

AS - AKTIVE SUCHTHILFE e.V.

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

Aufsuchende Arbeit in Haftanstalten

und

Beratungs- und Behandlungsstelle

Zuwendungsempfänger der Freien und Hansestadt Hamburg / Behörde für Wissenschaft und Gesundheit
(BWG) / Fachabteilung Drogen und Sucht

Konzeption

(Stand: 3. April 2006)

Aktive Suchthilfe e.V.
Gemeinnütziger Verein
Träger der freien Jugendhilfe

Repsoldstrasse 4 • 20097 Hamburg – St.Georg
Tel: 040 / 280 21 70 • Fax: 040 / 280 21 71
e-mail: aktivesuchthilfe@t-online.de

Mitglied in:
Der Paritätische Wohlfahrtsverband
Fachverband Glücksspielsucht e.V.
Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz e.V. Hamburg

Konten:
Bank für Sozialwirtschaft: 74 80 200
BLZ: 251 205 10
Hamb. Sparkasse: 1211/ 121 288
BLZ: 200 505 50

<u>Gliederung</u>	<u>Seite</u>
Vorbemerkung	3
1. Träger	3
2. Lage	5
3. Öffnungszeiten (siehe Anhang S. 30)	5
4. Grundlagen der Arbeit	5
4.1. Menschenbild	5
4.2. Wissenschaftlich begründete Theorien zur Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen	6
4.3. Zielsetzung der Einrichtung	9
5. Zielgruppe	11
6. Arbeitsweise	13
6.1. Segmente	16
6.2. Diagnostisches Vorgehen / Exploration	20
6.3. Angewandte Methoden	23
6.4. Zielüberprüfung	24
7. Qualitätssicherung	24
7.1. Strukturqualität	24
7.1.1. Beschreibung der Einrichtung	24
7.1.2. Beschreibung der Mitarbeiter/innen	25
7.1.3. Qualitätssicherungssystem	25
7.1.4. Zusammenarbeit mit anderen Stellen	26
7.1.5. Dokumentation	27
7.2. Prozessqualität	27
7.2.1. Hilfeplanung	27
7.2.2. Überprüfung der Ziele	28
7.2.3. Interne und externe Fortbildung	28
7.3. Ergebnisqualität	28
7.3.1. Überprüfung der Zielerreichung	28
7.3.2. Klient/innenbefragungen	29
8. Mitarbeiter/innen	29
9. Quellenangaben/Literatur	29
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.“

Aus Carl Rogers: On Becoming a Person, 1961, S.26-27 (deutsche Übersetzung)

1. TRÄGER

Die Aktive Suchthilfe e.V. (im folgenden abgekürzt als AS) ist ein selbständiger Freier Träger. Sie verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige bzw. mildtätige Wohlfahrtszwecke. Ziel des Vereins ist die Hilfe für Suchtgefährdete/abhängige, 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 sonstigen Drogen aus. Der Verein sucht eine enge Zusammenarbeit mit entsprechenden Fachorganisationen. Er ist unter Nr. 69 VR 8636 im Vereinsregister eingetragen.

Ein bisschen 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 Guttempler regelmäßig in die JVA und kümmerten sich um junge Inhaftierte mit Alkoholproblemen. (Das traf damals auf den überwiegenden Teil zu.). Sie gehörte damit bundesweit zu den ersten Initiativen, die aufsuchende Suchtberatung in Haftanstalten boten. Karl Fehrs war der Motor.* Er versuchte, viele Interessierte und in der Jugend- und Suchtarbeit Engagierte zusammenzubringen, 1973 fand das erste Wochenendseminar zum Thema ‚Jugendalkoholismus‘ mit 40 Teilnehmer/innen statt.

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 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 zu bevormunden. Doch von Anfang an arbeiteten 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‘.

* 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.

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: „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 Gruppe im Sülauhaus, einem 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 Hummelsbüttel. 1996 übernahm die AS zusätzlich zur Alkoholberatung auch die externe Drogenberatung in der Jugendanstalt Hahnöfersand.

Neben die Jugendarbeit trat zunehmend auch die Arbeit im Erwachsenenvollzug und mit haftentlassenen Erwachsenen. Dazu wurde ein Diplompädagoge eingestellt. Da Hamburg über keine eigene Einrichtung nach § 64 STGB (Entziehungsanstalt) verfügte, entwickelte die AS in Kooperation mit den Abteilungsleitungen der Haftanstalten sowie den Gerichten eine Art Modell: alkoholranke Straftäter* wurden an die AS vermittelt, dort wurde eine ambulante (selten stationäre) Alternative zur Zwangstherapie erarbeitet, die Gefangenen erhielten regelmäßig Ausgänge zu Einzel- und Gruppengesprächen in die AS, dabei sank ihr Gefährlichkeitspotenzial, Maßregeln nach §64 StGB wurden ausgesetzt, stattdessen wurden diese Klienten oft über den Übergangsvollzug ‚Moritz-Liepmann-Haus‘ haftentlassen und weiter von der AS betreut.

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 Strukturforschung Hannover (IES) aufgenommen. Das IES kam zu einer positiven Einschätzung der AS- Arbeit; gleichzeitig stellte der Bericht fest, dass die ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen sich oft überfordert sahen angesichts zunehmender professioneller Anforderungen. „... 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...(Sie) hoben die Bedeutung stabiler Kontakte zwischen den Inhaftierten und den Mitarbeitern der Alkoholfreien Selbsthilfe e.V. hervor...Die durch die Mitarbeiter der Alkoholfreien Selbsthilfe e.V. initiierte Situationsklärung hilft, den Bezug zur Realität aufrechtzuerhalten bzw. wieder herzustellen...“ Dieser Abschlussbericht des IES, der Einsatz vieler Fachleute aus Justiz und Suchtkrankenhilfe sowie der Brief eines Gefangenen aus Anstalt II Fuhlsbüttel (genannt ‚Santa Fu‘, jetzt Haus II der JVA Fuhlsbüttel) mit 220 Unterschriften Mitgefangener 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 wird. Selbstbetroffene arbeiten sowohl im multiprofessionellen Mitarbeiterteam als auch in Selbsthilfegruppen mit.

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

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).

2. LAGE

Seit dem 19. August 2004 hat die AS ihren Sitz in der Repsoldstr. 4 in 20097 Hamburg-St. Georg.



Verkehrsverbindungen:

U/S Bahnhof Berliner Tor

10 Min. Fußweg vorbei am Arbeitsamt → Besenbinderhof bis Ende → kleine 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.

Dort ist sie wieder unter einem Dach mit anderen Trägern der Hamburger Suchthilfe. Ihre erste Adresse war im Guttemplerhaus Eppendorfer Landstrasse 39 gewesen. Mit der Eröffnung der Beratungsstelle war sie von 1979 bis zum Verkauf des Guttemplerhauses 1996 im Moorkamp 5 in Hamburg-Eimsbüttel. Es folgten 6 Jahre in der Brennerstrasse 90 in Hamburg-St-Georg. Da auch dieses Haus anderen Zwecken zugeführt wurde, zog die AS um nach Hamburg-Dulsberg, Alter Teichweg 55a, bevor sie ihren jetzigen Standort bezog.

3. ÖFFNUNGSZEITEN: siehe Anhang

4. GRUNDLAGEN DER ARBEIT

4.1. Menschenbild

Das Menschenbild der AS basiert auf den Überzeugungen der Humanistischen Psychologie (Personenzentrierter Ansatz nach C. Rogers, Gestalttherapie nach F. Perls 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. 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.
4. 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.

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.“ 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. Dem entsprechen weitere Definitionen von Gesundheit, die auf einer website des DGB zusammengefasst sind: „Die Fachwelt spricht von einem dynamischen oder Balancezustand. Ein 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. Dieser Balancezustand muss zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt erneut wiederhergestellt werden und ist von persönlichen und Umweltfaktoren abhängig.... Gesundheit hat somit Prozesscharakter und ist hiernach 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 i.d.R. weder total ‚krank‘ noch total ‚gesund‘. Anders ausgedrückt: auch kranke Menschen haben gesunde Anteile und Stärken. Und die Zustände sind nicht statisch, sondern das Ergebnis ständiger Ausgleichs- und Anpassungsprozesse. Die seelische und oft auch körperliche Gesundheit eines Menschen ist beeinträchtigt, wenn sich diese Mechanismen der Selbstregulierung nicht entwickeln konnten/können.

