



**HOCHSCHULE LANDSHUT**  
HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN

## **MASTER THESIS**

Zur Erlangung des akademischen Grades Master of Arts

### **Suchthilfe im Wandel – Akzeptanz der Zieloffenen Suchtarbeit bei Fachkräften in Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe**

Eine qualitative Untersuchung mit Sozialarbeiter\*innen in ambulanten  
Suchtberatungs- und Behandlungsstellen

vorgelegt von:

**Laura Kohr**

im Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit

an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Landshut

Fakultät Soziale Arbeit

**Matrikelnummer:** 1125804  
**E-Mail-Adresse:** [s-lkohrr@haw-landshut.de](mailto:s-lkohrr@haw-landshut.de)  
**Erstgutachterin:** Frau Prof. Dr. Katrin Liel  
**Zweitgutachter:** Herr Prof. Dr. Matthias Laub  
**Abgabetermin:** 01.05.2022

## **Abstract**

Eine lebenslange Abstinenz stellt für viele Menschen kein realisierbares und erstrebenswertes Veränderungsziel dar. Die Überlegenheit abstinenzorientierter Unterstützungsangebote führt jedoch dazu, dass viele Menschen mit einem problematischen Substanzkonsum die Inanspruchnahme professioneller Hilfe meiden oder bereits eine Karriere des Scheiterns hinter sich haben. Das Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit (ZOS) bietet ein Gegenpol zu den aktuell existierenden Vorgehensweisen und Haltungen in der Suchthilfe. Durch die autonomiezentrierte und zieloffene Arbeitsweise weist die ZOS multiple Übereinstimmungen mit den theoretischen und ethischen Grundsätzen der Klinischen Sozialarbeit auf. Dies lässt einen Wandlungsprozess der Suchthilfe in Richtung einer zieloffenen Arbeitsweise aus Sicht der Profession als unabdingbar und unterstützenswert erscheinen. Aufgrund dessen besteht das Ziel dieser Forschungsarbeit darin exemplarisch herauszuarbeiten, inwiefern die Bausteine der Zieloffenen Suchtarbeit in ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen bereits umgesetzt werden und welche persönlichen Einstellungen Fachkräfte in Hinblick auf die ZOS sowie die Veränderungsziele der Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminimierung vertreten. Auch die Frage nach Faktoren, welche den Implementierungsprozess der Zieloffenen Suchtarbeit aktuell verlangsamen und erschweren, wird dabei in den Blick genommen. Um diese Fragen zu beantworten, wurde eine qualitative Untersuchung mit neun Sozialarbeiter\*innen in ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen durchgeführt.

Durch die dabei generierten Ergebnisse konnte ein kleiner Einblick in die Wandlungsprozesse der Suchthilfe erlangt werden. Es zeigt sich, dass in der Praxis bereits diverse Bestandteile der ZOS zu finden sind und Fachkräfte Aspekte der zieloffenen Grundhaltung verinnerlicht haben. Insbesondere gegenüber dem Ziel einer Konsumreduktion zeigen Sozialarbeiter\*innen jedoch noch gewisse Vorbehalte, was sich auch in der Angebotsvarianz der Einrichtungen widerspiegelt. Zudem konnten die Einstellungen von Kostenträgern und externen Kooperationspartner\*innen als hinderliche Faktoren für eine weitere Implementierung der ZOS identifiziert werden. Um die Akzeptanz gegenüber dem Paradigma der ZOS weiter auszubauen, besteht die Notwendigkeit weiterer empirischer Studien. Auch eine großflächige Sensibilisierung hinsichtlich der zieloffenen Grundhaltung ist notwendig, um Fachkräfte, Klient\*innen und die Allgemeinbevölkerung über die Hintergründe des Paradigmas aufzuklären und Stigmata abzubauen. Um die Relevanz der Thematik zu verdeutlichen, muss sich sowohl in der Theorie als auch in der Praxis weiterhin intensiv damit auseinandergesetzt und Standpunkte öffentlich vertreten werden.

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>VI</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>VII</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>VII</b>
<b>I. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>II. Forschungsstand und theoretische Grundlagen</b> .....	<b>4</b>
1. Das Suchthilfesystem in Deutschland .....	4
1.1. Historische Entwicklung des Suchthilfesystems in Deutschland .....	4
1.2. Unterstützungsangebote der professionellen Suchthilfe .....	8
1.3. Grundzüge und Finanzierung der ambulanten Suchthilfe.....	12
2. Die vorherrschenden Behandlungsparadigmen der deutschen Suchthilfe .....	14
2.1. Das Abstinenzparadigma .....	15
2.2. Das Paradigma der niedrigschwelligen Suchtarbeit.....	17
2.3. Das Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit .....	20
2.3.1. Komponenten der Zieloffenen Suchtarbeit.....	22
2.3.2. Methode der Motivierenden Gesprächsführung .....	25
2.4. Veränderungsziele in der ambulanten Suchthilfe.....	26
3. Klinische Sozialarbeit in der ambulanten Suchthilfe .....	30
3.1. Professionsethische Werte der Klinischen Sozialarbeit .....	32
3.1.1. Förderung der Autonomie und Selbstbestimmungsfähigkeit .....	34
3.1.2. Der Umgang mit Zielen .....	36
3.2. Klinische Sozialarbeit und das Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit.....	38
3.3. Der Einfluss von Fachkräften auf Wandlungsprozesse in der Suchthilfe .....	38
4. Bilanz .....	40
<b>III. Methodik</b> .....	<b>42</b>
5. Forschungsfrage und Untersuchungsziel .....	42
6. Methodisches Vorgehen.....	43
6.1. Forschungsdesign.....	43

6.2.	Konzeption der Stichprobe.....	44
6.3.	Datenerhebung .....	47
6.3.1.	Interviewleitfaden .....	47
6.3.2.	Durchführung der Interviews.....	49
6.3.3.	Dokumentation der Daten.....	50
6.4.	Auswertung der Daten .....	51
6.5.	Datenschutz und Forschungsethik .....	52
<b>IV.</b>	<b>Darstellung der Forschungsergebnisse.....</b>	<b>55</b>
7.	Ausmaß der Umsetzung Zieloffener Suchtarbeit in ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen.....	55
8.	Persönliche Einstellungen der Expert*innen in Hinblick auf die ZOS sowie die drei Veränderungsziele.....	64
8.1.	Aspekte der zieloffenen Haltung.....	64
8.2.	Einstellungen und Erfahrungen bezüglich der drei Veränderungsziele .....	68
9.	Positive Faktoren und Hürden hinsichtlich einer weitreichenden Implementierung der ZOS.....	73
<b>V.</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>78</b>
10.	Inhaltliche Diskussion der Forschungsergebnisse .....	78
10.1.	Ausmaß der Umsetzung Zieloffener Suchtarbeit in ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen .....	78
10.2.	Persönliche Einstellungen und Haltungen der Expert*innen .....	88
10.3.	Ausblick für die Implementierung Zieloffener Suchtarbeit .....	96
11.	Schlussfolgerung für Praxis und Theorie .....	102
12.	Diskussion der Methodik.....	105
<b>VI.</b>	<b>Resümee und Ausblick.....</b>	<b>109</b>
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>112</b>
	<b>Anhang A.....</b>	<b>124</b>
	A1: Anschreiben an die Expert*innen .....	124

A2: Einwilligungserklärung zur Interviewdurchführung .....	126
A 3: Interviewleitfaden .....	129
A4: Kategoriensystem .....	132
<b>Anhang B.....</b>	<b>144</b>
B1: Transkripte der Interviews .....	144
<b>Ehrenwörtliche Erklärung .....</b>	<b>145</b>

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BEW	Betreutes Einzelwohnen
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	Beziehungsweise
CYS	„Change Your Smoking“ – Programm zur Veränderung des Tabakkonsums
E	Einrichtung
et. al.	<i>Latein:</i> „et alii“ – und andere
EU-DSGVO	Europäische Datenschutz-Grundverordnung
I	Interview
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
KBS	Koordinierungsstelle der bayrischen Suchthilfe
KISS	„Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsums“ – Konsumreduktionsprogramm bezogen auf Drogenkonsum
kT	Kontrolliertes Trinken (Trinkkontrollprogramm)
KZ	Konzentrationslager
lss-bw	Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg
MI	<i>Englisch:</i> Motivational Interviewing – Motivierende Gesprächsführung
NGO	<i>Englisch:</i> Non-Governmental Organisation – Nichtregierungsorganisation
NS-Zeit	Zeit des Nationalsozialismus
NRW	Nordrhein-Westfalen
o.S.	Ohne Seite
PSB	Psychosoziale Betreuung im Rahmen einer Substitutionsbehandlung
SGB	Sozialgesetzbuch
Tab.	Tabelle
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZOS	Zieloffene Suchtarbeit

## **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Felder der professionellen Suchthilfe .....	9
Abb. 2: Komponenten der Zieloffenen Suchtarbeit .....	22

## **Tabellenverzeichnis**

Tab. 1: Übersicht Interviewpartner*innen .....	46
Tab. 2: Übersicht Einrichtungen .....	47
Tab. 3: Transkriptionsregeln .....	51
Tab. 4: Übersicht der vorhandenen Unterstützungsangebote .....	57
Tab. 5: Umsetzungskompetenzen und Aufgabenbereiche der Fachkräfte .....	59
Tab. 6: Übersicht Aspekte der Zielarbeit .....	62
Tab. 7: Faktoren seitens der Fachkräfte .....	74
Tab. 8: Übersicht Rahmenbedingungen und strukturelle Hürden .....	76
Tab. 9: Aspekte hinsichtlich des fachlichen und professionellen Diskurses in der Sozialen Arbeit .....	77

## **I. Einleitung**

Viele Jahre wurde das Veränderungsziel einer lebenslangen Abstinenz als Königsweg im Umgang mit Substanzkonsumstörungen und schädlichen Konsummustern gesehen. Diese traditionelle Abstinenzorientierung spiegelt sich auch heute noch in Teilen des deutschen Suchthilfesystems wider. Deutlich wird dies unter anderem in Bereichen der stationären Suchthilfe sowie durch die Zielvorgaben der vorherrschenden Kostenträger (Körkel 2015a, S. 74). Eine lebenslange Abstinenz stellt jedoch nicht für alle Menschen mit einem problematischen Substanzkonsum ein erreichbares und erstrebenswertes Ziel dar. Personen ohne intrinsischen Abstinenzwunsch scheitern oftmals beim Versuch, dieses Ziel zu erreichen. Dies führt neben den psychischen und körperlichen Folgen auch zu einem Vertrauensverlust in das Suchthilfesystem sowie in die Fähigkeit, das eigene Leben kontrollieren zu können (Wendt 2017, S. 273). Aus diesem Grund hat sich insbesondere die ambulante Suchthilfe in den letzten Jahrzehnten immer mehr von traditionellen Abstinenzparadigma abgewandt und den Bereich der niedrigschwelligen Suchthilfe weiter ausgebaut (Klein 2018/2019, 256f.). Maßnahmen für das Ziel der Schadensminimierung gehören daher mittlerweile zu einem festen Bestandteil des Suchthilfesystems. Möchten Personen jedoch lernen, ihren Konsum zu kontrollieren und zu reduzieren, sind hierzu kaum Unterstützungsangebote zu finden (Körkel und Nanz 2016).

Werden die theoretischen und ethischen Grundsätze der (Klinischen) Sozialarbeit, welche im Bereich der Suchthilfe zu der dominierenden Profession gehört (Leune 2013, S. 15), mit den Grundhaltungen des Abstinenzparadigmas verglichen, fallen diverse Diskrepanzen auf. Im Besonderen die Haltung hinsichtlich des Rechts auf Selbstbestimmung und Autonomie lässt sich nicht mit den Werten von Klinischen Sozialarbeiter\*innen vereinbaren. Die Profession der Sozialen Arbeit setzt sich zum Ziel, Menschen bei einer autonomen Lebensführung zu unterstützen und erkennt diese als Expert\*innen ihrer eigenen Lebenswelt an (Gruene et al. 2014). Diese Grundhaltung spiegelt sich im Menschenbild und Suchtverständnis des Paradigmas der Zieloffenen Suchtarbeit (ZOS) wider. Es bietet so einen Gegenpol zu den existierenden Behandlungsparadigmen der deutschen Suchthilfe und zeichnet sich insbesondere durch Unterstützungsangebote im Bereich der Konsumreduktion aus. Der Grundsatz der ZOS besteht darin, Menschen bei der Veränderung ihres problematischen Substanzkonsums zu unterstützen, auf das Ziel hin, welches sie sich selbst setzen. Fachkräfte arbeiten mit ihren Klient\*innen somit an der Erreichung einer lebenslangen Abstinenz, einer kontrollierten Konsumreduktion oder eines weniger schädlichen Konsums (Körkel 2018). Die Autonomie der



Klientel wird dabei in das Zentrum jeglicher Interventionen gestellt und Fachkräfte nehmen Abstand von einer bevormundenden Arbeitsweise (Körkel 2020).

Da dieses Paradigma die meisten Übereinstimmungen mit den Werten und Grundhaltungen der Klinischen Sozialarbeit aufzeigt, beschäftigt sich die vorliegende Masterthesis mit folgenden Forschungsfragen:

- a. In welchem Ausmaß wird die Zieloffene Suchtarbeit in ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen bereits umgesetzt?
- b. Welche persönlichen Einstellungen haben Expert\*innen in Hinblick auf die ZOS sowie die Veränderungsziele der Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminimierung?
- c. Welche Faktoren stehen einer weitreichenderen Implementierung der ZOS positiv oder negativ gegenüber?

Da im Bereich der Zieloffenen Suchtarbeit bislang nur wenig empirische Studien zu finden sind, welche aufzeigen, inwieweit das Paradigma der ZOS bereits in der Praxis integriert ist, wird dies innerhalb dieser Masterthesis bearbeitet. Des Weiteren erscheint ein Wandel des Suchthilfesystems in Richtung ZOS im Kontext der ethischen und theoretischen Übereinstimmung zwischen der Klinischen Sozialarbeit und der Zieloffenen Suchtarbeit als unabdingbar und erstrebenswert. Diese These soll im Rahmen der Forschungsarbeit überprüft werden.

Mithilfe einer qualitativen Expert\*innenbefragung von Sozialarbeiter\*innen in ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen soll demnach eruiert werden, welche Bestandteile der Zieloffenen Suchtarbeit in der Praxis bereits umgesetzt werden. Fokussiert werden dabei insbesondere die persönlichen Einstellungen und Erfahrungen der Fachkräfte, um herauszuarbeiten, inwieweit ein Wandel in Richtung Zieloffene Suchtarbeit in der ambulanten Suchthilfe bereits vollzogen ist. Ferner zielt diese Arbeit darauf ab aufzuzeigen, welche Faktoren einer weiteren Implementierung der ZOS positiv und negativ gegenüberstehen, um so entsprechende Schlussfolgerungen für die Praxis und weitere Forschungen erarbeiten zu können.

Die vorliegende Masterthesis gliedert sich in die großen Abschnitte: Forschungsstand und theoretische Grundlagen, Methodik, Darstellung der Forschungsergebnisse und die Diskussion. Um zunächst eine theoretische Fundierung zu erlangen, wird sich im Folgenden als erstes

mit den Strukturen des deutschen Suchthilfesystems beschäftigt. Daraufhin werden das Abstinenzparadigma und das Paradigma der niedrigschwelligen Suchtarbeit näher betrachtet, um diese nachfolgend mit dem Paradigma der ZOS vergleichen zu können. Auch auf die drei Veränderungsziele: Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminimierung sowie auf den dazugehörigen aktuellen Stand der Forschung wird dabei vertieft eingegangen. Im Anschluss werden die Grundsätze der Klinischen Sozialarbeit in der ambulanten Suchthilfe näher betrachtet, um deren Vereinbarkeit mit den drei Behandlungsparadigmen feststellen zu können. Abgeschlossen wird die Theorie mit einer kurzen Bilanz. Um die Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses zu gewährleisten, wird im zweiten großen Kapitel die methodische Vorgehensweise der qualitativen Untersuchung näher beschrieben. Anschließend werden die Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews deskriptiv dargestellt und nachfolgend unter Einbezug der theoretischen Grundlagen diskutiert und interpretiert. Ferner wird aus diesen Ergebnissen eine Schlussfolgerung für Theorie und Praxis erarbeitet sowie eine kritische Diskussion der Methodik durchgeführt. Um die Erkenntnisse der Masterthesis zusammenfassend darzustellen, wird die Arbeit mit einem Fazit abgeschlossen.

## **II. Forschungsstand und theoretische Grundlagen**

### **1. Das Suchthilfesystem in Deutschland**

Substanzkonsumstörungen<sup>1</sup> stellen in unserer heutigen Gesellschaft ein weit verbreitetes Phänomen dar. Laut dem Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik waren in Deutschland im Jahr 2019 fast eine halbe Million Menschen an Einrichtungen der ambulanten oder stationären Suchthilfe angebunden (Dauber et al. 2020, S. 90). Neben körperlichen Beeinträchtigungen führen Abhängigkeitserkrankungen in der Regel auch zu diversen psychischen und sozialen Schwierigkeiten. Um Betroffene in diesen Problemlagen bestmöglich zu unterstützen, hat sich das deutsche Suchthilfesystem seit Beginn des 20. Jahrhunderts immer weiter ausdifferenziert und gewandelt. Auch das gesellschaftliche und medizinische Bild von Abhängigkeitserkrankungen veränderte sich seit dieser Zeit immer wieder. Mittlerweile hat sich in Deutschland ein komplexes Versorgungssystem entwickelt, welches sich durch diverse und spezifizierte Angebote und Interventionen für Menschen mit einem problematischen Substanzkonsum sowie Präventionsmaßnahmen auszeichnet (Laging 2018, S. 105). Neben medizinischen Hilfen, wie beispielsweise Substitutions- oder Entwöhnungsbehandlungen, existieren eine Vielzahl von ambulanten und stationären psychosozialen Unterstützungsangeboten, welche hauptsächlich von Sozialarbeiter\*innen durchgeführt und angeboten werden (Laging 2008).

Um ein Verständnis dafür zu erlangen, wie genau sich das Suchthilfesystem in Deutschland seit dessen Beginn bis heute gewandelt und weiterentwickelt hat und welche Faktoren dabei eine entscheidende Rolle gespielt haben, wird dessen historische Entwicklung zunächst zusammenfassend dargelegt. Daraufhin werden das heutige Suchthilfesystem und die darin vorhandenen Unterstützungsangebote kurz vorgestellt. Der Sektor der Suchtprävention wird dabei ausgeklammert, da dieser ein eigenes großes Teilgebiet des Systems darstellt und sich die vorliegende Thesis auf die Arbeit mit Menschen bezieht, welche bereits einen missbräuchlichen oder abhängigen Konsum entwickelt haben. Stattdessen wird ein besonderes Augenmerk auf die Arbeit der ambulanten Suchthilfe gelegt, da sich auch der empirische Teil dieser Arbeit auf diesen Bereich konzentrieren wird.

#### **1.1. Historische Entwicklung des Suchthilfesystems in Deutschland**

Um nachvollziehen zu können, wie die Denkstile und Strukturen des heutigen Suchthilfesystems zustande kamen, ist es hilfreich dessen historische Entwicklung zu betrachten. Durch den Blick auf die wichtigsten geschichtlichen Meilensteine kann herausgearbeitet werden, auf

---

<sup>1</sup> In der folgenden Ausarbeitung wird synonym von Substanzkonsumstörungen und Abhängigkeitserkrankungen gesprochen

welchen Grundlagen die verschiedenen Behandlungsparadigmen der deutschen Suchthilfe fußen und wie sich Wandlungsprozesse bislang vollzogen haben. Aufgrund dessen werden diese im Folgenden zusammenfassend vorgestellt. Die Profession der Sozialen Arbeit gehörte dabei bereits seit Beginn zu den wichtigsten Bezugsprofessionen und ist bis heute noch die dominierende Berufsgruppe in der Suchthilfe (Klein 2019, S. 4).

Das gesellschaftliche und medizinische Bild von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen war lange Zeit von einem Defizitblick und Verachtung geprägt (van den Brink 2003, S. 90). Erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts begannen einzelne Mediziner\*innen die Sichtweise von Menschen als „willentlich Sündige“ zu hinterfragen und deuteten den Missbrauch von Alkohol zu einer „Krankheit des Willens“ um. Die Schuld für die sogenannte „Trunksucht“ wurde dabei in einem Mangel an Willenskraft und Selbstbeherrschung gesehen (Spode 2012, S.155f.). Dieses Modell stieß zunächst auf viel Ablehnung, da es die Menschen von ihrer eigenen Schuld befreite. Sowohl in der gesellschaftlichen und kulturell vorherrschenden Meinung wie auch unter Expert\*innen, wurde den betroffenen Menschen somit nach wie vor die Verantwortung für ihre eigene Erkrankung zugeschrieben (Bader 2004, S. 25). Erst um 1900 setzte sich das neue Suchtkonzept durch und löste das Bild von abhängigkeiterkrankten Menschen als moralschwache Sündige ab. Stattdessen wurde der Fokus eher auf die suchtauslösende Substanz, den Alkohol, gelenkt (Spode 2012, S. 156). Diese Verschiebung der Verantwortlichkeit führte zu einer gesellschaftlichen Verteufelung von Alkohol und der Entstehung einer massiven Abstinenzbewegung. Expert\*innen begannen eine Prohibition von Alkohol zu fordern. Auch das System der Suchthilfe fokussierte sich dementsprechend auf das Ziel einer abstinenten Lebensweise (van den Brink 2003, S. 90).

In Deutschland entwickelte sich die professionelle Suchthilfe Anfang des 20. Jahrhunderts aus einer protestantischen Bewegung der gemeinnützigen Hilfe für die sogenannten „Trinker“. Diese war vorwiegend religiös motiviert und basierte kaum auf wissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnissen. Institutionalisiert wurden diese Anfänge der professionellen Suchthilfe im Rahmen von ersten stationären „Trinkerheilstätten“ (ebd. S.156). Mit der Zeit bildete sich ein professionelles Suchthilfenetz mit verschiedenen Behandlungsangeboten, bestehend aus staatlichen, ehrenamtlichen sowie privaten kostenpflichtigen Institutionen – die Trinkerfürsorge. Diese entwickelte sich nach und nach zu einem 3-Säulen Modell, welches Beratungsangebote sowie Hilfen im Notfall, stationäre Therapien und Nachsorge umfasste (ebd. S.159). Vorherrschend dienten diese Unterstützungsangebote allerdings weniger der gesundheitlichen Besserung der Betroffenen, sondern eher als eine Art der Disziplinierung und Er-

ziehung. Das vorrangige Ziel bestand im Erhalt der Arbeits- und Wehrfähigkeit der Menschen, welche durch eine Alkoholabstinenz erreicht werden sollte (Klein 2018/2019, S.253f.). Auch ambulante Angebote befanden sich dabei in einem Spannungsfeld zwischen Helfen und Begleiten einerseits sowie Kontrolle und Disziplinierung andererseits. Missbräuchlich konsumierende Menschen sollten dabei insbesondere dazu motiviert werden, einem Abstinenzverein beizutreten. Wurde dies nicht umgesetzt, wurde mit Sanktionen bis hin zu Zwangseinweisungen gedroht (Spode 2012, S. 159).

Einen Tiefpunkt erreichte die Suchthilfe in Deutschland während der NS-Zeit. Es folgte eine massive Stigmatisierung und Unterdrückung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Alkoholabhängige Personen wurden zwangssterilisiert oder in KZs eingewiesen (Klein 2018/2019, S. 254). Nach dem Ende der Nazi-Diktatur brauchte das Suchthilfesystem viele Jahre, um sich von dieser Zeit zu erholen. Erst durch das 1968 getroffene Urteil des Bundessozialgerichts, in welchem eine Alkoholabhängigkeit als behandlungswürdige Krankheit anerkannt und somit offiziell nicht mehr als Charakter- oder Willensschwäche klassifiziert wurde, bekam die Suchtkrankenhilfe einen neuen Aufschwung. Dies führte zu einer zunehmenden Professionalisierung des Systems. Die Anerkennung der Abhängigkeit von illegalen Drogen als Krankheit erfolgte erst im Jahr 1978 (Laging 2018, S. 105).

Zu einem Wandel der ambulanten Unterstützungsangebote führte insbesondere die Drogenwelle der 70er Jahre, in welchen durch den vermehrten Heroinkonsum und den daraus resultierenden HIV- Infektionen neue Thematiken auf die Suchthilfe zukamen. Die traditionellen, abstinenzorientierten Behandlungsangebote erwiesen sich mit dieser neuen Klientel als überfordert und der Ruf nach niedrigschwelligen Maßnahmen wurde lauter (Bader 2004, S. 25). Mit der Zeit wurde erkannt, dass Abstinenz für manche Menschen möglicherweise ein ungeeignetes Ziel darstellt. Diese Erkenntnis führte dazu, dass die Forderung nach neuen niedrigschwelligen und schadensminimierenden Hilfen auch unter Fachkräften immer größer wurde (Degkwitz 2014). In den 1990er Jahren wurde dann nach einem langen Widerstand die Heroinsubstitution, mit den entsprechenden Änderungen im Betäubungsmittel-Gesetz (BtMG), in Deutschland eingeführt. Der Ausbau der ambulanten und stationären Unterstützungsangebote für Menschen mit Substanzkonsumstörungen schritt immer weiter voran und wird auch heute noch stetig ausgeweitet. Neben abstinenzorientierten Angeboten fanden dabei auch Maßnahmen der Schadensminimierung immer mehr Platz im Hilfesystem (Klein 2018/2019, S.255f.). Auch das 1978 getroffene Urteil des Bundessozialgerichts bezüglich der Kostenverteilung bei Suchtbehandlungen, trug einen großen Teil zur Weiterentwicklung des

Systems bei. Unter anderem schrieb das Urteil den Krankenkassen und Rentenversicherungen die Zuständigkeit der Kostenübernahme bei Entziehungsbehandlungen zu. Auch heute noch gehören diese zu den wichtigsten Kostenträgern des Suchthilfesystems (DHS 2019, S. 67).

Neben den Zielen Abstinenz und Schadensminimierung wird auch das Ziel einer Konsumreduktion bzw. eines kontrollierten Konsums in den letzten Jahren immer wieder kontrovers diskutiert (Körkel 2015b). Das Konsumreduktions-Programm „Kontrolliertes Trinken“, welches Ende der 90er Jahre unter anderem von Prof. Dr. Joachim Körkel entwickelt wurde, bildete eine der ersten Interventionen für das Veränderungsziel der langfristigen Konsumreduktion und bot damit ein Gegenpol zu den vorherrschenden abstinenzorientierten Hilfen (ebd. S.74). Insbesondere die Entwicklung des Behandlungsparadigmas der Zieloffenen Suchtarbeit bietet auch heute noch einen möglichen Anstoß für zukünftige Wandlungsprozesse in der deutschen Suchthilfe (Körkel 2018).

Die Darstellung dieser historischen Entwicklungen des Suchthilfesystems in Deutschland zeigt, dass sich im Besonderen der fachliche und professionelle Blick auf Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen grundlegend gewandelt hat. Substanzkonsumstörungen werden im Hilfesystem heutzutage biopsychosozial betrachtet und die „Schuld“ an der Erkrankung wird nicht an einem mangelnden Willen, sondern an den lebensweltlichen Umständen und Erfahrungen gesehen (Degkwitz 2002, S. 26; Rutz und Pauls 2017, S. 20). Des Weiteren steht in der heutigen Zeit die Menschenwürde im Zentrum der Arbeit und der Fokus wird auf eine ganzheitliche Verbesserung der Lebensumstände von Betroffenen gelegt (Rihs 2021, S. 60).

Trotz alledem sind auch heute noch viele der früheren Grundsätze und Rahmenbedingungen in der Arbeit mit Menschen mit Substanzkonsumstörungen zu finden. Dies zeigt sich unter anderem in der Finanzierung der verschiedenen Maßnahmen. Ein Beispiel hierfür ist, dass Rentenversicherungen ausschließlich Kosten von Maßnahmen mit dem Zweck der Rehabilitation tragen. Diese sind in der Regel mit dem Ziel der Abstinenz verknüpft und zielen auf eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt ab (Laging 2018, S. 114). Dieser Fokus auf die Stärkung der Erwerbsfähigkeit lässt sich bereits in den Grundkonzepten der Trinkerheilstätten finden. Des Weiteren wird die Abstinenz in stationären Maßnahmen oftmals als eine Behandlungsvoraussetzung gesehen und ist nach wie vor das favorisierte Veränderungsziel in vielen ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen (Körkel 2015a, S. 74). Dies lässt ebenfalls auf einen Zusammenhang mit den geschichtlichen Hintergründen schließen. Auf diese Thematik wird im Laufe der Thesis noch vertieft eingegangen.

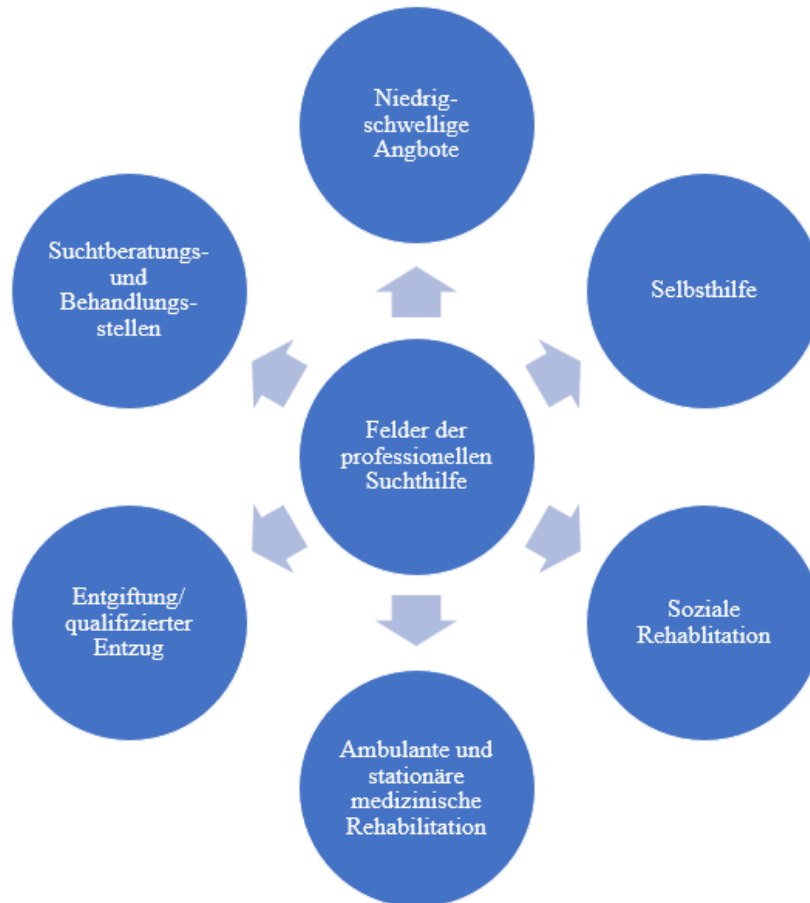
Im folgenden Abschnitt werden nun die Strukturen des heutigen Suchthilfesystems sowie die vorhandenen Unterstützungsangebote für Betroffene näher vorgestellt.

### **1.2. Unterstützungsangebote der professionellen Suchthilfe**

Das heutige Suchthilfesystem wird insbesondere von den dahinterliegenden Normen und Werten geprägt. Neben den ethischen und sozialen Normen sind dabei im Besonderen auch die rechtlichen und fachlichen Rahmenbedingungen relevant. Diese unterliegen stetigen Wandlungsprozessen und beeinflussen sich gegenseitig. Da Sucht sozialrechtlich als eine Form der seelischen Behinderung klassifiziert wird, greifen hier primär Gesetzesnormen, welche auf die Bedarfe von Menschen mit Behinderung ausgelegt sind (Laging 2020, S. 106). Hierzu gehört unter anderem das Sozialgesetzbuch (SGB) IX. Dieses enthält Vorschriften zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung und beeinflusst so die praktische Ausgestaltung der Suchthilfe (Hansjürgens 2018, S. 25). Weitere rechtliche Grundlagen bieten einerseits die 2006 verabschiedete UN-Behindertenrechtskonvention sowie die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2014, S. 14). All diese Gesetzesnormen enthalten zentrale Paradigmen, welche sich auch in der alltäglichen Arbeit von Fachkräften im Suchthilfesystem widerspiegeln. Dazu gehört zum einen die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe der Klientel sowie zum anderen die Einnahme einer personenzentrierten Sichtweise, welche den Fokus auf die Ressourcen und die Lebenswelt der Menschen mit Substanzkonsumstörungen legt. Diese ressourcen- und personenzentrierte Haltung gilt mittlerweile als eine fachliche Grundvoraussetzung in der Arbeit mit abhängigkeiterkrankten Menschen (Laging 2020, S. 107). Des Weiteren spielt auch die Förderung und Unterstützung der Autonomie und Selbstbestimmungsfähigkeit in allen Bereichen der Suchthilfe eine signifikante Rolle. Fachkräfte sollen ihre Klientel mithilfe von individuell angepassten Unterstützungsprozessen so fördern, dass diese zu einer selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung befähigt werden. Hierzu gehört insbesondere die Vermittlung von Wissen, Kompetenzen und Fertigkeiten (DHS 2019, S. 9).

Generell besteht das System der deutschen Suchthilfe aus einer Vielzahl von verschiedenen Einrichtungen und Dienstleistungen zur medizinischen und psychosozialen Hilfe und Unterstützung. Diese unterliegen diversen Trägertypen und werden aus unterschiedlichen Quellen finanziert. Auch die Art und Weise wie die Autonomie von Menschen mit Substanzkonsumstörungen eingeordnet wird sowie der Umgang mit möglichen Veränderungszielen variieren

bei diesen Angeboten stark (Laging 2018, S.107;111). Für einen besseren Überblick werden die Angebote der deutschen Suchthilfe im Folgenden in sechs große Felder unterteilt (*Abbildung 1*) und anschließend kurz vorgestellt.



*Abb. 1: Felder der professionellen Suchthilfe. Eigene Darstellung in Anlehnung an Laging 2018, S. 112*

### ➤ **Niedrigschwellige Angebote**

Unter niedrigschwelligen Angeboten werden Maßnahmen der Schadensminimierung und Überlebenssicherung verstanden. Sie sind suchtbegleitend und somit nicht an bestimmte Voraussetzungen wie eine abstinente Lebensweise gekoppelt. Angegliedert sind sie insbesondere im Bereich der illegalen Drogen. Beispiele für niedrigschwellige Maßnahmen sind Kontaktläden oder Konsumräume (Laging 2020, S.117f.). Sie sind oftmals die erste Anlaufstelle und bieten somit einen Zugang zu weiteren Unterstützungsangeboten der Suchthilfe. In Deutschland gibt es momentan ungefähr 300 dieser Angebote, die Anzahl variiert in den verschiedenen Bundesländern jedoch stark (DHS 2019, S. 9).



➤ **Selbsthilfe**

In Deutschland existieren diverse Sucht-Selbsthilfegruppen sowie Selbsthilfeverbände, in welchen sich Betroffene über ihre eigenen Erfahrungen, Sorgen und Bewältigungsstrategien austauschen können. Die Teilnahme an solchen Gruppen basiert auf Freiwilligkeit und bietet für die Teilnehmenden eine Möglichkeit des mit- und voneinander Lernens sowie einen Raum positiver Beziehungserfahrungen. Teilweise werden diese Gruppen von ehrenamtlichen Mitarbeiter\*innen begleitet (DHS 2019, S. 39). Bundesweit existieren ca. 8700 Selbsthilfegruppen (Laging 2020, S. 118).

➤ **Soziale Rehabilitation**

Maßnahmen der sozialen Rehabilitation umfassen unter anderem Unterstützungen zur Wohnungssuche, der (Wieder-) Eingliederung in das Arbeitsleben wie auch Hilfen zur gesellschaftlichen Teilhabe. Ausgelegt sind diese Maßnahmen insbesondere auf Menschen, welche aufgrund ihrer Abhängigkeitserkrankung mit vielfachen psychosozialen Problemlagen konfrontiert sind und aufgrund dessen weitreichendere Unterstützung benötigen (DHS 2019, S. 30).

➤ **Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation**

Diese Maßnahmen zielen auf die berufliche Reintegration von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ab und sind in der Regel abstinenzorientiert. Die Förderung der sozialen und beruflichen Teilhabe steht dabei im Zentrum. Im stationären Setting gibt es hierfür ca. 180 Einrichtungen, welche unter anderem in Fachkliniken oder auf spezifischen Stationen von Krankenhäusern zu finden sind (DHS 2019, S. 19). Ambulant finden Reha-Maßnahmen beispielsweise in Beratungsstellen statt, insgesamt gibt es dafür ungefähr 400 anerkannte Einrichtungen. Die dortigen Angebote sind zeitlich begrenzt und unterscheiden sich in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung. Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahmen sind in der Regel die Rentenversicherungen (Laging 2020, S. 118).

➤ **Entgiftung/ qualifizierter Entzug**

Unter einer Entzugsbehandlung wird eine stationäre körperliche Entgiftung verstanden. Unter ärztlicher Aufsicht werden dort mithilfe von medikamentöser Unterstützung die Entzugsscheinungen abgefangen. In Deutschland gibt es hierfür schätzungsweise 300 Einrichtungen, in welchen die Menschen sowohl medizinisch als auch psychosozial begleitet werden (Laging 2020, S. 118).

➤ **Suchtberatungs- und Behandlungsstellen**

Suchtberatungs- und Behandlungsstellen gehören sowohl für Menschen, die etwas an ihrem Konsum verändern möchten, als auch für deren Angehörige zu den primären Anlaufstellen.

Dort werden neben Präventionsangeboten insbesondere Maßnahmen zur Unterstützung und Beratung zu psychosozialen Fragen und Problemlagen angeboten. Fachkräfte unterstützen Betroffene beim Aufbau von Motivation zur Veränderung ihres Substanzkonsums, bei der Vermittlung in weitere Hilfen und begleiten diese bei Entzug- oder Substitutionsbehandlungen. Wie bereits erwähnt werden in manchen Beratungsstellen auch Maßnahmen zur ambulanten Rehabilitation sowie zu weiteren ambulanten Behandlungen angeboten (Bähren et al. 2011, S.9f). Bundesweit existieren ungefähr 1300 Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (Laging 2020, S. 118).

Diese zusammenfassende Darstellung der verschiedenen Unterstützungsangebote des deutschen Suchthilfesystems verdeutlicht, dass es für Menschen mit einer Substanzkonsumstörung diverse Anlaufstellen und Möglichkeiten der Inanspruchnahme professioneller Hilfe gibt.

Werden jedoch die Finanzierungen und Zielsetzungen von ambulanten und stationären Suchthilfeträgern gegenübergestellt, kommen diverse Unterschiede zum Vorschein. Durch die Kostenübernahme stationärer, qualifizierter Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen seitens der Krankenversicherungen und der Finanzierung von Suchtrehabilitationsmaßnahmen durch Träger der Rentenversicherungen, haben diese Kostenträger auch einen grundlegenden Einfluss auf die übergreifende Zielsetzung der Maßnahmen (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V. 2016, S. 9). Deutlich wird dies insbesondere durch die am 04.05.2001 verfasste *Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“* der deutschen Kranken- und Rentenversicherungen (*„Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker“*). In dieser Vereinbarung wird das Erreichen einer abstinenten Lebensweise sowie dessen Erhalt als oberstes Ziel einer medizinischen Rehabilitation festgeschrieben. Auch heute gilt das Ziel der Abstinenz für die meisten Angebote nach wie vor als Grundvoraussetzung für die Kostenübernahme durch die Versicherungsträger (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013). Da dieser Fokus auf das Ziel der Abstinenz die Implementierung und Umsetzung des Paradigmas der Zieloffenen Suchtarbeit im stationären Bereich erheblich erschwert, fokussiert sich diese Masterthesis im Folgenden auf den Bereich der ambulanten Suchthilfe.

Inwieweit sich die Finanzierung und Zielsetzung ambulanter Suchthilfeeinrichtungen von den stationären unterscheiden, wird im folgenden Kapitel näher erläutert.

### **1.3. Grundzüge und Finanzierung der ambulanten Suchthilfe**

Fachkräfte der Sozialen Arbeit bilden im Bereich der ambulanten Suchthilfe die dominierende Berufsgruppe. Mit ihren berufsethischen Werten und fachlichen Kenntnissen spielen sie eine tragende Rolle in der ambulanten Betreuung, Beratung und Behandlung von Menschen mit Substanzkonsumstörungen (Laging 2018, S. 166). Die Angebote der ambulanten Suchthilfe in Deutschland sind vielfältig und reichen unter anderem von diversen niedrigschwelligen Hilfen wie Konsumräume oder weiteren Überlebenshilfen, über Präventions- und Krisenangebote, psychosoziale Beratungs- und Behandlungsangebote bis hin zu ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V. 2016, S. 9). Da sich auch im ambulanten Suchthilfesektor sowohl die Finanzierung als auch die Zuständigkeits- und Aufgabengebiete der verschiedenen Einrichtungstypen sehr heterogen gestalten, wird sich im weiteren Verlauf dieser Thesis vorwiegend auf psychosoziale Suchtberatungs- und Behandlungsstellen konzentriert. Diese werden auch im empirischen Teil der Arbeit in den Fokus gerückt.

Das Arbeitsfeld der professionellen ambulanten Suchtberatung und -behandlung ist eine wissenschaftlich fundierte Unterstützungsleistung zur Lebenshilfe und Weiterentwicklung von Betroffenen. Es gehört zu der kommunalen Daseinsvorsorge und ist oftmals die erste Anlaufstelle für Hilfesuchende (Bürkle und Harter 2011). Es umfasst ein breites Spektrum an Angeboten für suchtmittelkonsumierende Menschen wie auch für Personen mit nicht-substanzbezogenen Abhängigkeiten und deren Angehörige. Viele der Klient\*innen weisen eine hohe Ambivalenz bezüglich einer Veränderung ihres Konsummusters auf. Eine vertrauensbasierte tragfähige Arbeitsbeziehung bildet hierfür das Fundament für eine zielführende Arbeit am Konsum der Betroffenen sowie dem Aufbau der notwendigen Veränderungsmotivation (Hansjürgens 2016b, S. 334).

Vorrangig zielen diese professionellen Interventionen dabei auf eine dauerhafte Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen und deren Angehörigen ab. Auch die Förderung einer selbstbestimmten Lebensweise sowie der gesellschaftlichen und beruflichen Teilhabe werden dabei fokussiert. Das übergeordnete Ziel der fachlichen Unterstützung besteht dementsprechend in einer körperlichen, seelischen und sozialen Stabilisierung der Klient\*innen. Welche Ziele die einzelnen Klient\*innen dabei konkret verfolgen, variiert je nach den persönlichen Lebensumständen und Präferenzen. Ziele könnten dabei beispielsweise in der Sicherung des Überlebens oder einer Verminderung des missbräuchlichen Substanzgebrauchs bestehen (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V. 2016, S. 21). Neben berateri-

schen Tätigkeiten und dem Aufbau einer nachhaltigen Veränderungsmotivation, gehört es unter anderem zu den Aufgaben von Sozialarbeiter\*innen in psychosozialen Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, die Klient\*innen bei Bedarf an weitere Hilfen zu vermitteln. Des Weiteren unterstützen und begleiten einige Einrichtungen ihre Klientel bei Substitutionsbehandlungen oder arbeiten mit ihnen direkt an der Veränderung ihres Konsums und weiteren psychosozialen Schwierigkeiten (Hansjürgens 2016a). Wie genau sich eine ambulante Suchtbehandlung gestaltet, variiert je nach Einrichtung, den vorhandenen Angeboten und den fachlichen und persönlichen Einstellungen der Fachkräfte. Die Angebote sind für Klient\*innen dabei freiwillig und kostenfrei (ebd. S.22).

Die Finanzierung von Suchtberatungs- und Behandlungsstellen ist bundesweit uneinheitlich geregelt und weist erhebliche regionale Unterschiede auf. Generell zählt die Suchtberatung laut dem SGB II §16a zu den kommunalen Eingliederungsleistungen. Welche Leistungen dabei genau angeboten werden, steht den Kommunen selbst offen und ist an den kommunalen Bedarfen auszurichten (Hansjürgens 2018, S. 3). Vorrangig werden Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe kommunal finanziert, müssen jedoch, abhängig vom jeweiligen Bundesland, 20 bis 60 Prozent ihrer finanziellen Mittel selbst erwirtschaften. Der staatlich finanzierte Anteil nahm hierbei in den letzten Jahren immer mehr ab und der Druck eigene Gelder zu erwirtschaften stieg (Laging 2018, S. 114; Bürkle 2015). Nach Klein (2020) wäre eine dringende Stärkung des ambulanten Suchthilfesektors notwendig. Im Besonderen deshalb, da Klient\*innen von ambulanten Unterstützungsleistungen erheblich profitieren können. Durch die dortige Alltagsnähe können sie sich direkt in ihrer Lebenswelt ausprobieren und Hilfeprozesse schneller angepasst werden. Um mehr ambulante Hilfen anbieten zu können, müssten jedoch auch die staatlichen Förderungen ausgeweitet werden (Klein 2020).

Durch die Heterogenität der Kostenübernahme gibt es für ambulante Einrichtungen weniger Vorgaben hinsichtlich der grundlegenden Zielsetzungen. Dadurch konnte sich die ambulante Suchthilfe weitaus zieloffener entwickeln als der stationäre Sektor. Dieser muss sich zur Finanzierungssicherung deutlich stärker an den Vorgaben der Versicherungsträger orientieren. In psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen kann die Hilfeplanung somit leichter an die persönlichen Anliegen und Konsumziele der einzelnen Klient\*innen angepasst werden (Hansjürgens 2018, S. 4). Dies ermöglicht Fachkräften dementsprechend die gemeinsame Arbeit nicht nur auf das Ziel der Abstinenz auszurichten, sondern beispielsweise an einer Konsumreduktion mit ihrer Klientel zu arbeiten. Nichtsdestotrotz sind Maßnahmen zur Konsumreduktion in der ambulanten Suchthilfe nur sporadisch zu finden. Dies liegt laut Drink-

mann und Lettl (2015) insbesondere an einer mangelnden Akzeptanz gegenüber eines reduzierten Konsums als finales Ziel (Drinkmann und Lettl 2015, S. 87). Auf diesen Umstand wird im Laufe der Thesis noch vertieft eingegangen.

Um die theoretischen und praktischen Grundsätze des deutschen Suchthilfesystems noch tiefergreifender verstehen zu können, werden nachfolgend die drei dort vorherrschenden Behandlungsparadigmen vorgestellt.

## **2. Die vorherrschenden Behandlungsparadigmen der deutschen Suchthilfe**

Das Spektrum der möglichen Behandlungsziele in der ambulanten Suchthilfe ist vielfältig und einzelfallabhängig. Es reicht von einer körperlichen Rehabilitation bis hin zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Der Kern der Zielsetzung im deutschen Suchthilfesystem dreht sich jedoch um eine Veränderung des Substanzkonsums. Grundsätzlich lassen sich hier drei große Behandlungsparadigmen mit den dazugehörigen Veränderungszielen unterscheiden (Körkel und Nanz 2016, S. 196). Unter einem Paradigma wird dabei ein gewisser Denkstil verstanden, welcher ein bestimmtes Menschenbild, Theorien, Interventionen und auch Forschungsrichtungen in sich vereint. Im Suchtbereich beinhalten die Behandlungsparadigmen somit unter anderem eine bestimmte Sichtweise auf Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sowie ein Verständnis davon, wie diese Menschen bestmöglich unterstützt werden können (Körkel 2015a, S. 71).

Wie bereits die historische Darstellung der Entwicklungen des Suchthilfesystems in Deutschland verdeutlichte, hat das Veränderungsziel der Abstinenz eine lange Tradition. Auch heute orientieren sich viele Suchthilfeeinrichtungen noch an Teilen des Behandlungsparadigma der Abstinenzorientierung. Neben diesen abstinenzorientierten Suchthilfeeinrichtungen, welche insbesondere im Bereich der Rehabilitation zu finden sind, wurden in den letzten Jahrzehnten immer mehr niedrigschwellige Einrichtungen eröffnet, die sich dem Ziel der Harm Reduction (Schadensminimierung) widmen. In Konsumräumen oder Kontaktcafés finden Menschen Unterstützung, welche (noch) nicht bereit sind, ihren Konsum grundlegend zu verändern oder aufzugeben. Diese akzeptanzorientierte bzw. niedrigschwellige Herangehensweise führte dazu, dass viele Konsumierende erreicht werden konnten, welche das Hilfesystem zuvor eher gemieden hatten (Schmidt-Semisch 2020). Die Grundeinstellungen und Menschenbilder sowie das Suchtverständnis dieser beiden Behandlungsparadigmen unterscheiden sich grundlegend.

gend, was sich auch in den vorhandenen Unterstützungsangeboten sowie der Zielarbeit widerspiegelt.

