

AS AKTIVE SUCHTHILFE e.V.

Für Menschen mit Alkohol-, Medikamenten-, Glücksspiel- und Drogenproblemen
Ein Schwerpunkt ist Straffälligenhilfe



- **Externe Suchtberatung in Haftanstalten**
- **Beratungs- und Behandlungsstelle ‚Straffälligkeit + Sucht‘**
- **Ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle ‚Glücksspiel‘**
- **Staatlich anerkannte Schuldnerberatungsstelle**

Zuwendungsempfänger der Freien und Hansestadt Hamburg /
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz / Fachabteilung Drogen und Sucht

Zu Anbietern von Glücksspielen stehen wir in keinerlei geschäftlicher Beziehung.

Konzeption

Stand: 31. Oktober 2014

Die AS ist regelmäßig in folgenden Haftanstalten:

(unsere Sprechzeiten in diesen Anstalten sind aus
einem Infoblatt ersichtlich, das dort aushängt)

JVA Hahnöfersand - Jugendvollzug
JVA Hahnöfersand - Teilanstalt für Frauen
UHA Holstenglacis - Untersuchungshaft
Sozialtherapeutische Anstalt Hamburg

Aktive Suchthilfe e.V.

Repsoldstraße 4 • 20097 Hamburg – St. Georg

Gemeinnütziger Verein
Träger der freien Jugendhilfe

Tel: 040 / 280 21 70 • Fax: 040 / 280 21 71
Email: AktiveSuchthilfe@t-online.de

Mitglied in

Der Paritätische Hamburg
Fachverband Glücksspielsucht e.V.
Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V.

Konten:

Bank für Sozialwirtschaft:
IBAN DE38251205100007480200 • BIC BFSWDE33HAN
Hamburger Sparkasse:
IBAN DE10200505501211121288 • BIC HASPDEHHXXX

Inhalt	Seite
Vorbemerkung	4
1. Träger	4
2. Lage und Ausstattung der Räume	7
3. Öffnungszeiten (siehe Anhang)	8
4. Zielgruppen	8
5. Zielsetzung	9
6. Personelle Ausstattung	10
7. Rahmenbedingungen und Besonderheiten der Arbeitssituation	11
7.1. Suchtarbeit und Straffälligenhilfe	11
7.1.1 Die Rahmenbedingungen	11
7.1.2 unsere Klientel im Strafvollzug bzw. mit richterlichen Weisungen	13
7.1.3 Konsequenzen für die Praxis	16
7.1.4 Unsere Beratungs- und Behandlungskette	21
7.2. Rahmenbedingungen und Besonderheiten der Arbeit mit der Problematik Glücksspielsucht	21
7.2.1 Definition	22
7.2.2 Gesetzliche Regelungen	22
7.2.3 Rechtliche Zweiteilung bei Glücksspiel / Gesetzgebung	22
7.2.4 Einige Zahlen zur Prävalenz bei Glücksspiel	24
7.2.5 Weitere Fakten	25
7.2.6 Anerkennung der Glücksspielsucht als Suchtkrankheit	26
7.2.7 Krankheitsmodell	27
8. Grundlagen der Arbeit: unser Persönlichkeits- und Krankheitsmodell	28
8.1 Menschenbild	28
8.2 Gesundheit	29
8.3 Krankheitsmodell	30
9. Diagnose der Sucht	34
10. Besonderheiten bei der Diagnose von Glücksspielsucht	35
11. Unsere Arbeitsweise	36
11.1. Exploration und Bestandsaufnahme	37
11.2. Angewandte Methoden	39
11.3. Prinzipien unserer Gruppenarbeit	41
11.4. Besonderheiten der Arbeit bei Glücksspielproblemen	42
11.5. Gender Mainstreaming	44
11.6. Interkulturelle Sensibilität	45
11.7. Elternschaft und Kindeswohl	49
11.8. Alter und Sucht	51
11.9. Angebote und Leistungssegmente	53
12. Qualitätssicherung	54
12.1 Strukturqualität	54
12.1.1 Beschreibung der Einrichtung	54
12.1.2 Beschreibung der Mitarbeiter/innen	54
12.1.3 Qualitätssicherungssystem	55
12.1.4 Vernetzung und Kooperation	57
12.1.5 Dokumentation	58

12.2	Prozessqualität	58
12.2.1	Hilfeplanung	58
12.2.2	Überprüfung der Ziele	59
12.2.3	Interne und externe Fortbildung	59
12.3	Ergebnisqualität	60
12.3.1	Überprüfung der Zielerreichung	60
12.3.2	Klient/innenbefragungen	60
13.	Literatur	61
Anhang:	Öffnungszeiten	

Vorbemerkung

„Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Menschen eine grundsätzlich positive Ausrichtung haben. In meinen tiefsten Kontakten mit einzelnen in der Therapie, sogar mit denen, deren Probleme am meisten störend sind, deren Verhalten in höchstem Maße antisozial war und deren Gefühle völlig abnorm erscheinen, erlebe ich das als wahr... Wenn ich fähig bin, sie als eigenständige Menschen mit eigenen Rechten zu akzeptieren, dann stelle ich fest, dass sie dazu neigen, sich in bestimmte Richtungen zu bewegen... Diese sind positiv, konstruktiv, in Richtung auf Selbstaktualisierung, wachsende Reife und Sozialisation... Ich möchte hier nicht missverstanden werden: ich habe kein euphorisches Bild von der menschlichen Natur.“

Carl Rogers (1961)

1. TRÄGER

Die Aktive Suchthilfe e.V. (im Folgenden abgekürzt als AS) ist ein unter Nr. 69 VR 8636 im Vereinsregister eingetragener Verein. Sie ist ein selbständiger Freier Träger. Sie verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige bzw. mildtätige Wohlfahrtszwecke. Ziel des Vereins ist die Hilfe für Suchtgefährdete und Suchtkranke, insbesondere inhaftierte und haftentlassene Jugendliche und Erwachsene sowie deren Angehörige mit der Absicht, ihnen zu einem suchtfreien, selbstbestimmten, verantwortungsvollen und erfüllten Leben zu verhelfen. Soweit möglich, verstehen wir die Arbeit als Hilfe zur Selbsthilfe. Der Verein schließt in seinen Zusammenkünften, Gruppen und Einrichtungen den Konsum von Alkohol und Drogen sowie das Spielen von suchtfördernden Glücksspielen aus. Der Verein sucht eine enge Zusammenarbeit mit entsprechenden Fachorganisationen.

Zur Geschichte

Die AS begann ihre Arbeit 1970 als Initiative trockener Alkoholiker. Auf eine Anfrage der damaligen Sozialarbeiterin der *Jugendanstalt Hahnöfersand* hin fuhren Karl Fehrs, Walter Zwang und einige andere Guttempler¹ regelmäßig in die JVA und kümmerten sich um junge Inhaftierte mit Alkoholproblemen, was damals den überwiegenden Teil der Inhaftierten betraf. Sie gehörten damit bundesweit zu den ersten Initiativen, die aufsuchende Suchtberatung in Haftanstalten boten. Karl Fehrs² war der Motor dieser Arbeit. Er versuchte viele Interessierte und in der Jugend- und Suchtarbeit Engagierte zusammenzubringen. 1973 veranstalteten wir das erste *Wochenendseminar*, damals zum Thema ‚Jugendalkoholismus‘, später entwickelten wir daraus unsere bis zu viermal jährlich stattfindenden Fokustage, die ein soziales Training zu Themen der Sucht- und Lebensbewältigung darstellen.

1976 wurde die AS als eigener Verein unter dem Namen ‚*Alkoholfreie Selbsthilfe e.V.*‘ gegründet. Die Erwähnung des Alkohols im Namen sollte einen Akzent setzen, denn das Thema ‚Drogen‘ beherrschte die Diskussionen, wohingegen die Volksdroge Nr.1 ‚Alkohol‘ verharmlost

¹ Zu den Guttemplern siehe <http://www.guttempler.de>

² Am 20.1.1989 wurde ihm in Anerkennung seiner Verdienste mit der AS die ‚Medaille für treue Arbeit im Dienste des Volkes‘ von Justizsenator Curilla überreicht.

wurde. Die Betonung der Selbsthilfe stellte einen Appell dar, ehrenamtliche Mitarbeiter/innen zu achten und zu fördern. Gleichzeitig kam darin auch die Sorge zum Ausdruck, Fachleute könnten sich zu wichtig nehmen und die anderen bevormunden. Dennoch arbeiteten von Anfang an auch professionelle Fachleute mit. 1979 wurde unter Leitung einer Psychologin die *Beratungs- und Behandlungsstelle* der AS im Guttemplerhaus Moorkamp eröffnet. Gemeinsam mit den ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen bildete sie das Team, auch dies galt viele Jahre als Modell gleichberechtigter Zusammenarbeit. Zugleich gab es eine enge Kooperation mit dem Beratungsdienst und den Selbsthilfegruppen der Guttempler sowie deren Gemeinschaft ‚Hansa‘.

Die AS wirkte regelmäßig bei den Fachtagungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. sowie bei Fachtagungen zum Thema ‚Sucht und Gewalt‘ mit und warb dabei für die Arbeit mit Täter/innen ebenso wie für die Kooperation von professioneller und ehrenamtlicher Suchthilfe. Zum 25jährigen Jubiläum schrieb Rolf Hüllinghorst, der Geschäftsführer der DHS in einem Brief: „Schon bei der Gründung war es ein Verein, eine Initiative, die mit ihrer Arbeit in Deutschland modellhaft war, und das hat sich bis heute nicht geändert. Das ist sicherlich auch der Grund dafür, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Alkoholfreien Selbsthilfe häufig in Workshops, Seminaren und Fachkonferenzen der DHS mitwirkten, wofür wir uns auf diesem Wege noch einmal bedanken möchten.“

Im Bestreben, die jungen Inhaftierten und Haftentlassenen sozial zu integrieren sowie präventiv dem Jugendalkoholismus entgegenzuwirken, engagierte sich die AS in der Jugendarbeit, bot eine Gesprächsgruppe im *Sülau-Haus*, einem damaligen Wohnheim für junge Haftentlassene, an, unterstützte in zahlreichen Kontakten die *Guttemplerjugend*, und gründete schließlich in Kooperation mit dem bisherigen Träger das nunmehr alkoholfreie *Jugendzentrum ‚Container-Saftladen‘* in Hamburg-Hummelsbüttel. In der Jugendanstalt Hahnöfersand erhielt die AS ab 1996 den Auftrag, zusätzlich zur Alkoholberatung auch die externe Drogenberatung zu übernehmen.

Neben die Jugendarbeit trat zunehmend auch die Arbeit im Erwachsenenvollzug und mit haftentlassenen Erwachsenen. Dazu wurde ein Diplompädagoge eingestellt. Hamburg verfügte zu der Zeit noch nicht über eine eigene Einrichtung nach § 64 StGB (Maßregelvollzug). Die AS entwickelte in Kooperation mit einigen Abteilungsleitungen der JVA Fuhlsbüttel sowie mit Richter/innen eine Art Modell. Alkoholkrankte Straftäter³ wurden frühzeitig an die AS vermittelt und wir versuchten, zusammen eine ambulante (selten stationäre) Alternative zur Maßregel zu erarbeiten. Die Gefangenen erhielten aus der JVA Fuhlsbüttel regelmäßig Ausgänge zu Einzel- und Gruppengesprächen in die AS. Oft wurden sie dann in den früheren Übergangsvollzug des Moritz-Liepmann-Hauses verlegt. Während dieses Prozesses sank das Gefährlichkeitspotenzial der Straftäter, so dass Maßregeln nach §64 StGB ausgesetzt wurden und sie stattdessen die richterliche Weisung zur weiteren Betreuung durch die AS oder für eine stationäre Behandlung in einer Suchtfachklinik erhielten.

1985 – 87 führte die Bundesregierung das Modellprogramm ‚Aufsuchende Sozialarbeit für betäubungsmittelabhängige Straftäter‘ (ASS) durch, wodurch Drogenabhängige in Haftanstalten erreicht werden sollten. Die AS wurde als einziges (und schon bestehendes) Alkoholprojekt in das Programm sowie in die Begleitforschung durch das Institut für Entwicklungsplanung und

³ Der Frauenvollzug war nach Bremen ausgelagert. Am 28.4.97 wurde die erste Hamburger JVA für erwachsene Frauen eröffnet.

Strukturforschung Hannover (IES) aufgenommen. Das IES kam in ihrem Abschlussbericht (1988) zu einer positiven Einschätzung der AS - Arbeit. „Die befragten Mitarbeiter in den Justizvollzugsanstalten hoben die Bedeutung der aufsuchenden Arbeit für die suchtmittelabhängigen und –gefährdeten Häftlinge hervor und schätzten ihre eigenen Zugangsmöglichkeiten gegenüber äußerst misstrauischen suchtmittelabhängigen Inhaftierten gering ein [...].“ Weiter „hoben [die Mitarbeiter der Justizvollzugsanstalten] die Bedeutung stabiler Kontakte zwischen den Inhaftierten und den Mitarbeitern der Alkoholfreien Selbsthilfe e.V. hervor“. Zudem helfe „die durch die Mitarbeiter der Alkoholfreien Selbsthilfe e.V. initiierte Situationsklärung [...], den Bezug zur Realität aufrechtzuerhalten bzw. wieder herzustellen“ (IES, 1988, S.22f). Gleichzeitig stellte der Bericht fest, dass die ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen sich oft überfordert sahen angesichts zunehmender professioneller Anforderungen. Dieser Abschlussbericht des IES, der Einsatz vieler Fachleute aus Justiz und Suchtkrankenhilfe sowie der Brief eines Gefangenen aus der früheren Anstalt II Fuhlsbüttel (genannt ‚Santa Fu‘, jetzt JVA Fuhlsbüttel) mit 220 Unterschriften Mitgefänger bewirkte, dass Hamburg die AS ab 1988 als Zuwendungsempfänger aufnahm und dass sich die AS zu einer professionellen Einrichtung entwickelte, die aber weiterhin durch Selbsthilfe und ehrenamtliches Engagement verstärkt wurde und wird. Selbstbetroffene arbeiten sowohl im multiprofessionellen Mitarbeiterteam als auch in Selbsthilfegruppen mit.

Um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die AS schon seit langem in erster Linie eine professionelle Einrichtung war, die suchtmittelübergreifend mit dem Schwerpunkt auf legalen Suchtmitteln arbeitet, benannte sich der Verein 2000 in ‚Aktive Suchthilfe e.V.‘ um (was eine Beibehaltung des Kürzels ‚AS‘ ermöglichte).

Seit ca. 1986 arbeitet die AS auch mit *Glücksspielsüchtigen*, denn ein neues Problem war aufgetaucht⁴. Vermehrt fanden die neuen technisch veränderten Geldspielautomaten in Imbissen und Spielhallen Aufstellung. Zunehmend kamen junge spielsüchtige Männer zu uns. Besonders gefährdet waren die Klienten am Zahltag, wenn sie ihren monatlichen Gehaltsscheck⁵ erhielten. Die AS organisierte Begleitungen zum Einlösen des Gehaltsschecks, zum Einkauf von Lebensmitteln, und sie richtete erste Geldverwaltungen für Klienten ein.

Glücksspielsucht gilt als die teuerste Sucht und korreliert deshalb in hohem Maße mit Beschaffungskriminalität (vgl. hierzu Meyer & Bachmann, 2011, S.152f und S.157ff; Alberti, 1999, S.86ff). Durch den Arbeitsschwerpunkt ‚Straffälligenhilfe‘ fanden sich bei der AS daher auch immer besonders viele Spieler/innen ein. 1991 starteten wir ein Projekt mit dem Titel ‚Langzeitstudie über Karrieren von suchtgefährdeten/-kranken Inhaftierten und Haftentlassenen unter besonderer Berücksichtigung der Glücksspielsucht‘. Es sah zu jeweils 50 % praktische Arbeit mit Klienten sowie Forschung vor und wurde 1991/1992 über ABM/LKZ finanziert. Wegen des ABM-Stopps in Westdeutschland musste es leider abgebrochen werden, doch mit Hilfe der Hamburger Bürgerschaft konnte eine Mitarbeiterin der AS weiterhin schwerpunktmäßig mit Spielern arbeiten; sie hielt bis zu ihrer Pensionierung die Kontakte zum Bundesweiten Arbeitskreis Glücksspielsucht. Dieser hat sich 1999 als Fachverband Glücksspielsucht (fags) konstituiert. Die AS ist vom ersten Jahr an Mitglied.

⁴ Einer unserer alkoholfrei gewordenen Klienten, Hauptprotagonist in dem Film ‚Wege aus dem Abseits‘, den das Bayerische Fernsehen über unsere Arbeit gedreht hatte: Er, war spielsüchtig geworden, weshalb das Thema besonders in den Fokus der AS rückte.

⁵ Damals waren Banküberweisungen noch nicht so üblich wie heute.

Nach dem Wegfall einer Personalstelle im Jahre 2000 durch die Haushaltskonsolidierung der Justizbehörde konnten wir den Schwerpunkt ‚Glücksspielsucht‘ nicht mehr hauptamtlich besetzen. Aber durch das ehrenamtliche Team aus Dr. Bert Kellermann (Psychiater und Pionier in der Spielsuchtbehandlung), Herrn Rainer Becher (trockener Spieler) und Herrn Detlev Kress (trockener Spieler und Sozialtherapeut) konnten wir ab Januar 1999 stufenweise ein zusätzliches Angebot für Glücksspieler/innen machen. Das Projekt Glücksspielsucht wird seit dem 1. Juli 2005 von der Stadt Hamburg über eine Zuwendung mit einer 0,75 Stelle finanziert.

Seit 2000 bieten wir eine staatlich anerkannte *Schuldnerberatung* an, die wir ohne staatliche Zuwendung aus Bußgeldern und Spenden finanzieren. Durch die Qualifikation der Beraterinnen als Rechtsanwältinnen wird eine umfassende Beratung angeboten: Diese reicht von der Anfertigung einer Schuldenaufstellung über die Prüfung der Rechtmäßigkeit von Forderungen bis hin zu Vergleichsverhandlungen (inklusive Ratenzahlungsvereinbarungen) und Insolvenzantragsfertigungen (sowohl Verbraucher- als auch Regelinsolvenzverfahren). Ebenso wird bei Problemen im laufenden Insolvenzverfahren beraten. Leitführend bei der Beratung ist der Gedanke, jedem die Chance auf einen Neuanfang zu ermöglichen und gleichzeitig die Selbstverantwortung für die eigenen Finanzen zu stärken.

2. LAGE UND AUSSTATTUNG DER RÄUME

Die AS hat ihren Sitz in der Repsoldstraße 4 in 20097 Hamburg-St.Georg. Dort ist sie unter einem Dach mit anderen Trägern der Hamburger Suchthilfe.



Verkehrsverbindungen:

U/S Bahnhof Berliner Tor

10 Min. Fußweg vorbei an der Agentur für Arbeit → Besenbinderhof bis Ende → Treppe herunter in die Repsoldstraße.

ZOB / Hauptbahnhof Süd

3 Min. Fußweg vorbei am Museum für Kunst u. Gewerbe, über die Kurt-Schumacher-Allee in die Repsoldstraße

Die Beratungsstelle liegt verkehrsmäßig gut erreichbar in unmittelbarer Nähe zum Hauptbahnhof. Sie befindet im 2. Stockwerk (Fahrstuhl vorhanden), verfügt über abgeschlossene Mitarbeiterzimmer (mit PC-Arbeitsplatz sowie einer Sitzecke für Gespräche), einen großen Gruppenraum (für Gruppengespräche und Freizeitgestaltung), eine modern eingerichteten Küche sowie 3 abgeschlossene Toilettenräume (davon ein behindertengerechtes WC). – Die Räume sind über zwei Eingänge separat zugänglich: der eine führt zu den Räumen der Mitarbeiter/innen, der andere zu Gruppenraum, Küche, Garderobe und Toiletten. Damit kann der zweite Trakt auch von Selbsthilfegruppen genutzt werden, ohne dass diese Zugang zu vertraulichen Unterlagen haben.

Die AS verfügt über Telefon (mit Anrufbeantworter), Fax und Email. Unsere Mitarbeiter/innen verfügen über einen eigenen PC-Arbeitsplatz; der mit den anderen Arbeitsplätzen vernetzt ist. Datenschutzbestimmungen werden beachtet.

3. ÖFFNUNGSZEITEN

Alle Informationen zu den Öffnungszeiten in den Haftanstalten und der Beratungsstelle finden sich im Anhang.

4. ZIELGRUPPEN

Die AS wendet sich an Suchtgefährdete, Suchtkranke und deren Angehörige. Sie arbeitet *suchtmittelübergreifend mit dem Schwerpunkt auf legalen Suchtmitteln* (vor allem Alkohol, aber auch Medikamente und Glücksspiele), im Jugendvollzug und in der Sozialtherapeutischen Anstalt ist sie außerdem für die externe Drogenberatung zuständig. Auch Verhaltensweisen können zur Sucht werden und damit zu einem Thema, das wir bearbeiten.

Die AS widmet sich insbesondere Menschen, die in Verbindung mit Suchtmittelkonsum straffällig geworden sind; sie betreut also schwerpunktmäßig Menschen mit der Doppelproblematik *„Sucht und Delinquenz“*.

Die Strafmündigkeit in Deutschland beginnt mit 14 Jahren. Somit haben wir im Jugendvollzug und durch die Zusammenarbeit mit Jugendgerichts- und Bewährungshilfen auch sehr junge Klienten. In der Untersuchungshaftanstalt und der Teilanstalt für Frauen arbeiten wir mit erwachsenen Frauen und Männern. Auch in der Beratungsstelle erreichen wir Klient/innen in einem weiten Altersspektrum. Somit gehen wir einerseits auf jugendspezifische Themen und Verhaltensweisen ein, während wir mit älteren Klient/innen ihrem Alter angemessene Themen und Perspektiven erarbeiten (vgl. hierzu auch Kap. 11.8.).

Wir bieten Hilfen für vier Zielgruppen an:

- a) suchtmittelabhängige und –gefährdete Inhaftierte im Jugend- und Erwachsenenvollzug (Untersuchungs- und Strafhaft)
- b) suchtmittelabhängige und –gefährdete Inhaftierte mit Ausgang in die Beratungsstelle und Haftentlassene
- c) in Hamburg lebende Suchtmittelabhängige und –gefährdete mit der Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen
- d) Angehörige der Zielgruppen a, b und c

Über die Arbeit mit Inhaftierten und Haftentlassenen hinaus ist die Beratungsstelle der AS Teil der Hamburger Suchthilfe und ist dementsprechend auch Ansprechpartner für alle Menschen die Beratung zu eigenen Suchtproblemen oder denen von Angehörigen Hilfe suchen.

Die Beratungs- und Behandlungsstelle ‚Glücksspiel‘ hat als Einzugsgebiet ganz Hamburg; sie richtet sich an Spieler/innen unabhängig davon, ob sie straffällig geworden sind oder nicht.

5. ZIELSETZUNG

Leitbild:

Oberstes Ziel ist die Befähigung unserer Klient/innen, ihr Leben sinnbringend selber zu gestalten, ohne sich und anderen schaden zu müssen. Jeden Schritt auf dem Weg dorthin – und sei er noch so klein – sehen wir bereits als einen Erfolg an.

Wir vermitteln die zunehmende Motivation/Kompetenz, suchtfrei leben zu wollen und zu können. Weil wir unsere Klient/innen so annehmen, wie sie sind, beginnen auch sie, sich selber zu akzeptieren, und erst auf dieser Grundlage sind sie auch fähig, eigene Schwächen einzugestehen und sich kritisch mit sich selber auseinander zu setzen. Somit steigt das emotionale wie das kognitive Verständnis für die eigene Person ebenso wie Einfühlungsvermögen und soziale Kompetenz gegenüber anderen Personen. Menschen, die bisher eher im Affekt gehandelt oder ihr Verhalten automatisch an den (vermeintlichen) Regeln ihrer Umgebung ausgerichtet haben, werden dazu angeregt, ihr Denken und Handeln zu reflektieren, Selbstverantwortung zu übernehmen und eigene Entscheidungen zu treffen. Ein besonderes Augenmerk gilt der Kanalisierung aggressiver Impulse.

Arbeitsschwerpunkte sind Suchtgefährdeten- und Suchtkrankenhilfe mit Ausrichtung auf ein suchtmittelfreies Leben, flankierende Hilfeangebote, Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Situation durch Stärkung, Unterstützung und Stabilisierung der Betroffenen.

Die AS wirkt im Schnittfeld von Suchtgefährdeten- und Straffälligenhilfe. Durch die aufsuchende Arbeit in Haftanstalten erreichen wir Menschen, die auch durch ihre Sucht oder den exzessiven Gebrauch von Suchtmitteln straffällig geworden sind. Wir erreichen in den Haftanstalten aber auch süchtige Menschen, die zuvor nicht ausreichend motiviert waren, eine Suchtberatungsstelle aufzusuchen, oder die durch andere Umstände bisher nicht im Suchthilfesystem erschienen sind. Hierbei treffen wir sehr oft extrinsisch motivierte Klient/innen; das bedeutet, dass sie nicht aus freier Entscheidung kommen, sondern sich innerhalb der Zwangskontexte des Gefängnisses oder anderer kontrollierender Instanzen eher gezwungen sehen, mit uns Kontakt zu haben. Eines der wichtigsten Ziele unserer Arbeit besteht darin, aus dieser äußerlich bestimmten extrinsischen Motivation eine intrinsische Motivation zu entwickeln (vgl. hierzu Kap. 7.1). Das erfordert eine über die Suchtberatung hinausgehende Fachlichkeit. Unsere Arbeit dient neben der Suchtbewältigung auch der Resozialisierung und kann zu Haftzeitverkürzung/Haftvermeidung führen. Damit leisten wir auch Kriminalitätsprophylaxe und fördern den sozialen Frieden in Hamburg.

Folgende Ziele sind ganz oder im Sinne einer sukzessiven und aufeinander aufbauenden Zielhierarchie zu verfolgen:

- die Minimierung individueller suchtmittelinduzierter oder sonstiger gesundheitlicher und sozialer Risiken

- die Motivierung zur Inanspruchnahme weiterführender, insbesondere suchttherapeutischer Hilfen und angrenzender Hilfesysteme
- das Herstellen und Erlernen von individueller Kontakt- und Bindungsbereitschaft als Vorbereitung helfender Intervention
- Ressourcenaktivierung, d.h. das Aufzeigen und Verstärken individueller Potentiale und persönlicher Ressourcen
- die Motivation zu sozialer und gesundheitsbezogener Lebensführung
- Resozialisierung mit dem Ziel der Reduzierung von Straffälligkeit und Inhaftierung.