4.2. Wissenschaftlich begründete Theorien zur Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen (Unser Verständnis von Abhängigkeit)

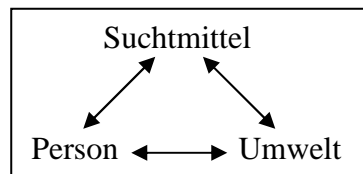
Nach Treutter und Müller (2001) besteht das Suchtrisiko einer Person in der Summe ihrer Risikofaktoren minus der Summe ihrer Schutzfaktoren; nur Langzeitstudien könnten einigermaßen sichere Auskunft geben, was Ursache und was Wirkung der Sucht ist und was unabhängig davon auftritt. Wir gehen heute von 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:

- 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 der Trinkeffekte mit zunehmender Automatik. Bezeichnenderweise antworten unsere Klient/innen auf die Frage, wie es zu Trinksituationen kam, sehr oft: „Wieso? Das kam doch ganz automatisch!“ - Die aus der Verhaltensforschung bekannte Regel, dass 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 sowie des ‚Großen Spiels‘ erklären.

- *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 zugleich 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).
- Die in der *Psychoanalyse* immer wieder betonte Bedeutung der Mutter-Kind-Beziehung muss einer gesellschaftskritischen Betrachtung unterzogen werden: was z.B. ist mit der Bedeutung der Vater-Kind-Beziehung? Diese ist gerade bei Glücksspieler/innen charakteristisch problembeladen. Auffällig ist oft die Vater-Tochter-Bindung bei Alkoholikerinnen gegenüber der Mutter-Sohn-Bindung bei Alkoholikern. Zweifellos aber prägen frühe Erfahrungen die Sicht der eigenen Person in Beziehung zu anderen und auch die Einstellung Suchtmitteln gegenüber.
- Nach der *Persönlichkeitstheorie* wird eine Suchtentwicklung vor dem Hintergrund bestimmter Persönlichkeitsmerkmale erklärt. Menschen mit neurotischen Störungen (Depressionen, Ängste...), 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 lassen sich psychische Krankheit und Suchtmittelkonsum auch als Versuche eines Individuums verstehen, einen Platz in der Welt zu finden und sein Leben zu bewältigen.
- Wichtige Erkenntnisse hat die *neurobiologische* Forschung geliefert. Menschen mit einem niedrigen Serotoninspiegel sind anfälliger für eine Suchtentwicklung. Serotonin sorgt für ein grundlegendes Wohlbefinden. Ein erhöhtes Risiko für Suchtverhalten zeigen Menschen, in deren Hirnstoffwechsel durch verstärkten Dopaminausstoß das Belohnungssystem gestört ist und nach ständiger Stimulation verlangt. Suchtmittel wie Alkohol, Drogen oder auch Glücksspiel stimulieren u.a. 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.
- Als letzter in dieser Reihe soll noch der *systemische Ansatz* aufgeführt werden. Hierbei wird jeweils ein System in seinen Regelkreisen (Wechselbeziehungen) zugrundegelegt. Die Rückkopplungsprozesse können konsumsteigernde (Teufelskreise) oder auch konsumdämpfende Wirkung haben. Herauszuheben sind insbesondere drei Teufelskreise, 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).

Die Entstehung einer Sucht wird von mehreren Faktoren beeinflusst, zur Verdeutlichung dient das Suchtdreieck (nach Feuerlein):



Kellermann (2005) weist auf die banale Tatsache hin, dass es ohne die Verfügbarkeit eines Suchtmittels auch keine Abhängigkeit davon geben kann. Die Griffnähe als Suchtauslöser wird wirklich ernsthaft nur bezüglich illegalisierter Drogen problematisiert oder bei der Rückfallprophylaxe. Es scheint derzeit gesellschaftlich nicht opportun, den Blick auf äußere Faktoren wie Trinkzwänge, Griffnähe, strukturelle Prävention zu richten. Wenn wir das Suchtdreieck betrachten, so erscheint der Faktor ‚Person‘ gegenüber dem Faktor ‚Umwelt‘ bei den Erklärungsansätzen und damit auch in der Prävention überproportioniert.

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. Nach Schätzung von Expert/innen im Strafvollzug waren 40% der jugendlichen und bis zu 40% der erwachsenen männlichen Straffälligen früher Opfer. Die Autoren im Band 1 der Suchtmedizinischen Reihe (2003) folgern aus Tierforschungsergebnissen, dass frühe psychosoziale Stressoren Störungen im zentralen Serotoninsystem hervorrufen können.¹ „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.“ (S.34).

Sucht oder Abhängigkeit: Die AS hat sich für den Terminus ‚Sucht‘ entschieden. In der Zeitschrift ‚Sucht‘ (Heft 2, 2003) kommt L.H. Schreiber zu dem Schluss „dass Süchtige in der Regel krank und Abhängige untergeordnet sind. Sucht ist der aussagekräftigste, unmissverständlicher Fachterminus für rauschbedingtes Verhalten.“ (S.128).

Für die Betrachtung des Faktors Suchtmittel gilt (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).

¹⁾ vergl. S.9 zu *neurobiologischer Forschung*

- 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. – Die Begriffe ‚Sucht‘ und ‚Abhängigkeit‘ werden oft als Synonyme verwendet. Wir kehren jedoch zum Begriff ‚Sucht‘ zurück, weil er uns treffender und eingrenzender erscheint.
- 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.)
- Suchtdefinition: Die ICD-10 (internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO 1990) nennt für das „Abhängigkeitssyndrom“ 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

4.3. Zielsetzung der Einrichtung

Oberstes Ziel ist die Befähigung unserer Klient/innen, ihr Leben suchtfrei und ohne Straftaten in sozialer Verantwortung (§ 2 Strafvollzugsgesetz , abgekürzt StVollzG) und für sich selber sinnbringend zu gestalten. Jeder Schritt auf dem Weg dorthin – und sei er noch so klein – ist bereits ein Erfolg.

Die AS wirkt im Schnittpunkt von Suchtgefährdeten- und Straffälligenhilfe, ist also beiden Arbeitsfeldern zuzuordnen. eines ihrer wichtigsten Ziele ist es, Menschen zu erreichen, die in Zusammenhang mit Suchtmittelgebrauch (auch, aber nicht nur Suchterkrankung) straffällig geworden sind. Die Analyse und Aufarbeitung dieser Zusammenhänge erfordert eine über die Suchtberatung hinausgehende Fachlichkeit. Ihre Arbeit dient neben der Suchtbewältigung auch der Resozialisierung und führt zu Haftzeitverkürzung/Haftvermeidung. Oft werden Menschen nur deshalb vorzeitig aus der Haft entlassen, weil die AS die nachfolgende Betreuung übernimmt. Regelmäßig nehmen die Gerichte dabei die AS in die Pflicht.

Sie ist auch Teil der externen Suchtberatung in Haftanstalten. Dazu heißt es in der Rahmenleistungsvereinbarung mit der Justizbehörde: „Die Träger der externen Suchtberatung nehmen Aufgaben des Vollzuges im Rahmen der §§ 71 und 74 des Strafvollzugsgesetzes (StVollzG) sowie der entsprechenden Bestimmungen in der Untersuchungshaftvollzugsordnung wahr, indem sie die anstaltsinterne Betreuung von Suchtgefährdeten und Abhängigen durch Beratungs- und Betreuungstätigkeit ergänzen, die insbesondere auf die Vorbereitung der Entlassung und auf die Vermittlung in Behandlungsangebote außerhalb des Vollzuges gerichtet ist.“ (S. 2). Fachlich geht es also darum, inhaftierten Suchtkranken die erforderliche Behandlung und Zugang zum angrenzenden Hilfesystem zu ermöglichen.

Neben dem Hilfsangebot für die Klient/innen (siehe Zielgruppen) 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‘).

Besonderheiten unserer Arbeitssituation I: Die Institution Strafvollzugsanstalt

In einer Haftanstalt folgen die *Abläufe* internen Regeln, die nicht automatisch einsichtig sein müssen. Trotz des gegenteiligen Anspruchs im StVollzG ist die *Trennung* zwischen Personal und Insassen relativ strikt. Es handelt sich um eine hierarchische Ordnung mit einer asymmetrischen Kommunikation. Vermehrt zeigt sich in den letzten Jahren eine neue Akzentsetzung: Das Ziel der *Sicherheit* mit den Methoden der *Überwachung* tritt mehr in den Vordergrund zu Lasten des anderen Ziels im StVollzG, der (Re)Integration.

Unsere Mitarbeiter/innen sind auf die Zusammenarbeit mit der Institution und deren Personal angewiesen. Zugleich gilt aber 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, ohne ihre Funktion zu übernehmen. Gleichzeitig ist die vertrauensvolle Kooperation mit den Inhaftierten unabdingbar.

Normalerweise ist es für den Prozess der Suchtberatung von großer Bedeutung, dass die Beraterinnen sich in der Realität überprüfen und ausprobieren können; dadurch erleben sie Stärken und Schwächen, gemeisterte Verführungssituationen oder Rückfälle etc. Dabei kann sich die Tatsache, noch durch den Vollzug überwacht zu werden (z.B. Kontrollen bei der Rückkehr), durchaus stabilisierend auswirken. Bei Klient/innen im offenen Vollzug ist die Arbeit mit diesen Erfah-

rungen auch möglich, sie erleben sich bei Ausgängen und Urlauben. Im geschlossenen Vollzug hingegen – und davon sind immer mehr Gefangene betroffen – fehlen diese Möglichkeiten. Vom Umgang mit Verführungssituationen in Bezug auf Suchtmittelmissbrauch in den Anstalten abgesehen, ist im geschlossenen Vollzug keine weitergehende Erprobung möglich.

