

Entstehung der Arbeitsbeziehung in der Suchtberatung

Autor(en): **Hansjürgens, Rita**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **45 (2019)**

Heft 3

PDF erstellt am: **16.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-865662>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Entstehung der Arbeitsbeziehung in der Suchtberatung

2019-3
Jg. 45
S. 31-36

Die Wichtigkeit einer «guten» oder «tragfähigen» Arbeitsbeziehung wird eher normativ postuliert als empirisch begründet. In ambulanten Suchtberatungsstellen wurde der Entstehungsprozess einer solchen Beziehung nun qualitativ untersucht. Als Ergebnis können der Begriff der Arbeitsbeziehung differenzierend näher bestimmt sowie die Bedingungen und das fachliche Können, die zur Entstehung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung beitragen, rekonstruiert werden. Insbesondere sind hier der Zusammenhang zwischen einer sozialarbeiterischen Fallkonstruktion und der Annahme weiterführender Hilfen sowie der transparente Umgang mit der Gatekeeper-Funktion in Bezug auf die Suchtrehabilitation zu nennen.

RITA HANSJÜRGENS

Prof. Dr. M.A., Sozialarbeiterin, Alice-Salomon-Hochschule, Alice-Salomon-Platz 5, D-12627 Berlin, hansjuergens@ash-berlin.eu

Eine Arbeitsbeziehung, die «gut» oder «tragfähig» genannt wird, stellt ein auf Erfahrungswissen basierendes zentrales Element im Rahmen sozialarbeiterischer Hilfen im Allgemeinen und hier besonders interessierend in der Suchtberatung dar (Wenneis 1967; Sapier 1967; Hutterer-Jonas 1990; Goergen 2004). Im Rahmen einer qualitativen Untersuchung wurde dieses Postulat auf der Basis empirischer Daten qualitativ untersucht (Hansjürgens 2018a). Von 2015 bis 2016 wurden im Rahmen einer Qualifikationsarbeit in Suchtberatungsstellen in Deutschland Erstgespräche zwischen Fachkräften Sozialer Arbeit und KlientInnen mit unterschiedlichen Konsummustern (keine Opiatabhängigen) als Audioprotokolle aufgezeichnet. Dazu wurden Begleitinterviews mit den Fachkräften und den KlientInnen über den Verlauf des Gespräches geführt. Die Leitungskräfte wurden zudem zu aktuellen Herausforderungen der Beratungsstelle interviewt, um Einflüsse des Feldes sichtbar zu machen. Der Verlauf des Beratungsprozesses wurde nach ca. sechs Wochen bei den Fachkräften abgefragt. Die Suchtberatungsstellen waren in unterschiedlicher Trägerschaft an verschiedenen Standorten in Deutschland (Multicenter) verortet.

Im Fokus der Untersuchung stand dabei, eine begriffliche Differenzierung zwischen «Beziehung» und «Arbeitsbeziehung» herauszuarbeiten, Strukturen, Bedingungen der Entstehung sowie Einflüsse darauf zu untersuchen und zu klären, ob und, wenn ja, wie dies an Konzepte Sozialer Arbeit als professionelle Leistung von SozialarbeiterInnen gebunden werden kann.

Begriffliche Differenzierung und dynamische Entwicklung der Arbeitsbeziehung

Auf der Basis der sequentiellen Analyse der Daten zeigte sich, dass eine Beziehung zwischen Fachkraft und KlientIn sich ab dem Moment entwickelt, in dem sie sich bewusst zum ersten Mal wahrnehmen (z. B. im Treppenhaus, bei der Begrüßung an der Tür oder auch durch ein vorangegangenes Telefonat zur Terminvereinbarung). Insofern entsteht eine Beziehung in jedem Fall als unvermeidbarer Teil von Kommunikation (Watzlawick et al. 2007 [1969]) und wird in dieser Perspektive also nicht durch die Fachkraft «hergestellt» bzw. lässt sich dementsprechend auch nicht mehr auf «Null» zurücksetzen. Diese zunächst unspezifische Beziehung bildet den Ausgangspunkt für die weitere Ent-

