

Diakonie Fachstelle Sucht®

Projekt zur Verbesserung der Früherkennung von Alkoholproblemen bei Langzeitarbeitslosen (Projektlaufzeit 2008/2009) im Rahmen der niedrigschwelligen Arbeit im Verbundsystem Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe des Diakonischen Werkes Dortmund und Lünen gGmbH ergänzt durch die statistische Auswertung der niedrigschwelligen Arbeit von 2009 und 2010

Verfasser: Hermannus Hüser

Diakonisches Werk Dortmund und Lünen gGmbH
Diakonie Fachstelle Sucht®, Rolandstr. 10, 44145 Dortmund

Inhalt

1.0	Zusammenfassung der Entwicklung des niedrigschwelligen Hilfeangebotes der Diakonie Fachstelle Sucht® im Verbundsystem Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe	S. 4
2.0	Entwicklung der niedrigschwelligen Arbeit in der Werkstatt Passgenau	S. 6
2.1	Entstehung des Projektes zur Verbesserung der Früherkennung von Alkoholproblemen bei Langzeitarbeitslosen	S. 6
2.2	Das Projekt zur Verbesserung der Früherkennung von Alkoholproblemen bei Langzeitarbeitslosen	S. 6
2.2.1	Begriffsklärung: Kontrolliertes Trinken, Trinkmengenreduktion	S. 6
2.2.2	Ziele und methodische Fragestellungen	S. 7
2.3	Das Projekt zur Verbesserung der Früherkennung von Alkoholproblemen bei Langzeitarbeitslosen – Durchführung und Erfahrungen	S. 9
2.3.1	Wissenstransfer und die Entstehung eines Handlungskonzept als strukturgebendes Instrument	S. 9
2.4	Teilnehmerbezogene Ergebnisse	S. 10
2.4.1	Das Gesamtprojekt – Ergebnisse -	S. 10
2.4.2	Die Werkstatt Passgenau – Ergebnisse -	S. 11
2.4.3	Ergebnisse auf der Helferebene	S. 12
2.4.4	Erfahrungen mit dem manualgestützten Programm zum „Kontrollierten Trinken“	S. 12
3.0	Zusammenfassung der Ergebnisse	S. 13
4.0	Ausblick	S. 13
5.0	Anhang – Inhaltsverzeichnis	S. 15
5.1	Das Projekt der Früherkennung von Alkoholproblemen bei Langzeitarbeitslosen 2008/2009 in Zahlen	S. 16
5.2	Niedrigschwellige Arbeit 2009 in Zahlen (Gesamtergebnis einschl. Projekt)	S. 18
5.3	Niedrigschwellige Arbeit 2010 in Zahlen	S. 20
6.0	Werkstatt Passgenau Arbeitsphasen - Umgang mit Alkoholproblemen am Arbeitsplatz	S. 23
6.1	Handlungsanweisungen zum Umgang mit Alkoholkonsum in der Werkstatt Passgenau	S. 24
6.2	Charakteristika von Kurzinterventionen	S. 26

6.3	Fünf Empfehlungen für Kurzinterventionen	S. 27
6.4	Zwölf Empfehlungen für Kurzinterventionen	S. 28
7.0	Literatur	S. 29

Projekt zur Verbesserung der Früherkennung von Alkoholproblemen bei Langzeitarbeitslosen (Projektlaufzeit 2008/2009) der Diakonie Fachstelle Sucht® im Rahmen der niedrigschwelligen Arbeit im Verbundsystem Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe des Diakonischen Werkes Dortmund und Lünen gGmbH ergänzt durch die statistische Auswertung der niedrigschwelligen Arbeit von 2009 und 2010

1.0 Zusammenfassung der Entwicklung des niedrigschwelligen Hilfeangebotes der Diakonie Fachstelle Sucht® im Verbundsystem Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe

Das Diakonische Werk Dortmund und Lünen gGmbH baute schon seit dem Ende der neunziger Jahre das Verbundsystem Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe auf. Hintergrund war, dass ein Teil suchtkrank Menschen gleichzeitig wohnungslos ist und umgekehrt viele Wohnungslose suchtkrank sind. Zu diesem Verbundsystem gehören heute die Diakonie Fachstelle Sucht, die Zentrale Beratungsstelle für Wohnungslose (ZBS), das Bodelschwinghaus, eine stationäre Einrichtung für wohnungslose Menschen (§ 67 SGB XII), eine Frauenübernachtungsstelle (§ 27 SGB XII), das Ludwig-Steil-Haus, ein Wohnhaus für mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke Menschen (§ 53 SGB XII), Sozialarbeit in der Stadtsiedlung Lütgendortmund und die Bahnhofsmision. Ferner besteht eine verbindliche fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit mit der Werkstatt Passgenau (Diakonie Fachbereich „Arbeit, Beratung, Gemeinwesen“). Auch über das Verbundsystem hinaus bestehen Kooperationsbeziehungen wie z. B. zu der LWL_Klinik Dortmund. Ziel ist eine bedarfsgerechte Vernetzung der einzelnen Hilfen. Dies ist erforderlich, weil

- die Problemlagen heterogen sind und Faktoren wie soziale Isolation, Wohnungslosigkeit oder Dauerarbeitslosigkeit einer Veränderung entgegenwirken.
- Überschneidungen verschiedener psychischer Störungen vorliegen.

Zur Optimierung der Arbeit an diesen Schnittstellen wurde ein Mitarbeiter im Jahre 2001 in der Diakonie Fachstelle Sucht® mit einer halben Vollzeitstelle eingestellt. Dadurch wurde die Vernetzung der Suchtkrankenhilfe mit der Wohnungslosenhilfe und dem Bereich „Arbeit, Beratung, Gemeinwesen“ weiterentwickelt. Bis heute umfasst das Hilfespektrum im Wesentlichen niedrigschwellige Kommunikationsangebote wie kurzfristige Erst- und Informationsgespräche, Gruppeninformationen zum Thema Sucht, aufsuchende Beratung, Einleitung suchtspezifischer Hilfen, kurz- und langfristige sozialtherapeutische Beratung und Trinkmengenreduktion. Durch Fallgespräche mit dem jeweiligen Fachpersonal ist eine abgestimmte Behandlungsplanung gewährleistet.

Die Problemlagen der Klienten aus der *niedrigschwelligen Arbeit* sind vielfältig (z. B. soziale Isolation, Wohnungslosigkeit, Dauerarbeitslosigkeit). Zudem zählen viele von ihnen (über 50%) zu der Gruppe der mehrfachbeeinträchtigten abhängigen Menschen, bei denen neben der Abhängigkeit und regelmäßigen Suchtmittelkonsum mehrere der folgende Merkmale vorliegen:

- Mehrere Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlungen bzw. Einweisungen in Landeskrankenhäuser oder psychiatrischen Kliniken
- Häufige Kontakte zum Ordnungs- oder Strafrecht (Alkoholdelikte, Haftverfahren)
- Oft gravierende körperliche und psychische Beeinträchtigungen
- Kennzeichnung der sozialen Situation durch: Zugehörigkeit einer Subkultur, soziale Isolation, Wohnungslosigkeit oder Wohnungsprobleme, fehlende oder instabile materielle Absicherung.

Um diesen Menschen mit ihrem mehrdimensionalen Beschwerdebild gerecht zu werden, wurden die vom traditionellen Suchthilfesystem angestrebten Ziele wie Krankheitseinsicht, Entwicklung von Therapiemotivation, Kooperationsfähigkeit und Abstinenz durch folgendes Stufenmodell erweitert (Wienberg 1993):

1. Sicherung des Überlebens
2. Verhinderung von schweren körperlichen Folgeschäden
3. Sicherung der sozialen Umgebung gegen Beeinträchtigungen
4. Verhinderung sozialer Desintegration
5. Ermöglichung längerer Abstinenzphasen
6. Einsicht in die Grunderkrankung
7. Akzeptanz des eigenen Behandlungs- bzw. Hilfebedarfs (d.h. auch: Vermittlung in spez. Behandlungsangebote)
8. Akzeptanz des Abstinenzzieles
9. Konstruktive Bearbeitung von Rückfällen
10. Individuelle therapeutische Grenzziehung („Selbsthilfe“).

An diesem Modell orientiert sich die niedrigschwellige Arbeit der Diakonie Fachstelle Sucht®. Damit und durch die Vernetzung der verschiedenen Hilfeinstanzen werden die Defizite des herkömmlichen Versorgungssystems (wie z. B. Fixierung auf eine Teilpopulation, Abstinenzparadigma, isolierte Hilfen) für Menschen mit Alkoholproblemen und komplexen Problemlagen überwunden.

Das niedrigschwellige Angebot der Diakonie Fachstelle Sucht® erzielte eine hohe Akzeptanz bei den betroffenen Menschen. Es wurde seit dem Jahre 2002 jährlich von durchschnittlich 39 Klienten wahrgenommen. Die Abbruchrate der Klienten lag bei durchschnittlich 13 %. Ursächlich für die Akzeptanz ist das erweiterte Zielspektrum des o.g. Stufenmodells.