Ein Paradigma, welches das Ziel der Abstinenz und der Schadensminimierung in sich vereint, ist das der Zieloffenen Suchtarbeit (ZOS). Die ZOS ist das jüngste der drei Behandlungsparadigmen in Deutschland und steht daher sowohl bei vielen Praktiker\*innen als auch bei Theoretiker\*innen noch häufig in Kritik. Dies liegt in erster Linie am dritten der möglichen Veränderungsziele, der Konsumreduktion. Generell unterscheidet sich die Vorgehensweise der Zielabklärung sowie der Blick auf Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen auch hier teilweise von den anderen beiden Behandlungsparadigmen (Körkel 2018, S. 98).

Nachfolgend wird nun vertieft auf diese drei Paradigmen der deutschen Suchthilfe eingegangen. Es wird vorgestellt, welche Menschenbilder und welches Suchtverständnis hinter dem jeweiligen Paradigma stecken und welche Unterstützungsangebote daraus resultieren. Da das Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit ein Kernstück dieser Thesis ausmacht, wird dies tiefergehend fokussiert. Ein separates Unterkapitel wird dabei dem Forschungsstand hinsichtlich der drei möglichen Veränderungszielen, der Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminimierung gewidmet. Diese spielen für die ZOS eine signifikante Rolle und sind auch für die Praxis beziehungsweise für den empirischen Teil dieser Masterthesis von Relevanz.

## **2.1. Das Abstinenzparadigma**

Die Abstinenz ist auch heute noch das Veränderungsziel, auf welches die meisten Interventionen und Unterstützungsangebote der deutschen Suchthilfe ausgerichtet sind. Das Ziel einer abstinenten Lebensweise ist in vielen Leitbildern von Suchthilfeeinrichtungen sowie in der Vereinbarung zur Kostenübernahme von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern fest verankert. Insbesondere in den Rahmenbedingungen und Angeboten von stationären Suchthilfeeinrichtungen sind noch diverse Bestandteile und Sichtweisen des traditionellen Abstinenzparadigmas zu finden (Körkel 2015a, S. 74).

Im Wesentlichen wird unter einer abstinenten Sicht- und Arbeitsweise verstanden, dass jegliche Interventionen sowie die motivationale Arbeit auf das Ziel der Abstinenz ausgerichtet werden. Dies bedeutet, dass eine, im besten Fall lebenslängliche, vollständige Enthaltensamkeit vom konsumierten Suchtmittel angestrebt wird. Es findet demnach eine systematische Arbeit an der Veränderung des Konsums statt (Wendt 2017, S. 271). Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen werden nach diesem Paradigma als unfähig verstanden, ihren eigenen Konsum zu kontrollieren oder gar zu regulieren. Abstinenz wird als die einzige Chance

gesehen, eine gewisse Stabilität und Normalität wiedererlangen zu können. Daraus resultiert auch die innere Haltung von Praktiker\*innen, dass sie als Fachkräfte am besten einschätzen können, welches Behandlungsziel für ihre Klient\*innen das Richtige ist: die Abstinenz. Die Menschen selbst haben somit keine Wahlfreiheit hinsichtlich der Veränderung ihres Konsums. Es wird davon ausgegangen, dass Menschen mit einer Substanzkonsumstörung mithilfe von externem Druck dazu motiviert werden können, das Ziel der Abstinenz anzustreben. Auf dieser Grundlage kann dann an einem Aufbau von intrinsischer Motivation für eine abstinenten Lebensweise gearbeitet werden (Körkel 2018, S. 98; Bader 2004, S. 37). Zu den Interventionen und Unterstützungsmaßnahmen, welche oftmals nach dem Abstinenzparadigma strukturiert sind, gehören ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, anderweitige stationäre oder teilstationäre Therapien, Entwöhnungs- und Entgiftungsbehandlungen sowie Angebote der Nachsorge (DHS 2019).

Auch die traditionelle Sichtweise auf einen Rückfall in den Substanzkonsum unterscheidet sich in diesem Paradigma stark von den anderen beiden. Rückfälle werden hier oftmals als ein persönliches Versagen der betroffenen Person interpretiert, ein Mangel an Willensstärke und Motivation. Dies zeigt sich auch in den Richtlinien vieler stationärer Suchthilfeeinrichtungen. Menschen, die während ihres Aufenthalts konsumieren – sprich einen Rückfall haben, werden in manchen Einrichtungen mit sofortiger Wirkung aus der Maßnahme entlassen. Des Weiteren stellt ein gegenwärtiger Konsum der missbräuchlich oder abhängig konsumierten Substanz für viele Unterstützungsmaßnahmen ein Ausschlusskriterium dar (Wendt 2017, S.271f.). Personen, welche sich demnach Unterstützung bei der Veränderung ihres Substanzkonsums suchen möchten, können beispielsweise eine stationäre Therapie erst in Anspruch nehmen, wenn sie bereits an einem Punkt sind, an welchen sie auf den Konsum verzichten können oder in das Ziel der Abstinenz einwilligen. Die Abstinenz gilt hierbei als eine Voraussetzung zur Aufnahme in die Behandlung sowie als eine grundlegende Bedingung, die während der gesamten Maßnahme eingehalten werden muss (Körkel 2015a, S. 74). Heutzutage führen Rückfälle jedoch nur noch selten zu einer disziplinarischen Entlassung der Klient\*innen. Stattdessen wird mit dem Rückfall gearbeitet und der Fokus eher auf die Vermittlung von Selbstmanagement-Fähigkeiten gelegt, umso für zukünftige Hürden besser gewappnet zu sein (Lindenmeyer 2004, S. 44).

Laut Wendt (2017) hat sich in der Praxis gezeigt, dass das Ziel einer totalen Abstinenz für viele Betroffene kein realistisches und langfristig umsetzbares Ziel darstellt. Stattdessen fin-

den sich diese in einer ewigen Schleife aus „Rückfall – Entzugsstation – abstinentes Intervall – erneuter Rückfall – erneute Entzugsstation“ (Wendt 2017, S. 273) wieder. Neben massivem psychischem und körperlichem Stress führt diese Schleife zu einer Demotivation sowie einem Vertrauensverlust in das Suchthilfesystem. Durch die Beendigung der Maßnahme werden die Hintergründe dessen nur selten bearbeitet, sodass sich die Rückfälle häufig wiederholen und den Betroffenen nicht nachhaltig geholfen wird (Wendt 2017, S. 273).

Auch Körkel (2015) kritisiert das abstinenzorientierte Paradigma. Insbesondere das darin enthaltene Menschenbild verurteilt dieser stark. Laut Joachim Körkel zeigt sich im Abstinenzparadigma eine „moralisch-moralisierende Komponente“ (Körkel 2015a, S. 72), welche den Menschen die Schuld an ihrer Erkrankung zuschreibt und deren Steuerungsunfähigkeit betont. Er merkt an, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sehr wohl zu Kontrollverhalten fähig sind und auch eine Konsumreduktion ein mögliches Veränderungsziel sein könne (ebd. S.72). Des Weiteren formuliert er, dass sowohl das Suchtverständnis als auch das Menschenbild dieses Paradigmas nicht mit dessen Vorgehensweise vereinbar seien. Einerseits werden Substanzkonsumstörungen als Erkrankung gesehen, welche die Betroffenen durch den symptomatischen Kontrollverlust willensschwach und hilflos machen. Auf der anderen Seite können die notwendigen Unterstützungsmaßnahmen, wie stationäre Therapien, nur in Anspruch genommen werden, wenn die Menschen so viel Willen aufbringen, ihren Konsum eigenständig zu stoppen oder beenden zu wollen (ebd. S.73).

Da Menschen, welche sich nicht für das Ziel der Abstinenz motivieren lassen können oder ihren Konsum nicht aufgeben wollen, mit dem Abstinenzparadigma nicht erreicht werden konnten, wurde als Antwort darauf das Paradigma der niedrigschwelligen Suchtarbeit entwickelt. Dieses wird im nachfolgenden Abschnitt vorgestellt.

## **2.2. Das Paradigma der niedrigschwelligen Suchtarbeit**

Das Paradigma der niedrigschwelligen Suchtarbeit hat sich in den 1980er Jahren entwickelt. Da zu diesem Zeitpunkt die Unterstützungsmaßnahmen der deutschen Suchthilfe ausschließlich abstinenzorientiert ausgerichtet waren, wurde ein Gegenpol benötigt, mit welchem auch Menschen, welche illegale Substanzen konsumierten und keine abstinente Lebensweise anstreben wollten, unterstützt werden konnten (Klein 2018/2019, S. 255). Heutzutage ist die niedrigschwellige und akzeptanzorientierte Drogenarbeit ein fest verankerter Teil der deutschen Suchthilfe. Es stehen diverse Angebote zur Verfügung, welche alle auf das Ziel der Schadensminimierung (Harm Reduction) ausgerichtet sind. Insbesondere in Hinblick auf Er-



krankungen wie AIDS oder Hepatitis, welche durch einen intravenösen Konsum übertragen werden können, sind schadensminimierende Maßnahmen und Angebote von enormer Relevanz. Die NGO *Harm Reduction International* definiert diese als „Methoden, Programme und Praktiken, die darauf abzielen, die individuellen und gesellschaftlichen Schäden des Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen der Menschen zu reduzieren, die nicht in der Lage oder nicht willens sind, den Gebrauch einzustellen“ (Harm Reduction International, S. 1). Harm Reduction-Maßnahmen konzentrieren sich dementsprechend eher auf den Bereich der illegalen Drogen und auf Menschen, welche bereits einen langjährigen Konsum praktizieren (Stöver 2018/2019, S. 303).

Im Suchtverständnis der niedrigschwelligen Suchtarbeit wird akzeptiert, dass viele Menschen ihren Drogenkonsum entweder nicht einstellen möchten oder können. Es wird von der Prämisse ausgegangen, dass eine abstinenten Lebensweise nicht in allen Lebensumständen ein realistisches Ziel darstellt (Batra und Kaspar 2004, S. 96). Auf dieser Grundlage basieren schadensminimierende Maßnahmen auch nicht auf einer direkten Arbeit an einer Veränderung des Konsums, sondern auf einer Reduktion möglicher Risiken. Der Konsum von Suchtmitteln wird als eine persönliche Entscheidung jedes Individuums anerkannt und der traditionelle Blick auf Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (Kapitel 2.1) als veraltet eingestuft. Stattdessen werden in diesem Paradigma die Entscheidungs- und Selbstbestimmungskompetenzen von Menschen mit Substanzkonsumstörungen in den Fokus gerückt. Es wird hervorgehoben, dass auch in Bereichen, in welchen Drogenkonsum als eine Krankheit und nicht als selbstbestimmte Lebensweise eingestuft wird, den Menschen stets ohne eine moralisierende und verurteilende Haltung begegnet werden muss. Des Weiteren sollten an die Klientel keine Erwartungen an mögliche Konsumveränderungen herangetragen werden. Stattdessen sollte eine von Akzeptanz geprägte Haltung eingenommen werden, welche die konsumierende Person respektiert und eine Arbeit auf Augenhöhe somit erst möglich macht (Stöver 2009, S. 38). Das oberste Maxim ist die Sicherung des Überlebens und die Vermeidung von irreversiblen Schäden. Auch eine soziale und gesundheitliche Stabilisierung gehört zu den zentralen Zielen der niedrigschwelligen Drogenarbeit (Stöver und Michels 1999, S. 108).

Zu niedrigschwelligen Einrichtungen gehören unter anderem die sogenannten Kontaktläden oder Kontaktcafés. Dabei handelt es sich um Einrichtungen, welche sich vorwiegend an Menschen mit bereits langjährigen Abhängigkeitserkrankungen richten. Neben lebenspraktischen Hilfen, wie Duschmöglichkeiten oder Nahrungsmittel, werden in Kontaktcafés in der Regel

auch Beratungsangebote zu weiterführenden Hilfen oder spezifische Maßnahmen von Harm Reduction, wie beispielsweise ein Spritzentausch, angeboten (Michels und Stöver 1999, S. 97). Der Austausch von benutzten gegen sterile Spritzen kann die Gefahr eine Infektion mit HIV oder Hepatitis erheblich vermindern und bietet so eine praktische Überlebenshilfe (ebd.). Auch Drogenkonsumräume gehören seit ungefähr 30 Jahren zum Angebotsspektrum schadensminimierender Suchthilfemaßnahmen. Dort können Menschen ihre mitgebrachten (illegalen) Drogen in einem geschützten Raum konsumieren. Sie erhalten vor Ort steriles Material und im Falle einer Überdosis eine medizinische Notfallversorgung (Stöver und Michels 1999, S. 107). Die dritte erwähnenswerte Maßnahme ist die Opioid-Substitution. Hierbei bekommen Menschen mit einer Heroin- bzw. Opioidabhängigkeit einen Drogensatzstoff, welchen sie anstelle der Opiate einnehmen. Sie dient dem Ziel, die Entzugserscheinungen und das Verlangen nach Heroin mithilfe der medizinischen Opioide zu unterdrücken und somit den Heroinkonsum mit den dazugehörigen Verhaltensweisen wie Beschaffungskriminalität zu reduzieren (Scherbaum 2007, 104). Auf Wunsch der Betroffenen oder auch auf die Empfehlung von Substitutionsärzt\*innen hin, wird diese medizinische Behandlung auch von einer psychosozialen Betreuung begleitet. Im Rahmen dieser können sich die Patient\*innen aktiv mit ihren psychosozialen Problemen wie psychischen Schwierigkeiten, Arbeitslosigkeit oder sozialer Isolation auseinandersetzen (Gerlach und Stöver 2009, S. 17).

Die Wirksamkeit von niedrigschwelligen und akzeptanzorientierten Interventionen konnte in diversen repräsentativen Studien belegt werden. Generell gehören schadensminimierende Interventionen, insbesondere die Substitutionsbehandlung, bereits zu einem festen Bestandteil des deutschen Suchthilfesystems. Dies gilt jedoch nicht für alle Maßnahmen. Insbesondere hinsichtlich der Implementierung von Konsumräumen gibt es bundesweit keinen Konsens. Die bayrische Staatsregierung äußert beispielsweise die Sorge, dass die Öffnung von solchen Einrichtungen in einer Verharmlosung des illegalen Drogenkonsums resultieren würde (Hofmann und Wehner 2019/2020, S. 233; Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz 2007).

Des Weiteren formuliert Körkel (2018) einige Kritikpunkte am Paradigma der niedrigschwelligen Suchtarbeit. Zwar sieht er Parallelen zum Paradigma der ZOS, von welchem er persönlich ein starker Vertreter ist, wie beispielsweise eine grundlegende Akzeptanz für das Klientel und die Grundeinstellung, dass diese rudimentäre Selbstbestimmungs- und Entscheidungskompetenzen besitzen. Jedoch kritisiert er die Annahme des Paradigmas, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen keine Absichten besäßen, ihren Konsum zu ändern und die The-

matisierung dessen seitens der Klientel unerwünscht sei. Diese Grundannahme führt dazu, dass im Ansatz der Schadensminimierung keinerlei systematische Zielabklärung und somit auch keine aktive Arbeit an einer Veränderung des Konsums erfolgt. Körkel bringt an, dass diese Verkennung einer inneren Änderungsmotivation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen dazu führt, dass die niedrigschwellige Suchtarbeit ihre Klientel nicht ganzheitlich unterstützt und die Arbeit so nur zur Hälfte erledigt werden würde (Körkel 2018).

Ein Paradigma, welches sowohl niedrigschwellige Unterstützungsmaßnahmen wie auch abstinenzorientierte Interventionen in sich vereint, ist das Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit. Im Folgenden wird dieses Paradigma nun ausführlich vorgestellt. Neben dem dort vertretenen Menschenbild und den Bausteinen der ZOS, wird auch kurz auf die Methode der Motivierenden Gesprächsführung (MI) eingegangen.

### **2.3. Das Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit**

Das Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit ist das jüngste der drei Behandlungsparadigmen. Es weist hinsichtlich des darin vertretenen Menschenbildes und Suchtverständnisses eine Grundhaltung auf, welche so in den anderen beiden Paradigmen der deutschen Suchthilfe noch nicht zu finden ist. Diese Grundhaltung beeinflusst auch die Art und Weise wie in der Praxis an den Veränderungszielen der Klientel gearbeitet wird und wie Fachkräfte Menschen mit einer Substanzkonsumstörung begegnen (Körkel und Schindler 1999). Da der Psychologe Joachim Körkel zu den stärksten Vertretern der ZOS gehört und auch zahlreiche Arbeiten über die Theorie und Praxis der ZOS veröffentlicht hat, wird sich im Folgenden vorrangig auf ihn bezogen.

Unter einer zieloffenen Arbeitsweise wird verstanden, dass Fachkräfte offen gegenüber den individuellen Konsumzielen ihrer Klientel stehen. Sie sind nicht bereits im Vorhinein auf ein Veränderungsziel, beispielsweise die Abstinenz, festgelegt, sondern stellen sich individuell auf ihr Gegenüber ein. Nach Körkel (2014) bedeutet Zieloffene Suchtarbeit, „mit Menschen [...] an einer Veränderung ihres problematischen Suchtmittelkonsums zu arbeiten, und zwar auf das Ziel hin, das sie sich selbst setzen“ (Körkel 2014, S. 167). Die Thematisierung sowie die aktive Arbeit an einem abhängigem Substanzkonsum werden von Fachkräften als Teil ihres Arbeitsauftrages gesehen. Der Konsum wird dabei zwar akzeptiert, jedoch steht die Veränderung dessen im Mittelpunkt der Arbeit. Die Entscheidung, in welchem Umfang und in welche Richtung diese Veränderung vollzogen werden soll, wird der hilfeschekenden Person

selbst überlassen. Klient\*innen können somit sowohl beim Ziel einer abstinenten Lebensweise als auch bei einer Konsumreduktion oder einem schadensminimierenden Konsum unterstützt werden (Körkel 2014, S. 167). Des Weiteren führt Körkel an, dass durch den regelhaften Multisubstanzkonsums der Klientel, die Konzentration von Suchthilfeeinrichtungen auf einzelne Substanzen aufgegeben werden sollte. Stattdessen sollten sich Suchtberatungsstellen als Kompetenzzentren für jegliche Suchtverhaltensweisen verstehen (Körkel 2018, S. 100). Insbesondere das Ziel der Konsumreduktion ist ein Alleinstellungsmerkmal der ZOS. Hierfür existieren eine Reihe von evidenzbasierten Interventionen, welche auf eine Alkohol- Drogen- oder Tabakkonsumreduktion abzielen. Zu den bekanntesten Programmen gehören „Kontrolliertes Trinken“ oder auch „KISS (Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum)“. Beides sind systematische Programme, in welchen mit einem Konsumtagebuch gearbeitet wird. Die Teilnehmer\*innen können sich so einen Überblick über ihren Konsum verschaffen und mithilfe von wöchentlichen Konsumzielen und passgenauen Reduktionsstrategien, ihren Konsum gezielt reduzieren. Diese Interventionen können für Menschen mit einem abhängigen Konsum als ein Schritt hin zu einer abstinenten Lebensweise gesehen werden. Sie können jedoch genauso auf das Ziel einer kontrollierten Konsumreduktion als Endzustand ausgerichtet sein (Körkel 2016). Grundsätzlich kann das Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit weniger als eine konkrete Maßnahme und eher als eine grundlegende Art Suchtarbeit zu betreiben verstanden werden (Körkel 2019, S. 20).

Kritisiert wird das Paradigma der ZOS insbesondere hinsichtlich seiner Gleichstellung der drei Veränderungsziele und einer unzureichenden wissenschaftlichen Fundierung. Soyka, Bottlender und Spanagel (2005) kritisieren beispielsweise die mangelnde Evidenz der Wirksamkeit von Programmen wie kontrolliertem Trinken (Körkel et al. 2005, S. 325). Auch Batra et al. (2016) sprechen davon, dass reduziertes Trinken zwar in den Frühphasen einer Abhängigkeit möglich ist, jedoch wenig Studien zu den langfristigen Wirkungen vorhanden sind. Des Weiteren merken sie an, dass Menschen durch Angebote zu alternativen Behandlungsweisen, von einer abstinenzenorientierten Behandlung abgehalten werden. Abstinenz sei bei Alkoholabhängigkeit laut den Autoren jedoch nach wie vor das wissenschaftlich nachgewiesene wirksamste Behandlungsziel (Batra et al. 2016, S. 308). Auch zu anderen Substanzen wie Tabak, gibt es in der Praxis noch nicht genügend wissenschaftlich geprüfte Programme zur Konsumreduktion (Rüther et al. 2014, S. 185). Des Weiteren gibt es explizit zum Konzept der ZOS selbst bisher nur sehr wenig Forschung und keine Evaluationsstudien. Dies liegt insbesondere daran, dass international bisher keine Einrichtung bekannt ist, welche allumfänglich

nach diesem Paradigma arbeitet und alle Komponenten vollständig umsetzt. Jedoch gab es im Jahr 2018 in Deutschland bereits drei Träger, welche den Schritt gegangen sind, mit ihren Einrichtungen den langwierigen Implementierungsprozess der ZOS zu durchlaufen (Körkel 2018, S. 102).

Die praktische Umsetzung der ZOS in der alltäglichen Arbeit mit Menschen mit einem problematischen Substanzkonsum besteht aus vier Komponenten. Diese werden nachfolgend vorgestellt.

### 2.3.1. Komponenten der Zieloffenen Suchtarbeit

Wie auf *Abbildung 2* zu sehen ist, besteht das Paradigma der ZOS aus verschiedenen Komponenten. All diese Bausteine sind notwendig, um Menschen mit Substanzkonsumstörungen wirklich zieloffen zu begegnen und das Paradigma der ZOS im Arbeitsalltag umzusetzen (Körkel und Nanz 2016, S. 200).

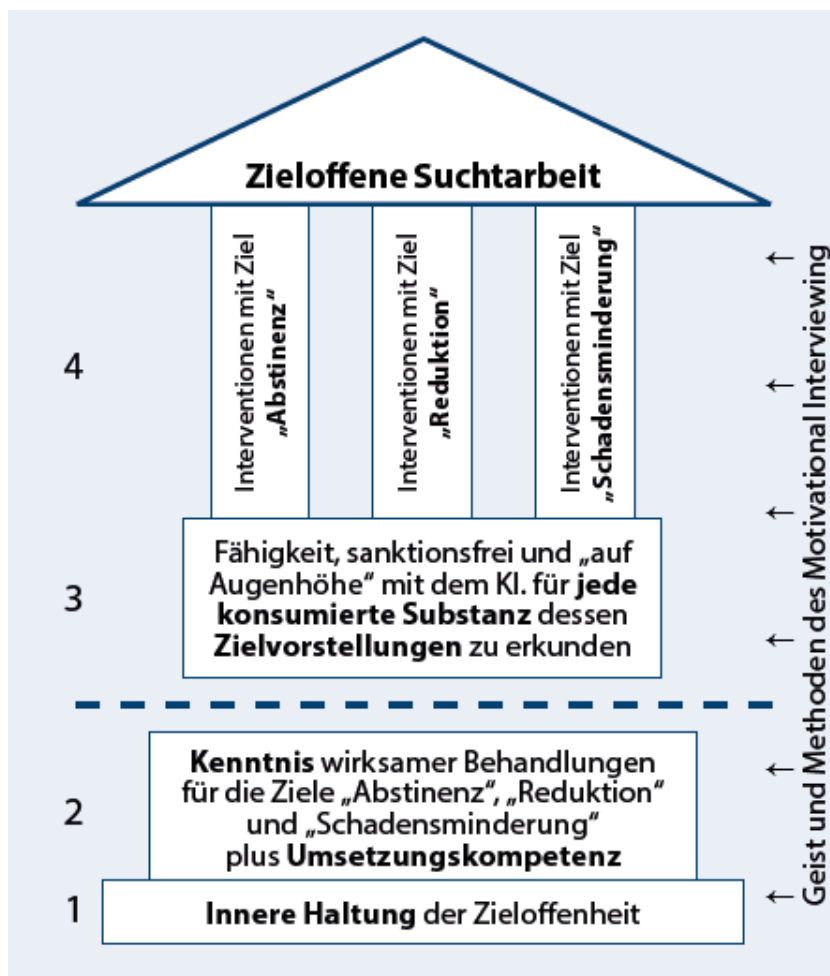


Abb. 2: Komponenten der Zieloffenen Suchtarbeit (Körkel 2018, S. 97)

Nach der ZOS arbeitende Fachkräfte müssen bereits vor dem Kontakt mit der Klientel zwei Grundvoraussetzungen erfüllen (*Abb. 2: Nummer 1 und 2*):

Die erste Voraussetzung besteht in einer verinnerlichten **zieloffenen Grundhaltung**. Körkel bezeichnet diese auch als „spirit“ der ZOS. Dies beinhaltet, dass Sozialarbeiter\*innen ihren Klient\*innen offen und unvoreingenommen begegnen. Sie akzeptieren und respektieren die Konsumvorstellungen der Menschen und unterstützen sie dahingehend. Dies bedeutet auch, dass kein Druck aufgebaut wird, um Personen in Richtung eines bestimmten Veränderungsziels zu beeinflussen (Körkel 2014, S. 167). Fachkräfte vertreten die Einstellung, dass sie selbst nie wissen können welches Konsumziel für ihre Klient\*innen das Beste ist. Sie können lediglich Vermutungen darüber anstellen, müssen diese jedoch in jedem Fall individuell mit ihrem Gegenüber besprechen. Auch die Gleichstellung der Veränderungsziele ist ein relevanter Aspekt. Anders als in den anderen Paradigmen werden die Ziele der Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminimierung hier als gleichwertig eingestuft und es wird je nach Einzelfall entschieden, welche Ziele am gewinnbringendsten erscheinen. Des Weiteren wird das Credo verfolgt, dass jedem Menschen das Recht zusteht, sein Leben nach den eigenen Vorstellungen zu gestalten. Dies gilt auch für den Konsum von legalen und illegalen Substanzen – solange dabei kein Dritter beeinträchtigt wird (Körkel 2019, S. 20). Sowohl die Achtung als auch die Förderung der Autonomie und Selbstbestimmungsfähigkeit von Menschen mit Substanzkonsumstörungen gelten dementsprechend als wichtigste Maxime während des gesamten Unterstützungsprozesses. Die Würde der Menschen steht im Mittelpunkt der Arbeit (Körkel 2014, S. 169). ZOS setzt außerdem voraus, dass Fachkräfte ein professionelles Selbstverständnis verinnerlichen, mit welchem sie sich als zuständig für die Arbeit an einer aktiven Veränderung des Konsums betrachten (Körkel 2020, S. 32). Es wird zudem davon ausgegangen, dass bei Menschen mit einem problematischen Substanzkonsum bereits eine intrinsische Änderungsmotivation vorhanden ist, auch wenn diese von außen zunächst nicht sichtbar scheint. Die Aufgabe der Fachkräfte ist es diese Motivation hervorzubringen und zu stärken. Grundlegend ist hierfür im Besonderen die Arbeit nach der Motivierenden Gesprächsführung (Kapitel 2.3.2.). Professionelle Suchthilfe nach dem Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit ist somit immer eine aktive Arbeit an der Veränderung des Substanzkonsums (ebd. S.32).

Als zweite Grundvoraussetzung müssen Fachkräfte **fachliche Kompetenzen in allen drei Zielbereichen** sowie für alle stoffgebundenen und stoffungebundenen Abhängigkeiten aufweisen. Einerseits werden dafür Kenntnisse über diverse evidenzbasierte Interventionen für das Veränderungsziel der Abstinenz wie auch für die Ziele der Konsumreduktion und Scha-

densminimierung benötigt. Andererseits sollten auch die fachlichen Kompetenzen vorhanden sein, um diese Interventionen umsetzen und Klient\*innen so zielführend unterstützen zu können (Körkel und Nanz 2016, S. 200).

Neben diesen Grundvoraussetzungen für Fachkräfte gibt es für die praktische Umsetzung der ZOS zwei Handlungsschritte (*Abb.2: Nummer 3 und 4*):

Der erste Handlungsschritt besteht dabei in einer **Konsum- und Zielabklärung**. Die ZOS geht davon aus, dass Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung in der Regel mehrere Substanzen parallel konsumieren – einen sogenannten Multisubstanzkonsum betreiben. Aufgrund dessen wird mithilfe eines partnerschaftlichen und interessierten Gesprächsstils mit der Klientel zunächst eine systematische Zielabklärung vorgenommen. Diese basiert auf den Grundsätzen der Motivierenden Gesprächsführung (Körkel und Nanz 2016, S. 200). Dabei wird sich gemeinsam ein Überblick verschafft, welche Substanzen der\*die Klient\*in seinem Leben bereits konsumiert hat. Als Hilfsmittel kann hierzu ein im Rahmen der ZOS entwickelter Kartensatz verwendet werden. So kann ein Einblick in die Konsummuster und -gewohnheiten sowie auch in die Mengen der konsumierten Substanzen gewonnen werden. Danach wird für jede Substanz erörtert, welches Konsumziel die jeweilige Person verfolgen möchte – komplett aufhören, reduzieren oder den Konsum weniger schädlich fortführen. (Körkel 2020, S. 34). Durch diese offene und wertschätzende Art der Zielabklärung können einerseits erste Änderungsbereitschaften aufgedeckt werden. Andererseits wird ein Umfeld geschaffen, in welchem sich die Klientel ohne Angst vor Verurteilung mit ihrem Konsum auseinandersetzen und mögliche Bedenken und Vorstellungen offen legen können (Körkel 2014, S. 167).

Der letzte Handlungsschritt fokussiert schlussendlich die **Auswahl und den Einsatz von passenden Interventionen**. Den Klient\*innen werden zuvor alle möglichen evidenzbasierten Interventionen in den drei Zielrichtungen vorgestellt, welche für die von ihnen konsumierten Substanzen in Frage kommen. Anschließend werden passende Interventionen ausgewählt und durchgeführt. Um Schnittstellenprobleme zu vermeiden, sollten alle Interventionen idealerweise von derselben Person durchgeführt werden. Falls dies nicht möglich ist, sollte eine ausführliche Übergabe zwischen Einrichtungen bzw. Fachkräften erfolgen. Nach Körkel (2018) scheint die Umsetzung dieser Komponenten am erfolgversprechendsten, wenn sie nach den Haltungen und Methoden der Motivierenden Gesprächsführung (MI) erfolgt (Körkel 2018, S. 98). Auf die MI wird im folgenden Kapitel näher eingegangen.

### **2.3.2. Methode der Motivierenden Gesprächsführung**

Die Motivierende Gesprächsführung [engl.: Motivational Interviewing (MI)] nach Miller und Rollnick gehört heutzutage zu einer weit verbreiteten Methode in der Arbeit mit abhängigkeitserkrankten Menschen. Für die ZOS bildet sie neben der zieloffenen Grundhaltung eine wichtige Basis für deren praktische Umsetzung (Körkel 2020, S. 33). Laut Miller und Rollnick (2015) handelt es sich bei MI in erster Linie um einen kooperativen und personenzentrierten Gesprächsstil, mit welchem Menschen bei der Stärkung ihrer Veränderungsmotivation und -bereitschaft unterstützt werden sollen. Er eignet sich somit insbesondere für den Umgang mit Ambivalenzen gegenüber einer Veränderung (Miller und Rollnick 2015, S. 27). Ausschlaggebend für einen gelingenden Prozess ist auch hier der sogenannte „spirit“ des MI bzw. die dahinterstehende Grundhaltung der Fachkräfte. Die vier Aspekte dessen bestehen aus Partnerschaftlichkeit, Akzeptanz, Empathie und Evokation. Unter letzterem wird dabei die Fokussierung auf die Stärken und Ressourcen einer Person verstanden. MI geht davon aus, dass jeder Mensch bereits das notwendige Wissen und die Ressourcen für Veränderung in sich trägt. Die Fachkraft unterstützt ihn nur dabei, diese hervorzubringen (ebd., S.30f.; 37). Fundamental sind nach MI des Weiteren, die Würde jedes Menschen zu achten und stets dessen Autonomie zu wahren. Fachkräfte müssen darauf vertrauen, dass Personen immer eine Entscheidung treffen, welche für sie persönlich die Richtige ist. Unabhängig davon, welche Entscheidung nach der Meinung von Expert\*innen als ideal erachtet wird, wird die autonome Entscheidungsfindung der Klientel respektiert (Körkel 2012, S. 111).

MI besteht aus verschiedenen Methoden und Handlungsschritten, welche nachweislich zu einer Zunahme des sogenannten „change talk“ und „commitment talk“ beitragen. Menschen beginnen ihre Ambivalenzen zu Gunsten einer Veränderung, beispielsweise einer Reduktion ihres Substanzkonsums, aufzulösen und selbst gute Argumente für diese zu benennen. Gleichzeitig steigt so ihre Bereitschaft, auch praktisch an einer Veränderung ihrer momentanen Situation zu arbeiten (Miller und Rollnick 2015, S.189; 465). Laut Pohlner und Obert (2019) bietet sich MI für Fachkräfte als Basisqualifikation für die praktische Umsetzung der ZOS an (Pohlner und Obert 2019, S. 31). Auch Körkel selbst spricht davon, dass sich Fachkräfte in ihrer Arbeit stets an der Haltung und den Methoden des MI orientieren sollten, um Zieloffene Suchtarbeit gewinnbringend umsetzen zu können (Körkel 2018).



## 2.4. Veränderungsziele in der ambulanten Suchthilfe

Nachdem in den vorherigen Kapiteln die Behandlungsparadigmen der deutschen Suchthilfe vorgestellt wurden, soll nun noch einmal der Fokus auf die darin enthaltenen Veränderungsziele gelenkt werden. Diese sind im Besonderen für die Praxis der ambulanten Suchthilfe relevant, da dort in der Regel weniger bewusst nach einem bestimmten Behandlungsparadigma gearbeitet wird, sondern Interventionen angeboten werden, welche auf diese Ziele ausgerichtet sind. Aufgrund dessen sollen hier nochmals der aktuelle Forschungsstand und die professionelle Stimmungslage hinsichtlich dieser Ziele und der dazugehörigen Interventionen aufgezeigt werden. Ein Fokus wird dabei auf die Konsumreduktion gelegt, da diese im Kontext der ZOS eine besondere Rolle spielt.

Das Ziel der **Abstinenz** ist nachweislich mit einer Vielzahl von positiven biopsychosozialen Folgen verbunden. Neben einer Verbesserung des körperlichen und psychischen Zustands hat eine abstinenten Lebensweise auch auf das Sozialleben der Menschen einen positiven Einfluss. Oftmals verbessert sich die Beziehung zu Familie und Freunden und die generelle Lebensqualität steigt (Körkel und Nanz 2016, S. 196). Neben den gesundheitlichen Vorteilen einer abstinenten Lebensweise, hebt die deutsche Rentenversicherung auch den Aspekt der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt hervor. Diese fällt abstinent lebenden Menschen in der Regel leichter, als Personen, welche ihren Konsum fortführen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2021). Um eine lebenslange Abstinenz zu erreichen, sind nach Wendt (2017) jedoch eine sehr hohe intrinsische Motivation sowie ein eindeutiger Abstinenzwunsch notwendig (Wendt 2017, S. 184). Kritisiert wird die Abstinenz hinsichtlich ihres Status als ultimatives Veränderungsziel. Nach Walter und Rösner (2018) birgt die Ausrichtung von Interventionen auf eine lebenslange Abstinenz eine hohe Rückfallwahrscheinlichkeit. Insbesondere dann, wenn Menschen nicht intrinsisch zur Abstinenz motiviert sind sondern sich eher an den Erwartungen ihres Umfelds orientieren, kommt es häufig zu Therapieabbrüchen und Rückfällen (Walter und Rösner 2018). Laut Körkel (2014) leben beispielsweise nur ein Drittel der Menschen nach einer Abstinenzbehandlung tatsächlich abstinent. Auf Grundlage dessen spricht er sich für eine größere Varianz der Konsumziele aus (Körkel 2014, S. 169). Mann (2015) bringt zudem das Argument an, dass viele substanzkonsumierende Menschen nicht dazu bereit sind, komplett auf ihren Konsum zu verzichten. Dies führt dazu, dass die Hürde für die Inanspruchnahme von Hilfen durch das Ziel der Abstinenz so hoch ist, dass Menschen dazu tendieren, sich überhaupt keine professionelle Unterstützung zu suchen (Mann 2015, S. 30). Insbesondere bei opioidkonsumierenden Menschen konnte aufgezeigt werden, dass Abstinenz

erst nach mehreren Jahren Therapie erreicht werden kann, die meisten jedoch an diesem Ziel scheitern. Hier hat sich dagegen die Substitutionsbehandlung als ein zielführendes Instrument erwiesen (Meili et al. 2004, S. 130). All diese Kritik soll das Ziel der Abstinenz dabei nicht herunterstufen. Die Autor\*innen sind sich einig, dass Abstinenz für viele Klient\*innen der richtige Weg sein kann und auch nach wie vor ein elementarer Bestandteil der Suchthilfe ist. Nichts desto trotz ist dieses Ziel nicht für alle Menschen realistisch, weshalb eine Varianz der Veränderungsziele und die Erweiterung von abstinenzunabhängigen Interventionen unerlässlich sein muss (Körkel 2004, S. 66).

Auch die Wirksamkeit des Ziels der **Schadensminimierung** konnte in diversen empirischen Studien nachgewiesen werden. Insbesondere bei Substitutionsbehandlungen konnte die Effektivität der Maßnahme vermehrt bestätigt werden. Vor allem bezüglich einer Verminderung des Opioidkonsums, der Verhinderung von HIV- oder Hepatitis-Infektionen sowie einer psychischen, sozialen und körperlichen Stabilisierung, konnten durch eine Opioidsubstitution positive Veränderungen vermerkt werden (Poehlke et al. 2016). Auch am Beispiel von Konsumräumen wird die Effektivität von Schadensminimierung deutlich. Auth und Stöver (2019/2020) haben die Dokumentationen der Drogenkonsumräume in Hessen und NRW aus dem Jahr 2018 zusammengefasst. Dabei zeigt sich, dass Drogennotfälle selbst in solch einem geschützten Rahmen relativ häufig vorkommen. Durch geschultes Personal konnten jedoch schnell Rettungsdienste gerufen werden, wodurch Drogentodesfälle verhindert werden konnten. Auch Safer-Use Beratung und Information zeigte sich zielführend hinsichtlich einer Motivation zu risikoärmeren Konsumformen (Auth und Stöver 2019/2020). Ferner bewiesen sich Harm-Reduction Maßnahmen bei der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten sowie der Minimierung von Gefängnisstrafen als zielführend (Stöver 2018/2019, S. 303).

Nach Stöver (2009) hat sich inzwischen auch unter Mitarbeitenden der Suchthilfe eine fachliche Übereinstimmung bezüglich der Relevanz und Wirksamkeit von schadensminimierenden und akzeptanzorientierten Maßnahmen ergeben. Im Bereich der illegalen Drogen gehören Maßnahmen mit dem Ziel der Schadensminimierung mittlerweile zu einem festen Bestandteil der deutschen Suchthilfe (Stöver 2009, S.39f.). Im Alkohol-, Tabak- und Cannabisbereich sind diese dagegen nur selten zu finden (Körkel und Nanz 2017, S. 46; Manthey et al. 2018).

Das Ziel der **Konsumreduktion bzw. eines kontrollierten Konsums** ist das aktuell umstrittenste Veränderungsziel der deutschen Suchthilfe. In den letzten Jahren hat es jedoch immer mehr Aufmerksamkeit und Anerkennung erfahren. Unter anderem wurde eine Konsumreduk-

tion auch in den deutschen S3-Leitlinien „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“, mittlerweile als (Zwischen-) Ziel zur Behandlung von Alkoholkonsumstörungen anerkannt (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT) 2020, S. 13). Auch die Krankenkassen erkennen Konsumreduktionsprogramme mittlerweile als eine Alternative zu abstinenzorientierten Angeboten an und fördern diese im Rahmen von Prävention finanziell (Körkel und Nanz 2017, S. 43).

Zur praktischen Umsetzung dieses Ziels wurden bereits seit den 40er Jahren diverse Programme und Interventionen entwickelt. Fokussiert wurde sich dabei hauptsächlich auf Menschen mit alkoholbezogenen Schwierigkeiten. Das bekannteste Programm ist das bereits erwähnte Trinkkontrollprogramm „Kontrolliertes Trinken“. Kritisiert werden diese Programme immer wieder aufgrund ihrer nicht operationalisierbaren Forschungsbefunde. Bislang wurden nur sehr wenig randomisierte kontrollierte Studien durchgeführt. Dies erschwert es, eindeutig empirisch belegte Aussagen bezüglich Wirksamkeit und Attraktivität dieser Angebote treffen zu können. Auch der empirische Vergleich mit abstinenzorientierten Angeboten wird so deutlich erschwert (Körkel 2015b, S. 163).

Nichtsdestotrotz konnte Walters (2000) im Rahmen einer Meta-Analyse der 2000 vorhandenen Studienlage herausstellen, dass Trinkkontrollprogramme bei vielen Proband\*innen mindestens dieselbe Wirksamkeit aufweisen wie abstinenzorientierte Behandlungsprogramme. Dies gilt sowohl für das Ziel eines kontrollierten, reduzierten Konsums, als auch als Zwischenschritt zur Erreichung einer abstinenten Lebensweise (Walters 2000). Auch eine aktuell durchgeführte Meta-Analyse von Henssler et al. (2021), in welcher 22 Studien mit insgesamt 4204 Patient\*innen ausgewertet wurden, zeigte auf, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen den Effekten von Abstinenz- und Konsumreduktionsprogrammen bei Alkoholkonsumstörungen gefunden wurden. Die Autor\*innen schließen daraus, dass kontrolliertes Trinken, insbesondere in der Kombination mit einer psychotherapeutischen Behandlung, eine valide Option für Menschen ohne Abstinenzbereitschaft darstellt (Henssler et al. 2021). Degkwitz (2014) beschreibt, dass sich trotz der bisherigen Studienlage die Trinkmengenreduktion nur in einem Teil der Suchthilfe als angemessenes Ziel etabliert hat. Laut dem Autor halten viele Expert\*innen noch stark am traditionellen Ziel der Abstinenz fest, was auch eine weitreichende empirische Untersuchung anderer Zieloptionen erschwert. Dennoch benennt er eine gleichgestellte Aufnahme der Konsumreduktion in den Zielkatalog der Suchthilfe, als große Chance für alle Menschen mit einem problematischen Alkoholkonsum (Degkwitz 2014). Kritisiert wird das Ziel des kontrollierten Konsums dagegen beispielsweise von Glöckler (2018).

Sie spricht sich für die Bevorzugung abstinenzorientierter Behandlungen aus, da diese ein geringeres Risiko für Folgeerkrankungen aufweisen sowie generell diverse gesundheitliche Vorteile mit sich bringen. Das Ziel eines kontrollierten Konsums sollte laut Glöckler nur in Einzelfällen unter einer fachlichen Begleitung verfolgt werden (Glöckler 2018).

Bezüglich der Akzeptanz von kontrolliertem Konsum unter Fachkräften lässt sich auf die Studie von Drinkmann und Lettl (2015) verweisen. Diese haben mithilfe einer quantitativen Befragung in bayrischen ambulanten Suchtberatungsstellen herausgefunden, dass die Akzeptanz einer Konsumreduktion generell einer Ablehnung überwiegt. Dennoch gilt dies nicht in jedem Fall. Unterschiede der Akzeptanz wurden vor allem hinsichtlich Alkohol und illegalen Drogen gefunden. Sowohl bei alkoholbezogenen Störungen als auch beim Vorliegen eines missbräuchlichen Konsums, werden Konsumreduktionsziele eher akzeptiert als bei illegalen Substanzen und dem Vorliegen einer Abhängigkeit. Des Weiteren überwiegt die Akzeptanz dann, wenn eine Konsumreduktion als Zwischenschritt hin zur Abstinenz genutzt wird. Ein kontrollierter Konsum als Endzustand stieß bei den meisten Befragten dagegen eher auf Ablehnung (Drinkmann und Lettl 2015). Zudem ist nach Körkel (2015) die Akzeptanz für alternative Zielrichtungen bei Langzeitabhängigen und älteren Konsumierenden höher als bei jüngeren Menschen (Körkel 2015a).

Neben alkoholbezogenen Konsumkontrollprogrammen gibt es auch einzelne Studien in Hinblick auf Tabak und illegale Drogen. Zieloffene Programme, welche ebenfalls auf alle drei Konsumziele bzw. auf eine Konsumreduktion ausgerichtet sind, sind einerseits „Change Your Smoking (CYS)“ zur Veränderung des Tabakkonsums oder das zuvor erwähnte Programm „KISS“, welches sich auf illegale Drogen bezieht. Beide Programme konnten sich in der Praxis als zielführend beweisen, sind jedoch im deutschen Suchthilfesystem kaum zu finden (Körkel und Nanz 2017; Körkel et al. 2011; Happel et al. 2014). Körkel et al. (2011) schließen aus ihrer randomisierten kontrollierten klinischen Studie in der niedrigschwelligen Drogenhilfe des KISS-Programms, dass die niedrigschwellige Drogenhilfe einen Paradigmenwechsel erfordert. Neben den gängigen schadensminimierenden Maßnahmen sollten Menschen auch zu einer Veränderung ihres Konsums motiviert werden. Des Weiteren sollten standardmäßig auch Programme zur Konsumreduktion angeboten werden. KISS bewies sich in dieser Studie als ein gut angenommenes Angebot, welches auch sechs Monate nach Programmende noch signifikante Veränderungen des Drogenkonsums der Teilnehmenden nach sich zog (Körkel et al. 2011). Neben diesen spezifischen Programmen sind weitere Veröffentlichungen von Expert\*innen der Suchthilfe zu finden, welche sich für mehr Konsumreduktionsprogramme zum

Selbstmanagement bei illegalen Drogen und Tabak aussprechen. Diese stimmen darin überein, dass Menschen auch zu einem kontrollierten Konsum illegaler Substanzen oder Tabak in der Lage sind. Aus diesem Grund sei es notwendig, Personen, welche nicht zu einem abstinentern Leben bereit sind, adäquate Angebote zu bieten. Ohne diese fallen viele Konsument\*innen durch das Raster der Suchthilfe. Des Weiteren rufen diese Expert\*innen zu mehr Forschung auf, um die Evidenz von Konsumreduktionsprogrammen auch empirisch zu belegen und weiter voranzutreiben (Körkel und Vertheim 2010; Drinkmann und Gradl 2007; Drinkmann 2002).

Nachfolgend wird nun die Klinische Sozialarbeit in der Suchthilfe näher betrachtet, um so Übereinstimmungen und Unterschiede zwischen den vorgestellten Behandlungsparadigmen und den theoretischen und ethischen Grundhaltungen der Klinischen Sozialarbeit festzustellen.

### **3. Klinische Sozialarbeit in der ambulanten Suchthilfe**

Der Unterstützungsbedarf von Menschen in multifaktoriellen Belastungssituationen ist in den letzten Jahrzehnten immer weiter angestiegen. Um diesen Entwicklungen gerecht zu werden und die Menschen bestmöglich zu unterstützen, hat sich die Klinische Sozialarbeit als Teilgebiet der Sozialen Arbeit entwickelt (Homfeldt und Gahleitner 2018, S. 47). Klinische Sozialarbeiter\*innen üben beratende und behandelnde Tätigkeiten in der Arbeit mit Menschen in Multiproblemsituationen aus. Sie sind primär im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens tätig und zielen mit ihrer Arbeit auf die Förderung der psychosozialen Funktionsfähigkeit ihrer Klientel ab. Pauls (2013) definiert die Klinische Sozialarbeit als „integrierten professionellen Ansatz zur Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt“ (Pauls 2013, S. 17). Klinische Sozialarbeiter\*innen streben dementsprechend sowohl die Veränderung und Verbesserung der psychischen Gesundheit als auch der sozialen Lebenslage der Betroffenen an (ebd. S.17).

Im Bereich der Suchthilfe gehören (Klinische) Sozialarbeiter\*innen seit Beginn zu der dominierenden Berufsgruppe. In ambulanten Suchthilfeeinrichtungen machen Professionsangehörige der Sozialen Arbeit laut Leune (2013) beispielsweise ungefähr 61,3% der Beschäftigten aus (Leune 2013, S. 16). Neben körperlichen und psychischen Problemen erfahren Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen oft Stigmatisierung und Ausgrenzung. Hier kann die Profession der Sozialen Arbeit mit ihrem biopsychosozialen Grundverständnis von Sucht, Betroffene

ne ganzheitlich unterstützen. Dieses Grundverständnis basiert auf dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, welches besagt, dass Abhängigkeitserkrankungen nicht nur von körperlichen Faktoren abhängen, sondern auch psychische und soziale Bedingungen zu der Erkrankung beitragen. Alle drei Faktoren stehen dabei in Wechselwirkung zueinander und bedingen sich gegenseitig (Laging 2020, S. 20). Daraus resultiert, dass auch in der Arbeit mit substanzkonsumierenden Menschen jede der drei Ebenen betrachtet und exploriert werden muss. Mithilfe dieses Modells und der damit zusammenhängenden praktischen Vorgehensweise, können Klinische Sozialarbeiter\*innen Menschen so nachhaltig bei einer Veränderung ihres Substanzkonsums und einer ganzheitlichen Verbesserung ihrer Lebenslage unterstützen.