Die AS wirkt als Freier Träger an den Aufgaben des Vollzuges im Rahmen der §§ 4 und 16 des Hamburgischen Strafvollzugsgesetzes bzw. des Hamburgischen Jugendstrafvollzugsgesetzes sowie der entsprechenden Bestimmungen im Hamburgischen Untersuchungshaftvollzugsgesetz mit. „Sie unterstützt die anstaltsinterne Betreuung von Suchtmittelabhängigen und -gefährdeten durch Beratungs- und Betreuungstätigkeit, die insbesondere auf die Vorbereitung der Entlassung und auf die Vermittlung in Behandlungsangebote außerhalb des Vollzuges gerichtet ist“ (Rahmenleistungsvereinbarung mit der Justizbehörde, 1997). Fachlich geht es also darum, inhaftierten Suchtkranken die erforderliche Beratung und Behandlung mit Zugang zum angrenzenden Hilfesystem zu ermöglichen.

Neben dem Hilfsangebot für die Klient/innen (siehe Zielgruppen Kap. 4) richtet sich das Wirken der AS auch an die (Fach-)Öffentlichkeit durch:

- Aufklärung über die Rolle gerade auch der legalen Suchtmittel bei der Genese von gewalttätigen Auseinandersetzungen und Delinquenz.
- das Angebot von diesbezüglichen Problemlösestrategien und deren Einbringen in die juristischen Instanzen.
- Lobbyarbeit für Chancengleichheit der von legalen Drogen Abhängigen (z.B. ‚Therapie statt Strafe‘).

6. PERSONELLE AUSSTATTUNG

Die AS beschäftigt - einschließlich Leitung und Verwaltung - 6 hauptamtliche Mitarbeiter/innen, die sich 5,05 Stellen teilen. Das teilt sich auf in 0,5 Stelle fachliche Leitung, 0,8 Stelle Verwaltung, 3,0 Sozialpädagogenstellen für die Beratung im Projekt ‚Straffälligenhilfe & Sucht‘ sowie 0,75 im Projekt ‚Glücksspielsucht‘. Diese Stellen werden aus der Zuwendung finanziert.

Honorarkräfte unterstützen die hauptamtlichen Fachkräfte in der Gruppenarbeit, einige bringen dabei die Erfahrung einer eigenen bewältigten Suchterkrankung ein.

Einige Arbeitsbereiche wie bspw. die Sicherstellung von notwendigen Fahrten der Klienten von der JVA in die Therapie werden durch ehrenamtliche Helfer/innen geleistet bzw. unterstützt.

Die ambulante Reha wird einzelfallbezogen durch die Renten- und Krankenversicherungen finanziert. Die Leistungen werden durch Honorare vergütet. Die ärztliche therapeutische Verantwortung trägt ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, für die Durchführung der Therapiegespräche werden therapeutische Fachkräfte zusätzlich tätig (psychologische/r Psychotherapeut/in, Sozialpädagog/innen mit einer von der Deutschen Rentenversicherung geprüften und zur Anerkennung empfohlenen Weiterbildung zum Sucht- und Sozialtherapeuten).

Die Schuldnerberatung liegt in der Hand von 2 Rechtsanwält/innen und ist nicht zuwendungsfinanziert.

7. RAHMENBEDINGUNGEN UND BESONDERHEITEN DER ARBEITSSITUATION

7.1 SUCHTARBEIT UND STRAFFÄLLIGENHILFE

In den Hamburger Haftanstalten steht eine von externen Fachkräften angebotene Suchtberatung zur Verfügung. Die Mitarbeiter/innen unterliegen der Schweigepflicht. Inhaftierte erhalten den Zugang, indem sie Anträge an die entsprechende Suchtberatungsstelle per Hauspost stellen. Oft werden sie von ihrer Vollzugsabteilungsleitung, z.B. im Rahmen der Vollzugsplanung, an die externe Suchtberatung verwiesen.

Für Gefangene mit Vollzugslockerungen besteht zudem die Möglichkeit, die Angebote in den externen Suchtberatungsstellen zu nutzen. In besonderen Fällen finden aus dem geschlossenen Vollzug auch von Vollzugsbediensteten dorthin begleitete Ausführungen statt.

Die AS bietet auch Hilfen in der Beratungsstelle für Menschen, die von Haft bedroht sind oder bereits eine Haftstrafe verbüßt haben.

Der Schwerpunkt ‚Delinquenz und Sucht‘ impliziert das Arbeiten unter besonderen Rahmenbedingungen und mit Klient/innen in besonderen psychosozialen Lebenssituationen; das wiederum stellt besondere fachliche Anforderungen an die Mitarbeiter/innen und beeinflusst die tägliche Arbeitspraxis.

7.1.1 Die Rahmenbedingungen

Totale Institution: Der Strafvollzug gilt als totale Institution. Während normalerweise die Lebensbereiche Arbeit, Freizeit und Familie voneinander getrennt sind und die Verbindung der einzelnen Bereiche nur durch den Einzelnen hergestellt wird, existieren diese Grenzen in der totalen Institution nicht. „Das zentrale Merkmal totaler Institutionen besteht darin, dass Schranken, die normalerweise diese drei Lebensbereiche voneinander trennen, aufgehoben sind“ (Goffman, 1973, S.17). Diese Tatsache hat unterschiedliche Konsequenzen für Inhaftierte und für die

Arbeit mit ihnen. So ist im Strafvollzug nahezu alles geregelt, vom Tagesablauf über die Arbeitssituation, die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung ebenso wie die Gestaltung des Haftraums. Für die meisten Menschen bedeutet das Leben in solchen Strukturen eine Einschränkung ihrer Freiheit; sie kann andererseits aber auch gerade für Menschen mit einer Suchterkrankung und / oder mit dissozialen Verhaltensweisen eine Hilfe darstellen, einen geregelten Tagesablauf zu schaffen

Eigene Entscheidungen sind auf kleinste Bereiche beschränkt. In allen wichtigen Lebensbezügen sind Inhaftierte abhängig. Eine Privatsphäre gibt es so gut wie überhaupt nicht, eine Durchsuchung der Zelle ist jederzeit möglich, auch vertrauliche Informationen wie z.B. das Führen eines (Sucht-)Tagebuchs sind nicht ausgenommen. Hinzu kommt die uneingeschränkte Informationsweitergabe innerhalb einzelner Bereiche der totalen Institution.

Menschen, die unter solchen Vorbedingungen zur Beratung gehen, haben eine andere Einstellung zum Gespräch als Ratsuchende, die in Freiheit eine Einrichtung aufsuchen. Nichtinhaftierte Menschen haben ungleich größere Wahl-, Schutz- und Ausweichmöglichkeiten. Zudem gehen sie mit einem - vielleicht nach außen noch nicht bekannten - persönlichen Suchtthema sehr vorsichtig um, immer in der Angst, vertrauliche Informationen könnten innerhalb des Strafvollzuges öffentlich gemacht und somit in alle Lebensbereiche getragen werden.

In viel höherem Maße als in Freiheit sind unsere Klient/innen innerhalb des Strafvollzuges auch von uns abhängig. Von unserer Einschätzung ihrer Motivation und Behandlungsfähigkeit hängt nicht nur der Zugang zu einer weiterführenden Suchttherapie ab, sondern evtl. auch der weitere Verlauf der Haft sowie einer Haftentlassung. Dieser Umstand gibt auch uns viel Macht; das bedeutet einerseits gute Einflussmöglichkeiten, erfordert aber auch ein sensibles Agieren sowohl in der Schaffung einer vertraulichen Gesprächsatmosphäre für die Beratung als auch nach außen hin.

Ersatzfreiheitsstrafen: Wegen so genannter Bagatelldelikte verbüßt ein erheblicher Teil der Inhaftierten oft nur kurze (Ersatzfreiheits-)Strafen oder kommt in Untersuchungshaft, weil sie ohne festen Wohnsitz sind. Die Delikte bestehen beispielsweise in Schwarzfahren, Verstößen gegen ein Aufenthaltsverbot im Bahnhofsgelände oder (versuchtem) Diebstahl von Alkohol im Supermarkt. Viele schaffen es infolge ihrer Sucht nicht, sich um ihre Angelegenheiten zu kümmern; sie haben z.B. Mahnschreiben ignoriert, so dass sich ursprünglich kleine Schuldbeträge durch Mahnkosten und Zinsen hochsummiert haben. Oft handelt es sich um mehrfachbelastete chronisch Alkoholranke (CMA), bei denen die längerfristige Auflage zu einer Kombination aus Sucht- und Sozialtherapie sowie Schuldnerberatung eine sinnvollere und kostengünstigere Alternative als die Haftunterbringung darstellt. Das erfordert eine sehr intensive Motivations- und Betreuungsarbeit. Denn diese Klient/innen sind am schwersten zu motivieren; anstatt Einrichtungen aufzusuchen, gehen sie oft lieber zurück in ihre Szene, weil sie Suchtdruck haben, und weil dort ihre sozialen Kontakte sind.

Infolge ihrer kurzen Haftzeiten besteht die Gefahr, dass sie ohne ausreichende Entlassungsvorbereitung bleiben und wieder in ihr altes Umfeld entlassen werden. Das ergibt einen Drehtüreffekt. Andererseits wirken die Haftaufenthalte mitunter lebensrettend, stellen sie doch eine Abstinenzphase mit körperlicher Erholung dar. Zusammenfassend besteht sowohl durch die Motivationslage dieser Klientel als auch durch kurze Haft und damit kurze Betreuungszeiten eine Herausforderung in der Arbeit mit diesen Klient/innen.

Therapie statt Strafe: Mit dem §35 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) möchte der Gesetzgeber Straffälligen, die ihre Taten aufgrund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen haben, die Möglichkeit bieten, die Strafvollstreckung unter bestimmten Bedingungen und zum Zwecke einer Suchttherapie zurückzustellen („Therapie statt Strafe“). Das Betäubungsmittelgesetz mit seinen Möglichkeiten für Therapie statt Strafe gilt aber nicht für Menschen, die von legalen Drogen (d.h. von Alkohol, Glücksspielen und Medikamenten) abhängig geworden sind. Sie müssen im Vergleich mehr von ihren Strafen verbüßen als diejenigen, die illegale Drogen konsumieren. Denn für die letzteren ermöglicht das BtMG mit dem §35, dass sie eine Therapie antreten können, wenn ihre Strafe unter 2 Jahren liegt. Und diese Zeit kann auf die Strafe angerechnet werden. Bereits 2006 erschien eine Untersuchung der Kriminologischen Zentralstelle (Heimerdinger, 2006); Die befragten Experten sprachen sich mehrheitlich dafür aus, die Möglichkeit von Therapie statt Strafe auch auf Alkoholabhängige auszuweiten. Umgesetzt wurde das nicht.

Häufig sind Klient/innen mit der Aussicht auf eine Therapie nach §35 BtMG in einem höheren Maß fremdmotiviert als andere; denn die Aussicht, bereits mit einer Reststrafe von unter 2 Jahren die Justizvollzugsanstalt verlassen zu dürfen, stellt einen großen Anreiz für sie dar. Und das stellt die Suchtberatung vor die Aufgabe, die Bereitschaft zur Therapie zu prüfen sowie zu fördern.

Andererseits berichten mitunter Klient/innen, die gemäß §35 BtMG eine Therapie anstreben, von einer Stigmatisierung: sie würden einen vermeintlich einfachen Weg in die Freiheit nehmen, ohne ernsthaft motiviert zu sein. Dieses Vorurteil findet sich erfahrungsgemäß nicht nur in der Bevölkerung oder innerhalb des Strafvollzuges; auch aus der stationären Therapie berichten manche Klient/innen, dass sie es in schwer hätten, mit dem Stigma „35er“ bei den Therapeut/innen „beweisen“ zu müssen, tatsächlich motiviert zu sein. Die Aufgabe der Suchtberater/innen besteht darin, die Motivation für eine Therapie gemäß §35 BtMG - trotz mancher Stigmatisierungen von außen – zu stärken und aufrecht zu erhalten.

7.1.2 Unsere Klientel im Strafvollzug bzw. mit richterlichen Weisungen

Motivation: Motivation in Zwangskontexten ist immer ein schwieriges Thema. Sobald das Gericht, die Bewährungshilfe oder die Abteilungsleitung einer JVA einer/m Gefangenen nahe legt oder sogar die richterliche Weisung erteilt, Kontakt zur Suchthilfe aufzunehmen, kann wohl von einem hohen Anteil an Fremdmotivation bei den Betroffenen ausgegangen werden. Dieser Zwangskontext kann zu einer Reaktanz führen, also zu einem Widerstand in der Zusammenarbeit mit der Suchthilfe.

Der offene Widerstand ist in Zwangskontexten eher unwahrscheinlich. Stattdessen versuchen die Klient/innen häufig, die Suchtberatung davon zu überzeugen, dass die Gespräche eigentlich nicht benötigt werden, weil keine Suchtprobleme vorlägen oder schon bewältigt seien. Oder die Gespräche werden geduldig geführt, damit sie am Ende einen Vorteil erbringen (vorzeitige Haftentlassung, Verlegung in den offenen Vollzug, bestandene Bewährung etc.). Nach unseren Erfahrungen kommt ein großer Teil der Klient/innen im Arbeitsbereich ‚Delinquenz und Sucht‘ mit einer extrinsischen Motivation in die Suchtberatung.

Wenn trotzdem ein guter Kontakt zustande kommt, öffnen Klient/innen sich, oder sie beschließen - eventuell erst nach mehrmaliger Inhaftierung bzw. nach mehreren Kontaktaufnahmen zur AS, dass es sinnvoll wäre, sich der eigenen Suchtproblematik intensiv zu stellen und damit die Chance zu erhöhen, nicht wieder inhaftiert zu werden, sondern ein für sich sinnvolles Leben zu finden. Dann wenden sie sich wieder an die AS, weil die vorangegangene Beziehungsarbeit eine Vertrauensbasis geschaffen hat, auf der nun weitergearbeitet werden kann. Deshalb ist die Beziehungsarbeit so wichtig, auch wenn sie nicht immer zu unmittelbaren Erfolgen führt. Und immer wieder in unserem Arbeitsbereich liegt die fachliche Aufgabe darin, die extrinsische Motivation, die Rahmenbedingungen des Strafvollzuges und die richterlichen Auflagen dazu zu nutzen, intrinsische Motivation bei den Klient/innen zu entwickeln. So ist die Suchtberatung stets darauf ausgerichtet, die *eigene* Motivation anzustoßen.

Psychosoziale Situation: Im Arbeitsbereich „Sucht und Delinquenz“ finden wir ein Klientel mit vielschichtigen Problemen vor. „Das Verhältnis von Sucht und Delinquenz ist komplex, vielschichtig, wechselseitig, und lässt sich nicht auf einen Nenner bringen, weil es weder den Süchtigen noch die Delinquenz gibt“ (Egg, 2002, S.13).

Viele unserer Klient/innen haben einen Migrationshintergrund⁶. Dabei handelt es sich um Menschen, die entweder selbst migriert oder als Kinder von Migrant/innen bereits in Deutschland geboren sind. „Diese mit Migrationsprozessen verbundenen Probleme und sozialen Belastungen stehen auch in einem engen Zusammenhang mit innerfamiliären Gewaltphänomenen, die bei Migrantenfamilien deutlich häufiger zu verzeichnen sind, (2. Periodischer Sicherheitsbericht, 2006, S.58). Hoops und Holthusen (2012, S.43) sprechen von einer „Kumulation von Problemlagen“ bei Jugendlichen mit Migrationshintergründen, bei denen „verschiedene Belastungsfaktoren zusammenkommen: eine schlechte soziale Lage, geringe Bildungschancen, Erfahrungen mit häuslicher Gewalt“. In unserer Arbeit zeigt sich, dass wir bei Klient/innen mit Migrationshintergrund häufig auf eine größere Verslossenheit treffen, weil Probleme nach eigenen kulturellen Werten nicht mit „Fremden“ besprochen werden. Gerade der Suchtmittelkonsum und die Straftaten sind mit großer Scham besetzt, denn sie versuchen bei den Eltern oder innerhalb der Familie das Bild „des guten Sohnes“, der anständigen Tochter oder „des guten Familienoberhauptes“ aufrecht zu erhalten (ausführlicher in Kap.11.6).

Der ausländerrechtliche Status kann die Möglichkeiten erschweren, etwa bei einer Therapievorbereitung durch fehlende Kostenübernahme oder wenn aufgrund der Straftaten die Abschiebung droht (ebenfalls ausführlicher in Kap. 11.6).

Viele der Klient/innen haben eine geringe oder gar keine Schul- oder Berufsausbildung erreicht. 2013 waren bei Betreuungsbeginn 31% ohne Schulabschluss, 64% hatten keine Berufsausbildung. Wenn sie aus der Haft entlassen werden, leiden sie zusätzlich unter dem Stigma einer Vorstrafe. All das zusammen belastet die Arbeitssuche immens, und erschwert somit auch die Resozialisierung, also die Chancen, straffrei und suchtmittelfrei zu werden / bleiben und einen Platz in der Gesellschaft zu finden. Die Erfahrung zeigt außerdem, dass sie prekäre Arbeitsverhältnisse

⁶ Zu den Menschen mit Migrationshintergrund zählen "alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil" (Statistisches Bundesamt: Fachserie 1, Reihe 2.2 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Wiesbaden 2012, Textteil: Methodische Bemerkungen mit Übersicht über die Ergebnisse, S.6).

eingehen, sehr oft Schichtarbeit bzw. lange Überstunden leisten, was dann die Integration in Gruppen oder auch die Wahrnehmung von Freizeitangeboten erschwert.

Suchtkranke Menschen haben in ihrer Biografie häufig schwere Frustrationen erlitten und eventuell Traumata zurückbehalten. So sind Selbstwertgefühl, Frustrationstoleranz, Kommunikationsverhalten und weitere Komponenten einer erfolgreichen Sozialisation oft nicht ausreichend und adäquat ausgebildet. Aggressives, depressives und resignatives Verhalten sind die Folge. Die Angst, durch zu viel Preisgabe eigener Probleme angreifbar zu werden, ist groß.

Subkulturelle Faktoren: Viele dieser Verhaltensweisen begründen sich aber nicht nur auf das gelernte Verhalten innerhalb ihrer Sozialisation ihres Herkunftssystems, sondern auch auf gelerntes Verhalten im Gefängnis infolge von Prisonierung. Das Klima der totalen Institution hat psychosoziale Folgen für die Insass/innen (vgl. Greve et al., 1995). Selbst die scheinbar ‚normalen‘ Lebensbedingungen in Haft, wie der Entzug von Freiheit und Autonomie, die Einschränkung sozialer Beziehungen (insbesondere heterosexueller Bindungen), und der Entzug materiellen Besitzes, wirken sich auf das Denken und Handeln der Menschen aus (vgl. Greve et al., 1995). Hinzu kommen Verhaltensweisen, die durch die Identifikation mit der Gefangenenkultur (vgl. Kreutzer, 2002) bzw. der Sozialisation in Haft resultieren. Damit sind z.B. gewalttätige Handlungen in Haft gemeint, die häufig als notwendiges Mittel betrachtet werden, dort zu „überleben“, und die positiv von anderen Mitgefangenen verstärkt werden. Gerade nach längerer Inhaftierung scheint es für viele Haftentlassene schwierig zu sein, das aufgrund der Haftnormen und -werte und ihr daran angepasstes Verhalten nach der Haftentlassung als für ‚Draußen‘ non-konformes Verhalten zu erkennen und dauerhaft wieder zu ändern.

Nach unserer Erfahrung haben manche Klienten sich ein martialisches Auftreten angewöhnt, um sich selber zu schützen. Doch damit flößen sie anderen Menschen, insbesondere wenn diese nicht aus solchen Subkulturen kommen, Angst ein. Dies ist ein Grund, weshalb viele stationäre Einrichtungen die Aufnahme unserer Klienten ablehnen; sie befürchten eine Einschüchterung der anderen Patienten. So nehmen unserer Erfahrung nach viele Therapieeinrichtungen keine Haftentlassenen auf, aus Angst oder vielleicht auch Erfahrung, „dass ihre Atmosphäre vergiftet werden kann, wenn wenige therapiemotivierte Gefangene dorthin gelangen und subkulturelle Gepflogenheiten mitbringen“ (Kreutzer, 2002, S.49). Die Haftsozialisation macht die Integration unserer Klientel in allgemeine Therapieeinrichtungen oft sehr schwer. Hingegen sind Einrichtungen, die aus der Drogenhilfe kommen, an solche Bedingungen gewöhnt.

Um ein Ankommen in der Therapie zu erleichtern, bereitet die AS die Klient/innen intensiv auf die dem Gefängnis gegenüber völlig andere Situation in der Therapie vor, z.B. in Form von Rollenspielen, eingehender Besprechung der Therapieregeln und Erklärung ihres Sinns. In der Jugendanstalt Hahnöfersand bieten wir eine Therapievorbereitungsgruppe an, die sich speziell mit der Thematik des Übergangs vom Strafvollzug in die Therapie beschäftigt (vgl. Konzept der Therapievorbereitungsgruppe, AS Stand: Januar 2014).

Um auch die Therapieeinrichtungen für unser Klientel zu sensibilisieren, sieht sich die AS auch in der Aufgabe, Aufklärungsarbeit zu leisten, Informationen an die Einrichtungen zu geben, und somit auch die Hemmschwelle zu senken, ehemals Inhaftierte aufzunehmen und zu behandeln.

Zusammenfassend lässt sich folgern: „Substanzabhängige Straffällige sind aufgrund ihrer vielschichtigen Probleme ein komplexes und oftmals schwer zu behandelndes Klientel [...] mit geringer Behandlungs- und Veränderungsmotivation, niedriger Frustrationstoleranz, Impulsivität,

und Bindungsproblemen [...]. Darüber hinaus bestehen kognitive Defizite, insbesondere im Bereich Problemlösen, sozialer Wahrnehmung sowie die eingeschränkte Interpretationsfähigkeit von sozialen Situationen, was zu mangelhaften Kompetenzen, erhöhter Reiz- und Aggressionsbereitschaft und einer geringen Anpassungsfähigkeit“ führt (Kindermann et al., 2012, S.5).

7.1.3 Konsequenzen für die Praxis

Doppelmandat: Unsere Mitarbeiter/innen sind auf die Zusammenarbeit mit der Institution und deren Personal angewiesen. Zugleich gilt unser Auftrag den Inhaftierten. Der Aufbau einer Vertrauensbasis zu beiden Seiten (Klientel und Institution) ist ein immer neu geforderter Balanceakt. Wir müssen in der Lage sein, mit allen - oft auch unter sich recht unterschiedlichen – Gruppen des Personals konstruktiv zusammen zu arbeiten. Gleichzeitig ist die vertrauensvolle Kooperation mit den Inhaftierten unabdingbar.

Externe Suchtberatung: In den Hamburger Justizvollzugsanstalten werden für die Suchtberatung externe Freie Träger der Suchthilfe eingesetzt. Die externen Berater/innen sind zwar bestimmten Regeln unterstellt, die für das Verhalten innerhalb einer JVA gelten, ansonsten können sie aber unabhängig gemäß ihren Qualitätsstandards arbeiten.

Gemäß der Rahmenleistungsvereinbarung zwischen den Trägern der externen Suchtberatung und den Hamburger Strafvollzugsanstalten (1997), sind sie nicht dazu verpflichtet inhaltliche Auskünfte über Insassen, deren Angehörige oder sonstige Vertrauenspersonen an die JVA zu geben.

Anders verhält es sich – mit Zustimmung der/des Klienten, wenn die Zusammenarbeit mit der JVA für eine Vollzugsplanung inhaltlich Sinn macht. Der externe Status der Suchtberatung soll Gefangenen die Möglichkeit geben, sich vertrauensvoll mit ihren Suchtproblemen an diese wenden zu können (vgl. Rahmenleistungsvereinbarung, 1997).

Praktisch sieht die Umsetzung in der Arbeit in den JVA so aus: mithilfe eines Antrages können Gefangene sich an die AS wenden. Mitunter sprechen sie unsere Mitarbeiter/innen auch direkt an. Oder wir werden Vollzugsmitarbeiter/innen, Verteidigung oder Familienangehörigen gebeten, auf jemanden zuzugehen und nehmen dann von uns aus den Kontakt auf. Nach unserem Erstgespräch teilen der zuständigen Vollzugsabteilungsleitung schriftlich den Beginn der Suchtberatung mit. Ansonsten unterliegen wir der Schweigepflicht. Wenn für Strafgefangene ein Vollzugsplan (§ 7 StVollG) erstellt werden muss, stellt die JVA häufig eine Anfrage an die AS, die sich meist auf die Frage beschränkt, ob noch Kontakt besteht und ob es Planungen bezüglich der weiteren Betreuung / Behandlung gibt. Eine wichtige Schnittstelle gibt es bei der Planung einer Suchttherapie: diese teilen wir der zuständigen Vollzugsabteilungsleitung mit und klären ab, ob die Anstalt die Therapiepläne unterstützt bzw. ob anstalts- oder vollzugsseitig diesen Plänen etwas entgegenstehen würde.

In Anbetracht des großen Misstrauens, das viele Gefangene den Angehörigen der Justiz gegenüber haben, erscheint es als unabdingbar, dass die Suchtberatung von externen Kräften durchgeführt wird (vgl. auch Kreuzer, 2002, S.56f; Gerdemann, 2006, S.437). Zudem verfügen externe Kräfte über ein umfangreiches Fachwissen, das sie den Gefangenen zur Verfügung stellen (Rahmenleistungsvereinbarung, 1997). Es ist als großer Vorteil zu werten, dass wir in Hamburg

als Externe Freie Träger die Suchtberatung in Justizvollzugsanstalten und mit Haftentlassenen durchführen können.

Überlappende Angebote: Erst außerhalb der Anstaltsmauern lässt sich Abstinenz wirklich einüben und in die Lebenswirklichkeit integrieren. Die rationale Erkenntnis, dass der Verzicht auf Suchtmittel notwendig für die weitere Lebensführung ist, führt allein noch nicht unbedingt zu Verhaltensänderungen. Es bedarf der Verankerung dieser Erkenntnis ins Denken und Fühlen durch Gespräche auch schon in der Haft. Doch zur Umsetzung der Vorsätze bedarf es des Übens in einer Realsituation mit praktischer Anleitung. Wenn diese Möglichkeit fehlt, besteht die Gefahr, schnell wieder in die alten Verhaltensmuster zu geraten. Somit soll hier ein weiterer großer Vorteil der *externen* Suchtberatung in Haft deutlich werden: Klient/innen, die mit uns in Haft bereits über einen längeren Zeitraum Kontakt hatten, können auch außerhalb der Haft zu uns kommen! Seit ihrem Bestehen zielt die Arbeit der AS darauf, ihre Klient/innen während der Haft zu motivieren, eine gute professionelle Beziehung⁷ aufzubauen und eine Grundlage zu schaffen, damit sie auch nach der Haftentlassung im Hilfesystem „ankommen“ können. Damit leistet die AS eine durchgehende Hilfe, „die im Übergang Beziehungsabbrüche vermeidet“ (Cornel, 2012, S.14) und gerade aufgrund des Zusammenhangs von Suchtmittelkonsum und Täterschaft auch Kriminalprävention ist (vgl. Cornel, 2012, S.14; Reker, 2012, S.234).