Die Diakonie Fachstelle Sucht® erreichte mit ihrer Arbeit an der Schnittstelle zur Wohnungslosenhilfe im Jahr 2010 45 Klientinnen und Klienten (2009 - 41) aus folgenden Einrichtungen/Bereichen:

	<u>2010</u>	<u>2009</u>
Werkstatt Passgenau/Beschäftigung u. Qualifizierung	14	13
Zentrale Beratungsstelle für Wohnungslose	10	13
Bodenschwingh Haus	5	6
Ludwig Steil Haus	1	0
Mobiflex (Betreutes Wohnen für Mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke)	6	1
Haltestelle e. V. (Ambulant Betreutes Wohnen für psych. Erkrankte)	2	0
Job-Center (mit Berechtigungsschein)	2	2
Bewährungshilfe	0	3
LWL-Klinik	1	1
Allgemeine Sprechstunde	4	6

Davon wurden 14 Klienten (31%) (2009: 10 Klienten = 24 %) vermittelt bzw. auf eine Vermittlung vorbereitet:

• Stationäre Entzugsbehandlung	4	2
• Stationäre Medizinische Rehabilitation	2	2
• Ambulante Medizinische Rehabilitation	1	0
• Stationäre Einrichtung § 67 SGB XII	2	0
• Stationäre Einrichtung § 53 SGB XII	1	0
• Betreutes Wohnen § 53 SGB XII	1	0
• Vormerkung oder Vorbereitung auf Stationäre Medizinische Rehabilitation	3	4
• Sonstige (Suchtfacharzt, Psychiatrie)	1	2

2.0 Entwicklung der niedrigschwelligen Arbeit in der Werkstatt Passgenau

In der Werkstatt Passgenau (Diakonisches Werk Dortmund und Lünen gGmbH, Fachbereich „Arbeit, Beratung, Gemeinwesen“) zeigte sich bereits 2002 durch alkoholauffällige Teilnehmer im Zuverdienstbereich ein erhöhter Beratungsbedarf. Aus diesem Grund entstand eine verbindliche fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit mit der Diakonie Fachstelle Sucht@. Der Berater der Fachstelle richtete eine offene Sprechstunde ein. Da bei den meisten Teilnehmern eine geringe Veränderungsmotivation bestand, stand eine vertrauensbildende Beziehungsarbeit im Vordergrund. Zwischen 2003 und 2004 kam es mit jährlich 4 Klienten zu verbindlichen Beratungsprozessen und zu durchschnittlich wöchentlich 3 Teilnehmerkontakten ohne Beratungsauftrag.

Nach Änderung der gesetzlichen Vorgaben entwickelte die Werkstatt Passgenau ab dem Jahre 2005 ein differenziertes Förderkettensystem zur Integration betroffener Langzeitarbeitsloser in den ersten und zweiten Arbeitsmarkt. Die Alkoholprobleme der Teilnehmer zeigten sich nicht mehr so offensichtlich. Sie zeigten sich eher zufällig durch eine „Alkoholfahne“ im Kontakt mit den Arbeitsanleitern und den Sozialarbeitern. Die Teilnehmer zeigten die Tendenz, ihre Alkoholproblematik zu verbergen. Die Alkoholproblematik war dennoch bekannt durch die Kontakte zur Sozialarbeit in der Werkstatt und dem Streetwork. Die offene Sprechstunde wurde folglich nur noch vereinzelt genutzt. Aus diesem Grund wurden ab 2005 folgende Aktivitäten initiiert:

- Die Fallgespräche mit den Sozialarbeitern und Arbeitsanleitern wurden verstärkt (wöchentlich)
- Die Sprechstunde wurde beibehalten. Die Zuweisungen erfolgten durch den Sozialarbeiter oder auf Nachfrage der Teilnehmer
- Der Suchtberater nahm an Teilnehmersammlungen teil und stellte das Angebot der Diakonie Fachstelle Sucht@ vor
- Informationsveranstaltungen zum Thema Alkohol, Abhängigkeit und Missbrauch wurden mit den jeweils neu eingestellten Teilnehmergruppen bis zu zweimal jährlich durchgeführt.

2.1 Entstehung des Projektes zur Verbesserung der Früherkennung von Alkoholproblemen bei Langzeitarbeitslosen

Im Alltag zeigte sich jedoch, dass das Vorgehen bei Alkoholauffälligkeiten am Arbeitsplatz uneinheitlich war (z.B. Zeitpunkt und Ort der Ansprache, Zuständigkeiten, Interventions- und Verfahrensschritte), was zu Unsicherheiten bei Teilnehmern, Arbeitsanleitern, dem Sozialarbeiter und dem Suchtberater im Umgang mit suchtmittelauffälligen Teilnehmern führte. Hilfeprozesse wurden dadurch behindert. Damit wurde auch deutlich, dass Fallgespräche und Information allein nicht zu einer nachhaltigen Lösung im Umgang mit Alkoholproblemen am Arbeitsplatz führen. Auf diesem Hintergrund initiierte die Diakonie Fachstelle Sucht@ das Projekt zur „Verbesserung der Früherkennung von Alkoholproblemen bei Langzeitarbeitslosen“. Projektbeginn war Mai 2008. **24 Klienten** wurden in das „Projekt zur Verbesserung der Früherkennung von Alkoholproblemen bei Langzeitarbeitslosen“ aufgenommen (Ziele und Indikationskriterien, siehe S. 5 f und S. 9).

2.2 Das Projekt zur Verbesserung der Früherkennung von Alkoholproblemen bei Langzeitarbeitslosen

2.2.1 Begriffsklärung: Kontrolliertes Trinken, Trinkmengenreduktion

Ein Bestandteil des Projektes war die Durchführung eines manualgestützten Gruppenangebotes zum Erlernen des „Kontrollierten Trinkens“. Da lediglich in stationären Einrichtungen des Katholischen Männerfürsorgevereins München e.V., KMFV¹ Erfahrungen mit dem Programm vorlagen, wurde das Projekt breiter angelegt und nicht ausschließlich auf

¹ König, Gehring, Körkel, Drinkmann, Das Projekt WALK und die Ergebnisse der Begleitstudie, in: Zieloffene Arbeit mit Wohnungslosen, Hrsg. BKK Bundesverband, Essen 2007, S 161 ff

die Anwendung des Manuals reduziert. „Kontrolliertes Trinken“ im niedrighschwelligen Bereich meint die Anwendung von verschiedenen Methoden zur Verringerung von Alkoholkonsum, die individuell auf den Einzelfall abgestimmt angewendet werden können. Aus diesem Grund wird im Folgenden von „Trinkmengenreduktion“ gesprochen. Die damit verbundene methodische Ausrichtung soll im Folgenden dargestellt werden.

2.2.2 Ziele und methodische Fragestellungen

Frühzeitige Interventionen sollten Vermittlungshemmnisse abbauen und ein Fortschreiten der Alkoholproblematik bei den Teilnehmern verhindern. Sie sollten befähigt werden, eine fundierte Entscheidung hinsichtlich ihres Alkoholkonsums (abstinent/kontrolliert, reduziertere Konsum) zu treffen.

Insbesondere stellte sich das Projekt folgende Ziele:

- Klienten zur Annahme von Hilfe zu motivieren, die sich durch Hilfsangebote mit ausschließlicher Abstinenzvorgabe nicht oder nicht mehr angesprochen fühlen;
- Konkrete Hilfestellung zur Konsumreduktion oder zum Erreichen der Abstinenz zu geben;
- Beeinträchtigungen, die durch überhöhten Alkoholkonsum entstanden sind, abzubauen;
- Klienten, denen eine Trinkmengenreduktion nicht zufriedenstellend gelingt, in abstinentorientierte Suchthilfeangebote zu vermitteln;
- Klienten mit Abstinenzziel in entsprechende Angebote zu vermitteln bzw. ihrer Abstinenz zu stabilisieren.

Ferner sollte auf der Helferebene

- ein einheitliches Vorgehen im Umgang mit Alkoholproblemen durch Information und Schulung aller Beteiligten erreicht und
- Zuständigkeiten bzw. Verantwortlichkeiten geklärt werden
- der zieloffene Arbeitsansatz bekannt gemacht werden.

Das Projekt sollte auch klären, ob das manualgestützte Programm zum „Kontrollierten Trinken“ von Prof. Körkel et.al. in der vorliegenden Form für diese Zielgruppe geeignet ist. Im ambulanten Bereich in Verbindung mit Beschäftigungsmaßnahmen liegen dazu bundesweit keine Erfahrungen vor. Ferner galt es,

- die Methoden der Kurzinterventionen und der
- Motivierende Gesprächsführung im o.g. Rahmen zu erproben.

Als weiterer Kooperationspartner wurde die Abteilung Beschäftigung und Qualifizierung des Diakonischen Werkes Dortmund und Lünen gGmbH in ihrer Eigenschaft als Anbieter von Arbeitsgelegenheiten (AGH) gemäß SGB II gewonnen.