In psychosozialen Suchtbehandlungs- und Beratungsstellen üben Fachkräfte der Klinischen Sozialarbeit dabei beratende, begleitende und behandelnde Tätigkeiten aus. Eine Suchtberatung übersteigt hierbei eine rein beratende Tätigkeit. In der Regel begleiten Fachkräfte ihre Klientel auch bei der Lösung ihrer Problemlagen und der Realisation ihrer Ziele über einen längeren Zeitraum hinweg (Hansjürgens 2018, S. 20). Neben der Beratung zu den diversen Schwierigkeiten, welche mit einer Abhängigkeitserkrankung einhergehen können, der Hilfeplanung, Ziel- und Motivationsarbeit sowie Einzel- und Gruppentherapien im Rahmen einer Rehabilitation, gehört auch Case-Management zu den zentralen Aufgaben von Fachkräften (ebd. S.16). Eine Suchtbehandlung findet dabei insbesondere im Rahmen ambulanter Rehabilitationsgruppen oder auch innerhalb zieloffener Einzelberatungsgespräche statt (Laging 2020, S. 15).

Ferner ist eine große Übereinstimmung zwischen den generellen Normen der Suchthilfe (Kapitel 1.2.) und den Prinzipien der Klinischen Sozialarbeit zu erkennen. Themen wie die Förderung der Teilhabe und eine Orientierung am Sozialraum bzw. der Lebenswelt der Klientel, gehören in beiden Feldern zu den wichtigsten Grundsätzen der Arbeit. Klinische Sozialarbeiter\*innen in ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen versuchen demnach möglichst nah am Alltag und der individuellen Lebenssituation ihrer Klientel zu arbeiten (Sichelschmidt und Cramer 2015, S. 64). Durch eine Ausrichtung des gemeinsamen Prozesses auf die persönlichen Vorstellungen und die Lebensweise des Gegenübers, können Exklusionsprozesse beispielsweise aufgedeckt und aufgelöst oder verhindert werden. Eine lebensweltorientierte Vorgehensweise umfasst dabei auch die Angehörigenarbeit, als einen nicht zu vernachlässigenden Teil der Unterstützung. Interventionen, die Angehörige miteinbinden, können zu einem größeren gegenseitigen Verständnis und der Lösung von Konflikten und Spannungen führen (Lammel und Funk 2017, S. 197). Dies kann zu einer Stabilisierung der sozialen

Dimension von Betroffenen beitragen und gehört so zu einem wichtigen Teil der sozialarbeiterischen Intervention.

Ein weiterer wichtiger Grundsatz der Klinischen Sozialarbeit besteht in der Verinnerlichung einer salutogenetischen und ressourcenorientierten Haltung. Die Salutogenese nach Anton Antonovsky ist eine Weiterentwicklung des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells. Der Kern dieser besteht darin, den Blick auf die Faktoren zu richten, welche einen Menschen gesund halten bzw. dazu beitragen, dass dieser nicht schwerer erkrankt (Pauls 2013, S. 103). Im Kontext der Suchthilfe könnte dies zum Beispiel bedeuten, mit einem Klienten nach seinem Rückfall zu explorieren, welche Personen oder Umstände ihn davon abgehalten haben, früher zum Suchtmittel zu greifen. Auf dieser Grundlage kann an der Stärkung dieser Ressourcen gearbeitet und die Wahrscheinlichkeit für zukünftige Rückfälle vermindert werden.

Neben der Ressourcenorientierung gehört auch die Realisierung des Empowerment-Ansatzes zu einem zentralen Ziel der Arbeit. Dieser umfasst die Förderung der Autonomie und Selbstbestimmungsfähigkeit von Klient\*innen (Krebs et al. 2021, S. 50). Dieses Grundprinzip wird im kommenden Kapitel ausführlicher dargestellt. Berücksichtigen und integrieren Klinische Sozialarbeiter\*innen all diese Prinzipien in ihrer Arbeit, können so ressourcen- und lebensweltorientierte Veränderungsziele und Lösungen formuliert werden, welche individuell auf die Klientel und deren persönliche Lebenssituation zugeschnitten sind. Diese haben somit das Potenzial, auch nachhaltig zu einer Verbesserung des psychosozialen Wohlbefindens beizutragen.

Neben den generellen Grundsätzen der Klinischen Sozialarbeit gibt es zahlreiche ethische Werte und Normen, an welchen sich Fachkräfte in der Praxis orientieren. Hierbei stützt sich die Klinische Sozialarbeit auf die Professionsethik der Sozialen Arbeit. Im Folgenden wird kurz auf die relevantesten ethischen Bezüge eingegangen, welche im Besonderen im Kontext der Suchthilfe und der vorliegenden Arbeit eine signifikante Rolle spielen.

### **3.1. Professionsethische Werte der Klinischen Sozialarbeit**

Um Menschen in multifaktoriellen Belastungssituationen ganzheitlich und nachhaltig zu unterstützen, orientieren sich Fachkräfte der Klinischen Sozialarbeit an den professionsethischen Werten der Sozialen Arbeit. Eine Grundlage bietet hierfür die 2014 veröffentlichte Berufsethik des DBSH (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit). Unter ethischem Handeln wird dabei „generell gutes oder moralisch integrires Handeln“ (Leith 2020, S. 207) verstanden. Die

sozialarbeiterische Professionsethik soll für Fachkräfte eine Richtlinie sein, an welcher sie ihr Handeln in der Praxis orientieren und selbst reflektieren können (ebd.). Erst durch die Ausrichtung des eigenen fachlichen Handelns an den Werten der Berufsethik, arbeiten Fachkräfte professionell und nach dem Anspruch der Sozialen Arbeit. Diese versteht sich als Menschenrechtsprofession und stellt die Einhaltung der Menschenrechte, insbesondere den Schutz der Menschenwürde, an oberste Stelle (Gruene et al. 2014, S. 12).

Generell lassen sich für die (Klinische) Soziale Arbeit zwei grundsätzliche Schwerpunkte des ethischen Handelns festlegen. Einerseits geht es um die Unterstützung von Individuen. Diese sollen in einer autonomen Lebensweise gefördert und zur Entfaltung ihrer Persönlichkeit befähigt werden. Auf der anderen Seite geht es ebenfalls darum, gesellschaftliche Hürden abzubauen und die gesellschaftlichen Bedingungen zu verbessern (Eisenmann 2012, S. 42). Dabei ist die Soziale Arbeit in vielen Bereichen anderen Professionen unterstellt und muss sich an staatlichen Vorgaben und Erwartungen orientieren. Für die Praxis bedeutet dies, dass Sozialarbeiter\*innen anhand ihrer fachlichen Expertise und der Orientierung an der Professionsethik versuchen müssen, die Ziele und Bedürfnisse ihrer Klientel mit den staatlichen und gesellschaftlichen Anforderungen zu vereinen und so möglichst allen Parteien gerecht zu werden (Leith 2020, S. 321). Dies kann immer wieder zu ethischen Konflikten führen. In der Arbeit mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung kommt es beispielsweise vor, dass diese von anderen Instanzen eine Auflage, beispielsweise zu einer abstinenzorientierten Therapie, auferlegt bekommen. Wenn Fachkräfte in der Arbeit mit diesen Personen jedoch merken, dass diese für eine abstinente Lebensweise (noch) nicht bereit sind, müssen sie anhand ihrer sozialarbeiterischen Expertise und den ethischen Grundlagen eine Entscheidung treffen, wie sie mit dieser Situation umgehen. Nur auf dieser Basis können Unterstützungsmaßnahmen initiiert werden, welche im Sinne einer Förderung des biopsychosozialen Wohlbefindens der Klientel sind und dennoch die staatlichen und gesetzlichen Anforderungen berücksichtigen.

Im Folgenden werden zwei Aspekte der sozialarbeiterischen Berufsethik vorgestellt, welche insbesondere für die Arbeit mit abhängigkeitserkrankten Menschen relevant sind. Diese werden sowohl in Bezug auf das Arbeitsfeld der ambulanten Suchthilfe als auch in Hinblick auf die drei Behandlungsparadigmen kritisch betrachtet.



### **3.1.1. Förderung der Autonomie und Selbstbestimmungsfähigkeit**

In der Berufsethik des DBSH wird der Schutz und die Achtung der Autonomie von Menschen, als das oberste Prinzip der Sozialen Arbeit festgeschrieben. Fachkräfte sollen den Willen ihrer Klient\*innen stets respektieren und ihr Handeln danach ausrichten. Die Selbstbestimmungsrechte der Klientel müssen in diesem Sinne permanent beachtet und geschützt werden, um Menschen so in einer autonomen Lebensweise zu unterstützen (Gruene et al. 2014). Auch die DHS spricht von einer notwendigen Grundhaltung in der Suchthilfe, in welcher stets die Unterstützung zu einem freien und selbstverantwortlichen Leben im Mittelpunkt des Handelns stehen muss (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) 1999). Autonomie bedeutet dabei die Unabhängigkeit von anderen Menschen, die Freiheit, sein Leben nach den eigenen Vorstellungen zu gestalten und so zu handeln, wie es einem selbst als nützlich und gewinnbringend erscheint (Leith 2020, S. 338). Auch wenn manche Lebensvorstellungen der Klientel den Fachkräften unkonventionell erscheinen, müssen sie die individuellen Sichtweisen der Menschen respektieren und die Unterstützungsmaßnahmen daran anpassen.

In der Praxis ist es für Sozialarbeiter\*innen jedoch nicht immer möglich, das professionelle Handeln vollständig am Willen und den Lebensvorstellungen der Klient\*innen zu orientieren. Grenzen sind einerseits dann erreicht, wenn andere Menschen durch die Entscheidungen einer Person negativ beeinträchtigt oder gefährdet werden. Andererseits haben Sozialarbeiter\*innen auch einen gewissen Schutzauftrag gegenüber ihrer Klientel (ebd. S.338). Wenn diese aufgrund einer psychischen Erkrankung Entscheidungen im Sinne einer akuten Selbstgefährdung treffen, müssen Fachkräfte eingreifen, um diese vor sich selbst zu schützen.

In der Arbeit mit Menschen mit Substanzkonsumstörungen ist die Thematik der Selbstbestimmungsfähigkeit und Autonomie ein stets präsent und viel diskutiertes Thema (Uchtenhagen 2004, S. 14). Wie die Darstellung der drei Behandlungsparadigmen (Kapitel 3) aufzeigen konnte, gibt es in der ambulanten Suchthilfe verschiedene Ansätze, wie mit der Autonomie der Klientel umgegangen wird. Insbesondere das Thema der Wahlfreiheit spielt dabei eine tragende Rolle. Sind Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen fähig, selbstbestimmt über die Veränderung ihres Substanzkonsums zu entscheiden? Auf diese Frage sind in den drei Behandlungsparadigmen verschiedene Antworten zu finden.

In der traditionellen, abstinentenorientierten Sichtweise wird Klient\*innen die Selbstbestimmungsfähigkeit aufgrund ihrer Abhängigkeitserkrankung abgesprochen und es wird davon ausgegangen, dass Fachkräfte bessere Entscheidungen für das Leben der Betroffenen treffen können. Diese Haltung widerspricht jedoch den Grundsätzen der Klinischen Sozialarbeit,

welche die Prämisse verfolgt, dass jeder Mensch grundsätzlich die Fähigkeit besitzt, autonom über das eigene Leben zu entscheiden. Auch die Exklusion der Klientel bei der Entscheidung über das Veränderungsziel, ist nicht mit den Werten der Profession vereinbar. Nach diesen sollte das Individuum im Mittelpunkt jeglichen Handelns stehen und die Ziele der gemeinsamen Arbeit sollten auf die persönliche Lebenssituation und den Willen der Klientel ausgerichtet werden. Bevormundung wird dabei explizit als nicht professionelles Handeln beschrieben (Hug 2016, S.179f.; Gruene et al. 2014). Auch der Ansatz der niedrigschwelligen Suchtarbeit ist nicht in jeglicher Hinsicht mit den Grundwerten der Profession vereinbar. Neben der Akzeptanz und dem Respekt vor den individuellen Lebensentscheidungen, besteht das Ziel von Klinischen Sozialarbeiter\*innen darin, die Menschen zu empowern und Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten. Empowerment umfasst dabei die Befähigung der Menschen, Einfluss auf ihr eigenes Leben (wieder-) zu erlangen. Es geht demnach darum, die Menschen aktiv dabei zu unterstützen, mehr Autonomie und Kontrolle in ihrem Leben zu erreichen (Seckinger 2015, S. 359). Hierfür ist insbesondere die Arbeit an und mit den Ressourcen der Klientel relevant. Die Mobilisierung und Stärkung dieser ist dabei ein entscheidender Faktor hinsichtlich einer langfristig wirksamen Intervention (Krausz 2015, S. 87). Schadensminimierende Maßnahmen sind jedoch oftmals nur auf eine Begleitung und nicht auf die aktive Arbeit am Konsum ausgerichtet. Um Potenziale und Stärken, welche durch eine Abhängigkeitserkrankung und deren Begleitumstände möglicherweise verdeckt sind, zu mobilisieren, ist eine aktive Arbeit an einer Veränderung notwendig. Wenn diese tatsächlich an den Belangen, Wünschen und Lebensvorstellungen der Klientel ausgerichtet ist, können Menschen so in einer autonomen und selbstbestimmten Lebensführung unterstützt werden.

Im Gegensatz dazu sind zwischen dem Menschenbild und der Vorgehensweise der ZOS viele Übereinstimmungen zu den Einstellungen der Klinischen Sozialarbeit zu finden (Kapitel 2.3). Auch hier wird die Selbstbestimmungsfähigkeit der Menschen betont und es geht darum, Personen auf das Ziel hin zu unterstützen, welches sie sich selbst setzen. Es findet eine aktive Arbeit an einer Konsumveränderung statt, wodurch Menschen empowernt und bei der Stärkung ihrer Fähigkeiten unterstützt werden können. Die Autonomie eines Menschen steht auch in der ZOS im Mittelpunkt der gemeinsamen Arbeit und ist der Ausgangspunkt für jegliche Interventionen.

Abhängig davon, wie Menschen mit einer Substanzkonsumstörung betrachtet und deren Fähigkeiten zur autonomen Entscheidungsfindung und Lebensführung eingeschätzt werden, variiert auch die Art und Weise, wie Fachkräfte in der Ziellarbeit mit ihrer Klientel vorgehen.

Wie bereits dargestellt, sind hierzu in allen drei Behandlungsparadigmen unterschiedliche Herangehensweisen zu finden. Auch die Berufsethik der Sozialen Arbeit benennt hierzu klare Kriterien.

### **3.1.2. Der Umgang mit Zielen**

Neben einer vertrauensvollen Helfer\*innen-Klient\*innen Beziehung sind Ziele die Grundlage der gemeinsamen Arbeit. Sie bilden die Basis für die Wahl der individuell geeigneten Intervention und machen den Prozess überprüfbar. Wichtig ist hierbei, dass die Ziele realistisch und an die persönliche Lebenssituation der helfenden Person angepasst sind. Die Mitwirkung der Klientel ist dafür eine wichtige Voraussetzung, da diese ihre Lebenswelt am besten kennen und somit wissen, welche Veränderungen auch langfristig nachhaltig wirksam sein können (Geißler-Piltz et al. 2010, S. 102; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) 1999). Die sozialarbeiterische Professionsethik merkt hierzu an, dass Fachkräfte die individuellen Ziele der hilfesuchenden Personen erkennen, respektieren und fördern sollen. Des Weiteren muss darauf geachtet werden, dass die Ausrichtung des Hilfeprozesses nicht zu Misserfolgen führt und den Klient\*innen so potenziell eher schadet als diese unterstützt. Auch bei der Zielfindung muss die Autonomie der Klientel stets in den Mittelpunkt gerückt werden (Gruene et al. 2014, S.10;34). Fachkräfte sollten demnach darauf achten, den tatsächlichen Willen ihrer Klientel in die Zielformulierung miteinzubeziehen und dafür sorgen, dass diese Ziele auch tatsächlich langfristig gut in die Lebenswelt der Betroffenen integrierbar sind. Das eigene Expertentum muss dabei manchmal zurückgestellt und stattdessen darin vertraut werden, dass die Menschen selbst am besten wissen, welche Ziele für ihr persönliches Umfeld und ihren Alltag erreichbar sind.

Menschen mit Substanzkonsumstörungen sehen sich oftmals mit diversen Erwartungen von außen konfrontiert. Neben den Zielvorstellungen der Familie und von Freunden können auch Instanzen wie das Gericht bestimmte Auflagen für Betroffene verhängen oder sie vor die Entscheidung - Gefängnis oder Anbindung an eine Suchthilfeeinrichtung - stellen. Neben diesen extrinsischen Vorstellungen stehen konsumierende Personen einer Veränderung ihres Konsums auch innerlich oftmals ambivalent gegenüber (Hansjürgens 2016a). Um ihre Angehörige nicht zu verlieren oder eine Gefängnisstrafe zu umgehen, beugen sich manche dem äußerlichen Druck und stimmen dem Veränderungsziel der Abstinenz zu, obwohl sie innerlich nicht dazu bereit sind. Auch die Strukturen des Suchthilfesystems bedingen eine extrinsische motivierte Abstinenzentscheidung, da stationäre Therapien ohne diese in der Regel nicht möglich sind. Werden Abstinenzbehandlungen jedoch ohne eine innerliche Motivation für eine lang-

fristig abstinente Lebensweise begonnen, sind in vielen Fällen Therapieabbrüche oder nur ein kurzzeitiger Therapieerfolg die Folge (Körkel und Nanz 2016, S. 197; Fritzsche 2018, S. 31).

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Vorgehensweise des Abstinenzparadigmas, in welchem Fachkräfte ihrer Klientel das Ziel der Abstinenz vorgeben, in der Praxis nicht immer zu einer langfristigen Besserung der Lebenssituation von Betroffenen führt. Dadurch, dass sich Fachkräfte hier über ihre Klient\*innen erheben und pauschal davon ausgehen, dass eine abstinente Lebensweise für alle Menschen mit einer Substanzkonsumstörung das einzig richtige Ziel ist, arbeiten sie an der Lebensrealität vieler Menschen vorbei. Dies führt dazu, dass diese immer wieder Misserfolge erleben und das Vertrauen in das Suchthilfesystem verlieren können (Wendt 2017, S. 273). Diese Grundhaltung und Herangehensweise widersprechen demnach den ethischen und fachlichen Grundlagen der Klinischen Sozialarbeit.

Auch die Vorgehensweise des Paradigmas der niedrigschwelligen Suchtarbeit stimmt in diesem Aspekt nicht mit den Werten der Profession überein. Dadurch, dass keinerlei Zielarbeit und Arbeit an der Veränderung des Konsums stattfinden, werden auch unausgesprochene Wünsche und Ziele der Klient\*innen nicht erkannt. So bleibt den Menschen Unterstützung verwehrt, welche sie mit etwas Ziel- und Motivationsarbeit möglicherweise gerne in Anspruch genommen hätten.

Im Gegensatz dazu orientiert sich die Zieloffene Suchtarbeit auch in diesem Gesichtspunkt stark an den ethischen und fachlichen Vorgaben der Klinischen Sozialarbeit. Die Klient\*innen werden in den Mittelpunkt des Zielfindungsprozesses gestellt und es wird sich intensiv mit den persönlichen Vorstellungen der individuellen Person auseinandergesetzt. Die Klientel entscheidet selbstbestimmt über das Veränderungsziel und gibt die Richtung des Hilfeprozesses vor (Kapitel 2.3). So kann sichergestellt werden, dass die jeweilige Zielvorstellung auch in die Lebenswelt der Klientel passt und langfristig zu Erfolgen führt.

Wie durch den Vergleich der ethischen Grundsätze mit den Behandlungsparadigmen aufgezeigt werden konnte, gibt es zwischen den Haltungen der Zieloffenen Suchtarbeit und den der Klinischen Sozialarbeit diverse Übereinstimmungen. Diese werden nachfolgend noch einmal zusammenfassend aufgegriffen.

### **3.2. Klinische Sozialarbeit und das Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit**

Wie der Vergleich der ethischen und theoretischen Grundlagen der Klinischen Sozialarbeit mit den drei Behandlungsparadigmen zeigen konnte, weist das Paradigma der ZOS die meisten Übereinstimmungen mit den Werten der Klinischen Sozialarbeit auf. Es konnte aufgezeigt werden, dass sich in der ZOS an den eben genannten Prinzipien und ethischen Richtlinien der Klinischen Sozialarbeit orientiert wird. Es geht um eine aktive Arbeit an der Veränderung des Konsums, auf das Ziel hin, welches sich der\*die Klient\*in selbst setzt. Dabei werden die individuellen Sichtweisen und Konsumententscheidungen der Menschen respektiert und auch die Selbstbestimmungsfähigkeit von Betroffenen wird als sehr hoch eingestuft. Des Weiteren wird die Meinung vertreten, dass jedem Menschen das Recht zusteht, selbst über sein Leben zu bestimmen. Dennoch legt die ZOS den Fokus auf eine Veränderung der bisherigen problematischen Lebenssituation und versucht, ihre Klientel lebensweltnah und ganzheitlich zu unterstützen.

Aus all diesen Übereinstimmungen lässt sich die These aufstellen, dass **das Paradigma der Zieloffenen Suchthilfe eine Grundvoraussetzung für Klinische Sozialarbeiter\*innen in der ambulanten Suchthilfe ist bzw. sein sollte**. Im letzten Kapitel des theoretischen Teils dieser Thesis wird nun abschließend herausgearbeitet, welchen Einfluss Klinische Sozialarbeiter\*innen selbst auf Wandlungsprozesse und Paradigmenwechsel in der Suchthilfe haben. Auf Grundlage dessen kann im empirischen Teil der Thesis festgestellt werden, welche Aspekte laut Fachkräften zum jetzigen Zeitpunkt einem Paradigmenwechsel in Richtung ZOS förderlich oder hinderlich entgegenstehen.

### **3.3. Der Einfluss von Fachkräften auf Wandlungsprozesse in der Suchthilfe**

Wie die geschichtliche Darstellung des Suchthilfesystems (Kapitel 1.1.) zeigen konnte, hat sich das Verständnis von Sucht und die Art und Weise wie Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen behandelt und unterstützt werden, immer wieder gewandelt. Wandlungsprozesse sind dabei kein lineares Phänomen, sondern werden von diversen Faktoren beeinflusst. Neben gesellschaftlichen Einstellungen und juristischen Vorgaben, tragen auch die persönlichen und fachlichen Einstellungen von Sozialarbeiter\*innen zu einem Umdenken in der Suchthilfe bei. Veränderungsanstöße auf der operativen Ebene bzw. in der Arbeit mit der Klientel, können dabei großen Einfluss auf die organisatorischen und gesellschaftlichen Ebenen haben sowie beeinflussen, welches Suchtverständnis und Menschenbild neuen Generationen von Klinischen Sozialarbeiter\*innen vermittelt wird (Thiessen et al. 2019, S. 2). Unter einem sogenannten Paradigmenwechsel wird in diesem Kontext ein kritisches Infragestellen der bisheri-

gen Vorgehens- und Sichtweise verstanden. Auf Grundlage dessen kommt es zu einem Umdenken und Verwerfen der zuvor gültigen Einstellungen und zu einer Anpassung des Unterstützungsprozesses (Münchmeier 1992, S. 25). Deutlich wird dies am Beispiel des Paradigmas der niedrigschwelligen Suchtarbeit. Fachkräfte stellten fest, dass ein großer Teil der Klientel von den abstinenzorientierten Hilfen nicht erreicht wurde und die Zahl der Drogentoten rapide anstieg. Dies führte dazu, dass das bisherige System immer kritischer betrachtet wurde und die Tatsache, dass nicht alle drogenkonsumierenden Menschen abstinent leben möchten, immer mehr Akzeptanz fand. Auch wenn der Ansatz schadensminimierender Hilfen bei vielen Expert\*innen auf Widerstand stieß, hat sich dieser bis heute durchgesetzt und vielen drogenkonsumierenden Menschen geholfen (Vogt 2015, S. 176).

Auch im Kontext von Change Management (Veränderungsmanagement) in sozialen Einrichtungen spielen die Mitarbeitenden eine tragende Rolle. Steinle et al. (2008) bezeichnen qualifizierte und motivierte Mitarbeiter\*innen als unverzichtbaren Schlüsselfaktor für eine erfolgreiche Veränderung der Unternehmensstruktur (Steinle et al. 2008, S. 32). Entscheidet sich eine Einrichtung beispielsweise, den langjährigen Implementierungsprozess der ZOS zu durchlaufen, erfordert dies eine aktive Mitarbeit der Fachkräfte sowie eine grundlegend neue Team- und Organisationsentwicklung. Neben Mitarbeiter\*innenschulungen müssen sich die Fachkräfte auch auf ein Umdenken ihres bisherigen Suchtverständnisses einlassen und sich mit der inneren Haltung der Zieloffenheit identifizieren (Körkel 2014, S. 172). Fachkräfte können dementsprechend einerseits die treibende Kraft hinter Wandlungsprozessen sein, diese andererseits jedoch auch verlangsamen oder stören. Je nach Haltung und Änderungsbereitschaft der involvierten Fachkräfte wird der Erfolg eines solchen Veränderungsprozesses bestimmt (Lauer 2019, S. 49).

Dies verdeutlicht, welchen Einfluss Fachkräfte auf Wandlungsprozesse in der Suchthilfe haben. Durch ihre Einblicke in die Lebensrealität von Menschen mit Substanzkonsumstörungen sind Sozialarbeiter\*innen prädestiniert dafür, Lücken und Schwachstellen in der Versorgungsstruktur des Suchthilfesystems zu erkennen und aufzudecken. Nur wenn diese fachlichen Erkenntnisse publik gemacht werden, ist es möglich, auch auf organisatorischer Ebene neue Angebote zu schaffen und Kostenträger davon zu überzeugen, dass die Investition in neue Maßnahmen auch langfristig einen gesamtgesellschaftlichen Mehrwert erbringt. Hierbei kommt auch der empirischen Forschung eine bedeutende Rolle zu. Es besteht eine Notwendigkeit, neu generierte Erkenntnisse aus der Praxis auch empirisch nachzuweisen. Aussagekräftige Forschungsergebnisse bieten für Sozialarbeiter\*innen eine belastbare Basis, um auch

Professionsangehörige, andere beteiligte Professionen sowie Kostenträger oder staatliche Akteure von möglichen Veränderungen und neuen Angeboten zu überzeugen (Flatschart 2016, S. 84).

Eine grundlegende Voraussetzung dafür ist jedoch, dass Klinische Sozialarbeiter\*innen generell offen für Veränderungen und eine kritische Selbstreflexion ihrer bisherigen Einstellungen und Vorgehensweisen sind. Hierzu müssen Fachkräfte ihrer Klientel unvoreingenommen begegnen und unabhängig von ihrem Expertentum auf die tatsächlichen Bedarfe ihrer Klient\*innen schauen. Auch die Durchführung oder Teilnahme an empirischen Studien sollten Fachkräfte dabei als ihre Aufgabe anerkennen (Müller 1992). Auf solch einem Fundament können Wandlungsprozesse initiiert und weitergeführt sowie Unterstützungsangebote immer dem neusten empirischen Stand angepasst werden. Dies führt dazu, dass Hilfeprozesse immer weiter verbessert und an die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst werden.

Die qualitative Studie im Rahmen dieser Masterthesis dient dem Zweck exemplarisch herauszuarbeiten, inwiefern solch ein Paradigmenwechsel in Richtung Zieloffene Suchtarbeit in der ambulanten Suchthilfe bereits vollzogen ist, bzw. ob dieser von Fachkräften überhaupt gewünscht ist. Um zuvor einen besseren Überblick über die bisherigen theoretischen Grundlagen dieser Thesis zu erhalten, werden nachfolgend die wichtigsten Erkenntnisse noch einmal kurz zusammengefasst.

#### **4. Bilanz**

Die Betrachtung der theoretischen Grundlagen konnte aufzeigen, dass in Deutschland eine Vielzahl von Unterstützungsangeboten und Anlaufstellen für Menschen mit einer Substanzkonsumstörung existieren. Obwohl unter Expert\*innen bereits viel Kritik am Veränderungsziel der Abstinenz als alleiniges und ultimatives Ziel geäußert wurde, sind die Strukturen vieler Suchthilfeeinrichtungen nach wie vor abstinenzentriert ausgerichtet. Auch die Finanzierungsgrundlage der verschiedenen Angebote zeigt auf, dass primär Interventionen mit dem Ziel der Abstinenz von den Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen bezahlt werden. Diese Abstinenzentrierung des Suchthilfesystems führt laut Expert\*innen dazu, dass Menschen mit Substanzkonsumstörungen das Aufsuchen professioneller Hilfe meiden oder immer wieder am Ziel der Abstinenz scheitern und in alte Verhaltensmuster zurückfallen.

Während sich Maßnahmen mit dem Ziel der Schadensminimierung bereits fest in der deutschen Suchthilfelandchaft implementiert haben, zeigen Studien, dass Konsumreduktionsangebote bislang nur sporadisch zu finden sind. Der Blick auf die aktuelle Studienlage zeigt

jedoch, dass sowohl für die Ziele der Abstinenz und Harm Reduction als auch für das Ziel einer Konsumreduktion diverse Studien existieren, die für die Wirksamkeit und Relevanz aller drei Veränderungsziele und eine Erweiterung des abstinenzenorientierten Zielkatalogs sprechen. Die Zieloffene Suchtarbeit stellt dabei ein Paradigma dar, welches alle drei Veränderungsziele gleichgestellt in sich vereint. Menschen können je nach ihren persönlichen Lebensvorstellungen und Bedarfen entweder eine abstinente Lebensweise anstreben, ihren Konsum kontrolliert reduzieren oder diesen schadensminimierend fortsetzen. Die Autonomie der Menschen wird dabei in den Mittelpunkt der Arbeit gestellt. Um dieses Paradigma zielführend in der Praxis umzusetzen, bedarf es insbesondere auf Seiten der Fachkräfte die Grundvoraussetzungen einer inneren Haltung der Zieloffenheit sowie Kenntnisse und Umsetzungskompetenzen in allen drei Zielbereichen. Des Weiteren muss für jede konsumierte Substanz die individuelle Zielvorstellung der Klient\*innen erkundet und Angebote für alle drei Zieloptionen bereitgestellt werden.

Wie der Vergleich der drei Behandlungsparadigmen mit den Werten und ethischen Grundsätzen der Klinischen Sozialarbeit darstellen konnte, weist die ZOS dabei sowohl hinsichtlich einer Achtung der Autonomie von Menschen als auch den sozialarbeiterischen Grundhaltungen, die meisten Übereinstimmungen auf. Dadurch ließ sich die These aufstellen, dass das Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit für (Klinische) Sozialarbeiter\*innen eine Grundvoraussetzung der Arbeit in der Suchthilfe darstellen sollte. Ferner konnte aufgezeigt werden, dass Fachkräfte einen erheblichen Teil zu Wandlungsprozessen in Unternehmen und den allgemeinen Sichtweisen und Haltungen bezüglich Substanzkonsumstörungen beitragen. Aufgrund dessen werden sie im nachfolgenden empirischen Teil der Masterthesis in den Fokus gerückt.

Obgleich bereits einzelne Studien zur Akzeptanz der drei Veränderungsziele unter Fachkräften vorliegen, gibt es keine bekannte repräsentative Studie, welche erörtert, inwiefern das Paradigma der ZOS in der Suchthilfepraxis bereits verbreitet und akzeptiert ist. Infolgedessen wurde im Rahmen dieser Masterthesis eine qualitative Umfrage mit Sozialarbeiter\*innen in ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen durchgeführt. Auf dieser Basis soll ein kleiner Einblick in den aktuellen Wandlungsprozess der deutschen Suchthilfe gewonnen sowie mögliche Hürden und Einwände bezüglich der Implementierung Zieloffener Suchtarbeit erfasst werden. Die methodische Durchführung dessen sowie die dabei herausgearbeiteten Ergebnisse werden in den folgenden Kapiteln dargestellt und diskutiert.



### **III. Methodik**

Um die Nachvollziehbarkeit des empirischen Forschungsprozesses gewährleisten zu können, wird nachfolgend das methodische Forschungsdesign sowie die praktische Vorgehensweise dessen beschrieben. Abschließend werden die forschungsethischen Gesichtspunkte betrachtet.

#### **5. Forschungsfrage und Untersuchungsziel**

Die zentralen Forschungsfragen der vorliegenden Masterthesis beziehen sich einerseits auf die Verbreitung des Paradigmas der Zieloffenen Suchtarbeit in der Praxis der ambulanten Suchthilfe. Andererseits richten sie den Blick auf die persönlichen Haltungen und Einstellungen, welche Sozialarbeiter\*innen in diesem Arbeitsfeld hinsichtlich der ZOS und der drei Veränderungsziele vertreten. Zudem stellt sich die Frage, welche förderlichen und hinderlichen Faktoren von den Fachkräften hinsichtlich eines Paradigmenwechsels in Richtung Zieloffene Suchtarbeit wahrgenommen werden. Die Arbeit basiert demnach auf folgenden Fragestellungen:

- d. In welchem Ausmaß wird die Zieloffene Suchtarbeit in ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen bereits umgesetzt?
- e. Welche persönlichen Einstellungen haben Expert\*innen in Hinblick auf die ZOS sowie die Veränderungsziele der Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminimierung?
- f. Welche Faktoren stehen einer weitreichenderen Implementierung der ZOS positiv oder negativ gegenüber?

Das Ziel der Forschungsarbeit besteht darin, exemplarisch herauszuarbeiten, inwiefern die vier Bausteine der ZOS bereits in der Praxis implementiert sind. Des Weiteren zielt diese Thesis darauf ab, die aktuelle Stimmungslage unter Fachkräften hinsichtlich der Grundhaltungen und Umsetzung dieses Paradigmas sowie der drei Veränderungsziele zu erfassen. Außerdem soll identifiziert werden, welche Faktoren einer weitreichenderen Implementierung der Zieloffenen Suchtarbeit zum aktuellen Zeitpunkt positiv oder negativ gegenüberstehen beziehungsweise den Wandlungsprozess in Richtung ZOS verlangsamen. Anhand der Untersuchungsergebnisse soll aufgezeigt werden, inwiefern ein Wandel des Suchthilfesystems in Richtung einer zieloffenen Arbeitsweise bereits vollzogen ist bzw. ob dieser von Fachkräften überhaupt gewünscht ist. Ferner soll ein Ausblick gegeben werden, an welchen Hürden einerseits noch gearbeitet werden muss, um die ZOS weiter zu implementieren. Auf der anderen Seite soll

dargelegt werden, an welchen positiven Faktoren angeknüpft werden kann, um solch einen Paradigmenwechsel weiter zu fördern. Anhand dessen soll eine Grundlage für weitere Forschungsarbeiten geschaffen werden.

Um die Forschungsfragen beantworten zu können, ist es notwendig, einen Zugang zu den subjektiven Haltungen und Einstellungen der Fachkräfte zu erlangen. Zudem werden Einblicke in die Angebotsstrukturen und Arbeitsweisen von Sozialarbeiter\*innen in ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen benötigt. Um dies zu gewährleisten, wurde sich für den Ansatz der qualitativen Sozialforschung entschieden. Das genaue Vorgehen dessen wird nachfolgend beschrieben.

### **6. Methodisches Vorgehen**

Um einen genauen Einblick in das methodische Vorgehen der Forschungsarbeit zu erlangen, wird nachfolgend auf das Forschungsdesign, die Konzeption der Stichprobe sowie die Erhebung und Auswertung der Daten eingegangen.

#### **6.1. Forschungsdesign**

Das Ziel der Masterthesis besteht unter anderem darin, einen Einblick in die individuellen Sichtweisen und Haltungen von Sozialarbeiter\*innen in der ambulanten Suchthilfe zu erlangen. Aufgrund dessen wurde sich für das Forschungsdesign der qualitativen Sozialforschung entschieden. Diese Methode ermöglicht einen Zugang zu der subjektiven Wirklichkeit von Menschen sowie genaue Einblicke in den Arbeitsalltag der Befragten (Misoch 2019, S. 2). Des Weiteren ermöglicht sie die Exploration von individuellen Meinungen und Motiven sowie das verstehende Nachvollziehen dieser (ebd. S.2). Wie im theoretischen Teil aufgezeigt werden konnte, ist die Studienlage zur Zieloffenen Suchtarbeit in der Praxis bislang unzureichend fundiert. Auch bezüglich der Akzeptanz unter Fachkräften scheinen bis dato kaum Studien vorzuliegen. Hierfür ist die qualitative Sozialforschung von Vorteil, da durch die Offenheit und Dynamik des Forschungsprozesses zielführend Fragestellungen bearbeitet werden können, zu welchen bislang nur wenig Vorwissen vorhanden ist (Dresing und Pehl 2018, S. 6). Zugleich ermöglicht diese offene Vorgehensweise, ein erstes Bild davon zu entwickeln, welche Bestandteile der ZOS in der Praxis bereits umgesetzt werden. Es handelt sich demnach um ein induktives Vorgehen mit einem explorativen Ansatz.

Die Datenerhebung erfolgte anhand leitfadengestützter Expert\*inneninterviews. Dieses offene und nur teilstrukturierte Vorgehen ermöglicht es, Informationen intersubjektiv nachvollziehen zu können (Lamnek 2010, S. 301) sowie soziale Prozesse oder Situationen zu rekonstruieren (Gläser und Laudel 2010, S. 13). Die befragten Expert\*innen stehen dabei als Subjekte im Fokus der Befragung. Durch die Offenheit der Fragestellungen und den kommunikativen Austausch ist es möglich, auch Erklärungen und Hintergründe für die Positionierungen der Befragten zu eruieren. Es kann nachvollzogen werden, wie Personen zu ihren Bewertungen und Haltungen kommen (Dresing und Pehl 2018, S. 7). Dies ist insbesondere im Kontext der Fragestellung nach den individuellen Sichtweisen der Fachkräfte von Relevanz. Die Stellung der Expert\*innen wurde hierbei von Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen in ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen eingenommen. Diese verfügen sowohl über die notwendigen Einblicke in die Arbeits- und Wandlungsprozesse der ambulanten Suchthilfe als auch über das Wissen zu den sozialarbeiterischen Grundhaltungen und Werten. Auf die genaue Zusammenstellung und Rekrutierung des Samples wird nachfolgend näher eingegangen.

## 6.2. Konzeption der Stichprobe

Durch die Wahl des Forschungsdesigns der qualitativen Sozialforschung lässt sich für die vorliegende Arbeit keine statistische Repräsentativität abbilden. Die Konzeption der Stichprobe führt jedoch dazu, dass die Grundgesamtheit exemplarisch abgebildet werden kann, was eine Grundlage für weitere Forschungsarbeiten bietet (Misoeh 2019, S. 202).

Die Expert\*innen dieser Masterthesis wurden anhand bestimmter zuvor festgelegter Kriterien ausgewählt. Diese Kriterien leiteten sich aus den theoretischen Grundlagen wie auch der Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit ab. Dabei wurde eine möglichst gute Repräsentanz des Untersuchungsfelds angestrebt. Aufgrund der zeitlichen Ressourcen war dies jedoch nur bedingt möglich.

Das Untersuchungsfeld wurde dabei zunächst auf die **ambulante Suchthilfe** beschränkt. Wie im theoretischen Teil dargelegt, verfügen Einrichtungen im ambulanten Suchthilfesektor über freiere Entscheidungsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Arbeitsweise und Angebotsstruktur, was die Implementierung der ZOS erleichtert. Ferner war es nötig, Fachkräfte zu befragen, welche direkt mit Menschen mit Substanzkonsumstörungen zusammenarbeiten und prinzipiell die Möglichkeit besitzen, ein breites Angebotsspektrum anzubieten. Hierfür bot sich das Setting der **psychosozialen Suchtberatungs- und Behandlungsstellen** an. Des Weiteren wurde die Zielgruppe auf **Sozialarbeiter\*innen** eingegrenzt, da im Rahmen dieser Thesis insbesondere

das Arbeitsfeld der Klinischen Sozialarbeit fokussiert wird. Andere Berufsgruppen wurden somit bereits im Vorfeld ausgeschlossen. Wie bereits genannt galt als weitere Voraussetzung **die direkte Arbeit mit der Klientel**. Weitere Aspekte wie Berufserfahrung oder spezifische Weiterbildungen wurden bei der Wahl des Samples nicht berücksichtigt.

Es wurde zudem darauf abgezielt, **alle Trägertypen** gleichermaßen abzubilden, um mögliche Zusammenhänge zwischen Einrichtungsträger und Angebotsvarianz feststellen zu können. Zuletzt wurde das Sample auf Einrichtungen in **Bayern und Baden-Württemberg** begrenzt, um es der Autorin zu ermöglichen, eine Interviewdurchführung in Präsenz anzubieten.

Im nächsten Schritt wurde sich ein Überblick über die Grundgesamtheit verschafft. Hierzu wurde einerseits die Übersicht über alle bayrischen Suchtberatungs- und Behandlungsstellen der KBS (Koordinierungsstelle der bayrischen Suchthilfe) hinzugezogen sowie die Kontaktliste der Psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen der Iss-bw (Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg). Auf Grundlage dessen wurden zunächst acht Einrichtungen in Bayern und sieben Einrichtungen in Baden-Württemberg per E-Mail kontaktiert. Hierbei wurde darauf geachtet, dass sowohl fünf freie Träger als auch fünf diakonische und fünf Einrichtungen der Caritas vertreten sind. Das dabei per Mail versandte Anschreiben (*Anhang A1*) enthielt die wesentlichen Informationen zum Forschungsprojekt sowie zum Ablauf der Interviews. Auch die zuvor genannten Voraussetzungen zur Interviewteilnahme, die voraussichtliche Dauer (~60 Minuten) und der Umgang mit personenbezogenen Daten wurden dabei näher beschrieben.

Nachdem sich auf diese Anfragen nur vier Fachkräfte zurückmeldeten, bot Frau Prof. Dr. Liel (Erstkorrektorin) ihre Mithilfe an und rief nochmals drei der bereits kontaktierten Einrichtungen zur Unterstützung auf. Daraufhin meldeten sich Sozialarbeiter\*innen aus allen drei Einrichtungen zurück und erklärten sich zu einem Interview bereit. Um weitere Rückmeldungen zu erhalten, wurden die restlichen Einrichtungen von der Autorin nochmals telefonisch kontaktiert, wodurch zwei weitere Fachkräfte der Teilnahme an einem Interview zustimmten.

Letztendlich wurden zur Datenerhebung neun Sozialarbeiter\*innen aus sieben verschiedenen Einrichtungen befragt. *Tabelle 1* bietet eine Übersicht über die befragten Personen. Die Stichprobe besteht aus drei Männern und sechs Frauen, drei Personen sind dabei in einer Leitungsposition tätig. Alle haben eine sozialarbeiterische Grundausbildung, wobei die Mehrzahl noch weitere Qualifikationen aufweist. Ungefähr die Hälfte der Befragten absolvierte ihr Studium der Sozialen Arbeit vor über 20 Jahren. Nur bei zwei Expert\*innen wurde das Studium in den

letzten sechs Jahren beendet. Auf die Relevanz dessen wird bei der Erläuterung des Leitfadens näher eingegangen.

<b>Interview (I)</b>	<b>Geschlecht</b>	<b>Beruf</b>	<b>Studium</b>	<b>Position</b>
<b>01</b>	Männlich	Sozialpädagoge, systemischer Berater	1999-2002	Mitarbeiter
<b>02</b>	Weiblich	Diplom- Sozialpädagogin	1986- 1989	Mitarbeiterin
<b>03</b>	Männlich	Diplom- Sozialpädagoge, Diplom-Psychologe, Psychotherapeut	1980-1984	Leitung
<b>04</b>	Weiblich	Diplom- Sozialpädagogin	1991-1996	Mitarbeiterin
<b>05</b>	Männlich	Diplom- Sozialpädagoge, Suchttherapeut	2003-2007	Geschäftsführer
<b>06</b>	Weiblich	Sozialpädagogin	-1988	Mitarbeiterin
<b>07</b>	Weiblich	Krankenschwester, Sozialpädagogin	-2021	Mitarbeiterin
<b>08</b>	Weiblich	Sozialpädagogin, Suchttherapeutin	2012-2016	Mitarbeiterin
<b>09</b>	Weiblich	Sozialpädagogin, systemische Beraterin, Sozialtherapeutin	1983-1986	Fachdienstleitung

*Tab. 1: Übersicht Interviewpartner\*innen*

Tabelle 2 bietet einen Überblick über die beteiligten Einrichtungen und bildet die Verteilung der verschiedenen Trägertypen ab. Aufgrund einer knapperen Rückmeldung der kirchlichen Träger besteht eine leichte Überlegenheit der freien Träger. Des Weiteren wurde eine deutliche Mehrheit der Interviews mit Fachkräften aus bayrischen Einrichtungen geführt. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass sich nur zwei der kontaktierten Suchtberatungsstellen in Baden-Württemberg zurückmeldeten. Zudem wurden in zwei Einrichtungen Interviews mit jeweils zwei Fachkräften geführt. Dies wird jedoch nicht als Nachteil erachtet, da die Forschungsfragen insbesondere auch auf die individuellen Sichtweisen und Haltungen der Expert\*innen abzielen und auch die subjektive Einordnung der vorhandenen Angebote von Interesse ist.

Einrichtung (E)	Bundesland	Träger
E1 (I01)	Baden-Württemberg	Diakonie
E2 (I09)	Baden-Württemberg	Caritas
E3 (I02; I03)	Bayern	Caritas
E4 (I07)	Bayern	Diakonie
E5 (I04; I08)	Bayern	Freier Träger
E6 (I05)	Bayern	Freier Träger
E7 (I06)	Bayern	Freier Träger

Tab. 2 Übersicht Einrichtungen

### 6.3. Datenerhebung

Zur Datenerhebung wurde die Methode eines wissenschaftlichen Interviews mithilfe teilstrukturierter Leitfadens gewählt. Die genaue Beschreibung dieses Leitfadens sowie die Interviewdurchführung und Dokumentation der Daten werden in den folgenden Kapiteln dargestellt.

#### 6.3.1. Interviewleitfaden

Nach Helfferich (2011) eignet sich das Instrument des Interviewleitfadens insbesondere dann, wenn „subjektive Theorien und Formen des Alltagswissens zu rekonstruieren sind und so maximale Offenheit gewährleistet sein soll“ (Helfferich 2011, S. 179). Des Weiteren ermöglicht ein Leitfaden, die Strukturierung des Gesprächs sowie die Vertiefung bestimmter Themen (ebd. S.179). Der Leitfaden fungiert demnach als ein roter Faden und bietet eine thematische Eingrenzung und Fokussierung. Diese Rahmung ermöglicht eine bessere Vergleichbarkeit der qualitativen Daten (Misoch 2019, S. 66). Im Rahmen dieser Masterthesis wurde sich für die Datenerhebung anhand eines teilstrukturierter Interviewleitfadens entschieden. Dieser bildet alle relevanten Themenkomplexe ab und schafft so den Fokus auf die wesentlichen Inhalte zur Beantwortung der Forschungsfrage. Durch die Offenheit des Interviews kann jedoch auch individuell auf die Expert\*innen eingegangen werden und bestimmte Aspekte können durch Nachfragen vertieft werden (Kruse 2015, S. 211; Helfferich 2011, S. 36).

Für die Erstellung des Leitfadens wurde sich an dem **SPSS-Prinzip** von Cornelia Helfferich orientiert. Im ersten Schritt wurden dabei beim Lesen der Literatur alle Fragen gesammelt, die im Kontext der Forschungsfrage relevant erschienen. Diese wurden anschließend auf ihre Eignung und Offenheit hin geprüft und reduziert. Im dritten Schritt wurden die Fragen nach Themenblöcken sortiert und Oberkategorien gebildet. Abschließend wurden die Interviewfra-

gen auf ihre Formulierung überprüft um diese möglichst offen zu gestalten und die Expert\*innen zum Erzählen anzuregen (Helfferich 2011, S.182-185).

Vor der tatsächlichen Anwendung des Interviewleitfadens wurde dieser im Rahmen eines Pretests mit einer Kommilitonin des Studiengangs Klinische Sozialarbeit geprüft. Dabei dauerte das Interview ungefähr 45 Minuten und alle Fragen wurden als verständlich und beantwortbar bewertet.

