trägers. Der Träger jhj Hamburg e.V. verfügt über 50 Jahre Erfahrung in der Suchthilfe. 20 Jahre Erfahrung im Onlinebereich und mittlerweile über 10 Jahre mit Kointer.de.



## Die Historie

1997/1998: Nach Telefaxgerät, PC- und elektronischer Klientenverwaltung, erste Überlegungen für ein Onlineangebot. Nach Verhandlung mit Vorstand geht im Juli 1998 die Seite [www.jugend-hilft-jugend.de](http://www.jugend-hilft-jugend.de) an den Start.

2004: Erste regelmäßige Angebote mit E-Mailberatung und Forum. Geburtsstunde von „Die Beraterin“

Frühjahr 2005: Technik und der Beratungsstellenkoordinator von jhj sitzen zusammen und philosophieren über das Leben im Allgemeinen und die Onlinewelt im Speziellen. Erste konkrete Überlegungen einer virtuellen Beratungsstelle. Kooperation mit Landesstelle und Aufbau des Angebotes [www.rauschbarometer.de](http://www.rauschbarometer.de) und des Sucht-Chatangebotes der Stadt Hamburg.

Mai 2009: Freigabe zur konkreten Umsetzung einer echten Online-Beratungsstelle des Trägers

1. Dezember 2009: Kointer.de, die erste virtuelle Beratungsstelle im Hamburger Suchtbereich startet.

Dezember 2014: Komplette Neugestaltung von Kointer.de und Einführung des Konsumtagebuchs.

## Die erste Suchtberatung Online für Hamburg – So funktioniert es

Die Angebote sind für Hamburgerinnen und Hamburger nutzbar – verifiziert werden die Nutzer\*innen über die Postleitzahl. Das Angebot ist kostenlos und anonym, trotzdem muss man sich registrieren und man muss eingeloggt sein. Datenschutz und Datensicherheit haben oberste Priorität.

Die Angebotspalette umfasst die Einzelberatung, einen Check-Up Bogen, einen Einzelchat und ein Konsumtagebuch.

### • Einzelberatung

In diesem Modul können Einzelfragen gestellt oder Probleme geschildert werden. Innerhalb von max. 24 Stunden gibt es eine Antwort durch eine Beraterin oder Berater. Bereits getätigte und beantwortete Fragen werden archiviert und können jederzeit eingesehen werden.

### • CheckUp-Bogen

Mit diesem Fragebogen kann man das Konsumverhalten prüfen lassen. Dabei kann es sowohl um einen selbst gehen, als auch um jemanden den man kennt und um den man sich Sorgen macht. Eine individuelle Auswertung erfolgt in

der Regel innerhalb von 24 Stunden durch eine Beraterin oder Berater. Bereits erstellte Bögen werden archiviert und können jederzeit eingesehen werden.

- **Einzelchat**

Der Chat bietet die Möglichkeit interaktiv in Echtzeit mit einem Berater oder einer Beraterin per Text zu kommunizieren. Es gibt die Wahlmöglichkeit, ob mit einem männlichen oder weiblichen Berater gesprochen werden möchte. Ein Einzelchat-Termin dauert eine halbe Stunde. Termine können individuell vereinbart werden. Chatgespräche (Verläufe) können auf Wunsch archiviert werden.

- **Konsumtagebuch**

Der Konsum kann über einen Zeitraum von 3 Monaten mit Start und Zielvorgaben dokumentiert werden. Es stehen drei verschiedene Modi zur Verfügung: unbeobachtet, anonym begleitet, Berater-Klient. Es ist möglich Echtzeit-Statistiken über den Verlauf einzusehen. Bereits erstellte Tagebücher werden archiviert und können jederzeit eingesehen werden.



## MOTIVATION, CHANCEN, RISIKEN, HÜRDEN? Was ist unsere Motivation und Erfahrung

- Wir möchten Hilfestellungen bieten besonders für Menschen ...
- die Hemmnisse wie Angst und Scham haben, in eine Beratungsstelle zu gehen,
- die noch kein ausgeprägtes Problembewusstsein hinsichtlich ihres Konsums haben, bzw. dieser sich auch noch nicht verfestigt hat,
- die eine eingeschränkte körperliche Mobilität haben und deshalb Online-Angebote bevorzugen,
- denen kein Hilfeangebot in unmittelbarer Wohnortnähe zur Verfügung steht,
- deren soziale Isolation, z.B. auch durch psychische Komorbiditäten, so weit fortgeschritten ist, dass der Weg in die Beratungsstelle zunächst unzumutbar scheint,
- die z.B. aufgrund von Berufstätigkeit oder Elternschaft etc. nicht innerhalb der Öffnungszeiten eine Beratungsstelle aufsuchen können,
- die eine konkrete Fragestellung haben, deren Beantwortung den Aufwand eines Termins in der Beratungsstelle nicht rechtfertigt,
- die die Nutzung von Online-Angeboten fest in ihr Leben integriert haben.

Folgende Chancen sehen wir durch die Angebote...

- „Barrierefreiheit“ des Angebotes,
- Flexibilität des Angebotes (s. Öffnungszeiten),
- Schonung von personellen Ressourcen im Sinne von Erleichterung und Unterstützung der Beratungsarbeit (geringerer Zeit- und Kostenaufwand: Anfahrtswege, Kurzanfragen, Terminvergabe, Klärung der Zuständigkeit etc.),
- Vergrößerte Reichweite des Beratungsangebotes, z.B. auf Zielgruppen, die in dem Beratungsbereich als unterversorgt gelten,
- Akquiseinstrument.

Die Risiken sehen wir darin...

- dass das Online-Angebot soll zu weiteren personellen Einsparungen führt oder diese argumentativ bekräftigen kann,
- dass Unverbindlichkeit zu einer hohen Ausfallquote der Chattermine führt,
- dass Verfügbarkeit den Anspruch und Anschein von ständiger und unmittelbarer Erreichbarkeit verfestigt,
- dass Anonymität auch „missbraucht“ werden kann in den Angeboten,
- dass geringe Schreib- und Lesekompetenz bei Ratsuchenden und Berater\*innen Hemmnisse darstellen,

- dass Missverständnisse und Kommunikationsstörungen wahrscheinlicher werden.

Wo waren die Hürden?

- In der Vergangenheit gab es keine explizite Finanzierung von Kointer durch Zuwendungsgeber,
- aber das Angebot wurde als Akquiseinstrument geduldet.
- Gebot des regionalen Beratungsangebotes bei einem nicht regionalisierbarem Medium
- Entwicklung und Aufrechterhaltung des Angebotes aus eigenen Mitteln
- Intern wenig Affinität für Onlineberatung, wenige Mitarbeiter\*innen halten das Angebot aufrecht und entwickeln es weiter
- bisher kein Angebot des Videochats aufgrund unzureichendem Digitalausbaus/ allgemeine Störanfälligkeit

Für alle die überlegen solche oder ähnliche Angebote aufzubauen sollten am Anfang einige Fragen diskutiert und beantwortet werden:

- WIE? ...nähert man sich einem geeigneten Online-Angebot?
- WARUM? Was ist die Motivation ein Online-Angebot vorzuhalten?
- WEN? ...will man erreichen und mit welchem Angebot?
- RESSOURCEN? Auf welche Ressourcen kann man bereits zurückgreifen? Welche Ressourcen müssten extern abgedeckt werden?

Aus vielen Rückmeldungen wissen wir, dass sich auch oft die Frage gestellt wird ob es sinnvoll ist in sozialen Netzwerken mit seinen Angeboten präsent zu sein. Auch hierzu sollten die vorgenannten Fragen beantwortet sein. Sollte man sich für Soziale Netzwerke entscheiden gibt es Dinge die man am besten nicht machen sollte:

- Zu viele Social-Media-Netzwerke auf einmal bespielen.
- Nur auf die Zahl der Fans und Follower schießen.
- Viele Postings gleichzeitig veröffentlichen.
- Nicht auf Kommentare und Fragen antworten.
- Unpassende Inhalte veröffentlichen.
- Social Media als Ich-bezogenen Werbekanal missbrauchen.

## FORUM 2

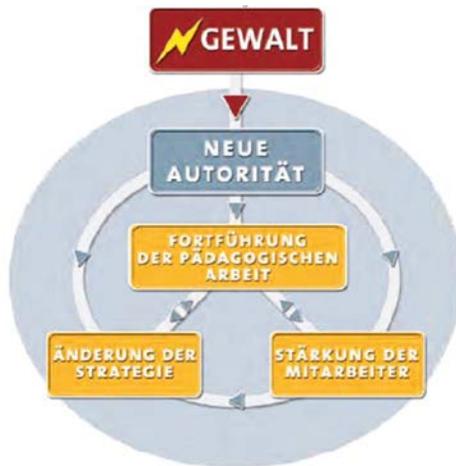
# Die „neue Autorität“ in der Arbeit mit Multiproblemerklientel

Andrea Schmäing, Geschäftsführender Vorstand des IBP e.V., Coesfeld  
Martin Althoff Geschäftsführender Vorstand des IBP e.V., Coesfeld

Wird in Einrichtungen der Sozialen Arbeit im Allgemeinen und in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe im Besonderen Gewalt ausgeübt, stehen sowohl Mitarbeiter als auch die Klienten selber oftmals hilflos da. Sanktionierungen sind meist nicht zielführend, denn sie haben nicht selten eine weitere Eskalation der Situation zur Folge. Die Situation kann letztendlich dazu führen, dass Mitarbeiter und / oder Klienten die Organisation verlassen.

## Die Lösung: Methoden des Gewaltlosen Widerstandes

Beim Verein IBP wurden die Methoden der Neuen Autorität im Rahmen der Personalentwicklung seinerzeit konzeptionell in der Arbeit mit suchtkranken Menschen verankert und finden seither regelmäßige Anwendung.



Die Klienten weisen erfolgreiche Therapieverläufe auf und haben weniger psychische Krisen. Das Ziel der Neuen Autorität ist, dass Eskalation und Gewalt präventiv verhindert werden. Auf der anderen Seite werden Mitarbeiter gestärkt und bekommen Handwerksmittel an die Hand, auf destruktive Verhaltensweisen und in eskalierenden Situationen zu reagieren. Das Ziel ist, weniger Kündigungen zu verzeichnen. Insgesamt sind weniger Therapieabbrüche zu verzeichnen – sowohl auf

Seiten der Täter (aufgrund von Sanktionen) als auch auf Seiten der Opfer (aus Angst).

## Gewaltprävention

In Anlehnung an Martin Luther King und Mahatma Ghandi wird ein gewaltloser und friedlicher Protest gegen nicht zu akzeptierendes Verhalten erzeugt, der den Aggressor zu Verhaltensveränderungen bewegen soll. Grundlegend basieren die Methoden des Gewaltlosen Widerstandes auf Deeskalation

Unter dem Namen Prinzipien des gewaltlosen Widerstandes in der Kindererziehung hat Haim Omer Methoden entwickelt, die Eltern von gewaltbereiten Kindern und Jugendlichen befähigen sollen wieder Kontakt zum Kind bzw. Jugendlichen zu bekommen. Sie sollen durch den Gewaltlosen Widerstand in die Lage versetzt werden, die Gewalt des Kindes bzw. Jugendlichen zu blockieren, ohne eine Eskalation zu verursachen. Das Ziel ist die Wiederherstellung der Verbindung zum Kind bzw. Jugendlichen. Das Modell ist kein pädagogisches und auch kein therapeutisches Konzept, sondern ein Beziehungsmodell. Hierbei geht es nicht um Sieger und Besiegte und auch nicht um Machtausübung.