Durch die im Projekt angebotene Methodenvielfalt wie Motivierende Gesprächsführung, Kurzinterventionen, das Manual zum kontrollierten Trinken, Trinkmengenreduktion, abstinente Angebote, Zeitstrukturierung durch die Arbeit in den AGH's und die **Zieloffenheit** der suchtherapeutischen Interventionen (s.u.) wurden die Voraussetzungen geschaffen, Teilnehmer mit riskanten oder abhängigen Alkoholkonsum zu erreichen. Begonnen wird nach diesem Konzept immer mit der Intervention, die für den Betroffenen subjektiv am wenigsten restriktiv ist, z.B. kein totaler Alkoholverzicht, oder auch die Vermittlung zu einem Suchtfacharzt, wenn der Teilnehmer das Abstinenzziel bereits toleriert.

Suchtarbeit im niedrighschwelligen Bereich ist immer **zieloffen** ausgerichtet. Dies bedeutet:

- dass der Klient nicht sofort auf das Abstinenzziel festgelegt wird. Es werden ihm Zieloptionen
 - unveränderte Fortführung des bisherigen Konsums
 - kontrolliert-reduzierter Konsum
 - zeitweise Abstinenz

- dauerhafte Abstinenz angeboten.

Es gilt, Interesse statt Widerstand an der Auseinandersetzung mit dem Alkoholkonsum hervorzurufen, die Änderungsmotivation zu fördern, Wahlmöglichkeiten in Bezug auf den zukünftigen Umgang mit Alkohol zuzulassen und Veränderungsschritte aktiv zu begleiten.

Die suchttherapeutischen Interventionen sind auf das jeweilige Stadium der Veränderungsbereitschaft abgestimmt, in der sich der Klient gerade befindet. Sie entsprechen einer Abfolge von Stadien, die Prohaska und DiClemente (1982) beschrieben haben. Die Stadien beschreiben Phasen, die Menschen durchlaufen, wenn sie ein Problem bearbeiten. Miller und Rollnick (1999) ergänzten dieses Konzept und entwickelten dazu stadienspezifische Interventionsmöglichkeiten:

Tabelle: Stadien der Veränderung und Aufgaben des Therapeuten:
(angelehnt an Miller und Rollnick, S. 34, 1999)

Stadium des Klienten	Interventionen
Absichtslosigkeit / kein Problembewusstsein:	Zweifel aufkommen lassen. Neue Informationen vermitteln mit dem Ziel die Wahrnehmung von Problemen und Risiken in Bezug auf sein derzeitiges Verhalten zu erhöhen.
Absichtsbildung / Wahrnehmung des Problems	Das Pro und Kontra des derzeitigen Verhaltens erkunden. Veränderungsgründe und Risiken der Beibehaltung des Suchtverhaltens herausarbeiten. Veränderungszuversicht /Selbstvertrauen stärken.
Vorbereitung / Entscheidungsfindung	Ziele klären und festigen
Handlung / Umsetzung der Entscheidung	Geeignete Schritte in Richtung Veränderung unternehmen (Therapie beantragen, neue Kompetenzen erwerben wie z.B. Rückfallprävention, Trinkmengenreduktion).
Aufrechterhaltung	Integration in den Alltag, Stabilisierung der Veränderungen
Rückfall	Dem Klienten helfen, den Veränderungsprozess beginnend mit der Absichtsbildung wieder aufzunehmen.

Die Intervention des Suchtberaters beginnen meist im Grenzbereich der „Absichtslosigkeit“ und „Absichtsbildung“. Ist oder droht die Kontrolle über die Lebenssituation ganz oder in für den Klienten wichtigen Teilbereichen verloren zu gehen, kann eine Bereitschaft zur Veränderung entstehen. Diese bleibt jedoch häufig über lange Zeit sehr ambivalent. Diagnostisch ist es deshalb wichtig, die Phase der Veränderungsbereitschaft bei den jeweiligen Klienten einzuschätzen und zu erfassen, mit welchen Behandlungszielen er kooperiert (siehe Abschnitt Ergebnisse). Die Motivation ist als ein dynamischer und fortschreitender Prozess zu verstehen, bei dem entsprechende Interventionen (z.B. das motivationale Gespräch) dazu beitragen können, Problembewusstsein aufzubauen, zu erweitern und aufrechtzuerhalten. Die wesentlichen Wirkfaktoren dabei sind: Einführendes Verstehen, emotionale Annahme und Stütze, Akzeptanz der Selbstverantwortlichkeit, Akzeptanz der Abwehr.

Das Gesprächsführungskonzept der „**Motivierenden Gesprächsführung**“ („Motivational Interviewing“ (MI), MI Körkel & Drinkmann 2002, Körkel & Veltrup 2003; Miller & Rollnick, 1991, 2002) eignet sich für diese Vorgehensweise ganz besonders. Es ist eine

- klientenzentrierte,
- direktive Methode, die die Eigenmotivation für eine Veränderung erhöhen soll durch Erkundung und Auflösung der Änderungsambivalenzen/des inneren Zwiespalts des Klienten (Miller & Rollnick 2002, S. 25).

Für den ambulanten Bereich ist ferner der Einsatz von **Kurzinterventionen** (siehe Anhang) erforderlich. Das sind wenige, kurze, fokussierte Beratungen, die über einen einfachen Ratschlag hinausgehen. Zur Anwendung kommen wesentliche Elemente der motivierenden Gesprächsführung:

- Persönliche Rückmeldung geben
- Selbstverantwortung des Klienten betonen
- Einen konkreten Ratschlag geben
- Mehrere alternative Veränderungsstrategien aufzeigen und abwägen
- Empathie ausdrücken
- Selbstwirksamkeit stärken.

Verschiedene empirische Studien haben übereinstimmend die Wirksamkeit von Kurzinterventionen bestätigt. Dabei zeigten sich bereits 1 bis 3 Sitzungen bei Alkoholabhängigkeit und –missbrauch ebenso effektiv wie längere Behandlungen (siehe Miller/Rollnik 1999, S. 46). Kurzinterventionen wirken vor allem motivierend: Sie geben den Anstoß zu einer Entscheidung und einer Selbstverpflichtung zur Veränderung. Die Interventionen beginnen im „Stadium der Absichtslosigkeit“ (siehe Tabelle, S. 7). Hier geht es zunächst einmal darum, die Selbst- und Problemwahrnehmung zu erhöhen, Selbstbewusstsein und Entscheidungsfähigkeit zu entwickeln. Ergänzend können Informationsmaterialien und Arbeitsblätter eingesetzt werden.

2.3 Das Projekt zur Verbesserung der Früherkennung von Alkoholproblemen bei Langzeitarbeitslosen – Durchführung und Erfahrungen

2.3.1 Wissenstransfer und die Entstehung eines Handlungskonzept als strukturgebendes Instrument

Der Schwerpunkt des Projektes lag im Jahre 2008 auf der Schulung von Arbeitsanleitern und Sozialarbeitern der Bereiche Beschäftigung und Qualifizierung und der Werkstatt Passgenau. Dazu führte der Suchtberater der Diakonie Fachstelle Sucht® drei jeweils zweitägige Infoveranstaltungen durch. Dort wurden 23 Mitarbeiter über den Verlauf und die Folgen der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und über Umgang mit Alkoholproblemen am Arbeitsplatz informiert. Ferner wurden Kurzinterventionen (s. Anhang) vermittelt und erprobt. Besonderes Interesse erregten die Informationen über die Folgen von Abhängigkeitserkrankungen am Arbeitsplatz. Hier wurden die „Arbeitsphasen – Umgang mit Alkoholproblemen“ am Arbeitsplatz“ vorgestellt (siehe Anhang). Daraus entwickelte das Team der Werkstatt Passgenau die „Handlungsanweisungen zum Umgang mit Alkoholkonsum“ (siehe Anhang). Dieses Regelwerk kommt als letztes Mittel zum Einsatz, wenn der alkoholauffällige Teilnehmer sich nicht einsichtig zeigt, wiederholt auffällig wird und Hilfsangebote ablehnt. Er bekommt dann das zuvor lediglich empfohlene Gespräch mit dem Suchtberater zur Auflage gemacht. Übergeordnetes Ziel der Handlungsanweisungen ist die Einhaltung der Arbeitsschutzbestimmungen und die Beseitigung von Vermittlungshemmnissen (§ 16 SGB II) durch das Anbieten adäquater suchtspezifischer Hilfen. Zusammen mit den bereits dargestellten „stadienspezifischen Interventionen“ steht ein Instrumentarium zur Verfügung, das durch eine stufenweise Herangehensweise die Veränderungsbereitschaft problematisch trinkender Teilnehmer erhöht: In Gesprächen wird der Betroffene mit seinen Pflichtverletzungen konfrontiert, es werden Hilfen angeboten (z. B. weitere Gespräche mit dem Suchtberater, Konsumreduktion, abstinenzorientierte Angebote). Vereinbarungen über Konsequenzen werden getroffen (z.B. regelmäßige Alkoholkontrollen, Versetzung an einen anderen Arbeitsplatz, als letztes Mittel: Kündigung, ggf. in Kombination mit einer Wiedereinstellungsoption – in Absprache mit der ARGE). Die regelmäßigen Sprechstunden des Suchtberaters erleichtern den Zugang zum Suchthilfesystem. Durch das vereinheitlichte Vorgehen der Arbeitsanleiter, Sozialarbeiter und des Suchtberaters wurden alkoholauffällige Teilnehmer frühzeitiger angesprochen (s.u.). Die einzelnen Aspekte dieses Abschnittes werden im Folgenden

ausführlich dargestellt. – Die „Handlungsanweisungen“ sind angelehnt an Regelungen der betrieblichen Suchtkrankenhilfe (Zschesche 2000).