Zur Auflockerung der Gesprächssituation dreht sich die Einstiegsfrage des Interviewleitfadens (*Anhang A3*) um den **beruflichen Werdegang** der befragten Person. Dabei wurde explizit nach dem Zeitraum des Studiums der Sozialpädagogik gefragt, um bei der Auswertung der Daten mögliche Korrelationen zwischen dem Suchtverständnis und dem Zeitraum des Studiums festzustellen. Der Hauptteil gliedert sich in sechs Themenblöcke mit jeweils mehreren Unterfragen. In allen Themenblöcken sind dabei Fragen zu finden, welche auf die Eruiierung des individuellen Suchtverständnisses und Menschenbild der Befragten abzielen, da dies einen themenübergreifenden Aspekt darstellt:

### **1. Einrichtung und Zielgruppe**

Dies dient dem Zweck mehr über die genaue Arbeitsweise und Aufgaben der Expert\*innen sowie den Auftrag der Einrichtung herauszufinden. Des Weiteren werden Fragen bezüglich einer Einschätzung der Selbstbestimmungsfähigkeit der Klientel, dem Umgang mit einem Multisubstanzkonsum sowie einer Einordnung der Einrichtung als „zieloffen“ oder nicht gestellt. Letzteres dient einem Einblick in das generelle Verständnis von Zieloffenheit der Teilnehmenden, bevor spezifisch auf die Thematik der ZOS eingegangen wird.

### **2. Vorwissen**

Hierbei soll herausgefunden werden, inwiefern die Expert\*innen mit der Thematik der ZOS bereits in Berührung kamen und was sie selbst darunter verstehen.

### **3. Zielarbeit**

Die Fragen in diesem Themenblock zielen auf einen genauen Einblick in die praktische Arbeit der Expert\*innen und deren Umgang mit den drei möglichen Veränderungszielen ab. Zudem wird auf den Umgang mit extern vorgeschriebenen Zielen eingegangen, um das Menschenbild und Suchtverständnis der Befragten weiter zu erörtern.

### **4. Vorhandene Unterstützungsangebote**

Mithilfe dieses Themenblocks soll erkundet werden, welche Interventionen die jeweiligen Einrichtungen für das Ziel der Abstinenz, Harm Reduction und Konsumreduktion anbieten.

## **5. Persönliche Einstellungen der Fachkräfte**

Um ein besseres Bild von den Haltungen hinsichtlich der drei Veränderungsziele, insbesondere der Konsumreduktion, zu erhalten, wurden sich hier vier Thesen überlegt, zu welchen die Expert\*innen Stellung beziehen sollen. Diese wurden absichtlich nicht im Sinne der ZOS formuliert, um hier die Haltung der Zieloffenheit nicht bereits vorzugeben.

## **6. Ausblick**

Hier wird nach der fachlichen Einschätzung hinsichtlich notwendiger Veränderungen zur Implementierung der ZOS gefragt, um so mögliche Hürden oder auch hilfreiche Faktoren dessen herauszuarbeiten.

Die Schlussfrage bietet den Expert\*innen die Möglichkeit noch weitere Aspekte im Rahmen der ZOS aufzugreifen, welche noch nicht thematisiert wurden jedoch als relevant erachtet werden.

### **6.3.2. Durchführung der Interviews**

Wie bereits erwähnt erfolgte die erste Kontaktaufnahme mit den Interviewpartner\*innen per E-Mail. In den meisten Fällen leiteten die Ansprechpartner\*innen das Anschreiben an Mitarbeitende weiter, welche sich dann ebenfalls per E-Mail zurückmeldeten. Drei der kontaktierten Führungskräfte erklärten sich persönlich zu einem Gespräch bereit.

Den Teilnehmenden wurde offen gestellt, ob das Interview persönlich, telefonisch oder per Zoom stattfinden sollte. Die genauen Termine für die Interviewdurchführung sowie das jeweilige Setting wurden ebenfalls per E-Mail vereinbart. Bei diesen Kontakten wurden zudem erste sozioökonomische Daten abgeklärt (Geschlecht, Beruf, Kontaktdaten). Sieben der neun Expert\*innen entschieden sich aufgrund der aktuellen Covid-19 Pandemie für ein Interview über die Online-Plattform Zoom. Die anderen beiden Gespräche fanden persönlich in der Einrichtung der Befragten statt. Alle Expert\*inneninterviews wurden in einem Zeitraum von drei Wochen (19.01.2022 – 10.02.2022) durchgeführt. Die Einwilligungserklärung zur Interviewteilnahme (*Anhang A2*), mit welcher die befragten Personen der Aufzeichnung des Interviews sowie der Verarbeitung des Datenmaterials zustimmten, wurde allen Teilnehmenden spätestens eine Woche vor dem Interviewtermin zugesendet. Alle Personen wurden gebeten, der Autorin die unterschriebene Einverständniserklärung entweder eingescannt per E-Mail oder persönlich **vor** dem Interview zukommen zu lassen. Den Zoom-Link für das Gespräch über die Online-Plattform erhielten die Teilnehmenden ebenfalls spätestens eine Woche im Voraus. Eine Expert\*in schickte der Autorin bereits selbst im Vorfeld einen Zoom-Link zu.



Fand ein Interview über Zoom statt, wurde am Interviewtag zunächst die Technik geprüft. Vor Beginn der Aufzeichnung stellte sich die Forschende den einzelnen Interviewpartner\*innen vor und erläuterte nochmals kurz das Forschungsvorhaben. Des Weiteren wurde erneut auf die Einhaltung des Datenschutzes und die forschungsethischen Prinzipien eingegangen und betont, dass die Teilnehmenden das Interview jederzeit abbrechen oder die Antwort auf einzelne Fragen verweigern können. Zudem wurde sich für die Teilnahme bedankt und nach offenen Fragen erkundigt. Anschließend wurde die Aufnahme gestartet.

Während drei Interviews über Zoom kam es zu kurzen Unterbrechungen. In zwei Fällen klingelte bei den Befragten das Telefon und eine Expertin wurde durch ihr Haustier abgelenkt. Bei einem weiteren Interview kam es bereits vor Beginn zu technischen Schwierigkeiten auf Seiten der Expertin. Diese konnten jedoch nach 20 Minuten geklärt werden und das Interview konnte wie geplant stattfinden. Die durchschnittliche Dauer der Interviews beträgt ungefähr 50 Minuten. Die beiden persönlichen Interviews fielen dabei am kürzesten mit jeweils ungefähr 30 Minuten aus.

Nach Beantwortung der abschließenden Frage wurde die Aufnahme beendet. Es wurde sich nochmals bei den Teilnehmenden bedankt und in der Regel fand ein kurzer Small-Talk sowie eine Rückmeldung zum Interview statt.

### **6.3.3. Dokumentation der Daten**

Zur Dokumentation der Daten wurden die über Zoom geführten Interviews mittels der integrierten Aufzeichnungsfunktion aufgenommen. Die beiden persönlich geführten Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet. Um die Expert\*inneninterviews auswerten zu können, bedarf es einer einheitlichen Verschriftlichung der aufgezeichneten Audio-Daten (Misch 2019, S. 263). Hierzu wurde sich für die inhaltlich-semantische Transkription nach Dresing und Pehl (2018) entschieden. Da das Sample ausschließlich aus Fachkräften besteht und die inhaltlichen Aussagen der Expert\*innen zur Beantwortung der Forschungsfrage im Vordergrund stehen, wurde auf eine erweiterte Transkription verzichtet. Die Aussagen wurden demnach geglättet und in Schriftdeutsch niedergeschrieben. Dialekte wurden möglichst genau ins Hochdeutsche übersetzt und jeder Abschnitt wurde mit einer Zeitmarke versehen (Dresing und Pehl 2018). Zur Wahrung der Anonymität und Datenschutzrichtlinien wurden personenbezogene Daten unkenntlich gemacht und mit dem wesentlichen Merkmal, z.B. (*Ort*) oder (*Name*) ausgetauscht (Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten (RatSWD) 2020, S. 9). In *Tabelle 3* sind die explizit angewendeten Transkriptionsregeln nochmals aufgelistet.

Auf die Anfertigung von Gedächtnisprotokollen wurde an dieser Stelle verzichtet, da es sich bei den befragten Personen um geschulte Fachkräfte handelt und die Rahmenbedingungen der Interviewdurchführung somit keinen bedeutenden Einfluss auf die Beantwortung der Fragestellungen nehmen.

Transkription	Bedeutung
(...)	Sprechpause ab drei Sekunden
VERSALIEN	Besondere Betonungen werden groß geschrieben
/	Abbruch eines Halbsatzes
„Wörtliche Rede“	Wörtliche Rede wird in Anführungszeichen gesetzt
(lacht)	Emotionale nonverbale Äußerungen werden in Klammern gesetzt
(Störung)	Störungen, die den Interviewablauf beeinflussten
(personenbezogene Daten) z.B. (Ort) / (Name)	Personenbezogene Daten werden anonymisiert und mit einem Merkmal ausgetauscht
(unv.)	Unverständliche Worte oder Passagen
„hm, aha, ja, genau“ etc.	Rezeptionssignale werden nicht transkribiert, außer sie stellen eine direkte Antwort dar
#00:01:03-4#	Zeitstempel

Tab. 3: Transkriptionsregeln. In Anlehnung an (Dresing und Pehl 2018, S.21f.)

Die Transkripte der Interviews wurden entsprechend der Interviewreihenfolge (Tabelle 1) nummeriert und sind in einem gesonderten Dokument (Anhang B1) zu finden.

#### 6.4. Auswertung der Daten

Zur Auswertung der erhobenen Daten wurde sich für die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) entschieden. Diese basiert auf der Grundidee, Kategorien aus dem erhobenen Datenmaterial zu bilden und das empirische Material anhand dieser zu analysieren (Kuckartz 2016, S. 46). Bei dieser Form der Auswertung spielen insbesondere das Textverstehen und die Textinterpretation eine ausschlaggebende Rolle. Hierzu wird sich an einer klaren systematischen Struktur orientiert (ebd. S.26), welche auch im Rahmen dieser Forschungsarbeit hinzugezogen wurde. Zudem wurde MAXQDA, eine Software zur Organisation und Analyse qualitativer Daten hinzugezogen, um so eine Übersichtlichkeit des Datenmaterials zu gewährleisten.

Zur Analyse der Interviews wurden die angefertigten Transkripte zunächst sorgfältig durchgelesen sowie Notizen bezüglich möglicher Kategorien notiert. Daraufhin wurden erste Hauptkategorien gebildet. Diese wurden größtenteils deduktiv aus dem Interviewleitfaden abgeleitet (ebd. S.101). Anhand der gebildeten Hauptkategorien wurde das gesamte Datenmaterial erstmals codiert. Dabei wurden alle Transkripte nochmals durchgearbeitet und Textabschnitte den entsprechenden Kategorien zugeordnet (ebd. S.102). Im nächsten Schritt wurden aus dem vorhandenen Datenmaterial induktiv Subkategorien bestimmt und das Material anhand dieser zum zweiten Mal codiert. Wenn diverse Textpassagen keiner der existierenden Subkategorien zuordbar waren, wurden weitere Unterkategorien gebildet (ebd. S.110f.). Während dieses Analyseprozesses wurde sich stets an den Forschungsfragen der Arbeit orientiert. Das entwickelte Kategoriensystem ist in *Anhang A4* zu finden.

### **6.5. Datenschutz und Forschungsethik**

Um sicherzustellen, dass keiner an der Forschung teilnehmenden Person Schaden zugefügt wird, ist es essenziell, sich an die zentralen ethischen Richtlinien zu halten (Misoch 2019, S. 14). Um die Einhaltung dieser forschungsethischen Grundlagen sowie der Datenschutzrichtlinien zu gewährleisten, wurde sich im Rahmen dieser Forschungsarbeit einerseits an den forschungsethischen Prinzipien für die Fakultät Soziale Arbeit der HAW Landshut, welche von Prof. Dr. Mechthild Wolff und Prof. Dr. Clemens Dannenbeck verfasst wurden, orientiert. Zusätzlich wurde die Europäische-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) hinzugezogen.

Um der EU-DSGVO gerecht zu werden, wurde für die vorliegende Forschung eine Einwilligungserklärung zur Interviewteilnahme erstellt (*Anhang A2*). Mit dieser wurden die Teilnehmenden umfassend über das Forschungsvorhaben, dessen Umsetzung sowie die Erhebung und Speicherung der Daten informiert. Zudem wurden sie darüber aufgeklärt, dass sie das Recht besitzen, die Interviewsituation jederzeit ohne weitere Konsequenzen zu beenden oder die Antwort auf Fragen zu verweigern. Den Expert\*innen wurde außerdem garantiert, die erhobenen Daten rein für den Zweck der vorliegenden Masterthesis zu verwenden und nicht anderweitig zu missbrauchen. Alle Teilnehmenden ließen der Forschenden die unterschriebene Einwilligungserklärung vor ihrem Interview zukommen. Ferner wurden sie direkt vor Beginn der Interviewaufzeichnung nochmals über ihre Rechte sowie den Umgang mit personenbezogenen Daten aufgeklärt (Gebel et al. 2015). In den angefertigten Transkripten wurden alle personenbezogenen Daten so weit anonymisiert, dass keine Rückschlüsse auf Person und Einrichtung möglich sind. Die Aufnahmen wurden nach Beendigung der Transkription unwider-

ruflich gelöscht. Dies ermöglicht die Einhaltung der rechtlichen Aspekte (Wolff und Dannenbeck 2021/2022, S. 2).

Zur Einhaltung der ethischen wissenschaftlichen Grundhaltung wurde die Menschenwürde der Expert\*innen als oberstes Maxim anerkannt. Den Teilnehmenden wurde stets mit einer respektvollen und wertschätzenden Haltung begegnet. Zudem wurde während des Forschungsprozesses dem Wahrhaftigkeitsgebot im Sinne einer „scientific honesty“ nachgekommen, indem dem Gegenüber stets ehrlich und authentisch begegnet wurde (ebd. S.2). Durch die zuvor genannten rechtlichen Aspekte wurde die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie eine Transparenz der Forschungsziele sichergestellt. Des Weiteren zielt diese Forschungsarbeit auf die Generierung eines Mehrwerts für weitere Studien in diesem Forschungsfeld ab, wodurch im Allgemeininteresse gehandelt wird (ebd. S.3).

Der Interviewleitfaden wurde vor der Durchführung der Expert\*inneninterviews von der Erstkorrekturin bewilligt sowie in einem Pretest geprüft. Im Rahmen einer Folgenabschätzung konnte so sichergestellt werden, dass die Teilnahme am Forschungsprojekt und die Beantwortung der Fragen für niemanden berufliche oder private Folgeschäden nach sich zieht (ebd. S.3f.). Da die Forschende selbst keinerlei private oder berufliche Berührungspunkte mit ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen aufweist, konnte die notwendige professionelle Distanz sowie eine selbstreflexive Haltung über den gesamten Forschungsprozess hinweg gewahrt werden (ebd. S.4).

Die Einhaltung der methodischen Standards konnte durch die Wahl des Samples gewährleistet werden. Die Einrichtungen wurden ausschließlich über ihre offiziellen E-Mail-Adressen kontaktiert und die Einhaltung der notwendigen Kriterien zur Interviewteilnahme wurden im Vorfeld überprüft. So wurden nur Sozialarbeiter\*innen befragt, welche Menschen mit Substanzkonsumstörungen beraten, begleiten und behandeln. Daraus ergab sich der notwendige Expert\*innenstatus für die Beantwortung der Forschungsfragen. Vor der empirischen Umsetzung fand im Rahmen des theoretischen Teils dieser Masterthesis eine kritische Analyse und Würdigung der aktuellen Forschungserkenntnisse statt. Die Sicherstellung einer wissenschaftlichen Objektivität konnte zudem durch die stetige Begleitung des Forschungsprozesses durch die Erstgutachterin Frau Prof. Dr. Liel erfolgen (ebd. S.5). Zudem wurde der Interviewleitfaden auf die zur Beantwortung der Forschungsfragen relevanten Aspekte reduziert (ebd. S.5).

Da es sich bei den befragten Personen um Fachkräfte handelt und die Interviewfragen keine sensiblen Themen tangieren, wurde auf eine Bereitstellung von psychosozialen Beratungsoptionen für die Interviewpartner\*innen verzichtet (ebd. S.7).

Zur Beurteilung der internen Studiengüte dieser Forschungsarbeit wurde sich an der Checkliste von Kuckartz orientiert (Kuckartz 2016, S. 204-205). Die wesentlichen Aspekte dessen wurden in diesem Kapitel bereits genannt. Ergänzend dazu wurde versucht, dem Gütekriterium der Transparenz mithilfe einer detaillierten Dokumentation des Forschungsvorgehens gerecht zu werden sowie eine Intersubjektivität durch die kritische Reflektion des Forschungsvorgehens und der -ergebnisse zu erreichen.

Nachfolgend werden nun die Ergebnisse der Forschungsarbeit deskriptiv dargestellt.

#### **IV. Darstellung der Forschungsergebnisse**

Zur Übersichtlichkeit der Ergebnisdarstellung werden die Forschungsergebnisse nachfolgend in drei große Kapitel unterteilt, welche sich an den drei Forschungsfragen orientieren. Unterkapitel werden dabei **fett** gedruckt und unterstrichen. Schlagwörter werden ebenfalls **fett** markiert und Unterpunkte im Fließtext für eine bessere Übersichtlichkeit unterstrichen. Zur Verdeutlichung werden Zitate der befragten Expert\*innen integriert. Betonungen und Pausen (vgl. *Transkriptionsregeln Tabelle 3*) werden dabei nur integriert, wenn sie zur besseren Verständlichkeit der Aussage beitragen. Die Zitate werden *kursiv* markiert. Die Quellen der jeweiligen Zitate werden nach Nummerierung der Interviews (*Tabelle 1*) sowie Zeilennummerierung der Transkriptionen angegeben (beispielsweise I01: 26-28). Auf das Einrücken der Zitate wird an dieser Stelle verzichtet. Zur Verdeutlichung der Daten werden zudem teilweise Tabellen integriert, in welchen die Ergebnisse der Befragungen nochmals strukturiert dargestellt werden. Innerhalb dieser Tabellen werden entweder die entsprechenden Interviewpartner\*innen (*Tabelle 1*) oder Einrichtungen (*Tabelle 2*) angegeben.

#### **7. Ausmaß der Umsetzung Zieloffener Suchtarbeit in ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen**

Um herauszufinden, inwiefern die einzelnen Komponenten der ZOS in der Praxis bereits umgesetzt werden, wurde zunächst nach den vorhandenen Unterstützungsangeboten sowie der konkreten Zielerarbeit in der Praxis gefragt.

Von den sieben befragten Einrichtungen sind dabei sechs sowohl für legale als auch für illegale Substanzen zuständig. Eine Substanz, welche nicht in den Zuständigkeitsbereich dieser Beratungsstellen fällt, konnte dabei keine der befragten Personen benennen. Zwei Fachkräfte betonen, dass ein Großteil der Klientel jedoch mit alkoholbezogenen Schwierigkeiten zu ihnen kommt. Eine Einrichtung ist ausschließlich für alkohol- und tabakbezogene Schwierigkeiten, sprich für legale Substanzen, zuständig. In allen Suchtberatungs- und Behandlungsstellen werden zudem stoffungebundene Abhängigkeiten, wie Glücksspiel, behandelt.

#### **Unterstützungsangebote**

Bezüglich **abstinenzorientierter Unterstützungsangebote** weisen alle sieben Einrichtungen ein breites Angebotsspektrum auf. In allen Einrichtungen wird eine ambulante Rehabilitation bzw. die ambulante Suchttherapie angeboten. Eine Interviewpartnerin beschreibt dazu ergänzend, “ [...], wenn wir ambulante Therapie machen, dann müssen die Klienten suchtmittelfrei

*sein. Und zwar von allen Süchten. [...] Die einzige Ausnahme ist dann Tabak. Aber insgesamt wird wirklich auch eine Alkoholabstinenz für diese Zeit verlangt.*“ (I06: 129-134). Des Weiteren vermitteln alle der befragten Expert\*innen ihre Klientel auf Wunsch in stationäre Einrichtungen, beispielsweise in eine Entgiftung. Zudem werden abstinenzorientierte Gruppen angeboten. Die Ausgestaltung dieser Gruppen variiert in den verschiedenen Einrichtungen. Neben Nachsorgegruppen werden vereinzelt auch spezifische Interventionen für Jugendliche angeboten sowie MPU-Vorbereitungskurse oder auch interne Selbsthilfegruppen. Neben diesen Interventionen beschreiben alle Fachkräfte zusätzlich die Möglichkeit von abstinenzorientierten Einzelangeboten im Rahmen der regulären Beratung.

Das Ziel einer **kontrollierten Konsumreduktion** kann in allen befragten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen im Einzelkontakt innerhalb des Beratungssettings verfolgt werden. Die Mehrheit folgt dabei keinem offiziellen, strukturiertem Programm. Teilweise werden „*Konsumtagebücher*“ (I05: 291) oder „*Trinkpläne*“ (I03: 241) hinzugezogen. Exemplarisch berichtet ein Interviewpartner „*Wir haben jetzt kein Gruppenangebot speziell mit dem Thema Konsumreduktion, in Form eines modulartigen Angebots – Ich habe acht Termine [...] durchlaufe das in einer Gruppe und hinterher habe ich meinen Konsum reduziert*“ (I01:452-455). Eine Konsumreduktion anhand solch modulartiger Programme ist in drei Einrichtungen zu finden. Im Einzelsetting arbeiten drei der Befragten nach dem Trinkkontrollprogramm Kontrolliertes Trinken. Eine Fachkraft erwähnt zudem explizit die Programme KISS und Change your Smoking. „*Das könnten wir anbieten, wenn das jemand machen will. Wird auch im Einzelfall tatsächlich gemacht. Allerdings, weil eben unser Schwerpunkt Alkohol ist, ist es eher das kontrollierte Trinken.*“ (I09: 441-443). Finanziert werden diese Einzelangebote über die Bezirksleistungen im Rahmen der regulären Beratungskontakte, die Teilnehmer\*innen selbst müssen dabei das Konsumtagebuch sowie ein „*Teilnehmerhandbuch*“ (I08: 501) zahlen.

KT- Gruppen werden in zwei dieser Einrichtungen angeboten. „*Wir haben immer Gruppen. Aktuell haben wir vier Gruppen im Jahr, und zwar seit Corona zwei online und zwei in Präsenz*“ (I09: 393-394). Eine andere Fachkraft berichtet, „*die kT-Gruppe kam bisher drei Mal zustande, seit 2017. Jetzt durch Corona war das sowieso auch schwieriger*“ (I08: 509-510). Diese Gruppenangebote sind für die Teilnehmer\*innen „*kostenpflichtig*“ (I01: 486). Beide Einrichtungen betonen dabei ihr Anliegen, dieses Angebot für alle möglich zu machen und die Kosten so gering wie möglich zu halten, „*das war uns ein Anliegen, dass wir jetzt nicht sozusagen sozial ausschließen aufgrund der Kursgebühr. Auch wenn jemand sagt, „Nein, 150 Euro kann ich jetzt auch nicht zahlen“, dann finden wir auch da eine Lösung*“ (I08: 469-

472). In den anderen fünf Einrichtungen wurde teilweise bereits überlegt, Konsumreduktionsprogramme anzubieten, bisher wurde sich jedoch dagegen entschieden. Ein Interviewpartner gibt an, dass sie Klient\*innen mit dem Wunsch eines reduzierten Konsums „auch an Kooperationspartner in der Stadt, an Beratungsstellen, die da Kurse anbieten“ (I01: 448-449) verweisen.

Gruppenprogramme für andere Substanzen, wie beispielsweise das KISS-Programm, werden in keiner der befragten Einrichtungen angeboten. Fachkräfte aus den beiden Einrichtungen, in welchen eine kT-Gruppe angeboten wird, berichten, dass grundsätzlich die Möglichkeit eines solchen Gruppenangebots bestünde, jedoch „zu wenig Anfragen für eine Gruppe“ (I08: 491) vorhanden sind.

**Schadensminimierende Angebote** werden ebenfalls von allen befragten Fachkräften im Einzelsetting angeboten. Drei Fachkräfte beschreiben dabei explizit, „bei uns sind es in erster Linie Informationen, die wir geben. Es gibt ja da so Flugblätter oder so Factsheets von der BZgA [...], wo dann draufsteht wie man schadensminimierend konsumieren kann“ (I09: 361-364). In fünf Suchtberatungsstellen wurde zudem das ambulant betreute Einzelwohnen (BEW) als schadensminimierende Maßnahme genannt. Zwei weitere Fachkräfte geben an, substituierte Personen im Rahmen der psychosozialen Betreuung (PSB) zu begleiten. Eine weitere Sozialpädagogin berichtet: „Substitutionsgespräche würden wir schon anbieten, aber das wollen die Leute oft aus einer Hand“ (I04: 570-572). Eine weitere Einrichtung bietet zusätzlich ein niedrigschwelliges aufsuchendes Angebot an, „für Klienten<sup>2</sup>, die nicht in der Lage sind zu uns zu kommen“ (I04: 35-36).

Tabelle 4 verdeutlicht nochmals die Verteilung der verschiedenen Unterstützungsangebote.

Abstinenzorientierte Angebote	Einrichtungen	Anzahl der Nennungen
Ambulante Rehabilitation	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7	7
Weitervermittlung	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7	7
Abstinenzorientierte Gruppen (incl. Nachsorge)	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7	7
Einzelangebote	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7	7
<b>Konsumreduktionsangebote</b>		
Kontrolliertes Trinken - Einzel	E2, E5, E7	3
Kontrolliertes Trinken - Gruppe	E2, E5	2
Weitere Konsumreduktionspro-	E2	1

<sup>2</sup> Nicht gendergerechte Sprache wird unverändert in die Zitate übernommen



gramme (KISS etc.) - Einzel		
Weitere Konsumreduktionsprogramme (KISS etc.) - Gruppe	/	0
Einzelangebote	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7	7
Weitervermittlung	E1	1
<b>Schadensminimierende Angebote</b>		
PSB	E3, E4, (E5),	3
Einzelangebote (Informationsvermittlung etc.)	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7	7
BEW	E1, E2, E3, E5, E7	5
Weitere aufsuchende Angebote	E7	1

Tab. 4: Übersicht der vorhandenen Unterstützungsangebote

Einen weiteren relevanten Aspekt hinsichtlich der Umsetzung Zieloffener Suchtarbeit stellen die **Umsetzungskompetenzen** der Fachkräfte dar (Tabelle 5). Hierzu wurde nach den alltäglichen Aufgabenbereichen und eventuellen Zusatzqualifikationen der Sozialarbeiter\*innen gefragt.

Alle Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sind in der psychosozialen Beratung tätig, in welcher sie ihre Klientel sowohl bei abstinenzorientierten Zielen als auch bei einer Konsumreduktion oder schadensminimierenden Konsumzielen unterstützen. Fünf Sozialarbeiter\*innen berichten, dass sie für die ambulante Rehabilitation zuständig sind. Der Leiter einer Beratungsstelle gibt an, „*jeder Berater ist bei uns auch therapeutisch ausgebildet*“ (I05: 161). Eine andere Expertin führt dagegen aus, „*Ich mache nur Beratung, ich mache keine Therapie. Ich habe keine Ausbildung für die Therapie*“ (I04: 21-22).

Bezüglich Zusatzqualifikationen in anerkannten Konsumreduktionsprogrammen weisen drei Fachkräfte einen Trainerschein zur Durchführung des Programms Kontrolliertes Trinken auf. I08 berichtet von einer kombinierten Fortbildung zu kontrolliertem Konsum (kT/ KISS). Eine Fachkraft gibt an, dass es in ihrer Einrichtung zwei Trainer\*innen für Kontrolliertes Trinken gibt, während eine andere Sozialpädagogin in ihrer Beratungsstelle die einzige mit dieser Zusatzqualifikation ist. Ausbildungen für andere Programme, wie KISS oder Change your Smoking, sind großflächig lediglich in einer Einrichtung zu finden. Die Leiterin dieser Einrichtung bringt an, „*die meisten von uns sind ausgebildet in KISS*“ (I09: 440), „*einige von uns sind auch ausgebildet im Change your Smoking*“ (I09: 443-444).

Im niedrigschwiligen Bereich ist eine der befragten Fachkräfte für die psychosoziale Betreuung von Substituierten (PSB) und drei weitere für das betreute Einzelwohnen (BEW) oder andere aufsuchende Angebote zuständig. In der Regel sind die Aufgabengebiete in den Ein-

richtungen unter den verschiedenen Fachkräften aufgeteilt, eine Fachkraft führt exemplarisch aus, „wir haben das in Schwerpunkte unterteilt, ich bin schwerpunktmäßig für den Alkoholbereich zuständig“ (I02: 46-47). Zwei der neun befragten Fachkräfte sind dagegen sowohl für die ambulante Rehabilitation zuständig, haben einen KT-Trainerschein und zählen parallel auch niedrigschwellige Angebote zu ihrem Aufgabengebiet.

Umsetzungskompetenzen/ Aufgaben	Interviewpartner*innen	Anzahl der Nennungen
Ambulante Rehabilitation	I02, I03, I05, I06, I08	5
Kontrolliertes Trinken	I06, I08, I09	3
KISS	I08, I09	2
Change your Smoking	I09	1
PSB	I07	1
BEW/ aufsuchende Angebote	I04, I06, I08	3
Beratung	I01, I02, I03, I04, I05, I06, I07, I08, I09	9

Tab. 5: Umsetzungskompetenzen und Aufgabenbereiche der Fachkräfte

### Zielarbeit

Um mehr über die konkrete Zielarbeit der Expert\*innen im Beratungskontext zu erfahren, wurden diese gebeten, ihr Vorgehen bei der Erarbeitung von konsumbezogenen Zielen exemplarisch darzustellen.

Alle neun Interviewpartner\*innen beschreiben dabei, dass ihre Klient\*innen ein sehr hohes Maß an **Mitbestimmungsrecht** bei der Wahl ihrer Konsumziele haben. „Grundsätzlich haben sie ein sehr hohes. Sie bestimmen die Ziele. Das ist nichts, wo ich sage „das oder das muss ihr Ziel sein, sie müssen auf ein Bier runterkommen“. Das wird gemeinsam mit den Klienten erarbeitet“ (I02: 199-201). Einschränkungen des Mitbestimmungsrechtes werden von zwei Expert\*innen durch Fremdauftraggeber gesehen: „Aber es gibt natürlich auch Fremdauftraggeber. Das heißt es gibt die Bewährungshilfe möglicherweise, da ist die Selbstbestimmung auch etwas eingeschränkt.“ (I02: 201-203).

Bezüglich des Vorgehens bei der **Erfassung der konsumierten Substanzen** (Konsumabklärung), zeigt sich ein heterogenes Bild. Zwei Fachkräfte berichten von einem „Datensystem“ (I02: 98) in welchem unter anderem alle jemals konsumierten Substanzen statistisch dokumentiert werden. Interviewpartner 05 arbeitet teilweise mit Konsumverläufen, in welchen dokumentiert wird, wann welcher Konsum begonnen hat. Eine andere Fachkraft sammelt zu-

nächst alle Substanzen und erörtert dann mit ihren Klient\*innen „*was die einzelnen Substanzen der Person für einen Gewinn bringen und was dahintersteckt*“ (I01: 134-135). In Einrichtung 5 wird zu Beginn des Beratungsprozesses gemeinsam eine Sucht- und Sozialanamnese erarbeitet. Interviewpartnerin 09 berichtet, dass in ihrer Einrichtung zu Beginn des Unterstützungsprozesses grundsätzlich eine Bestandsaufnahme gemacht wird, bei welcher auch das Kartenset zur **Zielabklärung** (Methode der ZOS) hinzugezogen wird: „*Ich oder wir versuchen das alle, ganz offen und direkt gleich zu Beginn der Beratung anzusprechen. Also da auch explizit danach zu fragen, welche Suchtmittel eben im letzten Jahr konsumiert wurden. Einfach mal so als Bestandsaufnahme. Und da fragen wir auch explizit nach Tabak oder so. Wir arbeiten zum Teil mit dem Kartenset*“ (I09: 110-113). Im Gegensatz dazu gibt Interviewpartner 01 an, dass er die konsumierten Substanzen erfragt, aber keine klassische Bestandsaufnahme und Zielabklärung durchführt: „*Was wir nicht klassisch machen ist, dass wir die verschiedenen Konsumarten uns angucken und sagen „da ist der Konsum okay, da will ich den Konsum reduzieren. Und da will ich den Konsum ganz beenden“, nein, das wäre ja so die klassische zieloffene Arbeit, das machen wir beziehungsweise ich, bisher nicht*“ (I01: 354-357).

Des Weiteren geben alle Interviewpartner\*innen an, dass sie mit ihren Klient\*innen auch an mehreren Substanzen arbeiten können. I09 erwähnt, dass in der Regel alle Klient\*innen „*verschiedene Suchtmittel*“ (I09: 89) konsumieren. Vier Expert\*innen berichten, dass sie im Falle eines **Multisubstanzkonsums** den Fokus dennoch auf die primär konsumierte Substanz richten „*Auch wenn er zehn Drogen konsumiert, habe ich immer das Thema der Hauptdroge*“ (I03: 115). Drei weitere Interviewpartner\*innen führen aus, dass bei ihnen nicht die Substanzen selbst, sondern die dahinterliegenden Funktionen im Fokus stehen. „*Aber es geht, egal ob es Mischkonsum oder Einzelkonsum ist, immer um die psychischen Aspekte dahinter. Warum macht der Mensch das? Was ist der Antrieb dahinter? Was ist vor allem auch der Nutzen?*“ (I05: 151-154). Mehrere Fachkräfte erwähnen zudem, dass die Wünsche der Klient\*innen die Richtung des Beratungsprozesses vorgeben. Werden von einer Person mehrere Substanzen konsumiert, wird nicht in jedem Fall an all diesen Substanzen gearbeitet, sondern auf die Bedarfe der Person geachtet. „*[...] wenn das der Klient möchte, wenn der sich seinen Kokainkonsum genauer anschauen möchte, dann machen wir das auch mit ihm. Ganz klar. Wenn er das aber nicht will, wenn er sagt, „nein, das möchte ich so behalten“ [...] Dann schauen wir eben auf den Alkoholkonsum und lassen erst mal den Kokainkonsum links liegen.*“ (I09: 127-132).

Zudem ist es für Klient\*innen im Beratungskontext bei allen Fachkräften möglich, für zwei oder mehrere Substanzen **unterschiedliche Veränderungsziele** zu verfolgen. Einschränkungen dessen gibt es laut drei der befragten Sozialarbeiter\*innen im Rahmen der ambulanten Therapie. Während dieser müssen Klient\*innen eine Abstinenz aller problematisch konsumierten Substanzen anstreben. *„Im Beratungskontext ist das möglich. Aber in der ambulanten Therapie geht das nicht. Da müssen die Klienten in dieser Zeit auch ganz klar auf andere Drogen verzichten. Nikotin ist die einzige Droge, die da noch toleriert wird. Das wird immer auch mal angesprochen, aber das ist etwas, wo wir etwas großzügiger sind.“* (I02: 243-246).

**Alternative Zielrichtungen** zur Abstinenz werden nicht bei allen Fachkräften standartmäßig angesprochen. Drei Expert\*innen berichten, dass durch die Frage nach dem Ziel des\*der Klient\*in der Regel bereits eine Richtung vorgegeben wird, da diese ihr gewünschtes Veränderungsziel selbst benennen. Je nach Ziel besteht dann die Möglichkeit an einer Abstinenz, Konsumreduktion oder Schadensminimierung zu arbeiten. *„Ich würde sagen, es ist tatsächlich bei fast allen eigentlich klar, ob sie jetzt aufhören wollen oder ob sie reduzieren wollen oder ob sie einfach nur mal überprüfen wollen. Und da haben wir dann auch verschiedene Zwischenschritte, um das auch noch mal genauer abklären zu können“* (I08: 253-256). Zwei Fachkräfte beschreiben explizit, dass sie ihre Klient\*innen über alle vorhandenen Unterstützungsangebote informieren und auf Grundlage dessen die Konsumziele erarbeiten. *„Also man schaut, was die wollen. Und dann schlägt man vielleicht schon die Palette vor, die wir bieten können. Aber wirklich gleichwertig neutral, von kontrolliertem Trinken oder einfach erst einmal so Entlastungsberatung bis stationäre Therapie oder Soziotherapie, therapeutische WGs.“* (I04: 358-361).

Acht Interviewpartner\*innen gaben zudem an, die **Motivierende Gesprächsführung** in ihrer alltäglichen Arbeit zu nutzen. Insbesondere die Methode der *„Vierfelder-Tafel“* (I04: 286) wurde von zwei Fachkräften explizit genannt. Zwei Sozialarbeiter\*innen betonen zudem Fortbildungen für MI besucht zu haben (I01, I04).

In *Tabelle 6* werden diese Ergebnisse nachfolgend nochmals übersichtlich dargestellt.

	I01	I02	I03	I04	I05	I06	I07	I08	I09	Nennungen
<b>Mitbestimmungsrecht der Klient*innen</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
<b>Konsumabklärung</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
<b>Zielabklärung (ZOS)</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	x	1
<b>Unterstützung bei mehreren Substanzen</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
<b>Standardmäßige Information über alternativer Zielrichtungen/ Interventionen</b>	-	-	-	x	-	-	-	-	x	2
<b>Motivierende Gesprächsführung</b>	x	-	x	x	x	x	x	x	x	8

Tab. 6: Übersicht Aspekte der Ziellarbeit<sup>3</sup>

### Kenntnisse zum Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit

Um herauszuarbeiten, wie vertraut die Interviewpartner\*innen mit dem Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit sind, wurden die Expert\*innen gefragt was sie persönlich unter der ZOS verstehen und wo sie bereits Berührungspunkte mit diesem Paradigma hatten.

Alle befragten Fachkräfte haben bereits vom **Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit** gehört. Mit der genauen Ausgestaltung und allen Aspekten des Paradigmas sind jedoch die wenigsten vertraut. I05 gibt beispielsweise an, „*ich würde mich jetzt nicht als Profi der Zieloffenen Suchtarbeit bezeichnen*“ (I05: 227-228). Als Kernaspekt der ZOS beschreibt die Mehrzahl, die selbstbestimmte Wahl der persönlichen Konsumziele. Auch der Aspekt, dass nicht die Abstinenz das finale Konsumziel sein muss, sondern Menschen auch bei einer Konsumreduktion unterstützt werden, wird von fünf Expert\*innen genannt. Zwei Fachkräfte erwähnen zudem die Motivierende Gesprächsführung als relevantes Merkmal. I07 sieht die ZOS als Möglichkeit die Selbstwirksamkeit der Menschen zu fördern, um diese so bei der Entwicklung eines „*Abstinenzgedanke*“ (I07: 186) zu unterstützen.

Drei Fachkräfte besitzen ein umfangreicheres Wissen, welches beispielsweise durch eine kT-Trainerausbildung erlangt wurde. Einrichtung 2 hat bereits den Implementierungsprozess der Zieloffenen Suchtarbeit mit Prof. Dr. Joachim Körkel durchlaufen, wodurch diese Interviewpartnerin (I09) ein sehr fundiertes Wissen über das Paradigma aufweist.

<sup>3</sup> Zutreffend: „x“, nicht zutreffend: „-“

Im **Studium** sind nur zwei der befragten Sozialarbeiter\*innen mit der ZOS in Berührung gekommen, wobei sich eine Fachkraft dahingehend nicht mehr ganz sicher ist. Diese beiden Fachkräfte beendeten ihr Studium im Jahr 2021 (I07) und 2016 (I08). Die restlichen sieben Interviewpartner\*innen hatten in ihrem Studium keine Vorlesungsinhalte bezüglich Zieloffener Suchtarbeit. I06 führt aus, *„Für Zieloffene Suchtarbeit ist mein Studium glaube ich zu lange weg. Früher war da tatsächlich nur Abstinenz als Ziel wichtig“* (I06: 183-184). Teilweise wurde selbst das Thema Suchthilfe im Allgemeinen in den Studieninhalten nicht aufgegriffen *„Damals im Studium war Sucht eigentlich auch überhaupt kein Thema“* (I04: 710-711).

**Fortbildungsangebote** zum Thema Zieloffene Suchtarbeit können in drei Einrichtungen in Anspruch genommen werden. In Einrichtung 2 finden diese zwei- bis dreimal jährlich statt und neue Mitarbeitende werden grundsätzlich in der ZOS geschult. *„Das machen wir INZWISCHEN systematisch, so etwa zweimal im Jahr, vielleicht jetzt sogar dreimal. [...] Und da sind natürlich auch Studierende und FSJ, als auch Leute aus der Hauswirtschaft, also alle eingeladen die neu sind, die sich interessieren, weil man muss ja den Geist verstehen der dahintersteckt. Man braucht ja das Menschenbild“* (I09: 203-211). In den anderen beiden Einrichtungen können externe Fortbildungsangebote genutzt werden, welche teilweise das Thema Zieloffene Suchtarbeit beinhalten. Auch Weiterbildungsangebote bezüglich Motivierender Gesprächsführung (2 Nennungen) und Kontrolliertem Konsum (3 Nennungen) können durch externe Anbieter, beispielsweise *„GK Quest“* (I08: 201) genutzt werden. Wobei Fortbildungen zu MI in Einrichtung 5 auch intern angeboten werden. Zwei Einrichtungen bieten keine Fortbildungsangebote in diesem Themengebiet an.

Des Weiteren wurden die Interviewpartner\*innen gefragt, ob sie ihre Einrichtung als **zieloffen einordnen** würden und woran sie dies festmachen.

Acht Expert\*innen bezeichnen ihre Einrichtung als definitiv zieloffen. Zwei Fachkräfte begründen dies dadurch, dass alle Menschen in ihrer Einrichtung akzeptiert werden und keiner ausgeschlossen wird. Zudem wird sechs Mal angebracht, dass stets nach den Konsumzielen der Klient\*innen gearbeitet wird, das Ziel der Abstinenz nicht im Mittelpunkt steht und auch eine Konsumreduktion angestrebt werden kann. Interviewpartner 01 bringt zudem an, dass viele seiner Kolleg\*innen in MI geschult sind. Interviewpartnerin 09 führt des Weiteren aus, dass alle Mitarbeitenden *„ausdrücklich und bewusst“* (I09: 139) zieloffen arbeiten, eine offene Zielabklärung zu ihrem Standard gehört und immer individuell erarbeitet wird, welches Konsumziel zu der jeweiligen Person passt. Ein Interviewpartner bezeichnet seine Einrichtung als

„*semi zieloffen*“ (I05: 184), da er durch die Abstinenzvorgaben der Kostenträger eine Einschränkung der Zieloffenheit sieht.

## **8. Persönliche Einstellungen der Expert\*innen in Hinblick auf die ZOS sowie die drei Veränderungsziele**

Um mehr über das individuelle Suchtverständnis und die Einstellungen der Interviewpartner\*innen hinsichtlich der Zieloffenen Suchtarbeit und die drei Veränderungsziele herauszufinden, wurden in allen Themenblöcken des Leitfadens Fragen diesbezüglich eingebunden. Zudem wurde die innere Haltung der einzelnen Expert\*innen auch durch deren Erläuterungen und Ausführung über die gesamten Interviews hinweg verdeutlicht.

### **8.1. Aspekte der zieloffenen Haltung**

Nachfolgend werden nun einzelne Aspekte der zieloffenen Grundhaltung aufgeführt und die Positionierung der befragten Sozialarbeiter\*innen dargestellt.

### **Einordnung der Selbstbestimmungsfähigkeit von Menschen mit Substanzkonsumstörungen**

Grundsätzlich ordnen alle Interviewpartner\*innen die Selbstbestimmungsfähigkeit ihrer Klientel als hoch ein. Unter den Fachkräften sind jedoch verschiedene Abstufungen zu finden. Die Interviewpartnerinnen 08 und 09 beschreiben beispielsweise als einzige Einschränkung eine psychotische Erkrankung oder Selbst- und Fremdgefährdung. Ein weiterer Sozialpädagoge bringt an, dass das Ausmaß der Selbstbestimmungsfähigkeit möglicherweise mit der Zeit der Inanspruchnahme von Hilfe und der Dauer des Substanzkonsums korreliert, da Menschen mit einem weniger ausgeprägten Konsum „*reflektierter*“ (I01: 82) sind. Auch I04 gibt an, dass die Selbstbestimmungsfähigkeit ihrer Klientel variiert, da einige schon „*viel versucht [haben] und es einfach nicht schaffen*“ (I04: 145), sie ergänzt dazu, dass dennoch jeder Mensch das Recht hat, selbst zu entscheiden, wie er mit seinem Konsum umgehen möchte. I05 spricht dagegen davon, dass jeder Mensch eine hundertprozentige Selbstbestimmungsfähigkeit besitzt, psychische und körperliche Schwierigkeiten einer Substanzkonsumstörung diese jedoch beeinflussen können.

I08 bezeichnet die Autonomie und Selbstbestimmung zudem generell als das „*allerwichtigste*“ (I08: 69) im Bereich der Suchthilfe. Sie führt aus, dass selbst wenn es zu körperlichen Beschwerden kommt, jeder Mensch das Recht besitzt, seinen Konsum fortzuführen. Auch Interviewpartnerin 04 sagt dazu, dass Autonomie in der Suchthilfe nochmal wichtiger ist als

in anderen Bereichen der Sozialen Arbeit. Fachkräfte müssen es aushalten, dass Klient\*innen weiter konsumieren und wertschätzen, dass diese den Weg in die Beratungsstelle gefunden haben. Auch I05 führt an, dass in seiner Einrichtung die Maxime verfolgt wird, dass *„die Autonomie des Patienten ein hohes und schätzenswertes Gut ist“* (I05: 233-234). Er unterscheidet dabei jedoch zwischen erwachsenen Personen und Minderjährigen. *“[...] ich würde sagen, manche Sachen sind bei einem Erwachsenen übergriffig, die bei einem Minderjährigen durchaus legitim sind und auch wichtig sind“* (I05: 242-243).

### **Wahl der Veränderungsziele**

Auch bezüglich der Wahl der Veränderungsziele sind sich alle Fachkräfte einig, dass jede\*r Klient\*in selbst über die Fortführung oder Veränderung des Substanzkonsums entscheiden muss. Zwei Interviewpartner\*innen führen aus, dass der Sinn einer Beratung nicht darin liegt, an der Klientel vorbeizuarbeiten. Mehrere Expert\*innen betonen außerdem, dass es um die individuellen Ziele der Klientel geht, *„im Endeffekt bestimmt der Klient die Ziele und die Richtung und die Schnelligkeit des Beratungsprozesses. [...] Daher finde ich, der Klient ist der Wichtigste und auch er muss wissen es sind SEINE Ziele, nicht MEINE Ziele“* (I01: 179-183). Auch I04 spricht davon, Ziele in einem *„neutralen Rahmen“* (I04: 158) zu erarbeiten *„ohne es irgendwie besser zu wissen wie er oder sie“* (I04:158-159). Des Weiteren bringt I03 an, dass er mit seinen Klient\*innen deren individuelle Ziele erarbeitet, auch wenn er in eine andere Richtung tendieren würde: *„[...] egal ob ich die Ziele vielleicht anders sehe oder auch andere Ziele HÄTTE, ist das nicht das Entscheidende, das Entscheidende ist der Patient, ganz einfach“* (I03: 149-151). Drei Interviewpartner\*innen erwähnen zudem, dass von außen auferlegte Konsumziele in der Regel zu einem Scheitern des Unterstützungsprozesses führen.

Der Hauptteil der Expert\*innen sieht die Verantwortung für die Veränderung bei ihren Klient\*innen und den eigenen Auftrag darin, gemeinsam mit ihrer Klientel herauszufinden *„was denn der beste Weg ist“* (I01: 294). I03 merkt an, dass er die Klient\*innen auffordert, selbst tätig zu werden, dabei aber stets auf Augenhöhe bleibt. Interviewpartnerin 04 betont die Relevanz dessen, da *„man mit Druck nichts ausrichten kann bei der Sucht“* (I04: 430). Sie erwähnt zudem, dass sich selbst Klient\*innen, welche noch nicht bereit für eine Veränderung sind, stets bei der Beratungsstelle melden können, um zu einem späteren Zeitpunkt an einer möglichen Konsumveränderung zu arbeiten.



### **Umgang mit extern auferlegten Zielen**

Auf die Frage, ob die Fachkräfte in ihrer alltäglichen Arbeit auch mit extern auferlegten Zielen umgehen müssen und ob sie diese Fälle exemplarisch beschreiben können, berichten alle Fachkräfte von Zielvorgaben durch externe Instanzen wie der Bewährungshilfe oder auch durch Familienmitglieder. Drei Fachkräfte positionieren sich insbesondere gegenüber Auflagen von gerichtlicher Seite kritisch. Nach I01 können die Richter „schlecht einschätzen“ (I01: 280-281), was die tatsächlich beste Intervention für den\*die Klient\*in ist. Auch Interviewpartner 03 sieht eine richterlich verordnete Therapieauflage als problematisch an: „*Die haben ihre Kompetenzen und bei Sucht haben wir unsere Kompetenzen, da sind nur wir zuständig und wir machen das was wir für richtig halten, nach unseren Kompetenzen*“ (I03: 251-253). Es betonen zudem mehrere Interviewpartner\*innen, dass sie sich nicht als „*Handlanger der Justiz*“ (I05: 360) sehen und in jedem Fall den Gerichten nur das gesetzlich vorgeschriebene rückmelden.

