

Soziale Arbeit zwischen Fürsorge und Versorgung

**Konfliktfelder und Perspektiven am Beispiel der sozialen Arbeit in
der Suchthilfe**

**Bundeskongress der Sozialen Arbeit
am 30.09.2015 in Darmstadt**

Ulrike Dickenhorst

Rita Hansjürgens KathO Paderborn

Bernhard-Salzmänn-Klinik

LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen des
LWL-Klinikums Gütersloh



LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

LWL Rehabilitationszentrum OWL

www.bernhard-salzmänn-klinik.de

Gütersloh

1. 100/115 Behandlungsbetten davon
28 Frauen-Behandlungsplätze
28 Plätze bei pathologischem Glücksspiel und PC-Abhängigkeit
12 Adaptionsplätze
10 Plätze ganztägig ambulante Behandlung
60 Plätze ambulante Reha / Nachsorge

Behandelt werden

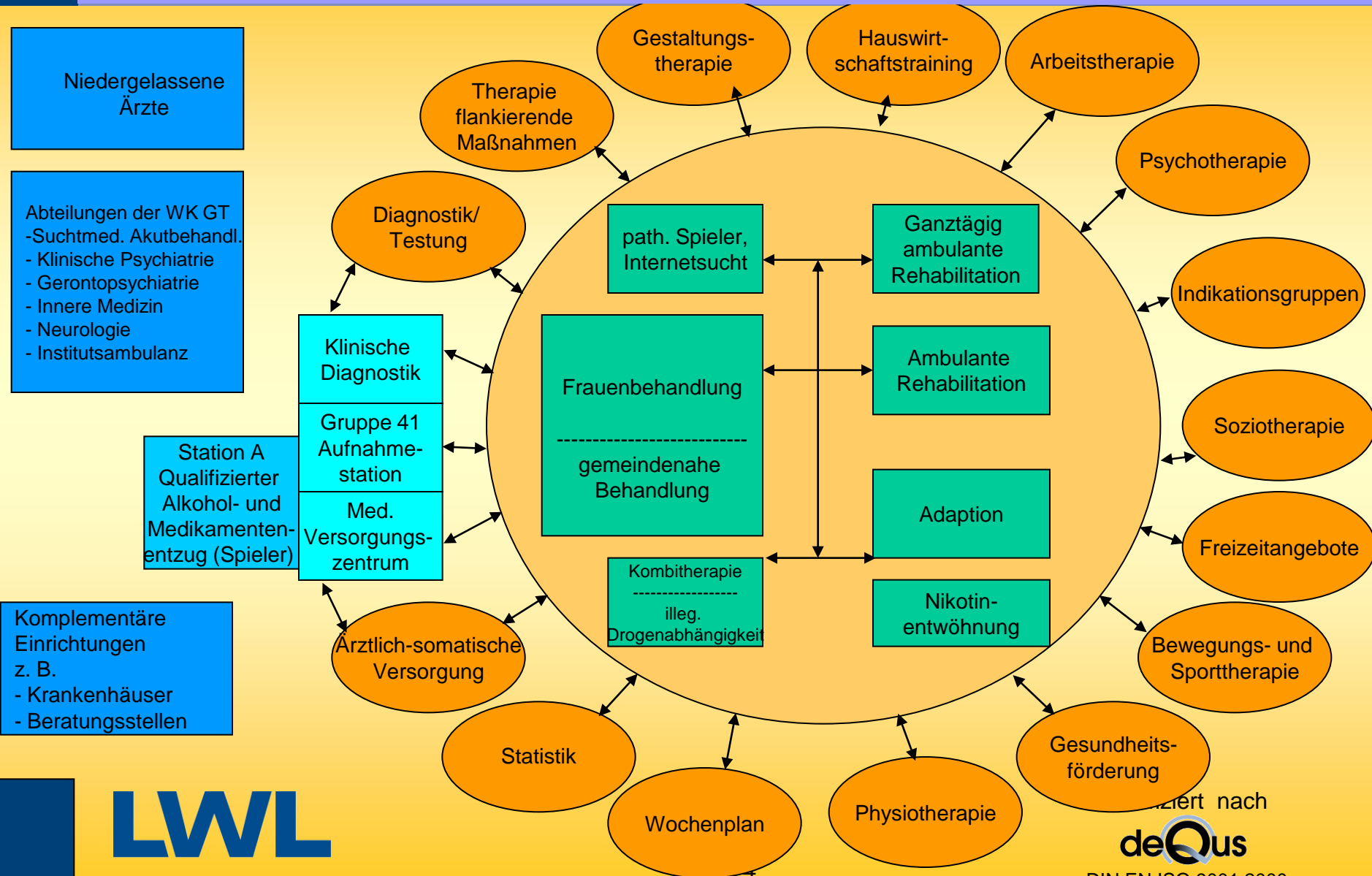
Alkohol-, Medikamenten-, Drogen-, Glücksspiel- und PC
spielabhängige Frauen und Männer

Paderborn

2. 16 Behandlungsplätze und 4 Ganztägig Ambulante Plätze
Behandelt werden Alkohol- und Medikamentenabhängige Pat.