## **Übertragungsprozess des Gewaltlosen Widerstandes**

Die Gemeinschaften in stationären Wohneinrichtungen sind dadurch gekennzeichnet, dass die Menschen die dort leben, sich nicht bewusst entschlossen haben mit genau den anderen Menschen in der Einrichtung zusammen zu leben. Das gemeinsame Wohnen wird vielmehr dadurch bestimmt, dass eine Problematik, eine Diagnose oder ein Handicap eine betreute Wohnform notwendig werden lässt. Eine gezielte Entscheidung für diese Form des Wohnens ist eher selten zu verzeichnen. Die persönlichen Lebensumstände der Bewohner führen zu einer „indirekten Freiwilligkeit“ der Inanspruchnahme des Wohnplatzes. In den Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens wird das Zusammenleben über mehr oder weniger starke Regelwerke und Hausordnungen gesteuert.

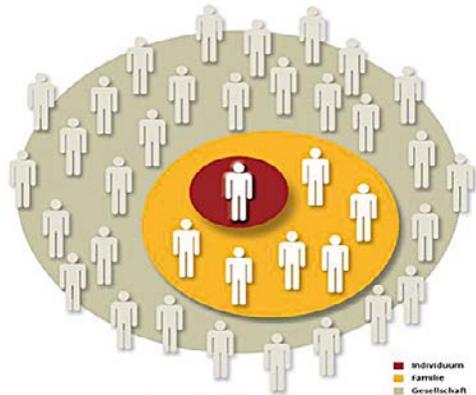
## **Aggressionen und Gewalt in Einrichtungen**

Generell lässt sich sagen, dass es in stationären Einrichtungen, gleich welcher Zielgruppe, durch das alltägliche Zusammenleben und die unterschiedlichen Interessenslagen Konflikte entstehen, bei denen es auch zu aggressiven und gewalttätigen Verhaltensweisen der Klienten kommen kann. Die intensive Auswertung hat gezeigt, dass sich Aggressionen bzw. Gewalt hauptsächlich gegen Gegenstände richten oder sich in erster Linie in psychischer und weniger in physischer Form äußern. Beschimpfungen von Mitarbeitern und Klienten und ein sich selbst schädigendes Konsumverhalten sind hier die deutlichsten Zeichen von Gewaltanwendung. Da die Klienten der Einrichtungen für chronisch Suchtkranke vielfach bereits in ihrer eigenen Geschichte Gewalt erfahren haben und durch diese mitgeprägt wurden, sind Aggressionen und Gewalt ein dauerhaftes Thema.

Die negativen Bedingungen in der Biografie der Menschen wirken sich in der Folge unter anderem auf den Bildungsstand der einzelnen Familienmitglieder, sowie auf das gesamte soziale Umfeld aus. Wir haben festgestellt, dass Aggression und Gewalt sich zu den einzigen Möglichkeiten der Konfliktklärung herausbilden und gleichzeitig zu beobachten ist, dass die soziale und die intel-

lektuelle Kompetenz häufig nicht ausreicht, den Anforderungen des heutigen gesellschaftlichen Lebens mit den darin enthaltenen Risiken gerecht zu werden. Der hohe Grad der Komplexität, mit dem die Phänomene Sucht und Gewalt behaftet sind, erfordert eine Reduktion dieser Komplexität, um zu einem hilfreichen und alltagsrelevanten Handeln zu kommen. Dabei geht es also weniger darum, die Frage nach einer eventuellen Schuld zu beantworten, als darum wie der Gewalt und der Sucht im stationären Alltag begegnet werden kann.

Am Anfang des Einführungsprozesses wurde beim Austausch der Mitarbeiter über die Begriffe Aggression bzw. Gewalt deutlich, dass diese durchaus unterschiedlich bewertet und destruktive Verhaltensweisen von Klienten differenziert wahrgenommen werden. So empfinden u.a. die Mitarbeiter des Nachtdienstes eine gespannte Konfliktsituation durchaus anders, als die Pädagogen, die einerseits am Tag mit mehreren Kollegen im Dienst sind und sich andererseits aufgrund ihrer Ausbildung eventuell kompetenter und vor allem sicherer fühlen.



### **Gesprächsführung in Form eines „Sit-in“**

Die Methodik dieser Gesprächsform ist so gewählt, dass dem Klienten ein ungewolltes Verhalten (beispielsweise Gewaltanwendung oder Konsum) genau aufgezeigt und detailliert beschrieben wird. Verbunden damit ist die prägnante Aussage, dass das destruktive Verhalten nicht länger akzeptiert wird. Ein Lösungsvorschlag wird nicht unterbreitet, sondern die Darstellung der Situation ist mit der Aufforderung verbunden, selbst eine akzeptable Lösung zu benennen, wie das Fehlverhalten zu verändern ist.

Zu Beginn des Sit-in wird die Gesprächsdauer festgelegt und alle Teilnehmer schweigen während der Präsenz-/Sit-in-Phase. Bei möglichen Angriffen soll man sich nur verteidigen, nicht selbst Gewalt anwenden. Die Methode des Sit-in kennzeichnet sich besonders durch die Geduld, Hartnäckigkeit und das Durchhaltevermögen der Mitarbeiter aus. Teilweise werden mehrere Sit-ins benötigt, um eine Verhaltensveränderung zu bewirken.

Es wird bei der Durchführung eines Sit-in eine Präsenz und Kooperationsbereitschaft der Mitarbeiter aufgezeigt, die beispielsweise noch dadurch gesteigert werden kann, dass ein weiterer Kooperationspartner während des Sit-in anruft

oder vorher eine Mail oder einen Brief schreibt, der dem Klienten gezeigt wird. Die Präsenz zusätzlicher Personen reduziert die Gewaltbereitschaft des Aggressors.

## **Ankündigung**

Bei dieser Methode erhält der Aggressor von den Mitarbeitern oder von den Kooperationspartnern eine schriftliche Erklärung bzw. einen öffentlichen Brief, in dem zum einen seine Fortschritte bzw. positiven Verhaltensweisen benannt werden. Zum anderen wird aber auch detailliert das destruktive Verhalten beschrieben, welches zukünftig nicht mehr akzeptiert wird und geändert werden muss. Dabei wird eine Aussage gemacht, wofür die Mitarbeiter sich einsetzen werden und welche konkreten Schritte sie dafür unternehmen. Die Ankündigung wird öffentlich verlesen bzw. dort übergeben, wo sich der oder die Überbringer am wohlsten fühlen. Sie sollte kurz prägnant und somit verständlich sein sowie keine Strafen oder Sanktionen beinhalten.

## **Öffentlichkeit herstellen**

Geheimhaltung ist der Nährboden für Gewaltzustände und destruktive Verhaltensweisen. Gelingt es diese Heimlichkeit zu durchbrechen, also generell Öffentlichkeit durch Kooperationen oder Netzwerke zu schaffen und somit die Umwelt der Klienten zu mobilisieren (beispielsweise auch durch Anrufe, Briefe oder E-Mails), wird den Symptomen Gewalt, Konsum, Rückzug o. ä. der Nährboden entzogen und ein negativer Kreislauf wird durchbrochen.

Der dadurch entstehende Öffentlichkeitsdruck ist das zentrale Prinzip, auf dem der gewaltlose Widerstand basiert, denn Veröffentlichung ist ein starkes Mittel der Deeskalation.

## **Verbündete bzw. Vermittler**

Hierbei werden Personen bzw. Kooperationspartner gesucht, die einen positiven Zugang zum Aggressor haben und für ihn eine wichtige Rolle spielen. Dieses können zum Beispiel Mitbewohner, einzelne Mitarbeiter, gesetzliche Betreuer, kooperierende Ärzte, Familienangehörige oder Freunde sein.

Bei diesem Kooperationsmodell muss deutlich werden, dass sowohl die Mitarbeiter der Einrichtung als auch die Verbündeten ein gemeinsames Interesse an der Verhaltensveränderung des Aggressors haben und beide Partner mit einer „gemeinsamen Stimme“ sprechen. Somit wird signalisiert, dass das destruktive Verhalten sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung bekannt ist und nicht akzeptiert wird. Bei dieser Methode können Vermittler Vorschläge einbringen, die die Klienten von den Mitarbeitern nicht akzeptieren können (Kinder können oftmals Vorschläge der Eltern nicht akzeptieren – Vorschläge von Freunden aber sehr wohl).

In Bezug auf das Mitarbeitercoaching muss den beteiligten Mitarbeitern vermittelt werden, dass sie die Installierung von Verbündeten bzw. Vermittlern nicht als eigene, fachliche Inkompetenz bewerten, sondern es als Unterstützung sehen. Aus der systemischen Perspektive stellt sich beim Konzept des Gewaltlosen Widerstandes generell und dauerhaft die therapeutische Überlegung, welche dritte Partei fördert oder verringert die fachliche Präsenz? Welche Kooperationen (zwischen den Eltern, den verschiedenen Professionellen oder anderer Dritter) können bedeutsam sein, um einer Lähmung oder einer Hilflosigkeit des Hilfesystems vorzubeugen?

Laut Omer und von Schlippe stellt sich hier die wichtige Frage, wie wir daran arbeiten können, dass aus dem negativen Einfluss der dritten Partei eine positiv gefärbte Kooperation entstehen kann? Die dritte Person muss dabei nicht unbedingt eine individuelle Person sein, da auch die Therapeuten-Klienten-Beziehung in ein Gewebe von familiären und außerfamiliären Systemen eingebunden ist.

### **Versöhnungsmaßnahmen**

Damit sich der Kontakt zum Aggressor nicht auf der Achse des Kampfes und der Konflikte bewegt, ist es wichtig, Versöhnungsmaßnahmen als gezielte Methode anzubieten. Sie führen zur Reduzierung von Eskalationsgefahren und dienen der Erweiterung eines Beziehungssystems, das auch auf einer positiven Atmosphäre beruht.

Bei dieser Methode ist zu beachten, dass die Versöhnungsschritte nicht (zeitlich) direkt mit dem Verhalten und Taten des Klienten zusammenhängen dürfen. Sie sollen weder eine Belohnung darstellen noch mit Bestrafung geahndet werden, wenn sie nicht angenommen werden. Sie sollen also bedingungslos sein. Versöhnungsschritte können Aussagen und Aktionen des Respekts oder der Wertschätzung sein.

### **„3-Körbe-Prinzip“**

Die Bewertung und Einordnung destruktiven Verhaltens in die verschiedenen, differenzierten Körbe ist wichtig, da nicht zu viele Verhaltensveränderungen vom Aggressor eingefordert werden können. Darüber hinaus stellt die Aufteilung in Körbe eine Legitimation für die Mitarbeiter dar, nicht mehr „alle Kämpfe ausfechten zu müssen“. Die Körbe stellen eine unterschiedliche Gewichtung der Verhaltensweisen dar:

1. Korb („größter Korb“): Verhalten, welches noch akzeptabel ist / sich nicht sofort ändern muss;

2. Korb („mittlerer Korb“): verhandelbares Verhalten / Kompromisse können eingegangen werden;

3. Korb („kleinster Korb“): „rote Linie“ / Verhalten, welches sofort geändert werden soll, da es absolut nicht akzeptabel ist (ein bis zwei Verhaltensweisen – nicht mehr!).

Wenn man zu viele Verhaltensweisen in den kleinsten Korb einordnet, ist man zu autoritär bzw. rigide, außerdem kann es eine Überforderung für den Klienten bedeuten. Verhaltensweisen, wie z.B. „Anwendung von Gewalt“ und „Unpünktlichkeit“ können nicht zusammen in einem Korb landen, da sie nicht vergleichbar sind.

Es hat sich in der Praxis gezeigt, dass nicht ein Lösungsvorschlag des Aggressors für eine spätere Verhaltensveränderung entscheidend ist, sondern in der Regel die besondere Atmosphäre des Gespräches und die „Haltung“ der Mitarbeiter bereits eine Veränderung bewirkt.