Die Mehrzahl der Befragten berichtet davon, dass sie im Falle einer nicht als zielführend erachteten Auflage für eine ambulante Therapie eine Empfehlung für eine andere Maßnahme, beispielsweise betreutes Einzelwohnen, aussprechen. I08 berichtet, dass sie so stets versucht, die Ziele so anpassen zu können, dass der betroffenen Person bestmöglich geholfen werden kann. Dabei machen die Fachkräfte die Erfahrung, dass Richter\*innen ihren Empfehlungen in der Regel folgen. Lassen sich Klient\*innen jedoch auf die Auflage einer ambulanten Therapie ein, erwähnen zwei Sozialarbeiter\*innen, dass sie die Person dabei unterstützen, die Verantwortung für die Einhaltung der Abstinenz jedoch bei dem/ der Klient\*in liegt. „*[...] wir UNTERSTÜTZEN, aber die Entscheidung oder eben die Verantwortung hat natürlich der Klient. Und dann muss ER dem Gericht nachweisen, dass er dann jetzt halt abstinent war oder nicht war*“ (I06: 282-284).

Zwei weitere Expert\*innen erwähnen zudem extrinsisch motivierte Ziele, welche durch Familienmitglieder oder Freunde auferlegt werden. Hierbei gaben beide an, dass sie in solchen Fällen herausarbeiten, ob diese Ziele auch mit den intrinsischen Zielen der Klient\*innen zusammenpassen, um so eine möglichst gute Lösung für alle betroffenen Parteien zu finden und ihren Klient\*innen die Autonomie zurückzugeben.

### Suchtverständnis

Exemplarisch lassen sich in drei Interviews weitere Aussagen zum generellen Suchtverständnis der Interviewpartner\*innen finden.

I04 beschreibt, dass sie ihren Auftrag darin sieht, den Menschen folgendes Selbstbild wieder zu geben: *„Du bist nicht nur der Alkoholiker, sondern da steht noch ein ganz anderer Mensch mit dahinter“* (I04: 292-293). Hat sie zudem das Gefühl, dass jemand noch nicht für eine Konsumveränderung bereit ist, akzeptiert sie dies, teilt der jeweiligen Person jedoch auch ihre kritische fachliche Meinung mit, ohne dabei Ablehnung oder Bevormundung zu vermitteln. I05 sieht den Auftrag seiner Einrichtung darin, bereits präventiv zu handeln um Menschen so zu unterstützen und ihnen *„zu ermöglichen, sich selbst zu heilen“* (I05: 73-74). Er beschreibt den Konsum von psychoaktiven Substanzen als einen *„Lösungsversuch“* (I05: 178) und seinen Anspruch darin, die dahinterliegenden Bedürfnisse und Muster zu erkennen und zu bearbeiten. Dabei orientiert er sich stark an den Zielen der Klient\*innen, da er niemandem seine eigenen Ziele oder sein persönliches Weltbild auferlegen möchte. *„[...] du willst ja nicht von dir etwas aufdrücken, weil DU glaubst, eine drogenfreie Welt ist eine bessere oder ein drogenfreies Leben“* (I05: 190-191). Auch I07 beschreibt den Konsum psychoaktiver Substanzen als einen Versuch der Selbstmedikation. Sie erwähnt zudem, dass bei manchen ihrer Klient\*innen die Erkenntnis fehlt, dass es sich bei *„vielen [um eine] Erkrankung“* (I07: 342) handelt.

Das Thema des Kontrollverlusts bei Substanzkonsumstörungen wurde von fünf Interviewpartner\*innen aufgegriffen, wobei vier von einem störungsbedingten Kontrollverlust sprechen. I02 führt an, dass der diagnosebedingte Kontrollverlust insbesondere beim Thema des kontrollierten Konsums eine ausschlaggebende Rolle spielt. Ihre Erfahrung ist, dass bei manchen Personen die Kontrollfähigkeit beispielsweise ab dem dritten Bier *„bricht“* (I02: 133) und dies das Ziel eines kontrollierten Substanzkonsums erschwert. Auch I01 erwähnt die Thematik des Kontrollverlusts im Kontext einer Konsumreduktion: *„Weil der Kontrollverlust einfach sehr sehr schnell dann wahrscheinlich wieder einsetzt und wenn Kontrolle möglich gewesen wäre, hätten die das ja auch schon viel viel früher machen können und für sich erfolgreich umsetzen können“* (I01: 513-516). I07 beschreibt, dass eine Substanzkonsumstörung *„auf den ganzen Menschen übernommen wird“* (I07: 617), wodurch diese sich selbst nicht mehr finden können.

Interviewpartnerin 09 bringt dagegen an, *„wenn ich überzeugt bin, dass ein Suchtkranker IMMER einem Kontrollverlust erliegt, dann kann ich keine Zieloffene Suchtarbeit machen“* (I09: 212-214).

## 8.2. Einstellungen und Erfahrungen bezüglich der drei Veränderungsziele

Um mehr über die persönlichen Einstellungen und Erfahrungen der Interviewpartner\*innen hinsichtlich der drei Veränderungsziele zu erfahren, wurden den Expert\*innen spezifische Fragen gestellt sowie Thesen vorgelesen, zu welchen sie ihren Standpunkt begründen sollten.

Den Fachkräften wurde die Frage gestellt, welche konsumbezogenen Veränderungsziele ihre Klient\*innen am häufigsten benennen. Acht von neun Befragten berichten, dass die meisten Menschen gerne ihren Konsum reduzieren möchten. I01 und I04 führen an, dass oftmals der Wunsch besteht „*normal wie die Anderen*“ (I01: 641) trinken zu können. Auch Interviewpartner 03 beschreibt, dass die wenigsten Klient\*innen zu Beginn des Unterstützungsprozesses ihren Konsum komplett beenden möchten, insbesondere im Alkoholbereich. Im Gegensatz dazu präferieren die Klient\*innen von Interviewpartnerin 08 das Ziel der Abstinenz. „*Tatsächlich die Abstinenz. „Ich möchte abstinent sein. Ich möchte nicht mehr trinken oder konsumieren“. Das ist tatsächlich das Häufigste*“ (I08: 355-356).

Zudem wurden die Interviewpartner\*innen gebeten, zu folgender These Stellung zu beziehen:

**„Mit abstinenzorientierten Unterstützungsangeboten erreichen Klient\*innen langfristig am besten ihre Ziele“.**

Hierzu vertreten die befragten Expert\*innen verschiedene Meinungen. Die Mehrheit bringt an, dass dies auf einen Teil der Klient\*innen zutrifft, dabei jedoch keine pauschale Aussage getroffen werden kann, da es darum geht „*das zu finden, was für den Patienten am besten passt*“ (I08: 551-552). Mehrere Fachkräfte erwähnen, dass gesundheitlich gesehen eine Abstinenz das beste Ziel darstellt, dies jedoch nicht für alle Menschen realistisch und erreichbar ist. I01 führt aus, dass Personen, welche nicht auch innerlich hinter dem Ziel einer abstinenten Lebensweise stehen, dieses Ziel auch nicht langfristig erreichen werden, „*dann ist ein Konsumreduktionsziel für die Klienten deutlich besser geeignet*“ (I01: 497-498). I02 bringt dagegen an, dass Klient\*innen mit abstinenzorientierten Unterstützungsangeboten „*mittelfristig*“ (I02: 295) ihre Ziele am besten erreichen, da eine längere Abstinenzphase auch die Sichtweisen und Einstellungen einer Person bezüglich ihres Konsums grundlegend verändern kann. „*Sie setzen sich dann viel mehr [...] [mit sich] auseinander und WENIGER, finde ich, wenn es nur um eine Reduktion geht. Da sind sie dann immer sehr mit dem Konsum beschäftigt*“ (I02: 313-315). Eine weitere Expert\*in beschreibt ihre Erfahrung, dass viele Klient\*innen nach mehreren Jahren Abstinenz wiederkommen und angeben „*ich habe zwar die Abstinenz geschafft und meine ganze Umgebung war mit mir zufrieden, aber ich war zutiefst unglück-*

lich“ (I04: 582-583). Interviewpartner 05 vertritt die Meinung, dass die These tendenziell auf Menschen mit einer „*chronisch[en] Suchterkrankung*“ (I05: 522) zutrifft. Für I06 trifft die These zu 80% zu, da Klient\*innen „*am besten nüchtern gute Entscheidungen treffen können*“ (I06: 450) und eine „*zufriedene Lebensgestaltung*“ (I06: 453) mit dem Ziel der Abstinenz eher erreicht werden kann. Komplett verneint wird die These von I09, welche anbringt, dass mittlerweile diverse Studien belegen, dass „*manche Reduktionsprogramme genauso gut zum Erfolg führen wie Abstinenzprogramme*“ (I09: 457-458).

Die zweite „These“ lautete: „**Eine Konsumreduktion wird in der Theorie von vielen Expert\*innen als finales Ziel nur in besonderen Fällen akzeptiert (Alkohol, ältere Klient\*innen etc.). Wie würden Sie sich positionieren?**“

Sechs Interviewpartner\*innen geben an, dass eine Konsumreduktion als finales Ziel durchaus möglich ist. Davon beschreiben drei Fachkräfte, dass sie Interventionen mit dem Ziel eines kontrollierten Konsums eher bei jüngeren Klient\*innen als zielführend erachten. Argumentiert wird dies beispielsweise damit, dass bei Personen mit einem jahrelang abhängigen Konsum, der „*Kontrollverlust*“ (I01: 513) sehr schnell wieder einsetzen kann. Bei jüngeren Menschen dagegen hat sich der Konsum in der Regel noch weniger verfestigt. I02 führt an, dass sie bei älteren Klient\*innen persönlich eher zum Ziel der Abstinenz tendiert, da bei Personen mit einem jahrzehntelangen Konsum jedes weitere Glas Alkohol „*so schädlich [ist], dass wirklich nur eine Abstinenz für die Sinn macht*“ (I02: 327-328). Zwei andere Fachkräfte präferieren eine Konsumreduktion als Endzustand dagegen bei älteren Personen und würden bei jüngeren Klient\*innen eher das „*Ziel der Abstinenz [...] bevorzugen*“ (I03: 378). Des Weiteren betonen vier Interviewpartner\*innen, dass jede Veränderung und Reduktion des Konsums eine „*deutliche Verbesserung*“ (I08: 571) darstellt und sie ihre Klient\*innen dementsprechend auch bei diesem Ziel unterstützen.

Generell betonen drei Fachkräfte, dass sie eine Konsumreduktion eher als einen Zwischenschritt in Richtung Abstinenz erachten. I06 begründet dies exemplarisch wie folgt: „*Also ich persönlich sehe das eher als Schritt zur Abstinenz, weil ich festgestellt habe, dass viele Klienten sagen, „ach, das ist mir wirklich zu kompliziert. Das schaffe ich nicht“. Dann ist es leichter, gleich zu sagen, „Nein, ich trinke gar nichts““* (I06: 366-368). Drei weitere Fachkräfte vertreten dabei die gegenteilige Meinung und erkennen das Ziel eines kontrollierten Konsums auch als Endzustand an.

### **Gewichtung der drei Veränderungsziele**

Um zu explorieren, ob die Interviewpartner\*innen alle drei Veränderungsziele als gleichwertig einstufen würden oder eine Hierarchisierung vornehmen, wurde ihnen als dritte These folgendes vorgelesen: „**Es existiert eine Hierarchie der Konsumziele: 1) Abstinenz als oberstes Ziel, 2) Konsumreduktion und 3) Schadensminimierung**“.

Zwei Fachkräfte stimmten der These zu. I01 argumentiert dies dadurch, dass „*das gesündeste Ziel [...] wahrscheinlich schon die Abstinenz*“ (I01: 523) ist. I07 würde dagegen Harm Reduction an oberste Stelle setzen. Die anderen sechs Interviewpartner\*innen gaben an, dass sie der These nicht zustimmen würden, sondern alle drei Ziele als „*gleichwertig*“ (I08: 596) erachten. Interviewpartnerin 09 bezeichnet eine Hierarchisierung der Konsumziele als „*hinterwäldlerisch*“ (I09: 490), da sie den\*die Klient\*in als Maßstab für die Wahl des individuellen Ziels sieht und alle Ziele somit als „*absolut gleichwertig*“ (I09: 497-498) einstuft. Vier weitere Expert\*innen führen ebenfalls an, dass es je nach Person variiert, welches Ziel das individuell „*sinnvollste*“ (I05: 572) ist, da es um die persönliche Lebenszufriedenheit und die aktuellen Lebensumstände des Gegenübers geht.

Neben der Stellungnahme zu den drei Thesen haben die Interviewpartner\*innen noch weitere Aussagen bezüglich ihrer praktischen Erfahrungen und Einstellungen zu den drei Veränderungszielen und den dazugehörigen Interventionen geteilt. Diese werden nun zusammenfassend vorgestellt.

### **Abstinenz**

Neben den Aussagen zu These 1 haben die meisten Interviewpartner\*innen ihren Standpunkt und ihre Erfahrungen bezüglich des Ziels einer lebenslangen Abstinenz noch weiter vertieft. Zwei Fachkräfte betonen, dass das Abstinenzparadigma nicht mehr gültig ist. Zudem machen vier der Interviewpartner\*innen in der Arbeit mit substanzkonsumierenden Menschen die Erfahrung, dass dieses Ziel für Klient\*innen zu Beginn der Beratung nur selten erstrebenswert und für manche Personen generell nicht erreichbar ist. „*Auch das Thema Abstinenz ist ja total spannend oder für viele auch sehr, sehr bedrohlich. Die lebenslange Abstinenz. Sie sagen also „ein halbes Jahr Abstinenz, könnte ich mir vorstellen, aber nie wieder trinken löst in mir so ein ungutes Gefühl aus. Da werde ich total nervös*““ (I01: 248-251). Interviewpartnerin 04 vertritt ergänzend die Meinung: „*Natürlich wäre es schön, wenn jemand glücklich in der Abstinenz leben kann. Aber das geht eben nicht bei jedem*“ (I04: 621-622). Der Großteil der Befragten führt zudem an, „*dass es nicht unser Ziel ist, alle in die Abstinenz bringen zu wollen*“

(I05: 334). Vier Interviewpartner\*innen ergänzen dabei, dass sie aus gesundheitlichen Aspekten, vielen ihrer Klient\*innen zunächst eine Konsumpause von allen Substanzen anraten. Zwei der Fachkräfte begründen dies dadurch, dass die Reduktion der einen Substanz und die gleichzeitige Abstinenz einer anderen, zu einer „Suchtverlagerung“ (I08: 125) führen kann, durch welche Abstinenzmaxime verdeckt bleiben. I04 betont dabei jedoch, dass die Anregung ihrer Klient\*innen zu einer Konsumpause, nicht mit dem Ziel einer dauerhaften Abstinenz seitens der Fachkräfte einhergeht.

### **Konsumreduktion**

Bei der Frage, ob Menschen mit einer Substanzkonsumstörung oder einem problematischen Substanzgebrauch ihren Konsum langfristig stabil kontrollieren können, teilen sich die Meinungen der Expert\*innen. In der Praxis hat eine Fachkraft die Erfahrung gemacht, dass eine langfristige Konsumreduktion nicht funktioniert und die Klient\*innen an diesem Ziel scheitern. Vier weitere gaben an, dass die Erreichung dieses Ziels grundsätzlich möglich, die Aufrechterhaltung dessen jedoch mit viel Anstrengung und Motivation verbunden ist. *“[...] unter dem Aspekt der Reduktion, gerade bei Sucht, ist das einfach der deutlich schwierigere Weg, dem wir uns natürlich nicht in den Weg stellen. Aber wir sagen auch, dass es einfach DEUTLICH schwieriger ist als einfach, in Anführungszeichen, nicht mehr zu trinken. Weil natürlich als Kriterium der Suchterkrankung mit Kontrollverlust, den kontrollierten Konsum anzustreben, ist sehr sehr schwierig“* (I08: 370-375). I01 und I05 haben die Erfahrung gemacht, dass viele Klient\*innen am Versuch, ihren Konsum zu kontrollieren scheitern und sich aufgrund dessen „notgedrungen“ (I01: 375) für das Ziel der Abstinenz entscheiden. Interviewpartnerin 09 berichtet dagegen aus ihrer Erfahrung heraus, *„Konsumreduktion funktioniert“* (I09: 482).

Das Fehlen oder unregelmäßige Angebot von Konsumreduktions-Gruppenangeboten begründen drei Interviewpartner\*innen mit einer mangelnden Nachfrage der Klient\*innen. *„Also die Gruppe findet tatsächlich nicht so oft statt, weil man nicht gleichzeitig zehn Leute zusammenbringt, die gleichzeitig dieses Programm machen wollen und das gleichzeitig von einer Krankenkasse genehmigt kriegen“* (I04: 467-469). In der Einrichtung von Interviewpartnerin 09 werden diese Gruppenangebote dagegen sehr gut angenommen und es besteht *„immer Nachfrage“* (I09: 434). Weitere Gründe für das Nichtanbieten solcher Gruppen bestehen einerseits in den strukturellen Gegebenheiten, wie einem Mangel an zeitlichen Ressourcen bzw. den *„Kapazitäten von Mitarbeitern“* (I02: 382) oder auch der Erfahrung, dass Menschen, die an

einem Konsumreduktionsprogramm teilnehmen möchten, *„erstmal eine Konsumpause brauchen, vielleicht sogar abstinent sein sollten“* (I05: 477-478).

Die Fachkräfte aus Einrichtung 2 und 5, welche Gruppen für kontrolliertes Trinken anbieten, berichten von positiven Erfahrungen. I08 führt an, dass sich nach der letzten kT- Gruppe *„drei Menschen für die Abstinenz danach entschieden haben. Drei haben wieder normal getrunken und drei haben das kontrollierte Trinken aufrechterhalten. In einem Zeitraum von einem Jahr; also von dem her, war das tatsächlich ganz schön zu sehen, dass das Konzept so auch funktioniert, wie wir es uns vorstellen“* (I08: 388-391). Auch I09 berichtet, dass sie sehr gute Erfahrung mit der kT-Gruppe macht, manche Teilnehmer\*innen ihren kontrollierten Konsum halten und andere sich danach für eine Suchtmittelabstinenz entscheiden.

Zwei Interviewpartner\*innen griffen zudem den Aspekt auf, dass sie einen kontrollierten Konsum bei Menschen mit einer Substanzkonsumstörung eher als Harm Reduction einordnen würden. I05 führt aus, dass Konsumreduktionsprogramme zwar ursprünglich nicht als Harm Reduction ausgelegt wurden, bei Menschen welche augenscheinlich *„nie wieder abstinent leben“* (I05: 531-532) können, aber hauptsächlich dazu genutzt werden. Er sieht das eigentliche Potenzial dieser Programme bei Kindern und Jugendlichen, im Sinne von *„Frühpräventionsprogramme[n]“* (I05: 544).

### **Harm Reduction**

Einzelne Aussagen wurden auch bezüglich Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen von Harm Reduction getroffen.

Drei Fachkräfte betonen ihre positiven Erfahrungen mit Substitutionsbehandlungen sowie ihren Standpunkt, dass eine Substitution auch lebenslanglich erfolgen kann. *„[...] wie der Diabetiker Insulin bekommt, bekommt [...] [jemand im Ersatzdrogenprogramm] zum Beispiel Methadon oder welche Droge auch immer, LEBENSLANG.“* (I03: 292-295).

Die Mehrheit der Interviewpartner\*innen erwähnt zudem die Notwendigkeit von schadensminimierenden Angeboten und niedrighschwelligem Einrichtungen. Zwei Fachkräfte beschreiben dabei explizit, dass sie versuchen, mit Klient\*innen in Kontakt zu bleiben, welche noch nicht bereit für eine Veränderung sind, um diesen eine Anlaufstelle und ein/e Ansprechpartner\*in zu bieten. I09 bringt des Weiteren an, dass kein Widerspruch zwischen einer niedrighschwelligem und zieloffenen Arbeitsweise besteht. Sie betont, dass auch in niedrighschwelligem Einrichtungen an einer Veränderung des Konsums gearbeitet werden sollte, da es nicht um eine uneingeschränkte Akzeptanz, im Sinne *„die Leute einfach so zu lassen“* (I09: 227) geht.

Interviewpartnerin 09 berichtet zudem von ihren positiven Erfahrungen mit dem Implementierungsprozess der ZOS. Sie beschreibt hierbei als größten Gewinn, dass Personen durch die zieloffene Arbeitsweise selbst Entscheidungen treffen. *„Die erleben sich als selbstwirksam, die BESTIMMEN über sich selber. Und genau das passiert“* (I09: 279-280).

## **9. Positive Faktoren und Hürden hinsichtlich einer weitreichenden Implementierung der ZOS**

Den Fachkräften wurde die Frage gestellt, welche Aspekte sich ihrer persönlichen Meinung nach noch verändern müssten, um die ZOS weitreichender in der Praxis implementieren zu können und auch Konsumreduktionsangebote mehr auszubauen. Die dabei genannten Aspekte werden nachfolgend vorgestellt.

### **Einstellungen und Haltungen von Fachkräften in der Suchthilfe**

In Hinblick auf die Haltungen und Einstellungen von Fachkräften in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, sehen sechs Interviewpartner\*innen Unterschiede zwischen den verschiedenen Generationen. Sie beschreiben ihre Erfahrung, dass jüngere Mitarbeiter\*innen oftmals bereits eine zieloffene Haltung mitbringen und diese Vorgehensweise als selbstverständlich anerkennen, während Kolleg\*innen, die schon viele Jahre in der Suchthilfe arbeiten, in der Regel noch abstinenzorientiertere Einstellungen und Überzeugungen verinnerlicht haben. *„Also ich glaube, das ist einfach schon ein großes Ding durch den natürlichen Generationswechsel, dass auch da noch mal mehr Offenheit oder ZIELoffenheit nachkommen“* (I08: 630-632). Die Interviewpartner\*innen betonen dabei auch, dass diese Kolleg\*innen ebenfalls zieloffen arbeiten, jedoch eine kritischere Haltung dazu einnehmen.

Sechs der befragten Personen nehmen zudem generell bereits eine sehr große Offenheit bezüglich einer zieloffenen Arbeitsweise in ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen wahr. Interviewpartner 03 berichtet beispielsweise: *„Aus meiner Sicht ist es schon weitgehend akzeptiert. Also ich kenne jetzt wirklich keinen mehr der sagt „Es gibt nur die Abstinenz“* (I03: 464-465). Drei weitere Fachkräfte kennen in ihrem Umfeld dagegen noch Suchtberater\*innen, welche Abstinenz als das *„höchste [...] oder beste Ziel“* (I01: 541-542) einstufen. I07 beschreibt zudem ihre Erfahrung, dass viele Fachkräfte in der Suchthilfe noch sehr *„krankheitsorientiert“* (I07: 597) arbeiten und den *„sozialpädagogischen Blick auch teilweise vergessen haben“* (I07: 597-598).

Zudem gibt es laut Interviewpartner\*innen 03, 07, 04 und 09 für Fachkräfte zu wenig Fortbildungsangebote und Wissensvermittlung im Bereich der Zieloffenen Suchtarbeit und Konsum-



reduktion, wodurch bei manchen Fachkräften kaum Wissen bezüglich dieser Themen vorhanden ist. *Tabelle 7* bietet nachfolgend eine Übersicht der genannten Aspekte.

Genannte Aspekte	Interviewpartner*innen	Anzahl der Nennungen
Generationsunterschiede	I01, I03, I05, I07, I08, I09	6
Offenheit bezüglich zieloffener Hilfen	I02, I03, I05, I06, I08, I09	6
Abstinenzorientierte Haltungen	I01, I08, I09	3
Zu wenig Fortbildungsangebote	I03, I07, I04, I09	4

Tab. 7: Faktoren seitens der Fachkräfte

### **Rahmenbedingungen und strukturelle Hürden**

**Positiv** anzumerken hatten sechs Interviewpartner\*innen, dass sie in ihrer Einrichtung keine strukturellen Hürden in Hinblick auf eine zieloffene Arbeitsweise wahrnehmen. Zwei Fachkräfte erwähnen zudem, dass sie auch beim Träger ihrer Einrichtung eine Offenheit bezüglich Konsumreduktionsangeboten feststellen [I02 (*Caritas*), I04 (*freier Träger*)]. Im Beratungssetting ist es allen befragten Fachkräften zudem möglich, ihren Klient\*innen zieloffen zu begegnen, da sie dort „frei arbeiten“ (I05: 642) und somit auch abstinenzunabhängige Ziele verfolgen können. Auch in politischer Hinsicht nehmen zwei der Interviewpartner\*innen einen positiven Wandel wahr, durch welchen zieloffene Hilfen leichter umgesetzt werden können.

**Strukturelle Hürden** für eine praktische Umsetzung Zieloffener Suchtarbeit sieht die Mehrzahl der Interviewpartner\*innen vorwiegend im Bereich der Kostenträger. Einerseits wird eine Überlegenheit der abstinenzorientierten Maßnahmen wahrgenommen, was für die Fachkräfte insbesondere im Bereich der Weitervermittlung zu einer Einschränkung ihres Handlungsspielraums führt. „Die Frage ist, was habe ich für Angebote, in die ich weitervermitteln kann? Und da gibt es doch eine sehr starke Orientierung an der Abstinenz“ (I01: 538-539). Zudem bringen mehrere Fachkräfte an, dass sie durch die klare Abstinenzvorgabe der Rentenversicherungsträger im Bereich der ambulanten Therapie, in ihrer zieloffenen Arbeitsweise eingeschränkt sind. Aufgrund dessen sei es notwendig, die Rentenversicherungsträger zu überzeugen, auch alternative Konsumziele anzuerkennen. I05 merkt dazu an, dass Einrichtungen teilweise auf die Finanzierung der Versicherungsträger angewiesen sind und diesen daher prinzipiell eher zurückhaltender gegenüberstehen. „Also das würde natürlich auch politisch ganz schön viel bedeuten und [...] wir hängen ja auch an Tröpfchen, wir sind ja auch **VORSICHTIG** mit unseren Forderungen und Ideen“ (I05: 624-626).

Auch hinsichtlich der Finanzierung von Konsumreduktionsangeboten spielt die Frage nach den Kostenträgern für fünf Interviewpartner\*innen eine zentrale Rolle. I08 führt exemplarisch aus, dass die Kosten des kT-Programmes zwar teilweise von den Krankenversicherungen übernommen werden, es jedoch beispielsweise für das KISS-Programm keine Möglichkeit der Refinanzierung gibt. Auch I09 stellt sich die Frage, weshalb abstinenzorientierte Maßnahmen für Klient\*innen kostenlos sind, Konsumreduktionsangebote jedoch zum Teil privat finanziert werden müssen. Der Expertin fehlt zudem die Möglichkeit, auch eine *„zieloffene ambulante Rehabilitation oder auch stationäre“* (I09: 535-536) anbieten zu können. *„Also, dass wir da Menschen nicht sortieren nach Konsumstatus, sondern nach Veränderungswunsch. Den Leuten geht es ja irgendwie drum, ihr Leben wieder zu organisieren und so. Und für den einen geht das eben mit REDUKTION und für den anderen mit ABSTINENZ. Und ich halte es für falsch, dass das so versäult ist“* (I09: 536-540).

Als weiteren Aspekt nennen fünf Fachkräfte die Einstellungen externer Kooperationspartner und Fachkräfte. Speziell im Bereich der Psychotherapie machen drei Interviewpartner\*innen die Erfahrung, dass Personen nur angenommen werden, wenn sie es bereits schaffen abstinenz zu bleiben. *„[...] ich kriege es ja nur bei PsychotherapeutInnen mit, mit denen wir manchmal kooperieren, dass da einfach noch sehr starke, ich sag jetzt mal Antihaltungen, gegen die Suchterkrankung da sind und spürbar sind“* (I08: 670-672). Auch im ärztlichen Bereich spüren zwei Expert\*innen noch eine gewisse Ablehnung gegenüber abstinenzunabhängigen Veränderungszielen.

Drei Expert\*innen erwähnen auch Hürden hinsichtlich der aktuellen Rechtslage. I07 sieht im Besonderen im Bereich der Substitution noch einen großen Reformierungsbedarf. I08 beschreibt einen großen Bedarf an Drogenkonsumräumen, da somit ein zieloffenes *„Selbsthilfegruppenformat“* (I08: 648) existieren würde, was ihrer Meinung nach die Grundlage für eine bessere strukturelle Voraussetzung zur Implementierung der ZOS darstellt.

Ferner bringt Interviewpartnerin 09, welche mit ihrer Einrichtung bereits den Implementierungsprozess der ZOS durchlaufen hat an, dass ihrem Eindruck nach viele Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe eine eigene Definition zieloffener Arbeit umsetzen und sich nur teilweise am Paradigma der ZOS orientieren. *„Es ist grade auch modern zieloffen zu arbeiten. Das finde ich gut, das finde ich die richtige Richtung. Und ich würde mir da noch mehr Systematik wünschen. Wirklich auch den kritischen Blick drauf“* (I09: 506-508). Sie merkt zudem an, dass ein Unterschied bezüglich einer zieloffen arbeitenden Fachkraft und einer zieloffenen Einrichtung besteht, da letzteres mit einem langjährigen und intensiven Prozess der *„Organi-*

sationsentwicklung“ (I09: 191) verbunden ist. In *Tabelle 8* werden diese Aspekte nochmals zusammenfassend dargestellt.

Förderliche Aspekte	Interviewpartner*innen	Anzahl der Nennungen
Keine Hürden in der eigenen Einrichtung	I02, I04, I05, I06, I07, I08	6
Zieloffenheit im Beratungssetting	I01, I02, I03, I04, I05, I06, I07, I08, I09	9
Offenheit der Träger	I02, I04	2
Offenheit der Politik	I03, I07	2
Strukturelle Hürden		
Überwiegend abstinenzorientierte Angebote	I01, I09	2
Vorgaben der Kostenträger	I01, I02, I05, I06, I09	5
Kostenträger bei Konsumreduktionsangeboten	I01, I03, I04, I06, I08	5
Externe Kooperationspartner	I01, I04, I05, I07, I08	5
Rechtslage	I07, I08, I05	3

Tab. 8: Übersicht Rahmenbedingungen und strukturelle Hürden

### Gesellschaftliche Aspekte

Sechs Interviewpartner\*innen greifen auch gesellschaftliche Faktoren auf, welche Einfluss auf die Implementierung Zieloffener Suchtarbeit nehmen. Insbesondere die gesellschaftliche Stigmatisierung von Menschen mit Substanzkonsumstörungen als auch die Stigmatisierung der Betroffenen untereinander, stellen laut den sechs Fachkräften große Probleme dar. Um dem entgegenzuwirken, ist es laut vier Interviewpartner\*innen notwendig, auch in der Allgemeinbevölkerung mehr über das Thema Substanzkonsumstörungen und Zieloffene Suchtarbeit **aufzuklären**. Nach I02 könnten so mehr Menschen erreicht werden, die nach wie vor das Bild haben, das Suchthilfe ausschließlich abstinenzorientiert ausgerichtet ist. „Aber ja, die meisten stellen sich wirklich vor, wenn sie hier durch die Türe kommen, ab da müssen sie auf alles verzichten. Das ist noch in den Köpfen der Menschen drin in der Öffentlichkeit“ (I02: 394-396). I04 führt an, dass so auch auf dem Arbeitsmarkt einerseits mehr Akzeptanz für Menschen, welche keinen abstinenten Lebensstil anstreben, geschaffen wird sowie auch mehr Inklusion erreicht werden kann. Auch Interviewpartnerin 09 wünscht sich ein größeres gesellschaftliches Verständnis für das Thema Abhängigkeit. Diese Thematik sollte grundsätzlich auch als eine „gesellschaftliche Aufgabe“ (I09:561) angesehen werden.

### **Fachlicher und professioneller Diskurs in der Sozialen Arbeit**

Bei der Frage, wie die Interviewpartner\*innen den aktuellen fachlichen und professionellen Diskurs in der Sozialen Arbeit in Hinblick auf die Zieloffene Suchtarbeit einordnen würden, geben vier Fachkräfte an, dass sie dort bereits eine große Akzeptanz erleben. I04 beschreibt exemplarisch, dass sie auch in „Gremien oder in Suchtforen“ (I04: 664) bereits eine zieloffene Haltung wahrnimmt. Auch Interviewpartner 03 spricht von einem Konsens hinsichtlich Ziel-offener Suchtarbeit. Insbesondere Harm Reduction ist laut I03 bereits weit verbreitet und akzeptiert. Die Interviewpartner\*innen 01, 02, 05 und 09 vertreten die Meinung, dass es mehr wissenschaftlich fundierte Studien geben muss. Zudem sollten Einrichtungen mehr „Pilotprojekte“ (I01: 600) initiieren und „neue[ ] Konzepte anbieten“ (I05: 604). „Ich glaube, man muss dann auch aus dem fachlichen Diskurs reinkommen ins TUN, ins Machen, nicht nur darüber reden, sondern auch machen und ausprobieren und das Ganze wissenschaftlich evaluieren. Und dann kann da was daraus entstehen“ (I01: 622-624). I09 erwähnt hierbei ausdrücklich, dass in Studien mehr herausgearbeitet werden sollte, wo die Grenzen der ZOS sind und wo es durchaus noch Möglichkeiten der Zieloffenen Suchtarbeit gibt. Dies ist laut der Expertin notwendig, um Fachkräften zu verdeutlichen, dass beispielsweise auch mit Menschen, welche bereits stark abgebaut haben oder chronisch erkrankt sind, zieloffen gearbeitet werden kann.

Auch die großflächigere Bekanntmachung der Zieloffenen Suchtarbeit unter Sozialarbeiter\*innen außerhalb der Suchthilfe wurde von zwei Fachkräften genannt. I05 bringt zudem an, dass der fachliche Diskurs um die Zieloffene Suchtarbeit auch ein ethisches Thema ist und es insbesondere darum geht zu verdeutlichen, „dass die Autonomie des Einzelnen über den Gesundheitsvorstellungen von anderen steht“ (I05: 606-607).

Table 9 bietet eine Übersicht der Ergebnisse und jeweiligen Nennungen.

<b>Genannte Aspekte</b>	<b>Interviewpartner*innen</b>	<b>Anzahl der Nennungen</b>
Mehr Projekte/ neue Konzepte initiieren	I01, I05	2
Wissenschaftliche Studien	I01, I02, I05, I09	4
Akzeptanz bereits vorhanden	I03, I04, I06, I08	4
Bekanntheitsgrad der ZOS	I04, I09	2

Tab. 9: Aspekte hinsichtlich des fachlichen und professionellen Diskurses in der Sozialen Arbeit

## V. Diskussion

Nachfolgend werden nun die relevantesten Aspekte der dargestellten Forschungsergebnisse aus den Expert\*inneninterviews interpretiert und diskutiert. Das Ziel der inhaltlichen Diskussion besteht in der Beantwortung der drei zentralen Forschungsfragen. Darauf aufbauend wird eine Schlussfolgerung für die Theorie und Praxis gezogen. Abschließend findet eine kritische Einordnung des methodischen Vorgehens der qualitativen Untersuchung statt.

### 10. Inhaltliche Diskussion der Forschungsergebnisse

Die Diskussion und Interpretation der Forschungsergebnisse erfolgt unter Rückbezug auf den theoretischen Teil der Thesis und orientiert sich an den drei zentralen Forschungsfragen. Anhand dieser wird das Kapitel erneut in drei Abschnitte unterteilt. Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage wird die Gliederung des Kapitels an die Bausteine der ZOS angepasst.

#### 10.1. Ausmaß der Umsetzung Zieloffener Suchtarbeit in ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen

Wie in Kapitel 2.3.1 ausgeführt wurde, setzt sich die praktische Umsetzung der Zieloffenen Suchtarbeit laut Körkel (2018b) aus vier Bausteinen sowie der Motivierenden Gesprächsführung zusammen. Die Grundlage dessen bietet eine innere Haltung der Zieloffenheit seitens der Fachkräfte. In welchem Ausmaß diese bei den Interviewpartner\*innen vorhanden ist, wird in **Kapitel 10.2.** diskutiert. In diesem Unterkapitel wird herausgearbeitet, welchen Kenntnisstand die befragten Expert\*innen im Bereich der ZOS aufweisen und inwiefern dieses Paradigma unter Fachkräften bereits verbreitet ist. Anschließend wird diskutiert, inwieweit die Komponenten der Zieloffenen Suchtarbeit (*Abb. 2*) in den befragten Einrichtungen bereits umgesetzt werden.

Da Interviewpartnerin **09** mit ihrer Einrichtung (**E2**) bereits den Implementierungsprozess der ZOS durchlaufen hat, werden ihre Antworten gesondert betrachtet, da diese durch ihren Expertenstatus hinsichtlich der Zieloffenen Suchtarbeit nicht unbedingt als repräsentativ für andere Sozialarbeiter\*innen gewertet werden können. Sie werden jedoch als Vergleichswert hinzugezogen.

### **Kenntnisstand und Verbreitung der ZOS**

Zur tatsächlichen Verbreitung des Paradigmas der Zieloffenen Suchtarbeit sind in der Literatur kaum Angaben auffindbar. Um zu explorieren, inwieweit die Interviewpartner\*innen Einblicke, in die mit der ZOS einhergehenden Haltung und Komponenten haben, wurden diese gebeten darzulegen, was sie persönlich unter dem Paradigma der ZOS verstehen.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass alle Fachkräfte in ihrer beruflichen Laufbahn bereits von der ZOS gehört haben, jedoch die wenigsten benennen können, welche Aspekte die konkrete Umsetzung des Paradigmas in der Praxis beinhaltet. Wie in Kapitel 2.3. aufgezeigt wurde, beschreibt Körkel (2014) als Kernaspekte der ZOS unter anderem eine Offenheit der Fachkräfte gegenüber den verschiedenen Konsumzielen sowie die Achtung des Rechts auf Selbstbestimmung. Positiv hervorzuheben ist, dass insbesondere die Aspekte der Autonomie und der selbstbestimmten Wahl der Konsumziele von acht Expert\*innen aufgegriffen wurden. Des Weiteren beschreiben die Interviewpartner\*innen die Option einer Konsumreduktion als zentrales Merkmal. Auch dies stimmt mit der Literatur überein, da Unterstützungsangebote für das Ziel einer Konsumreduktion ein Alleinstellungsmerkmal der ZOS darstellen. Einzig Interviewpartnerin 07 hebt sich mit ihrem Verständnis von den anderen Befragten ab. Sie beschreibt die ZOS als Boden, um Personen in ihrem Selbstwirksamkeitsgefühl zu unterstützen, wodurch diese eine Abstinenzmotivation entwickeln können. Diese Sichtweise widerspricht dem grundlegenden Gedanken der ZOS, da eine zieloffene Arbeitsweise explizit Abstand von einer vorherigen Festlegung auf ein bestimmtes Konsumziel nimmt. Grundsätzlich geben drei der neun befragten Fachkräfte an, sehr gut mit der Zieloffenen Suchtarbeit vertraut zu sein, beispielsweise durch eine kT-Trainerausbildung. Jedoch zeigt sich, dass einzig Interviewpartnerin 09 auch die Komponenten der Umsetzung Zieloffener Suchtarbeit klar benennt. Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass ein Großteil der Fachkräfte mit den grundlegenden Haltungen und Rahmenbedingungen der Zieloffenen Suchtarbeit zwar vertraut sind, Wissen über dessen genaue Ausgestaltung und Bedeutung jedoch nur bei den wenigsten vorhanden ist. Es lässt sich somit die These aufstellen, dass die Zieloffene Suchtarbeit in der ambulanten Suchthilfe zwar bekannt ist, jedoch nur Fachkräfte, welche explizit durch Fortbildungen oder ihre Einrichtung intensiv mit der ZOS in Berührung kamen, auch tatsächlich ein genaues Verständnis über die Grundsätze und dahinterstehenden Werte des Paradigmas besitzen.

Um mehr über den Bekanntheitsgrad der Zieloffenen Suchtarbeit zu erfahren, wurden die Interviewpartner\*innen gebeten anzugeben, in welchem Jahr sie ihr **Studium** der Sozialen Arbeit beendet haben und ob sie in diesem bereits mit dem Paradigma der ZOS in Berührung

kamen. Zu der Frage, ob die ZOS bereits in den Curricula der Hochschulen integriert ist, sind in der Literatur keine allgemeingültigen Angaben zu finden. Die dabei generierten Ergebnisse bestätigen die Erwartung der Autorin, dass eine zieloffene Arbeitsweise erst in den letzten Jahren an Popularität gewonnen hat. Da nur zwei Fachkräfte, deren Studium im Vergleich zu den anderen Befragten am kürzesten zurückliegt, Inhalte bezüglich zieloffener Arbeit in der Suchthilfe vermittelt bekommen haben, lässt sich die Vermutung aufstellen, dass das Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit erst in den letzten Jahren Einzug in die Studieninhalte der Sozialen Arbeit gefunden hat. Wie das kommentierte Vorlesungsverzeichnis der HAW Landshut exemplarisch zeigt, gehört eine zieloffene Arbeitsweise an einzelnen Hochschulen mittlerweile allerdings zu einem festen Bestandteil der Vorlesungsinhalte zum Thema Suchthilfe (HAW Landshut 2021, S. 2). Dies könnte als Zeichen eines grundsätzlichen Wandels in Richtung ZOS gedeutet werden. Wird Sozialarbeiter\*innen bereits durch ihre Ausbildung eine zieloffene Sichtweise vermittelt, lässt sich vermuten, dass diese so automatisch Bestandteile der ZOS in ihre Arbeitsweise integrieren und die Grundsätze des Paradigmas so weiterverbreiten.

Im Jahr 2018 gab es laut Joachim Körkel drei Einrichtungen in Deutschland, welche begonnen haben den langjährigen Implementierungsprozess der ZOS zu durchlaufen. Da keine aktuelleren Zahlen hierzu zu finden sind, soll mithilfe der Untersuchungsergebnisse exemplarisch herausgearbeitet werden, welche Bestandteile der ZOS aktuell in ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen bereits umgesetzt werden. Hierzu werden die einzelnen Komponenten der ZOS individuell betrachtet.

### **Umsetzungskompetenzen**

Wie Kapitel 2.3.1. verdeutlicht, stellen die fachlichen Kompetenzen der Fachkräfte eine Grundvoraussetzung für die Umsetzung Zieloffener Suchtarbeit dar. Nach Körkel und Nanz (2016) müssen Mitarbeiter\*innen für eine zieloffene Arbeitsweise über Kenntnisse zu evidenzbasierten Interventionen für alle drei Veränderungsziele verfügen, wie auch Umsetzungskompetenzen in den entsprechenden Unterstützungsmaßnahmen aufweisen. Zudem sollten diese Umsetzungskompetenzen sowohl für die Bereiche Alkohol, Tabak als auch illegale Substanzen vorhanden sein.

Positiv anzumerken ist, dass in sechs der sieben involvierten Einrichtungen jegliche Substanzen behandelt werden können. Nach stoffungebundenen Abhängigkeiten wurde in der Erhebung nicht explizit gefragt. Lediglich in Einrichtung 1 ist die Unterstützungsleistung auf legal-

le Substanzen beschränkt. Im Kontext der Zieloffenen Suchtarbeit ist diese Einschränkung als suboptimal zu bewerten da, wie in Kapitel 2.3. beschrieben, Fachkräfte ihre Klient\*innen idealerweise, für alle problematisch konsumierten Substanzen und stoffungebundenen Abhängigkeiten Unterstützung anbieten sollten. Wie das Sample verdeutlicht, wäre dies somit prinzipiell bei ca. 90% der befragten Einrichtungen möglich.

Generell zeigen die Ergebnisse, dass alle Interviewpartner\*innen ihre Klientel im psychosozialen Beratungssetting bei allen drei konsumbezogenen Veränderungszielen unterstützen. In den meisten Einrichtungen werden die verschiedenen Aufgabengebiete der Beratungsstellen unter den Fachkräften aufgeteilt, sodass lediglich zwei Interviewpartner\*innen angeben, außerhalb des Beratungssettings sowohl für die ambulante Rehabilitation, Konsumreduktionsangebote und niedrigschwellige Maßnahmen zuständig bzw. ausgebildet zu sein. Offizielle Weiterbildungen oder Trainerscheine im Bereich evidenzbasierter Konsumreduktionsprogramme, weisen drei der Interviewpartner\*innen auf. In den meisten befragten Einrichtungen hat jedoch keine\*r der Mitarbeiter\*innen bzw. haben nur ein oder zwei Fachkräfte solch eine Zusatzqualifikation. Diese sind zudem vorwiegend im Bereich Alkohol (kontrolliertes Trinken) zu finden. Ausschließlich in Einrichtung 2 sind mehrere Mitarbeiter\*innen auch zu weiteren Konsumreduktionsprogrammen (KISS; Change your Smoking) geschult. Diese geringe Anzahl an Fachkräften mit Zusatzqualifikationen im Bereich des kontrollierten Konsums lässt sich möglicherweise darauf zurückführen, dass in den meisten der befragten Suchtberatungsstellen, Klient\*innen nur im Rahmen des Einzelberatungssettings bei diesem Konsumziel unterstützt werden. Dabei arbeiten die Mitarbeiter\*innen in der Regel nicht nach einem offiziellen strukturierten Programm, wodurch die Notwendigkeit einer externen Schulung eventuell nicht gesehen wird. Zudem besteht die Möglichkeit, dass sich die Expert\*innen auch selbstständig durch Fachliteratur weitergebildet haben oder von Kolleg\*innen eingelernt wurden, wodurch ein zusätzlicher Weiterbildungsbedarf nicht als notwendig erachtet wird.

Auch der Blick auf die vorhandenen Fortbildungsangebote in den Einrichtungen zeigt, dass intern nur wenig Möglichkeiten für offizielle Weiterbildungen existieren. In drei Einrichtungen besteht die Möglichkeit, eine externe Weiterbildung zu kontrolliertem Konsum wahrzunehmen. Wird hierbei jedoch das existierende Fortbildungsangebot in Deutschland betrachtet fällt auf, dass hierzu nur wenig Angebote vorhanden sind. Die GK Quest Akademie, welche auch explizit von einer Interviewpartnerin genannt wurde, scheint hierbei das größte Institut zu sein. Die dortigen Weiterbildungsangebote werden mittlerweile sowohl als Remote- wie auch als Präsenz-Veranstaltungen angeboten, wodurch prinzipiell allen Fachkräften die Teilnahme ermöglicht werden würde (GK Quest Akademie 2022). Vor dem Hintergrund der Ziel-



offenen Suchtarbeit wäre es notwendig, mehr Fachkräfte auch im Bereich des kontrollierten Konsums großflächig zu schulen, um deren Umsetzungskompetenzen in evidenzbasierten Interventionen zu stärken. Neben der Notwendigkeit von mehr Fortbildungsangeboten ist möglicherweise auch der Bekanntheitsgrad der existierenden Angebote ein Faktor, welcher zu einer, im Kontext der ZOS, unzureichenden Anzahl von Fachkräften mit Umsetzungskompetenzen in Konsumreduktionsprogrammen beiträgt.

Auch in den anderen beiden Zielbereichen fällt auf, dass aufgrund der bereits erwähnten Aufgabenteilung in den Beratungsstellen, nicht alle Mitarbeiter\*innen beispielsweise für die Durchführung einer ambulanten Rehabilitation ausgebildet sind. Es ist aus den generierten Ergebnissen jedoch nicht eindeutig herauszulesen, inwiefern die Interviewpartner\*innen wissenschaftliche Kenntnisse bezüglich der unterschiedlichen Konsumziele aufweisen und ihre Klient\*innen so über alle möglichen Angebote informieren können. Hinsichtlich der Umsetzungskompetenzen ist anzunehmen, dass diese schwerpunktmäßig in den beschriebenen Aufgabenbereichen der einzelnen Interviewpartner\*innen liegen. Da nach Körkel (2020) der Anspruch an zieloffen arbeitende Fachkräfte jedoch darin besteht, Kenntnisse und Umsetzungskompetenzen für jegliche Substanzen in allen Zielbereichen aufzuweisen, lässt sich schlussfolgern, dass diese Komponente der ZOS in den befragten Einrichtungen (Ausnahme E2) bislang nur unzureichend erfüllt ist. Es muss jedoch beachtet werden, dass die vorliegende Studie keine genauen Einblicke in die tatsächlichen Umsetzungskompetenzen und wissenschaftlichen Kenntnisstände der Expert\*innen gewinnen konnte. Aufgrund dessen wäre beispielsweise eine weitere Untersuchung mit dem Fokus auf diesen Aspekt der ZOS sinnvoll.

### **Konsum- und Zielabklärung**

Die dritte Komponente der Zieloffenen Suchtarbeit besteht in einer strukturierten Konsum- und Zielabklärung. Fachkräfte müssen mit ihren Klient\*innen in einem partnerschaftlichen Prozess erfassen, welche Substanzen von der jeweiligen Person konsumiert werden. In einem zweiten Schritt wird sanktionsfrei und wertschätzend für die einzelnen Substanzen erkundet, ob der\*die Klient\*in den Konsum beenden, reduzieren oder unverändert fortführen möchte (2.3.1.).