2.4 Teilnehmerbezogene Ergebnisse des Projektes

2.4.1 Das Gesamtprojekt – Ergebnisse -

24 Klienten wurden in das Projekt aufgenommen. Von diesen nahmen 17 an tagesstrukturierenden Arbeitsangeboten, und ein Klient an dem Angebot „Hilfe zur Arbeit“ der ZBS teil (weitere Zugangswege der Klienten siehe Anhang, Gesamtauswertung in Zahlen). Die Klienten zeigten im Rahmen ihrer Arbeit oder im Kontakt zur überweisenden Einrichtung Auffälligkeiten, die auf psychische, soziale und/oder Alkoholprobleme Hinweise gaben (z.B. Häufung von Fehltagen, auffällige Stimmungsschwankungen, Atem-Alkoholgeruch). Sie wurden in der Regel durch die Sozialarbeiter der Einrichtungen an den niedrigschwellig arbeitenden Suchtberater der Diakonie Fachstelle Sucht® vermittelt.

Daneben bestanden folgende Indikationskriterien:

- Der Alkoholkonsum der Teilnehmer hat ein riskantes bzw. bereits schädigendes Ausmaß angenommen.
- Abstinenz ist für sie zurzeit kein gewünschtes oder realistisches Ziel
- es besteht der Wunsch, den Alkoholkonsum zu reduzieren.
- Ein einfaches „Herunterschrauben“ des Alkoholkonsums ist ihnen nicht möglich
- Es besteht der Wunsch nach Abstinenz

Durch das Projekt konnten Klienten mit auffälligem Alkoholkonsum u.a. mit folgenden Ergebnissen erreicht werden:

13 Klienten wurden erreicht, die sich durch Hilfsangebote mit ausschließlicher Abstinenzvorgabe nicht angesprochen fühlten. Die Hinführung zur Abstinenz und die Trinkmengenreduktion wurden durch motivierende Gesprächsangebote, Kurzinterventionen und strukturierten Einsatz des Manuals zum kontrollierten Trinken erreicht (Auswertung in Zahlen, siehe Anhang).

Die Trinkmengenreduktion der Klienten lag zwischen 60% und 90%. Die Klienten tranken unregelmäßiger und/oder nur an wenigen Tagen in der Woche Alkohol. Die tägliche Trinkmenge eines Klienten bewegte sich z.B. zu Beginn des Programms zwischen 8 und 15 Litern Bier. Er reduzierte seinen Konsum auf 1 Liter bis 2 ½ Litern Bier täglich. Dadurch verbesserte sich sein gesundheitlicher Zustand erheblich (u.a. verbesserte Laborwerte, Ernährungszustand). Er entwickelte zahlreiche Aktivitäten zur Bewältigung seiner prekären Situation (z. B. Einhalten behördlicher Verpflichtungen, Klärung einer Mietangelegenheit, Kontaktknüpfung außerhalb des Alkoholikermilieus) und ließ sich für eine AGH-Maßnahme vormerken.

14 Klienten durchliefen die Stufen bis zu den Stadien „Handlung“ und „Aufrechterhaltung“ (siehe Tabelle „Stadien der Veränderung und Aufgaben des Therapeuten“, S. 7) - Die beiden Stadien werden hier zusammen benannt, weil sie in der ambulanten Arbeit nicht zu trennen sind. Hier liegen beide Bereiche eng zusammen: Umsetzung bedeutet hier meist auch Integration in den Alltag. – Davon erreichten 6 Klienten das Ziel der Trinkmengenreduktion und 8 Klienten das Ziel Abstinenz (siehe Anhang: Gesamtauswertung).

Diese Entwicklung führte zu einer Antriebssteigerung und einem zunehmenden Interesse der Klienten, ihre soziale, wirtschaftliche und gesundheitliche Situation zu verbessern (Beispiele):

- 8 Klienten setzten sich zum Ziel, ihre Wohnbedingungen zu verbessern (Renovierung, Wohnungswechsel, neue Gestaltung der Wohnung/aufräumen).

- Alle 14 Klienten, die eine Trinkreduktion erreichten oder sich für das Abstinenzziel entschieden, teilten mit, dass sich ihre finanzielle Situation verbesserte, z. B. durch weniger Ausgaben für alkoholische Getränke, durch Verbesserung ihres psychischen Zustandes (verbessertes Antriebsniveau, dadurch Steigerung der Aktivität).
- Mindestens 8 Teilnehmer nahmen die Unterstützung durch Sozialarbeiter der ZBS oder der Werkstatt Passgenau in Anspruch.
- Drei Klienten im Arbeitslosengeld II-Bezug, deren Zuweisung über die allgemeine Sprechstunde erfolgte, entwickelten berufliche Perspektiven. Nach deutlicher Trinkmengenreduktion nahm ein Klient an einer beruflichen Integrationsmaßnahme teil, einer ließ sich dafür vormerken, der dritte nahm eine Nebentätigkeit auf.
- Ca. 7 Teilnehmer distanzieren sich von der Trinkerszene des Nordmarktes und der angrenzenden Gebiete

2.4.2 Die Werkstatt Passgenau – Ergebnisse -

9 der 13 Teilnehmer der Werkstatt **Passgenau** erschienen regelmäßiger am Arbeitsplatz. Dies wurde erreicht durch:

- Trinkmengenreduktion 3 Teilnehmer
- Abstinenz 3 Teilnehmer
- Kontakthalten/Motivierung 3 Teilnehmer

Die anderen 4 Teilnehmer wurden in andere Einrichtungen vermittelt oder erkrankten (siehe Statistik in der Anlage).

Alle angesprochenen Teilnehmer der Werkstatt Passgenau konnten ihre Tätigkeit direkt oder mit kurzen Unterbrechungen weiterführen (außer bei Vermittlungen in stationäre Einrichtungen oder längeren Krankheiten). Nach stationärem Entzug oder nach ambulanten ärztlichen Behandlungen nahmen die Klienten ihre Arbeit wieder auf und nahmen die begleitenden Gespräche des Suchtberaters wahr. Andere wurden in weiterführende längerfristige Behandlungsangebote vermittelt. Ziel: Abstinenz, stationäre Rehabilitation. (Zahlen, siehe Statistik im Anhang).

Von den Teilnehmern der Werkstatt Passgenau mit Abstinenzziel wurde einer nach einer Entzugsbehandlung auf eine stationäre Rehabilitation vorbereitet, einer erreichte die Abstinenz durch regelmäßige wöchentliche bis 14 –tägliche therapeutische Gespräche. Zwei blieben nach einer Entzugsbehandlung erfolgreich abstinent, davon nahm einer ein abstinentorientiertes Suchthilfeangebot in einer Beratungsstelle am weiter entfernt gelegenen Wohnort wahr. Bei drei Teilnehmern standen das Kontakthalten und die Motivierung im Vordergrund, d.h. dass sie sich noch im Prozess hinsichtlich der Entwicklung eines tiefergehenden Problembewusstseins befanden (siehe Anhang, Gesamtauswertung in Zahlen). Sie zeigten Ambivalenzen hinsichtlich der Veränderungsstadien „ Absichtslosigkeit / kein Problembewusstsein“ und „Absichtsbildung / Wahrnehmung des Problems“ (siehe Tabelle: Stadien der Veränderung und Aufgaben des Therapeuten, S.7). Auffällig war, dass auch sie regelmäßiger an ihrem Arbeitsplatz erschienen (Wirksamkeit, siehe unten und Kapitel „Methodische Fragestellungen“, Kurzinterventionen).

Als hilfreich und entlastend empfanden die meisten Teilnehmer die Offenlegung des Problems durch gezielte Ansprache und die Möglichkeit der weiteren Teilnahme an den Arbeitsgelegenheiten als zeitstrukturierende Hilfe. Dies schlug sich in einer konstruktiven Gesprächsatmosphäre nieder. Die Teilnehmer gingen offen mit ihrer jeweiligen Problematik um, so dass die Hilfen gezielt greifen konnten. Dies hatte zur Folge, dass bei keinem der Teilnehmer die AGH-Maßnahme wegen Alkoholauffälligkeit beendet werden musste. Vielmehr bewirkte die verbesserte Kommunikation mit den Teilnehmern eine gute Kooperationsbereitschaft.