## FORUM 3

# Harm Reduction – Methoden, Programme und Praktiken. Ein Update.

Prof. Dr. Heino Stöver, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung Frankfurt (ISFF)

## Einleitung

Der Begriff der Schadensminderung hat sich in den 1980er Jahren vor allem in Bezug auf Angebote für Konsumierende illegaler psychotroper Substanzen entwickelt und zwar als Gegenentwurf zu „bevormundenden“ und „entmündigenden“ Begriffen, Konzepten und Praktiken der damals ausschließlich abstinenz-orientierten Drogenhilfe (Stöver 1999).

Heute sind Strategien der Schadensminderung zentrale Elemente übergeordneter Public Health -Strategien geworden und haben Eingang in die Europäischen und den meisten nationalen Drogenstrategien und Aktionspläne gefunden. Die WHO, UNAIDS, und UNODC empfehlen ein Paket von Harm Reduction - Interventionen<sup>1</sup> als die Grundlage einer Public Health - Antwort auf die Herausforderungen des (intravenösen) Drogenkonsums und damit zusammenhängenden Infektionskrankheiten.

Harm Reduction International hat die folgende Definition erarbeitet: «Schadensminderung umfasst Methoden, Programme und Praktiken, die darauf abzielen, die individuellen und gesellschaftlichen Schäden des Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen der Menschen zu reduzieren, die nicht in der Lage oder nicht willens sind, den Gebrauch einzustellen.»<sup>2</sup>

Diese Definition hat sich im illegalen Suchtbereich etabliert und eine große Zahl an Studien belegen eine hohe Wirksamkeit von Harm Reduction Maßnahmen (Rhodes/Hedrich 2010), v.a. bei der Bekämpfung von übertragbaren

---

1 The nine interventions are: (1) needle and syringe programs; (2) opioid substitution therapy and other evidence-based drug-dependence treatment; (3) HIV testing services; antiretroviral therapy for people living with HIV; (4) prevention and treatment of sexually transmitted infections (and sexual and reproductive health services); (5) condom programs for people who inject drugs and their sexual partners; (6) targeted information, education and communication; (7) prevention, vaccination, diagnosis and treatment of viral hepatitis B and C; (8) prevention, diagnosis and treatment of tuberculosis; and (9) community distribution of naloxone for prevention and treatment of opioid overdose.

2 <https://www.hri.global/>

Krankheiten (z.B. Fernandes 2017; Davis et al. 2017; Platt et al 2018), auch in Gefängnissen (Lazarus 2018; Kamarulzaman 2016), sowie bei der Reduktion von drogenbedingten Todesfällen (Übersicht: Hedrich/Giraudon 2018).

Die Übertragung des Konzeptes „Harm Reduction“ auf legale Substanzen respektive Verhaltensweisen ist noch wenig in verhaltens-/ bzw. verhältnispräventive Strategien umgesetzt worden. Im Tabakbereich kann der Einsatz von E-Zigaretten oder Nikotin-Kaugummis/-Sprays etc. beispielsweise als eine harm reduction – Strategie interpretiert werden (Stöver 2016 und 2019). Im Gegensatz zu Deutschland wird diese Strategie als „Tobacco Harm Reduction“ viel offensiver diskutiert (vgl. Global State of Tobacco Harm Reduction 2020).

Zwar haben unter anderem die Bemühungen der WHO, alkoholassoziierte Schäden zu reduzieren, sowie die zunehmende Erkenntnis, dass bei Alkoholabhängigkeit Abstinenz nicht das alleinige Therapieziel sein muss, die Schadensminderung auch im Alkoholbereich in den Fokus gerückt, aber in der internationalen Literatur besteht kein Konsens, welche Interventionen der Schadensminderung zuzurechnen sind. Häufig beinhalten diese auch Maßnahmen der Regulierung der Nachfrage und des Angebotes von Alkohol unter der Verwendung der breiter gefassten Definition des European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010: 19, eigene Übersetzung) verwendet:

„Interventionen, Programme und Strategien, die auf die Reduzierung der gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Schäden für Individuen und die Gesellschaft durch Substanzkonsum ausgerichtet sind“.

Hilfreich ist auch die von Stockwell (2006) verwendete Differenzierung; die Strategien der Schadensminderung beim Konsum von Strategien zur Reduktion der Nachfrage und des Angebots abgrenzt, wie z. B. die Erhöhung der Alkoholsteuer.

„Strategien der Schadensminderung reduzieren die Wahrscheinlichkeit gesundheitlicher Nachteile oder Schäden und berücksichtigen Sicherheitsaspekte, ohne notwendigerweise eine Veränderung der Konsummuster resp. eine Reduktion der Konsumhäufigkeit oder -menge vorauszusetzen. In erster Linie geht es darum, möglichst adäquate Konsumbedingungen zu schaffen: wie z. B. eine sichere Konsumumgebung, indem große Menschenansammlungen bzw. Gedränge vermieden werden, gut ausgebildetes Service-Personal (Restaurants, Bars, Clubs etc.), das auf bestimmte aber nicht provozierende Art keine alkoholischen Getränke an bereits betrunkene Personen oder an Jugendliche (Bier, Wein ab 16, Spirituosen ab 18 Jahren) verkauft, sicherer Transport betrunkenen Personen nach Hause, Chill-out-Zonen im Nightlife-Bereich, Ausnüchterungszellen etc.“

Völlig ungeklärt ist noch die Bedeutung von Schadensminderung bei Verhaltenssüchten, wie z.B. Glücksspiel. In diesem Bereich wird eher noch von verantwortungsvollem bzw. kontrolliertem Konsum“ gesprochen.

Im Folgenden soll die eingangs genannte Definition von Harm Reduction International verwendet werden.

## **1. Prohibition und Soziale Arbeit in der Suchthilfe**

Repressive Drogenpolitik und unterstützende Drogenhilfe existieren nicht in friedlicher Koexistenz nebeneinander, sondern bedingen sich einander, verformen sich und sind eng miteinander verwoben: Die Prohibition wirkt tief in das Nachfrage- und Inanspruchnahmeverhalten der Drogen gebrauchenden Menschen, sie hat Soziale Arbeit z.T. in ihren Grundüberzeugungen verändert, was Angebotsstrukturierung, Freiwilligkeit der Klientel und Kontrolle angeht (Stöver 2012) und sie hat die Lebensrealität Betroffener so stark beeinflusst, dass suchtttherapeutische Arbeit oftmals nur eine Arbeit an den prohibitionsinduzierten Problemen bedeutet.

Denn langjährigen Drogenabhängigen, vorwiegend von Opioiden oder Kokain, gelingt es selten, ihren Konsum ohne gesundheitliche Schädigungen oder soziale Ausgrenzungen zu realisieren (Stöver 2015). Um Schwarzmarktpreise bezahlen zu können sind Beschaffungsaktivitäten nötig. Während Männer ihren Drogenbedarf vor allem mit Diebstahl, Hehlerei und Drogenhandel finanzieren, sind Frauen neben dem Drogenverkauf oft auf den Verkauf ihres Körpers angewiesen (bei Frauen geht man von mehr als 50 Prozent, bei Männern von etwa 10–20 Prozent aus, die ihren Konsum über Prostitution finanzieren; Zurhold 2005; Wüst 2008). Soziale und gesundheitliche Folgeschäden sind absehbar. Obwohl ein Überangebot an Heroin oder Kokain besteht, gelingt es nur wenigen, ausschließlich die Droge ihrer Wahl zu konsumieren. Überbrückt werden die Versorgungsengpässe und Entzugserscheinungen mit Alkohol und/oder Medikamenten (v.a. Benzodiazepinen). Verbreitet ist ein Mischdrogengebrauch, z.T. bestehen Abhängigkeiten von mehreren Substanzen gleichzeitig, die hohe gesundheitliche Risiken bergen (z.B. verstärken Alkohol und betäubende Medikamente die Wirkung des Heroins oder Kokains). Insgesamt haben sich der Gesundheitszustand und die soziale Lage vieler – von Behandlung bisher nicht oder nur unzureichend erreichter – DrogenkonsumentInnen in den letzten zwanzig Jahren verschlechtert. Festzustellen sind:

- die Vernachlässigung elementarer Selbstfürsorge und Hygiene (Essen, Waschen, Bekleidung, Körperpflege);
- hohe psychische Belastungen durch Angst vor Entdeckung oder Beschaffungsdruck;
- massive Stigmatisierungs- und Ausgrenzungserfahrungen
- gravierende gesundheitliche und soziale Probleme durch Prostitution, die

- oft unter ungeschützten und erniedrigenden Bedingungen verläuft;
- Obdachlosigkeit bzw. wechselnde, kurzfristige Unterkünfte bei Bekannten aus der Drogenszene oder Freiern (verbunden mit der Schwierigkeit eine Wohnung zu bekommen oder zu halten);
  - soziale Isolation und Vereinsamung, da aufgrund der sozialen Ausgrenzung Kontakte zur Familie, zu Freunden und Bekannten außerhalb der Drogenszene ausdünnen und schließlich abreißen. Die sozialen Bezüge in der Szene sind stark durch Zwänge und Bedingungen der Drogenbeschaffung bestimmt;
  - fehlende berufliche und soziale Perspektiven der Teilhabe. Der oftmals niedrige Bildungsstand, Folge des frühen Herausfallens aus Schule und Ausbildung, führt zu einer Verschlechterung der Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Dauerhafte Arbeitslosigkeit führt oft zu sozialem Abstieg, Verarmung (z.B. dauerhaftem Hartz IV-Status), und damit wiederum zu verstärktem Drogenkonsum;
  - mangelndes Selbstvertrauen aufgrund sozialer Ausgrenzung und gesundheitlicher Verelendung, geringe Selbstwirksamkeitserfahrungen: der Verlust des Vertrauens in die Möglichkeit, die Lebenssituation selbst grundlegend verbessern zu können, nachdem Entzüge oder Therapieversuche wiederholt keine Erfolge zeitigten;
  - rassistisch motivierter Verfolgungsdruck gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund, v.a. wenn sie dunkler Hautfarbe sind.

## 2. Drogennotfallprophylaxe

Im Jahr 2019 sind in Deutschland 1.398 Menschen an den Folgen des Konsums illegaler Drogen verstorben, ein Anstieg um 10% zum Vorjahr. In mehr als der Hälfte der Fälle der Todesopfer starben Menschen an Überdosierungen im Zusammenhang mit Heroin und andere Opioiden. Wirksame Strategien um diese enorm hohe Zahl von sog. Drogentoten zu reduzieren sind bekannt (siehe Graphik 1) - gegen opioid-bedingte Todesfälle helfen v.a.:

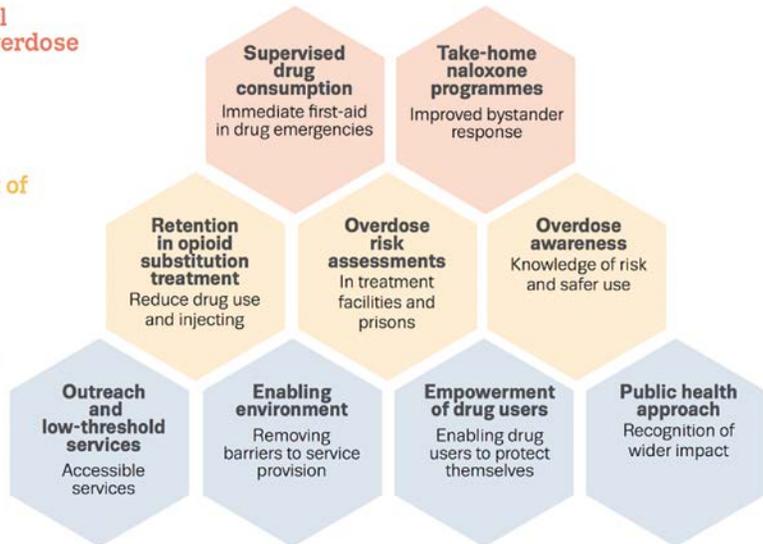
- Eine Regulierung des Drogenmarktes mit klarem Ausweis des Güte- und Reinheitsgehaltes psychotroper Substanzen
- Durchgehende und auf die Bedarfe der PatientInnen abgestimmte medikamentengestützte Behandlung (z.B. mit Methadon, Buprenorphin, retardiertes Morphin, Diacetylmorphin)
- Ausbau des Angebots von Drogenkonsumräumen - die es gegenwärtig nur in 6 von 16 Bundesländern gibt (Schäffer/Stöver/Weichert 2014; Schäffer/Stöver 2011)
- Der flächige Einsatz des Notfallmedikaments Naloxon – Take-Home-Naloxon-Programme (Dichtl/Stöver/Dettmer 2018)