So besprechen und erklären wir bspw. schon während der Haft mit unseren Klient/innen die praktische Umsetzung nach der Haftentlassung und verabreden – falls möglich – bereits feste Gesprächstermine in unserer Beratungsstelle. Im besten Fall können wir unsere Klient/innen bereits aus dem offenen Vollzug heraus zu Terminen in der Beratungsstelle einladen. Damit werden Wege draußen eingeübt, und die Klient/innen können sich ein Stück mehr in der Realität überprüfen, als es im geschlossenen Vollzug möglich ist. Dadurch erleben sie Stärken und Schwächen, gemeisterte Verführungssituationen oder auch Rückfälle. Bei Klient/innen aus dem offenen Vollzug ist die Arbeit mit diesen Erfahrungen ebenfalls möglich, sie erleben sich bei Ausgängen und Urlauben. Und dabei kann sich die Tatsache, noch durch den Vollzug überwacht zu werden (z.B. Kontrollen bei der Rückkehr), anfangs durchaus stabilisierend auswirken.

Die Strategie des Übergangsmangements, so Cornel, ist „nicht nur eine organisatorische Frage, sondern korrespondiert eng mit Ursachen der Delinquenz selbst: viele Klienten haben viele Beziehungsabbrüche seit frühester Kindheit erlebt – Bindungslosigkeit und Bindungsunfähigkeit sind bekanntlich wichtige Kategorien“ (2012, S.14).

Motivation und Motivierung: Wenn der eigene Arbeitsansatz von Klient/innen verlangt, dass sie eigenmotiviert und selbstständig zur Suchtberatung kommen, dann würden viele unserer Klient/innen durch das Raster fallen und keine Hilfe bekommen, die sie doch benötigen. Das sind insbesondere die verhaltensschwierigen (bspw. aufgrund der Komorbidität mit psychischen Störungen, wie sie unter Inhaftierten häufig zu finden sind, siehe dazu Reker, 2007, S.175; Köhler et al., 2008, S.27f) und die im Strafvollzug besonders kontrollierten Insassen (Reker, 2007, S.174).

⁷ „Professionelle Beziehung“, wird hier verstanden als zeitlich begrenzte und zielorientierte Beziehung zwischen Klient/in und Berater/in. Wir folgen auch in unserer beratenden Tätigkeit den Prinzipien therapeutischer Beziehungsgestaltung (vgl. Sachse, 2006), um eine stabile Beziehung zu unserer stark beziehungs-belasteten Klientel aufzubauen.

Ein anderer Betrachtungsansatz ist es, die extrinsische Motivation und die Rahmenbedingungen des Strafvollzuges zu nutzen, um eine intrinsische Motivation zu entwickeln, also durch die Art der Betreuung die Motivation anzustoßen. Viele unserer Klient/innen in Haft hätten ‚Draußen‘ vermutlich keinen Kontakt zur Suchthilfe bekommen. Diese Chance, die sich in einer JVA bzw. durch den Justizdruck ergibt, kann genutzt in der Arbeit mit den Inhaftierten an dem *Ziel* zu arbeiten, Motivation zu entwickeln und etwas an dem eigenen Leben zu ändern. Fliegel und Schweitzer (2004, S.196) betonen in ihrem Resümee zum Thema der Täterbehandlung: „Motivation ist in der Tätertherapie ein zentrales Thema. Hier gilt es, anfänglichen äußeren (Veränderungs-)Druck in spätere innere (Veränderungs-)Bereitschaft zu wandeln“. Auch Köhler et al. (2008, S.25), die speziell den Zusammenhang zwischen (Psycho-)Therapiemotivation und psychischen Merkmalen von inhaftierten Jugendlichen untersuchten, meinen dazu, dass die intrinsische Motivation nicht mehr als Voraussetzung für die therapeutische Arbeit im Strafvollzug gesehen werden sollte; vielmehr sei „die Motivation in der Behandlung gezielt zu fördern“.

Bei der Motivation und Motivierung ist der Aspekt der therapeutischen Beziehungsgestaltung nicht zu unterschätzen. Nach Erfahrung der Mitarbeiter/innen der AS kann sich gerade bei Inhaftierten die Motivation oft erst innerhalb einer längeren Betreuung entwickeln. „Wenn jemand eine Zeit lang mit uns in Kontakt ist und sich Bindungen entwickeln, beginnt er, sich mit seinem Rauschmittelkonsum auseinanderzusetzen und die Möglichkeit ins Auge zu fassen, dass es vielleicht auch ohne geht. Wer Motivation voraussetzt, bevor er mit jemandem in Beziehung tritt, lässt die große Möglichkeit außer Acht, dass sich oft eine Motivation erst auf der Basis einer Beziehung entwickelt“ (Alberti, 1989, S.73).

Gestaltung einer tragfähigen Beziehung: Als besonders förderlich für eine tragfähige Beziehung, die wir als Basis unserer Arbeit definieren, erleben wir vor allem zwei Aspekte:

- den Status als Freie Träger der externen Suchtberatung in der Arbeit mit Inhaftierten und Haftentlassenen sowie
- die Möglichkeit einer langfristigen bzw. immer wieder erreichbaren Betreuung.

Als externer Träger AS übernimmt nicht nur die Betreuung von Klient/innen wenn es um die Planung einer Therapie geht (wie es in vielen Justizvollzugsanstalten die Praxis ist), sondern wir betreuen sie auch langfristig wenn dies fachlich notwendig ist. In Einzelgesprächen geht es um die Überwindung der Suchtprobleme, aber auch um die kritische Auseinandersetzung mit dem bisherigen Leben und Lebensentwurf. Die Frage, wie es nach der Haft weitergeht, wird nicht von uns festgelegt, vielmehr kommt es darauf an, eine Veränderungsbereitschaft anzustoßen und anschließend mit den Klient/innen zu schauen und sie dabei zu beraten, wie der weitere Weg aussehen könnte und was dafür benötigt wird. Das kann, muss aber keine stationäre Therapie sein.

Basis dieser komplexen Arbeit ist die intensive Beziehungsgestaltung, die aufgrund längerer Betreuungszeiten möglich ist. Dabei ist es eine wertschätzende und den Klient/innen beistehenden Haltung, die wir einnehmen. Die Beziehung nicht abubrechen, auch wenn es an einer Stelle schwierig wird, ist ebenso wichtig wie die Konfrontation und Reibung in der Auseinandersetzung. „Konfrontationen [...] sind [...] notwendig, um eine des Täters mit seinen Realitätsverzerrungen zu initiieren; sie sind aber nur in einer respektvollen Beziehung wirksam“ (Elsner, 2004, S.113). Durch intensive Beziehungsarbeit, durch Zuwendung, gemeinsame Situationsanalysen, Bewusstmachung, Ratschläge und Beispiele vermitteln wir die zunehmende Motivation/ Kompe-

tenz, suchtfrei leben zu wollen und zu können. Weil wir unsere Klient/innen so annehmen, wie sie sind, beginnen auch sie, sich selber zu akzeptieren. Erst auf dieser Grundlage sind sie fähig, eigene Schwächen einzugestehen und sich kritisch mit sich selbst auseinander zu setzen. In diesem Dialog steigt das emotionale wie das kognitive Verständnis für die eigene Person ebenso wie das Einfühlungsvermögen und die soziale Kompetenz gegenüber anderen Personen. Wir leiten Menschen, die bisher eher im Affekt gehandelt haben, dazu an, mehr nachzudenken, eine realistischere Selbsteinschätzung vorzunehmen, bewusster zu leben und eigene Wertmaßstäbe zu entwickeln. Wir arbeiten mit ihnen daran, sich abzugrenzen, ihre Aggressionen im Zaum zu halten, Schädigungen der eigenen Person ebenso zu vermeiden wie die anderer Menschen, und ihre Kraft eher in konstruktive Bahnen zu lenken.

Konfrontation mit dem Lebensstil: Wir beziehen in unsere Arbeit nicht nur die Suchtproblematik, sondern immer auch den gesamten Lebensstil der Klient/innen mit ein. Gerade, wenn bereits eine längere ‚kriminelle Karriere‘ hinter ihnen liegt, ist es unabdingbar, den bisherigen Lebensstil zu thematisieren. Denn nach unseren Erfahrungen ist es oft schwer, sich von Gewohntem (Geld, Gruppen, Macht usw.) zu trennen. Oft sind Suchtmittel und krimineller Lebensstil eng miteinander verbunden. Gute Vorsätze nach der Haft werden oft auf die Probe gestellt, indem bspw. die Arbeitssuche sich doch schwieriger gestaltet, Rechnungen aber dringend bezahlt werden müssen. Dann besteht oft nicht nur die Gefahr eines Suchtmittelrückfalls, sondern auch eines Rückfalls in die Kriminalität. Manchmal ist es auch einfach die nüchterne Erkenntnis, gerade bei unseren jüngeren Klienten, dass ein übliches Arbeitsgehalt nicht mit dem erträumten und aus der Kriminalität bekannten Lebensstil zusammenpasst. Wir thematisieren die Frage nach dem Lebensstil, indem wir Diskrepanzen aufzeigen, immer weiter motivieren und alternative Verhaltensweisen positiv bestärken. Wir wirken darauf hin, dass die Klient/innen Verantwortung für ihr Handeln und ihr Leben, auch für das Leben der Gemeinschaft übernehmen, und trainieren mit ihnen Fähigkeiten zur besseren Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit (vgl. Walters, 2007, S.131f).

Fachliche Anforderungen: Unsere oft sehr haftgewohnte und misstrauische Klientel ist es gewöhnt, sich immer zu rechtfertigen und scheinbar anzupassen. Wichtig ist uns, eine Sprachebene herzustellen, auf der sie feststellen, dass wir sie nicht angreifen. Wir wollen nicht verurteilen, sondern sensibilisieren und motivieren. Wenn es uns gelingt, dass sich die Klient/innen als Personen angenommen fühlen, ist es ihnen möglich, auf Rechtfertigungsfassaden zu verzichten. Dann können sie sich mit ihren Sorgen und Nöten anvertrauen. Diese Herstellung einer Vertrauensbasis erfordert ein hohes Maß an Kompetenz seitens unserer Mitarbeiter/innen; denn sie müssen sowohl sprachlich eine Brücke zur speziellen Klientel bauen als auch mit eigenen Gefühlen angesichts ihrer mitunter sehr rauen und provozierenden Erscheinungsweise und Straftaten umgehen können (vgl. auch Kunkel-Kleinsorge, 2002, S.183). Oft ist es so, dass diese Aufbauarbeit den größten Teil einnimmt. Erst danach ist es bei Bedarf möglich, an andere Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe weiter zu vermitteln. Zusammenfassend kann von hohen persönlichen und fachlichen Anforderungen im Arbeitsbereich „Sucht und Delinquenz“ für unsere Mitarbeiter/innen ausgegangen werden.

Nicht jede/r Inhaftierte, die/der für eine Therapie motiviert ist, kann diese auch zeitnah antreten. Oft stehen lange Haftzeiten im Weg, oder angestrebte vorzeitige Entlassungen sind nicht realisierbar. Die Suchtberater/innen müssen dann versuchen, die Motivation über längere Zeit aufrecht zu erhalten oder nach depressiven Phasen neu aufzubauen. Oft müssen wir erst erhebliche

Frustrationen aufarbeiten, ehe das Suchtproblem in den Blick genommen werden kann. Auch ist die Motivation für eine Suchttherapie evtl. abhängig von der Haftlänge. Verlegungen in Anstalten, in denen wir nicht präsent sein können, unterbrechen den Kontakt; wenn möglich, vermitteln wir dann zu den Kolleg/innen der dort tätigen Suchthilfeträger.

In der Untersuchungshaft besteht die Hoffnung auf Freispruch oder, wenn man einen Therapieplatz vorweisen kann, auf eine Bewährungsstrafe. Am Anfang der Inhaftierung ist die Erinnerung an das Suchtgeschehen noch frisch, doch im Laufe längerer Haft, mit der Erfahrung, jetzt schon lange trocken zu sein, und mit der Sehnsucht nach Freiheit verblasst das Problembewusstsein und eine Therapie wird nicht mehr als notwendig empfunden sondern als Fortsetzung der Haft gesehen.

Außerhalb der Justiz besteht mitunter Unwissenheit über die Bedingungen der Untersuchungshaft, z. B. wenn für eine Kostenzusage das Strafende angegeben oder wenn die Therapieeinrichtung vor der Entscheidung zur Aufnahme das Urteil vorgelegt haben möchte. Erst im Gerichtsprozess wird geklärt, ob jemand sich schuldig gemacht hat und welche Sanktionen verhängt werden, falls es zu einer Verurteilung kommt. Vor Gericht stellen sich die Dinge nicht selten ganz anders dar als erwartet, es kann auch zu einem Freispruch kommen.

Auch bei Strafgefangenen ist der Entlassungszeitpunkt von verschiedenen Faktoren abhängig. Das erschwert eine konkrete Planung, perspektivische Überlegungen stehen somit unter Vorbehalt. Durch eine enge Abstimmung mit Richter/innen, Vollzugsabteilungsleitungen und Rechtsanwält/innen klärt die AS, welche Chancen bezüglich einer Entlassung sich bieten und bereitet für und mit den Klient/innen möglichst konkrete Planungen vor. Wir unterstützen sie ferner darin, auch unerwünschte Perspektiven anzuschauen (z.B. eine lange Haftstrafe oder eine Abschiebung). Somit beziehen unsere Planungen sowohl organisatorische als auch emotionale Aspekte ein.

Netzwerkarbeit: Angesichts der vielschichtigen Problemlagen unserer Klient/innen, besonders wenn sie direkt aus der Haft kommen, ist es wichtig, dass wir uns im Sinne eines erfolgreichen Übergangsmangements gut vernetzen.

So führen wir aufgrund der dargestellten Bedingungen und Probleme immer wieder Gespräche, in und mit einzelnen Therapieeinrichtungen (vgl. Kap. 7.1). Wir geben allgemeine Aufklärung über straffällige Klient/innen oder auch zur Vermittlung bestimmter Klient/innen (z.B. bei Delikten gegen die sexuelle Selbstbestimmung). Bei Bedarf begleiten wir unsere Klient/innen auch zu Vorgesprächen in den Therapieeinrichtungen.

Gerade bei den jungen Klienten bemühen wir uns frühzeitig, Kontakt zur Jugendgerichts- und Jugendbewährungshilfe aufzunehmen. Dies kann entweder haftvermeidend sein, aber auch sucht- und kriminalpräventiv wirken (vgl. Reker, 2012, S.236).

Die Therapieplanung zur Suchtproblematik steht oft in Konkurrenz zu Zielen der Arbeits- bzw. Ausbildungsförderung. Deshalb fragen wir auch diese Themen bei unseren Klient/innen ab und stellen frühzeitig Kontakte zu den entsprechenden Trägern in den JVA bzw. für Haftentlassene her. Gemeinsam stimmen wir die Planungen aufeinander ab.

Unsere Suchtberatung ist zunehmend Teil der Vollzugsplanung geworden. Wenn sich im Haftbefehl bzw. im Urteil Hinweise auf Suchtmittel einfluss finden, werden Inhaftierte durch die Abtei-

lungsleitungen aufgefordert, zur Suchtberatung zu gehen, und wir werden dann um fachliche Stellungnahmen gebeten. Durch die Arbeit in den Anstalten erarbeiten wir therapeutische Vorlagen, auf deren Grundlage die Richter/innen dann über vorzeitige Haftentlassung und Bewährungsauflagen entscheiden können.

7.1.4 Unsere Beratungs- und Behandlungskette

Entsprechend den Zielgruppen ruht die Arbeit der AS auf den beiden grundlegenden Säulen ‚Haftanstalten‘ und ‚Beratungsstelle‘. Die Beratungs- und Behandlungskette kann aus aufeinander folgenden Elementen bestehen:

- Möglichst schon in der Untersuchungshaft den Inhaftierungsschock für Motivation nutzen und suchttherapeutische Alternativen zu einer Entlassung in die alte Umgebung oder auch zu einer Haftstrafe für das Gerichtsverfahren in Abstimmung mit internen Diensten, (Jugend-) Bewährungshilfe, Verteidigung etc. erarbeiten/umsetzen. In Einzelfällen kann sich die (zeitweilige) Teilnahme an der Gerichtsverhandlung als sinnvoll erweisen.
- Während der Strafhaft gilt es, Motivation aufrecht zu erhalten und Therapieperspektiven (weiter) zu entwickeln. Damit verfolgen wir das Ziel, durch eine gute Prognose den Wechsel in eine Suchtbehandlung zu ermöglichen. Besonders wenn die Sucht wesentliche Ursache der kriminellen Handlungen war, dient eine Haftverkürzung zwecks dieses Wechsels der Gesundheit. Haftverkürzung dient zugleich auch der Einsparung von Kosten.
Die Arbeit an Konflikten/Enttäuschungen im Vollzugsalltag bietet uns zudem eine gute Gelegenheit, die Klient/innen an die konstruktive Auseinandersetzung mit ihren eigenen Reaktionen, an das Einfühlen in andere Menschen und mit Suchtdruck heranzuführen.
- Betreuung bei Vollzugslockerungen, um die Beratungsstelle vertraut zu machen und den regelmäßigen Weg dorthin einzuüben. Die Erfahrungen bei den Ausgängen und Hafturlauben, die Stärken und Schwächen, protektive sowie gefährdende Einflüsse werden thematisiert.
- Die Beratungsstelle übernimmt auch die Weiterbetreuung nach der Haftentlassung. Damit ist eine stufenweise Eingliederung möglich, um der Gefahr von Rückfällen vorzubeugen. Angebote gibt es auch für Angehörige.

7.2 RAHMENBEDINGUNGEN UND BESONDERHEITEN DER ARBEIT MIT DER PROBLEMATIK GLÜCKSSPIELSUCHT

Die AS betreut seit 1986 auch Klient/innen mit dem Problem Glücksspielsucht. Seit 2004 behandeln wir im Rahmen der ambulanten Rehabilitation und Suchtnachsorge Klient/innen mit pathologischem Glücksspiel. Für diesen Arbeitsbereich sind folgende Gesichtspunkte relevant:

7.2.1 Definition

„Ein Glücksspiel liegt vor, wenn im Rahmen eines Spiels für den Erwerb einer Gewinnchance ein Entgelt verlangt wird und die Entscheidung über den Gewinn ganz oder überwiegend vom Zufall abhängt. Die Entscheidung über den Gewinn hängt in jedem Fall vom Zufall ab, wenn dafür der ungewisse Eintritt oder Ausgang zukünftiger Ereignisse maßgeblich ist. Wetten gegen Entgelt auf den Eintritt oder Ausgang eines zukünftigen Ereignisses sind Glücksspiele. Sportwetten sind Wetten zu festen Quoten auf den Ausgang von Sportereignissen oder Abschnitten von Sportereignissen. Pferdewetten sind Wetten aus Anlass öffentlicher Pferderennen und anderer öffentlicher Leistungsprüfungen für Pferde“ (erster Glücksspieländerungsstaatsvertrag, GlüÄndStV § 3 Abs.1).

7.2.2 Gesetzliche Regelungen

Glücksspiel ist ein demeritorisches Gut, bei dessen Konsum negative externe Effekte auftreten. Glücksspiel ist illegal, es sei denn, es wird vom staatlichen Monopol lizenziert.

§ 284 Strafgesetzbuch (StGB) besagt: „(1) Wer ohne behördliche Erlaubnis öffentlich ein Glücksspiel veranstaltet oder hält oder die Einrichtungen hierzu bereitstellt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

„Öffentliche Glücksspiele dürfen nur mit Erlaubnis der zuständigen Behörde des jeweiligen Landes veranstaltet oder vermittelt werden. Das Veranstalten und das Vermitteln ohne diese Erlaubnis (unerlaubtes Glücksspiel) sowie die Mitwirkung an Zahlungen im Zusammenhang mit unerlaubtem Glücksspiel sind verboten“ (erster GlüÄndStV § 4 Abs.1).

„Das Veranstalten und das Vermitteln von öffentlichen Glücksspielen darf den Erfordernissen des Jugendschutzes nicht zuwiderlaufen. Die Teilnahme von Minderjährigen ist unzulässig. Die Veranstalter und die Vermittler haben sicherzustellen, dass Minderjährige von der Teilnahme ausgeschlossen sind. Testkäufe oder Testspiele mit minderjährigen Personen dürfen durch die Glücksspielaufsichtsbehörden in Erfüllung ihrer Aufsichtsaufgaben durchgeführt werden“ (erster GlüÄndStV § 4 Abs. 3).

„Das Veranstalten und das Vermitteln öffentlicher Glücksspiele im Internet ist verboten“ (erster GlüÄndStV § 4 Abs.4).

7.2.3 Rechtliche Zweiteilung bei Glücksspiel / Gesetzgebung

Das Spiel in Spielbanken (Casinos) sowie Lotto, Toto und Sportwetten wie Oddset fallen offiziell unter Glücksspiel, während das Spiel in Spielhallen und an den Spielautomaten in der Gastronomie unter das Gewerberecht und die Spielverordnung fällt.

„Im rein rechtlichen Sinne sind Geldspielautomaten [...] nicht den Glücksspielen zuzurechnen. [...] Bereits Anfang der 1970er Jahre gelang es der Automatenindustrie jedoch, Sonderspielsysteme [...] genehmigt zu bekommen, die die intendierte Abgrenzung der Spielgeräte vom Glücks-

spiel unterliefen. [...] In Sonderspielerien wurden die Höchstgewinne pro Spiel mit einer Chance von 50% und mehr gewährt, sodass nach Ablauf der Serie höhere Gewinne möglich waren, als in der SpielV [Spielverordnung, Anm. der Verf.] festgelegt. Waren es anfänglich nur kleine Serien mit zwei oder 10 Spielen, steigert sich die Anzahl schrittweise bis Mitte der 1970er Jahre auf 100 [...] (Meyer & Bachmann, 2011, S.16f)“.

Aufschluss über die Anteile der verschiedenen Glücksspiele am Gesamtumsatz gibt auch die folgende Tabelle (Meyer, 2013, S.123):

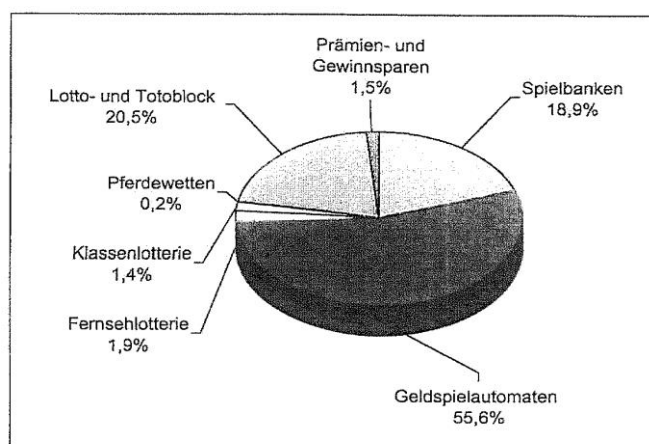


Abb. 1: Anteile am Gesamtumsatz der Glücksspiel-Anbieter in 2011

Am 28.03.2006 hatte das Bundesverfassungsgericht folgenden Leitsatz verkündet: „Ein staatliches Monopol für Sportwetten ist mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit des § 12 Abs. 1 GG nur vereinbar, wenn es konsequent am Ziel von Bekämpfung von Suchtgefahren ausgerichtet ist“ (Leitsatz zum Urteil des Ersten Senats vom 28. März 2006 - 1 BvR 1054/01 -). Das bedeutet, dass die Berechtigung für ein staatliches Monopol, Glücksspiele anzubieten, ausdrücklich an die Verhinderung und Bekämpfung von Glücksspielsucht geknüpft sein muss.

Die so genannten Geldspielautomaten in Spielhallen und der Gastronomie stellen jedoch das Hauptproblem dar. Seit der Novellierung der Spielverordnung zum 1.1.2006 bis 2012 betrug die Zuwachsrate (Bruttospielertrag) bei diesen Geräten 87,2%. In den ambulanten Suchtberatungsstellen ist das Spielen an diesen Geräten das größte Glücksspielproblem: „Bei 74,2% der Klient(en bezogen auf Mehrfachnennungen) wurde ein pathologisches Spielverhalten in Bezug auf Geldspielautomaten diagnostiziert. Glücksspiele in Spielbanken waren in 5,5% der Fälle problembehaftet, Wetten in 5% und andere Spielformen in 11,1%.“ (Meyer, 2014, S.134).

Zum 1.1.2008 trat ein Staatsvertrag zum Glücksspielwesen in Deutschland in Kraft. Seitdem gilt in den Dependancen der Spielbank, auch für Glücksspielautomaten, eine Ausweiskontrolle. Das gewerbliche Spiel – die Glücksspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten - waren in die Regelungen nicht einbezogen. In § 8 Spielersperre wurde verfügt:

- (1) Zum Schutz der Spieler und zur Bekämpfung der Glücksspielsucht sind die Spielbanken und die in § 10 Abs. 2 genannten Veranstalter verpflichtet, ein übergreifendes Sperrsystem zu unterhalten.
- (2) Die zur Teilnahme am Sperrsystem verpflichteten Veranstalter sperren Personen, die dies beantragen (Selbstsperre) oder von denen sie aufgrund der Wahrnehmung ihres Personals o-

der aufgrund von Meldungen Dritter wissen oder aufgrund sonstiger tatsächlicher Anhaltspunkte annehmen müssen, dass sie spielsuchtgefährdet oder überschuldet sind, ihren finanziellen Verpflichtungen nicht nachkommen oder Spieleinsätze riskieren, die in keinem Verhältnis zu ihrem Einkommen oder Vermögen stehen (Fremdsperre).

In der Fernsehsendung *Frontal*⁸ am 7.4.2009 unter dem Titel ‚Geschäft mit der Sucht - Rekordumsätze bei Glücksspielautomaten‘ sagte die Vorsitzende des Fachverbandes Glücksspielsucht e.V. (fags) Ilona Füchtenschnieder: "Die Änderung der Spielverordnung im Jahr 2006 hat den Interessen der Automatenindustrie gedient, aber nicht den Interessen des Spielerschutzes."

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) mahnte an, dass die mit dem Monopol verfolgten Ziele der Spielsuchtbekämpfung und des Spielerschutzes in allen Glücksspielbereichen kohärent und systematisch verfolgt werden müssten. Ein staatliches Monopol auf Lotterien und Sportwetten sei weiter möglich, wenn der Gefahr der Glücksspielsucht – auch im Bereich des gewerblichen Automatenspiels – konsequent entgegengewirkt würde. Die vom EuGH festgestellte Inkonsistenz in der Regulierung des Glücksspielwesens in Deutschland machte deutlich, wie dringend erforderlich ein Gesamtkonzept sei.

Zum 1.7.2012 (in Schleswig Holstein zum 9.2.2013) trat dann der erste Staatsvertrag zur Änderung des Staatsvertrages zum Glücksspielwesen in Deutschland in Kraft. Er enthält auch Regelungen zum gewerblichen Glücksspiel. In der Folge wurden in allen Bundesländern Spielhallengesetze verabschiedet. Im Rahmen der Föderalismusreform 2006 war das Recht der Spielhallen in die Gesetzgebungskompetenz der Länder übertragen worden.