Die **Erfassung der konsumierten Substanzen** erfolgt in den beteiligten Einrichtungen auf unterschiedliche Art und Weise. Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass eine solche Bestandsaufnahme der Substanzen prinzipiell bereits zum Standard in der Suchtberatung gehört. Diese erfolgt jedoch nicht immer aus einer zieloffenen Haltung heraus, sondern beispielsweise auch im Rahmen eines Statistikprogrammes. Interviewpartner 01 erwähnt explizit,

dass dabei in seiner Einrichtung nicht nach der „*klassische[n] zieloffene[n] Arbeit*“ (I01: 356) vorgegangen wird. Auch aus den Aussagen der anderen Interviewpartner\*innen, mit Ausnahme von I09, ist herauszuhören, dass eine Konsumabklärung zwar durchgeführt wird, danach jedoch nicht regelhaft für jede dieser Substanzen eine **offene Zielabklärung** erfolgt. Begründet wird dies von den Interviewpartner\*innen einerseits damit, dass die Klient\*innen bereits zu Beginn der Beratung selbst benennen, welche Ziele sie verfolgen möchten. Andererseits wird angebracht, dass im gesamten Beratungsprozess oftmals nicht die Substanzen selbst, sondern die Funktion des Konsums in den Fokus gerückt wird. Aufgrund dessen fokussiert die Mehrheit der Interviewpartner\*innen den Unterstützungsprozess auf die hauptsächlich konsumierte Substanz. Dieser Fokus auf die Funktion hinter dem Konsum ist aus therapeutischer Sicht als sinnvoll und zielführend zu bewerten, da diverse Studien belegen, dass viele Menschen den Substanzkonsum als eine Art der Selbstmedikation verwenden oder dieser mit vergangenen Traumata zusammenhängt (Fritzsche 2018, S. 109; Potthast und Catani 2012). Nichtsdestotrotz muss diese Betrachtung der Konsumhintergründe kein Ausschlusskriterium für eine Konsum- und Zielabklärung nach dem Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit darstellen. Mithilfe einer systematischen Zielabklärung können sich sowohl Fachkräfte als auch Klient\*innen einen Überblick verschaffen. Zudem wird ein Rahmen geschaffen, in welchem sich eine Person intensiv mit dem eigenen Konsum sowie den Konsumvorstellungen auseinandersetzen kann. Dies ermöglicht den Klient\*innen auch tatsächlich die Ziele zu finden, welche sie aus intrinsischer Motivation heraus gerne verfolgen möchten. So können sie selbst den Fokus legen und die Ausgestaltung des Unterstützungsprozesses mitbestimmen. Vor diesem Hintergrund und einer zieloffenen Arbeitsweise wäre zu empfehlen, diesen Aspekt der Zielfindung in die Beratungsarbeit regulär mit einzubinden, selbst wenn Klient\*innen bereits zu Beginn Ziele benennen.

Positiv anzumerken ist, dass alle Interviewpartner\*innen, Klient\*innen mit einem **Multisubstanzkonsum** auch bei der Erreichung verschiedener Konsumziele für unterschiedliche Substanzen unterstützen. Dies scheint jedoch nicht der Regelfall zu sein, da mit den meisten Klient\*innen an der Veränderung des Konsums der „*Hauptsubstanz*“ (I04: 200) gearbeitet wird. Prinzipiell lassen die Aussagen der Fachkräfte die Interpretation zu, dass ein Multisubstanzkonsum von den meisten Interviewpartner\*innen als ein regulär auftretendes Phänomen betrachtet wird. Dies lässt vermuten, dass dieser Kernaspekt der zieloffenen Haltung in der ambulanten Suchthilfe bereits verbreitet ist und der Konsum von mehreren Substanzen als Regelfall anerkannt wird. Inwiefern sich die Expert\*innen zuständig für die Unterstützung bei all

diesen Substanzen fühlen, lässt sich aus den Untersuchungsergebnissen nicht vollständig erfassen.

Des Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass alle Interviewpartner\*innen das **Mitbestimmungsrecht** ihrer Klientel bei der Wahl der Veränderungsziele als unabdingbar erachten. Ein Vergleich dieser Aussagen mit der Vorgehensweise des Abstinenzparadigmas (Kapitel 2.1.) verdeutlicht, dass die dort beschriebene Vorgehensweise und Haltung in der ambulanten Suchthilfe nicht mehr aktuell ist. In dieser Hinsicht ist ein deutlicher Wandel in Richtung ZOS spürbar. Einschränkungen dessen werden seitens der Expert\*innen durch Fremdauftraggeber gesehen. Doch auch hier zeigt sich, dass diese oftmals offen für Empfehlungen von Seiten der Fachkräfte sind, wodurch Klient\*innen durch die Unterstützung der Suchtberater\*innen Einfluss auf die auferlegten Zielsetzungen nehmen können. Diese Untersuchungsergebnisse bestätigen die Studienlage und Fachliteratur, dass sich das Bild von Menschen mit einer Substanzkonsumstörung, zumindest in den ambulanten Suchtberatungsstellen, gewandelt hat und die Haltungen der Fachkräfte autonomieorientierter und zieloffener geworden sind (Klein 2020; Hansjürgens 2018). Auch dies kann als Wandel in Richtung einer zieloffenen Arbeitsweise und Haltung interpretiert werden.

### **Auswahl und Einsatz passender Interventionen**

Der letzte Handlungsschritt der Zieloffenen Suchtarbeit besteht in der Auswahl und dem Einsatz passender Interventionen. Dabei werden die Klient\*innen zunächst über alle für sie in Frage kommenden Unterstützungsangebote informiert. Die gewünschten Interventionen sollten dann idealerweise von derselben Fachkraft durchgeführt werden (Kapitel 2.3.1). Um diesen Baustein hinreichend umsetzen zu können, ist dementsprechend ein breites Angebotsspektrum an Interventionen für jegliche Substanzen und alle drei Konsumziele notwendig. Die Ergebnisse zeigen, dass neben Interviewpartnerin 09 nur eine weitere Expertin davon spricht, ihre Klient\*innen in der Beratung standardmäßig über alle möglichen Interventionen zu **informieren**. Dies kann insbesondere im Kontext der Förderung von Autonomie als kritisch betrachtet werden. Wie in Kapitel 3.1.1. beschrieben, gehört es zu den ethischen Grundsätzen von Sozialarbeiter\*innen, ihre Klient\*innen bei einer autonomen und selbstbestimmten Lebensweise zu unterstützen. Es ist jedoch fraglich, ob Menschen insbesondere bei der Wahl ihrer persönlichen Konsumziele, eine autonome Entscheidung treffen können, wenn sie nicht über das notwendige Wissen und Informationen zu den existierenden Unterstützungsmöglichkeiten verfügen. Um den sozialarbeiterischen Grundsätzen gerecht zu werden und Menschen mit Substanzkonsumstörungen bei ihren individuellen Konsumzielen sowie

einer selbstbestimmten Lebensweise zu unterstützen, sollte dies zum Standard der ambulanten Suchthilfe gehören. Im Kontext der Studie müssten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen diesen Aspekt der Zielarbeit demnach anpassen, um dem Paradigma der ZOS gerecht zu werden.

Wie die in *Tabelle 4* dargestellten Ergebnisse verdeutlichen, besteht in den Einrichtungen der befragten Fachkräfte eine deutliche Dominanz abstinenzorientierter Unterstützungsangebote. Während insbesondere die ambulante Rehabilitation in allen sieben Einrichtungen zu finden ist, werden evidenzbasierte Konsumreduktionsprogramme ausschließlich in drei der befragten Suchtberatungsstellen angeboten. Die Angebote konzentrieren sich zudem auf eine Trinkmengenreduktion. Programme wie KISS, für Menschen mit einem illegalen Substanzkonsum, werden im Gruppensetting in keiner der sieben Einrichtung angeboten. Diese Ergebnisse bestätigen die Studienlage, welche aufzeigt, dass eine Trinkmengenreduktion in der Praxis noch immer nicht großflächig etabliert und anerkannt ist und abstinenzorientierte Angebote das Feld nach wie vor dominieren (Degkwitz 2014; Meili et al. 2004). Auch die in der Literatur beschriebene Zurückhaltung bei einer Konsumreduktion illegaler Drogen, kann mit den Ergebnissen bestätigt werden. Durch eine Betrachtung der aktuellen Studienlage erscheint diese Zurückhaltung jedoch unbegründet. Diverse Studien verdeutlichen, dass auch der selbstkontrollierte Konsum von illegalen Substanzen erlernt werden kann. Insbesondere das KISS Programm weist sowohl hinsichtlich einer Reduktion des Konsums, dem Anstieg konsumfreier Tage und der Verringerung von biopsychosozialen Begleiterscheinungen, deutlich positive Effekte auf (Körkel et al. 2011).

Für den Bereich Harm Reduction wird in allen Einrichtungen eine Beratung im Einzelsetting angeboten. Mehrere Interviewpartner\*innen beschreiben, dass es dabei primär um eine Informationsvermittlung bezüglich schadensminimierender Konsumformen geht. Diese Unterstützung im Sinne einer schadensminimierenden Konsumveränderung wird auch im Sinne der ZOS als zielführend erachtet. Die genaue Ausgestaltung dessen sowie das Vorgehen in den anderen Einrichtungen wird aus den Untersuchungsergebnissen jedoch nicht ersichtlich.

Werden diese Forschungsergebnisse im Kontext der Zieloffenen Suchtarbeit betrachtet, muss zusammenfassend kritisiert werden, dass nicht in allen Einrichtungen Unterstützungsangebote für jegliche Substanzen und Veränderungsziele vorhanden sind. Insbesondere für Menschen mit einem illegalen Substanzkonsum ohne Abstinenzwunsch, sind in den wenigsten Einrichtungen evidenzbasierte Interventionen zu finden. Zwar kann im Einzelsetting in allen Suchtberatungsstellen jegliches Veränderungsziel verfolgt werden, jedoch wird sich dabei nur teil-

weise an strukturierten Programmen wie KISS oder kT orientiert. Es bleibt ungeklärt, inwiefern sich die intern genutzten Unterstützungsmaßnahmen für das Ziel einer Konsumreduktion als zielführend erweisen. Es wäre interessant herauszuarbeiten, ob sich die Erfolge der evidenzbasierten Konsumkontrollprogramme und die von den Fachkräften gewählte Vorgehensweise in ihrer Effektivität unterscheiden. Da diese Frage im Rahmen der Untersuchung nicht beantwortet werden kann, könnte sie Anlass für weitere Forschungen bieten. Des Weiteren lässt sich der Fokus auf alkoholbezogene Interventionen darauf zurückführen, dass die Klientel der meisten Einrichtungen zu einem Großteil aus Menschen mit einem problematischen Alkoholkonsum besteht. Nichtsdestotrotz müsste für eine zieloffene Arbeitsweise nach der ZOS, das Angebotsspektrum in Suchtberatungs- und Behandlungsstellen auch auf illegale Substanzen erweitert werden. Neben einer ambulanten Rehabilitation könnten beispielsweise auch Gruppenangebote für das Ziel der Konsumreduktion oder Schadensminimierung implementiert werden. Generell sollte die Arbeit zudem mit evidenzbasierten Programmen, wie CYS, KISS, kT und weiteren Interventionen ergänzt werden, um so allen Klient\*innen gerecht werden zu können.

### **Motivierende Gesprächsführung**

Wie in Kapitel 2.3.2. beschrieben, stellt die Motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (2015) eine essenzielle Basis für die Umsetzung der Zieloffenen Suchtarbeit dar. Acht Interviewpartner\*innen nutzen die Methode der Motivierenden Gesprächsführung bereits in ihrer alltäglichen Arbeit. Zwei Fachkräfte erwähnen dabei, in MI geschult zu sein. Inwiefern die anderen Interviewpartner\*innen die Motivierende Gesprächsführung systematisch anwenden, lässt sich nicht feststellen. Diese hohe Umsetzungsquote bestätigt die bisherigen Studien bezüglich der Verbreitung von MI in Einrichtungen der Suchthilfe (Körkel 2012; Miller und Rollnick 2015). Im Kontext der ZOS ist dieses Ergebnis ebenfalls als aussichtsreich einzuordnen, da die Grundhaltungen und die praktische Vorgehensweise von MI in der Fachliteratur ausdrücklich als Basis der ZOS betitelt werden. Da viele Fachkräfte bereits mit der Motivierenden Gesprächsführung arbeiten, sei es offiziell geschult oder nicht, lässt sich die Annahme aufstellen, dass viele Sozialarbeiter\*innen bereits Anteile des notwendigen Suchtverständnisses und Menschenbilds für die Umsetzung der ZOS mitbringen. Dennoch müsste auch diese These in weiteren Untersuchungen überprüft und ein möglicher Fortbildungsbedarf ermittelt werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass alle Fachkräfte ihre Suchtberatungsstelle als „zieloffen“ oder zumindest „*semi-zieloffen*“ (I05: 184) einordnen würden. Ein Vergleich der eben dargestellten Ergebnisse und Interpretationen mit diesen Einordnungen lässt feststellen, dass lediglich Einrichtung 2 (I09) nach der Definition des Paradigmas als tatsächlich zieloffen klassifizierbar ist, da dort alle essenziellen Komponenten der ZOS umgesetzt werden. In den anderen Einrichtungen sind zwar diverse Bestandteile der ZOS zu finden, jedoch müssten insbesondere im Bereich des kontrollierten Konsums sowohl das Angebotspektrum als auch die Zusatzqualifizierungen der Mitarbeitenden ausgebaut werden. Da die vorliegende Studie jedoch nur bedingt Einblicke in die tatsächlichen Umsetzungskompetenzen und individuellen praktischen Vorgehensweisen der Interviewpartner\*innen erlangen konnte, lassen sich hier keine gesicherten Aussagen treffen. Dennoch ist anzumerken, dass eine vollständige Umsetzung des Paradigmas der Zieloffenen Suchtarbeit mit einem „professionell begleitete[n] Prozess der Team- und Organisationsentwicklung“ (Körkel 2020, S. 39) einhergehen muss. Da solch ein Implementierungsprozess bislang nur in Einrichtung 2 durchgeführt wurde, ist positiv hervorzuheben, dass auch in den anderen Einrichtungen, trotz des fehlenden Implementierungsprozesses, multiple Bestandteile der ZOS zu finden sind. Aufgrund dessen lassen sich diese Suchtberatungs- und Behandlungsstellen zwar nicht im Sinne der ZOS als zieloffen einordnen, es kann jedoch anerkannt werden, dass in allen Einrichtungen eine generelle Zieloffenheit bezüglich der Konsumziele existiert. Auch wenn eine Überlegenheit der abstinenzorientierten Maßnahmen festzustellen ist, können zumindest im Beratungssetting alle drei Konsumziele verfolgt werden. Daraus lässt sich schließen, dass innerhalb der Stichprobe eine Tendenz in Richtung ZOS zu erkennen ist. Für einen vollständigen Paradigmenwechsel muss diese Tendenz jedoch verfestigt sowie sowohl auf Seiten der Mitarbeitenden als auch auf struktureller und organisatorischer Ebene weiter vertieft und ausgebaut werden.

Durch die Befragung von Fachkräften aus unterschiedlichen **Trägertypen** kann eine Untersuchung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede von kirchlichen und freien Trägern erfolgen. Hierbei ist jedoch anzumerken, dass das Sample jeweils nur zwei Einrichtungen der Caritas und Diakonie enthält. Des Weiteren können die Ergebnisse aus Einrichtung 2 (Caritas) nicht als allgemeingültig betrachtet werden, da hier der Implementierungsprozess der ZOS bereits vollzogen wurde. Dennoch ist anzumerken, dass mit Ausnahme von E2, lediglich Mitarbeiter\*innen von Suchtberatungsstellen freier Träger eine Zusatzqualifikation für Interventionen des kontrollierten Konsums aufweisen. Auch offizielle Einzel- und Gruppenprogramme für das Ziel einer Konsumreduktion werden in drei der vier kirchlichen Einrichtungen nicht an-

geboten. Stattdessen überwiegen in diesen Einrichtungen die Angebote der niedrighwelligen Drogenhilfe wie PSB für Substituierte oder das BEW. Da die Interviewpartner\*innen aus Suchtberatungsstellen der Caritas und Diakonie jedoch teilweise angeben, keine offiziellen Einschränkungen bezüglich ihrer angebotenen Unterstützungsmaßnahmen durch ihre Träger zu spüren, kann über die Gründe der mangelnden Konsumreduktionsangebote lediglich spekuliert werden. Diese Ergebnisse können aufgrund der Stichprobengröße nicht als repräsentativ bewertet werden. Daher wäre es von Interesse, noch weitere und umfassendere Untersuchungen anzustellen. So könnte eruiert werden, wo die tatsächlichen Unterschiede der einzelnen Trägertypen sowie die Hintergründe dessen liegen.

Zwischen den Suchtberatungsstellen in **Baden-Württemberg und Bayern** lassen sich aufgrund der Größe des Samples und der deutlichen Überlegenheit bayrischer Einrichtungen ebenfalls keine signifikanten Unterschiede feststellen.

## **10.2. Persönliche Einstellungen und Haltungen der Expert\*innen**

Die zweite Forschungsfrage der qualitativen Untersuchung dreht sich um die persönlichen Haltungen und Einstellungen der Expert\*innen, bezogen auf die Zieloffene Suchtarbeit sowie die drei Veränderungsziele. Da die Basis der Umsetzung des Paradigmas der ZOS in der Grundhaltung der Fachkräfte liegt, werden die Forschungsergebnisse nachfolgend mit dem sogenannten „spirit“ der ZOS verglichen, um so herauszuarbeiten, welche Haltungen die Expert\*innen gegenüber der ZOS sowie den Zielen der Abstinenz, Konsumreduktion und Harm Reduction einnehmen.

Wie bereits erwähnt bezeichnen acht Interviewpartner\*innen den Aspekt der **Autonomie und Selbstbestimmung** als wichtiges Kriterium der Zieloffenen Suchtarbeit. Generell wird die Selbstbestimmungsfähigkeit von Menschen mit Substanzkonsumstörungen von allen Expert\*innen als hoch beschrieben. Ein Vergleich der Forschungsergebnisse hinsichtlich Einschränkungen der Autonomie, mit den in der Theorie genannten Aspekten (Kapitel 3.1.1.), zeigt diverse Übereinstimmungen auf. Insbesondere die Thematik der Selbstgefährdung wird auch von Sozialarbeiter\*innen in der Praxis als Grenze der freien Entscheidungsfähigkeit gesehen. Dies kann einerseits kritisch betrachtet werden, da erwachsene Menschen prinzipiell das Recht besitzen, frei über ihr Leben und ihren Körper zu entscheiden, was auch Entscheidungen bezüglich ihres Substanzkonsums miteinschließt. Auf der anderen Seite können psychische Beeinträchtigungen, beispielsweise eine Psychose, dazu führen, dass Personen Entscheidungen im Rahmen einer Selbstgefährdung treffen, welche sie ohne diese Erkrankung

nicht fällen würden. Dies wirft die Frage auf, ab wann ein Verhalten als „selbstgefährdend“ eingeordnet werden kann und wo, insbesondere im Kontext der Suchthilfe, Fachkräfte das Recht haben, einzugreifen und Entscheidungen für eine Person zu treffen. Diese Grenze einer autonomieorientierten, zieloffenen Suchtarbeit sollte in weiteren Studien und Ausarbeitungen eindeutiger herausgearbeitet werden, um Fachkräften mehr Sicherheit zu vermitteln und zu verdeutlichen, dass auch chronische oder körperliche Erkrankungen kein eindeutiges Ausschlusskriterium für eine zieloffene Arbeitsweise darstellen müssen. Wird dies im Gesamtkontext der sozialarbeiterischen Grundsätze (Kapitel 3.1) betrachtet, kann geschlussfolgert werden, dass sich jegliche professionelle Intervention stets an der Autonomie und dem Recht auf Selbstbestimmung der Klientel orientieren muss. Auch in Fällen, bei welchen Menschen ihre individuellen Ziele und Wünsche aufgrund körperlicher oder geistiger Beeinträchtigung nicht äußern können, sollte versucht werden den Willen der Klientel zu achten. Bezogen auf die ambulante Suchthilfe bedeutet dies, als Fachkraft keine Entscheidungen bezüglich einer Veränderung des Substanzkonsums über den Kopf von Menschen hinweg zu treffen. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass diese Haltung auch von der Mehrzahl der Interviewpartner\*innen vertreten wird.

Aus den Formulierungen der Expert\*innen kann des Weiteren geschlossen werden, dass sie ihre Aufgabe in der **Veränderung des Substanzkonsums** der Klientel sehen. Dies kann einerseits daran festgemacht werden, dass die Arbeit in allen Suchtberatungs- und Behandlungsstellen auf den Veränderungszielen der Klient\*innen basiert. Zudem sieht der Großteil der Expert\*innen den eigenen Auftrag darin, ihre Klient\*innen bestmöglich bei der Erreichung ihrer selbstgesetzten Konsumziele zu unterstützen, was die Arbeit an einer Veränderung des Substanzkonsums impliziert. Im Kontext der zieloffenen Grundhaltung können diese Aspekte als positiv bewertet werden, da sowohl die Achtung der Autonomie als auch die aktive Arbeit an einer Veränderung des Konsums, die grundlegende Basis des Paradigmas darstellen. Andererseits lassen die Aussagen einzelner Interviewpartner\*innen die Interpretation zu, dass die Fachkräfte auch bei Menschen mit langjährigen Abhängigkeiten, Einschränkungen in der Selbstbestimmungsfähigkeit erleben. Dieser Eindruck könnte dadurch erklärt werden, dass Personen mit einem langjährigen problematischen Suchtmittelkonsum in der Regel auch mit einer Vielzahl von biopsychosozialen Schwierigkeiten zu kämpfen haben. Zusätzlich werden Menschen mit Substanzkonsumstörungen sowohl in ihrem privaten Umfeld als auch in der Gesellschaft in vielen Fällen mit Stigmatisierung und Ablehnung konfrontiert. Auf Dauer kann diese Anhäufung negativer Erfahrungen zu einem Vertrauensverlust in die eigenen Fähigkeiten sowie zu einem verminderten Selbstwertgefühl führen (Laging 2020, S. 18; Fritz-



sche 2018, S. 68). Ist dies der Fall, sollte die Aufgabe von Sozialarbeiter\*innen darin bestehen, die verdeckten Selbsthilfekräfte der Betroffenen zu mobilisieren und diese in ihrer Fähigkeit der autonomen Lebensführung zu bestärken. Vertreten Fachkräfte jedoch ebenfalls die Meinung, dass ihr Gegenüber durch die Substanzkonsumstörung nur bedingt zu einem selbstbestimmten Leben in der Lage ist, führt dies möglicherweise zu einer Bevormundung der Klientel. Wie in Kapitel 3.1.1. aufgezeigt werden konnte, widerspricht dies einerseits den ethischen Grundsätzen der Sozialen Arbeit und kann andererseits zu einem Abbruch des Unterstützungsprozesses führen. Den Klient\*innen würde so möglicherweise eher geschadet werden, was in jedem Fall vermieden werden muss. Auch wenn die Untersuchungsergebnisse nicht darauf schließen lassen, dass die Expert\*innen auf diese Weise agieren, wäre es für die Umsetzung des Paradigmas der ZOS notwendig, solche Grundeinstellungen zu reflektieren und zu überdenken, um der Klientel wirklich zieloffen und unvoreingenommen begegnen zu können.

Ein Bestandteil der zieloffenen Grundhaltung, welcher auch mit dem Aspekt der Autonomie korreliert, ist der Umgang mit der Wahl der **Veränderungsziele**. In der Fachliteratur (Kapitel 3.1.2) wird mehrfach betont, dass eine selbstbestimmte und reflektierte Wahl der Konsumziele die Basis für einen nachhaltigen Unterstützungsprozess darstellt. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass sich diese Grundhaltung auch bei allen befragten Sozialarbeiter\*innen wiederfinden lässt. Interviewpartner 03 bringt an, *„egal ob ich die Ziele vielleicht anders sehe oder auch andere Ziele HÄTTE, ist das nicht das Entscheidende, das Entscheidende ist der Patient, ganz einfach“* (I03: 149-151). Diese Sichtweise entspricht sowohl den ethischen Grundsätzen der Sozialen Arbeit als auch der von Körkel (2019) beschriebenen zieloffenen Haltung. In der Literatur wird betont, dass Fachkräfte in die Expertise ihrer Klient\*innen vertrauen müssen, um ihnen so auf Augenhöhe und mit der notwendigen Wertschätzung begegnen zu können. Auf Wunsch können sie ihre persönlichen Empfehlungen äußern und die Klient\*innen so auf dem Weg der Zielfindung unterstützen. Dabei sollten Personen jedoch nie in die Richtung eines bestimmten Ziels beeinflusst werden. Auch in den Aussagen der Expert\*innen spiegelt sich diese Einstellung wider. Zudem wird auch die Verantwortung für die Wahl und Erreichung der Ziele bei den Klient\*innen selbst gesehen. Werden diese Ergebnisse im Kontext der Unterstützungsangebote betrachtet, welche zeigen, dass in allen Suchtberatungsstellen sowohl das Ziel der Abstinenz als auch Ziele im Bereich einer Konsumreduktion oder Harm Reduction verfolgt werden können, lässt sich daraus schließen, dass dieser Aspekt der zieloffenen Grundhaltung in der ambulanten Suchthilfe bereits weitestgehend vertreten wird.

Neben den oben genannten Einschränkungen der Selbstbestimmungsfähigkeit werden Menschen mit Substanzkonsumstörungen auch von **externen Instanzen** in der autonomen Wahl ihrer Konsumziele begrenzt. Dies wird seitens der Expert\*innen kritisiert, da beispielsweise Richter\*innen nur „*schlecht einschätzen*“ (I01: 280-281) können, welches Ziel bzw. welche Intervention für einen Menschen auch ganzheitlich betrachtet am geeignetsten ist. Diese Kritik scheint vor dem Hintergrund gerechtfertigt, dass Jurist\*innen, im Vergleich zu Sozialarbeiter\*innen in der Regel nur limitierte Einblicke in die Lebenswelten der Menschen erlangen. Da zudem selbst in der stationären Suchthilfe bislang noch eine starke Fokussierung auf abstinenzorientierte Interventionen zu finden ist, kann in Frage gestellt werden, inwiefern die Akzeptanz für alternative Zielrichtungen unter anderen Berufsgruppen bereits verbreitet ist. Diese Frage scheint auch im Kontext weiterer Forschungsarbeiten relevant, da sowohl Fachkräfte der ambulanten Suchthilfe als auch Menschen mit Substanzkonsumstörungen teilweise von den Entscheidungen anderer Professionen beeinflusst werden oder sogar abhängig sind. Es zeigt sich jedoch, dass Fachkräfte bei richterlichen Auflagen für eine abstinenzorientierte Therapie, welche nicht mit den aktuellen Bedürfnissen und Lebensumständen von Klient\*innen vereinbar sind, eine Empfehlung für alternative Maßnahmen abgeben. Diese Untersuchungsergebnisse lassen sich ebenfalls in Richtung einer zieloffenen Grundhaltung deuten, da mithilfe solcher Empfehlungen der Klientel ein gewisses Mitspracherecht ermöglicht wird und die Intervention an die individuelle Lebenslage angepasst werden kann. Das sozialarbeiterische Vorgehen wird demnach an den Bedarfen der Menschen orientiert und es wird versucht, diese in der Einforderung ihres Rechts auf Selbstbestimmung zu unterstützen. Dies entspricht einer zieloffenen Haltung.

Eine Betrachtung der Forschungsergebnisse bezüglich eines **Kontrollverlusts** bei Menschen mit Substanzkonsumstörungen zeigt auf, dass sich hierbei die zwei Seiten des aktuellen Forschungsstands widerspiegeln. Während ein Teil der Expert\*innen die Erfahrung macht, dass bei vielen ihrer Klient\*innen ein diagnosebedingter Kontrollverlust nach dem Konsum von Alkohol einsetzt, vertritt Interviewpartnerin 09 die Meinung, „*wenn ich überzeugt bin, dass ein Suchtkranker IMMER einem Kontrollverlust erliegt, dann kann ich keine Zieloffene Suchtarbeit machen*“ (I09: 212-214). In der Fachliteratur wird der Kontrollverlust zum Teil als Kernsymptomatik von Substanzkonsumstörungen beschrieben (Wendt 2017, S. 274; Fritzsche 2018, S. 11). Körkel (2015) zeigt dagegen diverse Studien auf, welche zum Ergebnis kommen, dass Menschen mit einer Alkoholkonsumstörung diese sehr wohl überwinden und zu einem „normalen“ Konsum übergehen können. Er spricht demnach nicht von einem Kon-

trollverlust sondern einer Kontrolleinschränkung (Körkel 2015b, S.150f.). Insbesondere im Kontext eines kontrollierten Konsums zeigen die Untersuchungsergebnisse, dass die Thematik des Kontrollverlusts Fachkräfte an der Erreichbarkeit dieses Ziels zweifeln lässt. Um diese Zweifel zu widerlegen oder zu bestätigen, wären auch hier weitere repräsentative Studien notwendig. Von Relevanz wäre dabei insbesondere eine tiefgehende empirische Untersuchung bezüglich einer langfristigen Evidenz des kontrollierten Konsums im Kontext der symptomatischen Kontrolleinschränkung.

### **Haltungen bezüglich der drei Veränderungsziele**

Ein weiterer zentraler Aspekt der zieloffenen Grundhaltung besteht in einer **Gleichstellung der drei Veränderungsziele**. Ein Vergleich der Forschungsergebnisse mit der Fachliteratur zeigt, dass zwei Drittel des Samples diese Haltung bereits verinnerlicht haben und die Ziele der Abstinenz, Konsumreduktion und Harm Reduction als gleichwertig erachten. Argumntiert wird dies damit, dass jede Person selbst der Maßstab für seine\*ihre individuellen Konsumziele sein muss. Diese Argumentation stimmt mit den in Kapitel 3 erwähnten Grundsätzen und ethischen Werten der Klinischen Sozialarbeit überein. Dass die Mehrheit der Interviewpartner\*innen diese Haltung bereits vertritt, kann als äußerst vielversprechend bewertet werden. Da das Ziel der Abstinenz viele Jahre als der einzig wirksame Weg erachtet wurde und die Erreichbarkeit eines kontrollierten Konsums bei Substanzkonsumstörungen in der Fachliteratur noch viel diskutiert wird, hätte erwartet werden können, dass mehr Fachkräfte einer Hierarchisierung der Veränderungsziele zustimmen.

Vor dem Ergebnis, dass eine Konsumreduktion für Klient\*innen das attraktivste Ziel darstellt, scheint es besonders interessant, welche persönlichen Haltungen und Erfahrungen Fachkräfte in der ambulanten Suchthilfe diesbezüglich vertreten. Die Betrachtung der Stellungnahmen zu den verschiedenen Thesen verdeutlicht, dass das Ziel einer **Abstinenz** von einem Teil der Fachkräfte präferiert wird. Begründet wird dies zum einen mit den gesundheitlichen Vorteilen einer suchtmittelfreien Lebensgestaltung. Dieser Aspekt wird auch in diversen Studien aufgegriffen, welche belegen, dass eine abstinente Lebensweise nachweislich diverse biopsychosoziale Vorteile mit sich bringen kann (Kapitel 2.4). Vor diesem Hintergrund und den Erfahrungen, mit welchen Schwierigkeiten ein abhängiger Substanzmittelkonsum einhergehen kann, ist diese Haltung der Fachkräfte nachvollziehbar. Auf der anderen Seite konnte durch die Teilnahme an Konsumreduktionsprogrammen, ebenfalls eine Minderung der gesundheitlichen Schädigungen festgestellt werden (Körkel 2015b). Hierzu wären weitere Studien von Vorteil,

welche die gesundheitlichen Unterschiede einer abstinenten Lebensweise und eines kontrollierten Konsums weiter in den Blick nehmen. Die Untersuchungsergebnisse zeigen jedoch auch, dass das Ziel einer abstinenten Lebensweise nicht für alle Klient\*innen erreichbar und realistisch ist. Wie die Darstellung des aktuellen Forschungsstandes in Kapitel 2.4. verdeutlichen konnte, fallen viele Menschen nach einer abstinenzorientierten Behandlung in alte Konsummuster zurück. Da solche Erfahrungen sowohl das Vertrauen der Menschen in das Suchthilfesystem als auch in die eigenen Veränderungskräfte verringern können, verdeutlicht dies die Relevanz einer reflektierten und selbstbestimmten Zielarbeit. Sowohl die Untersuchungsergebnisse als auch die Studienlage zeigen auf, dass Klient\*innen mit einer intrinsischen Abstinenzmotivation dieses Ziel auch erreichen können, Menschen ohne eindeutigen Abstinenzwunsch daran jedoch oftmals scheitern. Unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse, Wünsche und Lebensumstände wie auch der Studienlage, scheint eine Varianz der Konsumziele daher unabdingbar. Im Kontext aller Untersuchungsergebnisse lässt sich feststellen, dass diese Haltung grundsätzlich auch von den Fachkräften vertreten wird. Innerlich präferieren die Sozialarbeiter\*innen zwar teilweise das Abstinenzziel, alle Interviewpartner\*innen geben jedoch an, ihren Klient\*innen die selbstbestimmte Wahl ihrer Konsumziele zu überlassen sowie sie bei ihren individuellen Zielen zu unterstützen. Inwiefern diese innere Haltung den Prozess der Zielfindung möglicherweise auch unterbewusst beeinflusst, lässt sich aus den Untersuchungsergebnissen der vorliegenden Studie nicht hervorbringen. Im Kontext einer zieloffenen Arbeitsweise muss dieser Aspekt jedoch kritisch reflektiert werden.

Das Ziel der **Konsumreduktion** ist in der Praxis der ambulanten Suchthilfe noch sehr umstritten. Alle Beratungsstellen bieten Unterstützung bei der Erreichung dieses Ziels an, die einzelnen Fachkräfte stehen diesem jedoch teilweise eher kritisch gegenüber. Es wird von der Erfahrung berichtet, dass viele Klient\*innen am Versuch, ihren Konsum zu kontrollieren scheitern. Diese Aussagen wurden hauptsächlich von Fachkräften getätigt, welche in ihrer Einrichtung nicht nach einem offiziellen evidenzbasierten Konsumreduktionsprogramm arbeiten. Inwiefern dies mit den negativen Erfahrungen im Bereich des kontrollierten Konsums zusammenhängt, lässt sich nicht feststellen. Ferner wird eine Konsumreduktion von einem Teil der Interviewpartner\*innen eher als Zwischenschritt auf dem Weg in die Abstinenz betrachtet. Generell zeigen die Untersuchungsergebnisse dieser Forschungsarbeit diverse Übereinstimmungen mit den Studienergebnissen von Drinkmann und Lettl (2015). Das Veränderungsziel der Konsumreduktion wird von vielen Fachkräften zwar akzeptiert, jedoch nur bei

bestimmten Personengruppen oder als Zwischenziel als angemessen erachtet. Bezüglich der Indikationen und Kontraindikationen von Interventionen im Bereich der Konsumreduktion zeigt die Studienlage keine eindeutigen Ergebnisse. Um auf Seiten der Fachkräfte diesbezüglich mehr Sicherheit zu erzeugen, wie auch das Paradigma der ZOS weiter zu stützen, wären weitere (Langzeit-) Studien notwendig. Des Weiteren kann der von mehreren Interviewpartner\*innen angebrachte Zweifel, dass ein kontrollierter Konsum für langjährig und chronisch abhängige Menschen nicht erreichbar ist, durch diverse Studien widerlegt werden (Walters 2000; Körkel 2005). Degkwitz (2014) bringt sogar an, dass nicht das Ziel einer Konsumreduktion, sondern das Veränderungsziel der Abstinenz ungeeignet für chronisch schwer abhängigkeiterkrankte Menschen ist. Nach Körkel (2015b) gibt es bislang keine eindeutigen Belege, welche einen kontrollierten Konsum bei Personen mit chronischen Substanzkonsumstörungen grundsätzlich ausschließen. Stattdessen sieht er die Chance, durch das Angebot eines Trinkkontrollprogramms, einen Zugang zu Menschen mit einem langjährigen Konsum zu erlangen, um so eine Basis zu schaffen, auf welcher die Gründe für eine Ablehnung der Abstinenz eruiert werden können (Körkel 2015b, S. 164). Angesichts des Untersuchungsergebnisses, dass eine lebenslange Abstinenz für Klient\*innen „bedrohlich“ (I01: 249) wirkt, könnte die Implementierung der ZOS, einhergehend mit dem Ausbau von Konsumreduktionsangeboten, demnach als eine Art Türöffner für Menschen fungieren, welche dem Suchthilfesystem aus diesen Gründen aktuell noch sehr kritisch gegenüberstehen.

Ein weiterer mehrfach erwähnter Aspekt ist, dass das Ziel einer langfristigen Konsumreduktion für Klient\*innen mit mehr Anstrengung und Motivation verbunden ist als das Abstinenzziel. Hierzu sind auch in der Fachliteratur diverse Belege zu finden. Der komplette Verzicht auf Alkohol oder anderweitige Drogen fällt vielen Menschen leichter, als eine stetige Konfrontation mit diesen (Degkwitz 2014). Auf der anderen Seite werden insbesondere Menschen mit einem problematischen Alkoholkonsum in ihrem Alltag tagtäglich mit dieser Substanz konfrontiert – sei es im Supermarkt, auf Plakatwänden oder bei Treffen mit Freund\*innen. Wird dies berücksichtigt, sollte die Argumentation eines „leichter erreichbaren“ Zieles für Fachkräfte in der ambulanten Suchthilfe keine Grundlage darstellen, um ihre Klientel nicht bei dem Wunsch eines kontrollierten Konsums zu unterstützen.

Hinzukommend spiegeln die von Interviewpartnerin 08 und 09 erwähnten Erfahrungen mit dem **kT-Gruppenprogramm** die aktuelle Studienlage wider. I08 berichtet, dass sich *„drei Menschen für die Abstinenz danach entschieden haben. Drei haben wieder normal getrunken und drei haben das kontrollierte Trinken aufrechterhalten. In einem Zeitraum von einem Jahr,*

*also von dem her, war das tatsächlich ganz schön zu sehen, dass das Konzept so auch funktioniert, wie wir es uns vorstellen“ (I08: 388-391). Auch in empirischen Studien zu den Effekten von Trinkkontrollprogrammen konnte aufgezeigt werden, dass ein Jahr nach Beendigung des Programmes, die Erfolgsrate bei ca. 65% liegt. Es zeigt sich, dass 10-30% der Patient\*innen zu einer Alkoholabstinenz übergehen, während die Trinkmengenreduktion bei einem Großteil aufrechterhalten wird (Körkel 2005, Körkel 2015b, S. 153; Walters 2000). Dass diese Ergebnisse auch in der Praxis widerspiegelt werden können, spricht für die Wirksamkeit und Notwendigkeit von Reduktionsbehandlungen als Alternative zu abstinenzorientierten Maßnahmen.*

Als Argument, weshalb in den meisten Beratungsstellen solche Programme nicht angeboten werden, wird ein mangelndes Interesse seitens der Klientel angebracht. Ob dies tatsächlich auch mit den inneren Wünschen der Klient\*innen übereinstimmt, ist hingegen fraglich. In Anbetracht der Tatsache, dass eine Konsumreduktion ein sehr attraktives Veränderungsziel für Klient\*innen darstellt, lässt sich die These aufstellen, dass eine mangelnde Nachfrage eher mit einem unzureichenden Kenntnisstand der Klientel einhergeht. Es konnte aufgezeigt werden, dass nur zwei der befragten Fachkräfte ihre Klient\*innen zu Beginn der Beratung über alle möglichen Interventionen aufklären. Es stellt sich daher die Frage, ob Menschen überhaupt über das notwendige Wissen in Bezug auf das Ziel einer Konsumreduktion verfügen. Es liegt nahe, dass mehr Personen an evidenzbasierten Einzel- und Gruppeninterventionen teilnehmen würden, wenn sie einerseits über die empirisch belegte Evidenz dieser informiert wären sowie ein regelmäßiges Angebot dieser vorfinden würden. Dies zeigt sich auch im Vergleich der Aussagen mit den Angaben von Interviewpartnerin 09. In der Einrichtung dieser Expertin findet das Gruppenangebot zu kontrolliertem Trinken mehrmals jährlich statt, wobei eine stetige Nachfrage seitens der Klientel zu beobachten ist. Daraus lässt sich schließen, dass eine umfassende Aufklärung der Klient\*innen sowie auch die reguläre Bereitstellung von Konsumreduktionsangeboten, die Nachfrage der Klient\*innen steigern lassen würde. Es wäre von Interesse weitere Studien durchzuführen, welche explorieren, inwiefern sich Menschen mit einem problematischen Substanzkonsum über die vorhandenen Unterstützungsangebote bewusst sind, um so fundierte Schlüsse für die Praxis ziehen zu können.

Interventionen im Bereich **Harm Reduction** stoßen in der ambulanten Suchthilfe auf viel Zuspruch und Akzeptanz. Es wird die Notwendigkeit des Ausbaus von niedrighwelligen Hilfen gesehen und auch der Erfolg von Substitutionsbehandlungen wird von den Expert\*innen bestätigt. Diese Aussagen erfüllen die Erwartungen der Autorin, da die feste Ver-

ankerung der niedrigschwelligen Suchthilfe auch in der Literatur mehrfach betont wird. Anzumerken ist jedoch, dass hierzu die wenigsten Aussagen gemacht wurden. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass Suchtberatungsstellen zu den etwas höherschwelligen Unterstützungsformen gehören. Klient\*innen mit Zielen im Bereich der Schadensminimierung, suchen daher tendenziell eher niedrigschwelligere Einrichtungen, wie Kontaktcafés auf (Kapitel 1.2.), wodurch weniger Berührungspunkte mit dieser Klientel bestehen.

Insgesamt zeigen die Untersuchungsergebnisse, dass viele der befragten Fachkräfte bereits Teile der zieloffenen Grundhaltung vertreten und auch gegenüber dem Paradigma der Zieloffenen Suchthilfe positiv eingestellt sind. Deutlich wird dies im Besonderen daran, dass unter den Sozialarbeiter\*innen eine Einigkeit hinsichtlich der selbstbestimmten Wahl der Konsumziele besteht und die Achtung der Autonomie und Selbstbestimmung der Klientel als ein zentrales Merkmal dieses Arbeitsfelds anerkannt wird. Zudem lassen die Ergebnisse die Interpretation zu, dass die Fachkräfte ihren Auftrag in einer aktiven Arbeit an der Veränderung des Konsums ihrer Klient\*innen sehen. Auf der anderen Seite ist jedoch anzumerken, dass zwar die Mehrheit der Fachkräfte die Konsumziele als gleichwertig beschreibt, dennoch eine gewisse Zurückhaltung gegenüber dem Ziel eines kontrollierten Konsums spürbar ist. Einige Sozialarbeiter\*innen präferieren aus gesundheitlichen Aspekten das Ziel der Abstinenz. Diese innere Haltung müsste für eine Umsetzung des Paradigmas der ZOS gut reflektiert und überdacht werden, um Klient\*innen nicht unterbewusst in einer Richtung zu lenken.

Es muss jedoch auch beachtet werden, dass die zieloffene Grundhaltung eine Art Ideal beschreibt. Insbesondere wenn Fachkräfte bereits mehrere Jahre in diesem Arbeitsfeld tätig sind und lange Zeit ein anderes Suchtverständnis vermittelt bekommen haben, kann eine zieloffene Grundhaltung nicht als selbstverständlich erachtet werden. Um langjährige Einstellungen zu hinterfragen und zu verändern, bedarf es einer Vielzahl von Informationen als auch eine generelle Offenheit bezüglich neuer Sichtweisen.

### **10.3. Ausblick für die Implementierung Zieloffener Suchtarbeit**

Die dritte Forschungsfrage dient der Exploration, an welchen Faktoren sowohl in der Praxis als auch in der Theorie zukünftig gearbeitet werden muss, um Komponenten der Zieloffenen Suchtarbeit in der ambulanten Suchthilfe großflächiger zu implementieren und auch das Angebotsspektrum hinsichtlich eines kontrollierten Konsums weiter auszubauen.

### **Einstellungen und Haltungen von Fachkräften in der Suchthilfe**

Die Mehrzahl der Interviewpartner\*innen bringt den Aspekt an, dass insbesondere Mitarbeiter\*innen, welche schon viele Jahre in der Suchthilfe tätig sind, tendenziell abstinenzorientiertere Haltungen vertreten als jüngere Kolleg\*innen. Diese Aussagen lassen auf einen Zusammenhang mit den Untersuchungsergebnissen hinsichtlich des *Kenntnisstands und der Verbreitung Zieloffener Suchtarbeit* (Kapitel 10.1) schließen. Dort konnte aufgezeigt werden, dass in den Studieninhalten der Sozialen Arbeit erst in den letzten zehn Jahren das Thema der ZOS aufgegriffen wurde. Eine Interviewpartnerin gibt explizit an, dass in ihrem Studium früher „*tatsächlich nur Abstinenz als Ziel wichtig*“ (I06: 184) war. Die Untersuchungsergebnisse zeigen zudem auf, dass Sozialarbeiter\*innen, welche ihr Studium erst kurzzeitig beendet haben, bereits eine zieloffene Haltung mitbringen. Diese Verbindung verdeutlicht, dass neben persönlichen Erfahrungen auch die in der Ausbildung vermittelten Inhalte das grundlegende Suchtverständnis und Menschenbild von Fachkräften prägen. Es liegt nahe, dass für Sozialarbeiter\*innen, welche viele Jahre die Einstellung vertreten haben, Abstinenz sei das einzig wirksame Ziel, ein kontrollierter Konsum unmöglich erscheint. Neben den Aussagen einzelner Interviewpartner\*innen zeigt auch die Kritik in der Fachliteratur, dass nach wie vor Zweifel an der Wirksamkeit von Konsumkontrollprogrammen existieren. Dort wird beispielsweise die Hypothese des Suchtgedächtnisses aufgegriffen, mit welcher bestimmten Menschen abgesprochen wird, jemals einen kontrollierten Konsum erreichen zu können (Glöckler 2018, S. 329). Vertreten Fachkräfte in der ambulanten Suchthilfe diese Meinungen, scheint es umso wichtiger, die Wirksamkeit evidenzbasierter Konsumkontrollprogramme noch weiter zu erforschen und öffentlich zu diskutieren.

Diese These wird auch durch die Aussagen einiger Interviewpartner\*innen gestützt, welche erwähnen, dass Fachkräfte in der ambulanten Suchthilfe zum Teil kaum über Wissen hinsichtlich alternativer Zielrichtungen verfügen. Diese Aussagen konnten im Rahmen der qualitativen Untersuchung teilweise bestätigt werden. Wie bereits erwähnt scheinen insbesondere bei der Thematik eines kontrollierten Konsums seitens der Fachkräfte noch diverse Unsicherheiten vorhanden zu sein. Viele konnten mit dem Begriff und der grundlegenden Idee dieses Veränderungsziels zwar etwas anfangen, erkennen dieses jedoch nur als Zwischenziel oder in Ausnahmefällen an. Um die Zieloffene Suchtarbeit weiter voranzubringen, wäre es dementsprechend notwendig, neue empirische Studien durchzuführen und zugleich die bisherige Studienlage unter Fachkräften publikum zu machen. Auch vor dem theoretischen Hintergrund (Kapitel 3.3.), dass insbesondere die Mitarbeiter\*innen zu grundlegenden Veränderungen und Wandlungsprozessen in der ambulanten Suchthilfe beitragen können, ist die Verbreitung der



empirischen Studienlage unabdingbar. Da eine Veränderung der eigenen Grundhaltung mit viel Unsicherheit verbunden sein kann, wird eine fundierte wissenschaftliche Basis benötigt, welche aussagekräftige Forschungsergebnisse zugunsten der ZOS bzw. dem Veränderungsziel des kontrollierten Konsums bietet. Solch eine Basis liefert das Fundament für eine kritische Auseinandersetzung mit den eigenen Vorstellungen und dem aktuellen Forschungsstand. So können auch Fachkräfte mit einem abstinenzorientierten Suchtverständnis ihre persönlichen Einstellungen hinterfragen und sich neuen Haltungen öffnen.

Auch der Aspekt der unzureichenden Fortbildungsangebote und Wissensvermittlung im Bereich der Zieloffenen Suchtarbeit wurde von den Interviewpartner\*innen erneut aufgegriffen. Die Ausweitung und Standardisierung eines Fortbildungsangebots im Rahmen der ZOS wäre demnach ein relevanter Schritt, um die ZOS bekannter zu machen und auch Einrichtungen davon zu überzeugen, den Implementierungsprozess der ZOS zu beginnen. Ein erster Anfang könnte dadurch geschaffen werden, dass Fachkräfte, welche beispielsweise bereits eine Weiterbildung im Bereich kontrollierter Konsum getätigt haben, ihr Wissen im Rahmen einer internen Veranstaltung an Kolleg\*innen weitergeben. Somit könnten sowohl finanzielle als auch zeitliche Ressourcen eingespart und das grundsätzliche Wissen sowie die Vorgehensweise der Programme mehr Fachkräften vermittelt werden.