- Verbesserung des Wissens um Drogennotfälle, insbesondere bei Entlassenen/AbbrecherInnen aus der Therapie oder Haftentlassenen, die lt. Schätzung der WHO etwa 20% aller drogenbedingten Todesfälle ausmachen (siehe Stöver)

### Reducing fatal outcome of overdose

### Reducing risk of overdose

### Reducing vulnerability



Graphik 1: Interventions to reduce opioid-related deaths  
(Quelle: Hedrich/Giraudon 2018)

### 3. Transfer von Harm-Reduction – Strategien (z.B. Infektionsprophylaxe, Substitutionsbehandlung) in den Justizvollzug

Der Transfer von Harm-Reduction – Strategien in den Justizvollzug ist bislang nicht gelungen. Bundesweit (und auch international, (Hedrich et al. 2012) zeigt sich eine äußerst uneinheitliche Praxis der Substitutionsbehandlung im Vollzug (Stöver/Keppler 1998; Keppler/Stöver 2002; Keppler et al. 2011b): es besteht ein Nord-Süd-, Ost-West-, Stadt-Land-Gefälle in der Verbreitung der Substitutionsbehandlung. In einigen Ländern ist eine flächendeckende Substitution sichergestellt (z.B. NRW, Bremen), in anderen Ländern wird trotz hoher Belegung der Gefängnisse mit Opioidabhängigen nur wenig substituiert (z.B. Bayern mit etwa 3.000 Gefangenen, die als Betäubungsmittelkonsumierenden eingestuft sind; vgl. dazu auch Stöver, Schäffler, Knorr 2017). In vielen Bundesländern werden lediglich in Freiheit begonnene Substitutionsbehandlungen weitergeführt, oftmals in sehr geringer Anzahl erfolgt der Neubeginn einer Substitutionsbehandlung. Die in Freiheit geforderte psychosoziale Betreuung erfolgt entweder durch den Sozialdienst oder externe Drogenberatung.

Von der Vielfalt der zugelassenen Medikamenten wird in der Regel kein Gebrauch gemacht: DL-Methadon ist das Mittel der Wahl der meisten Anstaltsärzte, L-Polamidon aufgrund des Preises und Buprenorphine aufgrund der schwierigeren Überwachung bzw. des höheren Personalaufwandes der ordnungsgemäßen Einnahme (sublingual) wenig verbreitet. Allerdings nimmt die Verwendung der neuen Buprenorphin-Depotspritze zu. Retardiertes Morphin und Diamorphin spielen so gut wie keine Rolle.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass Gefangene nur zu einem geringen Teil vom Fortschritt in der Suchtmedizin und Harm-Reduction – Strategien profitieren: nur etwa 10% aller in Frage kommenden opioidabhängigen Gefangenen erhält eine Substitutionsbehandlung (im Gegensatz zu ca. 40-50% in Freiheit), und in vielen Fällen nicht das Medikament ihrer Wahl, sondern das Medikament, das aus anstaltlichen Interessen (Preis, Kontrollierbarkeit etc.) verabreicht wird. In manchen Bundesländern werden Substitutionsbehandlungen durchgeführt ohne die außerhalb anerkannten Indikationen und Dosierungen zu akzeptieren: So wird in der Regel eine Verschreibung von Substitutionsmedikamenten als durchgehende Behandlung allenfalls bei Kurzstrafen in wenigen Anstalten angeboten. Bei Drogenentzugsbehandlungen erfolgt sie – oftmals entgegen fachlichen Regeln – in übermäßig schnellen und großen Abdosierungsschritten. Die verbreitete Praxis eines Abbruchs der in Freiheit begonnenen Substitutionsbehandlungen (ca. 70% der Substituierten) erscheint umso weniger nachvollziehbar, da diese ausdrücklich nach medizinischer Indikation begonnen wurden (vgl. Stöver 2011: 44), und die Substitutionsbehandlung in Gefängnissen in den Richtlinien der Bundesärztekammer ausdrücklich vorgesehen ist.

Infektionsprophylaktische Bemühungen erfordern insbesondere im Justizvollzug eine über die Beachtung und Eindämmung einer bloßen HIV-Verbreitung hinausgehende Wahrnehmung des erheblichen Infektionsrisikos „Hepatitis“ unter i. v. Drogenkonsumenten aber auch unter anderen Gefangenen (vgl. Stöver u.a. 2015: Suchtmed 15). Die Umsetzung des Äquivalenzprinzips ist auch im Bereich der Unterstützung für HIV/HCV-Infizierte oder Gefährdete anzustreben: Die beraterischen, medizinischen, pflegerischen Standards „draußen“ sollen die Grundlage für die Standards im Vollzug bilden (WHO 1993; vgl. Lines/Stöver 2006; Altice u.a. 2016). Trotzdem sind die Antworten auf die Herausforderungen von Infektionskrankheiten in Deutschland sehr heterogen.

Die Infektionsprophylaxe in den Justizvollzugsanstalten muss mit der Aufklärung der Gefangenen und Bediensteten beginnen. Ziel sollten nicht allein die Vermittlung oftmals realitäts- und lebensweltfremder Maximalziele (wie Drogenfreiheit etc.) bilden, sondern es sollten erreichbare, umsetzbare Teilziele lebensweltnah und zielgruppenspezifisch formuliert werden. Grundsätzliche

Ziele müssen sein: a) Verhinderung von Neuinfektionen, da es keinen Impfschutz (HIV und HCV) und auch keine ursächliche und ausheilende Therapiemöglichkeit gibt (bei HIV). b) Verhinderung der negativen Auswirkungen der Epidemie, um ein verantwortungsvolles Verhalten der Gesunden und Kranken und eine adäquate medizinische Beratung und Betreuung zu gewährleisten; c) Förderung von Solidarität mit den Betroffenen, d.h. Verständnis und Akzeptanz unterschiedlicher Normen und Werte und Fürsorge für die spezifischen Belange der betroffenen Gefangenen. Diese Kenntnis der Infektionswege und wirksamer Schutzmaßnahmen geben potenziell jedem Menschen die Möglichkeit, eigenverantwortlich und selbstbestimmt das Ansteckungsrisiko individuell stark zu reduzieren oder sogar ganz auszuschalten. Doch die Wissensvermittlung allein reicht nicht aus, um die gewünschten Verhaltensänderungen zu gewährleisten. Es muss eine stetige Motivation erfolgen, die lebensweltorientiert, zielgruppenspezifische notwendige Verhaltensanpassungen stimuliert und die mit der Schaffung technischer Voraussetzungen einhergeht, die Verhaltensänderungen erst ermöglichen und lohnend machen (vgl. m.w.N. und konkreten Anleitungen Jacob/Stöver 1998; Stöver/Trautmann 1998, Stöver/Trautmann 2006). Dazu zählen für die Zielgruppe der Gefangenen insbesondere Informationsvermittlung, Trainingseinheiten über schadensminimierende Aktivitäten, wie safer use, safer sex, Drogennotfallprophylaxe (vgl. Heudtlass/Stöver 1998: ZfStrVo 47/3, 155).

Die Forderung nach einer Einführung von Spritzenaustauschprogrammen im Vollzug ist mit der HIV/AIDS-/Hepatitis-Verbreitung immer wieder von Fachgremien und Experten aus fachlicher und rechtlicher Sicht erhoben worden (umfassend UNODC 2016; Lines u.a. 2006; Stöver 2000; WHO-Regionalbüro Europa 1992; AIDS-Enquete-Kommission des Dt. Bundestages 1990; Lesting StV 1990, 225; Kreuzer ZStW 1988, 807 ff.; Körner § 29 BtMG Rn. 1019), aber lange Zeit aus vollzugspolitischen Gründen abgelehnt worden. Erst 1994 begann in der Schweiz ein erstes umfangreiches Pilotprojekt, dem weitere in der Schweiz (insgesamt an sieben Standorten), in etwa 40 Gefängnissen in Spanien und ab 1996 auch in Deutschland (JVA für Frauen Vechta, JVA Lingen I Abtl. Groß Hesepe [Nds.], JVA Vierlande [Hamburg], JVA Lichtenberg; Lehrter Straße [Berlin]) folgten (weltweit in derzeit 6 Ländern). Seit 2001 sind sechs der sieben deutschen Projekte eingestellt worden – aus politischen Gründen (s. Stöver 2005), so dass heute nur noch die Frauenhaftanstalt Lichtenberg in Berlin ein solches Angebot vorhält. Dies obwohl die praktischen Erfahrungen und wissenschaftlichen Evaluationen durchgehend einen Erfolg solcher Maßnahmen belegen (siehe Meta-Analyse: Stöver/Nelles 2003: IJDP 14/, 437; Lines u.a. 2005: IJPH 1/1, 49; Lines u.a. 2004; Lazarus et al. 2018). Trotz unterschiedlicher Vergabemodalitäten und Zugangsbeschränkungen können folgende allgemeingültige Erkenntnisse festgehalten werden (Nelles u.a. 1995 u.

1999; Meyenberg u.a. 1996, 1997 u. 1999): Spritzenumtauschprojekte sind machbar, d.h. sie lassen sich organisatorisch nach einigen Anlaufschwierigkeiten mit zumeist technischen Problemen leicht in den Arbeitsablauf einer Anstalt integrieren. Die Akzeptanz seitens der Insassen hängt ganz wesentlich davon ab, ob eine weitgehende Anonymität beim Zugang zum Spritzenumtausch gewährleistet wird. Die Akzeptanz seitens der Bediensteten wird geprägt von der Vermittlung der Ziele des Projektes und ihrer aktiven Einbeziehung in Planungs- und Entscheidungsprozesse, sowie in Durchführungsmodalitäten. Die Gemeinsambenutzung von Spritzen hat keine rituelle Bedeutung für drogenabhängige Inhaftierte - sie ist eher Reflex auf Situationen der Unzugänglichkeit von sterilen Spritzen. Begleitende Präventions- und Informationsangebote für die Bediensteten, wie auch für die Inhaftierten sind von großer Bedeutung und tragen zur Verankerung des Ziels „Infektionsprophylaxe“ bei. Alle Angebote sollten zielgruppenspezifisch und lebensweltnah konzipiert und durchgeführt werden. Angebote externer Anbieter sind dabei von großer Bedeutung, weil sie eine höhere Glaubwürdigkeit, Eindeutigkeit und hohes Zielgruppenverständnis entwickeln können. In keiner der untersuchten Haftanstalten, in denen Spritzenumtauschprojekte mit z. T. immensen Umtauschzahlen installiert wurden, wurde das Personal oder andere Gefangene mit gebrauchten Spritzen bedroht. Eine Steigerung des Drogenkonsums konnte weder in Hindelbank, noch in Vechta oder Lingen I Abt. Große Hesepe nachgewiesen werden. Eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage konnte anhand bestimmter Parameter gezeigt werden: z. B. Abnahme von Spritzenabszessen und keine neue HIV- und Hepatitis-Infektionen bei dauerhaft am Projekt beteiligten Gefangenen. In allen untersuchten Haftanstalten war das Wissen der Inhaftierten (wie auch der Bediensteten) über Hepatitisinfektionen und deren Prävention nur in geringem Maße vorhanden, die Kenntnisse über HIV-Infektionen und AIDS hingegen gut. Am Beispiel der Hepatitis-Infektion kann ein verbessertes Risikobewusstsein erreicht werden („safer use“, „safer sex“; vgl. m.w.N. Jacob u.a. 1997). Das Spritzenvergabeprogramm wurde als niedrigschwellige Anlaufstelle zur, zum Teil erstmaligen, Kontaktaufnahme mit drogenabhängigen Gefangenen bewertet, die eine Vermittlung von weiterführenden Hilfen ermöglicht. Zur Bedrohung von Bediensteten mit Spritzen ist es im Laufe dieses und anderer Projekts nicht gekommen. Dennoch wurde es im Jahr 2003 aufgrund eines Regierungswechsels gestoppt (Knorr 2011).