Das Hamburgische Spielhallengesetz (HmbSpielhG) ist vom 4. Dezember 2012 trat am folgenden Tag in Kraft. Die Bürgerschaftsdrucksache 20/5877 hielt fest:

„Geldgewinnspiele weisen im Vergleich zu anderen Glücksspielen ein hohes Suchtpotential auf. Dem Abschlussbericht zur Evaluation zur Fünften Novelle der Verordnung über Spielgeräte und andere Spiele mit Gewinnmöglichkeit (Spielverordnung), vorgelegt durch das Institut für Therapieforschung München (Bühringer et al. IFT, 9 September 2010), hat ergeben, dass 42 Prozent der befragten Spielerinnen und Spieler in Spielhallen bzw. 30 Prozent der Spielerinnen und Spieler in Gaststätten als Pathologische Glücksspielerinnen/Glücksspieler zu diagnostizieren wären. 6 Prozent der Spielerinnen und Spieler in Spielhallen und 4 Prozent der Spielerinnen und Spieler in Gaststätten gaben an, schon in Behandlung gewesen zu sein. 52 Prozent der Spielerinnen und Spieler in Spielhallen bzw. 38 Prozent der Spielerinnen und Spieler in Gaststätten gaben an, dass sie selbst die Kontrolle über das Spielen an Geldgewinnspielgeräten verloren haben.“

7.2.4 Einige Zahlen zur Prävalenz bei Glücksspiel

In der Page - Studie⁹ von 2011 erlaubte erstmals für Deutschland, die Häufigkeit von Problematischem und Pathologischem Glücksspielen über die Lebenszeit zu bestimmen. In der Telefonstichprobe wurden 15.023 Personen im Alter von 14- bis 64 Jahren untersucht. Davon waren

⁸ Geschäft mit der Sucht [<http://frontal21.zdf.de/ZDFde/inhalt/7/0,1872,7514823,00.html>]

⁹ Untersuchung der Universitäten Lübeck und Greifswald zur Prävalenz von Glücksspielsucht in Deutschland 2011

1.000 Probanden nur über Mobilhandy erreichbar. Auf Basis der Daten wurde geschätzt, dass 1,0% der 14 bis 64- Jährigen im Laufe des Lebens die Kriterien für Pathologisches Glücksspielen nach DSM-IV erfüllen (zur Diagnose nach DSM-IV siehe Kapitel 9). Zusätzlich wiesen 1,4% Problematisches Glücksspielen mit 3-4 Kriterien und weitere 5,5% Risikoreiches Glücksspielen mit 1-2 Kriterien im Laufe des Lebens auf.

Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass es in Deutschland über 4 Millionen Menschen mit Glücksspielproblemen gibt. Hochgerechnet für die *Lebenszeitprävalenz* der Bevölkerung der 14-64-Jährigen ergaben sich folgende Zahlen:

531.490	pathologische Glücksspieler/innen	(≥ 5 Kriterien erfüllt)
776.069	ausgeprägt problematische Spieler/innen	(3-4 Kriterien erfüllt)
3.020.000	risikoreiche Spieler/innen	(1-2 Kriterien erfüllt)

Hochgerechnet für die *Prävalenz der letzten 12 Monate* ergaben sich folgende Schätzungen:

193.028	pathologische Glücksspieler
172.015	problematische Glücksspieler
778.479	risikoreiche Glücksspieler/innen

Nach der Studie der BZgA (2012, nach Meyer, 2013, S.130) ¹⁰ beträgt die Prävalenzrate der letzten 12 Monate für die bundesdeutsche Bevölkerung

264.000	pathologische Glücksspieler	(≈ 0,49 %)
275.000	problematische Glücksspieler	(≈0,51 %)

Von 2007 bis 2011 stieg laut BZgA die Zahl minderjähriger Automatenspieler von 2,3% auf 4,5%. In der Gruppe der 18-20jährigen stieg sie von 4% auf 13%. Dies zeigt, dass die neue Spielverordnung bei Suchtprävention + Jugendschutz versagte. Hauptrisikogruppe sind junge Männer mit Migrationshintergrund.

2010 stellte die AS im Jugendvollzug Hahnöfersand fest, dass unter den Klienten immer mehr Spieler waren. Unsere Auswertung der Zahlen ergab eine drastische Zunahme um 60% an Jungen mit einer Glücksspielsuchtproblematik. Wir ermittelten ein Durchschnittsalter von 16,1 Jahren für den Beginn des Spielens in Spielhallen. Das Suchtmittel *Glücksspiel* rangierte an 3. Stelle hinter Cannabis und Alkohol, deutlich vor Kokain.

7.2.5 Weitere Fakten

Verschuldung: Glücksspielsucht ist die wohl *teuerste* Suchtform. Pathologische Glücksspieler/innen weisen im Vergleich mit anderen ambulant betreuten suchtkranken Klient/innen die höchste Verschuldungsrate auf. 2012 hatten 15,8% der Spieler Schulden von mehr als 25.000 €, während dies nur auf 9,6% der Kokain- und 4,8% der Alkoholabhängigen zutraf (vgl. Meyer, 2014, S.138).

Beschaffungsdelinquenz: Wie jede teure Sucht zieht sie in hohem Maße Beschaffungsdelikte nach sich: 50 – 70% der Spielsüchtigen werden beschaffungskriminell.

Die Rolle des Geldes: Das Mittel zum Spielen / Wetten ist Bargeld bzw. die Verfügung über Geld. Dementsprechend kreisen die Bemühungen und Gedanken Spielsüchtiger ständig um Geld. Manche nehmen z.B. mehrere Jobs gleichzeitig an. Auch wenn sie dafür vernünftige Gründe anführen (Schuldentilgung, Essen kaufen etc.) erzeugt es starken Suchtdruck, wenn sie Geld oder Bankkarten bei sich haben. Dementsprechend erfordert der Prozess der Suchtbewältigung in der Regel eine starke Begrenzung des Umgangs mit Geld, Bankkarten bzw. der Kontovollmacht. Damit gehen dann massive Einschränkungen und die Notwendigkeit zu vorausschauendem Planen im gesellschaftlichen Leben einher.

Soziale Kosten des Glücksspiels: In ihrem Vortrag „Volkswirtschaftliche Auswirkungen des gewerblichen Automatenspiels“ anlässlich einer Diskussion mit Vertretern des Deutschen Bundestages am 7.4.2010 führten Prof. Dr. Michael Adams und Dr. Ingo Fiedler (Universität Hamburg/Institut Recht der Wirtschaft) aus: „Gewerbliche Spielautomaten sind die suchtgefährlichste und gleichzeitig am geringsten regulierte Glücksspielform in Deutschland“ (S.2). „Die Einnahmen der Automatenindustrie kommen im wesentlichen von Suchtkranken“ (S.4) und „Der Anteil von Spielsüchtigen am Umsatz aus gewerblichen Automaten liegt in Deutschland zwischen 67 und 92 Prozen“ (S.7). Auf der Fachtagung des fags 2010 erklärte Prof. Adams, das Geschäftsmodell der Automatenindustrie beruhe auf krank gemachten Menschen. Auf je 22.000,- € Umsatz komme ein süchtiger Spieler. Das ergäbe eine schlechte Wohlfahrtsbilanz. Glücksspiel sei ein Armutsrisiko. In seiner Stellungnahme zu dem Antrag der SPD Fraktion „Glücksspielsucht bekämpfen“ (BT 17/6338) vom 14.3.2012 führte er aus: „Jede neue Spielhalle mit einem Jahresumsatz von 400.000 Euro bedeutet zusätzliche 18 suchtkranke Spieler pro Jahr. Im Automatenmarkt gilt: Ertragsmaximierung heißt Suchtmaximierung. Das wirkliche Geld ist nur von kranken Spielern zu holen.“

7.2.6 Anerkennung der Glücksspielsucht als Suchtkrankheit

Seit dem Frühjahr 2001 wurde vom Verband Deutscher Rentenversicherungen (VDR) das pathologische Glücksspiel als behandlungsbedürftige Erkrankung anerkannt. Seitdem werden ambulante und stationäre Rehabilitationen in suchtspezifischen oder psychosomatischen Abteilungen von den Kostenträgern finanziert.

Mörsen und Löffler fassten 2008 zusammen:

„Glücksspiele sind seit jeher ein in der Bevölkerung verbreitetes und beliebtes Unterhaltungs- und Freizeitvergnügen. Jedoch birgt das Spiel mit dem Glück auch die Gefahr des unkontrollierten, süchtigen Glücksspiels als chronifizierte Suchterkrankung mit gravierenden psychosozialen Konsequenzen für den Betroffenen. In jüngster Zeit sind die Gefahren des Glücksspiels verstärkt in den Fokus des gesundheits- und gesellschaftspolitischen Interesses gerückt. Die Glücksspielsucht ist gegenwärtig als „pathologisches Spielen“ in den internationalen Klassifikationssystemen unter den Impulskontrollstörungen eingeordnet. Phänomenologische und neurobiologische Ähnlichkeiten legen jedoch nahe, dass es sich beim pathologischen Spielen um eine Suchterkrankung handelt“ (S.216).

Bereits in den 1970er Jahren (vgl. Feuerlein 1975) war den Fachleuten bekannt, dass es sowohl substanzgebundene als auch substanzungebundene Suchtformen gibt. „Verschiedene aktuelle Studien belegen, dass pathologisches Glücksspiel als ein exzessiv belohnendes oder belohnungs-suchendes Verhalten mit klinischer Relevanz nosologisch den Abhängigkeitserkrankungen zugeordnet werden kann. Ähnliches gilt auch für suchtartiges Verhalten in Bezug auf Kaufen, Arbeit, Computer- und Internetnutzung“ (Mörsen & Löffler, 2008, S.222). Weiter heißt es: „Auch können umfangreiche Erfahrungswerte in Diagnostik, Prävention und Intervention im Bereich der stoffgebundenen Süchte die Forschung im Bereich der Verhaltenssüchte bereichern. Jedoch erfüllt nicht jede Form exzessiven Verhaltens die Kriterien eines Suchtverhaltens, und bei einer unsachgemäßen Diagnostik besteht die Gefahr einer inflationären Ausweitung des Begriffes der Verhaltenssucht“ (Mörsen & Loeffler, 2008, S.224).

7.2.7 Krankheitsmodell

„Nach den vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen aus der medizinischen Rehabilitation handelt es sich beim pathologischen Glücksspiel um ein eigenständiges Krankheitsbild innerhalb der psychischen Störungen. Das pathologische Glücksspiel ist also weder einfach eine Suchterkrankung noch lediglich eine psychosomatische Störung und bedarf damit ggf. auch einer entsprechenden Rehabilitation mit glücksspielerspezifischen Behandlungsangeboten“ (Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen, veröffentlicht im März 2001, S.2). Unterschieden werden im Wesentlichen vier Patientengruppen:

1. Pathologischer Glücksspieler mit zusätzlicher stoffgebundener Abhängigkeit
2. Pathologische Glücksspieler, die Merkmale einer depressiv neurotischen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung vom selbstunsicher/ vermeidenden Typ aufweisen
3. Pathologische Glücksspieler mit zusätzlicher psychischer Störung, die für sich genommen eine psychosomatische Rehabilitation erfordern
4. Pathologische Glücksspieler, die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung insbesondere vom narzisstischen Typ aufweisen.

In der vierten Gruppe dominieren Merkmale einer insbesondere narzisstischen Persönlichkeitsstörung, einer fortgeschrittenen Glücksspielproblematik mit suchttypischer Eigendynamik, die Patienten sehen sich selbst als suchtkrank an und sind häufig straffällig, verfügen über eine verminderte Verhaltenskontrolle als Hinweise auf eine gestörte Impulskontrolle.

Übereinstimmend sprechen verschiedene Expert/innen (vgl. u.a. Meyer & Bachmann, 2011) von den drei Phasen der Entwicklung einer Glücksspielkarriere nach Custer (1987):

A. Einstiegsphase: Der zufällige Anfangsgewinn

Bei weitem sind nicht alle Glücksspieler/innen primär, also schon vor der Entwicklung ihrer Sucht, psychisch oder sozial auffällig gewesen. Die meisten geben an, anfangs größere Gewinne gehabt zu haben; solche überraschenden Erfolgserlebnisse faszinierten sie, zumal sie vorher in ihrem Leben eher Misserfolge gehabt hatten. Diese Anfangsgewinne sind gefährlich, weil sie ein

magisches Denken mit Kompetenzillusion auslösen können und zum Weiterspielen veranlassen. Auch für andere Suchtformen ist es typisch, dass am Beginn der Suchtentwicklung ein positives Stadium steht.

B. Spielen wird zur Gewohnheit (Gewöhnung)

In den ersten Monaten und Jahren der Suchtentwicklung spielen sie - mit Intensitätsschwankungen - zunehmend häufiger, länger und mit größeren Tagesverlusten. Die immer wieder neue Erwartungsspannung erzeugt bei ihnen eine angenehm euphorische Stimmung. Beim Glücksspielen fühlen sie sich frei, stark und glücklich. Ihre Lebensprobleme können sie in der Spielhalle oder im Casino vergessen. Bei manchen ist die Flucht in das Glücksspielen eine wirksame anti-depressive oder auch antiaggressive Selbstbehandlung. Wie auch bei anderen Suchtformen ist das zweite Vorstadium der Suchtentwicklung ein Gewohnheits- oder Leidenschaftsstadium.

C. Der Zwang zum Spielen (Sucht)

Als paradoxes Phänomen ist das sogenannte Chasing bekannt: je mehr Spieler/innen verlieren, desto intensiver spielen sie, in der irrationalen Vorstellung, sie könnten dadurch ihr verlorenes Geld zurückgewinnen. Nach einem großen Verlust kehren sie mit dieser Motivation oft am folgenden Tag zurück. So entsteht eine fatale Eigendynamik. Trotz gegenteiliger Erfahrungen hält sich der Irrglaube, eigentlich ein Gewinner zu sein.

Schließlich vernachlässigen die süchtig gewordenen Glücksspieler/innen sogar Beruf, Partnerschaft und/oder Familie. Alles verfügbare Geld verspielen sie: es ist automatisch Spielgeld und nur noch Mittel zum Weiterspielen, sie verlieren jeglichen Bezug zum realen Geldwert und zur realen finanziellen Situation (Liquiditätsillusion). Sie verschulden sich immer mehr und spielen trotzdem weiter. Auch andere negative Folgen des Glücksspielens hindern sie kaum oder nicht am Weiterspielen. Nicht nur ihre Lebensprobleme, sondern auch die zunehmenden Folgeprobleme ihres Glücksspielens können sie an den Automaten oder im Casino vergessen.

8. GRUNDLAGEN DER ARBEIT: UNSER PERSÖNLICHKEITS- UND KRANKHEITSMODELL

8.1. Menschenbild

Das Menschenbild der AS basiert auf den Überzeugungen der Humanistischen Psychologie (Personenzentrierter Ansatz nach C. Rogers 1976, Gestalttherapie nach F. Perls 1976 u.a.). Diese beinhalten folgende Grundannahmen:

1. Ganzheitlichkeit: der Mensch ist ein Organismus, ein ganzheitliches Wesen; Körper, Geist und Seele bilden eine Einheit. So spiegeln sich z.B. seelische Konflikte auch in der Körperstruktur wider. Die Ganzheitlichkeit bezieht sich auch auf die Wahrnehmung; der Mensch organisiert alle einzelnen Elemente zu einem für ihn/sie sinnvollen Ganzen.
2. Homöostase: bezeichnet den immerwährenden Prozess zwischen dem Entstehen von Spannung/Bedürfnissen und dem Ausgleich als Herstellen von Entspannung/Bedürfnisbefriedigung. Wie der Körper strebt auch der Mensch als Ganzes danach, ein Gleichgewicht zwischen innerer und äußerer Realität, zwischen den eigenen Bedürfnissen und den Forderungen der sozialen Umgebung herzustellen; eigene Kräfte und Fähigkeiten werden mobilisiert, um Störungen auszugleichen. Der Organismus reguliert sich selbst, wenn man ihn lässt.
3. Selbstaktualisierungstendenz: "Der Begriff bezeichnet die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten. Und zwar so, dass sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen" (Rogers, 2009, S. 27).
4. Weisheit des Organismus: im Grunde genommen weiß jeder Mensch selbst am besten, was für ihn/sie richtig ist. Experten können mit Rat und Tat zur Seite stehen, doch die letzte Deutung und Entscheidung liegt immer beim Individuum.
5. Kontakt: damit sich ein Mensch mit vollem Potential einschließlich der Selbstheilungskräfte entfalten kann, ist er/sie auf die Unterstützung der Umgebung angewiesen. Dazu zählen ein angstfreies Klima, Wärme, Interesse und Akzeptanz.

8.2. Gesundheit

Die Kurzdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) lautet: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“.¹¹ Gemäß dieser Definition kann auch ein suchtkranker Mensch gesund sein, z.B. wenn er/sie abstinent lebt und damit zufrieden ist. Dieses wird als ‚zufriedene Nüchternheit‘ bezeichnet. Gesunde Menschen sind mit sich und ihrer Umgebung in gutem Kontakt im Sinne von Wahrnehmung. Er/sie kann dabei trennen zwischen ‚Ich‘ und ‚Du‘ und ist fähig, abzuwägen sowie verantwortliche Entscheidungen zu treffen. Hurrelmann (2013) definiert Gesundheit als: „Zustand objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der dann gegeben ist, wenn die Person sich in Einklang mit körperlichen, seelischen, sozialen Bereichen ihrer Entwicklung, den eigenen Möglichkeiten, Zielen und den äußeren Lebensbedingungen befindet“ (S.8). Dieser Balancezustand muss immer wieder neu hergestellt werden. Gesundheit hat also Prozesscharakter und ist das Ergebnis der Auseinandersetzung mit Belastungen und Anforderungen und das auf psychosozialer und physischer Ebene.

Somit erstreckt sich der Begriff ‚Gesundheit‘ auf mehrere Bereiche, ist nicht ein rein körperliches, seelisches oder soziales Phänomen. Dementsprechend sind Menschen in der Regel weder total ‚krank‘ noch total ‚gesund‘. Anders ausgedrückt: auch kranke Menschen haben gesunde Anteile und Stärken. Die Zustände sind nicht statisch, sondern das Ergebnis ständiger Aus-

¹¹ <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

gleichs- und Anpassungsprozesse. Die seelische und oft auch körperliche Gesundheit eines Menschen ist beeinträchtigt, wenn sich diese Mechanismen der Selbstregulierung nicht entwickeln konnten/können.

8.3. Krankheitsmodell

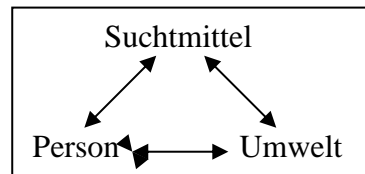
Nach Tretter und Müller (2001) besteht das Suchtrisiko einer Person in der Summe ihrer Risikofaktoren minus der Summe ihrer Schutzfaktoren; nur Langzeitstudien könnten einigermaßen sichere Auskunft geben, was Ursache und was Wirkung der Sucht ist und was unabhängig davon auftritt. Wir gehen heute von biologischen, psychologischen und soziologischen Ursachen der Suchtentstehung aus. „Erfahrungsgemäß kann jeder Mensch süchtig werden, der das Risiko eingeht, ein Suchtmittel zu konsumieren. Dies gilt auch für psychisch und sozial offenbar stabile bzw. gesunde Menschen. Andererseits sind erfahrungsgemäß irgendwie psychisch - chronisch oder akut – labilisierte Menschen einer Suchtentwicklung gegenüber vulnerabler“ (Kellermann 2005, S.36). Verschiedene theoretische Modelle tragen zur Erklärung bei, wir führen einige an, die für uns bedeutsam sind:

- a) Das *lerntheoretische Modell* sieht Sucht als erlerntes Verhalten. Aus der Verknüpfung von Verhalten und Situation durch die Verstärkung erwünschter Konsequenzen (Belohnung) werden Gewohnheiten. Die Sucht entwickelt sich aus einem selbstverstärkenden Bedingungsgefüge mit zunehmender Automatik. Aus der Verhaltensforschung bekannte Regeln, dass die intermittierende Verstärkung, also eine nicht vorhersehbare Abfolge von Belohnung und Nichtbelohnung, die stabilste Konditionierung ergibt, zeigt sich in der Betrachtung der Glücksspielsucht modellhaft bestätigt und könnte das hohe Suchtpotenzial der modernen Geldspielgeräte erklären.
- b) *Kognitive Suchtmodelle* erklären die Entstehung von Abhängigkeit mit kognitiven Faktoren wie Wahrnehmung, Erwartungshaltungen und Bewertungsmustern. Hierbei wirken zusammen: ein häufig negatives Selbstbild, eine eher external angesiedelte Attribution (die Ursachen eines Problems werden als außerhalb der eigenen Einflussmöglichkeiten liegend gesehen), als unzureichend empfundene bzw. fehlende Bewältigungsstrategien und Kontrollmechanismen für Stress auslösende Situationen, eine positive Erwartungshaltung bezüglich des Suchtmittels. Besonders auch Rückfallsituationen lassen sich mit kognitiven Modellen gut erklären, wobei aus dem Erklärungsansatz so gleich therapeutische Strategien entwickelt werden können: die sich aus der *kognitiven Dissonanz* ergebende Konfliktsituation (z.B. Hilflosigkeit angesichts einer Verführungssituation) lässt sich als Übungssituation nutzen. Das als *Übersprungsreaktion* bekannte Verhaltensmuster gehört ebenfalls hierher: Suchtmittelkonsum als Ausweichverhalten/Spannungslösung im Konflikt zwischen widerstreitenden Impulsen (z.B. Aggression versus Flucht).
- c) Die in der *Psychoanalyse* bzw. der tiefenpsychologisch fundierten Therapie häufig betonte Bedeutung der Mutter-Kind-Beziehung muss unserer Erfahrung nach ergänzt werden durch die Frage nach der Vater-Kind-Beziehung. Diese ist gerade bei Glücksspieler/innen charakteristisch ambivalent problematisch. Auffällig ist oft die Vater-Tochter-Bindung bei Alkoholikerinnen gegenüber der Mutter-Sohn-Bindung bei Alkoholikern. Zweifellos prägen frühe Er-

fahrungen die Sicht der eigenen Person in Beziehung zu anderen und auch die Einstellung Suchtmitteln gegenüber, etwa durch den Versuch, mittels Suchtmitteln Konfliktlösungen herbeizuführen.

- d) Nach der *Persönlichkeitstheorie* wird eine Suchtentwicklung vor dem Hintergrund bestimmter Persönlichkeitsmerkmale erklärt. Menschen mit psychischen Störungen (Depressionen, Ängste etc.), Aggressionsstörungen oder auch psychotischen Störungen greifen im Sinne eines Selbstheilungsversuchs zu Suchtmitteln und können sich nicht mehr davon lösen. Nach dem Vulnerabilitätsmodell von Petry (1996) steht im Mittelpunkt einer für Glücksspielsucht anfälligen Persönlichkeit eine schwere Selbstwertstörung mit Störungen der Gefühlsregulation und einer verminderten Impulskontrolle. Nach Schwoon (2001) lassen sich psychische Krankheit und Suchtmittelkonsum auch als Versuch eines Individuums verstehen, einen Platz in der Welt zu finden und sein Leben zu bewältigen.
- e) Wichtige Erkenntnisse hat die *neurobiologische Forschung* geliefert. Menschen mit einem niedrigen Serotoninspiegel sind anfälliger für eine Suchtentwicklung. Serotonin wirkt für ein grundlegendes Wohlbefinden. Ein erhöhtes Risiko für Suchtverhalten zeigen Menschen, in deren Hirnstoffwechsel durch verstärkten Dopaminausschuss das Belohnungssystem gestört ist und nach ständiger Stimulation verlangt. Suchtmittel wie Alkohol, Drogen oder auch Glücksspiel stimulieren unter anderem die Dopaminaktivität. Dieses wird auch als ‚Glückshormon‘ bezeichnet. Schon lange wurde in den Selbsthilfegruppen von der Existenz eines Suchtgedächtnisses ausgegangen; dieses gilt mittlerweile als hirnbioologisch nachgewiesen. Die Ergebnisse besagen, dass ähnlich wie beim Schmerzgedächtnis bestimmte Strukturen im Gehirn entstehen, die vermutlich irreversibel sind. Werden sie aktiviert, entsteht wieder das Verlangen nach dem Suchtmittel (Craving). Dieses korrespondiert mit Erkenntnissen, wonach auch nach vielen Jahren gelebter Suchtfreiheit selbst kleine Auslöser zum Rückfall führen können.
- f) Bei dem *systemischen Ansatz* wird jeweils ein System in seinen Regelkreisen (Wechselbeziehungen) zugrunde gelegt. Die Rückkopplungsprozesse können konsumsteigernde (Teufelskreise) oder auch konsumdämpfende Wirkung haben. Herauszuheben sind insbesondere drei Kreise, bei denen der Suchtmittelkonsum mit anderen Faktoren korrespondiert, wodurch beide sich wechselseitig in die Höhe treiben: der Somatische (hoher Konsum ↔ hohe Toleranz), der Psychische (hoher Konsum ↔ viel Stress) und der Soziale (hoher Konsum ↔ viele Konflikte).

Es wird zusammenfassend davon ausgegangen, dass die Entstehung von Sucht von mehreren Faktoren beeinflusst wird. Zur Verdeutlichung des Bedingungsgefüges dient das Suchtdreieck (Feuerlein, 1975, S.8):



Die Eckpunkte dieser Trias bestehen aus (Schmidt & Schmidt, 2003, S.30f):

- den spezifischen Wirkungen des Suchtmittels
- den individuellen Merkmalen der Person (biologisch, psychologisch)
- den sozialen Faktoren der Umgebung (kulturell, direktes Umfeld)

Kellermann (2005) weist auf die banale Tatsache hin, dass es ohne die Verfügbarkeit eines Suchtmittels auch keine Abhängigkeit davon geben kann. Auch Schmidt und Schmidt (2003) stellen dazu fest, „[...] dass Maßnahmen, die die Verfügbarkeit (Griffnähe) von Alkohol, Zigaretten oder anderen Suchtmitteln reduzieren, wie Alterseinschränkungen beim Verkauf oder Steuern, wirksamer in der Begrenzung von Suchtproblemen sind als Strafmaßnahmen, wie Verurteilungen oder Inhaftierungen“ (S.31). Während die Gestaltung struktureller Bedingungen Aufgabe von politischer Arbeit ist, stellt unsere Arbeit mit den Betroffenen darauf ab, angesichts der äußeren Gegebenheiten ihren Weg aus der Suchterkrankung zu finden und zu gehen.

