

Suchtkrankenhilfe im Hilfeverbund

zu den Spezifika von Basisarbeit – Beratung – Behandlung / Therapie

Vortrag Freiburger Sozialtherapietage 6. bis 8. März 2002

Vorbemerkung:

Den Beratungs- und Behandlungsangeboten für Drogenabhängige liegen heute in Deutschland ausdifferenzierte und sorgfältig abgestimmte Konzepte zugrunde. Die Basisarbeit mit ihren niedrighschwelligen Hilfen, in ihrer Notwendigkeit unbestritten, ringt gelegentlich noch um ihre professionelle Anerkennung.

Im Folgenden sollen die Spezifika der unterschiedlichen Ansätze kurz in ihrer jeweiligen Eigenart zusammengefasst und betont werden. Erlauben Sie mir dabei, die Besonderheiten der niedrighschwelligen Einrichtungen besonders hervorzuheben. Es erscheint mir wichtig, deren Entstehen, die Konzepte und Settings speziell zu würdigen und ein wenig dazu beizutragen, sie als professionelle Hilfeagenturen in der Drogenhilfe zu positionieren.

In einem weiteren Teil werde ich auf einige Besonderheiten zwischen den dargestellten Angeboten im Hilfeverbund und deren Bezogenheit zum Sozialisationsgrad der Klientel hinweisen. Ziel ist es, präzisere Grundlinien für die Handlungsansätze sichtbar zu machen, die uns helfen sollen, jene, die sich uns anvertraut haben, besser zu fördern, auch zu fordern, ohne sie zu überfordern.

Die Beratungsstelle – die Mutter aller Drogenhilfeangebote

Korrekterweise muss eingangs erwähnt werden, dass auch Drogenberatungsstellen ihre Vorläufer haben.

Aus der Selbsthilfe heraus entstandene Teestuben und Gesprächsmöglichkeiten in den 60-iger Jahren boten erste Kontaktnahme, Beratung, manchmal auch langjährige Begleitung für Drogenabhängige an. Viel später nahmen die niedrighschwelligen Hilfen die ursprünglichen szenenahen Angebote in veränderter Form wieder auf.

Die ersten Hilfeangebote bildeten (ähnlich wie die therapeutischen Wohngemeinschaften) einen Gegenentwurf zu den Arbeitsansätzen der klassischen Psychiatrie. Spätestens angesichts der Drogenproblematik ließ diese ihre dringende Renovierungsbedürftigkeit erkennen.

Die Drogenberatung zeigte zunehmend Alternativen auf zum Umgang mit gesellschaftlichen Problemgruppen; die Mitarbeiter präsentierten sich mit ihrer Arbeit bunt und vielfältig, selbst innerhalb der klassischen Sozialarbeit, genossen und pflegten die Abteilungen „Drogenberatung“ über lange Jahre hinweg ihren Exotenstatus.

Dabei ergab sich die Vielfältigkeit und der Facettenreichtum der Drogenberatungsstellen immer aus der Notwendigkeit heraus, auf die unterschiedlichsten Lebenslagen der Klientel angemessene Antworten zu finden.

So bestanden zunächst die Felder der Drogenberatung aus der aufsuchenden Arbeit in der JVA, der Entgiftung (je nach Verständnis der Drogenberater auch auf der Straße und in der Klientenwohnung), der Vermittlung in stationäre Langzeittherapie (so hieß das damals noch !!) oder in die Nachsorge und immer wieder aus notwendigen Kriseninterventionen.

Die Grundvoraussetzungen hießen „Freiwilligkeit“ und „Komm-Struktur“ (außer bei der aufsuchenden Arbeit). Die Vermittlungspraxis nach dem neu geschaffenen § 35 Betäubungsmittelgesetz (BtmG) - Therapie statt Strafe – 1980 leitete in Fragen der Freiwilligkeit sowohl in der ambulanten Beratungsarbeit als auch in der stationären Therapie eine neue Ära im Selbstverständnis der Mitarbeiter ein.

Der individuellen persönlichen Problematik und der Unterschiedlichkeit der Lebenslagen der Betroffenen wurde und wird heute noch dadurch Rechnung getragen, dass in der Regel jeder Klient einen Einzelbetreuer bekommt, der umfassend sozialarbeiterisch und zunehmend therapeutisch begleitet und betreut. Das Verständnis der ambulanten Arbeit besteht auch heute noch in der Begleitung, Beratung und Betreuung in einem oft jahrelangen Prozess. Typische Merkmale des sozialarbeiterischen Handelns sind:

- Akzeptanz und Toleranz
- Mit-sein und Mit-gehen
- Leiten und Stützen
- aber auch Sortieren und Ordnen
- Grenzsetzung und Konsequenz.

Drogenberater – es wird immer klarer, wie wenig dieser Begriff die Bandbreite der Angebote beschreibt – sind für „ihre Klienten“ oft Mentoren, beeltern sie und können als protektive Faktoren ressourcenbildend im Entwicklungsprozess oder für spätere therapeutische Prozesse von großer Bedeutung sein.

Im Laufe der Zeit komplettierte sich das Aufgabenspektrum der Ambulanzen (dieser Begriff ist zumindest offener). Heute steht eine differenzierte Angebotspalette zur Verfügung. Sie besteht in der Sucht- und AIDS-Prophylaxe, in der Beratung und Betreuung, in der Vorbereitung und Vermittlung in stationäre Programme, in Kriseninterventionen, in der aufsuchenden Arbeit, in der Arbeit mit Eltern und Angehörigen ebenso wie mit HIV-positiven und anderen lebensbedrohlich Erkrankten, in der psychosozialen Betreuung von Substituierten,

in der Arbeit mit Abhängigen von nicht stoffgebundenen Süchten (wie Essstörungen, Spielsucht) und in der ambulanten Therapie.

Diese Spezialisierung und Professionalisierung ist nicht nur das Ergebnis einer zunehmenden Differenzierung als Antwort auf die sich verändernden Notlagen der Betroffenen, sie trägt auch den Ergebnissen gemeinsam geführter Überlegungen mit den Kostenträgern Rechnung (z.B. bei der ambulanten Therapie).