Faktor Zeit: einerseits sind die Klient/innen gut erreichbar im Vollzug. Andererseits fallen die Abendstunden weg, weil die Gefangenen eventuell bereits ab dem späten Nachmittag eingeschlossen sind und Externe auch die Anstalten verlassen müssen. Besonders im Jugendvollzug stehen wichtige Programme (Schule und Ausbildung, Antiaggressionstraining...) in Konkurrenz zur Suchtberatung. Hinzu kommen Besuche von Verteidiger/innen, Jugendgerichtshilfe, Gutachter/innen, Verwandten und allgemein den Haftalltag betreffende Terminplanungen (Mahlzeiten, Freistunden, Hausalarm...), die ein hohes Maß an Koordination sowohl von den Haftanstalten als auch von unseren Mitarbeiter/innen erfordern.

5. ZIELGRUPPE

Die AS wendet sich an Suchtgefährdete, Suchtkranke und deren Angehörige. Sie arbeitet suchtmittelübergreifend mit dem Schwerpunkt legale Suchtmittel (vor allem Alkohol, aber auch Medikamente und Glücksspiele), im Jugendvollzug ist sie auch für die externe Drogenberatung zuständig. 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 beginnt mit 14 Jahren, im Jugendvollzug liegt das Alter zwischen 14 und 24 Jahren, wobei die meisten unserer Klienten dort zwischen 17 und 20 Jahre alt sind.

Besonderheiten bezüglich der Suchtmittel:

Bei *Konsument/innen illegaler Drogen* ist bekannt, dass sie häufig straffällig werden (Beschaffungskriminalität, aber auch Gewaltdelikte und andere Straftaten). Für sie sieht das Betäubungsmittelgesetz (BTMG) gesetzliche Möglichkeiten vor, die Strafverfolgung und Strafvollstreckung zugunsten einer Therapie zurückzustellen (§ 35 ff). Die Zeit in der Therapie kann dabei auf die Strafzeit angerechnet werden. Mit anderen Worten: eine Haftstrafe verringert sich um die in der Therapie zugebrachte Zeit. Drogenabhängige mit einer Freiheitsstrafe bis zu 2 Jahren können ‚Therapie statt Strafe‘ machen.

Diese Chance besitzen *Abhängige legaler Drogen* nicht, jedenfalls noch nicht. Doch auch *Alkoholkonsument/innen* werden oft straffällig, und zwar nicht nur wegen so bekannter Delikte wie Fahren unter Alkoholeinfluss oder ohne gültige Fahrerlaubnis. „Betrunkene gefährden und schädigen nicht nur sich selbst, sondern auch Dritte. Das gilt zum einen für alle unfallträchtigen Situationen. Zum anderen trägt Alkohol vielfach zum Ausbruch von Aggressivität und Gewalt gegen andere bei. Als alkoholtypische Vergehen gelten Körperverletzung, Totschlag, Vergewaltigung, Kindesmisshandlung und Gewalt in der Familie, zu nennen sind auch Beleidigung und Sachbeschädigung. Nach polizeilicher Erkenntnis stehen fast ein Viertel aller eines Gewaltdelikts Verdächtigen unter Alkoholeinfluss.“ (DHS Basisinformation Alkohol S.10). Anzumerken bleibt, dass längst nicht in allen Fällen eine Alkoholisierung erfasst wird; Expert/innen in der Straffälligenarbeit, die für dieses Thema sensibilisiert sind, schätzen den Anteil weitaus höher ein.

Zu den legalen Drogen gehört auch das Glücksspiel. Das *pathologische Glücksspiel* ist wohl die teuerste uns bekannte Suchtform; der Geldbedarf übersteigt oft den für Drogenbeschaffung bei weitem. Untersuchungen belegen, dass mindestens 50% der behandlungsbedürftigen Spieler/innen in die Beschaffungskriminalität geraten; typisch sind dabei vor allem gewaltfreie Beschaffungsdelikte, aber auch Bank- und Spielhallenüberfälle. Süchtige Spieler/innen sind schier unerschöpflich im Auftun neuer Geldquellen, ihre Betrugs- und Unterschlagungsdelikte gehen mitunter in die Millionenbeträge und können andere Menschen um ihre Existenz bringen. Die *kriminogene Potenz* des Glücksspiels wurde z.B. in der 1998 erschienenen Studie von Gerhard Meyer et al. (Universität Bremen) belegt. Diese zeigt auf, dass mit zunehmender Verbreitung von Glücksspielen in einer Region auch die Kriminalitätsrate (Beschaffungsdelinquenz) steigt.

Besonderheiten unserer Arbeitssituation II: Unsere Klientel im Strafvollzug

Abhängigkeit: Im Strafvollzug ist nahezu alles geregelt, vom Tagesablauf über die Arbeitssituation bis hin zur Freizeit. Eigene Entscheidungen sind auf kleinste Bereiche beschränkt. In allen wichtigen Lebensbezügen sind Inhaftierte abhängig. Selbst die Entscheidung zur Zusammenarbeit mit der Suchtberatung wird häufig von der Anstalt oder vom Gericht vorgegeben, weil sonst keine positive Prognose oder vorzeitige Entlassung in Aussicht gestellt wird. Inhaftierte „erleben sich als ausgeliefertes und hilfloses Objekt“ (Jesse in Lauth/Viebahn „Soziale Isolierung“). „Apathie, depressive Stimmung Niedergeschlagenheit Konzentrationsschwächen ... und psychosomatische Beschwerden gehören zum Gefängnisalltag“ (ebd.). Eine Privatsphäre gibt es so gut wie überhaupt nicht. Menschen, die unter solchen Vorbedingungen zur Beratung gehen, haben meist eine andere Einstellung zum Gespräch als Ratsuchende, die in Freiheit eine Einrichtung aufsuchen, die sich nach u.U. reichlicher Überlegung dazu entschlossen haben, sich dem Suchtproblem zu stellen. Hier wird Sensibilität von den Mitarbeiter/innen gefordert, Gespräche trotz vorhandener negativer Emotionen sinnvoll zu gestalten. Auch sind gelegentlich vermittelnde Gespräche mit den Mitarbeiter/innen der Justiz nötig, um Situationen zu glätten und Missverständnisse zu klären.

In viel höherem Masse als in Freiheit sind unsere Klient/innen u.U. auch von uns abhängig. Von unserer Einschätzung ihrer Motivation und Behandlungsfähigkeit hängt nicht nur der Zugang zu einer weiterführenden Suchttherapie ab, sondern evt. auch der weitere Verlauf der Haft sowie eine Haftentlassung. Dieser Umstand gibt uns viel Macht; das bedeutet einerseits gute Einflussmöglichkeiten, erfordert aber auch ein sensibles Agieren sowohl in der Schaffung eines therapeutischen Klimas als auch nach außen hin.

Zur Abhängigkeit gehört weiterhin, dass manche Inhaftierte den Kontakt zu uns gelegentlich nutzen, um sich ein Stückchen Freiraum zu sichern. Natürlich gibt es auch außerhalb von Haftanstalten Abhängigkeitsverhältnisse: welche Suchtkranke kommen denn ganz freiwillig ohne jeglichen äußeren Druck (Familie, Arbeitgeber, Leistungsträger ...) in die Suchtberatung? Trotzdem haben nichtinhaftierte Menschen ungleich größere Wahl- und Ausweichmöglichkeiten. Allein die Tatsache, eine Stunde in der Suchtberatung zu sitzen und damit dem Vollzugsalltag ein Stück weit entronnen zu sein, kann einerseits motivierend wirken. Andererseits kann es zu Druck und Unverständnis seitens Vollzugsbediensteter führen (vergl. voriges Kapitel), besonders wenn Suchtprobleme (die im Vollzug oft ja gar nicht sichtbar sind), bagatellisiert werden. Besonders Alkoholiker/innen erscheinen im Vollzug oft als angepasst, leistungsfähig und zuverlässig. Und Alkoholprobleme werden, wie allgemein in der Gesellschaft, oft verharmlost.

Äußere Umstände: Nicht jede/r Inhaftierte, die/der für eine Therapie motiviert ist, kann auch eine Therapie 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. Verlegungen in Anstalten, in denen wir nicht präsent sein können, unterbrechen den Kontakt, der evt. später neu aufgebaut werden muss. Oft müssen wir erst erhebliche Frustrationen aufarbeiten, ehe das Suchtproblem in den Blick genommen werden kann.