Bernhard-Salzmann-Klinik

LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen des
LWL-Klinikums Gütersloh



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



DIN EN ISO 9001:2000

Wochenplan

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
06:30	Kneipp-Güsse	Kneipp-Güsse	Kneipp-Güsse	Kneipp-Güsse	Kneipp-Güsse		
07:00	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück		
08:00	Arbeitstherapie	Arbeitstherapie	Arbeitstherapie	Arbeitstherapie	Arbeitstherapie	Frühstück ab 07:30 Uhr	Frühstück ab 8:30 Uhr
08:30	Gestaltungstherapie	Gestaltungstherapie	Gestaltungstherapie	Gestaltungstherapie	Gestaltungstherapie	10.00 - 11.00 h. Einführungsgruppe für alle neu aufgenommenen Patienten am 1. Wochenende	09:30 - 10:30 h. Schwimmen/ Sport
09:00				Visite	Verabschiedung		
10:00	Treffen Patientendienst						
11:15					Begrüßungsrunde		
11:15	Indikationsgr.	Indikationsgruppen	Indikationsgr.	Indikationsgruppen	Indikationsgruppen		
12:00	Mittagessen Mittagspause	Mittagessen Mittagspause	Mittagessen Mittagspause	Mittagessen Mittagspause	Mittagessen Mittagspause	Mittagessen 12:30 h. Mittagspause	Mittagessen Mittagspause
13:00	Einzelgespräche	Einzelgespräche	Einzelgespräche	Einzelgespräche	Einzelgespräche	Besuchszeit	Besuchszeit
13:45			Gestaltungstherapie		Stationsgespräch 31 und 33 13:00 - 14:00 h.	11:30 - 18:30 Uhr	10:00 - 18:30 Uhr
14:00	Bezugstherapie- gruppe 14:00 - 15:30 h.	Bezugstherapie- gruppe 14:00 - 15:30 h.	13:45 - 15:15 h.	Bezugstherapie- gruppe 14:00 - 15:30 h.	Selbsthilfegruppe 14:30 - 15:30 h.	Stadtausgang für alle ausgangsberechtigten	Stadtausgang für alle ausgangsberechtigten
16:00	Info - Gruppe 16:00 - 17:00 h.	16:00 - 17:00 h. Bewegungstherapie Gruppe A-C		Info - Gruppe 16:00 - 17:00 h.	Möglichkeit für Angehörigenarbeit/ Partnergespräche	Patienten bis 18:30 Uhr	Patienten bis 18:30 Uhr
17:00		Sporteinführung 17:00 - 18:00 h	17:00 - 18:00 h. Bewegungstherapie Gruppe A-C	17:00 - 18:00 h. Bewegungstherapie Gruppe A-C	Stations- und Zimmerreinigung bis 18:00 h. (kein Stadtausgang)	14:00 - 17:00 h. Gestaltungstherapie für alle Patienten am 2. Samstag	
17:15	Entspannungsgruppe Sauna 18:15 h.	Entspannungsgruppe	Entspannungsgruppe	Entspannungsgruppe	Entspannungsgruppe	freies Werken 12:30 - 17:00 Uhr	
18:30	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
19:00	Sport mit Anmeldung	Ärztliche Vorträge	Sport mit Anmeldung	Sport mit Anmeldung			
	Cafeteria bis 22:00 h.	Cafeteria bis 22:00 h.	Cafeteria bis 22:00 h.	Cafeteria bis 22:00 h.	Cafeteria bis 22:00 h.	Cafeteria bis 21:00 h.	Cafeteria bis 21:00 h.



Basis der Suchthilfe

- Teilhabe orientiertes SHG IX 2001
- Eingliederungsverordnung SGB XII (seeli. Beh. vorb.)
- Internationale WHO Klassifikation ICF 2001
- UN-Behindertenrechtskonvention 2006
- Sucht wird als „behandlungsbedürftige, psychosoziale und psychiatrische Krankheit mit chronischem Verlauf“ bewertet und berechtigt zur Behandlung (ohne den Anspruch auf Behinderung), bei der das persönliche Verhalten und weniger die Bedingungen der Verhältnisse im Mittelpunkt der Betrachtung stehen.