#### **4. Soziale Arbeit in der gelingenden Suchtbehandlung**

Obwohl Fachkräfte der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik die größte Berufsgruppe in der Behandlung Suchtkranker stellen (ca. 60% in den Einrichtungen der Drogenprävention, -beratung, -behandlung(s) und -nachsorge) wird über ihren Anteil an einer gelungenen Beratung/Behandlung wenig berichtet. Die

Gründe liegen vermutlich darin, dass in der Wertigkeit der Unterstützung und Therapieformen Abhängiger die sozialen Hilfen als selbstverständlicher gesehen werden als psychotherapeutische oder ärztliche Interventionen. Jenseits dieser Abstufung versteht es die Berufsgruppe der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen zudem wesentlich schlechter als andere, ihre Leistungen in der Fachwelt und weiteren Öffentlichkeit entsprechend ihrem Anteil an der Suchtkrankenhilfe gebührend darzustellen (vgl. DG-SAS 2012).

Dem liegt eine weitgehende Verunsicherung in Bezug auf ihr Aufgabenprofil und ihre Kernkompetenzen, sowie eine mangelnde gesicherte methodische Ausstattung zu Grunde, um die Frage zu beantworten: „Was macht ein/e gute/r Sozialarbeiter/in aus?“ Die Folge der Verunsicherung war, dass eine Selbstabschätzung erfolgte, und über therapeutische Zusatzausbildungen kompensiert wurden (was die Qualität der Arbeit gleichwohl verbessert hat).

Allerdings hat sich in den letzten Jahren der Methodenkanon der Sozialen Arbeit deutlich erweitert und die sozialarbeiterische Handlungssicherheit ist gestiegen. Deutlich wird in vielen Arbeitsbereichen, dass Sozialarbeiter/Innen gelernt haben im interdisziplinären Arbeiten in multi-professionellen Teams „gleiche Augenhöhe“ mit den anderen Akteuren einzufordern und selbstbewusster ihre Zuständigkeiten und Fähigkeiten, ihre Stärken herauszuarbeiten. Und diese sind neben der oftmals erfolgreich gestalteten Moderatorenrolle eines interdisziplinär-multiprofessionellen Versorgungsansatzes, die individuelle Einzelfallhilfe, Beziehungsarbeit im klassischen Sinne, und der Praxis-Politik-Transfer auf kommunaler/regionaler Ebene. Die Stärke sozialer Arbeit liegt darin, lebensweltorientiert, alltagsnah, und zielgruppenspezifisch arbeiten zu können, zwei theoretisch untermauerte Grundvoraussetzungen, um bedarfsgerechte soziale Unterstützungen in verschiedenen Handlungsfeldern der Suchtkrankenhilfe zu leisten (Thiersch 2005). Lebensweltorientierung bedeutet auf die individuellen sozialen Probleme der Betroffenen in deren Handlungsrahmen zu fokussieren, sowie subjektiven Deutungen und individuellen Problembewältigungen der Betroffenen mit Akzeptanz, Respekt zu begegnen. Die „lebensweltorientierte“ Hilfe ist zunächst in die sozialen Strukturen auf personaler/lokaler Ebene eingebettet, muss aber auch anwaltliche Funktionen für die und mit den betroffenen Zielgruppen bspw. in der Sozial- und Gesundheits-(Sucht)politik gesellschaftlichen Rahmenverhältnisse einbeziehen. Die von Akzeptanz und Respekt geprägte Soziale Arbeit widersetzt sich einer Standardisierung von Arbeitsabläufen, deshalb wird von den Fachkräften ein hohes Maß an kritisch-reflexiver Bewertung ihrer eigenen Arbeit und ihrer Rolle in der Lebenswelt der Betroffenen erwartet.

## 5. Integrative Suchtarbeit – funktioniert das?

Die Pole sind abgeschmolzen der vehementen Befürworter eine akzeptanzorientierten und einer abstinenz-orientierten Drogenhilfe. Die letzten fast 40 Jahre haben gezeigt, dass es eher ein „Sowohl-als-auch“ als ein ein „Entweder-Oder“ geben muss. Noch aber hakt die Kooperation und Kommunikation. Einige Beispiele sollen dies verdeutlichen:

Eine Substitutionsbehandlung stellt in aller Regel bei den meisten Kliniken der medizinischen Rehabilitation einen Ausschlussgrund dar: hier heißt es tatsächlich immer noch „Entweder-Oder“, nur eine kleine Zahl von Kliniken nimmt auch substituierte Patient\_innen auf. Dies obwohl Erfahrungen und wissenschaftliche Erkenntnisse belegen, dass eine medizinische Rehabilitation unter Substitution ebenso erfolgreich ist, wie eine nicht-medikamenten-gestützte Rehabilitationsbehandlung (Kuhlmann 2015), wenn:

- Die Erwartungen an med. Reha realistisch sind
- Eine gute Einbeziehung in die Patientengruppe und ein guter Kontakt zum Team besteht
- Bereitschaft und Fähigkeit zur therapeutischen Auseinandersetzung, Reflexion und Zielsetzung ausreichend vorhanden bzw. entwickelbar sind
- Therapeutische Erfahrung mit Substitutionsbehandlung und Vernetzung (intern, extern) mit Drogenhilfenetzwerk vorhanden ist
- Therapeutischer (= flexibler) Umgang mit Substitutionsdosis und –dauer gelingt: Einzelfallbezogen unter Einbeziehung der Patientenperspektive
- Abstinenz und Substitution: Mittel zum Zweck (Teilhabe), NICHT Selbstzweck
- Nahtlose Anschlussperspektive (Wohnen, Arbeit, Nachsorge): Vor allem unter Substitution.

Weitere Beispiele lassen sich finden in der Verwendung unterschiedlicher Sprache, Begriffe, Konzepte, aber auch Menschenbilder. Die akzeptanzorientierte, niedrigschwellige Drogenarbeit fokussiert stärker auf Kontroll- und Wachstumserfolge im Umgang mit Drogen.

Dies betrifft auch viele andere Formen der lerntheoretisch verankerten Kontroll-Strategien (z.B. KISS), die auf Schadensminimierung orientiert sind, und nicht auf Heilung.

## 6. Rahmenbedingungen verändern – kommunale Vernetzungen ausbauen

Insgesamt geht es für Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe darum, Insellösungen zu vermeiden, stattdessen Vernetzungen in den Kommunen mit auch

drogenunspezifischen Einrichtungen (wie Jobcenter, Schulen etc.) aktiv zu betreiben, gemeinsam gestaltend, initiativ und mit-regulierend tätig zu werden, um insgesamt die Risiken zu vermindern (Baur 2015). Eine Verzahnung der verschiedenen Sektoren bietet mehr Chancen, die Gesundheitsrisiken in Familie, Schule, Arbeit, Freizeit und Stadtteil im Bündnis der Träger und Akteure zu identifizieren und zu reduzieren.<sup>3</sup>

## **7. Betroffene zu Beteiligten machen – „Nothing about us without us!“**

Mehr als bisher müssen Drogenberatungsstellen auf Selbsthilfe und Selbstorganisation setzen. Diese wichtige Ressource der Betroffenenkompetenz zu nutzen, bedeutet eine nachhaltige Mobilisierung aller Betroffenen, Angehörigen etc. Eine stärkere Einbindung als bisher in die Planung, Durchführung und Auswertung der Arbeit bedeutet, die Angebote lebensweltnäher, genderspezifischer zu gestalten. Unterhalb wissenschaftlicher Erkenntnisse liefern systematisierte Erfahrungsberichte und Detailwissen Betroffener Anleitungen für die passgenaue Ausrichtung von Hilfe- und Unterstützungsangeboten. Beispielhaft dafür sei die enge Zusammenarbeit von Junkies, Ex-User, Substituierte (JES<sup>4</sup>) mit der Deutschen AIDS-Hilfe genannt.

Drogenhilfeeinrichtungen sollten sich dementsprechend als Teil einer vorsorgenden Gesundheitspolitik verstehen. Das würde bedeuten, dass sie in einen Setting-Ansatz eingebunden werden, in dem Drogenberatung, -hilfe und Prävention in den Lebenswelten passgenau verankert sind, in denen Menschen lernen (Schule, Erwachsenenbildung), arbeiten (Betrieb), zusammenleben (Familie), sich weiterbilden oder ihre Freizeit verbringen. Prävention, der Erwerb von Konsumkompetenzen, Therapie und Selbsthilfe müssen vor diesem Hintergrund entwickelt werden.

Drogenberatungen sollten geschlechtsspezifische und -sensible Ausrichtungen aufweisen, die sowohl auf Akzeptanz, Partizipation, Ressourcenförderung und Nutzung der Betroffenenkompetenz für und mit den Geschlechtern setzt (z.B. mit geschlechtshomogenen Orientierungen und Organisationsformen), als auch immer unterschiedliche Bedarfe und Ressourcen mitdenkt und -organisiert. Für die meisten Jungen und Männer sind die Themen „Gesundheit“ und „Pflege“ beispielsweise weiblich besetzt. Jenseits eines leistungsorientierten „Maschinendiskurses“ über ihren Körper sind viele Männer oftmals nicht in der Lage, Gesundheit und Drogengebrauch zum Thema zu machen (Stöver 2014). Eine bessere Ausdifferenzierung von Zielgruppen ist nötig, um gesundheits-/

---

3 vgl. auch: [www.diegemeindenhandeln.ch](http://www.diegemeindenhandeln.ch); (zugegriffen am 21.12.2015)

4 JES <http://jes-bundesverband.de/> (zugegriffen am 21.12.2015)

suchtrelevante Botschaften an den Mann und an die Frau zu bringen, d.h. der Gesundheitsdiskurs muss alters-, kultur-, schicht- und geschlechtsspezifisch organisiert werden. Die Unterstellung einer Eindimensionalität des männlichen wie weiblichen Lebensentwurfs muss überwunden werden, zugunsten eines differenzierten Blicks auf mittlerweile vielfältige Ausprägungen des Mann- und Frau-Seins, als hetero-, homo- oder transsexuell, als Junge, Mädchen, Jugendliche und Jugendlicher, junger/alter Mann, junge/alte Frau, Migrantin und Migrant oder Einheimische und Einheimischer aus unterschiedlichen Regionen, mit Herkunft aus „bildungsferner“ oder Mittel-/Oberschicht etc.

## **8. Verschränkung der Systeme – Überwindung der Versäulung und Segmentierung**

Was ein effektives Suchtkrankenhilfesystem in Deutschland vor allem braucht ist eine stärkere Verzahnung unterschiedlicher und verschiedenschwelliger Hilfeangebote: vom Kontakt, Straßenarbeit, Beratung, Konsumbegleitung, Behandlung, Nachsorge und Prävention. Abstinenzorientierung kann realistisch nicht mehr das alleinige Ziel der Suchtkrankenhilfe sein, sondern mehr und wissens-informierte Kontrolle über den eigenen Gebrauch erlangen ist eine gleichberechtigte Zieloption neben der Abstinenz oder der medikamentengestützten Behandlung.