wicklung einer spezifischen Beziehung, die begrifflich als «Arbeitsbeziehung» gefasst werden kann, sobald KlientIn und Fachkraft beginnen, über den Anlass des Aufsuchens der Beratungsstelle und/oder das sog. «Anliegen», also den spezifischen Teil, zu kommunizieren. Die zunächst schwankende und im Lauf des Gesprächs sich stabilisierende Qualität der Arbeitsbeziehung wurde mit Hilfe der ebenfalls auf empirischer Basis beruhenden begrifflichen Kategorien «Vertrauen» und «Misstrauen» (Arnold 2009; Kreis 1985) gefasst. Zum Ende des Gesprächs hatte sich die Qualität entweder in Richtung Vertrauen stabilisiert und konnte daher begrifflich als «vertrauensvolle Arbeitsbeziehung» gefasst werden oder in Richtung Misstrauen und wurde dann als «misstrauische Arbeitsbeziehung» begriffen. Das begriffliche Instrumentarium «vertrauensvolle Arbeitsbeziehung» bzw. «misstrauische Arbeitsbeziehung» beruht also auf der qualitativen Auswertung empirischer Daten.

In Bezug auf die Beziehungsdynamik wurde deutlich, dass sich die zunächst instabile Arbeitsbeziehung in Richtung «Vertrauen» oder «Misstrauen» stabilisierte, je nachdem wie weit eine gegenseitige Verständigung über das Anliegen

geling (das sich im Laufe des Gesprächs auch erst entwickeln oder sich verändern konnte) und eine Zuversicht über dessen Realisierung evoziert werden konnte. In Bezug auf die Entwicklung der Beziehungsdynamik zeigte sich weiter, dass diese beeinflusst war von der Felddynamik des Feldes suchtbezogener Hilfen. Dies bezog sich insbesondere auf die Zuschreibung von Aufgaben von aussen an die Suchtberatungsstellen (z. B. zentrale Zuliefererrolle für Rehabilitation) bei gleichzeitiger prekärer Ressourcenausstattung (wenig bis keine Zeit für Anliegen, die nicht ins Schema «Motivierung» und «Vermittlung» passen). Ein Blick auf die «Ergebnisse» der jeweiligen Erstgespräche legte nahe, dass in den Fällen, in denen sich am Ende eine eher «vertrauensvolle Arbeitsbeziehung» konsolidiert hatte, im Handlungsmodus von Kooperation im weiteren Verlauf der Beratungen weitere Hilfen oder Gespräche eher angenommen wurden. In den Fällen, in denen am Ende des Gesprächs eine eher «misstrauische Arbeitsbeziehung» stand, konnte eher ein Handlungsmodus von Ausübung von Macht gesehen werden (z. B. eine Massnahme oder ein spezifisches Vorgehen wird verordnet) mit dem Ergebnis, dass Hilfen auch im Sinne weiterer Gespräche eher nicht angenommen wurden. Diese Vermutungen bedürfen jedoch noch einer weiteren Überprüfung.

Anliegen zeigten sich in der Untersuchung inhaltlich als sehr heterogen, mussten teilweise erst im Rahmen eines längeren dialogischen Verständigungsprozesses «herausgearbeitet», im Sinne von dialogisch sprachlich gefasst werden, weil KlientInnen sie zunächst nur diffus beschreiben konnten. Inhaltlich bezogen sie sich nur zum Teil auf einen Vermittlungswunsch in weiterführende Hilfen und konnten sich im Laufe des Gesprächs auch wieder ändern, nachdem z. B. weitere Möglichkeiten von Hilfen benannt wurden. Ein Klient wollte zum Beispiel seine Frau wiedergewinnen und eine Rheumarehabilitation für eine «geheime Entgiftung» nutzen, ein anderer hatte vor, seinen Führerschein wieder zu erhalten, wobei eine medizinisch psychologische Untersuchung bevorstand, ein weiterer suchte eine Traumatherapie für sich zu nutzen (bei der Sucht ein Ausschlusskriterium war).