Positiv anzumerken ist generell, dass die Mehrheit der Interviewpartner\*innen sowohl bei ihren Kolleg\*innen als auch in anderen ambulanten Einrichtungen, eine grundsätzliche Offenheit gegenüber einer zieloffenen Arbeitsweise feststellen. Auch dies konnte durch die Untersuchungsergebnisse bestätigt werden, welche aufzeigen, dass in allen Einrichtungen neben der Abstinenz auch eine Aufgeschlossenheit gegenüber einer Reduktion des Konsums und Harm Reduction Maßnahmen vorhanden zu sein scheint.

### **Rahmenbedingungen und strukturelle Hürden**

In ihren Einrichtungen selbst erkennt die Mehrzahl der Interviewpartner\*innen keine strukturellen Hürden oder hinderlichen Rahmenbedingungen, welche eine zieloffene Arbeitsweise erschweren. Auch seitens der Träger werden keine Einschränkungen diesbezüglich wahrgenommen. Diese beschriebene Offenheit der Träger und Einrichtungsleitungen kann als begünstigender Faktor für eine weitere Implementierung und Verbreitung der Zieloffenen Suchtarbeit gewertet werden.

Aspekte, welche die Umsetzung des Paradigmas der ZOS erschweren, werden primär im Bereich der Kostenträger gesehen. Wie bereits in Kapitel 1.2. erwähnt wurde, übernehmen die

Rentenversicherungsträger und Krankenkassen einen erheblichen Teil der Finanzierung von Unterstützungsangeboten. Da die Versicherungsträger nach wie vor sehr abstinenzorientierte Haltungen vertreten, spiegelt sich dies auch in den existierenden Angeboten der Suchthilfe wider. Klient\*innen mit dem Ziel einer lebenslangen Abstinenz stehen weitaus mehr kostenfreie Angebote zur Verfügung, als Personen mit dem Wunsch den eigenen Konsum zu kontrollieren. Fachkräfte haben somit in Zielbereichen außerhalb der Abstinenz nur eine limitierte Auswahl an evidenzbasierten Interventionen. Zwar wird die Finanzierung von Trinkkontrollprogrammen inzwischen teilweise von den Krankenkassen übernommen, jedoch kommen auf die Teilnehmer\*innen dabei immer weitere Kosten zu. Die Finanzierung anderer Konsumreduktionsprogramme wie KISS, wird bislang noch den Suchtberatungsstellen selbst bzw. den Klient\*innen überlassen. Da Klient\*innen mit einem illegalen Substanzkonsum in vielen Fällen bereits mit finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen haben, stellt eine eigenständige Finanzierung von Interventionen für viele keine realistische Option dar. Um dieses Ungleichgewicht zu überwinden und auch im stationären Bereich eine größere Angebotsvarianz zu erreichen, wäre ein offener und wissenschaftlicher Austausch mit den Kostenträgern notwendig. Da viele Einrichtungen jedoch auf die Finanzierung dieser Institutionen angewiesen sind, üben Leiter\*innen der Einrichtung tendenziell eher Zurückhaltung bei der Stellung von Forderungen. Solch ein kontroverser Austausch wäre für einen Wandel in Richtung Zieloffene Suchtarbeit jedoch zwingend notwendig. Um die Kostenträger von einer zieloffenen Herangehensweise zu überzeugen, wäre auch hier der Ausbau von empirischen Studien notwendig, welche belegen, dass Maßnahmen mit dem Ziel einer Konsumreduktion genauso erfolgreich sein können wie abstinenzorientierte Interventionen. Da für die Rentenversicherungsträger insbesondere die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt ein ausschlaggebendes Kriterium darstellt, müsste auch in diesem Bereich empirisch dargelegt werden, dass auch Menschen mit einem kontrollierten Substanzkonsum arbeitsfähig sein können. Dieser Prozess wird eine Menge an Durchhaltevermögen erfordern, scheint jedoch unabdingbar um die Zieloffene Suchtarbeit auch außerhalb des ambulanten Settings weiter zu implementieren. Eine Zieloffenheit der Kostenträger hätte zudem möglicherweise auch eine offenere Rechtslage zur Folge.

Hinzukommend beeinflussen auch regionale Unterschiede die Angebotsvarianz der einzelnen Einrichtungen. Da die Finanzierung von Suchtberatungsstellen keine kommunale Pflichtaufgabe darstellt, stehen den einzelnen Einrichtungen bundesweit unterschiedliche finanzielle Mittel zur Verfügung (Diakonie Deutschland 2020). Erhalten Beratungsstellen von ihrer Kommune nur wenig finanzielle Unterstützung, stellt die Implementierung von Konsumre-

duktionsprogrammen aufgrund des Kostenfaktors vermutlich keine realistische Option dar. Um diese finanzielle Hürde zu beseitigen und es Einrichtungen deutschlandweit zu ermöglichen Unterstützungsangebote im Bereich des kontrollierten Konsums anzubieten, sollte sich in der Praxis dafür stark gemacht werden, dass Suchtberatung zu einer kommunalen Pflichtaufgabe wird. So wäre die Finanzierung der Interventionen abgesichert, wodurch Betroffene wohnortnahe Unterstützung in den von ihnen präferierten Zielbereichen erhalten könnten.

Eine weitere Hürde wird in den Einstellungen und Haltungen externer Kooperationspartner\*innen wie Ärzt\*innen oder Therapeut\*innen gesehen. Auch hier scheint das Abstinenzparadigma noch weiter verbreitet zu sein, was zu Stigmatisierung von Menschen ohne Abstinenzabsicht führt. Erreichen Klient\*innen mit der Unterstützung ambulanter Suchtberatungs- und Behandlungsstellen das Veränderungsziel eines kontrollierten Konsums, stoßen aufgrund dessen jedoch in anderen Einrichtungen auf Ablehnung, nimmt dies einen großen Einfluss auf die Art und Weise wie dieses Ziel gesellschaftlich wahrgenommen wird. Insbesondere im Bereich der Psychotherapie bekommen Klient\*innen oftmals keinen Therapieplatz, wenn sie nicht abstinent leben. Da viele Menschen jedoch sowohl eine Substanzkonsumstörung als auch weitere psychische Erkrankungen aufweisen, ist dies als äußerst problematisch einzuordnen. Der wissenschaftliche Diskurs um das Thema der ZOS muss daher auch außerhalb der Profession der Sozialen Arbeit bzw. der Suchthilfe geführt werden.

Schlussendlich bringt Interviewpartnerin 09 an, dass viele Suchtberatungsstellen zwar zieloffen arbeiten, dabei jedoch ihre eigene Definition von Zieloffenheit verfolgen. Dies kann einerseits als positiv bewertet werden, da in der Praxis bereits ein grundsätzliches Verständnis der Relevanz von zieloffener Suchtarbeit vorhanden ist. Zudem lässt sich nicht genau sagen, ob diese eigene Interpretation einer zieloffenen Arbeitsweise dem Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit nachsteht. Auf der anderen Seite bedeutet Zieloffene Suchtarbeit mehr, als den Klient\*innen die Wahl ihrer Konsumziele zu überlassen. Der Kern besteht in einer Ausrichtung kompletter Einrichtungen nach den Grundsätzen der Zieloffenheit. Um die Relevanz dessen zu verdeutlichen und mehr Einrichtungen zu motivieren den Implementierungsprozess der ZOS zu durchlaufen, wird auch hier die Relevanz von weiteren Studien deutlich.

### **Gesellschaftliche Aspekte**

Menschen mit Substanzkonsumstörungen wird in der heutigen Gesellschaft nach wie vor mit viel Unverständnis und Ablehnung begegnet. Die Ergebnisse zeigen, dass diese Stigmatisierungsprozesse insbesondere aufgrund einer fehlenden gesellschaftlichen Aufklärung existieren. Aus Sicht der Expert\*innen ist es demnach notwendig, generell mehr Aufklärungsarbeit

über die Hintergründe von Substanzkonsumstörungen zu leisten. Zudem machen Fachkräfte die Erfahrung, dass viele Menschen das Suchthilfesystem ausschließlich abstinenzorientiert wahrnehmen, was die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung erhöht. Auch in der Literatur zeigt sich, dass das Veränderungsziel der lebenslangen Abstinenz für viele eine Hürde darstellt. Können Menschen ihr Ziel selbstständig wählen und werden für ihren Konsum nicht verurteilt, steigt die Bereitschaft, an einer Veränderung des Konsums zu arbeiten (Liel 2020; Bischof et al. 2019, S. 116). Daraus lässt sich schließen, dass die Haltungen und Grundsätze der Zieloffenen Suchtarbeit nicht nur unter Fachkräften, sondern auch gesellschaftlich weiterverbreitet werden sollten. Das gesellschaftliche Bild der Suchthilfe scheint noch sehr vom traditionellen Abstinenzparadigma geprägt zu sein. Wie in Kapitel 2.1 dargestellt, unterscheidet sich sowohl das dort vertretene Suchtverständnis als auch die Vorgehensweise bei der Behandlung von Substanzkonsumstörungen gravierend von dem der Zieloffenen Suchtarbeit. Wird das Paradigma der ZOS auch in der Allgemeinbevölkerung bekannter, könnte dies zur Folge haben, dass Stigmatisierungsprozesse verringert werden und Menschen mit einer Substanzkonsumstörung mehr Verständnis und Akzeptanz entgegengebracht bekommen. Auch die Selbststigmatisierung von Betroffenen könnte durch eine Verbreitung der zieloffenen Sichtweise reduziert werden, wodurch die Schwelle der Inanspruchnahme von Unterstützung sinkt. Hinzukommend konnten die Untersuchungsergebnisse aufzeigen, dass die meisten Menschen in Suchtberatungsstellen gerne lernen würden, ihren Konsum zu kontrollieren. Da dies zum Standard einer zieloffenen Arbeitsweise gehört, könnte das ambulante Suchthilfesystem für Menschen ohne Abstinenzwunsch so deutlich an Attraktivität gewinnen. Ein Schritt in diese Richtung könnte beispielsweise durch bestehende Suchtpräventionsangebote erreicht werden. Werden die Sichtweisen und Grundhaltungen der ZOS in existierende Präventionsangebote aufgenommen, könnte die Allgemeinbevölkerung bereits in der Schule oder ihren Arbeitsstellen für diese Thematik sensibilisiert werden. So könnte sowohl Stigmatisierungsprozessen vorgebeugt als auch der Wandel in Richtung Zieloffene Suchtarbeit weiter vorangetrieben werden.

### **Fachlicher und professioneller Diskurs in der Sozialen Arbeit**

Bei der Frage nach notwendigen Faktoren zur weiteren Implementierung der ZOS bezogen auf den fachlichen Diskurs innerhalb der Profession Sozialer Arbeit zeigt sich eine Dopplung diverser bereits diskutierter Aspekte. Neu angebracht wird, dass viele Sozialarbeiter\*innen, welche nicht selbst im Bereich der Suchthilfe tätig sind, nur wenig bis überhaupt keine Kenntnisse über das Paradigma der ZOS besitzen. Da Menschen mit Substanzkonsumstörun-

gen jedoch nicht nur an Einrichtungen der Suchthilfe angebunden sind, sondern beispielsweise auch von Sozialarbeiter\*innen in der Bewährungshilfe, der Kinder- und Jugendhilfe oder auch im Jobcenter unterstützt werden, erscheint es relevant, die Haltungen der ZOS auch außerhalb der ambulanten Suchthilfe zu verbreiten. So könnte auch innerhalb der Profession mehr Akzeptanz für Menschen ohne Abstinenzwunsch geschaffen werden. Eine weitreichende Verbreitung der zieloffenen Grundhaltung hinsichtlich der Selbstbestimmungsfähigkeit und Autonomie von Menschen mit einem problematischen Substanzkonsum, könnte so auch unter Professionsangehörigen mögliche Stigmata und Vorannahmen auflösen. Dies würde dazu führen, dass Menschen mit Substanzkonsumstörungen auch in anderen Bereichen der Sozialen Arbeit mit mehr Verständnis und Vertrauen begegnet wird.

Ein Aspekt, welcher sowohl in der Fachliteratur als auch in den Untersuchungsergebnissen erneut zu finden ist, ist die Notwendigkeit von weiteren wissenschaftlichen Studien. Klein (2019) bezeichnet die Stärkung der Wissenschaftlichkeit als eine der wichtigsten Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe. Neben diesen ist es jedoch auch notwendig, die generierten Erkenntnisse in der Praxis umzusetzen, indem neue Projekte initiiert oder Konzepte integriert werden. Deutlich wird dies auch an den Erfahrungen mit dem kT-Gruppenprogramm. Die Einrichtungen, welche den Schritt gegangen sind, dieses Programm in ihren Maßnahmenkatalog aufzunehmen, berichten von vielerlei positiven Erfahrungen. Daraus lässt sich schließen, dass Fachkräfte in der Praxis mehr Mut aufbringen sollten, neue Dinge auszuprobieren. Nur so können Erfahrungen gesammelt und neue Erkenntnisse gewonnen werden, welche wiederum Einfluss auf den wissenschaftlichen Diskurs nehmen können. Dieses Ausprobieren und Sammeln von neuen Erfahrungen könnte wesentlich dazu beitragen, die Akzeptanz für das Paradigma der ZOS zu erhöhen und dieses somit publikum zu machen.

### **11. Schlussfolgerung für Praxis und Theorie**

Nachfolgend wird nun zusammenfassend dargestellt, welche Schlussfolgerungen sich aus den Untersuchungsergebnissen der qualitativen Studie für die Theorie und Praxis ergeben.

Die Betrachtung und Diskussion der Forschungsergebnisse konnte aufzeigen, dass das Paradigma der Zieloffenen Suchthilfe zum Teil bereits Einzug in ambulante Suchtberatungs- und Behandlungsstellen gefunden hat. In der Angebotsvarianz von Suchtberatungsstellen sind neben abstinenzorientierten und niedrighschwelliger Hilfen auch Unterstützungsangebote für das Ziel einer Konsumreduktion zu finden. Auch die in der Fachliteratur beschriebene Grundhaltung wird bereits in Teilen von den dort tätigen Sozialarbeiter\*innen vertreten.

Um das Paradigma der ZOS weiter zu verbreiten und die Akzeptanz zu fördern, ist es jedoch zwingend notwendig, den **Bekanntheitsgrad** des Paradigmas sowohl unter Fachkräften als auch in der Allgemeinbevölkerung zu erhöhen. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass die Grundzüge der ZOS unter Sozialarbeiter\*innen in der ambulanten Suchthilfe zwar bekannt sind, die wenigsten jedoch wissen, welche Komponenten und Grundhaltungen mit einer zieloffenen Arbeitsweise einhergehen. Um dies zu verändern, müssten sowohl die Weiter- und Fortbildungsangebote für Fachkräfte in diesem Bereich ausgebaut sowie der Fokus in der Fachliteratur weiter auf die zieloffene Grundhaltung gelenkt werden. Zudem muss bereits im Studium der Sozialen Arbeit die Relevanz einer zieloffenen Arbeitsweise verdeutlicht werden. Des Weiteren muss das Thema der ZOS auch unter Sozialarbeiter\*innen außerhalb der Suchthilfe, unter Klient\*innen und generell in der Allgemeinbevölkerung weiterverbreitet werden. Die Öffnung des Themas auf Bereiche außerhalb der Suchthilfe kann dazu beitragen, das abstinenzorientierte Suchtverständnis durch ein zieloffenes abzulösen. Hierfür müssen sich Fachkräfte öffentlich im Sinne der ZOS positionieren und Aufklärungsarbeit unter Rückgriff auf den aktuellen Forschungsstand leisten.

Ein Aspekt, der damit korreliert und in mehreren Bereichen der Studie auftaucht, ist die **Notwendigkeit weiterer empirischer Studien**. Diese bieten eine Argumentationsgrundlage für Fachkräfte gegenüber Professionsangehörigen oder Kritikern der ZOS. Die Untersuchungsergebnisse konnten verdeutlichen, dass insbesondere im Bereich der Konsumreduktion noch viel Unsicherheit unter den Fachkräften vorhanden ist. Dies lässt den Schluss zu, dass einerseits die aktuelle Studienlage weiterverbreitet werden muss und auf der anderen Seite auch weitere Forschungen notwendig sind, welche die Effektivität und Relevanz von abstinenzunabhängigen Interventionen verdeutlichen. Auch die Frage, wann die Grenzen einer zieloffenen Arbeitsweise erreicht sind und ab wann Menschen vor sich selbst geschützt werden müssen, sollte weiter in der Forschung erörtert werden. So können Unsicherheiten seitens der Fachkräfte abgebaut und Zweifel möglicherweise widerlegt werden. Im Hinblick auf das Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit als Ganzes wären auch hier Vergleichsstudien mit Einrichtungen, welche den Implementierungsprozess der ZOS bereits durchlaufen, notwendig. Diese könnten empirisch aufzeigen, welche Auswirkungen eine zieloffene Arbeitsweise auf das Klientel hat und welche Vor- und Nachteile damit einhergehen. Zugleich stellt die Stärkung der Wissenschaftlichkeit eine Grundvoraussetzung dar, um in einen Diskurs mit den Kostenträgern einzusteigen. Langfristig ist solch eine Auseinandersetzung mit den Rentenversicherun-

gen und Krankenkassen für einen Wandel in Richtung Zieloffenheit unausweichlich, da diese das Angebotsspektrum der Suchthilfe maßgeblich mitbestimmen.

Es besteht zudem der Bedarf an der praktischen **Initiierung neuer Projekte und der Integration von evidenzbasierten Konzepten und Programmen** in ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass strukturierte Konsumreduktionsprogramme, wie kT oder KISS, in nur wenigen Beratungsstellen angeboten werden, deren Evidenz empirisch jedoch durchaus belegt ist, scheint die Ausweitung dieser Programme notwendig. Neben der Erhöhung des Bekanntheitsgrads von Interventionen zur Konsumreduktion, könnte dies auch für Klient\*innen ohne Abstinenzwunsch einen möglichen Türöffner zur Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung darstellen. Für die praktische Durchführung von Gruppenprogrammen im Bereich der Konsumreduktion müsste jedoch auch die Frage der Kostenübernahme geklärt werden. Hierfür sollte sich in der Praxis unter anderem dafür stark gemacht werden, die Finanzierung von Suchtberatungs- und Behandlungsstellen als kommunale Pflichtaufgabe anerkennen zu lassen. So könnte die Bereitstellung von abstinenzunabhängigen Interventionen auch finanziell verlässlich abgesichert werden.

Ergänzend ist es für Fachkräfte in Suchtberatungsstellen notwendig, die bereits integrierten Bausteine der ZOS, wie eine umfassende Zielabklärung, auch mit der notwendigen zieloffenen Haltung zu verknüpfen. Beispielsweise sollten die konsumierten Substanzen der Klientel nicht nur aus statistischen Gründen erfasst werden. Stattdessen sollten sich Fachkräfte bewusst machen welcher Mehrwert solch ein Vorgehen für den gesamten Unterstützungsprozess mit sich bringen kann. Es ist dementsprechend eine **bewusste und strukturierte Implementierung der verschiedenen Bausteine** notwendig.

Wie bereits angemerkt handelt es sich bei dem Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit um eine Art Idealzustand. Es kann daher nicht erwartet werden, dass Einrichtungen alle Aspekte zu einhundert Prozent erfüllen können. Nichtsdestotrotz kann eine zieloffene Arbeitsweise insbesondere für Klinische Sozialarbeiter\*innen als Grundvoraussetzung anerkannt werden, da diese mit den theoretischen und ethischen Grundlagen der Profession übereinstimmt und die Bedarfe der Klientel in den Mittelpunkt der Arbeit stellt.

## 12. Diskussion der Methodik

Im Folgenden wird nun eine kritische Würdigung der empirischen Untersuchung vorgenommen. Dabei werden die Stärken und Schwächen der methodischen Vorgehensweise betrachtet und Empfehlungen für weitere Untersuchungen aufgezeigt.

Die Wahl eines **qualitativen Untersuchungsdesigns** mittels Expert\*inneninterviews kann als geeignet und gewinnbringend eingestuft werden, da die Exploration von individuellen Haltungen und Sichtweisen im Zentrum des Forschungsinteresses stand und diese mithilfe der gewählten Erhebungsmethode herausgearbeitet werden konnten. Durch die leitfadengestützten Interviews konnten einzelne Themen flexibel vertieft werden, wodurch bessere Einblicke in die subjektiven Sichtweisen der Interviewpartner\*innen wie auch die Strukturen der Beratungsstellen gewonnen werden konnten. Durch das qualitative Design ist es jedoch nicht möglich allgemeingültige Aussagen zu treffen, da nur exemplarische Einblicke in dieses Arbeitsfeld gewonnen wurden.

Bei der Generierung der **Stichprobe** wurde angestrebt, möglichst viele Sozialarbeiter\*innen aus verschiedenen Suchtberatungs- und Behandlungsstellen in Bayern und Baden-Württemberg zu befragen. Des Weiteren wurde darauf geachtet, alle Trägertypen gleichermaßen abzubilden. Als Stärke der Befragung kann anerkannt werden, dass sich das finale Sample als qualifiziert für die Beantwortung der Forschungsfragen erwies und der Expert\*innenstatus aller Interviewpartner\*innen verifiziert werden konnte. Anzumerken ist jedoch, dass Interviewpartner 05 durch seine Rolle als Geschäftsführer teilweise nur limitiert Aussagen zu den praktischen Beratungstätigkeiten treffen konnte. Andererseits konnte er durch seine Leitungsposition tiefgreifendere Einblicke in die strukturellen Bedingungen der Suchtberatungsstelle bieten, was als sehr gewinnbringend erachtet wurde. Auch der Einbezug einer Einrichtung, in welcher bereits der Implementierungsprozess der ZOS durchlaufen wurde, hat sich als Bereicherung erwiesen, da so ein beispielhafter Vergleich zu Haltungen in anderen Einrichtungen gezogen werden konnte. Auch gelang es, Interviews mit Fachkräften aus Einrichtungen der Diakonie und Caritas sowie mit freien Trägern zu führen.

Kritisch anzumerken ist, dass ein größeres Sample zu umfassenderen Ergebnissen geführt hätte. Dies war im Rahmen dieser Masterthesis durch die zeitliche Begrenzung und mangelnde Rückmeldung jedoch nur schwer umsetzbar. Auch die Eingrenzung des Samples auf Einrichtungen in Bayern und Baden-Württemberg kann als Schwäche der Forschung betrachtet werden, da die generierten Ergebnisse so nicht auf ganz Deutschland übertragbar sind. Auf-



grund dessen wäre für Folgeuntersuchungen eine Ausweitung der Stichprobengröße sowie eine bundesweite Untersuchung ratsam.

Positiv anzumerken ist, dass sich der genutzte **Interviewleitfaden** grundsätzlich als zielführend erwies, da alle relevanten Hauptaspekte abgedeckt und die darin gestellten Fragen in der Regel auch gut verstanden wurden. Im Nachhinein hätten einige Fragen jedoch präziser formuliert werden können, da beispielsweise nicht alle Expert\*innen eine eindeutige Aussage bezüglich ihrer Einstellungen hinsichtlich einer Konsumreduktion als finales Ziel trafen. Des Weiteren hätte die Frage nach der praktischen Umsetzung der Zielarbeit auf die Konsumziele spezifiziert werden sollen. Auch der Begriff „Paradigma“ musste während zwei Interviews nochmals erläutert werden. Ferner erwies sich die Offenheit der Fragestellungen einerseits als überaus gewinnbringend, da eine Vielzahl von relevanten Informationen generiert werden konnten und die Expert\*innen in einen Redefluss kamen, andererseits wurden teilweise Themen ausgeführt, welche im Rahmen der Forschungsfrage nicht von Relevanz sind. Zudem tauchten während der Interviews Aspekte auf, welche nicht explizit mit dem Fragebogen tangiert und so auch nicht von allen Interviewpartner\*innen aufgegriffen wurden. Ein Beispiel hierfür ist, dass der Leitfaden keine Fragen bezüglich Motivierender Gesprächsführung oder einer Konsum- und Zielabklärung enthielt. Aufgrund dessen kann nicht sicher festgestellt werden, ob einzelne Fachkräfte diese Aspekte in der Praxis tatsächlich nicht nutzen oder es lediglich nicht erwähnt haben. Auch die Fragenreihenfolge hat sich prinzipiell als zielführend erwiesen, wobei anzumerken ist, dass die Expert\*innen in einigen Interviews bereits anderen Fragen vorgriffen, wodurch es teilweise zu Dopplungen kam. Oftmals wurden vorherige Angaben dadurch jedoch nochmals ergänzt, wodurch bessere Einblicke in die Einrichtungen und das subjektive Verständnis der Interviewpartner\*innen erfolgten.

Die **Datenschutzrichtlinien und forschungsethischen Grundsätze** konnten zudem durch eine umfassende Aufklärung der Interviewpartner\*innen wie auch die im Vorhinein unterschriebenen Einwilligungserklärungen eingehalten werden. Auch die Haltung und das Verhalten der Forschenden gegenüber den Expert\*innen war stets von Respekt und Wertschätzung geprägt.

Bezüglich der **Durchführung der Interviews** ist auffällig, dass die beiden persönlich durchgeführten Interviews mit Abstand am kürzesten sind. Dies hängt insbesondere damit zusammen, dass die Interviewerin hierbei nicht die Uhrzeit im Blick hatte und aufgrund dessen weniger vertiefende Fragen stellte. Des Weiteren wurden diese Interviews mit einem Diktiergerät

aufgezeichnet, welches eine mangelhafte Tonqualität aufwies, wodurch manche Worte bei der Transkription der Audiodateien als unverständlich markiert werden mussten. Bei der Interviewdurchführung über die Online-Plattform Zoom konnten positive Erfahrungen mit der internen Aufzeichnungsfunktion gesammelt werden, da diese eine gute Tonqualität aufwies. Des Weiteren konnten Termine flexibler vereinbart und die pandemiebedingten Infektionsschutzregeln eingehalten werden. Negativ anzumerken ist jedoch, dass es bei einem Interview zu technischen Schwierigkeiten kam und eine Interviewpartnerin kurzzeitig abgelenkt wurde. Dies hätte durch eine persönliche Interviewführung verhindert werden können, wird jedoch im Gesamtkontext der Forschungsergebnisse nicht als hinderlich eingeordnet. Positiv anzumerken ist generell, dass die Interviewteilnehmer\*innen das Setting des Interviews selbst bestimmen konnten (*persönlich, telefonisch, Zoom*), was eine flexiblere Terminfindung ermöglichte. Kritisch anzumerken ist des Weiteren, dass die Forschende während den Interviews zum Teil ergänzende Fragen stellte, welche im Kontext der Forschungsfragen nicht unbedingt von Relevanz sind. Beispielsweise nach der genauen Ausgestaltung der ambulanten Therapie (vgl. I08). Dies zog die Interviews zum Teil in die Länge und verhinderte so möglicherweise die Thematisierung relevanterer Aspekte. Auf der anderen Seite konnte durch ergänzende Fragen teilweise auch ein größeres Verständnis für die Sichtweisen der Interviewpartner\*innen erlangt werden. Zudem darf nicht außer Acht gelassen werden, dass manche Expert\*innen möglicherweise fachlich erwünschte Aussagen getroffen haben, um sich selbst und ihre Einrichtung in ein positives Licht zu rücken, wodurch es zu einer Verzerrung der Forschungsergebnisse kommen kann. Es ist jedoch anzumerken, dass die Mehrheit der Interviewpartner\*innen sehr reflektierte und auch kritische Aussagen bezüglich ihrer eigenen Tätigkeiten und Einrichtungen trafen.

Die vorliegende Untersuchung kann durch die Eingrenzung und Größe des Samples keine allgemeingültigen Aussagen hinsichtlich der Akzeptanz Zieloffener Suchthilfe bei Fachkräften in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen treffen. Dennoch konnten die zentralen Forschungsfragen exemplarisch beantwortet werden, sodass die Ergebnisse der Untersuchung als Hinweise und Ansatzpunkte für weitere Forschungsarbeiten verstanden werden können. Für weiterführende Untersuchungen wäre es dementsprechend zielführend, eine größere Heterogenität der Stichprobe anzustreben und die Untersuchung bundesweit durchzuführen sowie generell mehr Einrichtungen in die Studie miteinzubeziehen. Des Weiteren wäre auch eine Ausweitung der Studie auf die stationäre Suchthilfe denkbar, um so neben den strukturellen Unterschieden auch Differenzen in der Haltung und den Einstellungen zwischen Sozialarbei-

ter\*innen in der ambulanten und stationären Suchthilfe herauszuarbeiten. Um zudem noch bessere Einblicke in strukturelle Hürden und Rahmenbedingungen zu gelangen, welche die Implementierung der Zieloffenen Suchtarbeit erschweren, könnten auch die primären Kostenträger der ambulanten und stationären Unterstützungsangebote in die Untersuchung miteinbezogen werden.

## **VI. Resümee und Ausblick**

Mit dieser Masterthesis wurde der Frage nachgegangen, in welchem Ausmaß das Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit in ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen bereits umgesetzt wird und welche persönlichen Haltungen Fachkräfte diesbezüglich vertreten.

Hierzu wurden im Theorieteil zunächst die strukturellen Gegebenheiten des deutschen Suchthilfesystems in den Blick genommen. Dabei konnte aufgezeigt werden, dass insbesondere die Kostenträger dazu beitragen, dass die Strukturen vieler Suchthilfeeinrichtungen nach wie vor abstinenzenorientiert ausgerichtet sind. Eine lebenslange Abstinenz stellt für viele Menschen jedoch kein realisierbares und erstrebenswertes Ziel dar, was zur Folge hat, dass Menschen mit einem Veränderungswunsch die Inanspruchnahme von Hilfen meiden oder immer wieder Erfahrungen des Scheiterns durchleben. Sowohl die nähere Auseinandersetzung mit den drei Behandlungsparadigmen als auch der Blick auf den aktuellen Forschungsstand konnte veranschaulichen, dass die Einordnung des Abstinenzziels als Königsweg heutzutage nicht mehr gültig ist. Es existieren diverse Studien, welche für die Wirksamkeit von Interventionen im Bereich einer Konsumreduktion sprechen und die Notwendigkeit eine Ausweitung der aktuellen Unterstützungsangebote für Menschen mit Substanzkonsumstörungen verdeutlichen. Es konnte zudem herausgestellt werden, dass ein Wandel der Suchthilfe in Richtung einer zieloffenen Arbeitsweise im Sinne der Klinischen Sozialarbeit ist, da die zieloffene Grundhaltung mit den professionsethischen Werten und Grundlagen der Sozialen Arbeit übereinstimmen. Nicht zuletzt wurde hervorgehoben, welchen großen Einfluss die Fachkräfte auf solch einen Wandlungsprozess in der Suchthilfe haben können.

Mithilfe der leitfadengestützten Interviews mit Sozialarbeiter\*innen in ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen wurde festgestellt, dass in der Praxis bereits Anteile der Zieloffenen Suchtarbeit umgesetzt und praktiziert werden. Es wurde deutlich, dass Klient\*innen zumindest im Beratungssetting bei allen drei Konsumzielen unterstützt werden können und viele der Sozialarbeiter\*innen bereits Aspekte der zieloffenen Grundhaltung verinnerlicht haben. Auf der anderen Seite zeigen sich in den Bereichen der Umsetzungskompetenzen, der Ziellarbeit sowie dem generellen Spektrum an Unterstützungsangeboten diverse Aspekte, an welchen für eine vollständige Implementierung der ZOS gearbeitet werden müsste. Durch die Einblicke in die persönlichen Einstellungen der Fachkräfte wurde deutlich, dass in der Praxis eine generelle Zugewandtheit und Offenheit gegenüber der ZOS besteht. Da die Sozialarbeiter\*innen teilweise jedoch gewisse Unsicherheiten bezüglich der Realisierbarkeit und Nach-

haltigkeit des Ziels eines kontrollierten Konsums verspüren, ist bei manchen Fachkräften eine innerliche Präferenz des Abstinenzziels erkennbar. Des Weiteren konnten diverse Hürden und Rahmenbedingungen identifiziert werden, welche einen Wandlungsprozess in Richtung Zieloffene Suchtarbeit aktuell verlangsamen und erschweren.

Grundsätzlich ist es durch die qualitative Studie demensprechend gelungen, einen kleinen Einblick in die Wandlungsprozesse der deutschen Suchthilfe zu erlangen. Da zu dieser Thematik bislang keine Forschung bekannt war, konnte hiermit ein Eindruck des aktuellen Stands bezüglich der Akzeptanz Zieloffener Suchtarbeit bei Fachkräften in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen generiert werden. Es wurde exemplarisch hervorgehoben, inwieweit die einzelnen Komponenten der ZOS bereits verbreitet sind und welche Einstellungen Fachkräfte diesbezüglich vertreten. Die Forschungsergebnisse konnten verdeutlichen, dass in ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen bereits eine grundlegende Offenheit für alternative Konsumziele existiert. Um Wandlungsprozesse in Richtung ZOS weiter zu fördern, müsste das Paradigma und dessen Grundhaltung sowohl unter Fachkräften als auch Klient\*innen und der Gesellschaft großflächig an Bekanntheit dazugewinnen. Generell ist das Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit nicht nur auf den Bereich der Suchthilfe zu beschränken. Prinzipiell sollten alle Fachkräfte, welche mit substanzkonsumierenden Menschen arbeiten, professionsübergreifend für dieses Thema und eine zieloffene Grundhaltung sensibilisiert werden. Des Weiteren konnten diverse Themen aufgezeigt werden, welche in weiteren Forschungsarbeiten aufgegriffen werden sollten, um die Unsicherheiten und Zweifel an der Evidenz des Paradigmas und der damit einhergehenden Gleichstellung der drei Veränderungsziele entgegenzuwirken. Eine Stärkung der Wissenschaftlichkeit im Bereich der ZOS ist unabdingbar, um das Paradigma weiter zu verbreiten und im Diskurs mit Kostenträgern oder anderen Parteien, eine fundierte Argumentationsgrundlage aufzuweisen. Um die Relevanz des Themas zu verdeutlichen, muss sich demnach sowohl in der Theorie als auch in der Praxis weiterhin intensiv mit dieser Thematik auseinandergesetzt und Standpunkte auch öffentlich vertreten werden.

Auch wenn ein Wandel des Suchthilfesystems in Richtung Zieloffene Suchtarbeit mit der Überwindung diverser struktureller und fachlicher Hürden sowie viel Durchhaltevermögen und einem intensiven Diskurs verbunden ist, erscheint dieser Schritt im Kontext der Klinischen Sozialarbeit und unter Beachtung der vorliegenden Untersuchungsergebnisse als notwendig und unausweichlich. Eine weitreichende Implementierung der ZOS könnte einerseits Stigmatisierungsprozesse gegenüber Menschen mit Substanzkonsumstörungen abbauen und

andererseits Klient\*innen des Suchthilfesystems bei der Erreichung einer selbstbestimmten Lebensweise und eines biopsychosozialen Wohlbefindens unterstützen. Eine Arbeit nach dem Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit bietet für Klinische Sozialarbeiter\*innen demnach die Grundlage, um Menschen mit Substanzkonsumstörungen wirklich nachhaltig und ganzheitlich unterstützen zu können und den professionsethischen Grundsätzen gerecht zu werden.

### **Literaturverzeichnis**

- Auth, Viktoria; Stöver, Heino (2019/2020): Knapp eine halbe Million Konsumvorgänge in risikominimierender Umgebung. Ein Resümee aus Nordrhein-Westfalen und Hessen. In: *Rausch- Wiener Zeitschrift für Suchttherapie* 8./9. (4/1).
- Bader, Thomas (2004): Die Bedeutung der abstinenzorientierten Drogentherapie. In: Jürgen Rink (Hg.): Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhängigkeit zur Kontrollabhängigkeit. Beiträge zum Wandel der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, S. 24–39.
- Bähren, Eva; Döcker-Stuckstätte, Christa; Doll, Sandy; Dreyer, Klaus-Heinrich; Erdélyi, Paul; Grösbrink, Hans et al. (2011): Jugend Sucht Hilfe. Kooperationen zwischen den Hilfesystemen. Hg. v. LWL - Landesjugendamt, Schulen und Koordinationsstelle Sucht. Münster. Online verfügbar unter [https://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/M7/M7\\_Suchthilfe.pdf](https://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/M7/M7_Suchthilfe.pdf), zuletzt geprüft am 27.12.2021.
- Batra, Anil; Kaspar, Patrick (2004): Kontrolliert reduziert rauchen. In: Jürgen Rink (Hg.): Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhängigkeit zur Kontrollabhängigkeit. Beiträge zum Wandel der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, S. 94–106.
- Batra, Anil; Müller, Christinan A.; Mann, Karl; Heinz, Andreas (2016): Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Alkohol. Diagnostik und Behandlungsoptionen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 113 (17), S. 301–311.
- Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (2007): Grundsätze der Bayrischen Staatsregierung für Drogen - und Suchtfragen. Beschluss der Bayrischen Staatsregierung vom 12.Juni 2007. Online verfügbar unter [https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2016/04/grundsaeetze\\_suchtfragen.pdf](https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2016/04/grundsaeetze_suchtfragen.pdf), zuletzt geprüft am 04.02.2022.
- Bischof, Gallus; Lange, Nikolaus; Rumpf, Hans-Jürgen; Preuss, Ulrich W. (2019): Stellungnahme Dachgesellschaft Sucht: Reduziertes Trinken und Schadensminderung bei der Behandlung von Alkoholkonsumstörungen. In: *SUCHT* 65 (2), S. 115–134.
- Bürkle, Stefan (2015): Wo stehen die Beratungsstellen? Neue Herausforderungen in der ambulanten Suchthilfe. Konturen online. Online verfügbar unter

<https://www.konturen.de/schwerpunktthema/schwerpunktthema-1-2015-ambulante-suchthilfe/wo-stehen-die-beratungsstellen/>, zuletzt geprüft am 18.02.2022.

Bürkle, Stefan; Harter, Klaus (2011): Perspektiven einer zukunftsorientierten ambulanten regionalen Suchthilfe. Diskussionspapier. Hg. v. Caritas Suchthilfe e.V. CaSu. Freiburg.

Dauber, Hanna; Künzel, Jutta; Schwarzkopf Larissa; Specht, Sara (2020): Suchthilfe in Deutschland 2019. Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). Hg. v. IFT Institut für Therapieforchung München. München. Online verfügbar unter [https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user\\_upload\\_dshs/Publikationen/Jahresberichte/DSHS\\_Jahresbericht\\_DJ\\_2019.pdf](https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/Publikationen/Jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_DJ_2019.pdf), zuletzt geprüft am 15.11.2021.

Degkwitz, Peter (2002): Drogenkonsum/- abhängigkeit als Lebensstil und/ oder Krankheit. In: Lorenz Böllinger (Hg.): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. 5., vollst. überarb. Aufl. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag (Bd. 12), S. 20–37.

Degkwitz, Peter (2014): Konsumreduktion oder die (unabgeschlossene Geschichte der) Zieldifferenzierung in der Suchtbehandlung. In: *Suchttherapie* 15 (4), S. 154–164.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN); Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT) (2020): S3 Leitlinie “Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen”. Online verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html>, zuletzt geprüft am 08.03.2022.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V. (Hg.) (2016): Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention. Online verfügbar unter <https://www.dg-sas.de/de/kompetenzprofil/>, zuletzt geprüft am 29.12.2021.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2014): Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland. Hamm.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (1999): Ethische Prinzipien in der professionellen Suchtkrankenhilfe. Hamm. Online verfügbar unter [https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/suchthilfe/Suchthilfe/Ethische\\_Prinzipien.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Suchthilfe/Ethische_Prinzipien.pdf), zuletzt geprüft am 17.02.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2013): Vereinbarungen im Suchtbereich. Rehabilitation von Abhängigkeitskranken (Rehabilitation). Online verfügbar unter



[https://www.deutsche-  
rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen  
/konzepte\\_systemfragen/konzepte/vereinbarungen\\_im\\_suchtbereich.html](https://www.deutsche-<br/>rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen<br/>/konzepte_systemfragen/konzepte/vereinbarungen_im_suchtbereich.html), zuletzt  
geprüft am 21.02.2022.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2021): Entwöhnungsbehandlung – ein Weg aus der  
Abhängigkeit. Unsere Hilfen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen  
(Rehabilitation, 305). Online verfügbar unter [https://www.deutsche-  
rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/entwoehnun  
gsbehandlung.html](https://www.deutsche-<br/>rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/entwoehnun<br/>gsbehandlung.html), zuletzt geprüft am 02.02.2022.

DHS (2019): Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland. Analyse der  
Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven. Update 2019. Hg. v. Deutsche  
Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). Hamm. Online verfügbar unter  
[https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/suchthilfe/Versorgungssystem/Die\\_Ver  
sorgung\\_Suchtkranker\\_in\\_Deutschland\\_Update\\_2019.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgungssystem/Die_Ver<br/>sorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf), zuletzt geprüft am  
17.11.2021.

Diakonie Deutschland (2020): Suchtberatung als kommunale Pflichtaufgabe verankern und  
absichern. Online verfügbar unter  
[https://www.diakonie.de/pressemeldungen/suchtberatung-als-kommunale-  
pflichtaufgabe-verankern-und-  
absichern#:~:text=Die%20Corona%2DPandemie%20hat%20die,sie%20endlich%20fi  
nanziell%20zu%20sichern.,](https://www.diakonie.de/pressemeldungen/suchtberatung-als-kommunale-<br/>pflichtaufgabe-verankern-und-<br/>absichern#:~:text=Die%20Corona%2DPandemie%20hat%20die,sie%20endlich%20fi<br/>nanziell%20zu%20sichern.,) zuletzt geprüft am 24.03.2022.

Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse.  
Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Marburg.

Drinkmann, Arno (2002): Kontrolliertes Rauchen: Standortbestimmung und Perspektiven. In:  
*Suchttherapie* 3 (2), S. 81–86.

Drinkmann, Arno; Gradl, Sabine (2007): Soll man Tabakreduktionsprogramme anbieten? In:  
*Suchttherapie* 8 (4), S. 148–151.

Drinkmann, Arno; Lettl, Benjamin (2015): Die Akzeptanz von kontrolliertem Konsum als  
Behandlungsziel unter Suchthilfefachkräften in Bayern. In: *Suchttherapie* 16 (2), S.  
82–89.

Eisenmann, Peter (2012): Werte und Normen in der sozialen Arbeit. Philosophisch-ethische  
Grundlagen einer Werte- und Normenorientierung sozialen Handelns. 2., überarb. und

- erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Sozialpädagogik). Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-17-022299-1>.
- Flatschart, Elmar (2016): Multiple Krise und politische Regulation. Gesellschaftlicher Wandel unter post-politischen Bedingungen? In: Judith Fritz und Nino Tomaschek (Hg.): Gesellschaft im Wandel. Gesellschaftliche, wirtschaftliche und ökologische Perspektiven. Münster, New York: Waxmann (Band 5), S. 81–96.
- Fritzsche, Siegfried (2018): Kein Zug nach Nirgendwo. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Gebel, Tobias; Grenzer, Matthis, Kreusch, Julia; Liebig, Stefan, Schuster, Heidi; Tschewinka, Ralf; Watteler, Oliver; Witzel, Andreas (2015): Verboten ist, was nicht ausdrücklich erlaubt ist: Datenschutz in qualitativen Interviews. In: *Forum: Qualitative Sozialforschung* 16 (2), o.S.
- Geißler-Piltz, Brigitte; Mühlum, Albert; Pauls, Helmut (2010): Klinische Sozialarbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag München Basel.
- Gerlach, Ralf; Stöver, Heino (2009): Inhalte, Bedeutung, Stellenwert, Organisation und Finanzierung von psychosozialer Betreuung im Rahmen von Substitutionsbehandlungen. - Eine Zwischenbilanz. In: Ralf Gerlach und Heino Stöver (Hg.): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Praxis und Bedeutung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 15–34.
- GK Quest Akademie (2022): Motivation – Selbstmanagement – Gesundheit. Seminare – Workshops – Programme. Online verfügbar unter [https://www.gk-quest.de/media/3ff7843c-fd92-42de-b3ef-98863676b3ee/0ru4oQ/overall/downloads/seminare\\_gkquest\\_2022.pdf](https://www.gk-quest.de/media/3ff7843c-fd92-42de-b3ef-98863676b3ee/0ru4oQ/overall/downloads/seminare_gkquest_2022.pdf), zuletzt geprüft am 11.04.2022.
- Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Glöckler, Theresa M. (2018): Abstinenz versus kontrollierter Konsum – Therapieziel bei Abhängigkeit. In: *Ärzteblatt Sachsen* 29 (8), S. 327–330.
- Gruene, Thomas; Maus, Friedrich; Schuhmacher, Thomas; Lohwasser, Christian; Gosejacob-Rolf, Hille; Krämer, Ingrid et al. (2014): Berufsethik des DBSH. Ethik und Werte. In: *Forum Sozial. Die Berufliche Soziale Arbeit* (4).

- Hansjürgens, Rita (2016a): Soziale Arbeit in der ambulanten Suchthilfe. Optionen zur Professionalisierung und fachlichen Inszenierung als gleichwertige Partnerin in einem multiprofessionellen Feld. Coburg: ZKS-Verlag.
- Hansjürgens, Rita (2016b): Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Ein Feld mit vielen Möglichkeiten. In: *Soziale Arbeit* 65 (9), S. 333–336.
- Hansjürgens, Rita (2018): Tätigkeiten und Potentiale der Funktion „Suchtberatung“. Expertise im Auftrag von Caritas Suchthilfe e. V. (CaSu), Freiburg und Gesamtverband für Suchthilfe e. V. (GVS – Fachverband der Diakonie Deutschland), Berlin. Berlin. Online verfügbar unter [https://www.dg-sas.de/media/filer\\_public/0f/0b/0f0b198f-ebfe-4888-9bff-b96120a58e58/expertise\\_suchtberatung\\_final.pdf](https://www.dg-sas.de/media/filer_public/0f/0b/0f0b198f-ebfe-4888-9bff-b96120a58e58/expertise_suchtberatung_final.pdf), zuletzt geprüft am 29.12.2021.
- Happel, Hans-Volker; Körkel, Joachim; Becker, Gabi; Lipsmeier, Gero (2014): Erfolgreiche Konsumreduktion bei Drogenabhängigen: Ein Pyrrhussieg? In: *Suchttherapie* 15 (4), S. 187–190.
- Harm Reduction International: Was ist Harm Reduction? Online verfügbar unter [https://www.hri.global/files/2021/05/05/What\\_is\\_Harm\\_Reduction\\_German\\_HRI.pdf](https://www.hri.global/files/2021/05/05/What_is_Harm_Reduction_German_HRI.pdf), zuletzt geprüft am 02.02.2022.
- HAW Landshut (2021): Kommentiertes Vorlesungsverzeichnis. Master Klinische Sozialarbeit. WS 2021/22. Online verfügbar unter [https://www.haw-landshut.de/fileadmin/Hochschule\\_Landshut\\_NEU/Ungeschuetzt/Fakultaet-SozA/download/Master\\_Klinische\\_Sozialarbeit/Master\\_KlinSA\\_Kommentiertes\\_Vorlesungsverzeichnis\\_WS\\_\\_2021\\_22.pdf](https://www.haw-landshut.de/fileadmin/Hochschule_Landshut_NEU/Ungeschuetzt/Fakultaet-SozA/download/Master_Klinische_Sozialarbeit/Master_KlinSA_Kommentiertes_Vorlesungsverzeichnis_WS__2021_22.pdf), zuletzt geprüft am 08.04.2022.
- Helfferich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Henssler, Jonathan; Müller, Martin; Carreira, Helena; Bschor, Tom; Heinz, Andreas; Baethge, Christopher (2021): Controlled drinking-non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. In: *Addiction* 116 (8), S. 1973–1987.
- Hofmann, Melanie; Wehner, Bertram (2019/2020): Warum gibt es keine Drogenkonsumräume in Bayern? In: *Rausch- Wiener Zeitschrift für Suchttherapie* 8./9. (4/1), S. 229–236.