Neben der Entwicklung nach innen gingen und gehen von der ambulanten Arbeit immer entscheidende Impulse für neue Maßnahmen aus. Aus der Einsicht in die Schaffung von zumeist temporär begrenzten Biotopen für Drogenabhängige entstanden therapeutische Wohngemeinschaften. Die Notwendigkeit der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung führte zu (teil-) stationären Nachsorgeprogrammen, auch die Neuaufgabe der niedrigschwelligen Einrichtungen ist das Ergebnis von in den ambulanten Diensten erkannter

Not. Vor der Entstehung von Substitutionsambulanzen betreuten Drogenberater Klienten, die Methadon erhielten; viele Wohngruppen gehen auf die Initiative der Drogenberatungsstellen zurück: Manche Kulturprojekte entstanden aus der Notwendigkeit heraus, der Trostlosigkeit des Lebensalltags vieler Jugendlicher in den Städten positive Lebensräume entgegenzusetzen.

Die große Unterschiedlichkeit der Anfragen an das ambulante Hilfesystem erfordern einen hohen Grad an Individualisierung der Settings und der Mitarbeiter. So ähneln Drogenberatungsstellen eher therapeutischen Praxen, in denen jeder Mitarbeiter in „seinem Büroraum“ mit „seinen Klienten“ arbeitet. Während die Bandbreite der persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten der einzelnen Mitarbeiter sehr reizvoll wirkt, mangelt es für viele – vor allem für neue – Kollegen an der Bezogenheit untereinander und der Identifikation mit einem gemeinsamen Hilfeauftrag.

Das Berücksichtigen dieser Besonderheiten führt im Idealfall zu einer hohen strukturellen und prozessualen Qualität in Fragen des kollegialen Austauschs, der Supervision, der Aus- und Weiterbildung, anderer gegenseitiger Unterstützung und der gemeinsamen Entwicklung der Konzepte.

Behandlung / Therapie – von der Königin aller Wege zu vielfältigen Behandlungsformen

Die Behandlung und Therapie Drogenabhängiger findet heute in verschiedenen Settings statt. Sie kann ambulant alternativ zu stationären Maßnahmen in der Drogenberatungsstelle erfolgen, poststationär in der Beratungsstelle oder im Reha-Zentrum, in Tageskliniken oder auch in Substitutionsambulanzen. Lange war die stationäre Therapieeinrichtung der einzige denkbare Ort für die Behandlung von Drogenabhängigen. Ähnlich wie die Drogenberatung entwickelte sie sich aus den Selbsthilfeansätzen, wie Synanon oder Release.

Die therapeutischen Wohngemeinschaften bildeten, wie die Drogenberatungsstellen, einen Gegenentwurf zur klassischen Psychiatrie und den hierarchisch gegliederten Krankenhausssystemen. Klein, überschaubar und familiär boten sie Lebens- und Lernraum und schützende Strukturen. Mit dem Eintritt der Rentenversicherungsträger in die Finanzierung der Behandlung wandelten sich die Wohngemeinschaften in therapeutische Gemeinschaften; heute handelt es sich um Fachkliniken oder Reha-Einrichtungen. Die Therapiedauer von 12 Monaten mit anschließender Nachsorge verkürzte sich schrittweise auf 6 Monate; aus der Nachsorge wurde die Adaptionphase. Mit wachsenden Platzzahlen erfolgte eine Differenzierung und Individualisierung der Behandlungszeiten und -programme.

Lange vorher galt die stationäre Therapie als der Königsweg in der Behandlung Drogenabhängiger. Ein Umstand, der für ideologiebehaftete Debatten herhalten musste, hatte ganz pragmatische Gründe:

Mit der Vermittlung in eine stationäre Therapie waren auf einen Schlag alle Basisprobleme vom Tisch. Der Drogenabhängige war weg von der Szene. Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit, tägliche Gefahren für Leib und Leben waren sofort beseitigt, Angehörige, Justiz, auch die Drogenberater erleichtert und zufrieden.

Wurden früher stationäre Therapieeinrichtungen gewählt, die weit entfernt vom ursprünglichen Wohnort der Klienten lagen, um einen „Neuanfang“ fern der schädlichen Einflüsse der Heimatszene zu ermöglichen, gilt heute das Prinzip „ambulant vor stationär“. Regionale und gemeindenahe Einrichtungen werden bevorzugt, um das soziale Netzwerk zu fördern. Je nach Grad und Ausprägung der Suchterkrankung, Lebenssituation und Lebens-

lage, Alter und persönlichen Zusammenhängen stehen die unterschiedlichen Behandlungsmodule zur Verfügung. Unabhängig davon, auf welche Weise die Behandlung stattfindet, verfolgt sie immer ein Ziel: die Entwöhnung von Suchtmitteln durch den Gewinn einer reifen, stabilen Identität (Funk).

Differenzierte Ziel- und Aufgabenbeschreibungen der Behandlung finden sich in den unterschiedlichen Wegen der Heilung (Petzold):

- Sinnfindung durch Bewusstseinsarbeit
- Grundvertrauen durch Nachsozialisation
- Persönlichkeitsentfaltung durch Erlebnisaktivierung
- Engagement durch Solidaritätserfahrung.

Sie lassen sich ergänzen durch:

- Drogenfreiheit und Abstinenz von Suchtmitteln
- Arbeitsfähigkeit und Motivation
- Stärkung protektiver Faktoren und Einleitung protektiver Prozesse
- Einbindung in ein soziales Netzwerk.

Auch wenn alle Behandlungsformen Drogenfreiheit voraussetzen (ausgenommen die Behandlungen, die unter einstweiliger Unterstützung mit Drogensatzstoffen die Lebenslage stabilisieren) bedeutet es für die Betroffenen einen gewaltigen Unterschied, ob eine ambulante oder eine stationäre Maßnahme begonnen wird. Das Sich-einlassen auf eine wöchentlich stattfindende Einzel- oder Gruppentherapie fällt schließlich erheblich leichter als auf das Setting in einer hochdifferenzierten oder hochkomplexen Behandlungseinrichtung, die – wenn sie auch heute noch alle Basisprobleme löst und die Komplexität der Problemlage reduziert – Gepflogenheiten, Regeln und Vorgänge kennt, die kein Neuling auf Anhieb versteht.

Deshalb empfiehlt sich eine sehr sorgfältige Indikationsstellung nach vorangegangener psychosozialer Diagnostik. Sie sollte sich an folgenden Parametern orientieren:

- Schwere der Schädigung und Störung in seelischer und körperlicher Hinsicht (einschließlich Fragen von Ko-Morbidität, wie neurotische Störung, Persönlichkeitsstörung, psychosomatische Störung, Essstörung usw. und Fragen von Multimorbidität, wie körperliche Schädigung, HIV, Hepatitis, Behinderung usw.)
- Stützfunktion des sozialen Umfeldes
- Grad und Funktion der Kriminalität
- Berufliche Kompetenzen und Vorerfahrungen
- Stabilität der Wohnsituation, Eigentumsverhältnisse, Schuldenfrage
- Zukunftsvorstellungen, Visionen, Lebensentwürfe
- Allgemeine Ressourcenlage.