Als weiterer Einflussfaktor in der Entwicklung der Arbeitsbeziehung kann die Dynamik des Feldes der Suchthilfe in Deutschland genannt werden.

Insbesondere ist hier die «Gatekeeper-Rolle» in Bezug auf die Beurteilung der sog. «Rehabilitationsfähigkeit» zu nennen, die der Suchtberatung aus historischen Gründen zugeschrieben und im sog. «integrierten Programm» des Leistungsträgers der Rehabilitation

expliziert wird (vgl. Deutsche Rentenversicherung, 2013).² Die Erfüllung dieser Funktion, die im Rahmen der Arbeitsteilung im Feld grundsätzlich durchaus funktional und angemessen ist, bedeutet jedoch in der Interaktion mit KlientInnen einen Moduswechsel von Verständigung zu Überprüfung. In der Untersuchung, in welcher Erstgespräche analysiert wurden, reagierten alle KlientInnen darauf mit Zeichen von Misstrauen, insbesondere, wenn sie das Prozedere nicht kannten und z. B. zum ersten Mal in einer Suchtberatungsstelle waren. Im Rahmen der Untersuchung wurde deutlich, dass diese Zusammenhänge zwischen Zuschreibung der Aufgabe und «notwendigem» Moduswechsel in der Interaktion den Fachkräften nicht explizit bewusst waren. Es kam daher zu Missverständnissen, die zum Teil im Laufe des Gesprächs nicht mehr aufgelöst werden konnten und deshalb zu einer eher misstrauischen Arbeitsbeziehung führten. Die Effekte traten dann besonders deutlich zu Tage, wenn die Beratungsstelle und darin insbesondere die Suchtberatung besonders prekär mit Finanzmitteln ausgestattet waren bzw. wenig Ressourcen für eine längere eigene Beratungsarbeit hatten, wenn diese Arbeit mit Kennzahlen versehen war oder Vermittlung als Hauptaufgabe der Suchtberatung gesehen wurde, die als blosse

Rekonstruktion der Entstehung der Beziehungsdynamik

Die konkrete Interaktionsdynamik von Fachkraft und KlientIn im Gespräch wurde mit Hilfe psychodynamischer (Stern et al. 2012) und neurowissenschaftlicher (Fuchs 2013) Konzepte rekonstruiert. Eine zentrale Rolle spielte dabei ein Konstrukt, welches von den oben genannten Autoren als «implizites Beziehungswissen» beschrieben wird, das eher gespürt als gewusst wird. Die Entstehung dieses Konstrukts wird im Bereich der Erfahrung, des integrierten Wissens aus Aus- und Fortbildung aber auch des eigenen biografischen «Gewordenseins» vermutet.

Dennoch konnten auch explizite Leistungen der Fachkräfte rekonstruiert werden, die im Zusammenhang mit der Exploration der Anliegen von KlientInnen beobachtet wurden. Die



Abbildung 1: Entwicklung einer Arbeitsbeziehung.

«Durchgangsstation» fungierte.