Speziell in der Arbeit mit unserer Klientel stoßen wir häufig auf folgende Zusammenhänge:

Angst, Gewalt, Sucht: sehr viele unserer Klient/innen sind Kinder aus suchtkranken Familien und/oder Opfer von Gewalt. Sie sind also mehr oder weniger stark traumatisiert. Unsere Fragen an Expert/innen im Strafvollzug ergaben als Schätzung, dass 40% der jugendlichen und bis zu 40% der erwachsenen männlichen Straffälligen früher selber Opfer waren. Schmidt und Schmidt (2003) folgern aus Tierforschungsergebnissen, dass frühe psychosoziale Stressoren Störungen im zentralen Serotoninsystem hervorrufen können. „Möglicherweise stellt auch beim Menschen die verminderte Funktionsfähigkeit des zentralen Serotonin-Systems ein neurobiologisches Korrelat einer verminderten Affekt- und Impulskontrolle als eine Voraussetzung für die Entwicklung einer späteren Alkoholabhängigkeit dar“ (Schmidt & Schmidt, 2003, S.34).

Straftaten unter Alkoholeinfluss: 2013 wurden laut Polizeilicher Kriminalstatistik (PKS) 30,6% aller aufgeklärten Fälle von Gewaltkriminalität unter Alkoholeinfluss verübt; bei schwerer und gefährlicher Körperverletzung lag der Anteil bei 34,2%: „Bei diesen Delikten prägt Alkoholeinfluss die Tatbegehung weiterhin in erheblichem Umfang“ (S. 10).

Zum Thema ‚Delikte unter Alkoholeinfluss‘ schrieb Prof. Dr. Rudolf Egg: „Zu den ältesten und am besten untersuchten wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Ursachen von Straffälligkeit zählt die enge Verknüpfung von Alkoholkonsum und Straftaten, insbesondere von Gewaltdelik-

ten“ (2013, S.156). Zudem werden „Überdurchschnittlich hohe Werte [...] seit einiger Zeit bei jungen Tatverdächtigen beobachtet“ (Egg, 2013, S.156). Durch die enthemmende Wirkung des Alkohols fühlen sich viele Menschen „[...] furchtloser und mutiger, [sie] sind aber auch leichter reizbar. Daraus folgt eine geringere Selbstkontrolle sowie eine erhöhte Aggressionsneigung, auch bei ansonsten friedfertigen, ruhigen Personen. Der Alkohol verändert hier also die Stimmungslage (aufgehellt, erregbar, risikobereit) und stellt damit eine innere Bereitschaft für Aggressionshandlungen her [...]“ (Egg, 2013, S.161f). Für präventive Maßnahmen zur Reduzierung von Alkoholmissbrauch und alkoholbedingter Kriminalität gebe es keine Patentrezepte, aber mehrere Erfolg versprechende Ansätze. Dazu zählten Beschränkungen des Verkaufs (z.B. Altersgrenzen) und Veränderungen der Besteuerung (z.B. das Alkopopsteuergesetz 2004), aber auch Projekte wie ‚Keine Kurzen für die Kurzen‘ in Köln und anderen Orten (vgl. Egg, 2013, S.163).

Für die Betrachtung des Faktors Suchtmittel gilt (vgl. Kellermann, 2005):

- Suchtmittel: sind psychotrop wirkende Substanzen oder Tätigkeiten, die erfahrungsgemäß zu einer Sucht (d.h. zu einem Abhängigkeitssyndrom) führen können. Es ist die typische und kennzeichnende Eigenschaft eines Suchtmittels, dass es seinem Konsumenten anfangs scheinbar hilft und ihn dann süchtig machen kann („Psychofalle“).
- Suchtpotenzial: nur ein Teil der psychotropen Substanzen bzw. Tätigkeiten sind suchterzeugend, d.h. sie haben ein Suchtpotenzial. Dieses bezeichnet die Kraft eines Suchtmittels, Menschen an sich zu binden und süchtig zu machen. Somit ist die Suchtgefahr bei den einzelnen Suchtmitteln verschieden hoch. Hohes Suchtpotenzial bedeutet: ein hoher Anteil der Konsument/innen wird abhängig (z.B. bei Heroin). Hingegen bedeutet niedriges Suchtpotenzial: viele Menschen konsumieren eine bestimmte Substanz, nur sehr wenige werden von ihr abhängig (z.B. bei Coffein).
- Suchtentwicklung: der innere Zwang, Substanzen zu konsumieren oder eine Tätigkeit nachzugehen, wird meist dann bewusst, wenn versucht wird den Konsum zu beenden oder zu kontrollieren. Bei allen Suchtformen – sowohl bei substanzgebundenen als auch bei nicht substanzgebundenen – bestehen die psychische Abhängigkeit und das Kontrollverlustphänomen. Das Kontrollverlustphänomen ist das früheste und sicherste Sucht-Symptom. Nur ein Teil der Konsumenten wird auch körperlich abhängig. Einmal in Gang gesetzt, wird die Sucht durch den zunehmenden Sog der Eigendynamik fortschreiten; sie kann jedoch mit fachlicher Hilfe von außen bzw. durch Abstinenz zum Stillstand gebracht werden.
- Schadenspotenzial: vom Suchtpotenzial ist das Schadenspotenzial zu unterscheiden. Dieses kennzeichnet die Gefahr von psychischen, körperlichen und sozialen Folgeschäden durch den Konsum eines Suchtmittels. So ist das Suchtpotenzial von Heroin wesentlich höher als das von Alkohol; doch das Schadenspotenzial von Alkohol ist in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht erheblich höher als das von Heroin. Hierbei ist allerdings die weitaus größere Verbreitung von Alkohol als legaler Droge zu bedenken.

Sucht oder Abhängigkeit: Die Begriffe ‚Sucht‘ und ‚Abhängigkeit‘ werden oft als Synonyme verwendet. Die AS hat sich für den Terminus ‚Sucht‘ entschieden, weil er treffender und eingrenzender erscheint. Schreiber (2003) meint dazu, „dass Süchtige in der Regel krank und Abhängige untergeordnet sind. Sucht ist der aussagekräftigste, unmissverständlicher Fachterminus für rauschbedingtes Verhalten“ (S.128).

9. DIAGNOSE DER SUCHT

Die ICD-10 (internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO 1990) nennt für das *Abhängigkeitssyndrom bezüglich psychotroper Substanzen* die folgenden Kriterien, von denen mindestens drei gleichzeitig erfüllt sein müssen:

- 1) Starkes, gelegentlich übermächtiges Verlangen oder innerer Zwang zum Substanzkonsum
- 2) Verminderte Kontrolle über den Substanzkonsum (Kontrollverlustphänomen)
- 3) Substanzgebrauch zur Minderung von Entzugssymptomen
- 4) Körperliches Entzugssyndrom
- 5) Toleranzentwicklung
- 6) Eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz
- 7) Vernachlässigung anderer Interessen und Aktivitäten
- 8) Anhaltender Substanzkonsum *trotz* Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen

Die ICD-10 bezieht sich allerdings nur auf die physische und psychische Gesundheit; Kriterien für die soziale Gesundheit bleiben unberücksichtigt.

Das DSM-IV-TR (diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen der American Psychiatric Association) hingegen bezieht auch soziale Folgeprobleme ein, und zwar in den Merkmalen (Auflistung nach Kellermann, 2005, S.26):

- 5) hoher Zeitaufwand für Beschaffung/Konsum der Substanz, auch für die anschließende Erholung
- 6) Vernachlässigung wichtiger sozialer, beruflicher oder Freizeitaktivitäten
- 7) Fortgesetzter Substanzkonsum trotz sozialer, psychischer oder körperlicher Folgeprobleme

Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) wurde von der WHO entwickelt und ergänzt die Klassifikation der Krankheiten (ICD). Während der ICD eine genaue Beschreibung der Krankheiten selbst gibt, soll mithilfe der ICF „[...] über die mit ihnen einhergehenden funktionalen Probleme, d.h. über die negativen Auswirkungen von Krankheiten auf das Leben eines Betroffenen gesprochen werden“ (Schuntermann, 2009, S.13). Das bedeutet, dass der gesamte Lebenshintergrund einer betroffenen Person in die Diagnose miteinbezogen wird. Somit gilt nach Schuntermann (2009, S.19) eine Person als „funktional gesund“, wenn:

- 1) ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und –strukturen),
- 2) sie alles tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (Gesundheitsproblem im Sinn der ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), und
- 3) sie zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat und sich in diesen Lebensbereichen in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

Die Mitarbeiter/innen der AS explorieren mit den Klient/innen zusammen die aktuellen Problembereiche. Dabei steht zwar die Diagnose bezüglich einer Sucht (Missbrauch oder Abhängigkeit gemäß der ICD) im Vordergrund, es sind aber auch die mit der Krankheit in Verbindung stehenden Problembereiche von Bedeutung. Es geht in der Arbeit der AS also auch darum, die Bereiche im Leben der Klient/innen zu identifizieren, die förderlich oder hinderlich (Ressourcen) für das Suchtverhalten sind. Es gilt, problematische Bereiche so zu verändern, dass sie (auch mit der zu bewältigenden Suchtproblematik) ein für sich selbst und auch im Vergleich zu anderen Menschen sinnbringendes Leben führen können.

10. BESONDERHEITEN BEI DER DIAGNOSE VON GLÜCKSSPIELSUCHT

Die Glücksspielsucht ist gegenwärtig als „pathologisches Spielen“ in den internationalen Klassifikationssystemen unter den Impulskontrollstörungen eingeordnet. Parallel zur Weiterentwicklung der ICD-10 der WHO wird an einer grundlegenden 11. Revision gearbeitet. Die ICD-11 soll 2015 herauskommen. Vermutlich wird dann das Pathologische Glücksspiel als einzige der Verhaltenssuchte den Suchterkrankungen zugeordnet werden.

Die Diagnose einer Glücksspielsucht (eines Pathologischen Glücksspielens) ergibt sich noch aus den typischen Merkmalen bzw. Symptomen des Pathologischen Glücksspielens, wie sie im DSM-IV und insbesondere der ICD-10 verzeichnet sind.

Nach der ICD-10 sind die diagnostischen Kriterien für (F63.0) Pathologisches Spielen:

Die Störung besteht in häufigem und wiederholtem episodenhaften Glücksspiel, das die Lebensführung des betroffenen Patienten beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. Die Betroffenen setzen ihren Beruf und ihre Anstellung aufs Spiel, machen hohe Schulden und lügen oder handeln ungesetzlich, um an Geld zu kommen oder die Bezahlung von Schulden zu umgehen. Es wird ein intensiver, kaum kontrollierbarer Spieldrang beschrieben. Daneben steht die gedankliche und bildliche Vorstellung des Spielvorganges und seiner Begleitumstände im Vordergrund. Die gedankliche Beschäftigung und die Drangzustände verstärken sich häufig in belastenden Lebenssituationen.

Die Hauptmerkmale sind:

1. Dauerndes wiederholtes Spielen.
2. Anhaltendes und oft noch gesteigertes Spielen trotz negativer sozialer Konsequenzen, wie Verarmung, gestörter Familienbeziehungen und Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse.

Nach dem DSM – IV – TR sind die diagnostischen Kriterien für 312.31 Pathologisches Spielen:

- A. Andauerndes und wiederkehrendes fehlangepasstes Spielverhalten, was sich in mindestens fünf der folgenden Merkmale ausdrückt:
- (1) ist stark eingenommen vom Glücksspiel (z.B. starkes Beschäftigtsein mit gedanklichem Nacherleben vergangener Spielerfahrungen, mit Verhindern oder Planen der nächsten Spielunternehmungen, Nachdenken über Wege, Geld zum Spielen zu beschaffen),
 - (2) muss mit immer höheren Einsätzen spielen, um die gewünschte Erregung zu erreichen,
 - (3) hat wiederholt erfolglose Versuche unternommen, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben,
 - (4) ist unruhig und gereizt bei dem Versuch, das Spielen einzuschränken oder aufzugeben,
 - (5) spielt, um Problemen zu entkommen oder um eine dysphorische Stimmung (z.B. Gefühle von Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Depression) zu erleichtern,
 - (6) kehrt, nachdem er/sie beim Glücksspiel Geld verloren hat, oft am nächsten Tag zurück, um den Verlust auszugleichen (dem Verlust „hinterherjagen“),
 - (7) belügt Familienmitglieder, den Therapeuten oder andere, um das Ausmaß der Verstrickung in das Spielen zu vertuschen,
 - (8) hat illegale Handlungen wie Fälschung, Betrug, Diebstahl oder Unterschlagung begangen, um das Spielen zu finanzieren,
 - (9) hat eine wichtige Beziehung, seinen Arbeitsplatz, Ausbildungs- oder Aufstiegschancen wegen des Spielens gefährdet oder verloren,
 - (10) verlässt sich darauf, dass andere Geld bereitstellen, um die durch das Spielen verursachte hoffnungslose Situation zu überwinden.

11. UNSERE ARBEITSWEISE

Am Anfang unserer Beratungsarbeit steht das Bemühen, in einen guten Kontakt zu kommen und eine stabile Beziehung aufzubauen, so dass unser Klient / unsere Klientin sich gut aufgehoben und verstanden fühlen kann. Auch die Aufrechterhaltung einer vertrauensvollen professionellen Beziehung darf nicht aus dem Blick geraten. Die Beziehungsgestaltung ist die Grundlage der Arbeit der AS.

Dann setzt unsere Arbeit an mehreren Punkten an: Bestandsaufnahme, Problemeinsicht, Motivation, Hilfeplanung und Umsetzung. Eventuell leisten wir auch Hilfestellung in juristischen Verfahren, Geldverwaltung und Schuldnerberatung, indem wir unsere Netzwerke nutzen bzw. an andere Stellen weitervermitteln.

11.1 Exploration und Bestandsaufnahme

Nach Müller (in Tretter & Müller, 2001, S.252) ist Diagnostik ein fortschreitender Erkenntnis- und Veränderungsprozess. Während die Erhebung von Daten der Zuweisung zu einer diagnostischen Kategorie (z.B. schädlicher Gebrauch von Alkohol) dient, zielt die Verhaltensanalyse auf Bewusstmachung und Veränderung. Nach Dörner und Plog (2013) ist Ziel des Handelns „[...] dass der Patient über die Selbst-Wahrnehmung zur Selbst-Diagnose kommt [...]“ (S.13). Damit dieser Prozess überhaupt zustande kommt, steht am Beginn das Bemühen um die Herstellung einer offenen vertrauensvollen Gesprächsbeziehung.

Wir legen Wert darauf unsere Informationen und Erkenntnisse zunächst nur von den Ratsuchenden selbst zu beziehen, im Gespräch und anhand von teilstrukturierten Interviews sowie Verhaltensbeobachtungen. Später ziehen wir – bei Bedarf und mit Einverständnis des/der Klient/in - auch Einschätzungen, Urteile und Gutachten (Fremdanamnese) heran. Bei Bedarf werden Screeningverfahren (z.B. LAST, KFG) einbezogen.

Die folgende Aufzählung diagnostischer Bereiche erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, andererseits können im Einzelfall Bereiche entfallen. Die Reihenfolge kann variieren bzw. ineinander greifen, denn in den Gesprächen geht es immer auch um Anregung zu weiteren Überlegungen und um wechselseitige Fragen und Antworten:

- *Problem:* Welches Problem bringt sie/ihn zu uns? Was war der Anlass, sich an die AS zu wenden? Oft geht es um den Wunsch nach Klarheit: kann ich kontrolliert trinken? Bin ich suchtkrank oder glaubt das nur mein Richter oder meine Angehörigen? Brauche ich Hilfe oder schaffe ich es allein? Ist eine Behandlung erforderlich oder nicht, und falls ja, welche? Kann die AS mir helfen, Haft zu vermeiden/abzukürzen?
- *Suchtanamnese:* Welche Suchtmittel spielen überhaupt bzw. aktuell eine Rolle (nach unserer Erfahrung müssen alle abgefragt werden, weil manche gar nicht im Bewusstsein sind bzw. nicht ernst genommen werden)? Lässt sich etwas als Hauptdroge benennen? Gibt es eine Hierarchie (z.B. nur nach vorangehendem Alkoholkonsum auch Kokain)? Wann war der Beginn? Welche Auslöser gab es? Wie waren die Erfahrungen/Erlebnisse? Wie sind die Konsummuster? Kam es zu Gedächtnislücken, Ausfällen, Kontrollverlusten? Führte der Konsum zu negativen Folgen (Straftaten, Schulabbruch, Arbeitsunfähigkeit, Beziehungsabbruch, Gesundheitsproblemen)? Wie ist der Umgang mit Schuldgefühlen, Vorwürfen etc? Gab es Kontrollversuche, Abstinenzphasen, problemfreie Zeiten? Wurde bereits Hilfe in Anspruch genommen und mit welchem Ergebnis? Selbsteinschätzung der Suchtproblematik. Noch einmal die Frage nach eventuellem Konsum in der Haftanstalt.
- *Delinquenzanamnese:* Es kann erforderlich sein, sehr detailliert über die Entwicklung der Straffälligkeit zu sprechen. Diese kann in engem Zusammenhang mit Suchtmittelgebrauch

stehen oder dem Verhalten, das in die Straffälligkeit führte, liegt eine Zwanghaftigkeit zugrunde (z. B. Kleptomanie). Mitunter schildern unsere Klient/innen, dass sie auch ihr kriminelles Verhalten selbst wie eine Sucht empfinden. Es geht um die Erkenntnis, sowohl kognitiv als auch emotional, was sich wie entwickelt hat. Gibt es bestimmte Muster? Was hängt wie zusammen oder sind keine Gesetzmäßigkeiten erkennbar? Wodurch kommt es zu Straftaten? Welche Rolle spielen Konsummenge, Gefühlslage, sozialer Kontext?

- Weitere Probleme/Komorbidität: Gibt es neben dem Genannten noch weitere Problemfelder bzw. Erkrankungen? Ist unser Gegenüber noch anderweitig in Behandlung bzw. Betreuung? Wer kümmert sich noch? Ist die Hinzuziehung von Arzt/in, Psycholog/in etc. erforderlich? Sind Möglichkeiten zur Entspannung verfügbar?
- Aktuelle soziale Situation: hierbei geht es um die Rahmenbedingungen. Bei Klienten in Haft klären wir zunächst den justiziellen Rahmen ab: Haftstrafen, offene Verfahren, Weiterverlegungen, Entlassungstermin, Auflagen etc. Dann versuchen wir ein Bild von der momentanen Situation ggf. in der Haftanstalt und außerhalb zu gewinnen. Bei den allgemeinen Rahmenbedingungen geht es um die Bereiche Arbeit/Schule, Wohnsituation, Familie, Kinder, Beziehungen, Freund/innen, Schulden. Wie intakt ist das soziale Umfeld, wo gibt es Unterstützung, wo nicht? Gibt es Schutz durch einen suchtfreien Raum?
- Biographie: Wie ist unser/e Klient/in aufgewachsen (Elternhaus, Geschwister, Freund/innen, Umgebung)? Wie war das Verhältnis zueinander, was war gut, was nicht? Gab es Suchtprobleme in der Familie bzw. Partnerschaft? Gab es Gewalterfahrungen? Wie war das Lebensgefühl? – Schule/Ausbildung/Berufstätigkeit: welche Abschlüsse wurden erreicht? Gab es Brüche (wodurch)? Entsprach der Verlauf den eigenen Wünschen und Fähigkeiten? Wie soll es weitergehen? Welchen Stellenwert nimmt die Arbeit ein? – Freizeit: gibt es Hobbies, Interessen, Ideen? Gibt es Freizeiterfahrungen ohne Suchtmittel?
- Motivationsklärung: Besteht ein Wunsch nach Veränderung? Wie groß sind die Bereitschaft und die Fähigkeit, etwas dafür zu tun? Ist unser Gegenüber bereit, sich zu öffnen? Sind wir in der Lage, diese Bereitschaft zu fördern (Motivation zur Veränderung muss nicht immer die Voraussetzung einer Kontaktaufnahme sein, gerade bei jungen Menschen ist sie manchmal erst das Ergebnis von Kontakt.)? Sind weitere Gespräche erforderlich, um zu einer Klärung zu gelangen? Was ist das Ziel?
- Zuständigkeit: Besteht Beratungs- bzw. ein Handlungsbedarf? Können wir Informationen/Hilfe anbieten? Sind wir zuständig? Was können wir anbieten, was nicht? Ist eine Vermittlung zusätzlich oder ausschließlich an andere Stellen erforderlich (Schul- und Arbeitsberatung, Antiaggressionstraining, Sozialtherapie, andere Suchtberatungsstelle)? Ist eine Kontaktaufnahme zu den Abteilungsleitungen und sozialen Diensten der Haftanstalt sinnvoll?

Am Schluss der – gemeinsamen - Diagnostik sollten folgende Fragen zu beantworten sein:

1. In welcher Phase bezogen auf - ggf. verschiedene - Suchtmittel befindet sich der/die Klient/in:
 - a) *kein bzw. gelegentlicher Konsum*: unproblematisch außer bei Gefahr von Suchtverlagerung

- b) *riskanter Konsum*: es besteht die Wahrscheinlichkeit einer Störung bzw. eines Schadens.
- c) *schädlicher Gebrauch*: tatsächliche Schäden oder Störungen sind nachweisbar.
- d) *Abhängigkeitssyndrom*: mindestens drei von sechs Merkmalen des ICD-10 sind erfüllt.
- e) *erarbeitete Abstinenz*: bewusster Verzicht aufgrund eigener Erfahrungen.

2. In welcher Phase bezogen auf die Straffälligkeit befindet sich unser/e Klient/in:

Treten die Straftaten nur in Verbindung mit Suchtmittelkonsum auf oder auch bzw. ganz unabhängig davon? Wie bewertet der/die Klient/in selbst die Delinquenz?

3. Änderungsbereitschaft:

Besteht ein Wunsch nach Veränderung? Hierbei bietet sich eine Einschätzung des/der Klient/in bezüglich der Änderungsbereitschaft an, die sich in fünf Phasen gliedern lässt (vgl. Prochaska und DiClemente, 1983):

- a) *Absichtslosigkeit*: es besteht kein Wunsch, etwas zu ändern.
- b) *Absichtsbildung*: es gibt konkrete Überlegungen, etwas zu ändern.
- c) *Vorbereitung*: die Entscheidung, etwas zu ändern, ist gefällt.
- d) *Handlung*: die Entscheidung, etwas zu ändern, wird bereits umgesetzt.
- e) *Aufrechterhaltung*: es gilt, die Änderung zu stabilisieren.

4. Welcher Handlungsspielraum besteht:

Welche Möglichkeiten lässt die justizielle Situation zu? Was ist bei einer langen/kurzen/ Bewährungsstrafe möglich? Gibt es Möglichkeiten der Einflussnahme darauf? Was kann der/die Klient/in tun? Was kann die AS tun? Sollten andere Stellen (zusätzlich) eingeschaltet werden? Gibt es Aufträge von anderer Seite (Gericht, Strafvollstreckungskammer, Abteilungsleitung, Rechtsanwält/innen etc.)?

5. Welche Ziele lassen sich kurz- und langfristig formulieren:

Aus dem Vorherigen ergibt sich die weitere Planung. Das kann die Vereinbarung weiterer Gespräche in der JVA zur Stabilisierung der Motivation sein, bis Vollzugslockerungen die Erprobung in der noch eingeschränkten Realität und Gespräche in der Beratungsstelle erlauben, oder bis die justizielle Situation eine Therapievorbereitung und Vermittlung ermöglicht. Das kann auch die sofortige Vermittlung in eine stationäre Vorsorge beinhalten. Die Ziele können sein: überhaupt mal über sich sprechen lernen, Teilnahme an einer Gruppe, Sucht- und Straffreiheit, Ausbildung, (Wieder-)Herstellung familiärer Beziehungen oder Kontakt zu den Kinder.

11.2 Angewandte Methoden

Die AS hält ein differenziertes ambulantes Beratungs- und Behandlungsangebot für Alkohol-, Medikamentenabhängige und Glücksspielsüchtige vor. Das Betreuungs- und Behandlungsangebot ist an Abstinenz orientiert, das Therapiekonzept ist überwiegend verhaltenstherapeutisch ausgerichtet.

Wir verstehen unsere Arbeit immer auch als Hilfe zur Selbsthilfe und arbeiten in enger Kooperation mit Selbsthilfegruppen und Organisationen.

Das Team der AS selbst setzt sich aus unterschiedlichen Professionen, Qualifikationen und Berufserfahrungen zusammen, was sich positiv auf die Methodenvielfalt in der Beratung und Betreuung der Klienten auswirkt. Die Vielfalt erstreckt sich auch auf ein breites Alterspektrum unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Unsere Methoden sind:

- *Motivierende Gesprächsführung* (vgl. Miller & Rollnick 2009; Körkel & Veltrup 2003): Sie dient der Erhöhung der Eigenmotivation zur Änderung eines problematischen Verhaltens. Wichtige Prinzipien sind: 1. Empathie ausdrücken, 2. Widersprüche bewusst werden lassen, 3. mit dem Widerstand gehen sowie 4. die Förderung von Zuversicht in die Selbstwirksamkeit. Mithilfe dieser Prinzipien kann die für Suchtkranke ebenso wie für Straffällige oft typische Abwehrhaltung entgegengewirkt werden.
- *Beistand und Konfrontation*: Auch wenn wir bestimmte Verhaltensweisen nicht billigen können, ist unsere Haltung der Person gegenüber von Achtung geprägt. Es ist notwendig, dieses Gefühl zu vermitteln, dass wir ihr nichts tun wollen, sondern ihr beistehen. Dann ist auch eine Konfrontation mit äußeren Fakten und Widersprüchen möglich. (vgl. dazu Alberti, 1990). Zum Beistand gehört ferner das Angebot der Begleitung zu Gerichtsterminen. Diese kann das therapeutische Verhältnis und die weitere Arbeit sehr positiv beeinflussen.
- *das einführende tiefe Verstehen nach Carl Rogers*: Neben bestimmten Techniken der Gesprächsführung (z.B. Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte, Spiegeltechnik) kommt es im Wesentlichen auf erforderliche Einstellungen seitens der Mitarbeiter/innen an. Diese umfassen Echtheit/Kongruenz des eigenen Verhaltens, Akzeptanz und Empathie.
- *der gestalttherapeutische Ansatz nach Fritz Perls*: mit der Betonung des ‚Hier und Jetzt Prinzips‘, der Einbeziehung von Körpersprache, der Thematisierung und Bewusstwerdung von Kontakt, eigenen wie fremden Grenzen, und das Trennenkönnen zwischen ‚Ich‘ und ‚Du‘. So arbeiten wir daran, dass Therapie bzw. Konsumstopp nicht erst nach der Haftentlassung beginnen, sondern ‚Hier und Jetzt‘ z.B. beim Verzicht auf das Suchtmittel ansetzen.
- *sozialtherapeutische Methoden*: die AS bietet sowohl Einzel- als auch Gruppenarbeit an. Den Gruppengesprächen kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu. Gerade bei Suchtproblemen bietet die Gruppe Schutz vor Isolation, Einzelkämpfertum und Überforderung. Sie ist ein wichtiger Ort für soziales Lernen, Toleranz und Solidarität. Man kann aus den Erfahrungen anderer lernen, Trost finden, Anregungen erhalten und vor allem: Lernen sich mitzuteilen statt dem Suchtmittelkonsum nachzugehen. Einzelgespräche sind insbesondere erforderlich zu Beginn der Beratung, in Krisensituationen, zur Abklärung gezielter Fragestellungen und bei der Vorbereitung konkreter Maßnahmen.
- *Standardmethoden der Verhaltenstherapie* sind solche Verfahren, „die [...] bei vielen verschiedenen Problemen oder Teilproblemen eingesetzt werden können.“ (Fliegel et al., 1998,

S.9). Wir nutzen wir einige Methoden der Verhaltenstherapie, die wir sowohl in unserer Beratungsarbeit wie auch in der ambulanten Reha als sinnvoll erachten:

- Rollenspiele (Rolleneinnahme und Rollenübernahme) für das Erleben verschiedener Situationen und das Erwerben verschiedener Verhaltensweisen (auch innerhalb eines Trainings sozialer Kompetenz),
- Verfahren der Selbstkontrolle/ Selbstmanagement zur Förderung der Fähigkeit, eigenes Verhalten durch den Einsatz konkreter Strategien zu steuern und zu verändern,
- Soziale Verstärkung von positiven Verhaltensweisen,
- Entspannungsmethoden wie die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen (1938/1974),
- Problemlösetraining (D`Zurilla und Goldfried, 1971) für die Hilfe bei Entscheidungen,
- Kognitive Verfahren wie Selbstverbalisationstraining, Selbstinstruktionstraining oder Methoden der kognitiven Umstrukturierung (vgl. Wilken, 2010).