Es liegt auf der Hand, dass die Klientel an der Diagnostik und der Indikationsstellung als aktiver Partner beteiligt werden muss, um im Prozess, der gleichzeitig auch Motivationsbildung beinhaltet, mit zu entscheiden, welche Maßnahme für sie indiziert ist. Für die Halbkraft in der stationären Therapie ist es

z. B. enorm wichtig, dass die Betroffenen Vertrauensvorschuss entwickeln, d. h. fest davon überzeugt sind, dass man es hier gut mit ihnen meint. Den Mitarbeitern der Einrichtung hingegen muss das Kunststück gelingen, ihre dem Grunde nach eher misstrauischen Klienten oder Patienten auf das Setting einzustellen und ihnen gleichzeitig immer deutlich zu machen, dass sie es gut mit ihnen meinen.

Für die Mitarbeiter in der Behandlung oder Therapie, ganz gleich, ob ambulant oder stationär, ob in der Einzel- oder Gruppenarbeit, bedeutet Therapie immer Arbeit an und mit der Beziehung.

Handlungsleitend sind die Konzepte Übertragung - Gegenübertragung - Widerstand. Ziel ist es, aus der Objektbeziehung (Übertragung) zur Subjektbeziehung (zwischenmenschliche Beziehungen oder intersubjektiver Korrespondenz) zu kommen.

Die Behandlung arbeitet in der therapeutischen Beziehung mit den vier Schritten:

- Konfluenz
- Kontakt
- Begegnung
- Beziehung.

Gleichzeitig müssen Kontakt- und Begegnungsfähigkeit als Grundlage für die Fähigkeit zur therapeutischen Beziehung bei den Klienten oder Patienten gegeben sein, um sich auf den Prozess einzulassen oder diesen aushalten zu können.

Wie dieses knifflige Problem im Hilfeverbund angegangen werden kann, davon soll später die Rede sein.

Die Basisarbeit – das Schmuddelkind der Drogenhilfe wird erwachsen

Ab Mitte bis Ende der achtziger Jahre war nur allzu deutlich geworden, dass die sogenannte Therapiekette „Beratung – Therapie – Nachsorge“ einen linearen Charakter angenommen hatte, dessen Anforderungsprofil (einen Schritt auf dem nächsten aufzubauen) eine zunehmende Anzahl von drogenabhängigen Klienten nicht (mehr) erfüllen konnten – sie fielen aus den Systemen heraus und bewegten sich in einem Kreislauf von Therapieversuchen, Scheitern, neuer Motivationsbildung, erneuten Versuchen, erneutem Scheitern usw.

Weiterhin wurde vor allem in den Städten eine Szene sichtbar, deren Angehörige von den Systemen übersehen und unerreicht unter aller Augen auf der Straße verelendeten.

Die Drogenhilfe wandte sich immer an Menschen in höchster persönlicher und sozialer Not, doch diese Gruppe zeichnete sich zusätzlich durch ihre gesellschaftliche Randständigkeit aus. Im bestehenden Drogenhilfesystem sahen die Betroffenen für sich keine Chance, weil der tägliche Kampf ums Überleben den Luxus der Perspektivenfrage (als Voraussetzung für die Bildung von suchtalternierenden Lebensentwürfen) nie ermöglichte. Gelegentliche Krankenhausaufenthalte (die schnell beendet waren) und Inhaftierungen (die allenfalls als Antwort auf die kriminellen Delikte, aber nicht auf die Drogenabhängigkeit als Krankheit gesehen werden können) bremsten den Fall und boten hin und wieder die Möglichkeit, in Ruhe über die eigene Zukunft nachzudenken. Vermittlungen aus der Haft heraus in stationäre Systeme der Drogenhilfe zeigten schnell die Überforderung dieser Klientel und der Hilfeeinrichtungen mit ihnen auf. Der Bedarf an sogenannten Basishilfen, niedrigschwelligen Einrichtungen oder Kontakt- und Anlaufstellen zeigte sich immer drängender.

Mit der Erkenntnis, der Drogenhilfe Bausteine zuzusetzen, die nicht die Hilfe von der direkten Veränderungsbereitschaft abhängig machen, begann ein Veränderungsprozess im Denken der Drogenhilfe. Kerngedanke im Veränderungsprozess war die Zurückstellung des sofortigen Behandlungsanspruches zugunsten der Zielhierarchie: Lindern – Bessern – Heilen, d.h. Angebote zu installieren, die auf die akute Notlage der Betroffenen reagieren,

mit einer Verbesserung der Lebensumstände Platz für weiterführende (Lebens-) fragen zu schaffen und angemessene Behandlungsformen anzubieten.

Die Bundesprogramme Booster 1 und 2 verhalfen den neuen Maßnahmen zum Start und zeigten mitunter deutliche Unterschiede in den Handlungsansätzen auf. Diese reichten und reichen von den in ausstiegsorientierte Verbundsysteme integrierten Einrichtungen bis zu den Angeboten der sogenannten „akzeptierenden Drogenarbeit“.

Bei den abstinenzorientierten Einrichtungen handelt es sich um karrierebegleitende Langzeitstrategien mit dem Ziel, nach Möglichkeit einen drogenfreien Lebensstil zu erreichen. Diese Art von niedrigschwelligen Hilfen soll vor den schlimmsten Schäden bewahren und mittels sozialarbeiterischer und ggf. soziotherapeutischer Maßnahmen Anknüpfungspunkte in den Ausstieg bieten.

Der Handlungsansatz der akzeptierenden Drogenarbeit findet sich in der Anerkennung des Selbstbestimmungsrechtes und der Betroffenenkompetenz der Drogenkonsumenten. Ziel ist hier, die Selbstverantwortung der Konsumenten zu fördern und ihre Autonomie und Selbstbestimmung zu stärken. Der Kern des Drogenelends wird hier ursächlich in der repressiven Drogenpolitik und -gesetzgebung gesehen.

Die zum Teil leidenschaftlich geführte Debatte von den Vertretern beider Ansätze soll hier nicht weiter vertieft werden.