Unsicherheiten: Besonders in der Untersuchungshaft (welche Strafhöhe oder auch Haftentlassung wird das Urteil bringen?), aber teilweise auch in der Strafhaft (unsicherer Entlassungszeitpunkt) erschweren die offenen richterlichen Entscheidungen eine konkrete Planung, perspektivische Überlegungen stehen also unter Vorbehalt. Hinzu kommt – besonders beim Blick auf die Entlassung – die Unsicherheit über die Zukunft in Freiheit. Die eigene Ängstlichkeit korrespondiert mit der meist schon erlebten Diskriminierung straffällig gewordener Menschen nach der Haft. Das „*Es-hat-ja doch-keinen-Sinn-Syndrom*“ kann den Aufbau einer zielorientierten Zusammenarbeit recht mühsam machen.

Psychische und soziale Komponenten: Viele Menschen in den Gefängnissen, besonders solche mit Abhängigkeitsproblemen, haben in ihrer Biografie viele Frustrationen erlitten und Traumata zurückbehalten. So sind Selbstwertgefühl, Frustrationstoleranz, Kommunikationsverhalten und weitere Komponenten einer erfolgreichen Sozialisation nicht ausreichend und adäquat ausgebildet. Aggressives, depressives und resignatives Verhalten sind die Folge, und die Angst, durch zu viel Preisgabe eigener Probleme angreifbar zu werden, ist groß. So müssen wir, um überhaupt Zugang zur Arbeit an der eigentlichen Suchtproblematik zu schaffen, diese Barrieren überwinden durch den Aufbau von Vertrauen, Selbstsicherheit und positiven Perspektiven.

Subkulturelle Elemente: In einer Haftanstalt leben unsere Klient/innen in einer unausweichlichen *Zwangsgemeinschaft*, sie können nicht wählen, mit wem sie zusammen sein wollen. Ausgeprägte Machthierarchien und die Angst, angreifbar zu werden, spielen auch innerhalb der Insassenkultur eine Rolle. Nicht jede/r „kann es sich leisten“, offen zur Beratung für Suchtkranke zu gehen. Hier ist, bei Hinweisen und Bitten von dritter Seite (Anwält/innen, Gerichte, Bedienstete der Anstalt) besondere Sensibilität und Diskretion gefordert. Und nach einer Gruppensitzung können sie nicht nach Hause gehen und selber entscheiden, ob sie private Kontakte mit anderen Teilnehmer/innen pflegen möchten. Sie gehen das Risiko ein, von anderen gehänselt, verraten oder sogar bedroht zu werden. Zum Wesen der Subkultur gehört, dass davon oft nichts nach Außen dringt; wer solche Verstöße gegen therapeutische Regeln offen anspricht, gilt als Verräter/in und hat weitere negative Konsequenzen zu befürchten. Diese *Haftsozialisation* macht die Integration unserer Klientel in allgemeine Therapieeinrichtungen oft sehr schwer und führt nicht selten zur Zurückweisung. Die Aufgabe unserer Suchtberatung umfasst auch die Arbeit mit diesen Bedingungen.

6. ARBEITSWEISE

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 haben und

automatisch den Gesetzen der Straße gefolgt sind, denken mehr nach, leben bewusster und entwickeln eigene Wertmaßstäbe. Sie lernen, sich abzugrenzen, ihre Aggressionen im Zaum zu halten, vermeiden Schädigungen der eigenen Person ebenso wie die anderer und lenken ihre Kraft eher in konstruktive Bahnen.

Unsere oft sehr haftgewohnte und misstrauische Klientel ist es gewöhnt, sich immer zu rechtfertigen und scheinbar anzupassen, unausgesprochen herrschen in Haftanstalten ausgeprägte Subkulturen. Wichtig ist uns, eine Sprachebene herzustellen, auf der sie feststellen, dass wir sie nicht angreifen. Wir wollen nicht (ver-)urteilen, 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 bezüglich ihrer teilweise sehr brutalen Erscheinungsweise und Straftaten umgehen können.

Oft ist es so, dass diese Aufbauarbeit den größten Teil einnimmt. Erst danach ist es u.U. möglich, weiter zu vermitteln an andere Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Dazu gehören neben den professionellen Stellen (z.B. Fachkliniken für Alkoholranke, Beratungsstellen etc) auch eine enge Kooperation mit Selbsthilfegruppen und –organisationen. Denn wir verstehen unsere Arbeit immer auch als Hilfe zur Selbsthilfe und schätzen die bewährte Arbeit dort. Wo möglich, stellen wir Kontakte zu Guttemplern, den Anonymen Alkoholikern (AA), den Anonymen Spielern (GA), Angehörigengruppen oder auch den kirchlichen Gruppen her. Durch unsere persönlichen Kontakte dorthin können wir leichter Schwellenängste nehmen, als es durch bloße Hinweise auf deren Existenz möglich wäre.

Als Träger der externen Suchtberatung nehmen wir Aufgaben des Vollzuges im Rahmen der §§ 71 und 74 des Strafvollzugsgesetzes sowie der entsprechenden Bestimmungen in der Untersuchungshaftvollzugsordnung wahr, indem unsere Beratung und Betreuung insbesondere auf die Vorbereitung der Entlassung und auf die Vermittlung in Behandlungsangebote außerhalb des Vollzuges gerichtet ist. Wir leisten *Vorbereitung und Vermittlung* in suchttherapeutische Einrichtungen einschließlich der formalen Klärungen. Zu unserem Konzept gehört: wer in eine Therapie vermittelt wird, sollte möglichst schon an Gruppen teilgenommen haben. Denn sonst drohen Überforderung und Abbruch der Maßnahme.

Wir begleiten unsere Klient/innen auch durch die juristischen Instanzen (siehe 7.1.3. Zusammenarbeit), in enger Kooperation mit den anderen beteiligten Stellen (Abteilungsleitungen, soziale Dienste, Gerichten, Bewährungshilfe etc.), und wir wirken mit an der Vollzugsplanung. Oft werden wir zu fachlichen Stellungnahmen aufgefordert. Durch die Arbeit in den Anstalten erarbeiten wir therapeutische Vorlagen, auf deren Grundlage die Richter/innen dann über vorzeitige Haftentlassung und Bewährungsauflagen entscheiden können.

Seit 1973 führen wir außerdem Fokustage/soziales Training zu Themen der Sucht- und Lebensbewältigung durch. Neben der Möglichkeit, einzelne Themen und Probleme vertieft zu behandeln, bieten sie für viele Teilnehmer/innen eine (oftmals erste) Erfahrung, ein Wochenende ohne Alkohol, andere Drogen und Glücksspiel in einer Gruppe zu verbringen, miteinander ernsthaft zu sprechen, aber auch zu entspannen und Spaß zu haben. Sie bieten ein wichtiges Instrument, um einmal Abstand vom Haftalltag zu gewinnen und sich unter zwar geschützten, aber doch Realitätsbedingungen zu erfahren.

Entsprechend der Zielgruppen ruht die Arbeit der AS auf grundlegenden Säulen:

- A. Aufsuchende Arbeit in Haftanstalten (Jungen, Frauen und Männer in Untersuchungshaft und Strafvollzug). *Wir gehen in die Haftanstalten, weil wir die Menschen dort besonders gut erreichen können* und weil wir die Zeit dort nutzen wollen, um Motivation/Vorbereitung für ein suchtfreies Leben zu schaffen. Wir holen Menschen, die im Sucht-Gewalt/Straftaten-Kreislauf gefangen sind, dort ab, wo sie festsitzen (in Haftanstalten), um mit ihnen die Gründe für das eigene Scheitern (zum wesentlichen Teil die eigene Sucht) zu erkennen und Veränderungen einzuleiten. Diese beziehen sich auf die Freiheit von Sucht, aber auch auf das begleitende ‚süchtige Verhalten‘ sowie auf die Einstellung zu sich selbst und zu anderen Menschen.
- B. Beratungsstelle ‚Straffälligkeit + Sucht‘: Hier sind wir da für Inhaftierte mit Vollzugslockerungen (Ausgang bzw. Hafturlaub), Haftentlassene und Angehörige. Wir unterstützen die Klient/innen nach der Haftentlassung und helfen ihnen bei der (Wieder-)Eingliederung und der Bewältigung der alltäglichen Probleme, insbesondere bei der Bewältigung ihrer Suchtproblematik. Wir veranstalten Fokustage (meist über ein Wochenende) zur Bearbeitung einzelner relevanter Themen (soziales Verhalten, Umgang mit Behörden, Kommunikation, Partnerschaft, Freizeitgestaltung...). Außerdem bieten wir als Fachstelle in der Arbeit mit straffälligen Suchtkranken Information und Beratung für sonstige Zielgruppen (z.B. Bewährungshilfe, freie Straffälligenhilfe, Haftanstalten, Rechtsanwält/innen ...).