- Homfeldt, Hans Günther; Gahleitner, Silke Birgitta (2018): Gesundheit und Krankheit. In: Gunther Graßhoff, Anna Renker und Wolfgang Schröer (Hg.): Soziale Arbeit. Eine elementare Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 43–54.
- Hug, Sonja (2016): Menschenwürde – ein wichtiger ethischer Bezugspunkt der Sozialen Arbeit. In: Ueli Merten und Peter Zängl (Hg.): Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit. Wirkungsorientiert - kontextbezogen - habitusbildend. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich, S. 167–183.
- Klein, Michael (2018/2019): Suchthilfe im Überblick – Geschichte und Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe in Deutschland. In: *Rausch- Wiener Zeitschrift für Suchttherapie* 7./8. (4/1), S. 253–263.
- Klein, Michael (2019): Suchthilfe als Passion und Profession der Klinischen Sozialarbeit. Geschichte, Entwicklungsaufgaben, Zukunft. In: *Klinische Sozialarbeit- Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung* 15 (4), S. 4–7.
- Klein, Michael (2020): Suchtberatung in Deutschland – Der weite Weg von der Konfession zur Profession. Online verfügbar unter <https://www.addiction.de/suchtberatung-in-deutschland-der-weite-weg-von-der-konfession-zur-profession/>.
- Körkel, Joachim (2004): Abstinenz und kontrolliertes Trinken: Sich ergänzende Ziele in der Suchtbehandlung. In: Jürgen Rink (Hg.): Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhängigkeit zur Kontrollabhängigkeit. Beiträge zum Wandel der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, S. 66–91.
- Körkel, Joachim (2005): Kontrolliertes Trinken: Zwischen freiem Willen und biologischem Determinismus. In: Fontane-Klinik Motzen (Hg.): Willensfreiheit – eine nützliche Illusion in der Psychotherapie. Eigendruck: Fontane-Klinik (9), S. 66–88. Online verfügbar unter <https://www.kontrolliertes-trinken.de/kontrolliertes-trinken/de/3/3/hintergrund/determinismus.aspx>.
- Körkel, Joachim (2012): 30 Jahre Motivational Interviewing: Eine Übersicht und Standortbestimmung. In: *Suchttherapie* 13 (03), S. 108–118.
- Körkel, Joachim (2014): Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder. In: *Suchttherapie* 15 (4), S. 165–173.

- Körkel, Joachim (2015a): Denkstile über Sucht: Beginn eines Wandels. In: Otto Schmid und Thomas Müller (Hg.): Sucht – Genuss und Therapie. Ein gesellschaftlicher Wandel. Lengerich: PABST Science Publishers, S. 71–84.
- Körkel, Joachim (2015b): Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. In: *SUCHT* 61 (3), S. 147–174.
- Körkel, Joachim (2016): Vom Abstinenzdogma zum Paradigma Zieloffener Suchtarbeit. In: *ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 47? (1), S. 40–48.
- Körkel, Joachim (2018): Zieloffenheit als Grundprinzip in der Arbeit mit Suchtkranken: Was denn sonst? In: *Rausch- Wiener Zeitschrift für Suchttherapie* 7 (1), S. 95–103.
- Körkel, Joachim (2019): Paradigmenwechsel in der Suchthilfe. Vom einseitigen Abstinenzgebot zur „Zieloffenen Suchtarbeit“. In: *Kerbe - Forum für soziale Psychiatrie* 37 (1), S. 19–21.
- Körkel, Joachim (2020): Die Interventionsmatrix als zentraler Bestandteil zieloffener Suchtbehandlung. In: *Rausch- Wiener Zeitschrift für Suchttherapie* 9 (2), S. 30–40.
- Körkel, Joachim; Becker, Gabi; Happel, Hans-Volker; Lipsmeier, Gero (2011): Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums. Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in der niedrighwelligen Drogenhilfe 2006-2010. KISS Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum. Hg. v. idh- Integrative Drogenhilfe e.V. Frankfurt am Main. Online verfügbar unter [https://www.idh-frankfurt.de/images/downloads/KISS\\_Studie\\_Abschlussbericht\\_Zusammenfassung.pdf](https://www.idh-frankfurt.de/images/downloads/KISS_Studie_Abschlussbericht_Zusammenfassung.pdf), zuletzt geprüft am 24.09.2021.
- Körkel, Joachim; Nanz, Matthias (2016): Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit. In: akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe und JES e.V. (Hg.): 3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht. Lengerich: PABST Science Publishers, S. 196–204.
- Körkel, Joachim; Nanz, Matthias (2017): „Change Your Smoking“: Ein zieloffenes Behandlungsprogramm zur Veränderung des Tabakkonsums. In: *Rausch- Wiener Zeitschrift für Suchttherapie* 6 (2), S. 43–52.
- Körkel, Joachim; Schindler, Christine (1999): Ziele und Zielvereinbarungen in der Suchtarbeit. In: Fachverband Sucht (Hg.): Entscheidungen und Notwendigkeiten. Neuland: Geesthaacht, S. 174–196.

- Körkel, Joachim; Soyka, Michael; Bottlender, Miriam; Spanagel, Rainer (2005): Pro und Kontra: Kontrolliertes Trinken als sinnvolle und notwendige Behandlungsoption. In: *Psychiatrische Praxis* 32 (7), S. 324–326.
- Körkel, Joachim; Verthein, Uwe (2010): Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain. In: *Suchttherapie* 11 (1), S. 31–34.
- Krausz, Michael (2015): Zwischen Katastrophenszenarien und Empowerment - Paradigmen patientenzentrierter Suchtbehandlung. In: Otto Schmid und Thomas Müller (Hg.): *Sucht – Genuss und Therapie. Ein gesellschaftlicher Wandel*. Lengerich: PABST Science Publishers, S. 85–89.
- Krebs, Marcel; Mäder, Roger; Mezzera, Tanya (Hg.) (2021): *Soziale Arbeit und Sucht*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Kruse, Jan (2015): *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, Udo (2016): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Laging, Marion (2008): Klinische Sozialarbeit in der Suchthilfe. In: Silke Gahleitner und Gernot Hahn (Hg.): *Klinische Sozialarbeit: Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung* 1. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl., S. 222–243.
- Laging, Marion (2018): *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen - Konzepte - Methoden*. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Grundwissen Soziale Arbeit).
- Laging, Marion (2020): *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen - Konzepte - Methoden*. 2., aktualisierte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Lammel, Ute Antonia; Funk, Kurt (2017): Sozialtherapeutische Ansätze in der ambulanten und stationären Suchtarbeit. In: Ute Antonia Lammel und Helmut Pauls (Hg.): *Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung*. Dortmund: verlag modernes lernen, S. 194–209.
- Lamnek, Siegfried (2010): *Qualitative Sozialforschung*. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- Lauer, Thomas (2019): *Change Management. Grundlagen und Erfolgsfaktoren*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Gabler. Online verfügbar unter <http://www.springer.com/>.

- Leith, Katherine (2020): Grundlagen ethischen Handelns in der Sozialen Arbeit. 1. Auflage. Bremen: Apollon University Press.
- Leune, Jost (2013): »Hier sind Sie richtig« – Klinische Sozialarbeit und ihre Schlüsselfunktion in der Suchthilfe. In: *Klinische Sozialarbeit- Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung* 9 (1), S. 15–16.
- Liel, Katrin (2020): Theorie und Praxis des bio-psycho-sozialen Modells: Rolle und Beitrag der Sozialen Arbeit. In: Christina Rummel und Raphael Gaßmann (Hg.): Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen - Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin. Stuttgart: Kohlhammer, S. 69–79.
- Lindenmeyer, Johannes (2004): Abstinenz als Orientierung in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken. In: Jürgen Rink (Hg.): Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhängigkeit zur Kontrollabhängigkeit. Beiträge zum Wandel der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH.
- Mann, Karl (2015): Können Alkoholabhängige ihre Trinkmengen durch eine Kombination von Medikamenten und Kurzinterventionen dauerhaft reduzieren? In: *SUCHT* 61 (1), S. 29–36.
- Manthey, Jakob; Stöver, Heino; Meyer-Thompson, Hans-Günter (2018): Cannabis und Schadensminderung in Deutschland. In: *Suchttherapie* 19 (2), S. 148–158.
- Meili, Daniel; Dober, Susan; Eyal, Edgar (2004): Abstinenz als Ziel - fragwürdige Kontrollen als Effekt Gedanken zur Substitution. In: Jürgen Rink (Hg.): Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhängigkeit zur Kontrollabhängigkeit. Beiträge zum Wandel der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, S. 128–143.
- Michels, Ingo Ilja; Stöver, Heino (1999): Kontaktläden. In: Heino Stöver (Hg.): Akzeptierende Drogenarbeit - Eine Zwischenbilanz. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S. 97–106.
- Miller, William R.; Rollnick, Stephen (2015): Motivational interviewing. Motivational Interviewing. 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Misoch, Sabina (2019): Qualitative Interviews. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg.

- Müller, Burkhard (1992): Sozialpädagogik als Wissenschaft und als Handwerk. In: Friedhelm G. Vahsen (Hg.): Paradigmenwechsel in der Sozialpädagogik. Bielefeld: KT-Verlag.
- Münchmeier, Richard (1992): Paradigmenwechsel in der Sozialen Arbeit? In: Friedhelm G. Vahsen (Hg.): Paradigmenwechsel in der Sozialpädagogik. Bielefeld: KT-Verlag, S. 24–48.
- Pauls, Helmut (2013): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 3. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.
- Poehlke, Thomas; Heinz, Werner; Stöver, Heino (2016): Drogenabhängigkeit und Substitution - ein Glossar von A-Z. 4. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Pohlner, Sabine; Obert, Klaus (2019): Zieloffene Suchtarbeit. Sucht- und Sozialpsychiatrische Hilfen im Caritasverband Stuttgart e. V. In: *Kerbe - Forum für soziale Psychiatrie* 37 (1), S. 29–31.
- Potthast, Nadine; Catani, Claudia (2012): Trauma und Sucht: Implikationen für die Psychotherapie. In: *SUCHT* 58 (4), S. 227–235.
- Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten (RatSWD) (2020): Handreichung Datenschutz. 2. vollständig überarbeitete Auflage (RatSWD Output, 8 (6)). Online verfügbar unter <https://www.konsortswd.de/aktuelles/publikation/handreichung-datenschutz-2/>, zuletzt geprüft am 24.03.2022.
- Rihs, Ruth (2021): Eine Selbstverständlichkeit: Soziale Arbeit in der ambulanten Suchtberatung und Therapie. In: Marcel Krebs, Roger Mäder und Tanya Mezzera (Hg.): Soziale Arbeit und Sucht. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 55–74.
- Rüther, Tobias; Eberhardt, Kerstin; Kiss, Alexa; Pogarell, Oliver (2014): Reduziertes Rauchen: Was können Interventionen erreichen und wie sollten sie gestaltet sein? In: *Suchttherapie* 15 (4), S. 179–186.
- Rutz, Wolfgang; Pauls, Helmut (2017): Gesundheitsversorgung im gesellschaftlichen Wandel. Ein Aufruf für eine europäische biopsychosoziale Gesundheitsperspektive. In: Ute Antonia Lammel und Helmut Pauls (Hg.): Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung. Dortmund: verlag modernes lernen, S. 17–26.



- Scherbaum, Norbert (2007): Die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. In: *Der Nervenarzt* 78 (1), 103–109.
- Schmidt-Semisch, Henning (2020): Von der Abstinenz zur Akzeptanz. In: *APuZ-Aus Politik und Zeitgeschichte* 70 (49-50), S. 24–30.
- Sichelschmidt, Joschka; Cramer, Ino (2015): *Klinische Sozialarbeit als behandelnde Profession. Theoriebildung und Entwicklung eines Behandlungsansatzes*. Bargteheide, Germany: Psymed-Verlag.
- Spode, Hasso (2012): Die Anfänge der Suchthilfe im 19. Jahrhundert: Vom Kreuzzug zur Behandlungskette. *13* (4), S. 155–161.
- Steinle, Claus; Eggers, Bernd; Ahlers, Friedel (2008): *Change Management. Wandlungsprozesse erfolgreich planen und umsetzen. Mit Fallbeispielen*. München, Mering: Rainer Hampp Verlag.
- Stöver, Heino (2009): Akzeptierende Drogenarbeit weiterentwickeln! In: *Sozial Extra* 33 (38), S. 38–41.
- Stöver, Heino (2018/2019): Harm Reduction- Ergebnisse akzeptanzorientierter und niedrigschwelliger Drogenarbeit. In: *Rausch- Wiener Zeitschrift für Suchttherapie* 7/8 (4/1), S. 303–312.
- Stöver, Heino; Michels, Ingo Ilja (1999): Gesundheitsräume - Geschichte, Bedeutung für DrogenkonsumentInnen und Stellenwert innerhalb der Drogenhilfe und -politik. In: Heino Stöver (Hg.): *Akzeptierende Drogenarbeit - Eine Zwischenbilanz*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S. 117–119.
- Thiessen, Barbara; Dannenbeck, Clemens; Wolff, Mechthild (Hg.) (2019): *Sozialer Wandel und Kohäsion. Ambivalente Veränderungsdynamiken*. Wiesbaden, Heidelberg: Springer VS.
- Uchtenhagen, Ambros (2004): Kontrollverlust und Verhaltenskontrolle. In: Jürgen Rink (Hg.): *Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhängigkeit zur Kontrollabhängigkeit. Beiträge zum Wandel der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe*. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, S. 14–23.
- van den Brink, Wim (2003): Drogenkonsum und Sucht: gestern - heute - morgen. In: *Suchttherapie* 4 (2), S. 89–92.

- Vogt, Ruth (2015): Aktuelle Situation, Entwicklungen und Herausforderungen der Schadensverminderung - Ein Bericht aus der Praxis. In: Otto Schmid und Thomas Müller (Hg.): Sucht – Genuss und Therapie. Ein gesellschaftlicher Wandel. Lengerich: PABST Science Publishers.
- Walter, Henriette; Rösner, Lilly Gertrude (2018): Nicht immer ist die Abstinenz das Ziel. In: *psychopraxis. neuropraxis* 21 (6), S. 272–275.
- Walters, Glenn D. (2000): Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. In: *Behavior Therapy* 31 (1), S. 135–149.
- Wendt, Kai (2017): Suchthilfe & Suchttherapie. Leitfaden für die Praxis. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Wolff, Mechthild; Dannenbeck, Clemens (2021/2022): Forschungsethische Prinzipien für die Fakultät Soziale Arbeit. Hochschule Landshut. Landshut.

## **Anhang A**

### **A1: Anschreiben an die Expert\*innen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Laura Kohr und ich studiere derzeit Klinische Sozialarbeit an der Hochschule Landshut. Im Rahmen meiner Masterthesis zum Thema „Suchthilfe im Wandel – Akzeptanz der Zieloffenen Suchtarbeit bei Fachkräften in Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe“, führe ich eine qualitative Untersuchung mithilfe von Expert\*inneninterviews durch. Betreut wird meine Masterarbeit von Frau Prof. Dr. Liel.

Ziel meiner Arbeit ist es herauszufinden, inwieweit das Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit (ZOS) in der Praxis bereits verbreitet ist und welche Bestandteile davon genutzt oder eben nicht genutzt werden. Des Weiteren geht es mir insbesondere um die persönlichen Einstellungen, welche Expert\*innen in Hinblick auf die ZOS und die darin enthaltenen möglichen Veränderungsziele der Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminimierung vertreten. Hierbei geht es mir nicht darum die Arbeit oder Einstellungen der Expert\*innen zu bewerten, sondern die aktuelle Stimmungslage hinsichtlich zieloffener Hilfen exemplarisch herauszuarbeiten, um so entsprechende Schlussfolgerungen für die Praxis und weitere Forschungen erarbeiten zu können.

**Hierfür suche ich Sozialarbeiter\*innen im Bereich der ambulanten Suchthilfe, welche sich von mir im Rahmen eines leitfadengestützten Interviews befragen lassen würden. Das Interview wird je nach Präferenz persönlich oder telefonisch stattfinden und ist zeitlich auf ungefähr 45- 60 Minuten angelegt. Der Interviewleitfaden wird Ihnen vorab zur Verfügung gestellt.**

**Die Interviews sollen ab Januar bis Februar 2022 stattfinden, wobei ich mich selbstverständlich an die terminlichen Vorgaben der Interviewpartner\*innen anpasse.**

Da die Interviews aufgezeichnet und die Ergebnisse in meiner Masterarbeit veröffentlicht werden, ist mir der Schutz der persönlichen Daten aller Befragten besonders wichtig. Alle erhobenen Daten werden selbstverständlich anonymisiert und vertraulich behandelt, sodass keine Rückschlüsse auf Person oder Einrichtung möglich sein werden.

Es würde mich sehr freuen, wenn Sie als Expert\*innen bereit sind an einem Interview teilzunehmen. Ich wäre für diese Mithilfe sehr dankbar!

Für Rückfragen stehe ich Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Laura Kohr

(laurakohr@gmx.de)

## **A2: Einwilligungserklärung zur Interviewdurchführung**

### **A. Gegenstand des Forschungsprojekts und Grundlage der Einwilligungserklärung**

#### **1. Forschungsprojekt**

Masterthesis im Studiengang „Klinische Sozialarbeit“ an der HAW Landshut zum Thema „*Suchthilfe im Wandel – Akzeptanz der Zieloffenen Suchtarbeit bei Fachkräften in Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe*“.

#### **2. Beschreibung des Forschungsprojekts**

Die Forschung beschäftigt sich mit der Frage, in welchem Ausmaß das Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit in der ambulanten Suchthilfe bereits umgesetzt wird und welche persönlichen Einstellungen Expert\*innen in Hinblick auf die ZOS sowie die Veränderungsziele der Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminimierung aufzeigen. Die qualitative Untersuchung gestaltet sich explorativ und soll die aktuelle Stimmungslage hinsichtlich zieloffener Hilfen exemplarisch herausarbeiten, um so entsprechende Schlussfolgerungen für weitere Forschungen sowie die Praxis erarbeiten zu können.

#### **3. Interviewerin/ Projektleitung**

Laura Kohr (laurakohr@gmx.de)

#### **4. Projektbetreuung**

Prof. Dr. Katrin Liel (katrin.liel@haw-landshut.de)

#### **5. Interviewdatum**

XX.XX.2022 um XX: XX Uhr; Dauer: ca. 60 Minuten

#### **6. Art der personenbezogenen Daten**

Name, Geschlecht, E-Mail-Adresse, Einrichtung, Berufsbezeichnung.

Während des Interviews wird Ihr beruflicher Werdegang sowie Ihre Ausbildung erfragt.

Die Aufnahme des Interviews erfolgt über die Onlineplattform Zoom in Form von Video- und/ oder Tonaufzeichnung.

## **B. Informationen über die Erhebung personenbezogener Daten und Umgang mit dem Interviewmaterial**

### **1. Zweck der Datenverarbeitung/ Ziel des Forschungsprojekts:**

Die erhobenen Daten dienen dem Zweck der Beantwortung der oben genannten Forschungsfrage sowie der wissenschaftlichen Generierung neuen Wissens für Forschung und Praxis. Des Weiteren dient die von Laura Kohr verfasste Masterthesis und das damit verbundene Interview, der Erlangung des akademischen Grades „Master of Arts“ im Masterstudiengang „Klinische Sozialarbeit“.

### **2. Umgang mit den Interviewmaterialien**

Alle erhobenen Daten werden von Laura Kohr so weit anonymisiert, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person oder Einrichtung möglich sein werden. Bei Einwilligung wird das Gespräch auf Band und Video aufgenommen, anschließend transkribiert und in die Abschlussarbeit einbezogen. Das Transkript können Sie gerne erhalten.

Nach der Benotung der Masterthesis werden alle personenbezogenen Daten und Aufnahmen gelöscht, sodass nur noch das anonymisierte Transkript existiert. Die von Ihnen unterschriebene Einwilligungserklärung wird separat aufbewahrt und dient lediglich dem Fall einer datenschutzrechtlichen Überprüfung des Forschungsprojekts. Diese kann mit Ihrem Interview nicht mehr in Verbindung gebracht werden.

Ihre personenbezogenen Daten werden an keine weitere Person übermittelt.

### **3. Rechtsgrundlage**

Ihre personenbezogenen Daten werden auf Basis Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO verarbeitet.

Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben haben Sie dabei gegenüber Laura Kohr grundsätzlich Anspruch auf:

- Auskunft über die erhobenen personenbezogenen Daten sowie deren Verarbeitung,
- Berichtigung der Daten, bei falscher Verarbeitung/ Nennung,
- Löschung der Daten, soweit für deren Verarbeitung keine Rechtfertigung sowie keine Pflicht zur Aufbewahrung (mehr) besteht,
- Einschränkung der Verarbeitung in besonders gesetzlich bestimmten Fällen

Ich möchte ausdrücklich darauf hinweisen, dass Sie das Interview zu **jeder Zeit abbrechen** oder die **Antworten auf einzelne Fragen verweigern** können. Es entstehen Ihnen dadurch **keine Nachteile**. Die Einwilligung beruht auf Freiwilligkeit und kann **stets widerrufen** sowie die **Löschung des Interviews von Ihnen verlangt** werden. Wenden Sie sich hierzu bitte an die Projektleitung.

Bitte senden Sie die untenstehende Einwilligungserklärung (Seite 4) vor dem Interviewtermin unterschrieben per Mail an mich zurück. Bei Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

**C. Einwilligungserklärung über die Erhebung personenbezogener Daten und Durchführung des Interviews**

Hiermit willige ich ein, dass die von mir erhobenen personenbezogenen Daten im Rahmen des unter A. beschriebenen Forschungsprojekts von Laura Kohr verarbeitet werden dürfen.

Ich bin über das Vorgehen bei der Durchführung, Verschriftlichung, Datenspeicherung und Auswertung des von mir gegebenen Interviews informiert worden. Mir ist bewusst, dass die Teilnahme an diesem Interview freiwillig ist und ich das Interview jederzeit abbrechen, Antworten auf einzelne Fragen verweigern und mein Einverständnis für die Aufzeichnung und Transkription des Interviews zurückziehen kann, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich somit einverstanden, dass das mit mir geführte Interview digital als Ton- und Videoaufnahme aufgezeichnet, anschließend transkribiert, anonymisiert und im Rahmen des Forschungsprojekts verarbeitet wird.

Unter den oben genannten Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben.

---

Vor- und Nachname (in Druckschrift)

---

Ort und Datum

---

Unterschrift

### **A 3: Interviewleitfaden**

#### **Interviewleitfaden**

#### **Begrüßung und Vorstellung – Hinweise zum Ablauf des Interviews – Information zur Verwendung und Freigabe der Daten**

##### **Einführung:**

- 1) Können Sie mir zunächst etwas über ihren beruflichen Werdegang erzählen?
  - a. Wie lange sind Sie bereits in der Suchthilfe tätig/ in ihrer Einrichtung tätig?
- 2) Was hat sie dazu bewogen im Arbeitsfeld der Suchthilfe tätig zu sein?

##### **Einrichtung und Zielgruppe**

- 3) Erzählen Sie mir doch bitte kurz etwas über ihre Einrichtung und die Menschen, die zu Ihnen kommen.
  - a. Was genau ist der Auftrag ihrer Einrichtung und was sind ihre Aufgaben dabei?
  - b. Wie häufig haben Sie Kontakt zu ihren einzelnen Klient\*innen?
  - c. Wie würden Sie die Selbstbestimmungsfähigkeit ihrer Klient\*innen einordnen?
- 4) Für welche Suchtmittel bietet ihre Einrichtung, bzw. Sie Unterstützung an?
  - a. Wie gehen Sie vor, wenn ein/e Klient\*in Suchtmittel konsumiert, die nicht in ihren Behandlungsbereich fallen?
  - b. Wie gehen Sie vor, wenn ein/e Klient\*in einen Multisubstanzkonsum betreibt?
- 5) Würden Sie ihre Einrichtung als „zieloffen“ beschreiben und woran machen Sie dies für sich fest?

##### **Vorwissen**

- 6) Sind sie mit dem Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit (ZOS) vertraut?
  - a. Wie würden Sie das Paradigma der ZOS in ihren eigenen Worten beschreiben?
  - b. Was war ihr erster Kontakt mit der ZOS (Studium/ Fortbildungen/ Fachbuch etc.)?
  - c. Wurden in Ihrer Einrichtung bereits Fortbildungen zum Thema ZOS oder Konsumreduktion angeboten?



### Zielarbeit

- 7) Können Sie mir bitte kurz exemplarisch beschreiben, wie Sie bei der Zielabklärung mit ihren Klient\*innen vorgehen?
  - a. Inwiefern haben die Klient\*innen ein Mitbestimmungsrecht bei der Festlegung ihres Behandlungsziels?
  - b. Sprechen Sie mit Ihren Klient\*innen auch über alternative Zielrichtungen?
  - c. Gibt es Fälle, bei welchen Sie das Ziel klar vorschreiben (müssen)? Können Sie mir hierfür Beispiele nennen und lassen sich diese Beispiele auch in Generalisierung bringen?
  - d. Ist es möglich, dass Klient\*innen in der Arbeit mit Ihnen für unterschiedliche Substanzen gleichzeitig verschiedene Ziele verfolgen z.B. für Tabak Abstinenz und für Alkohol eine Konsumreduktion?
- 8) Welche Veränderungsziele äußern ihre Klient\*innen am häufigsten?

### Vorhandene Unterstützungsangebote

- 9) Welche Unterstützungsangebote bieten sie in ihrer Einrichtung für die drei großen Veränderungsziele der ZOS an?
  - a. Unterstützungsangebote für das Ziel der **Abstinenz**
  - b. Unterstützungsangebote für das Ziel der **Schadensminimierung/ Harm Reduction**
  - c. Unterstützungsangebote für das Ziel der **Konsumreduktion** (spezifische Programme/ Projekte)

### Persönliche Einstellungen der Fachkräfte

- 10) Bitte positionieren Sie sich zu den folgenden Thesen und begründen Sie ihren Standpunkt:
  - a. Mit abstinenzorientierten Unterstützungsangeboten erreichen Klient\*innen langfristig am besten ihre Ziele. Was ist Ihre Meinung dazu?
  - b. Eine Konsumreduktion wird in der Theorie von vielen Expert\*innen als finales Ziel nur in besonderen Fällen akzeptiert (Alkohol, ältere Klient\*innen etc.). Wie würden Sie sich positionieren?
  - c. Es existiert eine Hierarchie der Konsumziele: 1) Abstinenz als oberstes Ziel, 2) Konsumreduktion und 3) Schadensminimierung. Würden Sie dem zustimmen?

- d. Viele Expert\*innen zögern zieloffene Hilfen in ihrer Arbeit zu implementieren. Erleben Sie dies auch so?

### **Ausblick**

- 11) Was müsste sich ihrer Meinung nach noch verändern, um die Zieloffene Suchtarbeit mehr in der Praxis zu implementieren und auch das Ziel der Konsumreduktion als „Endzustand“ verfolgen zu können?
  - a. Was müsste sich in Bezug auf **Einstellungen und Haltungen** verändern?
  - b. Was müsste sich in Bezug auf **Rahmenbedingungen** verändern?
  - c. Wo erkennen sie dabei **strukturelle Hürden**?
  - d. Was müsste sich auch in Bezug auf **fachliche und professionelle Diskurse** ändern?

### **Abschluss:**

Gibt es noch etwas in Hinblick auf die Zieloffene Suchtarbeit und die drei Veränderungsziele, das bisher noch nicht thematisiert wurde und Sie als relevant empfinden?

### **Dank- Verabschiedung**

**A4: Kategoriensystem**

Übersicht

<b>Hauptkategorien</b>	
<b>1)</b>	<p><b>Vorhandene Unterstützungsangebote</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1. Zuständigkeit (Suchtmittel)</li> <li>1.2. Abstinenzorientierte Angebote</li> <li>1.3. Konsumreduktionsangebote</li> <li>1.4. Schadensminimierende Angebote</li> <li>1.5. Umsetzungskompetenzen und Aufgabenbereiche der Fachkräfte</li> </ul>
<b>2)</b>	<p><b>Zielarbeit in der Praxis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1. Mitbestimmungsrecht der Klientel</li> <li>2.2. Konsum- und Zielabklärung</li> <li>2.3. Multisubstanzkonsum</li> <li>2.4. Thematisierung Alternativer Zielrichtungen</li> <li>2.5. Motivierende Gesprächsführung</li> </ul>
<b>3)</b>	<p><b>Kenntnisse über das Paradigma der ZOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1. Vorwissen</li> <li>3.2. Berührungspunkte im Studium</li> <li>3.3. Fortbildungsangebote</li> <li>3.4. Bezeichnung der Einrichtung (zieloffen oder nicht)</li> </ul>
<b>4)</b>	<p><b>Innere Haltung der Fachkräfte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4.1. Einordnung der Selbstbestimmungsfähigkeit</li> <li>4.2. Wahl der Veränderungsziele</li> <li>4.3. Kontrollverlust</li> <li>4.4. Umgang mit extern vorgeschriebenen Zielen</li> <li>4.5. Verantwortung für die Veränderung</li> <li>4.6. Suchtverständnis/ Menschenbild</li> </ul>
<b>5)</b>	<p><b>Persönliche Einstellungen und Erfahrungen bezüglich der Veränderungsziele</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5.1. Ziele der Klientel</li> <li>5.2. Einstellungen/ Erfahrungen bezüglich Abstinenz</li> <li>5.3. Einstellungen/ Erfahrungen bezüglich Konsumreduktion</li> <li>5.4. Einstellungen/ Erfahrungen bezüglich Schadensminimierung</li> <li>5.5. Gewichtung der Veränderungsziele</li> </ul>

<b>6)</b>	<b>Ausblick (Was müsste sich noch verändern, um ZOS in der Praxis mehr zu implementieren)</b>  6.1. Einstellungen von Fachkräften 6.2. Rahmenbedingungen / strukturelle Bedingungen 6.3. Gesellschaftliche Faktoren 6.4. Professioneller Diskurs innerhalb der Sozialen Arbeit
<b>7)</b>	<b>Sonstiges</b>

### Erläuterung

#### **1) Vorhandene Unterstützungsangebote**

Subkategorien zu „vorhandene Unterstützungsangebote“	Kurze Definition	Ankerbeispiel
1.1.Zuständigkeit (Suchtmittel)	Umfasst den Zuständigkeitsbereich der Einrichtungen bezogen auf legale und illegale Substanzen.	„Wir sind eine Beratungsstelle für Suchtkranke mit jeglichen Substanzen und auch Suchtverhalten. Wir behandeln Leute mit einem Alkoholproblem, mit einem Drogenproblem, mit Medikamentenabhängigkeit, mit Glücksspiel mit Essstörungen (...), psychosoziale Begleitung für Substituierte und Angehörige sowie für die Bevölkerung, die auch Fragen haben. Aber der Schwerpunkt liegt schon auf dem Alkohol- und Drogenbereich.“ (I02: 38-42)
1.2 Abstinenzorientierte Angebote	Umfasst Unterstützungsangebote für das Veränderungsziel der Abstinenz.	„Also grundsätzlich zur Abstinenz haben wir natürlich, die stationäre Vermittlung und auch die ambulante Therapie. Das sind so die Hauptangebot. Also ich lasse so ein bisschen diesen Bera-

		tungsprozess aus, denn in diesem Beratungsprozess entscheidend und klären wir das beziehungsweise die Klienten. Aber genau das sind die zwei GROßEN Angebote für die Abstinenz, die wir haben und natürlich die Vermittlung in Entgiftung und so weiter.“ (I08: 402-406)
1.3. Konsumreduktionsangebote	Umfasst Unterstützungsangebote für das Veränderungsziel der Konsumreduktion.	„Wir bieten es im Einzel an, im Einzelgespräch und wir haben immer Gruppen. Aktuell haben wir vier Gruppen im Jahr, und zwar seit Corona zwei online und zwei in Präsenz.“ (I09: 392-394)
1.4. Schadensminimierende Angebote	Umfasst Unterstützungsangebote für das Veränderungsziel der Schadensminimierung/ Harm Reduction	„Also in dem Sinne kein PROGRAMM. Kein wissenschaftliches Programm was die durchlaufen. Aber ambulant betreutes Wohnen ist zum Beispiel Harm Reduction, das muss man ganz klar sagen oder Minimierung von Schaden. Sowie Substitutionsbegleitung, das gehört dazu. Das sind die großen Angebote, die hier stattfinden.“ (I02: 279-282)
1.5. Umsetzungs-kompetenzen und Aufgabenbereiche der Fachkräfte	Umfasst die Umsetzungs-kompetenzen der Fachkräfte in den drei Zielbereichen sowie deren spezifische Aufgabengebiete innerhalb ihrer Einrichtung.	„Also ich arbeite im Beratungssetting, das heißt, ich mache auch ambulante Therapie. Ich mach auch Nachsorge. Ich habe Nachsorgegruppen, wir haben Motivationsgruppen und ich bin für den Bereich Homework zuständig. Also ich bin eigentlich so ein

		bisschen zweigeteilt, also niedrigschwellig und dann wieder hochschwellig.“ (I06: 60-62)
--	--	--

## 2) Zielarbeit in der Praxis

<b>Subkategorien zu „Zielarbeit in der Praxis“</b>	<b>Kurze Definition</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
2.1. Mitbestimmungsrecht der Klientel	Umfasst Aspekte bezüglich des Mitbestimmungsrechts der Klientel bei der Wahl ihrer Veränderungsziele.	„Aber im Endeffekt bestimmt der Klient die Ziele und die Richtung und die Schnelligkeit des Beratungsprozesses. Und wenn das der Klient nicht macht, sondern ich, dann wird es immer irgendwann schwierig oder es wird Abbrüche geben. Oder es gibt andere Themen, die dazwischenkommen und der Prozess ist meist schwierig. Und daher finde ich der Klient ist der Wichtigste und auch er muss wissen es sind SEINE Ziele, nicht MEINE Ziele.“ (I01: 179-183)
2.2. Konsum- und Zielabklärung	Umfasst die Vorgehensweise der Fachkräfte bezüglich einer Konsum- und Zielabklärung bzw. das Vorhandensein solch eines Vorgehens.	„Genau, das schauen wir immer bei jedem Erstgespräch. Oder auch bei den ersten Beratungsgesprächen schauen wir immer, dass wir sowohl eine Sucht- als auch eine Sozialanamnese vollziehen, also da tatsächlich spezifisch auch noch mal drauf schauen, in welchen Bereichen was konsumiert wird, in welchen Lebensbereichen auch.“ (I08: 134-137)
2.3. Multisubstanzkonsum	Umfasst die Vorgehensweise der Fachkräfte	Es kommt halt jetzt auf den Auftrag drauf an, und ich schaue, was

	beim Vorliegen eines Multisubstanzkonsums.	die Priorität ist. Erstmal frage ich, was die einzelnen Substanzen der Person für einen Gewinn bringen und was dahintersteckt. Und die meisten kommen wirklich und sagen, „ja, ich will zum Beispiel die Benzodiazepine weglassen.“ (I07: 133-136)
2.4. Thematisierung alternativer Zielrichtungen	Umfasst die Thematisierung und das Informieren der Klientel bezüglich Unterstützungsangebote im Bereich der Konsumreduktion und Schadensminimierung.	„Also man schaut, was die wollen. Und dann schlägt man vielleicht schon die Palette vor, die wir bieten können. Aber wirklich gleichwertig neutral, von kontrolliertem Trinken oder einfach erst einmal so Entlastungsberatung bis stationäre Therapie oder Soziotherapie, therapeutische WGs.“ (I04: 358-361)
2.5. Motivierende Gesprächsführung	Umfasst die Anwendung der Motivierenden Gesprächsführung in der Praxis.	„Also gesprächstechnisch arbeiten wir auch nur mit Motivational Interviewing und allein durch die akzeptierende Haltung, kommt das zieloffene ja schon rein.“ (I08: 170-171)

### **3) Kenntnisse über das Paradigma der ZOS**

<b>Subkategorien zu „Kenntnisse über das Paradigma der ZOS“</b>	<b>Kurze Definition</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
3.1. Vorwissen	Umfasst den aktuellen Wissensstand der Fachkräfte bezüglich der ZOS sowie deren persönliche Definition der Zieloffenen Suchtarbeit.	„Die Zieloffene Suchtarbeit ist für uns wirklich ein fundiertes Konzept, das erstmal mit einer zieloffenen Haltung verbunden ist und auch mit dem

		WISSEN, dass es verschiedene wirksame Behandlungsmethoden gibt.“ (I09: 157-159).
3.2. Berührungspunkte im Studium	Umfasst mögliche Berührungspunkte mit der Zieloffenen Suchtarbeit im Studium der Sozialen Arbeit sowie den Zeitraum des Studiums.	„Für Zieloffene Suchtarbeit ist mein Studium glaube ich zu lange weg ( <i>lacht</i> ). Früher war da tatsächlich nur Abstinenz als Ziel wichtig.“ (I06: 183-184)
3.3. Fortbildungsangebote	Umfasst die vorhandenen Fortbildungs- und Weiterbildungsangebote im Bereich der ZOS incl. Konsumreduktionsprogramme.	„Wir als Einrichtungen bieten ja nichts an. Aber wir haben die Möglichkeiten Fortbildung zu besuchen.“ (I02: 149-150)
3.4. Bezeichnung der Einrichtung (zieloffen oder nicht)	Umfasst die persönliche Einordnung der eigenen Einrichtung als „zieloffen“ oder „nicht zieloffen“ sowie die Begründung dessen.	„Ich sehe sie als zieloffen, denn wir haben nicht das komplette Konzept: Abstinenz ist das Ziel, sondern das Ziel wird immer individuell erarbeitet mit den Patienten. Was ist SEIN Ziel? Das wird auch abgefragt und an dem arbeiten wir. Sei es Alkohol, Drogen, egal was, es ist immer zieloffen so gesehen.“ (I03: 135-138)



**4) Innere Haltung der Fachkräfte**

Subkategorien zu „Innere Haltung der Fachkräfte“	Kurze Definition	Ankerbeispiel
4.1. Einordnung der Selbstbestimmungsfähigkeit	Umfasst die inneren Haltungen der Fachkräfte bezüglich der Selbstbestimmungsfähigkeit ihrer Klientel.	„Sie ist einerseits hundert Prozent, weil der Menschen sich ja auch immer entscheidet zu uns zu kommen, er entscheidend sich pünktlich zum Termin zu kommen. Ja, er hat 100 Prozent Selbstbestimmung. Aber es ist wesentlich SCHWIERIGER, manche Ziele umzusetzen.“ (I05: 107-110)
4.2. Wahl der Veränderungsziele	Umfasst die Haltungen bezüglich der Wahl der Veränderungsziele – bezogen auf eine selbstbestimmte Entscheidung der Klientel.	„ich will nicht am Klienten vorbeiarbeiten, der Klient darf bei mir bestimmen, wenn es keine Auflagen von außerhalb gibt, von Gerichten oder von Jugendämtern und die sagen es darf kein Konsum mehr stattfinden.“ (I01: 146-149)
4.3. Kontrollverlust	Umfasst die Haltungen bezüglich eines Kontrollverlusts von Menschen mit Substanzkonsumstörungen.	„Also ein großes Kriterium ist ja Kontrollfähigkeit für eine Abhängigkeit nach dem ICD-10. Und das ist etwas was die Klienten oder Patienten auch verstehen müssen. Kann ich das oder kann ich das nicht? Und sobald sie da noch eine Kontrollfähigkeit haben, denke ich, dass man dann schon auch schauen kann, dass sie kontrolliert mit dem Suchtstoff

		umgehen können.“ (I02: 127-130)
4.4. Umgang mit extern vorgeschriebenen Zielen	Umfasst die Haltungen und den Umgang mit extern auferlegten Zielen – beispielsweise durch gerichtliche Auflagen oder Familienangehörige.	„Dagegen wehren wir uns oder ich mich. Ich sage wir sind Fachkräfte und wir entscheiden was das Ziel ist und nicht irgendwer anderes. Die haben ihre Kompetenzen und bei Sucht haben wir unsere Kompetenzen, da sind nur wir zuständig und wir machen das was wir für richtig halten, nach unseren Kompetenzen.“ (I03: 250-253)
4.5. Verantwortung für die Veränderung	Umfasst die Haltungen bezüglich der Frage, wer verantwortlich für die Veränderung des Substanzkonsums ist (Klientel/ Fachkraft).	„Aber auch wenn da der- oder diejenige nicht kommen möchte, dann das ist DEREN Entscheidung und auch deren Verantwortung am Ende.“ (I08: 275-276)
4.6. Suchtverständnis/ Menschenbild	Umfasst weitere Aspekte des individuellen Suchtverständnisses und Menschenbilds der Fachkräfte.	„Für mich ist jemand abhängig von einer Substanz oder einem Verhalten, wenn das das Leben bestimmt. (...) Und DIE teilweise sich selber ÜBERHAUPT nicht mehr finden können und dann praktisch die Abhängigkeit auf den ganzen Menschen übernommen wird. Ich sehe als meine Aufgabe auch immer, diesen GESUNDEN Anteil bei den Menschen zu suchen. Gerade da, wo man die im ersten Augenblick

		überhaupt nicht mehr erwartet.“ (I07: 615-619)
--	--	--

### **5) Persönliche Einstellungen und Erfahrungen bezüglich der Veränderungsziele**

<b>Subkategorien zu „Persönliche Einstellungen und Erfahrungen bezüglich der Veränderungsziele“</b>	<b>Kurze Definition</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
5.1. Ziele der Klientel	Umfasst die von der Klientel präferierten Veränderungsziele.	„Viele sagen von sich aus schon „Ja ich möchte nicht aufhören“. Im Alkoholbereich ist es vielleicht sogar am häufigsten „ich möchte nicht aufhören, ich möchte lernen kontrolliert zu trinken oder weniger zu trinken“.“ (I03: 237-239)
5.2. Einstellungen/ Erfahrungen bezüglich Abstinenz	Umfasst die Einstellungen und persönlichen Erfahrungen von Fachkräften in Hinblick auf das Ziel einer lebenslangen Abstinenz.	„Also ich denke mir, gesünder leben sie dann vielleicht schon, aber würde ich gar nicht so sagen. Weil viele Leute ja dann oft später wiederkommen, manchmal auch nach drei Jahren und länger, die dann sagen, „ich habe zwar die Abstinenz geschafft und meine ganze Umgebung war mit mir zufrieden, aber ich war zutiefst unglücklich“.“ (I04: 580-583)
5.3. Einstellungen/ Erfahrungen bezüglich Konsumreduktion	Umfasst die Einstellungen und persönlichen Erfahrungen von Fachkräften in Hinblick auf das Ziel eines kontrollierten Konsums.	„Also ich persönlich sehe das eher als Schritt zur Abstinenz, weil ich festgestellt habe, dass viele Klienten sagen, „ach, das ist mir wirklich zu kompliziert. Das schaffe ich nicht“. Dann ist es leichter, gleich zu sagen, „Nein, ich trinke

		gar nichts“.“ (I06: 366-368)
5.4. Einstellungen/ Erfahrungen bezüglich Schadensminimierung	Umfasst die Einstellungen und persönlichen Erfahrungen von Fachkräften in Hinblick auf das Ziel eines weniger schädlichen Konsums.	„Ich sehe es wirklich so, dass diese Leute im Ersatzdrogenprogramm, wenn da Leute zu mir kommen, wie der Diabetiker Insulin bekommt, bekommt er zum Beispiel Methadon oder welche Droge auch immer, LEBENS-LANG. Und ich habe hier Fälle, da würden sie nicht merken, dass die im Drogenersatzprogramm sind, die arbeiten Vollzeit, die arbeiten zum Teil im Schichtdienst.“ (I03: 292-296)
5.5. Gewichtung der Veränderungsziele	Umfasst die persönliche Haltung bezüglich der Gewichtung der drei Veränderungsziele (Hierarchie/ Gleichstellung).	„Ich würde das alles auf gleicher Stufe sehen. Weil ich das einfach in allen drei Bereichen sehe, dass die Ziele gleichwertig sind. Und am Ende ist es großartig, dass die Menschen etwas verändern wollen, unabhängig von dem, wie es aussieht.“ (I08: 595-598)

### **6) Ausblick (Was müsste sich noch verändern, um ZOS in der Praxis mehr zu implementieren)**

<b>Subkategorien zu „Ausblick“</b>	<b>Kurze Definition</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
6.1. Einstellungen von Fachkräften	Umfasst Aspekte, welche sich in Hinblick auf die Einstellungen von Fachkräften in der ambulanten Suchthilfe verändern müssten, um die ZOS weiter zu implementieren	„Ich habe das eher so erlebt, bei den MitarbeiterInnen, die jetzt schon 20, 30 Jahre in der Suchthilfe sind, dass sie sich teilweise schon schwer tun mit dem Gedanken. Und ich kenne es aber halt auch anders, die die sagen, „ja,

	sowie Faktoren, welche der ZOS dabei bereits förderlich gegenüberstehen.	das hat die Berechtigung. Aber das ist nichts für mich, weil ich habe ja noch nie so gearbeitet“.“ (I07: 517-520)
6.2. Rahmenbedingungen/ strukturelle Bedingungen	Umfasst Rahmenbedingungen in Suchtberatungsstellen selbst, als auch die generellen strukturellen Bedingungen, welche den Implementierungsprozess der ZOS aktuell verlangsamen sowie Faktoren, welche der ZOS dabei bereits förderlich gegenüberstehen.	„Also dadurch, dass bei mir in der Einrichtung diese Beschränkungen so NICHT sind, sondern wir versuchen das für jeden möglich zu machen nicht. Aber natürlich ist es einfach schon, dass allein das KISS-Programm nicht über Krankenkassen refinanziert wird. Das sind einfach Themen, wo ich sage, das ist einfach super schwierig und das gehört dringend einfach verändert.“ (I08: 654-658)
6.3. Gesellschaftliche Faktoren	Umfasst gesellschaftliche Faktoren, welche verändert werden müssten, um die ZOS weitreichender zu implementieren sowie Aspekte, welche der ZOS dabei bereits förderlich gegenüberstehen.	„Ich glaube damit würde man vielleicht auch mehr Leute erreichen, wenn man wirklich das auch nochmal in der Öffentlichkeit mehr publiziert. Und nicht das Bild, dass in der Suchtberatung jeder nur Abstinenz möchte. Das wäre mit Sicherheit kein schlechtes Thema da nochmal mehr drauf einzugehen. Aber ja, die meisten stellen sich wirklich vor, wenn sie hier durch die Türe kommen, ab da müssen sie auf alles verzichten. Das ist noch in den Köpfen der Menschen drin in der Öffentlichkeit.“ (I02: 391-396)
6.4. Professioneller Diskurs innerhalb der Sozia-	Umfasst Aspekte, welche sich in Hinblick auf den	„Ich könnte mir vorstellen, dass es gut wäre, noch MEHR, das WIS-

<p>len Arbeit</p>	<p>professionellen Diskurs innerhalb der Sozialen Arbeit verändern müssten, um die ZOS weiter zu implementieren sowie Faktoren, welche der ZOS dabei bereits förderlich gegenüberstehen.</p>	<p>SEN, die uns ja die WISSENSCHAFT in Bezug auf SUCHT auch bietet, was alles möglich ist und was nützlich ist, was wirksam ist. Das noch stärker in der Praxis zu implementieren oder stärker zu BEDENKEN. Da vielleicht noch mehr Vernetzung zu schaffen zwischen Wissenschaft und Praxis.“ (I09: 526-530)</p>
-------------------	--	--

**7) Sonstiges**

	<b>Kurze Definition</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
	<p>Umfasst Aspekte, welche von einzelnen Interviewpartner*innen genannt wurden, im Kontext der Forschungsfrage von Interesse sind, jedoch keiner anderen Kategorie zuordbar sind.</p>	<p>„Und er hat dann vorgeschlagen, mit uns diesen Implementierungsprozess zu machen. Weil das ist schon, dass muss man sagen, ein Prozess der Organisationsentwicklung. Das LERNT man nicht einfach in einer Schulung. Ein Kollege kann zwar sagen, „ich arbeitet zieloffen“, das machen ganz viele, Gottseidank. Das ist toll. Das eine EINRICHTUNG zieloffen arbeitet, das ist für mich ganz klar verbunden mit einer Organisationsentwicklung.“ (I09: 187-191)</p>

## **Anhang B**

### **B1: Transkripte der Interviews**

Die Interviewtranskriptionen werden zur Übersichtlichkeit in einem gesonderten Dokument angehängt.

**Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich versichere hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst, noch nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt, keine anderen als die angegebenen Quellen oder Hilfsmittel benutzt sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe.

Landshut, den 01.05.2022

.....

Laura Kohr

An der HAW Landshut können Studien- und Prüfungsleistungen auf Plagiate überprüft werden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich,

Laura Kohr, Matrikelnummer:1125804

mich damit einverstanden, dass die von mir im Rahmen der Erstellung der Masterarbeit erbrachten Studien- und Prüfungsleistungen nach Abgabe einer automatischen EDV-gestützten Plagiatsüberprüfung unterzogen werden können.

Die Überprüfung der Arbeiten erfolgt ausschließlich in anonymisierter Form, d.h. meine persönlichen Daten (Vorname, Name, studentische E-Mail-Adresse) werden nicht verwendet.

Meine Arbeiten werden zur Plagiatsprüfung nicht dauerhaft gespeichert. mit dem bestandskräftigen Abschluss des jeweiligen Prüfungsverfahrens werden der Prüfbericht sowie sonstige Dateien gelöscht.

Sonstige Aufbewahrungspflichten seitens der Hochschule bleiben unberührt.

Mir ist bekannt, dass eine Nutzung von fremden, nicht kenntlich gemachten Quellen einen Täuschungsversuch darstellt

Landshut, den 01.05.2022

.....

Laura Kohr