➤ *Achtsamkeit* spielt mittlerweile in vielen therapeutischen Bereichen eine große Rolle. In der AS arbeiten wir daran, unsere Klient/innen im Hier und Jetzt ankommen zu lassen und ihre Achtsamkeit für ihr eigenes Befinden zu entwickeln. Die Gruppe dient als Raum eigener Achtsamkeit zwischen dem täglichen Stress in der JVA, bei der Arbeit, in der Auseinandersetzung mit Behörden, Ämtern, Bewährungshelfern und der eigenen Familie. Achtsamkeit ist auch Teil der Rückfallprophylaxe, die wir mit unseren Klient/innen erarbeiten. Sie lernen, belastende Situationen zu erkennen und in kritischen Situationen nicht einfach dem eigenen „Autopiloten“ zu folgen. Wir schulen die Sensibilität für ihre Gedanken, Körperempfindungen, Gefühle und Impulse, und dass sie ihrer ersten Reaktion nicht zwangsweise folgen müssen. Die eigene körperliche und gedankliche Reaktion wahrzunehmen und ganz bewusst zu reagieren sind Ziele unserer Arbeit. Entsprechende Übungen wie Entspannungsübungen (z.B. Nüchtern-Atmen), können hier ebenfalls gut eingesetzt werden (vgl. Bowen et al., 2012; Michalak et al., 2012).

11.3 Prinzipien unserer Gruppenarbeit

Die AS legt besonderen Wert auf die Integration in eine Gruppe. Für die Gruppen entwickelten wir folgendes Merkblatt, das wir auch denen vorlegen, die sich bei uns um eine Aufnahme bewerben:

- Für wen:
- Wir arbeiten suchtmittelübergreifend.
 - Außerdem bieten wir auch Gruppen für Glücksspieler/innen an.
 - Ein Schwerpunkt ist unser Angebot an straffällig gewordene Menschen.
- Ziele sind:
- lernen, von sich selbst zu sprechen und anderen zuhören zu können.
 - Anerkennung der eigenen (Sucht-)Problematik und ohne Suchtmittel leben.
 - nicht (erneut) straffällig werden.
 - für sich selber und gegenüber anderen Verantwortung übernehmen.
 - sein Leben sinnvoll gestalten.
 - sich Unterstützung holen.

- Gruppenregeln:
- gemeinsamer Anfang und gemeinsames Ende.
 - Wir beginnen mit einem Blitzlicht, daraus ergeben sich dann die Themen für die weitere Gruppensitzung.
 - Jede/r entscheidet selber, was er/sie von sich preisgibt.
 - Es besteht kein Zwang, eine Frage zu beantworten.
 - Aktuelle Probleme und Rückfallbearbeitung haben Vorrang.
 - Jede/r spricht von sich selber und für sich selber.
 - Es ist nicht notwendig, dass alle einer Meinung sind!
 - Jede/r ist für sich selber und das Gelingen der Gruppe verantwortlich.
 - Vertraulichkeit wahren: was die anderen in der Gruppe von sich mitteilen, bleibt in der Gruppe und wird nicht nach außen getragen.
 - Keine Beleidigungen, keine Sprüche aufkosten anderer.
 - Jede/r bringt die Bereitschaft mit, an sich zu arbeiten.
- Wir erwarten:
- regelmäßige Teilnahme für den gemeinsam vereinbarten Zeitraum.
 - kein Alkohol/Drogen/Zockerspiel in unseren Gruppen.
 - die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Suchtmittelkonsum und mit sich selbst.
- Zugang:
- in der Regel über ein Vorgespräch. Neuaufnahmen sind jederzeit möglich.
- Ausschluss:
- wer sich entschlossen hat, kriminell zu leben, oder wer sich über andere lustig machen möchte, kann nicht an unseren Gruppen teilnehmen.

11.4 Besonderheiten der Arbeit bei Glücksspielproblemen

Wir orientieren uns auch bei der Betrachtung des pathologischen Glückspiels am *Suchtmodell*. Dies beutet nach Meyer und Bachmann (2011), dass wir die Klient/innen dabei unterstützen, ihre Spielsucht zu akzeptieren und die Konsequenz des Ziels Abstinenz anzuerkennen. Um Krankheitseinsicht zu erlangen und zu vertiefen, insbesondere mit der Herausforderung, sich mit der „verzerrten Realitätswahrnehmung“ (Meyer & Bachmann, 2011, S.134) auseinanderzusetzen, sowie sich mit dem für Spieler klassischen irrationalen Trugschluss, eigentlich ein Gewinner zu sein, und mit der Kontrollillusion auseinanderzusetzen, greifen eher Methoden der Gesprächstherapie und kognitiver Verfahren. Die Hintergründe der Suchtentwicklung zu bearbeiten, ist erst später eine therapeutische Aufgabe.

Während Klient/innen aus dem Bereich „Delinquenz und Sucht“ meist über eine Vorbetreuung in Haftanstalten oder durch Empfehlungen der Justiz in die Beratungsstelle kommen, ergibt sich für viele Glücksspieler/innen (wenn sie nicht zu der Gruppe „Delinquenz und Sucht“ gehören) der Zugangsweg über das Hamburger Suchthilfenetz (andere Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Internet).

Unsere Erfahrung zeigt: Menschen mit einer Glücksspielproblematik brauchen möglichst sofort einen Termin, sonst kommen sie häufig gar nicht. Auch halten sie (Folge-)Termine oft nicht ein. Im Projekt Glücksspielsucht hält die AS Listen für eine kurzfristige Terminvereinbarung bereit. Zudem haben wir eine offene wöchentliche Orientierungsgruppe implementiert. Sie soll die Klient/innen motivieren, weitere Hilfen in Anspruch zu nehmen. Neben psychoedukativen Elemen-

ten soll es auch zu einem Austausch zwischen den Teilnehmer/innen kommen. Die Co-Leitung wird durch ehrenamtliche Mitarbeiter/innen geleistet, die über eine eigene bewältigte Glücksspielproblematik verfügen und somit als Modell dienen. Dies senkt die Hemmschwelle der Betroffenen, über ihre Probleme zu sprechen, und es vermindert Schuld- und Schamgefühle, die häufig mit dem Glücksspiel in Verbindung stehen.

Weil wir großen Wert auf die Vermittlung in Selbsthilfegruppen legen, arbeiten wir eng mit den Anonymen Spielern / GA zusammen und stellen unsere Räume auch zur Verfügung.

In der Beratung wird mit den Klient/innen auch der Schweregrad des Glücksspiels exploriert. Dazu werden auch Fragebögen wie bspw. der Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG, Petry & Baulig, 1996) genutzt.

Glücksspielsucht geht stärker als andere Suchtformen mit einer wirtschaftlichen Notlage als Folge einer erheblichen Verschuldung einher, die nicht selten zu sozialer Verelendung bis hin zur Obdachlosigkeit führt. Zur Abwendung noch größerer Schäden und zum Schutz der Familie ist eine unkomplizierte und schnelle *Schuldnerberatung* geboten. Deshalb hat die AS die staatliche Anerkennung als Schuldnerberatungsstelle eingeholt, qualifizierte Rechtsanwält/innen bieten innerhalb der wöchentlichen Sprechstunde kostenlose¹² Beratung im Umgang mit Schulden und Mahnungen etc. an. Da alles unter einem Dach stattfindet, sind die Hemmschwellen niedrig.

Wir beraten Angehörige und Spieler/innen. Häufig endet die Beratung nach einer ausführlichen Einmalberatung, gegebenenfalls mit der Vermittlung in eine Selbsthilfegruppe oder andere Hilfsangebote. Doch wir bieten auch eine längerfristige Beratung an. Wenn sie in einer Therapie Vorbereitung mündet, steht auch unsere **ambulante Rehabilitation** gemäß den Anforderungen der Renten- und Krankenversicherungen, die dann auch Kostenträger sind.

Zu den spezifischen Angeboten, die bei der Bearbeitung der Glücksspielsucht erforderlich sind, gehört das *Trainingsprogramm zum Umgang mit Geld*. Denn Verfügung über Geld stellt für Glücksspielsüchtige ein hohes Rückfallrisiko dar, gleichzeitig gehören Geldbewegungen notwendig zum Leben. Für einige Klient/innen ist darüber hinaus die Einrichtung einer *Geldverwaltung* notwendig. Diese liegt bei der AS in den Händen der Verwaltungskraft, also nicht bei den Suchtberater/innen; damit werden Rollenkonflikte vermieden.

Schuldnerberatung und Geldverwaltung verstehen sich als Ergänzung, nicht als Konkurrenz zu anderen Stellen. Vorteil ist die Integration in das Beratungs- und Behandlungskonzept der AS. Dies schließt aber die weitere Vermittlung an andere Stellen nicht aus, wo es sinnvoll erscheint. Das ist z.B. der Fall, wenn schon Kontakte bestanden haben oder um eine klare Trennung von Suchtberatung/Therapie und den Umgang mit Geld kontrollierender Tätigkeit zu erreichen.

Bezüglich Pathologischem PC/Internet-Gebrauch gibt es seitens professioneller Anbieter und aus der Selbsthilfe sehr gute Foren und Schutzprogramme, die unsere Beratungs- und Behandlungsarbeit wirksam unterstützen können: z.B. das Online-Tagebuch der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) www.check-dein-spiel.de und die Hilfe zur Selbsthilfe von Frau

¹² mit Ausnahme eines einmaligen Unkostenbeitrags von 10,- €

Farke ‚Hilfe zur Selbsthilfe bei Onlinesucht‘ (HSO 2007 e.V.) www.Onlinesucht.de. Wir empfehlen deren Nutzung und beziehen die Ergebnisse/Hilfestellungen in die Arbeit ein.

Mit einem Internet Nanny Programm (z.B. www.k9webprotection.com) lässt sich der Zugriff auf bestimmte Internet-Angebote sperren, so kann es ähnlich einer Spielsperre für zusätzliche Sicherheit sorgen. Bei Klient/innen, die sich (noch) nicht auf eine Abstinenz von Computer-Rollenspielen einlassen wollen, kann die selbstbestimmte Beschränkung der Spielzeiten ein erfolgreicher Einstieg in die Abstinenz sein.

Mit der Abhängigkeit von elektronischen Medien – sofern es nicht um Glücksspiel geht - haben wir uns 2013 intensiv befasst. Diese Problematik spielt oft auch eine Rolle in der Arbeit mit unseren Klient/innen und wird von uns aufgegriffen. Wir haben uns jedoch dagegen entschieden, für Ratsuchende bezüglich elektronischer Medienabhängigkeit ein spezielles Angebot zu schaffen, weil wir damit eine weitere große Zielgruppe angesprochen hätten, die zudem ein weiteres Setting benötigen würde als wir es bisher bieten.

Das (meist sehr junge) Klientel, das von Abhängigkeit von elektronischen Medien betroffen ist, benötigt ein spezielles Angebot wie bspw. auch intensive Elternarbeit. Daher vermitteln wir Betroffene, sofern sie nicht wegen Glücksspiel (Online-Poker etc.) oder anderen Suchtproblemen zu unseren Zielgruppen gehören, an andere Beratungsstellen weiter.

11.5 Gender Mainstreaming

Der Begriff Gender Mainstreaming bedeutet, bei allen gesellschaftlichen Vorhaben die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen, da es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2012).

Die AS berücksichtigt geschlechtsspezifische Gesichtspunkte systematisch und in angemessener Weise. Wir beziehen geschlechtsspezifische Faktoren sowohl der Entstehung als auch der Sucht- und Lebensbewältigung in die Beratungsgespräche ein. Soweit möglich, berücksichtigen wir den Wunsch nach einem weiblichen oder männlichen Ansprechpartner. Unsere Klientinnen haben in den meisten Fällen eine Mitarbeiterin als Bezugsperson.

In der Einzel- und Gruppenarbeit achten wir darauf, die angesprochenen Themen auf geschlechtsspezifische Aspekte hin zu überprüfen und entsprechend aufzubereiten. Gegebenenfalls ergänzen wir die Diskussion um die Dimension der geschlechterspezifischen Perspektiven. Bei der Vermittlung in unsere Gruppen achten wir darauf, dass Frauen ebenso wie Männer sich gut aufgehoben fühlen können. Wenn möglich, ist das Ziel unserer Gruppenarbeit immer ein gemeinsames bzw. gegenseitiges und wertschätzendes Lernen, und die gleichgestellte Betrachtung der Problembereiche.

Im Projekt Straffälligenhilfe und Sucht haben wir eine große Mehrheit männlicher Klienten. Deshalb ist es wenig sinnvoll, Frauen vereinzelt in diese Gruppen zu integrieren. Dafür gibt es mehrere Gründe:

- Oft äußern unsere Klienten in diesen Gruppen veraltete und teilweise wenig wertschätzende Vorstellungen von männlichen und weiblichen Rollenbildern. Auch wenn die Mitarbeiter/innen der AS durch Infragestellung und das zur Sprachebringen anderer Rollenmodelle versuchen, ein diskriminierungsfreies Klima zu schaffen, ist es für Frauen, die selbst häufig aus (gewalt-)belasteten Partnerschaften kommen, sehr schwierig, diese Themen auszuhalten.
- Ein Vorteil von Gruppen mit ausschließlich männlichen Klienten ist auch, dass sie keine Angst haben müssen, sich vor Frauen bloßgestellt zu fühlen; sie können leichter darauf verzichten, sich darstellen zu müssen, und können sich über Verletzbarkeiten und Ängste Frauen gegenüber austauschen.

Im Projekt Glücksspielsucht sorgen wir bei der Gruppenzusammenstellung dafür, dass die Frauen nach Möglichkeit auch auf andere Frauen treffen.

Bei der Therapieplanung thematisieren wir die Möglichkeit geschlechtsspezifischer Angebote. Während unserer Fokustage bieten wir – sofern es sinnvoll erscheint – eine Frauen- und eine Männergruppe an.

Wir legen Wert darauf, alle Themen gendersensibel zu betrachten. Daher achten wir bereits in der Personalauswahl darauf, ein möglichst ausgewogenes, gemischtgeschlechtliches Team zu erhalten, das auch inhaltlich über ausreichend Genderkompetenz verfügt. Dies bedeutet nach unserer Überzeugung nicht nur die Kenntnis und das Verständnis geschlechtsspezifischer Problemlagen, sondern auch die ständige Überprüfung eigener Wertehaltungen Verhaltensweisen und die Auseinandersetzung mit den Klient/innen über Rollenbilder und Werte. Dies gelingt uns zum einen durch die konkrete Ansprache geschlechtsspezifischer Themen. Darüber hinaus ist nicht zu unterschätzen, dass wir in der Interaktion mit unseren Klient/innen ständig als Modelle zur Verfügung stehen und dass wir darauf Wert legen, gleichstellungsorientiert zu leben.

11.6 Interkulturelle Sensibilität

Anhand unserer Basisdatendokumentation aus dem Jahre 2013 wird die kulturelle Vielfalt unserer Klientel deutlich: 50% unserer männlichen und 44% unserer weiblichen Klient/innen hatten einen Migrationshintergrund (vgl. auch Kap.7), allerdings verfügten 73% über einen deutschen Pass. 6% waren EU-Bürger/innen und 21% waren Staatsbürger/innen von außerhalb der Europäischen Union.

Salman (2006, S.143) spricht bei Migration von einer „Anpassungsreise“ der Betroffenen. Es geht um die Anpassung der Ausgangskultur und der neuen Kultur, die auf der psychischen und gesellschaftlichen Ebene in Interaktionen mit dem persönlichen Beziehungsgefüge immer wieder in Balance gebracht werden müssen. Dies stellt eine große Herausforderung für die erste Migrantengeneration dar und gilt in besonderem Maße auch für die Kinder, die aufgrund ihrer Sozialisation im neuen Land eine noch viel größere Vermischung der beiden Kulturen vollziehen (müssen).

Die Begegnung mit Menschen anderer Herkunft und Kultur, seien sie selber migriert, gegebenenfalls als Flüchtlinge, oder seien sie Kinder migrierter Eltern, hat einen Einfluss auf organisa-

torische Bereiche unserer Arbeit, und sie verlangt eine kulturelle Sensibilität von den Mitarbeiter/innen in der täglichen Arbeit mit ihnen.

Ausgangssituation:

Wir treffen auf viele Nationalitäten. Manche sprechen sehr gut Deutsch, mit anderen wiederum gibt es alle Abstufungen der Verständigung, in wenigen Fällen ist sie nur mithilfe eines Dolmetschers möglich. Allerdings verbessert sich die Verständigung im längeren Betreuungsverlauf oft deutlich. Die Nationalität gibt keinen Aufschluss über die Sprachfähigkeiten. So gibt es gerade unter unseren jungen Klienten viele in Deutschland geborene und aufgewachsene Menschen, die aber über einen ausländischen Pass bzw. eine andere Nationalität verfügen. Manche von ihnen sprechen die Sprache ihres Herkunftslandes nicht.

Neben der Sprachfähigkeit ist häufig auch der Aufenthaltstitel ein zentrales Thema in der Betreuung, denn ohne eine Aufenthaltsgenehmigung sind Therapiemöglichkeiten eingeschränkt. So gibt es für diese Klient/innen oft keine Kostenzusage, auch nicht über ein örtlich zuständiges Sozialamt. Häufig droht bei den straffällig Gewordenen auch noch eine Abschiebung. Manche verfügen z.B. infolge der Inhaftierung gar nicht mehr über Ausweise und Aufenthaltspapiere.

An die fehlende Aufenthaltsberechtigung ist in vielen Fällen auch eine fehlende Arbeitsgenehmigung gekoppelt. Statt nach der Haftentlassung Arbeitslosengeld zu bekommen, erhalten manche dann die niedrigeren Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Während sie in der Haft arbeiten oder zur Schule gehen konnten, stehen sie nach der Haftentlassung ohne Arbeits-/Ausbildungsmöglichkeit da. Auch fehlen ihnen die finanziellen Mittel für Weiterbildung und Freizeitgestaltung; sie leiden häufig unter Langeweile, Perspektivlosigkeit, großen Ängsten und Depressionen.

Viele Klient/innen kommen aus Kriegsgebieten (Serbien, Afghanistan, Naher Osten, Afrika). Oft haben sie Odysseen durch mehrere Länder hinter sich, sind Zeuge (tödlicher) Angriffe geworden und traumatisiert. Dies hat wiederum häufig (mit) zur Sucht geführt. Wir begegnen viel Misstrauen und Angst, auch vor juristischen Konsequenzen ihrer Aussagen. Oft können sie nur schwer glauben, dass wir uns wirklich an die Schweigepflicht halten.

Die meisten unserer männlichen Klienten mit Migrationshintergrund kommen aus einer muslimischen Familie. Für sie treffen die kulturellen sozialpsychologischen Konflikte in besonderem Maße zu. Sie sind häufig patriarchalisch sozialisiert, und müssen sich mit unterschiedlichen Machtstrukturen bzw. dem Verlust von Macht auseinandersetzen (vgl. Salman, 2006). Dies gilt auch für die heranwachsende Generation. „Somit verändert sich die Rolle des Mannes und von Heranwachsenden, die in diese Rolle hereinwachsen sollen. Sie müssen Macht und traditionelle Funktionen (Beschützer, Ernährer etc.) aufgeben. Kann der Druck nicht konstruktiv bewältigt werden oder wird in Veränderungen, bspw. der Geschlechterrollen, nicht eine erträgliche Machtbalance gefunden, kann es zu Formen destruktiver Kompensation kommen, bei Jungen und Männern nicht selten die Bereitschaft zur Gewalt oder zum Drogenkonsum“ (Salman, 2006, S.146f). Gleichzeitig stehen nach unseren Erfahrungen männliche Jugendliche aus migrierten Familien unter besonderem Druck, traditionelle Funktionen (der älteste Sohn, das Familienoberhaupt) auszufüllen, und stehen „in ihrer gesellschaftlichen Umgebung häufig Handlungsanforde-

rungen gegenüber, welche oftmals im krassen Widerspruch zu Anforderungen des Elternhauses stehen“ (Salman, 2006, S.145).

Der Rollenkonflikt trifft nach unserer Erfahrung auch im besonderen Maße auf Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund zu. Sie sind ebenfalls Teil beider Kulturen und müssen deren Überbrückung bewältigen. So sind sie zu Hause oftmals mit patriarchalischen Strukturen konfrontiert, außerhalb der Familie sollen und wollen die Mädchen und Frauen jedoch den Anforderungen und kulturellen Gegebenheiten der hiesigen Gesellschaft gerecht werden.

Salman spricht in diesem Zusammenhang auch von autoritären Erziehungsstilen in diesen Familien, um individuelle Interessen der Jugendlichen, die nicht der familiären Gemeinschaft dienen, zu verhindern. Eltern, so Salman, spielen für Jugendliche in Migrationssituationen zwar eine wichtige emotionale Rolle, verlieren aber an Kompetenz, wenn sie die Balance bzw. Anpassung der Kulturen nicht in dem Maße vollzogen haben wie ihre Kinder. Es entsteht ein Generationskonflikt, der sich insbesondere in der Kommunikation zeigt.

Nach unseren Erfahrungen ist es für unsere Klient/innen aus migrierten Familien häufig schwierig, offen mit uns zu sprechen, insbesondere über innerfamiliäre Probleme, denn sie haben verinnerlicht, dass man mit Fremden nicht über private Probleme spreche. Jugendliche haben häufig Angst, ihre Eltern, insbesondere die Väter, könnten etwas über ihre Suchtprobleme erfahren. Die Themen Therapie und Sucht sind oft im Kontakt mit den Eltern absolut tabuisiert. Sie haben Angst den „Respekt“ zu verlieren oder „verstoßen“ zu werden. Auch Salman spricht von eingeschränkter Kommunikation in den Familien. „Als wichtigste Gründe, nicht über alles miteinander offen zu sprechen, wird häufig die Angst, dass dadurch nur Schwierigkeiten heraufbeschworen werden und die Angst vor dem Verlust des Respekts zwischen Eltern und ihren Kindern genannt. So entsteht oder vertieft sich bzgl. des Beziehungslebens in der Migration eine ‚Kultur des Schweigens und der Heimlichkeit‘“ (Salman, 2006, S.146). Die ‚Kultur des Schweigens und der Heimlichkeit‘ macht Gruppenarbeit mit diesen Klient/innen auch im besonderen Maße schwierig, wenn es um das Teilen von persönlichen Problemen mit anderen geht (vgl. hierzu auch Salman, 2006, S.147).

Bei der Fachtagung des Fachverbandes Glücksspielsucht e.V. 2013 nannte Mete Tuncay in seinem Vortrag zu türkischsprachigen Nutzern der Glücksspielhotline in Mannheim als migrations-spezifische Einflussfaktoren:

- Kollektivistische Merkmale in der Persönlichkeit, zwischen den Geschlechtern, Erziehung, Körper und Gesundheit
- Machtverschiebung zu Gunsten von Höherqualifizierten und Frauen
- Ungleichheit in der Wir-Ich-Balance
- Beidseitig vielschichtiger Anpassungsdruck
- Arbeitslosigkeit und Risiko- Beschäftigung prägen sozioökonomischen Status
- Materieller Fokus, inhaltsarme Freizeitgestaltung
- Starre Rollenzuschreibungen, begünstigende soziokulturelle Merkmale
- Teilhabe-Einschränkungen (strukturell)

Er wies in seinem Vortrag darauf hin, dass Therapie- und Beratungsverständnisse angepasst werden müssen. Auch bei Migrant/innen aus osteuropäischen oder afrikanischen Ländern begegnen wir der Erwartungshaltung, wie Ärzte oder Priester auftreten zu sollen, mit einem Machtwort, einem Medikament oder einem Gebet die Sucht zu nehmen.

Fachliche Anforderungen und Methoden:

Oft sind es Menschen anderer Herkunft, die über besondere Ressourcen verfügen, weil sie sich in mehreren Gesellschaften und Kulturen aufhalten, und „von jeder Kultur das „Bessere“ [nehmen] und so nicht selten zu besonders starken und erfolgreichen Persönlichkeiten wachsen [können]“ (Salman, 2006, S.150). Neben all den genannten Problemen und Anforderungen wollen wir nicht übersehen, dass die Begegnung mit Menschen aus anderen Kulturen auch eine Bereicherung ist und den eigenen Horizont erweitern kann.

Generell vertritt die AS die Auffassung, dass es nicht den *einen* Migrationshintergrund gibt. Dieser Begriff hat sich gerade in Zusammenhang mit Kriminalität in der Öffentlichkeit zu einem Stigma entwickelt (vgl. auch Hoops und Holthusen, 2012). Verschiedene Klient/innen bringen verschiedene Nationalitäten und Migrationsgeschichten mit; sie sind nicht zu verallgemeinern, auch wenn es manche Übereinstimmungen gibt. Wir gehen in unserer Arbeit dezidiert auf jeden Einzelfall ein.

Es ist sehr wichtig, Migrationskonflikte, die sich aus einem Kulturschock ergeben, klar als solche anzusprechen und die Möglichkeit zu geben, dass die Betroffenen ihre Erfahrungen, Gefühle und Gedanken dazu aussprechen können. Das kann helfen, Brücken zu bauen und zu verstehen, dass manche Probleme weniger auf rein persönlichem Verhalten als - zumindest auch - auf kulturell bedingten Unterschieden und Feinheiten basieren.

Die Mitarbeiter/innen der AS verfügen über sehr gute Englischkenntnisse, einige auch zusätzlich über andere Sprachkenntnisse. Zur Erweiterung unserer Fachlichkeit nutzen wir entsprechende Fortbildungen. Auch das Besinnen auf Aufenthalte im Ausland mit der Erfahrung, einer fremden Sprache nicht mächtig und mit kulturellen Unterschieden im täglichen Leben konfrontiert zu sein, kann die interkulturelle Kompetenz vertiefen.