Die Beratungs- und Behandlungskette kann aus aufeinander folgenden Elementen bestehen:

- Möglichst schon in der Untersuchungshaft den Inhaftierungsschock für Motivation nutzen und suchtherapeutische 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.
- Während der Strafhaft gilt es, Motivation aufrechterhalten und Therapieperspektiven zwecks guter Prognose ebenso wie Haftverkürzung (weiter) entwickeln.
- Betreuung in der Beratungsstelle bei Vollzugslockerungen sowie nach Haftentlassung. Damit ist eine stufenweise Eingliederung möglich, um der Gefahr von Rückfällen vorzubeugen. Angebote auch für Angehörige.

Über die Arbeit mit Inhaftierten und Haftentlassenen hinaus ist die Beratungsstelle der AS Teil der Hamburger Suchthilfe und wird dementsprechend auch allgemein von Ratsuchenden zu Suchtproblemen und den verschiedenen Möglichkeiten der Hilfe in Anspruch genommen.

- C. Ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle Glücksspiel: Die AS arbeitet seit mehr als 20 Jahren auch mit Spieler/innen. Das Projekt Glücksspielsucht der AS ist über sechs Jahre gewachsen. Es wurde von erfahrenen professionellen Suchttherapeut/innen und –Berater/innen aufgebaut und ist eine Kombination aus Kontakt- und Informationsstelle mit einer Beratungs- und Behandlungsstelle. Der Standort ist zentral in St. Georg, Nähe Hauptbahnhof. Zielgruppe sind suchtkranke und suchtgefährdete Spieler/innen und deren Angehörige. - Das Einzugsgebiet ist ganz Hamburg.
Dieses Projekt wendet sich also nicht speziell an die Zielgruppe ‚Inhaftierte und Haftentlassene‘). Allerdings nimmt es auch viele dieser Klient/innen auf, so dass es auch eine Entlastung der Arbeit der AS mit Haftentlassenen darstellt bzw. eine fachgerechte Versorgung dieser Klientel sicherstellen kann.

Die AS leistet neben der Suchtberatung im engeren Sinne auch Hilfestellung bei der Herausarbeitung und Bearbeitung psychosozialer Probleme, Stärkung von Problemlösungskompetenzen, mit dem Ziel der Stabilisierung. Sie kooperiert mit anderen Einrichtungen. Sehr wichtig ist die Integration in eine Gruppe. Neben den fachlich geleiteten Gruppen wird auf die Vermittlung in Selbsthilfegruppen viel Wert gelegt. In der AS tagt regelmäßig auch eine Gruppe der Anonymen Spieler (GA). Der Zugang zu unseren Gruppen erfolgt über vorherige Einzelgespräche, die vereinbart wurden oder in der offenen Sprechstunde stattfinden. Damit die Teilnahme an den Gruppen erleichtert wird, ist jeweils direkt vorher eine Einzelsprechzeit eingerichtet.

- D. Staatlich anerkannte Schuldnerberatung: dieses Angebot ist nicht zuwendungsfinanziert; es wird von Rechtsanwält/innen erbracht. Es umfasst Hilfestellung im Umgang mit Mahnungen und allgemeine Schuldenberatung einschließlich der Begleitung im Insolvenzverfahren.

6.1. Segmente

Nachfolgend werden die mit der BWG/Fachabteilung Drogen und Sucht für 2006 vereinbarten Leistungssegmente wiedergegeben:

Öffnungszeiten/ Erreichbarkeit

Die nachfolgend beschriebenen Leistungsangebote sind für die oben genannten Zielgruppen im Umfang von 48,5 Stunden in Hamburger Haftanstalten, 17,5 Stunden in der Beratungsstelle und wöchentlich bereit zu halten.

Erstkontakte und Informationen in der Beratungsstelle

Zu diesem Leistungssegment gehören fachbezogene Informationen und Auskünfte für ratsuchende Besucher/innen sowie für die Zielgruppe der Suchtmittelabhängigen und -gefährdeten sozialpädagogische Erstberatung. Das Angebot erfolgt in Form von persönlichen und telefonischen Gesprächen sowie im Bedarfsfall in Form von Begleitung.

Informationsgespräche in Haftanstalten

Diese Leistungen haben das Ziel, die Zielgruppe in den Haftanstalten frühzeitig zu erreichen, in akuten Krisen Hilfe anzubieten und nach einer ersten vorläufigen Einschätzung der persönlichen Situation gegebenenfalls weitere fachlich notwendige Schritte einzuleiten. Zu diesem Leistungssegment gehören fachbezogene Information sowie Erst- bzw. Akutberatung für die Zielgruppe der Suchtkranken (durchschnittlicher Zeitaufwand pro Fall 15 Minuten).

Beratung

Das Aufgabenfeld der Beratung für Personen mit problematischem Suchtmittelkonsum bzw. Abhängigkeitssymptomen grenzt sich einerseits gegenüber dem Segment Erstkontakte und Informationen, andererseits gegenüber den Segmenten Therapievorbereitung und Therapievermittlung und Soziale Stabilisierung und Integration ab. Auch im Rahmen der Beratung können Vermittlungen z.B. in Entgiftung, Vor- und Nachsorgeeinrichtungen, Übergangseinrichtungen, Substitutionsbehandlungen, Psychosoziale Betreuung und in Selbsthilfegruppen stattfinden.

Es wird von zwei verschiedenen Formen der Beratung ausgegangen:

➤ **Einmalige Beratung**

als einmalige intensive Hilfestellung im Rahmen eines ausführlichen Gesprächs beinhaltet eine gründliche Information, das Aufzeigen von eigenkompetenten Umgangsweisen mit der vorliegenden Problemlage. Diese Form der Beratung umfasst ein Beratungsgespräch incl. Dokumentation im rechnerischen Durchschnitt von 75 Minuten.

➤ **Längerfristige Beratung und Motivation**

als ein dynamischer Prozess dient dem schrittweisen Erkennen und Entwickeln von Ressourcen der Hilfesuchenden. Nach der Erstellung der Anamnese werden im Rahmen eines individuellen Hilfeplans realisierbare Nah-, Mittel- und/oder Fernziele mit den Hilfesuchenden erarbeitet. Der Hilfeplan wird kontinuierlich überprüft und aktualisiert. In der Regel mündet der Beratungsprozess nach Fertigstellung des Hilfeplans in eine andere Hilfeform oder in der Beendigung der Beratung. Diese Form der Beratung (Einzel- und/oder Gruppengespräche) umfasst durchschnittlich 5 Stunden incl. Dokumentation pro Fall.

Therapievorbereitung und Therapievermittlung

Das Leistungssegment der Therapievorbereitung und -vermittlung beginnt, wenn Klient/-in und Berater/-in überein gekommen sind, dass als Hilfeform eine Therapie angemessen, notwendig und erwünscht ist. Die Arbeitsinhalte umfassen den gesamten formellen Bereich der Antragsstellung beim zuständigen Leistungs-/Kostenträger einschließlich des Erstellens eines Sozialberichts, der Auswahl der geeigneten Therapieeinrichtung sowie die individuelle Vorbereitung der Klientin, des Klienten auf die bevorstehende Therapie.

Vermittlungen erfolgen in weiterführende therapeutische Maßnahmen wie:

- teilstationäre Therapie
- stationäre Langzeittherapie
- stationäre Kurzzeittherapie
- ambulante medizinische Rehabilitation

Die Therapievorbereitung und -vermittlung endet mit dem Übertritt in die angestrebte Maßnahme, dem Abbruch oder ggf. Wechsel in eine andere Hilfeform. Sie umfasst in der Regel nicht mehr als 5 Einzel- und/oder Gruppengespräche mit der Klient/-in sowie einen angemessenen Verwaltungsaufwand. Der rechnerische Durchschnitt des Gesamtaufwandes pro Fall beträgt 6,5 Stunden.

Soziale Stabilisierung und Integration

Soziale Stabilisierung und Integration hat das Ziel, die Chronifizierung und/oder eine Verschlechterung des gesundheitlichen und/oder psychosozialen Zustandes der Klientel durch geeignete lebenspraktische Hilfen soweit wie möglich zu vermeiden. Der Prozess der sozialen Stabilisierung und Integration beruht auf einem Kontrakt zwischen dem/ der Klient/-in und dem/ der Betreuer/-in über Fernziele, die durch jeweils zu vereinbarenden Nahziele präzisiert, kontinuierlich überprüft und aktualisiert werden.

Soziale Stabilisierung und Integration ist oft ein mehrmonatiger Prozess. Sie wird in Form von Einzelgesprächen, telefonischen Gesprächen, offenen und/oder strukturierten Gruppen sowie gegebenenfalls in Form von Begleitung der Klientel zu Ämtern oder ähnlichen durchgeführt.

Soziale Stabilisierung und Integration endet mit der Überleitung der Klient/-in in eine andere Hilfeform, in die Selbstständigkeit oder durch Abbruch dieser Hilfeform.