Für die Entwicklung einer eher vertrauensvollen Arbeitsbeziehung war es bedeutsam, diese äusseren Einflüsse aufgrund der Zuschreibung von Aufgaben in der Interaktion mit den KlientInnen zu neutralisieren. Als wichtige und explizite Leistung der Fachkräfte erwies sich in diesem Zusammenhang, allen Äusserungen des Klienten/der Klientin feinfühlig³ nachzuspüren und zu versuchen, mit ihnen in einen Prozess der Verständigung über sein/ihr Anliegen zu kommen, ohne das Ergebnis dieser Verständigung vorschnell als Mittel zum Zweck einer objektivierenden Einordnung in ein Diagnoseschema oder eine externe Hilfestruktur zu nutzen. In Bezug auf die Ermöglichung der Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung war es hilfreicher, die eigenen Erklärungstheorien und Wünsche der KlientInnen explizit zu würdigen und inhaltlich als Auftrag zur Unterstützung anzunehmen. Es wird vermutet, dass insbesondere die Würdigung der Problemkonstruktionen der KlientInnen und ein explizit hierauf bezogenes konkretes Hilfeangebot ein wichtiges Element zur Entwicklung von Zuversicht bei KlientInnen darstellt, wie dies auch an Fallbeispielen aus der Arbeit mit chronisch Abhängigen beschrieben wurde (Walter & Gollnow 2009).

Für die Fachkräfte schien bedeutsam, um die Beziehung als vertrauensvoll bewerten zu können, dass KlientInnen authentisch kommunizierten (sie kategorisierten dies als «sich öffnen»), diese Authentizität sich im Verhalten zeigte und sie sich kooperativ in Bezug auf Strukturvorgaben seitens der Beratungsstelle einlassen konnten.

In und durch den Prozess dieser Verständigung und damit im Fall eines Gelingens gegenseitig subjektiv empfundener, angemessener Reaktionen auf die Äusserungen des jeweils anderen, mit dem thematischen Hintergrund des Anliegens und konkreten Möglichkeiten zur Hilfe durch die Fachkraft, stabilisierte sich eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung. Geling gelang die Verständigung nicht oder entstand der subjektive Eindruck, dass das Anliegen einer Einordnung in ein Diagnose- und/oder externen Hilfestruktur untergeordnet wurde, KlientInnen nicht authentisch kommunizierten

oder sich auf Strukturvorgaben nicht einlassen konnten oder wollten, stabilisierte sich eine eher misstrauische Arbeitsbeziehung. Eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung ist personengebunden, wie Wyssen-Kaufmann (2012) in einer Untersuchung in der stationären Psychiatrie gezeigt hat, und – so wurde auf der Basis der Auswertung der Begleitinterviews und Abfrage der Prozessverläufe in dieser Untersuchung in Suchtberatungsstellen vermutet – musste sich in weiteren Beratungskontakten immer wieder bewähren. Eine einfache Weiterleitung z. B. wegen nicht vorhandener Zuständigkeit oder Arbeitsentlastung hatte Vermeidungsverhalten zur Folge.

Der sozialpädagogische Zugang als Voraussetzung für die Entstehung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung

Das Vorgehen der Fachkräfte konnte an das sozialpädagogische Konzept der multiperspektivischen Fallarbeit nach Müller (2012)⁴ gebunden werden, indem im Rahmen der Untersuchung herausgearbeitet wurde, dass das Handeln der Fachkräfte in der Phase der Stabilisierung der Arbeitsbeziehung als eine Priorisierung der Falldimension des «Falles mit» (sog. Beziehungsarbeit) gedeutet werden kann. Durch die damit verbundene gemeinsame Fokussierung auf das subjektiv bedeutsame Anliegen der KlientInnen und der respektvolle Umgang mit ihren eigenen Konstruktionen der Problematik realisierte sich daher ein «sozialpädagogischer Zugang» zu KlientInnen, der nach Peters (2014: 77) die Voraussetzung für eine «gelungene Beziehungsarbeit» darstellt, «um KlientInnen auf ihrem Weg prozesshaft und beratend zu begleiten» (ebd.) Diese Konstellation kann ebenfalls als eine spezifische Fallkonstruktion gelesen werden, die nach Bergmann (2014) professionskennzeichnend ist und insofern sozialarbeiterisches Handeln in der Suchtberatung kennzeichnet.