Das bedeutet aber, dass bspw. aus der Straßenarbeit heraus ein qualifizierter Entzug begonnen werden kann, oder die medizinische Rehabilitation auch für opioidabhängige Menschen in Substitutionsbehandlung zugänglich sein muss (akzept 2011). Auch substanzgebundene Behandlungsangebote machen dann keinen Sinn mehr, wenn der Mischkonsum von Alkohol, Opioiden, Kokain und Benzodiazepinen weit verbreitet ist. Das Denken und Arbeiten in segmentierten Säulen (hier abstinenzorientiert, dort suchtbegleitend) muss überwunden werden zugunsten einer stärkeren Verzahnung in der alltäglichen Behandlungspraxis.

Dazu gehört auch, dass wenn der ambulante Rahmen zur gesundheitlich-sozialen Stabilisierung nicht mehr ausreicht, so muss eine Beratung zu weiteren Hilfen stattfinden, wie z.B. Vermittlung in eine Entzugseinrichtung, Abstinenztherapie oder medikamentenunterstützte Behandlung und Betreutes Wohnen. Insbesondere die Möglichkeiten zur Weitervermittlung in den Entzug und/oder (Psycho-)Therapie werden durch eine verstärkte Zusammenarbeit mit entsprechend arbeitenden ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen und entsprechenden Einrichtungen gestaltet. Dazu gehört, sich stetig über den jeweiligen Status Quo von Vermittlungsmöglichkeiten zu informieren (aktuelles Kataster von Ärztinnen und Ärzten und Einrichtungen, bestehende Aufnahmevoraus-

setzungen u.ä.) ebenso wie die Kontakte zu pflegen und die Vermittlungsmöglichkeiten ggf. mit vertraglichen Vereinbarungen abzusichern.

## **9. Verhaltens- und Verhältnisprävention**

Die Präventionsarbeit ist aufgrund geringer Mittelzuweisung oft unterentwickelt und zudem oft verhaltenspräventiv fixiert. Standards der Fachverbände (Stellenanteile bezogen auf Einwohnerzahl; definiert durch z.B. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) können oftmals nicht eingehalten werden. Die Präventionsarbeit, die sich stoffgebundenen (legale und illegale Drogen) und stoffungebundenen Risiken zuwenden sollte, kommt oft zu kurz, erscheint willkürlich (Entscheidung zwischen Schulen, Betrieben, Freizeitstätten) und oft abhängig von einzelnen Dienstleistern. Es mangelt an einer gezielten, kontinuierlichen und systematisch betriebenen Präventionsarbeit, die zudem an evidenz-basierten Methoden ausgerichtet ist. Veränderungen in den gesellschaftlichen Verhältnissen sind in der Regel wirksamer als die Verhaltensänderungsaufappelle.

## **10. Konsumkompetenz – Betroffene zu Beteiligten machen**

Ein übergreifender Handlungsansatz über alle Lebensbereiche, Alterssegmente und Ressourcen hinweg ist die Stärkung der Konsumkompetenz in der Gesellschaft beim Umgang mit psychotropen Substanzen. Danach sollten die Konsumierenden um die Wirkungen wissen, um eigene körperliche und seelische Verfassungen, um Anlässe, Regeln und Grenzen sowie die Förderung von Risikominimierung (inkl. der Förderung von Fähigkeit zur Punktabstinenz<sup>5</sup>) besser reflektieren zu können. Auch „Sicherer Gebrauch“ (Safer Use) ist ein Bestandteil der Konsumkompetenz.

Konsumkompetenz stärken, um Chronifizierungen vorzubeugen, bedeutet aus wissenschaftlicher Sicht, den Prozess der Risiko- und damit Lebenskompetenzen in den Settings zu beachten und zu fördern (Heudtlass/Stöver 2005). Ebenso schließt es das Erlangen in der Fähigkeit zu einem gesundheitsverträglichen Umgang nach einer problematischen Konsumphase mit ein, indem z.B. nach einer Drogentherapie notwendige Fähigkeiten zur Aufrechterhaltung von Abstinenz oder zum kontrollierten Konsum erlernt werden (Böllinger/Stöver 2002).

## **11. Attraktivität – Entstigmatisierung nötig!**

Abhängig von den einzelnen Suchtformen und den Gefährdungen dauert der Weg vom erstmaligen Auftreten des Konsumproblems bis zur Inanspruchnah-

---

5 Punktabstinenz ist ein Fachbegriff für den gezielten zeitweisen Verzicht in bestimmten Lebenslagen/-situationen. Ein Beispiel ist der Verzicht auf Drogen im Straßenverkehr oder am Arbeitsplatz.

me von Hilfen zu lang – oftmals Jahrzehnte – und der problematische Drogenkonsum hat sich bereits chronifiziert mit entsprechenden negativen Folgeerscheinungen. D.h. viele Jahre bleibt der Konsum für die Betroffenen und ihr Umfeld problematisch, führt zu erheblichen Belastungen und hat z.T. den Verlust des Arbeitsplatzes, der Wohnung, Beendigung der Ehe etc. nach sich gezogen. Drogenberatungsstellen, als erste Anlaufstellen für die Organisation, zumindest professioneller Hilfen, müssen daher viel attraktiver gemacht werden. Sie müssen das Ansehen, nur für Süchtige da zu sein, verlieren, um auch positiv von der Bevölkerung wahrgenommen zu werden. Der immens große Kreis der Suchtgefährdeten, d.h. all diejenigen, die zumindest zeitweise einen riskanten Konsum aufweisen, müssen stärker angesprochen werden. Das geht nur über eine glaubwürdige Thematisierung der Ambivalenz aller Drogen. Deutlich wird in diesem Zusammenhang auch, dass die Illegalisierung bestimmter Substanzen und die Kriminalisierung ihrer Nutzenden eine glaubwürdige und offene Auseinandersetzung über Vor- und Nachteile des Drogengebrauchs verhindert. Trotz Schweigepflicht sind die Konsumierenden gewarnt, nicht zu viel von sich preiszugeben, weil sie über teils umfassende Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen verfügen (vgl. Stöver/Plenert 2013). Zu schnell wird von „Sucht“ gesprochen, statt von einem langjährigen schweren Gebrauch von psychoaktiven Substanzen zu reden, was viel mehr Menschen ansprechen würde. Die stigmatisierende Wirkung des Suchtbegriffs wird von mehr und mehr Menschen wahrgenommen und ausgesprochen (Rumpf 2015).

## Literatur

- akzept (2011): Substitution und Psychotherapie im stationären und ambulanten Setting. Dokumentation. Fachtagung am 2.12.2011 in Berlin
- akzept, DAH, JES Bundesverband (2015): 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015. <http://alternativer-drogenbericht.de/> (zugriffen am 21.12.15)
- Baur, R. (2015): Kommunale Drogenpolitik“: Was können Städte und Gemeinden tun? In: akzept/DAH/JES (Hrsg.): 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht. Berlin 2015
- Böllinger, L./Stöver, H. (Hrsg.) (2002): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. 5., vollständig überarb. Auflage. Fachhochschulverlag Frankfurt am Main
- Davis SM, Daily S, Kristjansson AL, et al. (2017): Needle exchange programs for the prevention of hepatitis C virus infection in people who inject drugs: a systematic review with metaanalysis. *Harm Reduct J.* 2017;14(1):25

- Declaración Conjunta Sobre Crimen Organizado y Narcotráfico (2011) : XIII Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla. Mérida, Yucatán, Lunes 5.11.12; <http://saladeprensa.sre.gob.mx/index.php/es/comunicados/912-sre>.
- DG-SAS (2012): Suchttherapie 2012 ; 13 : 102
- Dichtl, A.; Stöver, H.; Dettmer, K. (Hrsg.) (2018): Leben retten mit Naloxon Erfahrungen aus Deutschland, Europa und den USA. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag.
- Fernandes RM, Cary M, Duarte G, et al. (2017): Effectiveness of needle and syringe programmes in people who inject drugs –an overview of systematic reviews. BMC Public Health. 2017;17(1):309
- Gallahue, P. (2011): The Death Penalty for Drug Offences Global Overview 2011, London: Harm Reduction International
- Global Commission on Drug Policy (2011): War on Drugs. Report of the Global Commission on Drug Policy, o. O.; [www.globalcommissionondrugs.org/Report](http://www.globalcommissionondrugs.org/Report).
- Global State of Tobacco Harm Reduction (2020): <https://gsthr.org/> (Zugriff: 7.2.2020)
- Grotenhermen, F.; Müller-Vah, K. (2012): Das therapeutische Potenzial von Cannabis und Cannabinoiden. In: Dt. Ärzteblatt 109, 29-30
- Hedrich, D.; Giraudon, I. (2018): The current landscape of opioid overdoses and harm reduction strategies in Europe. Presentation on the 10th IOTOD Conference in Madrid (15-16 May 2018)
- Heufelder, J. E. (2011): Drogenkorridor Mexiko, Berlin: Transit Buchverlag
- Heudtlass, J.H.; Stöver, H. (Hrsg.) (2005): Risiko mindern beim Drogengebrauch – Gesundheitsförderung, Verbrauchertipps, Beratungswissen, Praxishilfen. Frankfurt/M.: Fachhochschulverlag Frankfurt/M. 2005, Bd. 37, 450 S. (3. vollst. überarbeitete Aufl.)
- Kamarulzaman, A. et al. (2016): Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners. Lancet 2016; 388(10049): 1115-1126.
- Lazarus, J.V.; Safreed-Harmon, K.; Hetherington, K.; Bromberg, D.J.; Ocampo, D-.; Graf, N.; Dichtl, A.; Stöver, H.; Wolff, H. (2018): Health Outcomes for Clients of Needle and Syringe Programs in Prisons. In: Epidemiological Reviews Health Outcomes for Clients of Needle and Syringe Programs in Prisons; in: Epidemiologic Reviews, mxx019, <https://doi.org/10.1093/epirev/mxx019>; Published: 12 April 2018
- Lessmann, R. (2012): Politik der verbrannten Erde. Der War on Drugs ist gescheitert und geht dennoch weiter, in: Informationszentrum 3. Welt (iz3w) 328, S. 21–23
- Lingens, P. M. (2011): Drogenkrieg ohne/mit Ausweg, Wien: Kremayr & Scheriau.

- Mostardt, S. / Flöter, S. / Neumann, A. / Wasem, J. / Pfeiffer-Gerschel, T. (2010): Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland, in: Gesundheitswesen 72(12), S. 886-894; DOI: [dx.doi.org/10.1055/s-0029-1243212](https://doi.org/10.1055/s-0029-1243212).
- Rhodes, T.; Hedrich, D. (Hrsg.) (2018): Harm reduction: evidence, impacts and challenges. European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction. Lisbon, S. 379-404. Online im Internet: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction> [Stand: 31.05.2018].
- Rumpf, H.-J. (2015): Suchtkrankenversorgung in Deutschland: Eine Zukunftsvision. Plenarvortrag auf dem Deutschen Suchtkongress 2015 – 16.-18.9. 2015 in Hamburg
- Platt L, Minozzi S, Reed J, et al. (2018): Needle and syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: findings from a Cochrane Review and meta-analysis. *Addiction*. 2018; 113(3):545–563.
- Schäffer, D.; Stöver, H. (2011): Drogenkonsumräume in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme des AK Konsumraum. Deutsche AIDS-Hilfe e.V.; akzept e.V. (Hrsg.). Berlin, August 2011.
- Schäffer, D./Stöver, H./Weichert, L. (2014): Drug consumption rooms in Europe: Models, best practice and challenges. Regenboog Groep in partnership with Frankfurt University of Applied Sciences and akzept e.V. <http://www.drugconsumptionroom-international.org/index.php/library/policy-and-procedures1/library-policy-and-procedures> (31.5.2018)
- Schulz, A. (2015): Drogenpolitik neu denken! In: akzept, DAH, JES Bundesverband): 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015, S. 158-163
- Siegert, T. (2011): Mexiko im Drogenkrieg: Akteure und Strukturen, München: AVM.
- Stockwell (2006)
- Stöver, H. (Hrsg.) (1999): Akzeptierende Drogenarbeit – Eine Zwischenbilanz. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Stöver, H.; Gerlach, R. (2012): Gesundheitliche und soziale Auswirkungen der Prohibition. In: Gerlach, R.; Stöver, H. (Hrsg.): Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen. Fachhochschulverlag Frankfurt am Main, Bd. 32, S. 95-112
- Stöver, H. (2015): Elektronische Dampfprodukte und Harm Reduction. In: Suchttherapie 124-139
- Stöver, H. (2012): Konzepte und Arbeitsmethoden der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe. In: Suchttherapie 13, 4, Nov. 2012, S. 162-166