Soziale Stabilisierung und Integration kann als erfolgreich angesehen werden, wenn die Klientin, der Klient in der Lage ist, die nachfolgend genannten Grundbedürfnisse selbstständig zu erfüllen, bzw. die durch Unterstützung erworbene Stabilisierung zu erhalten.

Zu den Arbeitsinhalten und Arbeitszielen der sozialen Stabilisierung und Integration gehören:

Existenzsicherung:

Kontakte und Vermittlung zu Leistungsträgern wie zum Beispiel Sozialämtern und Krankenkassen; Schuldnerberatungsstellen; gegebenenfalls Rückkopplung mit Justiz und Bewährungshilfe

Gesundheitliche Vor- und Fürsorge:

Kontakte, Vermittlung und Rückkopplung zu Beratungseinrichtungen zu Gesundheitsfragen, Allgemein- und Fachärzt/-innen, krankenpflegerischer Akutbehandlung, Krankenhäusern, Entgiftungseinrichtungen, Methadonambulanzen, Vorsorge- und Übergangseinrichtung etc.

Wohnungssicherung und -beschaffung:

Kontakte, Vermittlung und Rückkopplung zu Übernachtungsstätten und Notschlafstellen zur Beseitigung von Obdachlosigkeit, Wohnungsämtern, Bezirksstellen zur Wohnungssicherung, Beratungsstellen für Wohnungslose

Vermittlung und Sicherung von Beschäftigung, Arbeit und Ausbildung:

Kontakte, Vermittlung und Rückkopplung zu Arbeitsämtern, Arbeitsagenturen (ARGE), Schulen, Ausbildungsstätten, beruflichen Rehabilitationsträgern, Beschäftigungsträgern und Vermittlung von Beschäftigungsmaßnahmen

Stabilisierung des sozialen Umfeldes:

Wiederherstellung des Kontakts zu Angehörigen, Kontakt zu und Vermittlung von Freizeitangeboten, Selbsthilfegruppen oder an geeignete soziale Dienststellen

Falls Soziale Stabilisierung und Integration mit der Methode des **Case- Management** (CM) erfolgt, ist folgendes zu beachten:

Indikation für die Methode ist

- eine chronifizierte (Mehrfach-) Abhängigkeit der Klientel sowie
- ein komplexer Hilfebedarf der der Koordination verschiedener Leistungsanbieter bedarf und
- die Notwendigkeit längerfristig angelegter Maßnahmen zur Sozialen Stabilisierung und Integration.

Wesentliche Bestandteile des CM sind

- die Erstellung eines individuellen schriftlich vereinbarten Hilfeplans,
- die Initiierung der Hilfemaßnahmen und deren Weiterverfolgung sowie
- deren Dokumentation.

Methodisch und inhaltlich sind die Arbeitsansätze des Bundesmodellprogramm Case-Management zu übernehmen und fortzuentwickeln.

Der rechnerische Durchschnitt des Gesamtaufwandes pro Fall beträgt 18 Stunden.

Ambulante medizinische Rehabilitation

Ambulante medizinische Rehabilitation erfolgt entsprechend der „Vereinbarung Abhängigkeits-erkrankungen“ sowie den „Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischen Glücksspielern“ und darauf folgende Vereinbarungen in der jeweils gültigen Fassung. Jede Maßnahme wird mit vorrangigen Kostenträgern abgerechnet. Sie erfolgt entweder als rein ambulante Maßnahme oder als Anschlussmaßnahme an teilstationäre oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen. Der rechnerische Durchschnitt des Gesamtaufwandes pro Fall beträgt 39 Stunden.

Öffentlichkeitsarbeit

Zur fachgerechten und ordnungsgemäßen Durchführung der Aufgaben der Einrichtung gehören Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit. Dies sind:

- Förderung Akzeptanz im Umfeld der Einrichtung
- Information über die Leistungsangebote der Einrichtung
- Veröffentlichung der jeweiligen Öffnungszeiten/Erreichbarkeit
- Gremienarbeit
- Information zu arbeitsbezogenen Themen für Politik und Verwaltung
- Erarbeitung und Veröffentlichung von Informationsunterlagen (diese sind der Behörde zeitnah und unaufgefordert zuzusenden)

Vernetzung

Kontaktpflege, Kooperation und Aktualisierung des Angebotes sind wichtige Bestandteile für die bedarfsgerechte Aufgabenerfüllung. Der Verein verpflichtet sich, seine Tätigkeiten im erforderlichen Maße mit anderen Trägern von Einrichtungen im Suchthilfebereich sowie angrenzender Aufgabengebiete zu vernetzen. Dies beinhaltet darüber hinaus

- die Mitarbeit in Fachgremien des Hamburgischen Suchthilfesystems,
- die Kontaktpflege zu stationären und ambulanten Suchthilfeeinrichtungen im Einzugsgebiet

sowie die

- Zusammenarbeit mit regionalen und überregionalen Diensten, ÄrztInnen, Forschungseinrichtungen.

Der Aufwand für die Arbeit in Fachgremien ist auf das für eine gute Vernetzung erforderliche Maß zu beschränken. Projektbezogene Arbeitsgruppen sind zeitlich zu befristen.

Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung und evtl. Prävention erbringt der Verein in einem Umfang von 2% der Fachstunden und dokumentiert diese Aktivitäten in der LEIDO sowie im Sachbericht hinsichtlich Inhalt und Umfang.

Qualifizierungsmaßnahmen

beinhalten Teambesprechungen, Supervision, Fort- und Weiterbildung sowie die Teilnahme an Tagungen/Kongressen.

Darüber hinaus betreibt der Verein einrichtungsbezogene Qualitätssicherung in Form eines Qualitätsmanagements. Der Verein berichtet der Fachabteilung über alle wesentlichen mittelbar und unmittelbar klientelbezogenen Ergebnisse dieser QM.

Sachbericht

Der Sachbericht umfasst folgende Punkte:

- Verweis auf die aktuelle Konzeption vom 1.4.2006
- Aussagen zu Ressourcen und Personal
- Schilderung von Arbeitsprozessen
- Klient/innenbezogene Ergebnisse
- Darstellung ausgewählter Strukturdaten (Geschlecht, Alter, Einkommen, etc.)
- Aufstellung des erreichten Klientel in den einzelnen Haftanstalten
- Vergleich Ist-Soll mit Abweichungsanalyse
- detaillierte und differenzierte Beschreibung der geleisteten Hilfestellungen sowie die Dokumentation des durchschnittlichen erforderlichen Zeitaufwandes im Leistungssegment Soziale Stabilisierung und Integration
- gesonderte differenzierte Berichterstattung zu Ergebnissen (Erfolge und Misserfolge)
- Beschreibung der Qualifizierungsmaßnahmen
- Darstellung der Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung
- Zusammenfassende Bewertung mit Handlungsperspektiven und Handlungsbedarfen

6.2. Diagnostisches Vorgehen / Exploration

Nach Müller (in Tretter/Müller 2001) 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/Plog (1978) 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. Mitunter müssen wir die Voraussetzungen dafür erst erarbeiten, weil jemand gar nicht sprechen mag/kann, sich nicht konzentrieren bzw. stillsitzen kann. (vergl. S.22).

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? 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, mitunter hat sie selbst Suchtcharakter (z.B. bei Kleptomanie, Delikten rund ums Auto..). 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 Konsummengen, 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: Zunächst klären wir 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 (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 Lebensge-

fühl? – 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, Drogenberatung...)? Ist eine Kontaktaufnahme zu den Abteilungsleitungen und sozialen Diensten der Haftanstalt sinnvoll?

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

1. In welcher Phase bezogen auf - ggf. verschiedene - Suchtmittel befindet sich unser/e 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 (vergl. Prochaska und DiClemente, 1983 sowie ‚Umgang mit Alkohol‘, DHS 2004):

- 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, Kontakt zu den Kindern....

6.3. Angewandte Methoden

Am Beginn steht die *Klärung der äußeren Bedingungen*. In diesem Zusammenhang ist es von Bedeutung, dass die AS Teil der externen Suchtberatung ist. Die Mitarbeiter/innen sind nicht unmittelbar in die Anstalten eingebunden; sie nehmen aber mit einem besonderen externen Status Aufgaben des Vollzuges im Rahmen der §§ 71 und 74 des StVollzG und entsprechender Bestimmungen der Untersuchungshaftvollzugsordnung wahr ((vergl. Rahmenleistungsvereinbarung S.2). Inhalte der Gespräche unterliegen der Schweigepflicht, Daten werden nur anonymisiert weitergegeben, es sei denn, dass der/die Ratsuchende Stellungnahmen oder Vermittlung in andere Einrichtungen wünscht. Die AS praktiziert jedoch Rückmeldung in der Form, dass Anfragen von Haftanstalten, Gerichten, Jugendgerichts- und Bewährungshilfe nach Einhaltung von Terminen und dem Stand der Planung wahrheitsgemäß beantwortet werden.