In suchtmedizinischer Perspektive kann formuliert werden, dass erst das, im Zusammenspiel von Verständigung über das Anliegen und Entwicklung von Zuversicht mit einer konkreten Person entwickelte, gegenseitige Vertrauen die Entstehung der Adherence⁵ bei den

KlientInnen ermöglichte. Diese wird in der Feldperspektive der Suchthilfe z. B. für eine längerfristige Lebensstil-verändernde Krankheitsbehandlung (z. B. Suchtrehabilitation) (ebd.) oder für eine Erhöhung von Veränderungsmotivation für eine weitergehende zieloffene Beratung oder längerfristige Begleitung (Hansjürgens 2018b) in der Suchtberatung benötigt. In einer sozialarbeitstheoretischen Perspektive kann die vertrauensvolle Arbeitsbeziehung aber auch als Basis für einen «integrierten Prozessbogen» (Sommerfeld et al. 2011) gelesen werden, der eine, wie auch immer geartete längerfristige Fallbearbeitung z. B. auch in Form eines Case Managements ermöglicht (ebd.).

Zusammenhang zwischen sozialarbeiterischer Fallkonstruktion und erfolgreicher Vermittlung in eine Rehabilitation

Die Motivation zur Annahme und Vermittlung in weiterführende Hilfen bzw. explizit in eine ambulante oder stationäre Suchttherapie (Rehabilitation Sucht)⁶ wird von AkteurInnen im Feld suchtbbezogener Hilfen als zentrales, wenn nicht sogar als das zentrale Element von Suchtberatung betrachtet (Hansjürgens 2018b; Laging 2018). Dies begründet sich wahrscheinlich auch dadurch, dass aus Perspektive der stationären Rehabilitation Sucht in Deutschland 65 % der Vermittlungen in dieses Angebot aus ambulanter Suchtberatung stammen (Braun et al. 2017a: Tab. 3.07).

Diese Einschätzung der zentralen Bedeutung von Motivation zu und Vermittlung in die Rehabilitation Sucht durch Beratungsstellen wird gestützt durch die Ergebnisse der sog. HELPS-Studie. Diese hatte das Ziel zu überprüfen, ob durch die Möglichkeit einer direkten Vermittlung in die Rehabilitation aus Hausarztpraxen, die als zu niedrig empfundene Antritsquote in der Rehabilitation erhöht werden könne. (Fankhänel et al. 2014: 55). Die Ergebnisse der Studie zeigten jedoch genau das Gegenteil. Obwohl aufwändig vorbereitet,⁷ konnte kein einziger Patient, keine einzige Patientin aus einer an der Untersuchung teilnehmenden Arztpraxis in die Rehabilitation Sucht vermittelt werden (ebd.: 57). Dabei ist mit Blick auf das hier im Zentrum



stehende Thema bemerkenswert, dass die Autoren der Studie betonen, dass die Beziehungsqualität zwischen Ärztin und PatientIn in Bezug auf das Studienergebnis eine wichtige Rolle gespielt habe (ebd.). Vor dem Hintergrund der dargestellten Konstellation zur Entstehung einer Arbeitsbeziehung führt dies zu folgender Vermutung darüber, wie dies erklärt werden kann.

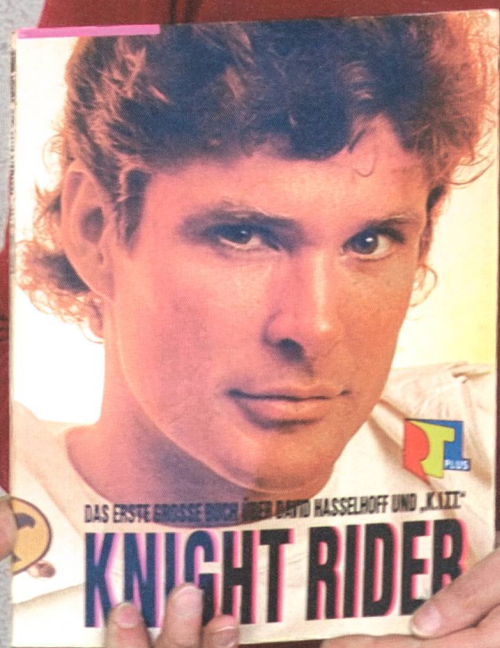
Die in den Erstgesprächen beobachtete und oben bereits beschriebene, sich entwickelnde Beziehungsdynamik legt nahe, dass insbesondere die als hilfreich erlebte zieloffene aktive Unterstützung der KlientInnen durch die Fachkräfte bei der Klärung und Unterstützung bei der Realisierung von subjektiv bedeutsamen Anliegen der KlientInnen das Vertrauen in professionelle Hilfe und damit auch Zuversicht in deren Realisierung beförderte (Priorisierung der Falldimension «Fall mit»). Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass demgegenüber eine von aussen erfolgende Zuschreibung des Beratungsziels «Motivation zu und Vermittlung in Rehabilitation» auf der Basis einer objektivierenden Diag-