- Stöver, H./Plenert, M. (2013): Entkriminalisierung und Regulierung. Evidenzbasierte Modelle für einen alternativen Umgang mit Drogenhandel und -konsum. Friedrich Ebert Stiftung (Hrsg.). <http://library.fes.de/pdf-files/iez/10043.pdf> & <http://www.alternativedrogenpolitik.de/2012/08/17/dieentkriminalisierung-in-portugal-ist-vereinbar-mit-den-internationalen-drogenvertragen/http://library.fes.de/pdf-files/iez/10043.pdf> (Abrufdatum: 15.12.2015)
- Stöver, H. (2014): Risikolust am Rausch – doing gender with drugs!“ Vortrag auf dem Männerkongress 2014 „Angstbeißer, Trauerkloß, Zappelphilipp“? Seelische Gesundheit bei Männern und Jungen 19.-20.9.2014, Düsseldorf
- Stöver, H. (Hrsg.) (2019): Potentiale der E-Zigarette für Rauchentwöhnung und Public Health. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, 258 S.
- Stöver, H. (2016) Elektronische Dampfprodukte und Harm Reduction. In: Stöver, H. (Hrsg.): Die E-Zigarette. Frankfurt am Main. Fachhochschulverlag
- Thiersch H. (2005): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel . 6. Aufl Weinheim. München Juventa; 2005
- Weber, J. (2011): Der War on Drugs in der Andenregion: Weshalb die Drogenpolitik der USA gescheitert ist, München: Grin Verlag.
- Werse, B.; Morgenstern, C. (2012): Legalisierung über das Internet –Legal Highs als Herausforderung für das System der Drogenprohibition. In: akzept, DAH, JES Bundesverband): 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015, S. 227-241
- Wimber, H. (2015): Zur Sinnlosigkeit der strafrechtlichen Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes. In: akzept, DAH, JES Bundesverband): 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015, S. 164-169
- Wüst, A.-K. (2008) Drogenprostitution. Zur Lebenswelt opiatabhängiger Frauen. Münster: INDRO e.V.
- Zurhold, H. (2005) Entwicklungsverläufe von Mädchen und jungen Frauen in der Drogenprostitution. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung

# FORUM 4

# Suchtprävention, (Beratung) und Behandlung für Menschen mit einer geistigen Behinderung

Linda Weweler, Projektkoordination TANDEM, LWL-KS  
Markus Wirtz, Sachgebietsleiter, LWL-KS

## Allgemeines zum BMG-Projekt TANDEM

Inklusion und Normalisierungskonzepte führen zu Veränderungen in der Lebenswelt von Menschen mit geistiger Behinderung. Eine selbstständigere und unabhängigere Lebensführung birgt aber zugleich auch mehr Möglichkeiten Suchtmittel zu erwerben und zu konsumieren. Dabei ist das Risiko für einen Substanzmissbrauch mindestens dem von Menschen ohne geistige Behinderung gleichwertig. Bei einer bestehenden Problematik stehen Sucht- und Behindertenhilfe meist vor einer großen Herausforderung.

Prävention- und Behandlungsangebote der Suchthilfe sind auf den spezifischen Bedarf der Zielgruppe oftmals nicht ausgelegt. Für eine selbstbestimmte Teilhabe und Chancengleichheit im Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln bedarf es adäquater Angebote und einer Vernetzung der Behinderten- und Suchthilfe.

Hier setzt das Projekt TANDEM an, es fördert die Vernetzung der Hilfesysteme und bietet passgenaue Schulungsmaßnahmen. Konkret wird eine Angebotsstruktur geschaffen und erprobt. Hierfür werden evaluierte Instrumente aus den Niederlanden (Screening und Suchttherapie) nach Deutschland transferiert und durch ein selektives Suchtpräventionsprogramm ergänzt. Durch das gemeinsame Handeln der Projektteams wird auch ein Dialog über die spezifischen Bedingungen der Zielgruppe und die notwendigen Strukturen der Hilfesysteme ermöglicht.

Die Projektkoordination wird durch die LWL-Koordinationsstelle Sucht gewährleistet. TANDEM wird durch das Forschungsinstitut FOGS evaluiert und über die gesamte dreijährige Projektlaufzeit hinweg durch einen Fachbeirat begleitet. Zum Abschluss des Projekts findet eine öffentliche Fachtagung statt, auf der die Erfahrungen des Projekts und die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation präsentiert werden.

### **Die Ziele von TANDEM sind:**

- Vernetzung der Behinderten- und Suchthilfe
- Schulung von Fachkräften in der Anwendung ausgewählter Hilfsangebote
- Adaption und Implementierung adäquater Hilfsangebote
- Systematische Erfassung bereits bestehender Angebote in einer Online-Datenbank

### **Folgende drei Instrumente und Programme werden im BMG-Projekt adaptiert, angepasst und erprobt:**

*SUMID – Q* ist ein niederländisches Screeninginstrument (Fragebogen) zur Einschätzung des Schweregrades einer Substanzstörung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. Die Befragung zielt darauf ab, allgemein zum Thema ins Gespräch zu kommen, den Suchtmittelkonsum systematisch zu erfassen, zu beurteilen, welche Intervention ggfls. nötig ist und die Rollenverteilung zwischen Betreuer\*innen, Berater\*innen etc. zu definieren. Das Screening richtet sich grundsätzlich an alle daran interessierten Personen mit einer leichten geistigen Behinderung unabhängig davon, ob sie konsumieren oder nicht. Zu Beginn werden anhand von Bildkarten zunächst die Substanzen erfasst die\*der Teilnehmende erkennt. Danach wird das Wissen über diese Substanzen und die Haltung und Einstellung dazu erfragt, der Suchtmittelkonsum im Umfeld und die eigenen Erfahrungen mit dem Konsum von Suchtmitteln erfasst. Zum Ende werden Konsequenzen der Konsums sowie eine evtl. Veränderungsbereitschaft eruiert. Daraus resultieren kann eine persönliche Empfehlung für ein weiteres Angebot. Freiwilligkeit, Datenschutz und Aufklärung/ Informationen zum Instrument sind bei dieser Befragung wie auch im gesamten Projekt grundlegend.

*Sag Nein!* richtet sich als selektives Präventionsprogramm an Schülerinnen und Schüler von Förderschulen mit dem Schwerpunkt geistige Entwicklung. Das Programm ist dabei dem Lernverhalten angepasst. Im Projektverlauf wird das Programm an weitere Settings der Behindertenhilfe angepasst. Es geht darum einen Informations- und Wissenszuwachs bei den Teilnehmenden zu erreichen. Das Verstehen des eigenen Tuns soll gefördert, die Sinne, die Genussfähigkeit sowie die eigene Persönlichkeit gestärkt werden. Zudem werden Handlungsalternativen aufgezeigt. Das Programm fokussiert sich derzeit auf die Substanzen Alkohol, Nikotin und Cannabis. Im Kontext einer Projekterweiterung zum Thema Prävention internetbezogener Störungen für Menschen mit geistiger Behinderung werden derzeit zusammen mit den Projektfachkräften adäquate Methoden entwickelt, die in der Erprobungsphase von *Sag Nein!* mit einfließen. *Sag NEIN!* ist in Form einer Projektwoche von Montag bis Freitag mit jeweils drei Einheiten á 45 bis 60 Minuten aufgebaut. Die erste Einheit umfasst den Einstieg und erste Informationen zum Thema, die zweite Einheit dient der Wissensvermittlung (i.d.R. in spielerischer Form) und die dritte Einheit, nach

einer größeren Pause, stellt eine Wahrnehmungs-/ Genusseinheit dar. Hinzu kommen zwei Follow-Up-Treffen zur Wiederholung und Vertiefung: ein Projekttag circa vier Wochen später und eine eintägige Wiederholungseinheit nach circa drei Monaten.

*Less Booze or Drugs (LBoD)* ist eine niederländische, kognitiv verhaltenstherapeutische Maßnahme mit 12 Einzel- und 12 Gruppensitzungen. Grundlegendes Ziel ist die Erreichung einer Verhaltensänderung, dabei ist das Programm nicht rein abstinenzorientiert, sondern richtet sich an den individuell formulierten Zielen der Teilnehmenden aus. Die Reduktion des Tabakkonsums kann ebenso von einer Teilnehmerin als Ziel festgelegt werden wie eine Alkoholabstinenz von einem Teilnehmer. Die Inhalte sind basierend auf dem bio-psycho-sozialen Modell sub-stanzübergreifend und auch für Verhaltenssüchte anwendbar. Innerhalb des Zeitraums von 12 Wochen werden in den Einzel- und Gruppensettings die Erfassung des Konsums, das Anlernen von Selbstkontrolltechniken, das Festlegen von Behandlungszielen und Abstimmen von Belohnungen sowie Rückfallprävention in den Blick genommen. Thematisiert werden u.a. die Vor- und Nachteile eines Konsums, Psychoedukation, Gewohnheiten und Nein-sagen. Das Konzept ist der Zielgruppe angepasst und beinhaltet daher viele Wiederholungen, Lernspiele, psychomotorische Maßnahmen wie Entspannungstechniken, viel visuell unterstützendes Material (Bilder und Piktogramme) und Kurzfilme. Während der Einzelsettings wird die teilnehmende Person von einer von ihr/ ihm gewählten Vertrauensperson begleitet. Diese agiert auch im Laufe des ganzen Therapieprozesses und möglichst darüber hinaus begleitend mit. Insgesamt gilt, dass die verschiedenen involvierten Einrichtungen und Personen, wie die Eingliederungshilfe/Behindertenhilfe, die Suchthilfe und Bezugspersonen eng zusammenarbeiten. Eine etwaige medizinische/somatische Behandlung muss vorab mitberücksichtigt und eine entsprechende Unterstützung geleistet werden.

## **Workshop-Ergebnisse**

Die Teilnehmer\*innen des Workshops kamen aus Einrichtungen der Suchthilfe, Behindertenhilfe/Eingliederungshilfe und Förderschulen. Alle sahen einen dringenden Bedarf an weniger kognitiv orientierten Programmen und Instrumenten um die Zielgruppe Menschen mit geistiger Behinderung/ Lernschwierigkeiten mit Suchtmittelkonsum- oder Problematik adäquat erreichen zu können. Die Referent\*innen wiesen in diesem Kontext darauf hin, dass es sich bei der Zielgruppe im Projekt TANDEM/ der ausgewählten Programme und Instrumente um Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung/ Lernschwierigkeiten handelt. Ziel von TANDEM ist es, nach dem Projekt erprobte adäquate Programme und Instrumente in Deutschland zu verbreiten und den entsprechenden Einrichtungen/ Fachkräften anbieten zu können.

Die gesamten Materialien und Unterlagen zum Screeningsinstrument SumID-Q, zum selektiven Präventionsprogramm Sag Nein! und dem verhaltenstherapeutischen Programm LBoD wurden zur Ansicht ausgelegt und gezeigt.

Analog zu den im Projekt zu erprobenden Instrumenten und Programmen wurden ausgewählte einzelne Methoden des Programms Sag Nein! praktisch vorgestellt und ausprobiert.