Unsere Methoden sind:

- eine *motivierende Gesprächsführung* (Miller & Rollnick, 1999; John u.a., 2000). Wichtige Prinzipien dafür sind z.B.: Empathie, das Aufzeigen von Widersprüchen, die Vermeidung von Wortgefechten, nachgiebiger Umgang mit Widerstand sowie Selbstwirksamkeit. Mithilfe dieser Prinzipien kann der für Suchtkranke ebenso wie für Straffällige oft typischen Abwehrhaltung entgegengewirkt werden. „Verleugnung kann ein Merkmal der Abhängigkeit sein, aber auch bei amnestischen und Rest-/Folgezuständen chronischen Konsums auftreten.“ (aus den AWMF Treatment Guidelines in ‚SUCHT‘, Heft 3, 2003, S.149).
- *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. (‚Von der Schuld zur Verantwortung‘, Alberti in Arenz-Greiving, 1990). Zum Beistand gehört ferner das Angebot der Begleitung zu Gerichtsterminen. Diese kann das therapeutische Verhältnis und die weitere Arbeit sehr positiv beeinflussen.

- das *empfindende 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. Konsumstop nicht erst nach der Haftentlassung beginnen, sondern ‚Hier und Jetzt‘ z.B. beim Verzicht auf das Kiffen ansetzen.
- *sozialtherapeutische Methoden*: die AS bietet sowohl Einzel- als auch Gruppenarbeit. Gruppengespräche haben eine zentrale Bedeutung in der Suchtarbeit; denn 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 (Suchtmittel) zu schlucken. Einzelgespräche sind insbesondere erforderlich zu Beginn der Beratung, in Krisensituationen, zur Abklärung gezielter Fragestellungen und bei der Vorbereitung konkreter Maßnahmen.

6.4. Zielüberprüfung

Einzelfallbezogen findet eine regelhaft 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.

7. QUALITÄTSSICHERUNG

7.1. Strukturqualität

7.1.1. 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).

Die Beratungsstelle liegt verkehrsmäßig gut erreichbar in unmittelbarer Nähe zum Hauptbahnhof. Sie liegt im 2. Stockwerk (Fahrstuhl vorhanden). Sie verfügt über abgeschlossene Mitarbeiterzimmer (mit PC-Arbeitsplatz sowie einer Sitzecke für Gespräche), einen großen Gruppenraum (für Gruppengespräche und Freizeitgestaltung), einer modern eingerichteten Küche sowie 3 abgeschlossenen Toilettenräumen (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 e-mail.

Jede/r Mitarbeiter/in verfügt über einen eigenen PC-Arbeitsplatz; diese sind miteinander vernetzt. Datenschutzbestimmungen werden beachtet.

Für alle Mitarbeiter/innen liegt eine Stellenbeschreibung vor.

7.1.2. Beschreibung der Mitarbeiter/innen

Das Team ist multiprofessionell und somit auf die entsprechenden Bedürfnisse zugeschnitten. Vorhanden sind sowohl psychologische als auch pädagogische Fachkompetenz, ferner arbeiten ausgebildete Suchtberater/innen (Sozialtherapeut/innen) mit. So sind sowohl die wissenschaftliche Grundlage wie auch die praktische Erfahrung und die Ausrichtung auf Kenntnisse aus der Suchtarbeit vorhanden. Die Mitarbeiter/innen haben sich durch Fortbildungsveranstaltungen stetig weiter gebildet und sind bedacht auf Erhaltung und Ausbau ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten auf dem neuesten Stand. 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).

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 zu einer sinnvollen Kooperation mit den unterschiedlichen Berufsgruppen und Berufsfeldern der Beamten/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.

7.1.3. 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 vom 23.1.2006 zwischen der BWG und den Freien Trägern der Hamburger Suchthilfe.
- 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 in den Gesprächen mit den beiden beteiligten Fachbehörden.
- kollegiale Supervision erfolgt durch wöchentliche Teambesprechungen, die auch Fallbesprechungen beinhalten. Hinzu kommen jährlich 1 bis 2 Teamtage mit gezielten Themen. - Zusätzlich nimmt das Team regelmäßig an Sitzungen mit einem externen Supervisor teil.

7.1.4. Zusammenarbeit mit anderen Stellen

Das Strafvollzugsamt 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.

Vielfache Kontakte ergeben sich auch zu anderen Beratungsstellen, die Alkohol- und Glücksspielsüchtige mit Justizmaßnahmen gern an uns verweisen, weil bei uns die höchste Fachkompetenz für diesen Personenkreis vermutet wird.

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

- Hamburgische Landesstelle für die Suchtfragen e.V. (Fachausschüsse Alkohol und Drogen)
- Trägertreffen der Hamburger Suchtkrankenhilfe (Freie Träger im legalen Bereich)
- Fachrat für die Fachabteilung ‚Drogen und Sucht‘
- Bado e.V. zur Dokumentation der ambulanten Hamburger Suchtarbeit
- Externe Suchtberatung / Justizbehörde
- Forum Hamburger Straffälligenhilfe
- Fachverband Glücksspielsucht (fags), Hamburger Arbeitskreis Glücksspielsucht (hags) und Arbeitskreis Glücksspielsucht Nord (AGN)
- Runder Tisch zu Glücksspielsucht bei der Fachabteilung ‚Drogen und Sucht‘
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und Abstinenzverbänden (IOGT, AA, GA etc)

7.1.5. Dokumentation

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

Seit 2003 nimmt die AS 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 Patfac 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 Rechnungsnachweisen an die beiden Fachbehörden (BWG und Justizbehörde) im Sinne von Rechenschaftsberichten gehen.

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

7.2. Prozessqualität

7.2.1. 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, schulische und berufliche Angebote, Ausbildungs- und Arbeitsberatung, ärztliche Untersuchung/Behandlung, evt. 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 Auflage, Vermittlung zu anderen Suchtberatungsstellen (z.B. Drogenberatung, Bojen für junge Haftentlassene), Tagesklinik, stationäre Vorsorge (für direkt Haftentlassene nur außerhalb Hamburgs vorhanden), stationäre Entwöhnungbehandlung in einer Fachklinik oder sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft, Selbsthilfegruppen, Frauen- bzw. Männergruppen, Antiaggressionstrainings, niedergelassene Psychotherapeut/innen, Schuldnerberatung.

7.2.2. 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 ist in regelmäßigem Austausch mit den JVA, Gerichten, der Bewährungshilfe, Rechtsanwält/innen sowie 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.

7.2.3. 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 7.1.5.

7.3. Ergebnisqualität

7.3.1. 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.

7.3.2. 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.

8. MITARBEITER/INNEN (Stand: 1.1.2006)

Die AS beschäftigt 5,25 langjährig erfahrene hauptamtliche *Mitarbeiter/innen*, die über folgende Qualifikationen verfügen: Diplompsychologin/psychologische Psychotherapeutin, Diplompädagoge, (graduierter) Sozialpädagoge, Sozialtherapeut. Einige Mitarbeiter/innen bringen die Erfahrung einer eigenen bewältigten Suchterkrankung ein.

Die Gruppenarbeit sowie das Projekt Glücksspielsucht werden durch Honorarkräfte aufgestockt. Diese verfügen u.a. über folgende Qualifikationen: Nervenarzt und Psychiater, Familientherapeut.

Die Schuldnerberatung der AS wird von Rechtsanwält/innen geleistet. Sie erhalten ebenfalls ein Honorar.

Einige Arbeitsbereiche werden durch *ehrenamtliche Helfer/innen* geleistet bzw. unterstützt.

Der *Vorstand* der AS besteht aus ehrenamtlich tätigen Mitgliedern. Vorstand im Sinne des § 26 BGB sind Ulrike Marcusson (1. Vorsitzende) und Karl Steinbauer (2. Vorsitzender).