nose (Priorisierung der Falldimension «Fall von») (z. B. Ergebnis eines Screenings), wie im Rahmen der HELPS-Studie geschehen, bei Menschen mit einem als problematisch beurteilten Suchtmittelkonsum eher nicht funktional in Bezug auf eine Annahme von Hilfen zu sein scheint. Zur Begründung wird weiter vermutet, dass ein «Vertrösten» der Realisierung «anderer Anliegen», die von KlientInnen aber als subjektiv bedeutsam wahrgenommen werden, auf später, wenn z. B. die Sucht mit dem Ziel der Suchtmittelreduktion oder -abstinenz behandelt wurde, eher eine misstrauische Arbeitsbeziehung befördert und damit die Annahme von Hilfe erschwert. Dies wiederum führt dazu, dass aus der Perspektive der Suchtmedizin KlientInnen zwar eine hohe Problemdichte zugestanden, aber auch eine mangelnde Behandlungsmotivation unterstellt wird (Giersberg et al. 2015: 18) und sie deshalb aus der Sicht des Behandlungssystems als «schwierig» oder «hard to reach» gelten. Diese Erfahrung jedoch, dass Hilfen abgelehnt werden, obwohl sie «objektiv» angezeigt wären, dürfte

wiederum Misstrauen bei suchtmmedizinischen Behandelnden auslösen, so wie dies auch die Autoren der HELPS-Studie für die Gruppe der HausärztInnen vermuten (Fankhänel et al. 2014: 57). Dies würde mit Blick auf die Beziehungsdynamik dazu führen, dass sich beide AkteurInnen eher misstrauisch gegenüberstehen und die Vermutung der Forschungsgruppe erklären, dass ein Grund für das Scheitern der Hausärzte bei der Vermittlung in eine Rehabilitation in der Beziehungsqualität zu suchen sei.

Fazit und Diskussion

Fachkräfte der Sozialen Arbeit in Suchtberatungsstellen tragen durch ihr implizites Beziehungswissen und explizites Handeln dazu bei, dass sich bei KlientInnen, die im suchtmmedizinischen Kontext als «schwierig» gelten, eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung stabilisieren kann. Eine wichtige Rolle spielt dabei eine sozialarbeiterische Fallkonstruktion. Diese zeigt sich in der Priorisierung der Falldimension des «Falles mit» in einer zieloffenen Verständigung über subjektiv bedeutsame Anliegen