Bei Sprachproblemen suchen wir trotzdem einen Weg der Verständigung. Wir machen unseren Klient/innen Mut, dass sich ihre Sprachfähigkeiten mit der Zeit verbessern werden und empfehlen – falls vorhanden – einen Sprachkurs zu belegen. Wir bringen Geduld auf, dass es langsam geht und legen einen Fokus auf den Beziehungsaufbau. Dadurch schöpfen sie Vertrauen und entspannen sich allmählich, und auch dadurch verbessert sich die Verständigung. Nur wenn es gar nicht anders geht, ziehen wir eine dolmetschende Hilfe hinzu.

In der Therapie geht es nicht nur um eine minimale Verständigung, die Verbalisierung von Gefühlen und komplizierten Zusammenhängen erfordert von allen Beteiligten das Beherrschen von Sprache. So ziehen wir immer auch die Möglichkeit in Betracht, in Therapieeinrichtungen mit einem muttersprachlichen Angebot zu vermitteln.

Gerade im interkulturellen Bereich ist Netzwerkarbeit von besonderer Bedeutung. So suchen wir bspw. bei der Arbeit mit traumatisierten Klient/innen die Zusammenarbeit mit oder die Vermitt-

lung an hierfür spezialisierte Therapeut/innen/Einrichtungen. Bei ausländerrechtlichen Angelegenheiten versuchen wir ebenfalls an spezialisierte Organisationen zu vermitteln. Wir kooperieren mit kundigen Rechtsanwält/innen. Eventuell organisieren wir eine Begleitung zur Ausländerbehörde.

In Situationen mit unklaren Perspektiven aufgrund des ausländerrechtlichen Status und/ oder langwierigen Kostenanträgen für einen Therapieplatz versuchen wir, die Motivation zur Änderungsbereitschaft aufrecht zu erhalten, ohne jedoch die Realität aus dem Auge zu verlieren – so gilt es in manchen Fällen auch Alternativen zu durchdenken, damit unser/e Klient/in am Ende nicht hilflos und unvorbereitet dasteht.

Wenn jemand die Ausreise plant, verdeutlichen wir, dass eine Wohnsitzveränderung kein Garant für das Verschwinden des Suchtdrucks bzw. für eine Abstinenz ist. Wenn die Abschiebung droht, beharren wir auf der Enttabuisierung der Auseinandersetzung damit. Wir gehen miteinander die möglichen Perspektiven durch. Auch erkunden wir, ob und welche Hilfen im Zielland angeboten werden und stellen manchmal Kontakte her. Zumindest Selbsthilfegruppen sind oft vorhanden.

Nicht in allen Kulturen wird Sucht als eine Krankheit angesehen. Und in vielen Ländern gibt es nicht das uns bekannte Therapiesystem. Wie Referent/innen zum Thema ‚migrationspezifische Werte und Normen‘ immer wieder betonen (vgl. z.B. Dokumentation der 25. Jahrestagung des Fachverbandes Glücksspielsucht¹³), wird Sucht oft als Charakterschwäche und nicht als Krankheit angesehen. So sehen wir uns mit Rollenerwartungen konfrontiert, wie ein Arzt oder eine moralischen Autorität auftreten zu sollen. Deshalb stellen wir uns in der Arbeit mit unserer interkulturellen Klientel auf die unterschiedlichen Erwartungshaltungen ein und berücksichtigen ihre kulturellen Normen und Werte. Bspw. erfragen wir, welches Bild von Sucht und von Behandlung besteht.

Gerade im Hinblick auf die oben dargestellten, den (Herkunfts-) Kulturen entsprechenden Verhaltensweisen, Sichtweisen, Werte, Religionen, Familiensysteme, Geschlechterrollen und Autoritätsverhältnisse erfordert die Beratung und Betreuung dieser Klientel ein besonderes Fingerpitzengefühl. Die Erarbeitung einer Vertrauensbasis ist Voraussetzung für die Arbeit und benötigt viel Zeit und Bemühung. Anfangs sind manche Themen nicht ansprechbar. Nur wenn schon eine solide Basis an Vertrauen geschaffen wurde, sind auch die Klient/innen selbst in der Lage, sensible Themen in der Beratung anzusprechen, und auch erst dann sind die Mitarbeiter/innen in der Lage, manche Verhaltensweisen / Ansichten kritisch zu hinterfragen. Dabei gilt es, eine professionelle, wertschätzende Haltung zu haben, mit der Themen auch kritisch betrachtet werden können.

11.7 Elternschaft und Kindeswohl

Kindeswohl ist ein zentraler Begriff, nicht nur für Eltern und Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen, sondern auch für Professionelle der Jugendhilfe, die mit unterschiedlichem Auftrag um das Wohl von Kindern bemüht sind. Hier ist das Kindeswohl ein zentraler Entschei-

¹³ Dokumentation der 25. Jahrestagung des Fachverbandes Glücksspielsucht
[http://www.gluecksspielsucht.de/index.php?article_id=9]

dungsmaßstab im Rahmen des Familienrechts des BGBs, insbesondere aber in Fällen von Kindeswohlgefährdung (SGB VIII §8a Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung). Beide Begriffe, Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung, sind Grundlage bzw. sachlicher Maßstab gerichtlicher Entscheidungen und Legitimationsgrundlage für staatliche Eingriffe, werden aber nirgends genau definiert (vgl. Maihorn & Ellesat, 2009). Das Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. stützt sich in seinem Buch zur Kindeswohlgefährdung auf „sieben Grundbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen“ nach Brazelton und Greenspan (2008, in: Mayhorn & Ellesat, 2009, S.22ff), um zu benennen was Kinder und Jugendliche für ein gesundes Aufwachsen benötigen, und sollen so Anhaltspunkte für Fachkräfte sein, um die Gewährleistung des Kindeswohls zu beurteilen.

Zu den sieben Grundbedürfnissen gehören

- das Bedürfnis nach beständigen liebevollen Beziehungen,
- das Bedürfnis nach körperlicher Unversehrtheit, Sicherheit und Regulation,
- das Bedürfnis nach individuellen Erfahrungen
- das Bedürfnis nach entwicklungsgerechten Erfahrungen
- das Bedürfnis nach Grenzen und Strukturen
- das Bedürfnis nach stabilen, unterstützenden Gemeinschaften und kultureller Kontinuität
- das Bedürfnis nach einer sicheren Zukunft.

Die Autoren betonen aber auch, dass das, was wir als Kindeswohl bezeichnen, abhängt von kulturellen, ökonomischen und individuellen Bedingungen in Familien, und „das Wohl des Kindes letztendlich nur im Zusammenhang mit dem Wohl ihrer Eltern [...] denkbar“ (Mayhorn & Ellesat, 2009, S.25) ist.

Süchtige Eltern brauchen oft in erhöhtem Maße Unterstützung darin, die Bedürfnisse ihrer Kinder zu befriedigen. Oder anders: Kinder von süchtigen Eltern sind einem höheren Risiko ausgesetzt, dass ihre Grundbedürfnisse nicht befriedigt werden und somit das Kindeswohl gefährdet ist. Aus diesem Grund hat sich die AS zusammen mit anderen Trägern der Hamburger Suchthilfe im Rahmen verschiedener Kooperations- und Rahmenvereinbarungen mit dem Allgemeinen Sozialen Dienst Hamburg (ASD), der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, sowie mit der Empfehlung des Fachrates Drogen und Sucht dazu verpflichtet, Kindeswohlgefährdung sensibel und aufmerksam entgegenzutreten, aber auch schon präventiv zu begegnen, also bevor eine Schädigung des Kindeswohls eintritt (z.B. suchtgefährdete oder suchtkranke schwangere Frauen).

Die AS kommt der Sorge um das Kindeswohl nach, indem die Mitarbeiter/innen bereits beim Erstgespräch im Rahmen der Basisdokumentation erfragen, ob und wie viele Kinder der Klient/die Klientin hat, wie alt diese sind, wo sich die Kinder befinden und wie sie versorgt sind. Zusätzlich erfragen wir, ob und welche Art von Kontakt zwischen Klient/in und Kind(ern) besteht. Auch mit Fragen zu der Beschäftigung der Kinder (Kindergarten, Schule, Ausbildung) oder wer genau sie betreut, gewinnen wir einen ersten Eindruck über das Wohl der Kinder unserer Klient/innen. Wir thematisieren die Kinder unserer Klienten/innen auch im weiteren Verlauf der Betreuung, um eine Kindeswohlgefährdung auch zu einem späteren Zeitpunkt der Betreuung feststellen zu können. Da die AS überwiegend männliche Klienten betreut, befinden sich die eigenen Kinder häufig bei dem anderen Elternteil. Selbstverständlich erkundigen wir uns auch in diesen Fällen nach dem Wohl der Kinder.

Manchmal stellt sich bei diesen Nachfragen heraus, dass die Kinder bei der Mutter nicht gut aufgehoben sind. Wir unterstützen die Väter bei der Klärung ihrer Bereitschaft und Möglichkeiten, mehr Verantwortung für das Kindeswohl zu übernehmen. In wenigen Fällen resultiert das in der Übernahme des Sorgerechts durch den Vater.

Wenn seitens der AS Bedenken an der Versorgung, Betreuung oder Entwicklung eines Kindes besteht, wird das gesamte Team der AS einbezogen, um die Situation gemeinsam genauer einschätzen zu können. Dazu wird u.a. die vom Fachrat Drogen und Sucht am 02.04.2007 verabschiedete Empfehlung zur Beurteilung und zum Umgang mit Kindeswohlgefährdung genutzt. Sollte sich ein Verdacht auf Kindeswohlgefährdung bestätigen, wird gemäß der Kooperationsvereinbarung zwischen den Trägern der Suchthilfe und dem Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) vom 17.11.2009 verfahren. Dies bedeutet eine sofortige Kontaktaufnahme mit dem ASD, wie es in der Kooperationsvereinbarung beschrieben ist. Sollte es Zweifel geben, ob ein Kind angemessen versorgt oder betreut wird, nimmt die AS ebenfalls, wenn auch zunächst anonymisiert, Kontakt zum ASD auf, um Rücksprache mit dem dortigen Fachpersonal zu halten. Wenn die sorgeberechtigten Eltern sich in einer Krisensituation befinden und es absehbar ist, dass diese zu einer Kindeswohlgefährdung führen könnte, kann und soll die Suchthilfe unterstützend für die Eltern sein. Hierzu definiert die AS mit den Eltern zusammen die Situation als schwierig und eventuell gefährdend für die Kinder, und zeigt in der Zusammenarbeit mit dem ASD Wege auf, um die Kindeswohlgefährdung abzuwenden. Gemeinsam und möglichst transparent wird so eine Möglichkeit gefunden, das Wohl der Kinder zu sichern.

Die Möglichkeiten und Wege der Kontaktaufnahme zum ASD sind den Mitarbeiter/innen der AS bekannt.

11.8 Alter und Sucht

Gemäß der demografischen Entwicklung in Deutschland nimmt der Anteil älterer Menschen in der Gesamtbevölkerung bei insgesamt rückläufiger Bevölkerungszahl zu, was mit dem Rückgang der Geburtenzahlen sowie einer gestiegenen Lebenserwartung in Zusammenhang steht. Hinzu kommt ein qualitativer Wandel des Alters und Alterns. Die hat unterschiedliche Chancen und Risiken zur Folge. Niekrens (2012) spricht von einer „Verjüngung des Alters“, das sich durch eine aktive Lebensgestaltung auszeichnet, aber auch der „Entberuflichung des Alters“, da ältere Menschen häufig als leistungsschwach gelten und somit Schwierigkeiten haben im Beruf zu bleiben oder wiedereingegliedert zu werden. Die Lebenslagen im Alter können also sehr unterschiedlich sein.

Repräsentative Daten zum Suchtmittelkonsum speziell alter Menschen liegen für Deutschland kaum vor, da sich die durchgeführten Befragungen schwerpunktmäßig auf die jüngere Zielgruppe beziehen. Die bestehenden Erhebungen beziehen sich in erster Linie auf die Altersgruppe der 60-64-Jährigen. Weyerer (2011) zeigt folgende Zahlen für den Alkoholkonsum im „höheren“ Lebensalter auf:

Riskanter Alkoholkonsum der über 60-jährigen Männer: 26,9%, Frauen: 7,7%

Alkoholmissbrauch: ca. 10-20% der Männer und 1-10% der Frauen über 60 Jahre

Alkoholabhängigkeit: ca. 2 – 3% der Männer und 0.5 – 1% der Frauen ab 60 Jahren

Die Altersgruppe ‚65plus‘ ist kaum erfasst. Zahlen der DHS (2012, S.12) belegen bei ca. 28% der Männer und 18% der Frauen ab 65 Jahren einen (gesundheitlich) riskanten Alkoholkonsum. Es zeigt sich also, dass sich die Zahl der betroffenen Frauen mit riskantem Konsum in diesem Lebensalter mehr als verdoppelt, was vermutlich mit der Singularisierung und damit einhergehenden Isolationstendenzen und Einsamkeitsgefühlen zusammenhängt.

Generell sind nach Haberer (2013, S.23f) besondere Themen in der Beratung und Betreuung älterer Menschen zu beachten:

- Auseinandersetzung mit Endlichkeit (Verlusterlebnisse von Partnern, nahen Angehörigen, Freunden, eigene Endlichkeit)
- Abschied und Trauer ertragen lernen und in das Überleben zu integrieren
- Reaktivierung früherer Traumatisierungen
- Drohender Autonomieverlust im Zusammenhang mit Alterungsprozess (Angst vor Verlust der Selbstständigkeit, Mobilität, Selbstbestimmung, Angst pflegebedürftig, hilflos zu werden, anderen zur Last zu fallen)
- Angst vor Respektverlust durch Verlust an Leistungsfähigkeit, Autonomie etc.
- Fragen der Gesundheit/ Krankheit/ körperlicher und geistiger Einschränkungen (Suche nach Formen der Kompensation oder des Umgangs mit nachlassender Leistungsfähigkeit)
- Verlust von Kontakten durch Ausscheiden aus Arbeitsleben
- Narzisstische Krisen
- Verlust von Tagesstruktur bzw. Schaffen einer neuen Tagesstruktur (Ressourcenorientierung)
- Maßnahmen gegen Langeweile, Leere, Gefühle der Sinnlosigkeit
- Eruiieren von Möglichkeiten der Akzeptanz der Situation, so wie sie ist
- Sinnvolles Altern (gebraucht werden wollen, sich nützlich machen wollen)
- Umgang mit Etikettierung „Sucht“
- Umgang mit Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen

Durch unsere Arbeit im Jugendvollzug erreichen wir gerade auch junge Menschen. Nur wenige Klient/innen sind älter als 60 Jahre. Somit ist die AS keine auf ältere Menschen spezialisierte Beratungsstelle.

Trotzdem erreicht die AS Klient/innen in einem sehr breiten Altersspektrum. Das Miteinander in einer Gruppe kann für alle bereichernd wirken, und die Teilnehmer/innen nehmen den anderen gegenüber eine dem Alter entsprechende Rolle ein. Andererseits sind die Bedürfnisse, Themen und Perspektiven oft so unterschiedlich, dass dann eine Betreuung in Einzelgesprächen angezeigt ist. Auch wenn eine Integration in eine Gruppe nicht möglich erscheint, bieten wir ihnen vermehrt Einzelgespräche an.

Zwar sind es eher wenige Klient/innen in der Altersgruppe 60+, die von der AS betreut werden. Manche haben schon langjährige Haftstrafen verbüßt, oder sie wenn sich als Glücksspielsüchtige im Rentenalter an uns. Naturgemäß entwickeln wir mit ihnen andere Perspektiven als mit jungen Menschen. Wir gehen auf ihre spezifischen Themen ein, erörtern mit ihnen Möglichkeiten, ihren Lebensabend in Ruhe und mit – ihrem Alter gemäßen - Aktivitäten gestalten zu können. Manche Möglichkeiten bieten sich gerade im Alter an, wenn eine Erwerbstätigkeit nicht mehr im Mittelpunkt steht, aber der Wunsch nach sozialen Kontakten und nützlicher Betätigung da ist. Wir geben Anregungen, nutzen für Informationen auch das Internet und fordern Broschüren an und stellen sie zur Verfügung, stellen evtl. Kontakte zu Initiativen für ehrenamtlichen Tätigkeiten oder Freizeitgestaltung her. Besonderer Aufmerksamkeit bedarf es, wenn es unseren älteren Klient/innen schwer fällt, über inneres Leid zu sprechen, weil das in ihrer Generation nicht üblich war. Oder wenn sie sich als ältere Menschen „fehl am Platze“ fühlen, weil es viele jüngere Gruppenteilnehmer/innen gibt. Oft leisten wir mit ihnen auch Trauerarbeit, weil viele verwitwet sind, oft auch Kinder verloren haben.

Wenn es sich um chronisch mehrfach geschädigte Klient/innen (CMA) handelt, stellt sich oft die Frage, wo sie menschenwürdig untergebracht werden können. Manche wollen dann nicht gänzlich auf Alkohol verzichten. In diesen Fällen arbeiten wir mit verschiedenen Kostenträgern zusammen und suchen nach speziellen Angeboten, um die Klient/innen in eine für sie passende Lebensform bzw. Einrichtung zu vermitteln.

11.9 Angebote und Leistungssegmente

Die AS hält folgende Angebote vor:

- Telefonische Information und Beratung
- Offene Sprechstunden (persönlich und telefonisch)
- Erstgespräche (nach vorheriger Terminvereinbarung)
- Differenziertes Gruppenangebot
- Vermittlung in Selbsthilfegruppen (tagen auch in den Räumen der AS)
- Einzelgespräche
- Partner- und Familiengespräche
- Krisenintervention
- Therapievorbereitung und –vermittlung
- Ambulante Rehabilitation und Nachsorge bei pathologischem Glücksspiel
- Flankierend stehen Schuldnerberatung und Geldverwaltung durch die AS zur Verfügung
- Hilfestellung bei zivil- und strafrechtlichen Fragestellungen
- Angehörigenarbeit

Folgende *Leistungssegmente* wurden mit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz / Fachabteilung Drogen und Sucht vereinbart:

- a) Öffnungszeiten/ Erreichbarkeit
- b) Erstkontakte und Informationen in der Beratungsstelle
- c) Informationsgespräche in Haftanstalten
- d) Beratung

- Einmalige Beratung
- Längerfristige Beratung und Motivation
- e) Therapievorbereitung und Therapievermittlung
- f) Soziale Stabilisierung und Integration
- g) Ambulante medizinische Rehabilitation

12. QUALITÄTSSICHERUNG

12.1 Strukturqualität

12.1.1 Beschreibung der Einrichtung

Ein Großteil unserer Sprechzeiten findet in Haftanstalten statt. Dort stehen uns Besprechungsräume mit Telefonanschluss zur Verfügung, die so gestaltet sind, dass wir ungestört mit Klient/innen sprechen können. Eine Überwachung der Gespräche findet nicht statt. Wer mit uns sprechen will, schreibt – wie im Vollzug üblich - einen Antrag und wird dann von uns auf die Gesprächsliste gesetzt. Neben Einzelgesprächen bieten wir auch Gruppen an (z.B. Infogruppe, zur Motivation oder als Vorbereitung auf eine stationäre Therapie).

Zur Lage und Ausstattung der Beratungsstelle siehe Seite 6.

Für alle Mitarbeiterstellen liegt eine Stellenbeschreibung vor.

12.1.2 Beschreibung der Mitarbeiter/innen

Die AS legt Wert darauf, dass das Team multiprofessionell und somit auf die entsprechenden Bedarfe zugeschnitten ist. Somit arbeiten in der AS ausgebildete Suchtberater/innen (Sozialtherapeut/innen (mit VDR Anerkennung) zusammen, die über psychologische sowie über pädagogische Fachkompetenz verfügen. Sowohl die wissenschaftlichen Grundlagen wie auch praktische Erfahrungen und eine Ausrichtung auf Kenntnisse aus der Suchtarbeit und Straffälligenhilfe sind vorhanden.

Zur personellen Ausstattung siehe Seite 10.

Die Mitarbeiter/innen nehmen kontinuierlich an Fortbildungsveranstaltungen teil. Sie sind darauf bedacht, ihre Kenntnisse und Fähigkeiten auf dem neuesten Stand zu halten und sichern so die Qualität der Arbeit. Sie verfügen über fachliche Kompetenzen der Gesprächsführung in Einzel- und Gruppengesprächen unter besonderer Berücksichtigung der Bedingungen in der Institution Haftanstalt (Subkulturen, Machtverteilung, Zelleneinschluss, Mangel an Ausweichmöglichkeiten, Abhängigkeit – vgl. hierzu auch Kap.7).

Schon bei der Einstellung wird darauf geachtet, dass die Mitarbeiter/innen für den Bereich des geschlossenen Strafvollzugs die nötigen Voraussetzungen mitbringen, wie etwa psychische Stabilität und Frustrationstoleranz. Ferner sind sie fähig, sich im komplexen Umfeld einer JVA zu bewegen, und sie sind unter Wahrung ihres Externenstatus zu einer Kooperation mit den unterschiedlichen Berufsgruppen und Berufsfeldern der Beamt/innen in der Lage (Allgemeiner Vollzugsdienst, Werkdienst, Vollzugsabteilungsleitungen, Diplomverwaltungswirten/innen, Psychologen/innen, Sozialpädagogen/innen, juristische Mitarbeiter/innen etc.). Jede/r Mitarbeiter/in wird zu Beginn sorgfältig eingearbeitet und mit den Bestimmungen der externen Suchtberatung vertraut gemacht. Dem Einsatz in Haftanstalten geht eine mehrwöchige Erfahrung mit der Klientel in der Beratungsstelle voraus.

12.1.3 Qualitätssicherungssystem

Hierzu gehören:

- die am 13.10.1997 unterzeichnete Rahmenleistungsvereinbarung zwischen der Justizbehörde Hamburg und den Trägern der externen Suchtberatung in den Hamburger Vollzugsanstalten, an deren Erarbeitung wir beteiligt waren.
- die Rahmenvereinbarung über Qualitätsstandards in der ambulanten Sucht- und Drogenarbeit in Hamburg Am 7.11.2011 fand die Unterzeichnung einer neu überarbeiteten Fassung in der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz statt.
- die Vereinbarung zur Kooperation ‚suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr‘ am 13.2.08
- die Kooperationsvereinbarung zwischen den Trägern der Suchthilfe und dem Allgemeinen Sozialen Dienst Hamburg vom 17.11.2009
- die Teilnahme an der Basis- und Verlaufsdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hamburg, die zentral ausgewertet wird. Die AS ist Mitglied im Verein BADO e.V. Unsere Mitarbeiter/innen arbeiten regelmäßig an der Weiterentwicklung durch Teilnahme an Workshops mit.

die jährlich für die Fachabteilung Drogen und Sucht zu erstellende Leistungsdokumentation und der jährliche Sachbericht sowie deren Erörterung mit der Fachabteilung Drogen und Sucht und mit dem Strafvollzugsamt.

- kollegiale Supervision erfolgt durch wöchentliche Teambesprechungen, die auch Fallbesprechungen beinhalten. Hinzu kommen jährlich 1 bis 2 Teamtage mit gezielten Themen.
- zusätzlich erhält das Team regelmäßig externe Supervision.
- jährlich 2 Fortbildungen durch unseren Psychiater (z.B. zu Diagnosen nach ICD-10, psychischen Störungen etc.).
- Nachbefragungen unserer Klient/innen. Ein Fragebogen hierzu ist erstellt.
- Die periodische Überarbeitung unseres Konzepts.

- regelmäßige Gespräche mit den Vollzugsanstalten zur Qualitätsverbesserung. Seit 2011 finden im Rahmen der Kooperationsvereinbarung zwischen der Jugendanstalt Hahnöfersand und der Jugendbewährungs- und Jugendgerichtshilfe jährlich zwei Treffen statt, an denen wir uns beteiligen.
- Im Landesverband Hamburger Straffälligenhilfe e.V. (ehemals Forum), dem Zusammenschluss der Freien Träger, arbeiten wir gemeinsam an der Weiterentwicklung der Arbeit, insbesondere zur Verbesserung des Übergangsmanagements.

Darüber hinaus hat die AS 2012 den *Entwicklungsprozess zu einem Qualitätssicherungssystem fortgeführt*. Nach einem fachlichen Austausch mit anderen Trägern der Hamburger Suchthilfe haben wir uns für die Einführung des GAB Verfahrens der ‚Gesellschaft für Ausbildungsforschung und Berufsentwicklung - GAB München‘ entschieden. Nach Aussage der GAB „hängt Qualität nicht in erster Linie von der Festlegung struktureller Abläufe, sondern vom Engagement der Mitarbeiter/innen ab. Gemäß diesem Grundsatz wurde vor 12 Jahren das GAB- Verfahren zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung zusammen mit Führungskräften und Mitarbeiter/innen aus sozialen und pädagogischen Einrichtung entwickelt und seither immer wieder aktualisiert“ (Gesellschaft für Ausbildungsforschung und Berufsentwicklung - GAB München).

Ziele sind:

- Entwicklung der Arbeitsqualität,
- Beseitigung von Qualitätsproblemen und
- Einführung einer systematischen Qualitätsentwicklung.

Zur Erreichung der Ziele werden folgende Instrumente genutzt:

- Leitbild
- Konzept
- Handlungsleitlinien
- Persönliche Selbstkorrektur
- Kollegiale Beratung
- Wöchentlich 1 Stunde der Teamzeit für Qualitätsentwicklung
- Einmal im Monat statt Teambesprechung Qualitätszirkel ¹⁴

„Mit dem GAB-Verfahren lässt sich durch erprobte Verfahrensschritte ein individuelles, zur Kultur der Einrichtung passendes Qualitätsmanagement aufbauen. Mit ihm kann eine Einrichtung alle an sie gestellten gesetzlichen Anforderungen erfüllen“ (Gesellschaft für Ausbildungsforschung und Berufsentwicklung - GAB München).

Die in der AS vorhandenen und oben bereits benannten QM-Strukturen, werden im fortlaufend im Team weiterentwickelt und nach dem GAB-Verfahren strukturiert.

¹⁴ Gesprächsmethode, in der die handelnden Personen ihre Ergebnisse aus der Sicht eines fremden Beobachters betrachten.

12.1.4 Vernetzung und Kooperation

Das Strafvollzugsamt der Behörde für Justiz und Gleichstellung nimmt die Fachaufsicht über unsere Tätigkeit bei Inhaftierten und Haftentlassenen wahr. Hier gibt es intensive Gesprächskontakte. Die Arbeit in den JVA und mit Klient/innen aus Haftanstalten ist verknüpft mit engen Abstimmungen bezüglich der Vollzugsplanung mit den daran beteiligten Abteilungsleitungen.