9. QUELLENANGABEN / LITERATUR

- Alberti, Gisela: „Und was ist mit den Alkoholabhängigen? – Therapie statt Strafe“ in Suchtreport Heft 1, 1993
- Alkoholfreie Selbsthilfe e.V.: „Knast und Promille“, Neuland 1989
- Altmannsberger, Walter: „Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit, Hogrefe 2004
- Arenz-Greiving, Ingrid (Hrsg): „Sucht-Gewalt-Sexualität, Opfer und Täter in der Therapie“, Lambertus 1990
- Böning, Jobst: „Psychopathologie und Neurobiologie der Glücksspielsucht“ in Alberti, Gisela & Kellermann, Bert (Hrsg): „Psychosoziale Aspekte der Glücksspielsucht“, Dokumentation der 9. Jahrestagung des fags, Neuland 1999
- Böning, Jobst: „Warum muß es ein Suchtgedächtnis geben?“ Klinische Empirie und neurobiologische Argumente in SUCHT 40 – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Herausgeber DHS und DG-Sucht, S.244-252
- DHS – Info: Basisinformationen „Alkohol“ 2001
- DHS: Jahrbuch Sucht, Neuland (jährlich)
- DHS (Hrsg): „Umgang mit Alkohol – Informationen, Tests und Hilfen in 5 Phasen“, 2004

- Dörner, Klaus & Plog, Ursula: „Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie“, Psychiatrieverlag 1978
- Fehrs, Karl: „Aufsuchende Arbeit mit alkoholgefährdeten und –abhängigen Straftätern in Straf- und U-Haft und nach der Entlassung“, Sonderdruck Suchtgefahren, 1985
- Feuerlein, Wilhelm (Hrsg): „Theorie der Sucht“, Springer 1986
- Feuerlein, Wilhelm: „Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit“ Georg Thieme Verlag 1975
- Foucault, Michel: „Überwachen und Strafen“. Die Geburt des Gefängnisses, Suhrkamp 1994
- Freud, Sigmund: „Abriß der Psychoanalyse – Das Unbehagen in der Kultur“, Fischer 1985
- Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. – GwG (Hrsg): „Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie“, Kindler 1975
- Goffman, Erving: „Asyle“. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Suhrkamp 1973
- Herkner, Werner: „Einführung in die Sozialpsychologie“, Huber 1975
- Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung (IES): Abschlußbericht der Begleitforschung, Hannover 1978
- John, Ulrich u.a.: „Motivationsarbeit mit Alkoholabhängigen“, Lambertus 2000
- Kellermann, Bert: „Sucht – Versuch einer pragmatischen Begriffsbestimmung für Politik und Praxis“, Neuland 2005
- Kreuzer, Arthur: „Aufsuchende Arbeit im Vollzug – mögliche Rechtsansprüche inhaftierter auf externe Drogenberatung“, Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden Württemberg 1997
- Lange, Kurt-Jürgen: Leserbrief zum Beitrag von H.L. Schreiber ‚Abhängigkeit oder Sucht?‘ u.a. in SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Herausgeber DHS und DG-Sucht. Heft 4 August 2004, S.274-275
- Meyer, Gerhard & Althoff, Martina & Stadler, Michael: „Glücksspiel und Delinquenz – eine empirische Untersuchung“, Peter Lang 1998
- Meyer, Gerhard & Bachmann, Meinolf: „Spielsucht – Ursachen und Therapie“, Springer 2000
- Miller, William. & Rollnick, Stephen: „Motivierende Gesprächsführung – ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen“, Lambertus 1999
- Mitscherlich, Alexander: „Die Idee des Friedens und die menschliche Aggressivität“, Suhrkamp 1971
- Mundle, G.& Banger, M. & Mugele, B.& Stetter, F.& Soyka, M.& Veltrup, C.& Schmidt, L.G.: „AWMF – Behandlungsleitlinie: Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen“ in SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Herausgeber DHS und DG-Sucht. Heft 3 Juni 2003, S.147-167
- Perls, Fritz: “ The Gestalt Approach & Eye Witness to Therapy”, Bantam Books 1976
- Rahmenleistungsvereinbarung der Justizbehörde Hamburg mit den Trägern der externen Suchtberatung, 1997
- Rahmenvereinbarung über Qualitätsstandards in der ambulanten Sucht- und Drogenarbeit in Hamburg, 1999
- Rogers, Carl R. & Rosenberg, Rachel L.: “Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit”, Klett-Cotta 1980
- Rogers, Carl R.: “On Becoming a Person” Houghton Mifflin Company Boston 1961
- Rogers, Carl R.: „On encounter groups“, Harrow 1970
- Rogers, Carl R.: „Therapeut und Klient - Arbeiten zur nicht-direktiven Beratung“, Kindler 1977
- Rumpf, Hans-Jürgen & Hüllinghorst, Rolf: Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen“, Lambertus 2003
- Schreiber, Lothar Hans: „Abhängigkeit oder Sucht?“ in SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Herausgeber DHS und DG-Sucht. Heft 2 April 2003, S.126-128

- Schwoon, Dirk R.: „Koinzidenz psychischer Störungen und Sucht“ in Tretter, Felix & Müller, Angelica (Hrsg): „Psychologische Therapie der Sucht – Grundlagen, Diagnostik, Therapie“, Hogrefe 2001
- Strafvollzugsgesetz: Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung vom 16.3.1976, zuletzt geändert am 23.3.2005
- Tretter, Felix & Müller, Angelica (Hrsg): „Psychologische Therapie der Sucht – Grundlagen, Diagnostik, Therapie“, Hogrefe 2001
- Weber, Winfried: „Wege zum helfenden Gespräch“, Ernst Reinhardt Verlag 1982
- WHO: „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ ICD 10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien, Huber 1992
- Wissenschaftliches Kuratorium der DHS: „Alkoholabhängigkeit“, Suchtmedizinische Reihe Band 1, 2003

Hamburg, den 3. April 2006

Gisela Alberti
-Dipl.-Psych.-

ANHANG: ÖFFNUNGSZEITEN (Stand 1. April 2006)

Aufsuchende Arbeit in Haftanstalten (externe Suchtberatung)

Die AS ist regelmäßig in folgenden Haftanstalten tätig und dafür steht das jeweils folgende Zeitbudget zur Verfügung:

- JVA Hahnöfersand - Jugendanstalt → 9,5 Wochenstunden Drogenberatung Jugend plus
- JVA Hahnöfersand - Frauenanstalt → 7,5 Wochenstunden anteilig für beide Anstalten
- UHA Holstenglacis – Untersuchungshaft → 7,5 Wochenstunden
- JVA Billwerder → 15 Wochenstunden
- JVA Fuhlsbüttel → 9,0 Wochenstunden

Der Zugang der Ratsuchenden erfolgt über schriftliche Anträge, eventuell auch durch direkte Ansprache. Die Zeiten werden jeweils mit den Anstalten abgestimmt. Außer während der Gruppensitzungen sind wir dann auch telefonisch erreichbar. Die Zeiten teilen sich auf in Einzelgespräche und Gruppen).

Sprechzeiten der Beratungs- und Behandlungsstelle

Allgemeine Erreichbarkeit:

Mo, Di, Fr: 10 – 14 Uhr
Donnerstags: 17 – 19 Uhr

zu diesen Zeiten ist die Geschäftsstelle für allgemeine und die AS betreffende Informationen besetzt. Die AS ist telefonisch und persönlich erreichbar. Neben der Kontaktpflege zu Klient/innen und offiziellen Stellen leisten wir am Telefon auch allgemeine Suchtberatung und Vermittlung.

- **Beratungs- und Behandlungsstelle Straffälligkeit + Sucht** (für Inhaftierte mit Vollzugslockerungen, Haftentlassene, Angehörige)

Offene Sprechstunden:

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

Während der offenen Sprechstunden ist mindestens eine therapeutisch qualifizierte Fachkraft ansprechbar. Unsere Klient/innen und Neue können ohne Voranmeldung kommen. Inhaftierte aus dem offenen Vollzug erhalten feste Termine.

Einzelgespräche:

Nach Vereinbarung

Einzelgespräche werden in der Regel gesondert vereinbart.

Gesprächsgruppen:

Donnerstags 19 – 21 Uhr
Freitags 12 – 13:30 Uhr

Die Gesprächsgruppen werden durch *therapeutisch qualifizierte Fachkräfte* geleitet, daran können auch Inhaftierte aus dem offenen Vollzug teilnehmen. An der Freitagsgruppe nehmen u.a. Inhaftierte teil, die keine Abendtermine wahrnehmen können. Die Gruppen dienen auch der Therapievorbereitung und Hilfe zur vorzeitigen Haftentlassung .

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.

- **Ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle Glücksspiel** (für Glücksspielsüchtige und Angehörige)

Telefonische Beratung zur Glücksspielsucht:

Mittwochs 14 – 15 Uhr
Samstags 12 – 13 Uhr

Zu diesen Zeiten ist das Telefon mit unseren Experten zur Glücksspielsucht besetzt.

Offene Spielersprechstunde:

Samstags 13 – 14:30 Uhr

Während der Spielersprechstunde stehen langjährig im Thema Glücksspielsucht erfahrene Mitarbeiter/innen für die telefonische und persönliche Information und Beratung zur Verfügung.

Erstgespräche (mit Voranmeldung):

Mittwochs: 15-16 Uhr
Samstags: 13-14:30 Uhr

Gruppen für Glücksspieler/innen:

Mittwochs 16 – 18 Uhr
Samstags 14:30 – 16:30 Uhr

- **Staatlich anerkannte Schuldnerberatungsstelle**

Schuldnerberatung:

Nach Vereinbarung

diese wird von Rechtsanwält/innen geleistet. Eine Voranmeldung ist erforderlich.