## **Fantasiereise**

**„Zeitbecher“:** Entsprechend der Anzahl ausgewählter Kategorien werden Becher bereitgestellt. Die Kategorien betreffen den Lebensalltag der Zielgruppe, z.B. Nutzung von Medien, Schule/ Beruf, Freunde, Familie, Wohnung, Hobby, Körperhygiene, etc. Diese werden mit Hilfe von Piktogrammen an die einzelnen Becher geklebt. Neben den Bechern wird eine Karaffe mit Wasser (Alternative: Sand, Hülsenfrüchte) bereitgestellt. Die Wassermenge symbolisiert die Zeit, die einem jeden Tag zur Verfügung steht. Die Teilnehmerin/ der Teilnehmer wird gebeten die Wassermenge in den Bechern entsprechend so aufzuteilen, wieviel Zeit sie/ er für die einzelnen Bereiche am Tag braucht. Dabei kann die Flüssigkeit der Becher auch immer wieder hin und her gekippt werden. Im Anschluss kann die Verteilung auf die Weise erfolgen, wie die Teilnehmerin/ der Teilnehmer die Zeitaufteilung an einem Tag lieber für sich hätte. Generell ist es sinnvoll, wenn eine Leitungsfachkraft die Methode einmal exemplarisch an ihrem Alltag vormacht und erklärt. Ziel ist es mit den Teilnehmenden darüber ins Gespräch zu kommen, inwieweit Medien und andere Dinge täglich Zeit in Anspruch nehmen und zu schauen, ob an der Zeitaufteilung etwas geändert werden möchte oder ob alle damit so zufrieden sind, wie es derzeit ist.

**Quiz** „Das kommt nicht in die Tüte“: Mit dem Quiz steigt die Gruppe spielerisch tiefer in das Thema ein. Es soll Wissen zum Thema Cannabis vermitteln, aber auch Anregungen geben, wie sich in schwierigen Situationen verhalten werden kann. Das Spiel ist ähnlich wie den bekannten „Jeopardy“ aufgebaut. Insgesamt gibt es vier Frage-Rubriken (Wie wirkt es?; Gut zu wissen!; ...) Die Frage-Kategorien werden gut sichtbar an eine Wand angebracht. Darunter werden jeweils die Fragekarten mit den Nummern 1-5 befestigt, wobei die Nummern auf der Vorderseite den Schwierigkeitsgrad angeben. Die Fragekarten 5 beinhalten die Rubrik „Chance“ hinter der sich ein Rollenspiel verbirgt, welches von dem jeweiligen Team durchgeführt werden kann. Je nach Zusammensetzung der teilnehmenden Gruppe kann z.B. die letzte Kategorie weglassen werden.

**Alternativen in der Freizeit:** Gemeinsam werden in der Gruppe Aktivitäten gesammelt, die in der Freizeit umgesetzt werden können. Mit Hilfe von Bedingungs-piktogrammen werden kleine Papiertüten mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen wie z.B. „Ich habe gerade wenig Geld“ oder „Das Wetter ist schlecht“ beklebt. Zu jeder Bedingung schreiben oder malen die Teilnehmenden Aspekte auf, die sie gerne tun und die ihnen guttun. Hier könne auch Piktogramme hinzugezogen werden. Die Teilnehmenden befüllen jeweils ihre eigenen Tüten mit ihren entsprechenden Aktivitäten und können diese im Anschluss mit nach Hause nehmen. Die Kärtchen können im Bedarfsfall zu Hause, z.B. bei aufkommender Langeweile, aus den jeweiligen Tüten gezogen werden.

**Würfelrallye Alkohol:** Das Spiel soll Wissen zum Thema vermitteln und die Zusammenarbeit in Zweiertteams fördern. Das Leitungs-Tandem wählt ca. 15 Quiz-Fragen zum Thema aus den vorliegenden Materialien des Handbuchs aus und markiert im Raum eine Start- und eine Ziellinie. Das Leitungstndem stellt den einzelnen Teams abwechselnd eine Frage und liest die zwei möglichen Antwortkategorien vor. Das Team versucht gemeinsam, die richtige Antwort zu finden. Ist die Antwort richtig, darf die Spielerin/ der Spieler die Anzahl der Augen auf dem Würfel nach vorne gehen. Als Felder können z.B. rutschfeste Fußmatten oder Teppichfliese verwendet werden. In einer anschließenden Nachbesprechung soll die Einheit kurz reflektiert werden.

Von den Teilnehmenden wurde angemerkt, dass es beim „**Zeitbecher**“ wichtig sei, auch das Thema Liebe/ Zärtlichkeit/ Sexualität mit aufzunehmen. Insgesamt sollen zukünftig Blankokarten dazu dienen, weitere Lebensbereiche entsprechend der individuellen Lebenswelten mit aufzunehmen.

Bei der Methode „**Das kommt nicht in die Tüte**“ wurde darüber diskutiert, wie wichtig es ist, mit dem akzeptierenden Ansatz zu arbeiten und nicht z.B. nur negative Folgen eines Cannabis-Konsums aufzuzeigen. Dieses wird bei den Inhalten der Methode bereits berücksichtigt.

Bei den Quiz-Fragen der **Würfelrallye Alkohol** gab es die Anmerkung, dass einzelne Antworten auf gestellte Fragen unterschiedlich ausgelegt werden können. Generell gilt es, mit den Teilnehmenden über die einzelnen Themen ins Gespräch zu kommen.

## FORUM 5

# IMPACT-Techniken ganz praktisch (Zusammenfassung)

Barbara Harbecke, Dipl. Sozialpädagogin, LWL-KS  
Rebekka Steffens, Dipl. Soziologin, LWL-KS

Herr Dr. Ziebertz bezog sich zu Beginn dieses Workshops noch einmal auf Danie Beaulieu, die formuliert, dass zur qualifizierten Beratung die Einbeziehung aller 5 Sinnesebenen gehört. Informationen blieben so länger präsent, beziehen die Klient\*innen mit ein und motivieren diesen verstärkt zu eigenem Handeln. Als Resilienz- und Schutzfaktor fügte er noch als sechsten Sinn den Unsinn, also den Humor in der Beratung hinzu. Impact Methoden sind vorwiegend dann im Beratungskontext anzuwenden, wenn zur Motivationsfindung und zum Ablegen von unerwünschtem Verhalten mit den Klient\*innen gearbeitet wird.

## **Die Hauptaussagen sind damit:**

- Das rein verbal geführte Beratungsgespräch kommt manchmal an seine Grenzen.
- Die „Impact-Techniken“ können hilfreich sein, indem sie, unter Nutzung möglichst vieler Sinneskanäle, einen neuen Impuls im Denken, Fühlen oder Handeln ermöglichen.
- Hilf mir, es selbst zu tun!

Eine Vielfalt von Methoden aus klientenzentrierter Beratung, motivierender Gesprächsführung, des systemischen Arbeitens, z.B. zirkuläres Fragen, paradoxe Interventionen, Reframing, sind hilfreiche Ergänzungen die in die Arbeit mit Impact Techniken einfließen sollten.

Mithilfe von Alltagsmaterialien werden Eindrücke erzeugt, die in der Regel länger beim Klienten „hängen bleiben“. Besonders wenn Gespräche in die Sackgasse geraten oder stoppen, kann man im Beratungsprozess mit Impact Techniken Auswege finden. Die Techniken bieten sich zudem an, um unterschiedlichste Perspektiven zu verdeutlichen.

## **Ergänzend zu dem Einführungsvortrag wurden weitere Impact Techniken vorgestellt.**

- Glücksbohnen
- Geheimnis-Methode - Papierübung (vgl. Ziebertz i. d. B.)
- Das Versteckte Glück

- Problem-Rucksack (vgl. Ziebertz i. d. B.)
- Maruschka Puppe
- 3-Körbe-Methode (vgl. Schmäing, Althoff i. d. B.)

Im weiteren Verlauf wurden in Kleingruppen weitere „eigene“ Impact Methoden miteinander entwickelt. In der Diskussion ergaben sich Hinweise darauf, dass man bei der Anwendung vorsichtig im Umgang Generalisierungen sein muss und dass die Anwendbarkeit bei manchen Zielgruppen (z.B. Menschen mit geistiger Behinderung) eingeschränkt ist. Die hohe Praxisrelevanz wurde aber von allen Teilnehmenden bestätigt.

**Als weiterführende Arbeitshilfen wurden empfohlen:**

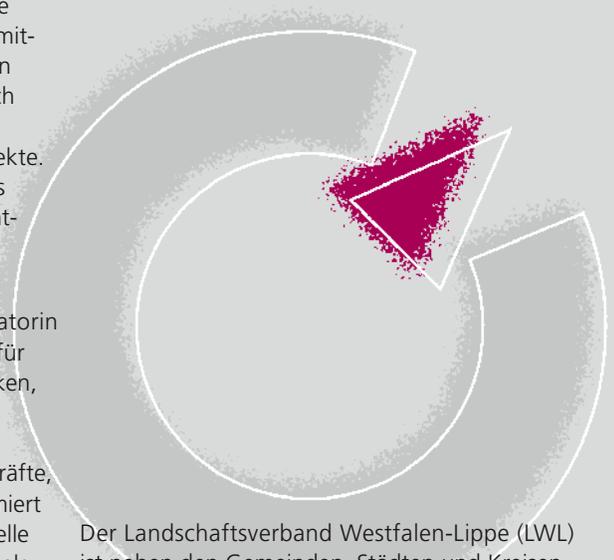
*Kowarowsky G. / von Puttkamer C. (2018): Impact-Techniken. 75 Therapiekarten. Kartenset mit 75 Karten und 36-seitigem Booklet. Mit Online-Material. Beltz-Verlag*

*Beaulieu, D. (2007): Impact-Techniken für die Psychotherapie. 2. Aufl. Carl-Auer Heidelberg*

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS) des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) begegnet dem wachsenden Rauschmittel- und Drogenmissbrauch und der großen Zahl von Abhängigkeitserkrankungen durch Information, Beratung, Qualifizierung und richtungweisende, präventive Modellprojekte. Ihren Service nutzen vor allem die mehr als 730 Einrichtungen und Initiativen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe.

Die LWL-KS ist als Beraterin und Koordinatorin der Suchthilfe zentrale Ansprechpartnerin für Kommunen, Facheinrichtungen, LWL-Kliniken, Elternkreise oder Gremien – insbesondere auf regionaler, aber auch auf Bundes- und Europaebene. Die LWL-KS schult die Fachkräfte, erstellt praxistaugliche Arbeitshilfen, informiert über Forschungsergebnisse sowie die aktuelle Gesetzgebung und moderiert die kommunale Suchthilfeplanung.

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht qualifizierte seit ihrer Gründung 1982 mehr als 30.000 Fachkräfte zu Suchtthemen in Fort- und Weiterbildungen. Dazu gehören Workshops und Fachtagungen sowie die berufsbegleitende Vermittlung von Fachwissen. Die LWL-KS bildet Beschäftigte in der Suchthilfe und angrenzenden Arbeitsfeldern unter anderem zu Suchtberatern oder Sozial-/Suchttherapeuten aus. Die von der LWL-KS konzipierten und erprobten Modellprojekte sind ein Motor für die Weiterentwicklung der Suchthilfe und Prävention – nicht nur in Westfalen-Lippe. Die Projekte bringen fortschrittliche Impulse in den Bereichen Prävention, Beratung und Behandlung.



Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) ist neben den Gemeinden, Städten und Kreisen Teil der kommunalen Selbstverwaltung in Westfalen-Lippe. Er übernimmt für seine Mitglieder, die 18 Kreise und neun kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe, ausschließlich Aufgaben, die überregional fachlich wie auch finanziell effektiver und effizienter erledigt werden können. Schwerpunktmäßig liegen diese Aufgaben in den Bereichen Soziales, Gesundheit, Jugend und Kultur. Der LWL wird durch ein Parlament mit 116 Mitgliedern aus den Kommunen kontrolliert.



Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
**LWL-Koordinationsstelle Sucht**  
48133 Münster

Tel.: +49 251 591-3267

Fax: +49 251 591-5484

E-Mail: [kswl@lwl.org](mailto:kswl@lwl.org)