Am Beispiel der ausstiegsorientierten Kontakt- und Notschlafstelle im Drogen- und AIDS-Hilfe-Verbund des Sozialdienst Katholischer Männer e.V. Köln werden im Folgenden die Grundbedingungen der Arbeit und die Aufgaben und das Setting der Einrichtungen als Spezifikum der Basisarbeit erläutert.

Der vieldiskutierte Paradigmenwechsel wurde hier verstanden als das Zusetzen weiterer Perspektiven; es fand also kein Auswechseln von Handlungsansätzen statt, sondern eine Ergänzung der Programme und damit eine Entwicklung vom linearen Denksystem der Kette zum Verständnis eines zirkulären spiralförmigen Verbundsystems, das versucht, Drogenabhängigen in unterschiedlichsten Lebenslagen Andockpunkte an die Drogenhilfe zu ermöglichen.

Die Grundbedingungen für diese niedrigschwelligen Hilfen lauten:

1. Das Handeln muss sach- und fachgerecht begründet sein und mit der Entwicklung von Perspektiven einhergehen. Das heißt, dass Menschen in ihrer akuten Notlage sofortige Hilfen oder Linderung erfahren, ohne direkt im Gegenzug ihr Leben ändern zu müssen (was ohnehin nicht gelänge, weil gerade die akute Notlage alle Kraft zur Veränderung raubt). Das heißt aber auch, dass Perspektiven und konkrete Schritte – und seien sie noch so klein – im Hinblick auf eine positive Entwicklung aufgezeigt und begleitet werden müssen. So wäre der Betrieb der niedrigschwelligen Einrichtungen ohne das Verbundsystem mit seinen vielfältigen Ausstiegshilfen nicht denkbar.
2. Die zweite Grundbedingung, die im fachlichen Handeln erfüllt werden muss, heißt: angemessene Antworten auf die kritischen Begleiterscheinungen von schadensmildernden Angeboten zu geben. Niedrigschwellige Einrichtungen üben immer eine gewisse Szeneanziehung aus, und je besser das Angebot wird, umso größer gerät die Gefahr, mit der Abmilderung des Leidens auch die Veränderungswünsche der Betroffenen zu reduzieren.

Hier sind die Mitarbeiter und die von ihnen entwickelten Konzepte aufgerufen, die Menschen in ihrer Lebensweise anzunehmen, aber die Einrichtungen und die Konzepte nicht von den Lebensumständen dominieren zu lassen und permanent das Proviso-

rium der Hilfen zu betonen.

3. Auch wenn die Einrichtungen sich an eine Klientel wenden, zu deren Lebensalltag kriminelle Delikte gehören, die zumindest zum Teil in ihrer Suchterkrankung ihre Ursachen haben, muss immer wieder betont werden, dass es sich bei den Einrichtungen und ihrem Umfeld nicht um rechtsfreie Räume handelt.

Die Aufgaben der niedrigschwelligen Einrichtungen ergeben sich aus der Herausforderung, differenzierte Antworten auf die komplexe Problem- und Lebenslage der Betroffenen zu geben. Der Hilfeauftrag besteht aus mindestens 5 Säulen:

1. **Zurverfügungstellung eines geregelten Ruhe-, Schutz- und Kulturraumes:**

Diese Säule beinhaltet die Gegebenheiten und das Setting der Einrichtung und wird im Anschluss an die Darstellung der Aufgaben gesondert hervorgehoben.

2. **Die Grundversorgung:**

Je nach Ausstattung der Einrichtung erhalten die Betroffenen Basishilfen, wie Speisen, Getränke, Möglichkeiten zur Körperpflege, Wäschereinigung, gute gebrauchte Kleidung, neue sterile Spritzen gegen gebrauchte, Kondome, medizinische Versorgung u.a.m. Notschlafplätze bieten eine direkte Antwort auf die bestehende Obdachlosigkeit.

3. **Kontakt – Information – Beratung:**

Die Sozialarbeiter in den Einrichtungen verstehen sich als Ansprechpartner für die alltäglichen Sorgen und Nöte der Klientel. Sie geben persönliche Unterstützung in allen Lebensfragen und stehen als Begleitung in Krisen und zur Konfliktbewältigung zur Verfügung.

Bei besserer persönlicher Kenntnis und Vertrautheit geben sie Anregungen und Impulse, machen Mut und konfrontieren die Betroffenen mit deren Lebensweise und der Realisierbarkeit ihrer Wünsche, Ziele und Lebensentwürfe. Sie informieren und beraten bei sozialrechtlichen und behördlichen Fragen ebenso wie bei Fragen nach Ausstiegsmöglichkeiten. Sie vermitteln in Wohnhilfeprojekten, in Substitutionsambulanzen, in Entgiftungskliniken und in Drogenberatungsstellen mit dem Ziel einer stationären oder ambulanten Therapie.

Spezielle Beratungsangebote zur HIV- und Hepatitis-Problematik und Rechtsberatung durch Juristen ergänzen den Auftrag der Einrichtungen.

4. **Kenntnis voneinander:**

In den Einrichtungen erhalten die Betroffenen Kenntnis von den Angeboten der Drogenhilfe, auch wenn sie zunächst nur die Grundversorgung und die schützende Atmosphäre der Einrichtung suchen. Jeder kann diese Angebote nutzen, ohne sofort einen Betreuungskontrakt eingehen zu müssen. Der Hilfebedarf – im weiterführenden Sinne – wird demnach nicht nur von den Mitarbeitern festgestellt, sondern ist das Ergebnis eines gemeinsam geführten Diskurses mit den Betroffenen.

Bei entstehenden Veränderungs- oder Ausstiegswünschen können die weiterführenden Angebote ohne Hemmnisse (wie z.B. persönliche oder institutionelle Fremdheit) wahrgenommen oder genutzt werden.

5. **Drogenkonsumraum:**

Nachdem die rechtlichen Möglichkeiten geschaffen sind, wird auch ein Drogenkonsumraum vorgehalten, in dem unter Beachtung der gesetzlichen und rechtlichen Vorgaben, aber auch bei Gewährleistung einer ausreichenden Präsenz fachlich qualifi-

zierter Mitarbeiter (sozialpädagogisches / sozialarbeiterisches und medizinisches Fachpersonal) selbst mitgebrachte Drogen unter Aufsicht konsumiert werden dürfen. Der Konsumraum ist zwar kein geeignetes Mittel zur Überwindung der Sucht, er gibt aber die Möglichkeit des Konsums bei vermindertem Risiko. Auch der Konsumraum soll mit dazu beitragen, dass Betroffene die bestehenden niedrigschwelligen und weiterführenden Hilfen annehmen.