Aufgrund unserer Zielvorgabe arbeiten wir zusammen mit allen Behörden, die mit der Straffälligkeit befasst sind. Dies sind in erster Linie die Gerichte, die uns sowohl für Fragen der Entscheidung zur Bewährung im Strafverfahren, als auch bezüglich vorzeitiger Entlassung von suchtgefährdeten Inhaftierten zu Rate ziehen. Häufig wird eine Betreuung in der Beratungsstelle der AS als Bewährungsaufgabe ausgesprochen. Dies bedingt daher auch selbstverständliche Kontakte zur Bewährungshilfe sowohl für Erwachsene als auch für Jugendliche. Schon im Vorfeld eines Gerichtsverfahrens nehmen Bewährungs- und Jugendgerichtshilfe Kontakt zu uns auf, um Hilfsmöglichkeiten für Menschen zu prüfen, denen Inhaftierung droht.

Entsprechend der Doppelproblematik unseres Arbeitsfeldes unterhalten wir vielfältige *Arbeitskontakte* zu Justiz, Suchtgefährdeten- und Straffälligenhilfe. Wir praktizieren Abstimmung bzw. Kooperation mit Haftanstalten, Richter/innen, Bewährungshilfe, Jugendgerichtshilfe, sozialen Diensten und Rechtsanwält/innen einerseits sowie mit anderen ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen und Selbsthilfegruppen andererseits.

Wichtig für aktuelle Entwicklungen ist auch der Austausch mit anderen Kolleg/innen; dies stellen wir durch *Mitgliedschaften* (z.B. DG-Sucht), Teilnahme an Fachgremien und Fachtagungen sicher.

Neben den Kontakten zu einzelnen Funktionsträgern und Einrichtungen arbeiten wir u.a. in folgenden Gremien / Organisationen mit:

- Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (Fachausschüsse Alkohol und Drogen)
- Trägertreffen der Hamburger Suchtkrankenhilfe (Freie Träger im legalen Bereich)
- Fachrat für die Fachabteilung ‚Drogen und Sucht‘. Dieser ist das Abstimmungsgremium zwischen Freien Trägern und Fachbehörde zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualitätsstandards sowie zur Beratung der Fachbehörde in Grundsatzfragen der Fortentwicklung der Sucht- und Drogenhilfe. Er nimmt Einfluss auf die einrichtungsübergreifende fachliche Steuerung im Sinne einer innovativen Drogen- und Suchtarbeit und erörtert die strukturellen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die ambulante Suchtkrankenhilfe in Hamburg.
- Bado e.V. zur Dokumentation der ambulanten Hamburger Suchtarbeit
- Externe Suchtberatung / Justizbehörde
- Landesverband Hamburger Straffälligenhilfe e.V.
- Fachverband Glücksspielsucht (fags), Hamburger Arbeitskreis Glücksspielsucht (hags) und Arbeitskreis Glücksspielsucht Nord (AGN)
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und Abstinenzverbänden (IOGT, AA, GA etc)

12.1.5 Dokumentation

Jede/r Mitarbeiter/in dokumentiert die Arbeit in Akten sowie in der Klient/innenstatistik. Mit Zustimmung der betreffenden Klient/innen werden Stellungnahmen für Rechtsanwält/innen, Gerichte, Haftanstalten etc. erstellt.

Die AS nimmt an der Hamburger Basisdokumentation teil, von 2005 an wurde diese erweitert durch eine Verlaufsdocumentation. Alle Klient/innen werden anhand der in dem System aufgeführten Items dokumentiert, die Daten werden anonymisiert zur zentralen Auswertung für Hamburg gemäß den Vorgaben von BADO e.V. weitergeleitet. Dieses Verfahren wurde vom Datenschutzbeauftragten genehmigt. Zur Fortbildung diesbezüglich nehmen unsere Mitarbeiter/innen regelmäßig an den angebotenen Workshops und Schulungen von Bado e.V. und Patfak teil.

Jährlich wird eine Leistungsdokumentation (Leido) erstellt und an die Behörden übersandt.

Die gesamte Arbeit der AS wird in jährlichen Sachberichten dargestellt, die als Ergänzung zu den rechnerischen Verwendungsnachweisen den beiden Fachbehörden (BGV, Behörde für Justiz und Gleichstellung) im Sinne von Rechenschaftsberichten zugehen.

Zur Information der (Fach-)Öffentlichkeit und Politik dient der Jahresbericht der AS.

12.2 Prozessqualität

12.2.1 Hilfeplanung

Diese erfolgt individuell anhand der diagnostischen Ergebnisse, der Motivationslage und Bereitschaft, der Notwendigkeiten und der Möglichkeiten, die im Strafvollzug sowie nach einer Haftentlassung bestehen. Sie erfolgt immer in Abstimmung mit den internen und externen Beteiligten.

Möglichkeiten im Vollzug können sein: Einzel- und/oder Gruppengespräche bei der AS oder – falls vorhanden – auch bei anderen Stellen, Bewerbung für eine Sozialtherapeutische Abteilung bzw. Anstalt oder eine Therapievorbereitungsstation, schulische und berufliche Angebote, Ausbildungs- und Arbeitsberatung, ärztliche Untersuchung/Behandlung, evtl. Akupunkturprogramm, psychologische Hilfen, Begutachtung, seelsorgerischer Beistand. Verlegung in den offenen Vollzug. Ausgänge zur AS und/oder zu anderen Stellen.

Möglichkeiten zur/nach der Haftentlassung können (außer dem schon Genannten) sein: ambulante Einzel- und/oder Gruppengespräche in der Beratungsstelle der AS als richterliche Weisung, Vermittlung zu anderen Suchtberatungsstellen, Tagesklinik, stationäre Vorsorge (für direkt Haftentlassene nur außerhalb Hamburgs vorhanden), stationäre Entwöhnungsbehandlung in einer Fachklinik oder sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft, Selbsthilfegruppen, Frauen- bzw. Männergruppen, Antiaggressionstrainings, niedergelassene Psychotherapeut/innen, Schuldnerberatung.

12.2.2 Überprüfung der Ziele

Hierbei geht es um die Frage, ob die AS erfolgreich arbeitet und die gestellten Zielsetzungen erfüllt. Zielgruppen sind - außer den Klient/innen – auch Institutionen und selbstverständlich die Fachbehörden.

Die AS steht in regelmäßigem Austausch mit den JVA, Gerichten, der Bewährungshilfe, Rechtsanwält/innen sowie mit dem Suchthilfesystem. Auch mit den zuständigen Mitarbeiter/innen der Fachbehörden finden kontinuierlich Gespräche statt.

Prozess begleitend und in Abschlussgesprächen holen wir von unseren Klient/innen ein Feedback dazu ein, ob wir ihren Bedürfnissen gerecht werden konnten bzw. welche Bedingungen sie positiv bzw. negativ fanden.

Die Rückmeldungen werden im Team besprochen und in die weitere Planung einbezogen.

Einzelfallbezogen findet regelhaft eine Überprüfung der Hilfepläne kontinuierlich mit allen Prozessbeteiligten statt, z.B. im Rahmen von Fallbesprechungen, Stellungnahmen für Gerichte etc. Da unsere Klientel in noch höherem Maße als andere von äußeren Faktoren (z.B. der Gerichtsverhandlung) mitbestimmt ist, bedarf es immer wieder einer Überprüfung, wie tragfähig die Motivation für geplante Maßnahmen ist. Haftlockerungen sind eine gute Möglichkeit, die eigene Stabilität zu überprüfen und ggf. Korrekturen an der Planung vorzunehmen.

Wir dokumentieren den Beratungsverlauf und erörtern mit den Klient/innen sowie den Angehörigen in regelmäßigen Abständen, in wie weit die gesteckten Ziele erreicht wurden bzw. zu verändern sind.

Bei der ambulanten Rehabilitation dienen auch die Zwischen- und Abschlußberichte der Zielüberprüfung.

12.2.3 Interne und externe Fortbildung

Wir stellen sicher, dass unsere Mitarbeiter/innen Fortbildungsangebote der Sucht- und Straffälligenhilfe nutzen. Gelegentlich ist die AS selbst Veranstalterin. Zu speziellen Fragestellungen werden Referent/innen eingeladen.

Wichtig für aktuelle Entwicklungen ist auch der Austausch mit anderen Kolleg/innen; dies stellen wir durch Mitgliedschaften (z.B. DG-Sucht), Teilnahme an Fachgremien und Fachtagungen sicher.

Ein weiteres Fortbildungsmedium stellt die Literatur dar (Fachbücher, Publikationen der DG-Sucht, DHS und der HLS, Artikel aus dem Internet). Diese werden allen Mitarbeiter/innen (z.B. durch Umlauf) zur Verfügung gestellt, manchmal auch im Team referiert und diskutiert.

Zur Fortbildung bezüglich der Dokumentation/Arbeit am PC siehe Abschnitt 12.1.5.

12.3 Ergebnisqualität

12.3.1 Überprüfung der Zielerreichung

Der Überprüfung und Ressourcenkanalisierung unserer Arbeit dienen die Teamsitzungen, die halbjährliche Leido sowie die Sachberichte der AS.

Ebenso wichtig sind die Rückmeldungen unserer Klientel, aus den Haftanstalten, den Gerichten, Strafvollstreckungskammern, den Behörden sowie den Einrichtungen/Personen, an die wir weitervermitteln.

12.3.2 Klient/innenbefragungen

Zwischendurch sowie bei Beendigung von Angeboten bitten wir unsere Klientel um ein Feedback zu verschiedenen Aspekten. Wo möglich, wird diese Rückmeldung in unsere weiteren Planungen einbezogen.

Zur Nachbefragung unserer Klient/innen wurde ein Fragebogen erstellt.

LITERATUR

- Adams, M. (2012). *Stellungnahme zu dem Antrag der SPD Fraktion „Glücksspielsucht bekämpfen“* (BT 17/6338). Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Department Wirtschaftswissenschaften, Institut für Recht der Wirtschaft. Universität Hamburg, 14.03.2012.
- Adams, M.; Fiedler, F. (2010). Volkswirtschaftliche Auswirkungen des gewerblichen Automatenspiels. Diskussion mit Vertretern des Deutschen Bundestages, 07.04.2010. https://www.wiso.uni-hamburg.de/fileadmin/bwl/rechtderwirtschaft/institut/Ingo_Fiedler/Volkswirtschaftliche_Wirkungen_des_gewerblichen_Automatenspiels_final.pdf (aufgerufen am 30.10.14)
- Aktive Suchthilfe e.V. (2014). Konzept der Therapievorbereitungsgruppe in der JVA Hahnöfersand
- Alberti, G. (1989). *Therapie im Vollzug*. In: Alkoholfreie Selbsthilfe e.V. (A.S.) (Hrsg.). *Knast und Promille*. S. 55-75. Hamburg: Neuland Verlag
- Alberti, G. (1990). *Von der Schuld zur Verantwortung – Erfahrungen aus der Arbeit mit Tätern*. In: Arenz-Greiving, I. (Hrsg.). *Sucht-Gewalt-Sexualität, Opfer und Täter in der Therapie*. S. 49-60. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Böning, J. (1999). Psychopathologie und Neurobiologie der Glücksspielsucht. In: Alberti, G u. Kellermann, B (Hrsg.) (1999): *Psychoziale Aspekte der Glücksspielsucht*. Geesthacht: Neuland-Verlag
- Bowen, S.; Chawla, N.; Marlatt, G. A. (2012). *Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit*. Beltz, Hemsbach.
- Bundesministerium der Innern; Bundesministerium der Justiz (2006). *2. Periodischer Sicherheitsbericht* (2.PSB, Kurzfassung). Verfügbar unter: http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Veroeffentlichungen/2_periodischer_sicherheitsbericht_kurzfassung_de.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 14.09.13).
- Bundesministerium des Innern. *Polizeilicher Kriminalstatistik (PKS) 2013*. S:10. http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Nachrichten/Pressemitteilungen/2014/06/PKS2013.pdf?__blob=publicationFile (aufgerufen am 30.10.14)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012). *Strategie „Gender Mainstreaming“*. Meldung vom 21.12.2012. Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung,did=192702.html> (Zugriff am 21.04.14).
- Cornel, H. (2012). *Übergangsmanagement als Beitrag einer rationalen innovativen Kriminalpolitik*. In DBH - Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik e.V. (Hrsg.). *Übergangsmanagement für jungen Menschen zwischen Strafvollzug und Nachbetreuung: Handbuch für die Praxis*. (DBH Materialien Nr.68, S. 11-25).
- D’Zurilla T.J.; Goldfried, M.R. (1971). *Problem Solving And Behavior Modification*. *Journal Of Abnormal Psychology*, 78, S.107-126
- DHS: *Substanzbezogene Störungen im Alter*. Informationen und Praxishilfen. Hamm 2012
- Dörner, K.; Plog, U.; Teller, C.; Wendt, F. (2013). *Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. 22. Auflage. Bonn: Psychiatrieverlag
- Egg, R. (2002). *Sucht und Delinquenz – Epidemiologie, Modelle und Konsequenzen*. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V./ R. Gaßmann (Hrsg.). *Suchtprobleme hinter Mauern. Drogen, Sucht und Therapie im Straf- und Maßregelvollzug*. S. 13-33. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Egg, R. (2013). Delikte unter Alkoholeinfluss. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht 2013*. S.155-168. Lengerich: Pabst.
- Elsner, K. (2004). *Tätertherapie. Grundlagen und kognitiv-behavioraler Schwerpunkt*. Psychotherapie im Dialog. Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie. Täter, 2. 109-119
- Empfehlung zur Beurteilung und zum Umgang mit Kindeswohlgefährdung. Fachrat Drogen und Sucht, Hamburg, 02.04.2007
- Empfehlung der Spitzenverbände Krankenkasse und Rentenversicherungsträger, März 2001

- Fehrs, K. (1985). *Aufsuchende Arbeit mit alkoholgefährdeten und –abhängigen Straftätern in Straf- und U-Haft und nach der Entlassung*, Sonderdruck Suchtgefahren, 1985
- Feuerlein, W. (1975). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Fliegel, S.; Groeger, W. M.; Künzel, R.; Schulte, D.; Sorgartz, H. (1998). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden*. 4. Auflage, Beltz PVU, Weinheim.
- Fliegel, S.; Schweitzer, J. (2004). *Täter*. Psychotherapie im Dialog. Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie. Täter, 2. 196-197.
- Freie und Hansestadt Hamburg, Justizbehörde, Strafvollzugsamt. *Rahmenleistungsvereinbarung mit den Trägern der externen Suchtberatung in den Hamburger Strafvollzugsanstalten*. 13.10.1997.
- Gerdemann, H. (2006): *Motivationsbehandlung für alkoholauffällige/- kranke Straftäter in JVA*. In H. Petzold, P. Schay, W. Scheiblich, (Hrsg.). *Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation*. S. 421-450. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gesellschaft für Ausbildungsforschung und Berufsentwicklung - GAB München . *Qualitätsmanagement in kleinen Einrichtungen nach dem GAB-Verfahren*. <http://www.gab-verfahren.de/de/list-310-home.htm> (Zugriff am 02.10.14)
- Goffman, E. (1973). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Berlin: Suhrkamp.
- Greve, W.; Hosser, D.; Pfeiffer, C. (1995). *Gefängnis und die Folgen. Identitätsentwicklung und kriminelles Handeln während und nach der Verbüßung einer Jugendstrafe* (Förderungsantrag an die Stiftung Volkswagenwerk im Förderungsschwerpunkt „Recht und Verhalten“). Verfügbar unter: <http://www.kfn.de/versions/kfn/assets/idententwicklungvoll.pdf> (Zugriff am 22.09.13).
- Haberer U. (2013). *Abschlussbericht zum Projektauftrag „Sucht im Alter“* der STEP gGmbH. Hannover.
- Heimerdinger, A. (2006). *Alkoholabhängige Täter: justizielle Praxis und Strafvollzug*. Band 52 der Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V., Wiesbaden
- Hoops, S.; Holthusen, B. (2012). *Straffällige Jugendliche mit Migrationshintergrund – Jugendhilfe vor neuen Herausforderungen*. In DBH - Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik e.V. (Hrsg.). *Übergangsmanagement für jungen Menschen zwischen Strafvollzug und Nachbetreuung: Handbuch für die Praxis*. (DBH Materialien Nr.68, S. 41-48).
- Hurrelmann, K. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie*. Weinheim: Juventa
- Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforchung (IES) (1988). *Alkoholfreie Selbsthilfe Hamburg – Ergebnisse der Evaluation der aufsuchenden Arbeit im Strafvollzug*. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Hannover
- Kellermann, B. (2005). *Sucht – Versuch einer pragmatischen Begriffsbestimmung*. Neuland-Verlag: Geesthacht.
- Kindermann, S.; Stadler, L. ;Baldus, CH.; Thomasius, R. (2012). *Einleitung und Thema*. In P.-M. Sack, R. Thomasius (Hrsg.). *Evaluation einer Therapievorbereitungsstation für drogenabhängige und -missbrauchende Gefangene* (Studien und Materialien zum Straf- und Maßregelvollzug, Band 25). S. 1-10. Freiburg: Centaurus Verlag.
- Köhler, D.; Hinrichs, D.; Baving, L. (2008). *Therapiemotivation, Psychische Belastung und Persönlichkeit bei Inhaftierten des Jugendvollzuges*. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie. Vol. 37, 1. 24-32.
- Kooperationsvereinbarung zwischen den Trägern der Suchthilfe und dem Allgemeinen Sozialen Dienst Hamburg, 17.11.2009
- Körkel, J.; Veltrup, C. (2003). *Motivational Interviewing: Eine Übersicht*. Suchttherapie 4/2013. S.115-124.
- Kreuzer, A. (2002). *Bedingung der strafrechtlichen Praxis in stationären Einrichtungen*. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V./ R. Gaßmann (Hrsg.). *Suchtprobleme hinter Mauern. Drogen, Sucht und Therapie im Straf- und Maßregelvollzug*. S. 35-63. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Kunkel-Kleinsorge, S. (2002). *Externe Drogenberatung – Ein Praxisbericht*. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V./ R. Gaßmann (Hrsg.). *Suchtprobleme hinter Mauern. Drogen, Sucht und Therapie im Straf- und Maßregelvollzug*. S. 175-184. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

- Maihorn, C.; Ellesat, P. (2009) Kinderschutzzentrum Berlin e.V. (Hrsg.). *Kindeswohlgefährdung. Erkennen und Helfen*. 11. überarb. Auflage. Berlin
- Meyer, G. (2014). *Glücksspiel – Zahlen und Fakten*. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2014. S.124-140. Lengerich: Pabst.
- Meyer, G. (2013). *Glücksspiel – Zahlen und Fakten*. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2013. S.119-134. Lengerich: Pabst.
- Meyer, G.; Althoff, M.; Stadler, M. (1998). *Glücksspiel und Delinquenz – eine empirische Untersuchung*. Bern: Peter Lang
- Meyer, G.; Bachmann, M. (2011). *Spielsucht. Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten*. (3. vollst. überarb. und erweit. Auflage). Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg.
- Michalak, J.; Heidenreich, T.; Williams, M. (2012). *Achtsamkeit*. Fortschritte in der Psychotherapie. Band 48, Göttingen: Hogrefe
- Miller, W.; Rollnick, S. (2009). *Motivierende Gesprächsführung – ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Mörsen, C.P.; Loeffler, G.(2008). *Glücksspielsucht*. Psychotherapeutenjournal 3/2008, S. 216 – 225.
- Niekrens, S. (2012). *Sucht im Alter. Möglichkeiten der Intervention aus sozialarbeiterischer Sicht*. Freiburg: Centaurus Verlag & Media KG.
- Petry, J. (1996): *Psychotherapie der Glücksspielsucht*. Weinheim: Beltz Verlag
- Rahmenvereinbarung zur Kooperation „Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen und Mütter mit Kindern bis zu einem Jahr“, 03.07.2008, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
- Rahmenvereinbarung zwischen den freien Trägern der Suchtkrankenhilfe und der Behörde für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz über Qualitätsstandards in der ambulanten Sucht- und Drogenarbeit in Hamburg.
- Reker, M. (2007). *Gut, dass endlich etwas passiert. Strafe und Bewährung für Suchtkranke Straftäter. Genutzte und verpasst Chancen in der Zusammenarbeit von Justiz und Suchtkrankenhilfe*. In: DBH - Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik (Hrsg.). *Sicherheit und Risiko. Soziale Arbeit im Spannungsfeld von Kontrolle und Privatisierung* (DBH Materialien Nr.55, S. 172-182).
- Reker, M. (2012). *Arbeit mit jungen Suchtgefährdeten im Übergang zwischen Haft, Nachsorge, Klinik*. In: DBH - Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik e.V. (Hrsg.). *Übergangsmangement für jungen Menschen zwischen Strafvollzug und Nachbetreuung: Handbuch für die Praxis*. (DBH Materialien Nr.68, S. 232-239).
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. (2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen: Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. München: Ernst Reinhardt.
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe
- Salman, R. (2006). *Männliche Migranten im Zwiespalt – Über die klippenreiche Reise zu neuen Männlichkeiten und zur Notwendigkeit interkultureller Suchthilfe*. In: J. Jacob; H. Stöver (Hrsg.). *Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmidt, L.G.; Schmidt, K. (2003). *Entwicklung und Verlauf*. In: *Alkoholabhängigkeit*. DHS Suchtmedizinische Reihe Band 1, S. 29-44.
- Schreiber, L. H. (2003): *Abhängigkeit oder Sucht?* In SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Heft 2, S.126-128
- Schuntermann, M. F. (2009). *Einführung in die ICF*. 3 überarb. Auflage. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: ecomed Hüthig Jehle Rehm GmbH
- Schwoon, D R. (2001). *Koinzidenz psychischer Störungen und Sucht*. In: Tretter, F.; Müller, A. (Hrsg): *Psychologische Therapie der Sucht – Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Göttingen: Hogrefe

Statistisches Bundesamt. Fachserie 1, Reihe 2.2 *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund*, Wiesbaden 2012, Textteil: Methodische Bemerkungen mit Übersicht über die Ergebnisse. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220117004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 14.09.13)

Tretter, F.; Müller, A. (2001). *Psychologische Therapie der Sucht – Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Göttingen: Hogrefe

Tuncay, M. (2013). *Die türkischsprachige Glücksspieler-Hotline. Erfahrungen und Rückschlüsse*. Jahrestagung des Fachverbandes Glücksspielsucht. Hannover, 05.12.13. Verfügbar unter:

http://www.gluecksspielsucht.de/files/10_tuncay_fags_vortrag_05_12_2013.pdf (Zugriff am 02.10.14)

Walters, G. D. (2007). *Der Lebensstil-Ansatz zur Behandlung von Substanzmissbrauch und Kriminalität*. In: Rotgers, F.; Maniaci, M. (Hrsg.). *Die antisoziale Persönlichkeitsstörung. Therapien im Vergleich: Ein Praxisführer*. S.125-153. Bern: Hogrefe.

Weyerer, S. (2011). *Wirksame Behandlungsmethoden bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen: Sucht*. Vortrag. 10. Fachtag Gerontopsychiatrie. Nürnberg

Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H.; Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V (F) Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. 5. Aufl. Bern: Huber

Wilken, B. (2010). *Methoden der Kognitiven Umstrukturierung*. 5. Auflage, Kohlhammer Urban, Stuttgart

Hamburg, den 31. Oktober 2014

Gisela Alberti
- Dipl.-Psych. -

Stephanie Koch
- Dipl. Soz.Päd. -

ANHANG: ÖFFNUNGSZEITEN (Stand 1. August 2013)

a) Externe Suchtberatung in Haftanstalten

Der Zugang der Ratsuchenden erfolgt über schriftliche Anträge, eventuell auch durch direkte Ansprache. Die Zeiten werden jeweils mit den Anstalten abgestimmt. Die AS ist regelmäßig in folgenden Haftanstalten tätig und dafür steht das jeweils folgende Zeitbudget zur Verfügung:

- JVA Hahnöfersand - Jugendanstalt → 27,0 Wochenstunden¹⁵
- JVA Hahnöfersand - Teilanstalt Frauen → 2,0 Wochenstunden
- UHA Holstenglacis - Untersuchungshaft → 7,5 Wochenstunden
- SothA - Sozialtherapeutische Anstalt → 9,0 Wochenstunden

b) Beratungs- und Behandlungsstelle

Allgemeine Erreichbarkeit:

Montags: 11 – 14 Uhr
Mittwochs: 13 – 16 Uhr
Donnerstags: 15 – 19 Uhr
Freitags: 10 – 12 Uhr

zu diesen Zeiten ist die Geschäftsstelle für allgemeine und die AS betreffende Informationen besetzt. Neben der Kontaktpflege zu Klient/innen und der Vernetzung leisten wir am Telefon allgemeine Suchtberatung und Vermittlung. Wir vergeben Termine für die offenen Sprechstunden, für die offene Gruppe Glücksspiel und für die Schuldnerberatung.

Offene Sprechstunden Sucht:

Donnerstags 17:30 - 19 Uhr
Freitags 10:30 - 12 Uhr

Während der offenen Sprechstunden ist mindestens eine qualifizierte Fachkraft ansprechbar. Eine Voranmeldung ist wünschenswert. Inhaftierte aus dem offenen Vollzug erhalten feste Termine.

Gesprächsgruppen Sucht:

Donnerstags 19 – 20:30 Uhr
Freitags 12 – 13:30 Uhr

Die Gesprächsgruppen werden durch therapeutisch qualifizierte Fachkräfte geleitet, daran können auch Inhaftierte aus dem offenen Vollzug teilnehmen.

Offene Sprechstunde Glücksspiel:

Montags 14 – 15:30 Uhr
Mittwochs 14 – 15:30 Uhr

Während der offenen Sprechstunden ist mindestens eine therapeutisch qualifizierte Fachkraft ansprechbar. Eine Voranmeldung ist wünschenswert.

Orientierungsgruppe Glücksspiel:

Dienstags 16 – 17:30 Uhr

Diese Gruppe wird durch therapeutisch qualifizierte Fachkräfte geleitet. Sie ist offen für Neue und dient dem Einstieg in die Arbeit am Suchtproblem.

Gruppen für Glücksspieler/innen:

Montags 18 – 20 Uhr
Mittwochs 14 – 16 Uhr

die Montagsgruppe ist für Klient/innen in ambulanter Reha.

Selbsthilfegruppe der GA:

Dienstags 16 – 17:30 Uhr

für diese Gruppe der Anonymen Spieler stellen wir unsere Räume zur Verfügung.

Freizeittreff:

Freitags 18 – 21 Uhr

Der Freizeittreff ist ein zusätzliches Angebot zu den (auf Verbalität basierenden) Gesprächsgruppen: ein lockerer Treffpunkt mit Spielen, Klönen und Kochen (lernen) in einer suchtfreien Umgebung. Er wird ehrenamtlich geleitet. Die Teilnehmer/innen gestalten auch Angebote für die Feiertage.

Schuldnerberatung:

Nach Vereinbarung

die Schuldnerberatung wird von Rechtsanwält/innen geleistet. Eine Voranmeldung ist erforderlich.

¹⁵ Hinzu kommen 3 Wochenstunden in der Beratungsstelle im Segment ‚Soziale Stabilisierung und Integration‘ für Inhaftierte aus dem offenen und für Haftentlassene aus dem Jugendvollzug