Die Stadien bis zur „Umsetzung der Entscheidung“ Trinkmengenreduktion oder Abstinenz erreichten die Teilnehmer durch Kurzinterventionen mit 2 bis 5 Gesprächen. Dieses Ergebnis

bestätigt empirische Untersuchungen aus Kanada, den Vereinigten Staaten, Großbritannien und Norwegen, die die Wirksamkeit von 1 bis 3 Sitzungen mit Kurzinterventionen bei Alkoholabhängigkeit und -missbrauch belegen (siehe Kapitel „Methodische Fragestellungen“).

2.4.3 Ergebnisse auf der Helferebene

Auf der Helferebene wurden durch die Vermittlung von suchtspezifischen Informationen, des zieloffenen Arbeitsansatzes und der Kurzinterventionen ein gemeinsames Selbstverständnis und eine gemeinsame Handlungsbasis für ein einheitliches Vorgehen im Umgang mit Alkoholproblemen geschaffen. Aufgrund der Rückmeldungen der Arbeitsanleiter und Sozialarbeiter kann festgestellt werden, dass das Projekt zu einem verbesserten Umgang mit Alkoholproblemen am Arbeitsplatz geführt hat:

- sie entwickelten ein neues Verständnis bezüglich der Alkoholkrankheit (Funktionen des Alkohols für Psyche und Körper)
- die Handlungs- und Denkweise der alkoholauffälligen Teilnehmer konnten besser eingeschätzt werden (z. B. Vermeidungsverhalten, verzerrte Realitätswahrnehmung)
- Klare Zuständigkeiten bzw. Verantwortlichkeiten reduzierten den Druck auf die Arbeitsanleiter (mehr Sicherheit bei der direkten Ansprache des Alkoholproblems, Begrenzung der Verantwortlichkeit = Arbeitsanleiter ist kein Sozialarbeiter/Suchtberater)
- der zieloffene Arbeitsansatz ist allen Beteiligten bekannt. Das führte z.B. zu einer verbesserten Kommunikation und Akzeptanz zwischen Arbeitsanleitern und Teilnehmern (das Ansprechen eines Alkoholproblems wird nicht nur als Restriktion bzw. Belastung empfunden, Maßnahmen werden weniger als Strafe empfunden, weil Hilfemöglichkeiten und Hilfeoptionen bekannt sind).
- Den Mitarbeitern fiel es durch das Trainieren von Gesprächssituationen leichter, auffälliges Verhalten der Teilnehmer anzusprechen²
- Die „Arbeitsphasen im Umgang mit Alkoholproblemen“ (siehe Anhang) und die „Handlungsanweisungen“ machten den Umgang mit Alkoholproblemen in der Werkstatt Passgenau transparent.

2.4.4 Erfahrungen mit dem manualgestützten Programm zum „Kontrollierten Trinken“

Das manualgestützte Programm zum „Kontrollierten Trinken“ behandelt folgende Themen:

1. Grundinformationen über Alkohol
2. Führen eines Trinktagebuches/Auswirkungen des Alkoholkonsums
3. Bilanz des bisherigen Alkoholkonsums
4. Erste persönliche Zielfestlegung
5. Strategien der Zielerreichung
6. Risikosituationen
7. Umgang mit Ausrutschern und Rückfällen
8. Umgang mit sozialen Gefährdungssituationen
9. Alkoholfreie Bewältigung von Belastungen/Alkoholfreie Freizeitgestaltung
10. Festlegung des mittelfristigen persönlichen Ziels Pro und Contra kontrolliertes Trinken/Abstinenz Weitere Unterstützungsangebote

Die Materialien dieses Programms wurden nicht in der vorliegenden systematischen Form der Reihe nach, sondern gezielt nach Bedarf des Klienten und in Kombination mit dem Walk-Handbuch (Handbuch kontrolliertes Trinken für Wohnungslose) eingesetzt. Das Arbeiten mit textlastigen Arbeitsblättern empfanden die Klienten oft als zu aufwendig. Aus dem ausführlichen Manual weckten die Grundinformationen über Alkohol, das Trinktagebuch, Zielfestlegungen und das Markieren der Trinkmengen mittels einer Grafik das Interesse der

² Z.B. nicht: „Sie haben Alkoholprobleme“, sondern: „Ich mache mir Gedanken über Ihr Verhalten. Folgende Probleme sind mir aufgefallen.....“

Klienten. Die Themen 5 bis 10 (s.o.) wurden mündlich bearbeitet, wobei die Themengliederung des Manuals als Richtschnur diente.

Ein **Gruppenangebot mit dem manualgestützten Programm** kam nicht zustande. Für das Angebot merkten sich einzelne Klienten vor (7 Vormerkungen). Der Programmstart musste jedoch immer wieder verschoben werden, weil potenzielle Teilnehmer erkrankten, das Ziel in Abstinenz geändert wurde oder in „Kontakthalten“ umgeändert werden musste, keine Compliance vorhanden war, oder Teilnehmer kein Interesse mehr zeigten, z. B., weil sie ihren Alkoholkonsum ohne strukturierte Hilfe einschränkten. Um einzelne Klienten nicht länger auf ein Angebot warten zu lassen und weil die jeweiligen Erstkontakte weit auseinander lagen, wurde schließlich mit 3 (12,5 %) der insgesamt 24 alkoholauffällig gewordenen Klienten das „Kontrollierte Trinken“ mit Unterstützung des entsprechenden Manuals in Einzelarbeit durchgeführt (Trinkmengenreduktion: 60% bis 90 %).

Dies zeigt, dass das **manualgestützte Programm im ambulanten niedrighwelligen Bereich** nur eine Angebotsergänzung darstellen kann. „Kontrolliertes Trinken“ meint hier die Anwendung von Methoden zur Verringerung des Alkoholkonsums. Dazu zählen „Kurzinterventionen“ und „Motivierende Gesprächsführung“ (MI), eingebunden in das Konzept der Zieloffenheit. Hilfreich ist die Kombination dieser Methoden mit tagesstrukturierenden Beschäftigungsangeboten. Das Selbstverständnis dieses Konzepts schließt abstinentorientierter Angebote wie z. B. begleitende abstinentstabilisierende Gespräche, Vermittlungen in die suchtmmedizinische Versorgung, Vorbereitung auf ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation, Vermittlung in Wohneinrichtungen nach § 53 oder 67 SGB XII mit ein (Ergebnisse dieses Projektes siehe oben und im Anhang).

3.0 Zusammenfassung der Ergebnisse

Der Gewinn des Projektes lag im einladenden Ansprechen des tabuisierten Problembereiches Alkoholkonsum am Arbeitsplatz. Die Klienten konnten durch die Angebote zur Konsumreduktion oder die abstinentorientierten Angebote ihre gesundheitliche, soziale und psychische Situation deutlich verbessern. Durch die Kombination von Kurzinterventionen und motivierender Gesprächsführung unter Berücksichtigung der „Stadien der Veränderungsbereitschaft“ (Prohaska und DiClemente, 1982) und „Aufgaben des Therapeuten“ (Miller und Rollnick, 1999) konnte die Selbstwirksamkeitszuversicht der Klienten erhöht und ihre Fähigkeit zur konstruktiven Lebensbewältigung verbessert werden. Die tagesstrukturierenden Beschäftigungsangebote wirkten motivierend. Lediglich zwei Klienten schieden wegen mangelnder Compliance aus (siehe Statistik im Anhang).

Das Projekt hat durch die Qualifizierung der Mitarbeiter einen Beitrag zur Personalentwicklung geleistet. Die Anleiter und Sozialarbeiter haben Sicherheit darin gewonnen, alkoholauffällige Teilnehmer anzusprechen bzw. Auffälligkeit als solche wahrzunehmen. Der niedrighwellige Zugang zum Suchtberater ermöglicht einen nahtlosen Übergang in das Suchthilfesystem. Die etablierte Kooperation trägt somit zur Gesundheitsförderung von AGH-Teilnehmenden bei. Wegen der multiplen Problemlagen der Teilnehmenden bei Passgenau kann trotzdem nicht zwingend von einer besseren Vermittlungsfähigkeit in den ersten Arbeitsmarkt ausgegangen werden, da der Suchtmittelmissbrauch häufig nur ein Teil der Vermittlungshemmnisse darstellt. Die Kooperation führt in der Regel zunächst dazu, dass Arbeitgelegenheiten gemäß SGB II überhaupt zu Ende geführt werden können und damit evtl. Voraussetzungen für weitere Maßnahmen geschaffen werden.

4.0 Ausblick

Die während des Projekts entwickelten Handlungsanweisungen zum Umgang mit Alkoholkonsum in der Werkstatt Passgenau (siehe Anhang 5.2) sind dort inzwischen als Richtschnur im Umgang mit alkoholauffälligen Teilnehmern etabliert. Der Suchtberater der Diakonie Fachstelle Sucht® führt weiterhin Informationsveranstaltungen für Teilnehmer in der Werkstatt Passgenau bei Beginn einer AGH-Maßnahme durch, um die spätere Kontaktaufnahme zu erleichtern. Auch die wöchentlichen Fallgespräche sowie der niedrighwellige Zugang zum Suchtberater werden als bewährtes Instrument beibehalten,

ebenso wie der zieloffene Ansatz in der niedrighschwelligigen Arbeit der Diakonie Fachstelle Sucht.