Einige Einrichtungen wenden sich mit stadtteilorientierten Konzepten auch an die Menschen, die im Bezug zu der angesprochenen Klientel leben. Hier werden Angehörige, vor allem die Kinder der Betroffenen, direkt mit in die Arbeit einbezogen; schadensmildernde Angebote verbinden sich mit präventiven Aspekten.

Das Setting der Kontakt- und Notschlafstellen ist das Ergebnis einer sorgfältigen Auseinandersetzung mit der Lebenswelt der Klientel. Diese Lebenswelt ist geprägt von Kriminalität, Gewalt, Ausbeutung, Verhöhnung und Hetze des Drogenalltags. Um auf der Straße zu überleben, müssen die Betroffenen die dort herrschenden Gesetze anerkennen und erlernen. Viele von ihnen haben sich in einem bedenklichen Maße von den Werten der geltenden Rechts- und Kulturnorm entfernt. Auch ist nicht zu übersehen, dass ein Teil der Betroffenen diese Eigengesetzlichkeiten nicht erst als Drogenabhängige entwickelt haben; in Einzelfällen ist eine Gewissensbildung nur sehr schwach oder fast gar nicht ausgeprägt.

Bei der Zielgruppe handelt es sich um Menschen, die in höchstem Maße Merkmale persönlicher und gesundheitlicher, sozialer und kultureller Verwahrlosung aufweisen. Es ist anzunehmen, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Betroffenen auch ohne das Faktum Drogenabhängigkeit von schwersten persönlichen und sozialen Problemen betroffen wäre.

Als Antwort auf diese Lebensumstände bietet das niedrigschwellige Setting neben Ruhe-, Schutz- und Rückzugsmöglichkeiten eine beschützende Atmosphäre. Die Szene wird für die Dauer des Aufenthaltes in der Einrichtung verlassen zugunsten einer Atmosphäre, die durch Achtung, Respekt und Wertschätzung geprägt ist.

Diese Atmosphäre dient dazu, den Betroffenen die Erfahrung eines würdevollen Daseins zu ermöglichen, an frühere positive Erfahrungen zu erinnern und menschliche Werte alternativ zur Szene erfahrbar zu machen.

Falls nötig, fordern die Mitarbeiter ein entsprechendes Verhalten auch von den Besuchern selbst ein.

Die Mitarbeiter stellen für viele Klienten die einzigen positiv erlebten Kontakte außerhalb der Drogenszene dar. Sie können Modelle und Vorbilder sein für eine neue Lebensweise, für einen anderen Umgang miteinander. Sie geben Aufmerksamkeit, zeigen emotionale Annahme und Stütze, geben Hilfen bei realitätsgerechter praktischer Lebensbewältigung und der Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und fördern einen positiven persönlichen Wertebezug.

Diese Faktoren sind erste Ansätze von therapeutischen Wirkfaktoren, können die Sehnsucht nach einem anderen, besseren Leben wecken und bilden wichtige Bausteine in der Entwicklung von (protektiven) Ressourcen für eine mögliche spätere Behandlung.

Die Mitarbeiter erfassen nicht nur die Problemlage der Klientel und bieten ihre fachlichen Hilfen an, sie weisen auch individuell auf den fortschreitenden Werteverlust und die wachsende Entfernung zu der geltenden Rechts- und Kulturnorm hin. Wenn nötig, müssen die Mitarbeiter kontrollieren, mit deviantem Verhalten konfrontieren und sanktionieren. Sie steuern die Atmosphäre in der Einrichtung aus, damit Ruhe und Schutz möglich sind.

Im Hinblick auf weiterführende Maßnahmen hat sich die Notwendigkeit der permanenten Konfrontation mit der geltenden Rechts- und Kulturnorm erwiesen, und zwar durch die Regeln, das Setting und die Art des Kontaktes und des Umgangs der Mitarbeiter mit der Klientel.

Je mehr sich die Betroffenen von den Gesetzen der Straße und des Haftalltags leiten lassen, desto schwerer fällt die Integration in weiterführende Einrichtungen, sei es beim Einhalten von Verbindlichkeiten, von Regeln und von kulturellen Normen. Jede alternative Erfahrung zu kultureller und emotionaler Verwahrlosung steigert die Hoffnung und die Vorstellung auf ein anderes und auch die Motivation für ein anderes Leben.

Über die Bezogenheit der Hilfeinrichtungen zum Sozialisationsgrad ihrer Klientel

Ich will nun von der Beschreibung der praktischen Ebene den Transfer auf eine übergeordnete Systemebene herstellen.

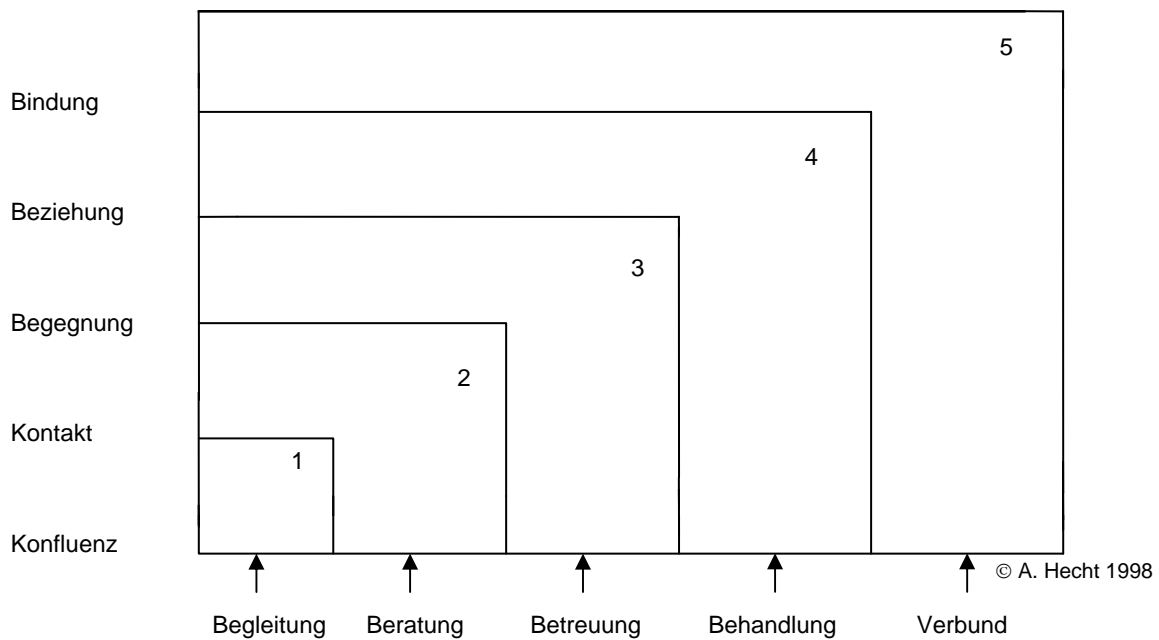
Wir nennen unsere Einrichtungen Kontaktläden oder Kontaktstellen, Beratungs- und Behandlungsstellen, Behandlungseinrichtungen bei stationärer Therapie oder Reha-Maßnahmen; dort begleiten, beraten, betreuen, behandeln wir, leisten Beziehungsarbeit und haben uns in Verbundsystemen zusammengeschlossen.