DAS ERSTE GROSSE BUCH ÜBER DAVID HASSELHOFF UND „KXIII“

KNIGHT RIDER

RT
PLUS

der KlientInnen sowie deren Möglichkeiten zur Realisierung mit Hilfe aktiver Unterstützung durch die Fachkraft. Eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung trägt einerseits dazu bei, die Zuversicht auf Realisierung eines subjektiv bedeutsamen Anliegens zu erhöhen und, so wird vermutet, erhöht dadurch gleichzeitig die Veränderungsbereitschaft (Motivation) zur Annahme von weiterführenden Hilfen in einer mittel- und oder längerfristigen Perspektive (zum Beispiel einer Suchtrehabilitation). Beeinflusst wird diese fachlich funktionale Einstellung jedoch durch die Zuschreibungen an Fachkräfte der Sozialen Arbeit in Suchtberatungen, primär Vermittlung in weiterführende Hilfen zu leisten und daraufhin zu beraten, durch die prekäre Finanzierung der Beratungsstellen und durch eine im Feld der Suchthilfe implizit vorgenommene Priorisierung von Suchtrehabilitation als zentral angesehener Hilfe. Daher erscheint es sinnvoll, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit sich der Gatekeeper-Rolle im Rahmen einer Arbeitsteilung im Feld der Suchthilfe expliziter bewusst werden, um sie im Gespräch für KlientInnen transparenter ansprechen zu können. Gleichzeitig sollte die Suchtberatung nicht auf die Funktion einer Durchgangsstation und Zuarbeiterin für weiterführende Hilfe reduziert werden. Sie muss dementsprechend mit den notwendigen Ressourcen für Beratung als eigenständige Leistung ausgestattet werden. Das Potential, in anderen Zusammenhängen als «schwierig» geltende KlientInnen zu erreichen, ist vorhanden.

Literatur

- Arnold, S. (2009): Vertrauen als Konstrukt. Marburg: Tectum-Verlag.
- Bergmann, J. (2014): Der Fall als Fokus professionellen Handelns. S. 19–33 in: Jörg Bergmann et al. (Hrsg.), «Der Fall». Bielefeld: Transcript.
- Braun, B./Specht, S./Thaller, R./Künzel, J. (2017a): Deutsche Suchthilfestatistik 2016. München.
- BMG – Bundesgesundheitsministerium (2016): Gesundheitsgefahren. Sucht und Drogen. <https://tinyurl.com/y2gxne55>, Zugriff 08.05.2019.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2013): Vereinbarungen im Suchtbereich. Berlin.
- DG-SAS – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (2016): Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention. Münster.
- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2014): Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland. Hamm.
- Fankhänel, T./Klement, A./Forschner, L. (2014): Hausärztliche Intervention für eine Entwöhnungs-Langzeitbehandlung bei Patienten mit einer Suchterkrankung (HELPS). Sucht Aktuell (2): 55–59.
- Fuchs, T. (2013): Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Stuttgart: Kohlhammer.
- Giersberg, S./Touil, E./Kästner, D./Büchtmann, D./Moock, J./Kawohl, W./Rössler, W. (2015): Alkoholabhängigkeit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Goergen, H. et al. (2004): Arbeit der Suchtberatungsstellen der freien Wohlfahrtspflege Saarbrücken. Schriftenreihe der Saarländischen Landesstelle für Suchtfragen. Band 5.
- Hansjürgens, R. (2018a): «In Kontakt kommen». Baden-Baden: Tectum.
- Hansjürgens, R. (2018b): Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung. Freiburg/Berlin. www.tinyurl.com/y2835ena, Zugriff 08.05.2019.
- Hutterer-Jonas, V. (1990): Das Erstgespräch mit Alkoholkranken. Suchtgefahren 36: 332–334.
- Kreis, S. (1985): Die Kategorie «Beziehung» in der Kommunikationsanalyse. Zürich.
- Laging, M. (2018): Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Stuttgart: Kohlhammer.
- Müller, B. (2012): Sozialpädagogisches Können. Freiburg i. B.: Lambertus.
- Peters, O. (2014): Problemskizzen im Beratungsprozess Alkoholkranker. Neue Praxis 44(1): 75–84.
- Saphir, J.V. (1967): Faktoren der Beziehungsgestaltung in der Behandlung von Alkoholikern. S. 18–30 in: J. Sapier (Hrsg.), Praxis sozialer Fallarbeit mit Alkoholkranken. Freiburg i. B.: Lambertus.
- Sommerfeld, P./Hollenstein, L./Calzaferri, R. (2011): Integration und Lebensführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Stern, D. N. et al. (2012): Veränderungsprozesse. Ein integratives Paradigma. Frankfurt a. M.: Brandes/Apsel.
- Walter, U./Gollnow, M. (2009): Fälle in der Falle. Soziale Arbeit 9: 332–339.
- Watzlawick, P./Bavelas, J.H./Jackson, D.D. (2007 [1969]): Menschliche Kommunikation. Bern: Huber.
- Wenneis, A.C. (1967): Die emotionalen Bedürfnisse des Alkoholikers. S. 31–40 in: A. Maas (Hrsg.), Praxis sozialer Fallarbeit mit Alkoholkranken. Freiburg i. B.: Lambertus.
- WHO – World Health Organization (2003): Adherence to long term therapies. Evidence for action. www.tinyurl.com/nqghcso, Zugriff 08.05.2019.
- Wyssen-Kaufmann, N. (2012): Auswirkungen des «Stellvertretungsparadoxes» auf das Arbeitsbündnis in der Sozialen Arbeit. S. 197–218 in: A. Hanses/K. Sander (Hrsg.), Interaktionsordnungen. Wiesbaden: Springer VS.