Das in diesem Artikel vorgestellte Konzept der zieloffenen Arbeit in Verbindung mit Motivierender Gesprächsführung und tagesstrukturierenden Angeboten eignet sich aus unserer Sicht auch für andere Zielgruppen mit wenig Bewusstsein für problematischen Alkoholkonsum, z. B. Jugendliche und junge Erwachsene oder alte Menschen. Die hier beschriebene Kooperation lässt sich abgewandelt z. B. auf die Jugendhilfe oder Altenhilfe übertragen. Auch dort benötigen die Mitarbeitenden Informationen und Sicherheit im Umgang mit suchtmittelauffälligen Klienten. Eine strukturierte Kooperation mit der Suchtkrankenhilfe kann auch dort den Klientinnen und Klienten den Zugang erleichtern und so (Wieder-) Erhalt einer selbstständigen Lebensführung und (Re-) Integration in das soziale Leben ermöglichen. Überlegungen für ein Projekt „Sucht im Alter“, das eine Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Altenhilfe und Suchtkrankenhilfe beinhaltet, bestehen bereits. Mit der Umsetzung soll ab Mitte 2011 begonnen werden.

5.0 Anhang

5.1	Das Projekt der Früherkennung von Alkoholproblemen bei Langzeitarbeitslosen 2008/2009 in Zahlen	S. 16
5.2	Niedrigschwellige Arbeit 2009 in Zahlen	S. 18
5.3	Niedrigschwellige Arbeit 2010 in Zahlen	S. 20
6.0	Werkstatt Passgenau Arbeitsphasen - Umgang mit Alkoholproblemen am Arbeitsplatz	S. 23
6.1	Handlungsanweisungen zum Umgang mit Alkoholkonsum in der Werkstatt Passgenau	S. 24
6.2	Charakteristika von Kurzinterventionen	S. 26
6.3	Fünf Empfehlungen für Kurzinterventionen	S. 27
6.4	Zwölf Empfehlungen für Kurzinterventionen	S. 28
7.0	Literatur	S. 29

5.1 Das Projekt der Früherkennung von Alkoholproblemen bei Langzeitarbeitslosen in 2008/2009 in Zahlen

Es wurden **Infoveranstaltungen** für Arbeitsanleiter und Sozialarbeiter im Bereich Beschäftigung und Qualifizierung und der Werkstatt Passgenau durchgeführt:

- **3 jeweils zweitägige Infoveranstaltungen** mit
- **23 Mitarbeitern** davon 15 Sozialarbeiter und 8 Arbeitsanleiter (siehe S. 5)

24 Klienten nahmen insgesamt an dem Projekt zur „Verbesserung der Früherkennung von Alkoholproblemen bei Langzeitarbeitslosen“ teil.

Zugangswege

Passgenau (PG):	13
Beschäftigung & Qualifizierung (B&Q):	4
Zentrale Beratungsstelle f. Wohnungslose (ZBS)	3
Job-Center m. Berechtigungsschein (JCMB)	1
Allgemeine Sprechstunde (AS-ALG II Bezieher)	3

Ergebnisse:

Ziele der Klienten:

1. Trinkmengenreduktion

Ziel	Klienten	Anzahl der Klienten mit zuweisender Stelle (Mehrfachnennungen möglich)	
Trinkmengenreduktion:	13	6 - Passgenau 3 - ZBS 3 – AS = ALG II 1 - JCMB	
Davon:			Zielerreichung durch:
Ziel Trinkmengenreduktion erreicht:	6	3 Passgenau 1 ZBS 2 AS-ALG II	3 - Kurzinterventionen 3 - Strukturierter Einsatz d. Manuals, Motivierende Gesprächsführung
Zieländerung in Abstinenz	1	ZBS	Motivierende Gesprächsführung
Ziel Motivation/Kontakthalten	1	ZBS	Kurzinterventionen, Motivierende Gesprächsführung
Erkrankung	2	Passgenau	--
Verstorben	1	Passgenau	--
Mangelnde Compliance	2	1 JCMB, 1 AS-ALG II	--

2. Abstinenzziel

Ziel	Klienten	Anzahl der Klienten mit zuweisender Stelle (Mehrfachnennungen möglich)	
<u>Abstinenz</u>	8	4 – Passgenau 3 – B&Q 1 – ZBS	
Davon:			Zielerreichung durch:
Abstinenzstabilisierung (Begleitung)	1	PG	Motivierende Gesprächsführung (MI) Begleitung, Kurzinterventionen, therapeutische Einzelgespräche
Vormerkung oder Vorbereitung auf Stationäre medizinische Rehabilitation für Abhängigkeitskranke	1	B&Q	
Vermittlung i. stationäre sozialtherapeutische Wohnrichtung nach § 53 SGB XII	1	PG	
Vermittlung i. stationäre Entzugsbehandlung	1	B&Q	
Vermittlung in ambulante Entzugsbehandlung (Suchtfacharzt)	2	2 - PG	
Abstinenzorientiertes Angebot i. e. Nachbarstadt	1	B&Q	

3. Motivation/Kontakthalten

Motivation (Zielfindung)	4	3 PG 1 B&Q	Kurzinterventionen, Motivierende Gesprächsführung (MI)
--------------------------	----------	-----------------------------	--

5.2 Niedrigschwellige Arbeit 2009 in Zahlen³

41 Klienten wurden durch die niedrigschwellige Arbeit im Jahre 2009 erreicht.

Einkommenssituation

Bezieher von Arbeitslosengeld II	33
Barbetrag z. persönlichen Verfügung	4
Rente u. SGB XII	1
Rente	1
Gehalt	1
Sonstiges	1

Zugangswege (Mehrfachnennungen möglich)

Passgenau (PG):	11
Beschäftigung & Qualifizierung (B&Q):	2
Zentrale Beratungsstelle f. Wohnungslose (ZBS)	13
Bodelschwingh Haus (BSH) /	4
Frauenübernachtungsstelle (FÜSS)	2
Mobiflex (Betreutes Wohnen für Mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke)	1
LWL-Klinik	1
Bewährungshilfe (BH)	4
Job-Center m. Berechtigungsschein (JCMB)	2
Allgemeine Sprechstunde (AS)	6

Ziele der Klienten:

1. Trinkmengenreduktion

Ziel	Klienten	Anzahl der Klienten mit zuweisender Stelle (Mehrfachnennungen möglich)	
Trinkmengenreduktion:	12	5 - Passgenau 3 - ZBS, 3 - ALG II- AS, 1 - JCMB	
Davon:			Zielerreichung durch:
Ziel Trinkmengenreduktion erreicht:	6	3 Passgenau, 1 ZBS, 2 ALG II-AS	3 - Kurzinterventionen 3 - Strukturierter Einsatz d. Manuals, Motivierende Gesprächsführung
Zieländerung in Abstinenz	1	ZBS	Motivierende Gesprächsführung
Ziel Kontakthalten	1	ZBS	Kurzinterventionen, Motivierende Gesprächsführung
Erkrankung	1	Passgenau	--
Verstorben	1	Passgenau	--
Mangelnde Compliance	2	1 JCMB, 1 ALG II-AS	--

³ einschließlich Projektteilnehmer

2. Abstinenzziel

Ziel	Klienten	Anzahl der Klienten mit zuweisender Stelle (Mehrfachnennungen möglich)	Zielerreichung durch:
<u>Abstinenz</u>	26	9 – ZBS 3 – Passgenau 1 – B&Q 4 – BSH 2 – FÜSS 3 – AS 1 – JCMB 4 – BH 1 – Mobiflex 1 – LWL-Klinik	
Davon:			
Abstinenzstabilisierung (Begleitung)	9	3 – BSH 2 – BH 1 – ZBS 1 – JCMB 1 – FÜSS 1 – AS 1 – LWL	Begleitung, Kurzinterventionen, Motivierende Gesprächsführung (MI) , therapeutische Einzelgespräche
Begleitung, nicht abstinert	5	2 – ZBS 1 – FÜSS 1 – BSH 1 – AS	
Vormerkung oder Vorbereitung auf Stationäre medizinische Rehabilitation für Abhängigkeitskranke	5	2 – ZBS 1 – BSH 1 – B&Q 1 – AS 1 – BH	
Vermittlung in Stationäre medizinische Rehabilitation für Abhängigkeitskranke	2	1 – Mobiflex 1 – BH	
Vermittlung i. stationäre sozialtherapeutische Einrichtung nach § 67 SGB XII	1	1 – ZBS	
Vermittlung i. stationäre Entzugsbehandlung	2	2 – ZBS	
Vermittlung in ambulante Entzugsbehandlung (Suchtfacharzt)	2	2 – PG	