Petzold hat *Kontakt - Begegnung - Beziehung - Bindung* im Entwicklungskontext der Sozialisation beschrieben und bietet mit der definitorischen Präzisierung des alltagsprachlichen Gebrauchs eine Übertragungsmöglichkeit auf die Hilfesysteme, die Nachreifung und Nachsozialisation zu ihrem Auftrag zählen.

Im Folgenden soll verdeutlicht werden, wie die definierten Zielkomponenten (Begleitung, Beratung, Betreuung, Behandlung) ein bestimmtes Einrichtungssetting und ein entsprechendes berufliches Handeln auf den Ebenen von *Kontakt – Begegnung – Beziehung – Bindung* empfehlen, aber auch wo eine Verwechslung eher schädlich ist.

Menschen sind mit der Potenzialität für *Kontakt – Begegnung – Beziehung – Bindung* ausgestattet. Ungünstige Entwicklungsbedingungen, wie innere Konflikte, Entwicklungsstörungen, Sozialisationsdefizite und traumatische Erlebnisse, führen oft zu schweren Schäden, die diese grundsätzliche Befähigung reduzieren oder gänzlich oder in Teilen – je nach Zeitpunkt, Dauer und Intensität der schädlichen Ereignisse – verhindert haben.

Aufgabe aller Drogenhilfeinrichtungen ist es, ein (Nach-) Sozialisationsklima auf eine angemessene Weise zu schaffen. Angemessen heißt, dem Entwicklungsstand der Betroffenen und ihren derzeitigen Entwicklungsmöglichkeiten entsprechend *Kontakt - Begegnung – Beziehung – Bindung* anzubieten, und zwar auf eine fördernde und fordernde, aber nicht überfordernde Art. Förderung und angemessene Anforderung impliziert immer die Chance zur Nachreifung und Nachsozialisation oder – wie Moreno es nennt – „das gelungene zweite Mal“. Überforderung birgt immer die Gefahr der Bildung von Versagens- und Schuldgefühlen bei Klienten und Patienten und damit von Retraumatisierung, wie wir es immer wieder bei Abbrechern von therapeutischen Maßnahmen erleben.



Für den Verbund „Drogen- und AIDS-Hilfe“ des SKM bedeutet dies z.B.:

Kontakt- und Notschlafstelle	0 - 2
Kontaktstelle Dieselstraße	0 - 3
Drogenkontaktstelle Köln-Ehrenfeld	0 - 3
Wohnhilfe: Haus Schmalbeinstraße	1 - 3
Beratungs- und Behandlungsstelle	2 - 4
AIDS-Beratung	2 - 4
Substitutionsambulanz	2 - 4
Therapeutische Gemeinschaft „Tauwetter“	3 - 4
Reha-Zentrum Franzstraße	3 - 4
Verbund	5.

Jeder berufliche Umgang auf den weiterführenden Ebenen umfasst selbstverständlich auch die vorgeschalteten Ebenen. So schließt eine Betreuung auf der Begegnungsebene den gelebten Kontakt mit ein; eine therapeutische Beziehung in der Behandlung ist ohne gelebten Kontakt und stattfindende Begegnung ebenso nicht denkbar.

Von der Konfluenz zum Kontakt

Kontakt ist nach Petzold „im Wesentlichen ein Prozess leiblicher konkreter, differenzierender Wahrnehmung, der das Eigene von Fremdem unterscheidet, die Dinge der Welt unterscheidet und durch die Stabilisierung einer Innen-, Außen-Differenz die Grundlage der Identität schafft“.

Die Elemente des Wahrnehmens im Hier-und-Jetzt-*Kontakt* und des Erkennens entstehen durch die Interaktion mit dem Gegenüber, *Kontakt* ist „Berührung und Abgrenzung in einem“ (Petzold) und ermöglicht, dass das Eigene vom Anderen unterschieden werden kann. Der *Kontakt* zwischen zwei Menschen birgt die Potentialität für spätere *Begegnungen*.

Kontakt im beschriebenen Sinne ist die Voraussetzung für jegliche Arbeit mit Klienten und Patienten. Mitarbeiter von Einrichtungen, deren Aufgabe die beiläufige Begleitung und kurzfristige Beratung von Klienten ist, wie z.B. *Kontakt- und Notschlafstellen*, konzentrieren sich darauf, im persönlichen *Kontakt* mit ihrer Klientel den Dialog in der Unverbindlichkeit der Hier-und-Jetzt-Konzeption zu führen. Bei Menschen mit frühen Persönlichkeitsstörungen und schwierigsten aktuellen Lebensumständen bedeutet dies jedoch oft schon die Grenze des Möglichen und des Erlaubten. In der *Kontakt- und Notschlafstellenarbeit* sind das Praktizieren von Dialogfähigkeit (Sprechen und Zuhören, Sich-im-Gespräch-aufeinander-beziehen), den anderen wahrnehmen und erkennen, die Interaktion mit dem Gegenüber, die Unterscheidung zwischen Inhalts- und Beziehungsaspekt Leistungen, die zu diesem Zeitpunkt der Karriere-Begleitung eine hohe Anforderung an viele der Klienten bedeuten und für spätere weiterführende Maßnahmen wichtigste Voraussetzungen bilden.

Das Handeln und das Setting in *Kontakt- und Notschlafstellen* zielt deshalb auf den Prozess von der Konfluenz zum *Kontakt*. Ausnahme sind die seltenen Momente der *Begegnung* in einem kurzen Gespräch am Rande des Trubels in der *Kontaktstelle* oder in der dünnhäutigen Atmosphäre der *Notschlafstelle*. Lemke nennt diese Sternstunden der niedrigschwelligen Arbeit den „mitmenschlichen Augenblick“.