Endnoten

- ¹ Diese Dynamik kann hier nur verkürzt wiedergegeben werden. Daher wird auf die Untersuchung verwiesen, die diesem Artikel zugrunde liegt (vgl. Hansjürgens 2018a, 2018b)
- ² Das Feld der Suchthilfe umfasst grob die HausärztInnen, die Akutbehandlung (Entgiftung), die Rehabilitationsangebote (ambulant und stationär), im ambulanten Bereich zudem die Suchtberatungsstellen.
- ³ Diese fachliche Leistung, so wurde rekonstruiert, konnte auf der Basis des impliziten (Beziehungs-)Wissens erbracht werden, welches sich aus Erfahrung, fachspezifischen Aus- und Fortbildungen, sowie Inter- oder Supervision zusammensetzt. Eine Zusammenstellung der in diesem Sinne relevanten zu erwerbenden Kompetenzen findet sich im Kompetenzprofil der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS 2016).
- ⁴ Bei diesem Konzept handelt es sich darum, einen sozialpädagogischen Fall zu konstruieren mit den Perspektiven «Fall von» («Beispiel für ein anerkanntes Allgemeines» S. 43), «Fall für» («einzuschätzen, darauf zu reagieren und selbst einzufäden, was andere in dem Fall tun können» S. 52) und «Fall mit» (in «professionellen Beziehungen mit Menschen in Schwierigkeiten Räume des Möglichen» zu entwickeln S. 64). Diese Fall-ebenen können nur analytisch, nicht aber in der Praxis voneinander getrennt werden, denn es handelt sich um «unterschiedliche Zugangsweisen eines praktischen Zusammenhanges» (S. 43)
- ⁵ Adherence im Rahmen der Behandlung einer «chronischen Krankheit», als die Sucht in Deutschland gesehen wird (BGM 2016), ist definiert als «the extent to which a person's behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider» (WHO 2003: 3). Dabei wird Wert auf die Feststellung gelegt, dass der Unterschied zu «Compliance», verstanden als einfache Therapietreue, darin besteht, dass es sich ausdrücklich um ein «Einverständnis» («agreement») des Patienten handeln muss (ebd. S. 4).
- ⁶ Aufgrund der deutschen historisch bedingten Konstellation zur Kostenübernahme von Suchttherapie im Bereich des Gesundheitswesens muss korrekterweise von Rehabilitation Sucht gesprochen werden (DHS 2014).
- ⁷ Anzumerken ist, dass die ÄrztInnen, die sich beteiligt hatten, eine Schulung in motivierender Kurzintervention, ein standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung substanzspezifischer Störungen und eine Extra-Budgetierung für ihre Leistung erhalten hatten (Fankhänel et al. 2014).