3. Motivation/Kontakthalten

Motivation (Zielfindung)	4	3 PG 1 B&Q	Kurzinterventionen, Motivierende Gesprächsführung (MI)
--------------------------	----------	---------------	---

5.3 Niedrigschwellige Arbeit 2010 in Zahlen

45 Klienten wurden durch die niedrigschwellige Arbeit im Jahre 2010 erreicht.

Einkommenssituation

Bezieher von Arbeitslosengeld II	31
Barbetrag z. persönlichen Verfügung (SGB XII)	5
Grundsicherung wg. Erwerbsminderung (SGB XII)	2
Grundsicherung i. Alter (SGB XII)	2
Rente (Deutsche Rentenversicherung)	2
Gehalt	2
Sonstiges	1

Zugangswege (Mehrfachnennungen möglich)

Passgenau (PG):	13
Beschäftigung & Qualifizierung (B&Q):	1
Zentrale Beratungsstelle f. Wohnungslose (ZBS)	10
Bodenschwingh Haus (BSH)	5
Frauenübernachtungsstelle (FÜSS)	0
Ludwig Seil Haus (LSH)	1
Mobiflex (Betreutes Wohnen für Mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke)	6
Halte-Stelle e.V. (Ambulant Betreutes Wohnen für psych. Erkrankte) (HS)	2
LWL-Klinik	1
Bewährungshilfe (BH)	5
Job-Center m. Berechtigungsschein (JCMB)	2
Allgemeine Sprechstunde (AS)	4

Ziele der Klienten:

1. Trinkmengenreduktion

Ziel	Klienten	Anzahl der Klienten mit zuweisender Stelle (Mehrfachnennungen möglich)	
Trinkmengenreduktion:	9	5 - PG 3 - AS 2 - JCMB	
Davon:			Zielerreichung durch:
Ziel Trinkmengenreduktion erreicht:	6	3 PG 3 AS	3 - Kurzinterventionen 3 - Strukturierter Einsatz d. Manuals KT, Motivierende Gesprächsführung
Zieländerung in Abstinenz	1	PG	Strukturierter Einsatz d. Manuals KT, Motivierende Gesprächsführung
Ziel Kontakthalten	2	1 PG 2 JCMB	Kurzinterventionen, Motivierende Gesprächsführung

2. Abstinenzziel

Ziel	Klienten	Anzahl der Klienten mit zuweisender Stelle (Mehrfachnennungen möglich)	
<u>Abstinenz</u>	36	8 – ZBS 8 – Passgenau 1 – B&Q 5 – BSH 1 – LSH 2 – AS 4 – BH 4 – Mobiflex 1 – LWL-Klinik 2 – HS	
Davon:			Zielerreichung durch:
Abstinenzstabilisierung durch Begleitung	15	3 – BSH 3 – BH 1 – ZBS 1 – Mobiflex 1 – LSH 2 – AS 4 – PG	Begleitung, Kurzinterventionen, Motivierende Gesprächsführung (MI), therapeutische Einzelgespräche
Vormerkung oder Vorbereitung auf Stationäre medizinische Rehabilitation für Abhängigkeitskranke	3	1 – ZBS 1 – PG 1 – AS	
Vermittlung in Stationäre medizinische Rehabilitation für Abhängigkeitskranke	2	1 – ZBS 1 – AS	
Aufnahme in Ambulante medizinische Rehabilitation für Abhängigkeitskranke	1	AS	
Vermittlung i. stationäre sozialtherapeutische Einrichtung nach § 67 SGB XII	2	2 – PG	
Aufnahme i. stationäre sozialtherapeutische Einrichtung nach § 53 SGB XII	1	BH	
Aufnahme oder Vermittlung i. ambulante sozialtherapeutische Einrichtung nach § 53 SGB XII	2	1 – BSH 1 – Pass	

Ziel	Klienten	Anzahl der Klienten mit zuweisender Stelle (Mehrfachnennungen möglich)	
Vermittlung i. stationäre Entzugsbehandlung	4	2 – ZBS 1 – LWL-Klinik 1 – BSH	
Stationäre Entzugsbehandlung ohne Vermittlung	5	2 – ZBS 1 – BSH 1 – LSH 1 – PG	
Vermittlung in psychiatrische Institutsambulanz	1	1 - PG	

3. Motivation/Kontakthalten

Motivation (Zielfindung)	5	2 PG 2 Mobiflex 1 BSH	Kurzinterventionen, Motivierende Gesprächsführung (MI)
--------------------------	----------	-----------------------------	---

6.0

Werkstatt Passgenau

Arbeitsphasen - Umgang mit Alkoholproblemen am Arbeitsplatz

1. Erkennen des Alkoholproblems (Kurzintervention des Arbeitsanleiters)

Entsteht bei den Arbeitsanleitern der Eindruck, dass Teilnehmer ein Alkoholproblem haben oder sie ihren vertraglichen Verpflichtungen nicht mehr nachkommen können, sprechen Sie die Betroffenen darauf an und teilen ihm die beobachteten Auffälligkeiten mit (z. B. Leistungsminderung, Unzuverlässigkeit, unentschuldigte Fehltage). Der Arbeitsanleiter macht dem Teilnehmer deutlich, dass er sich Sorgen um ihn macht und glaubt, dass sein Fehlverhalten alkoholbedingt ist. Dem Teilnehmer wird ein Gespräch mit dem Sozialarbeiter angekündigt.

2. Erstes Gespräch mit dem Sozialarbeiter (Kurzintervention des Sozialarbeiters)

Der Sozialarbeiter spricht mit dem Teilnehmer und teilt ihm die vom Arbeitsanleiter beobachteten Auffälligkeiten nochmals mit. Der Teilnehmer nimmt dazu Stellung. Wurde der Sachverhalt verdeutlicht macht der Sozialarbeiter den Teilnehmer ausdrücklich auf die Sprechstunde des Suchtberaters aufmerksam. Die Teilnahme an diesem Gespräch ist freiwillig. Dem Teilnehmer wird das nächste Gespräch mit dem Sozialarbeiter angekündigt, falls es zu alkoholbedingten Auffälligkeiten kommt.

Zweites Gespräch mit dem Sozialarbeiter (Kurzintervention des Sozialarbeiters)

Sollte sich das Verhalten des Teilnehmers nicht ändern, erfolgt ein zweites Gespräch mit dem Sozialarbeiter. Das Gespräch mit dem Suchtberater wird zur Auflage gemacht.

3. Gespräch mit dem Suchtberater (Kurzintervention)

Im Anschluss führt der Suchtberater Einzelgespräche mit dem Betroffenen und vermittelt Informationen über Hilfsmöglichkeiten und bietet sie an.

Der Teilnehmer wird „eingeladen“ zu einer Veränderung durch Ansprechen der Suchtproblematik und Motivierung zu einer Veränderung.

4. Umsetzung des Angebotes durch den Suchtberater (Kurzintervention und Motivierende Gesprächsführung)

Begleitende Gespräche zur Motivierung, Beantragung von stationärer oder ambulanter Rehabilitation, Vermittlung in Entgiftung, Trinkmengenreduktion – jeweils mit dem Ziel Abstinenz oder reduzierter/kontrollierter Konsum.

Ergänzend dazu entwickelte das Team der Werkstatt Passgenau die „Handlungsanweisungen zum Umgang mit Alkoholkonsum in der Werkstatt Passgenau“, die den internen Betriebsabläufen angepasst sind.

6.1

Handlungsanweisungen zum Umgang mit Alkoholkonsum in der Werkstatt Passgenau

Ausgangslage

1. Die Werkstatt PG bietet Arbeitsgelegenheiten in Umfang von 25 Stellen für suchtkranke und/oder schwerbehinderte Menschen an.
2. Auch unter den übrigen Teilnehmern sind mehr und mehr suchterkrankte Menschen zu finden.

Ziele

1. Den Bestimmungen des Arbeitsschutzes ist Rechnung zu tragen.
2. Insbesondere gilt es,
 - „nasse“ alkoholranke Mitarbeiter vor Arbeitsunfällen zu schützen,
 - ein abgestuftes, den Teilnehmern bekanntes, Instrumentarium anzuwenden, um den Alkoholisierungsgrad stufenweise zu senken,
 - „trockene“ alkoholranke Mitarbeiter vor Rückfallsituationen während der Arbeitszeit zu schützen.

Umsetzung

1. Allen Mitarbeitern ist die Regelung des Arbeitsschutzes „Kein Alkohol am Arbeitsplatz“ bekannt.
2. Allen Mitarbeitenden ist die Kontaktperson zur Fachstelle Sucht, Hermannus Hüser und dessen Besuchszeiten bei PG per Aushang bekannt.
3. Bei Verdacht von Alkoholkonsum und in unregelmäßigen Abständen werden Alkoholkontrollen auf den Baustellen und im Betrieb durchgeführt. Die Kontrollen können sowohl zum Arbeitsbeginn aus auch zum Ende erfolgen. Über diese Möglichkeit werden die Teilnehmer in dem Info-Schreiben hingewiesen. Die Ergebnisse der Tests werden protokolliert.