Der Versuch - auch aus gutgemeinten Motiven heraus - , an dieser Stelle *Beziehungsarbeit* mit Klienten leisten zu wollen, würde nicht nur die Ressourcen der Einrichtung und den Arbeitsauftrag überfordern, sondern auch die Fähigkeiten vieler Klienten. Die Folgen bei ihnen wären zu leicht Kränkung und Enttäuschung, das Gefühl, versagt zu haben und damit die Wiederholung schädlicher Lebensereignisse. Bei Helfern führen solche Erfahrungen oft zu einem diffusen Gefühl von Nicht-gut-enough-zu-sein (mit den Folgen, noch eine Weiterbildung zu beginnen) oder schlimmstenfalls zum Verdammnis der angeblich undankbaren oder unmotivierten Klientel.

Das Geschenk des zwischenmenschlichen Augenblicks

Nach Moreno umfasst die *Begegnung* verschiedene Lebensbereiche: „Es bedeutet Zusammensein, Zusammentreffen, Berührung zweier Körper, Sehen und Beobachten, Berührung, Einfühlung, Teilen und Lieben, Verständigung untereinander, intuitives Erkennen durch Schweigen oder Bewegung, Sprache oder Gesten, Kuss oder Umarmung, Einswerden - una cum uno. Das Wort *Begegnung* enthält als Wurzel das Wort „Gegen“. Es umschließt daher nicht nur liebevolle Beziehungen, sondern auch feindselige und drohende: Einander- gegenüber- stehen, Zuwiderhandeln, Streiten. *Begegnung* ist ein Seinsbegriff, einmalig und unersetzbar.“

Begegnung ist nach Petzold „ein wechselseitiges emphatisches Erfassen im Hier und Jetzt geteilter Gegenwart, bei dem die Begegnenden im frei Entschiedenem aufeinander zugehen, ganzheitlich und zeitübergreifend ein Stück ihrer Geschichte und ihrer Zukunft aufnehmen und in einen leiblichen, (d.h. körperlich-seelisch-geistigen) Austausch treten, eine Berührtheit, die ihre ganze Subjekthaftigkeit einbezieht. *Begegnung* ist also ein Vorgang, in dem sich Intersubjektivität lebendig und leibhaftig realisiert“.

Begegnung setzt *Kontakt* (-fähigkeit) voraus. In der *Begegnung* beginnt die ganzheitliche und zugleich differenzierte Wahrnehmung, Erfassung und das Verstehen des Gegenübers. *Begegnungen* sind kurzfristig und oft unverbindlich und dienen vor allem in der Beratungsarbeit, die im Unterschied zur Betreuung den Fokus auf die Hier-und-Jetzt-Situation richtet. Auch die Settings der psychologischen Beratung, Betreuung und Psychotherapie sind primär *begegnungszentriert*; der Spielraum beginnt sicher in den beschriebenen seltenen Fällen einer *Kontakt- und Notschlafstelle* und reicht weit über Lebensberatung und längerfristige Betreuung z. B. in der Drogenberatungsstelle, in Substitu-

tionsambulanzen bis hin zu stationärer und ambulanter Therapie, Adaption und Betreutem Wohnen.

Arbeit an der *Begegnung* und mit der *Begegnung* erfordert immer die Fähigkeit und den Mut, mit-zu-sein und mit-zu-gehen, aber auch Grenzen zu setzen, zu konfrontieren und zu regulieren.

Beziehung heilt

Nach Petzold reicht jedoch ein *Begegnungskonzept* vor allem in der Behandlung von Menschen mit frühen Schäden oder in der Sterbebegleitung nicht aus. In einer „Behandlung durch *Beziehung*“ müsse die Ebene der „Heilung aus der *Begegnung*“ (Trüb 1949 in Petzold) überschritten werden.

„*Beziehung* ist in die Dauer getragene *Begegnung*, eine Kette von *Begegnungen*, die neben gemeinsamer Geschichte und geteilter Gegenwart eine Zukunftsperspektive einschließt, weil die frei entschiedene Bereitschaft vorhanden ist, Lebenszeit miteinander in verlässlicher Bezogenheit zu leben“ (Petzold).

Neben der Dauer sind die Entscheidungsfreiheit und die Verlässlichkeit die wichtigsten qualitativen Merkmale der *Beziehung*. Gerade bei schwerstgeschädigten Klienten und Patienten mit Borderline-Erkrankung und narzisstischen Neurosen hat sich die Beelterung oder „emotionale Adoption“ in der Behandlung als vorteilhaft erwiesen. Auch in der Arbeit mit schwerstkranken Menschen, wie in der AIDS-Beratung, spricht Petzold von der Notwendigkeit einer verlässlichen Karrierebegleitung. Es gehe darum, soviel in den therapeutischen Prozess einzubringen, wie klinisch indiziert und vertretbar sei unter Berücksichtigung der Übertragungs-, Gegenübertragungs-Konstellation und des Widerstands- und Abwehrgeschehens.

Rahm hält vier Vorgehensweisen für nützlich:

1. Arbeit an der *Beziehung*:
Die *Beziehung* zwischen Therapeut und Patient wird bearbeitet bzw. entwickelt.
2. Arbeit an der Übertragung:
Die Übertragung wird bearbeitet, d. h. nach Möglichkeit aufgelöst.
3. Arbeit in der Übertragung:
Der Therapeut verkörpert bewusst jene positiven Aspekte einer Rolle, die der Patient ihm anträgt.
4. Arbeit in der *Beziehung*:
Eine positive, konfliktfähige, weitgehend übertragungsfreie, eine zwischenmenschliche *Beziehung* ist entstanden und bildet eine Basis für die weitere therapeutische Arbeit.

Die *Beziehungsarbeit* mit Klienten und Patienten erfordert von Hilfeeinrichtungen die Erfüllung der notwendigen Rahmenbedingungen, die Dauer, Verlässlichkeit und Entscheidungsfreiheit sichern, um weitere Traumatisierungen, z. B. bei *Beziehungsabbruch* (z. B. abrupte Beendigung der Maßnahme) und Unverlässlichkeit (z. B. längerfristige Erkrankungen oder Arbeitsplatzwechsel des Therapeuten) zu verhindern. Hier ist ganz besondere Sorgfalt geboten. Sinnvollerweise wird die *Beziehung* nicht nur auf den *Bezugstherapeuten* fokussiert, das ganze System steht für die *Beziehung* – ein Umstand, der in der therapeutischen Gemeinschaft, in der die Gemeinschaft schon für *Beziehung* steht, freilich besser gelingt, als in der ambulanten Therapie (dies ist bei der Indikationsstellung für eine ambulante Behandlung unbedingt zu berücksichtigen).

Bei dieser Betrachtungsweise wird deutlich, dass die *Beziehungsarbeit* in der Behandlung nicht nur von den Therapeuten besondere Fähigkeiten verlangt, sondern auch bei den Patienten Fähigkeiten und Erfahrungen im *Kontakt* und in der *Begegnung* voraussetzt, die von ihnen unter Umständen in den anderen Settings der Drogenhilfe erst mühsam erworben und gemacht werden müssen.

Manche Klienten oder Patienten, die in der Vergangenheit schlimmerweise häufig als „therapieresistent“ oder „chronisch unmotiviert“ bezeichnet oder gar „diagnostiziert“ wurden, waren möglicherweise (noch) gar nicht *kontakt-* und *begegnungs-* oder *beziehungs-*fähig und mit den Anforderungen der Maßnahme schlicht überfordert.

Dieser Sachverhalt macht die Sinnhaftigkeit eines zirkulären spiralförmigen Hilfesystems deutlich, in dem Klienten und Patienten in den verschiedensten Lebenssituationen Lernfelder vorfinden und bei Misserfolgen immer wieder andocken können.

Hoffnung und Perspektive durch Zugehörigkeit und Beheimatung

Bindung ist auf Langzeitperspektive angelegt; „sie entsteht durch die Entscheidung, seine Freiheit zugunsten einer frei gewählten *Gebundenheit* einzuschränken und eine bestehende *Beziehung* durch Treue, Hingabe und Leidensbereitschaft mit der Qualität der Unverbrüchlichkeit auszustatten“ (Petzold).

Bindung ist auf Unauflöslichkeit angelegt, schließt Leidensbereitschaft ein, zur *Bindung* muss man reif werden, *Bindungs-*Fähigkeit erfordert *Beziehungsarbeit*.

Für Klienten und Patienten mit schwersten Störungen kann *Bindung* ein tragendes Fundament für weite Zeiträume ihres Lebens werden. Wegen der hohen *Ver-bind-lichkeit* erscheint es sinnvoll, *Bindung* nicht auf einzelne Hilfeeinrichtungen oder gar Personen zu konzentrieren. Auch gibt es eine Form der *Bindung* auf übergeordneter Ebene. So kann in der *Behandlung* Suchtkranker eine *Bindung* im Sinne einer Zugehörigkeit an jene erfolgen, die beschlossen haben, ein drogenfreies Leben zu führen. Hier spielt Selbsthilfe jenseits von Personen eine entscheidende Rolle in der Selbstdefinition (das ist eines der großen Geheimnisse für den Erfolg der Anonymen Alkoholiker).

Bindung erfolgt darum sinnvollerweise an einen *Verbund*, der danach strebt, unabhängig von der Art der Hilfemaßnahmen und der (be-)handelnden Personen den Hilfebedürftigen mit angemessenen Angeboten eine verlässliche Karriere- und Lebensbegleitung zu ermöglichen.

In diesem Fall setzt der *Verbund* das Prinzip des „keeping-contact“ (Petzold) praktisch um. Er wird zum protektiven Mega-Faktor, der lebenssichernde Stützsysteme bereitstellt, um für die Betroffenen Zukunftsperspektive, Hoffnung, Zuversicht und Beheimatung immer wieder möglich zu machen.

März 2002

Andreas Hecht

Literaturnachweis:

- Brumlik, M.:* Advokatorische Ethik zur Legitimation pädagogischer Eingriffe – Kritische Texte, Bielefeld 1992
- Funk, K./Scheiblich, W.:* Konzeption für die Therapeutische Gemeinschaft „Tauwetter“ im Fachbereich „Drogen- und AIDS-Hilfe“ des Sozialdienst Katholischer Männer e.V. Köln 1998
- Funk, K. in Scheiblich, W. (Hrsg.):* Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Freiburg 1994
- Funk, K. in Walter-Hamann, R. (Hrsg.):* Menschenbild und soziale Dienstleistung – Ist Hilfe messbar? Ist Leid zertifizierbar? Freiburg 2001
- Hecht, A.:* Gegner, Partner oder was sonst? Polizei und Sozialarbeit im Umgang mit Angehörigen von Straßenszene-Randgruppen – in: „Forum“ – Informationen und Nachrichten über die Kölner Polizei, 4 – 5/1999
- Hecht, A.:* Systematik zum Verhältnis von sozialarbeiterischem Handeln und Hilfeauftrag, Köln 1998 (unveröffentlichtes Manuskript)
- Hecht, A./Scheiblich, W.:* Konzeption der Kontakt- und Notschlafstelle im Fachbereich „Drogen- und AIDS-Hilfe“ des Sozialdienst Katholischer Männer e.V. Köln 2000
- Indro e.V. (Hrsg.):* Zum Grundverständnis akzeptanzorientierter Drogenarbeit, Münster 1995
- Moreno, J.L.:* Gruppenpsychotherapie und Psychodrama, Stuttgart 1973
- Papenbrock, F./Scheiblich, W.:* Konzeption für das Reha-Zentrum im Fachbereich „Drogen- und AIDS-Hilfe“ des Sozialdienst Katholischer Männer e.V. Köln 1998
- Petzold, H.:* Integrative Therapie, Band II, Paderborn 1994
- Petzold, H./Hentschel, M. in Scheiblich, W. (Hrsg.):* Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Freiburg 1994
- Petzold, H./Sieper, J. (Hrsg.):* Integration und Kreation – Modelle und Konzepte der integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien, Paderborn 1993
- Quensel, S.:* Drogenelend – Cannabis, Heroin, Methadon: Für eine neue Drogenpolitik, Frankfurt/Main 1982
- Rahm, D./Otte, H./Bosse, S./Ruhe-Hollenbach, H.:* Einführung in die integrative Therapie – Grundlagen und Praxis, Paderborn 1993
- Scheiblich, W.:* Gesamtkonzeption des Fachbereichs „Drogen- und AIDS-Hilfe“ des Sozialdienst Katholischer Männer e.V. Köln 1995
- Scheiblich, W.:* Konzeption der Beratungs- und Behandlungsstelle für Drogenabhängige im Fachbereich „Drogen- und AIDS-Hilfe“ des Sozialdienst Katholischer Männer e.V. Köln 1995