Toleranzen

1. In der Schreinerei und für Fahrer gilt die ‰ Promille-Grenze. Wer alkoholisiert angetroffen wird, hat den Arbeitsplatz sofort zu verlassen. Ansonsten gilt das unten aufgeführte Ablaufschema.
2. In den übrigen Gewerken verbleibt der Teilnehmer bis zu 0,29 Promille-Grenze am Arbeitsplatz. Es erfolgt ein Hinweis auf die Arbeitsschutzbestimmungen. Innerhalb von 14 Tagen erfolgt eine Kontrolluntersuchung. Verläuft diese negativ, werden keine weiteren Schritte eingeleitet.
Bei positivem Befund findet ein Informationsgespräch innerhalb von 14 Tagen mit Hrn. Hüser statt. Innerhalb der nächsten 14 Tage erfolgt wieder eine Kontrolluntersuchung. Bei negativem Befund erneute Kontrolle in 14 Tagen, wieder negativ endet die gezielte Kontrolle.
Bei positivem Befund: schriftliche Ermahnung
14-tägige Kontrolle – positiver Befund – 1. Abmahnung
14-tägige Kontrolle – positiver Befund – 2. Abmahnung
14-tägige Kontrolle – positiver Befund – Beendigung der AGH
Die Folge der Sanktionen wird unterbrochen und beginnt von vorn, sofern bei 2 aufeinander folgenden Kontrollen ein negativer Befund vorliegt.

3. Bei einem Promille-Wert zwischen 0,3 und 0,59 verbleibt der Teilnehmende auf dem Gelände der Werkstatt und wird mit einfachen Arbeiten beschäftigt. Es findet ein Informationsgespräch innerhalb von 14 Tagen mit Hrn. Hüser statt. Innerhalb der nächsten 14 Tage erfolgt wieder eine Kontrolluntersuchung. Bei negativem Befund, 2 erneute Kontrollen in Abständen von 14 Tagen. Sind die beiden Kontrollen wieder negativ endet die gezielte Kontrolle.
Bei positivem Befund: schriftliche Ermahnung
14-tägige Kontrolle – positiver Befund – 1. Abmahnung zwingend ein 2. Gespräch mit Hrn. Hüser
14-tägige Kontrolle – positiver Befund – 2. Abmahnung mit Aufforderung sich in ärztliche Behandlung zu begeben
14-tägige Kontrolle – positiver Befund – Beendigung der AGH
Die Folge der Sanktionen wird unterbrochen und beginnt von Vorn, sofern bei 3 aufeinander folgenden Kontrollen ein negativer Befund vorliegt.

4. Bei einem Promille-Wert von über 0,6 Promille wird dem Teilnehmenden die Arbeitsaufnahme bzw. Fortführung untersagt. Je nach dem wie hoch der Alkoholisierungsgrad ist, hat die Person unter Begleitung das Gelände zu verlassen. Es findet ein Informationsgespräch innerhalb von einer Woche mit Hrn. Hüser statt. Innerhalb der nächsten 14 Tage erfolgt wieder eine Kontrolluntersuchung. Bei negativem Befund, 2 erneute Kontrollen in Abständen von 14 Tagen. Sind die beiden Kontrollen wieder negativ endet die gezielte Kontrolle.
Bei positivem Befund: schriftliche Ermahnung.
14-tägige Kontrolle – positiver Befund – 2. Abmahnung mit Aufforderung sich in ärztliche Behandlung zu begeben
14-tägige Kontrolle – positiver Befund – Beendigung der AGH
die Folge der Sanktionen wird unterbrochen und beginnt von Vorn, sofern bei 3 aufeinander folgenden Kontrollen ein negativer Befund vorliegt.

08.05.09/DW/Passgenau

Charakteristika von Kurzinterventionen⁴

1. Ziele:

- Motivation zu einer Konsumveränderung,
- Konsumreduktion oder Abstinenz,
- ggf. Wahrnehmen einer weitergehenden Behandlung

2. Zielgruppe:

- Personen mit riskantem Konsum,
- Suchtmittelmissbrauch oder leichter/mäßiger Abhängigkeit (Sekundärprävention),
- schwer Abhängige und sozial benachteiligte Personengruppen

3. Kurze Sitzungen, vorab festgelegte Dauer:

- (ca. 15 – 30 Minuten, 2 – 4 Sitzungen „minimal Intervention“)

4. Klare Strukturierung im Vorgehen

5. begleitende Verwendung von Arbeitsbögen, Selbsthilfebroschüren etc. möglich

6. Orientiert an Erfolg versprechenden Prinzipien der Motivationspsychologie und Verhaltenstherapie (→ FRAMES: Empathie, Rückmeldung geben, Eigenverantwortung betonen, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen stärken, Alternativen zulassen, Empfehlung aussprechen.

⁴ Prof.Dr. J. Körkel, EvFH Nürnberg, Fachbereich Sozialwesen, Bärenschanzstrasse 4, 90429 Nürnberg

Fünf Empfehlungen für Kurzinterventionen⁵

- | | |
|---|--|
| 1. „Ich Sorge mich...“
„Ich mache mir Gedanken...“
„Mich beunruhigt...“ | Anteilnahme/(„Selbstoffenbarung“) |
| 2. „Deshalb würde ich gerne mit Ihnen darüber sprechen“ | Ich-Botschaft |
| 3. „Ich möchte Sie zu nichts drängen.“ | Reaktanz vermeiden |
| 4. „Sind Sie damit einverstanden, dass wir darüber sprechen?“ | Erlaubnis einholen |
| 5. „Wie denken Sie im Moment über Ihren Alkoholkonsum?“ | Offene Frage |

⁵ Prof.Dr. J. Körkel, EvFH Nürnberg, Fachbereich Sozialwesen, Bärenschanzstrasse 4, 90429 Nürnberg

Zwölf Empfehlungen für Kurzinterventionen⁶

- | | |
|--|---|
| 1. „Ich Sorge mich...“
„Ich mache mir Gedanken...“
„Mich beunruhigt...“ | Anteilnahme/
(„Selbstoffenbarung“) |
| 2. „Deshalb würde ich gerne mit Ihnen
darüber sprechen | Ich-Botschaft |
| 3. „Ich möchte Sie zu nichts drängen.“ | Reaktanz vermeiden |
| 4. „Sind Sie damit einverstanden, dass
wir darüber sprechen?“ | Erlaubnis einholen |
| 5. „Wie denken Sie im Moment über
Ihren Alkoholkonsum?“ | Offene Frage |
| 6. Was sind für Sie die angenehmen Seiten am
Alkohol? (Was mögen Sie am Alkohol?)
2 Minuten ausführen lassen | Offene Frage: Pro |
| 7. „Was ich verstehe/höre, ist...“ | Aktives Zuhören/
Zusammenfassung |
| 8. „Was sind für Sie die weniger guten Seiten am
Alkohol?“ (2 Minuten ausführen lassen) | Offene Frage: Kontra |
| 9. „Was ich verstehe/höre, ist...“ | Aktives Zuhören/
Zusammenfassung |
| 10. Welche Rolle soll der Alkohol in Ihrem weiteren
Leben spielen?“ („Wie passt der Alkohol in Ihre
Zukunftsvorstellungen?“) | Blick in die Zukunft |
| 11. „Ich würde mich freuen, wenn Sie über eine
Veränderung Ihres Alkoholkonsums nachdenken
würden.“ | Empfehlung/(„Advice“) |
| 12. „Der einzige, der etwas daran verändern kann,
sind letztlich (natürlich) Sie selbst. “ | Selbstverantwortung
betonen |

⁶ Prof.Dr. J. Körkel, EvFH Nürnberg, Fachbereich Sozialwesen, Bärenschanzstrasse 4, 90429 Nürnberg

7.0

Literatur

BKK Bundesverband Hrsg., (2007): Zieloffene Arbeit mit Wohnungslosen, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Körkel, J. u. Drinkmann (2002): Wie motiviert man "unmotivierte" Klienten? Sozialmagazin, 27, 26-34.

Körkel u. Veltrup, C (2003): Motivational Interviewing: Eine Übersicht. Suchttherapie, 4. 115-124

Körkel, Prof. Dr., (2005): Seminarunterlagen, Ev. FH Nürnberg, Fachbereich Sozialwesen, Bärenschanzstrasse 4, 90429 Nürnberg.

Körkel, Prof. Dr., (2005): Seminarunterlagen. Einladung zur Veränderung. Motivierende Gesprächsführung. GK Quest Akademie GmbH, Heidelberg.

Miller, W.R., Rollnick, S. (1999): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg/Brsg.: Lambertus.

Wienberg, Günther, Driessen, Martin (Hg),2001: Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit – Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Ziesche, Bernd (2000): Betriebliche Suchtkrankenhilfe. Erläuterungen zum Krankheitsbild Alkoholismus, Betriebliche Problematik, Vorgehensweise im Betrieb. Anhang, Muster-Betriebsvereinbarung. Blaues Kreuz in Deutschland e.V.