Verhältnisprävention der Suchthilfe

Kleiner Exkurs

Verhältnisprävention:

- 0,0 Promille für Fahranfänger
- Werbeverbot für Nikotin, rauchfreie Arbeits- u- Lebensbereiche, Preiserhöhung, Ausweispflicht, Kurzintervention beim Hausarzt usw.
- Weitere politische Entscheidungen sind notwendig.

Ziele Klinischer Sozialer Arbeit

- Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichem Leben fördern
- Abstinenzentwicklung- und Erhaltung

Das Feld der Suchtrehabilitation ist das, in dem Soziale Arbeit behandelt (mit VDR anerkannter Zusatzausbildung). In Beratung und Betreuung ist Soziale Arbeit stärker verortet.

Klinische Soziale Arbeit (VDR anerkannt)

- Entwicklung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung (Mikroebene)
- Individuelle Therapieplanung – Soziale Diagnostik (+Med. u. Psych.)
- Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- Angehörigen- u. Paargespräche (transgenerative Forts. der Sucht)
- Mitbehandlung komorbider Störungen
- Kontakt zu Arbeitgebern, Jugendämtern, Weiterbehandelnden, Bewährungshilfe usw. (Makroebene)
- Zusammenarbeit mit Sozialdienst (innerklinisch)
- Kriseninterventionen
- Dokumentation, QM, KTL, EB Erstellung

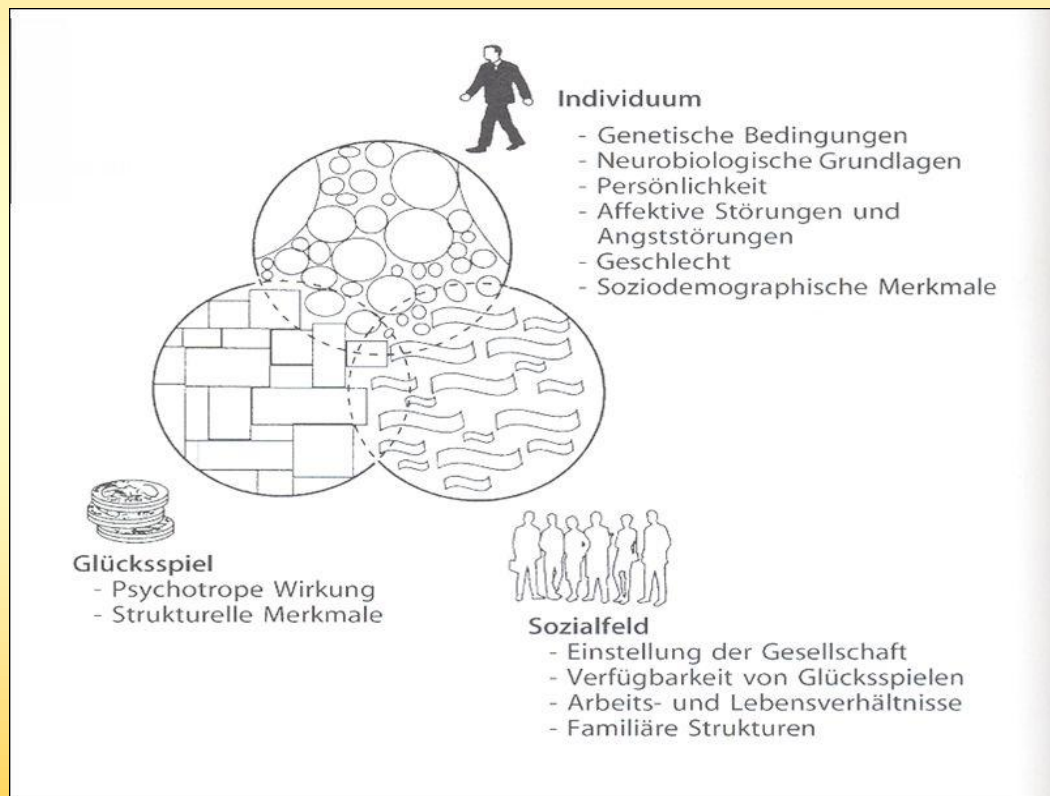
Klinische Soziale Arbeit

- Mitglied eines Behandlungsteams
- Angebot von Indikationsgruppen: Nikotinentwöhnung, Angst und Sucht, Dep. - und Sucht, Trauma und Sucht, Genussstraining, Soziales Kompetenztraining, Konflikttraining, Bewerbertraining usw. bei spez. FO
- Paar-, Angehörigen- und Kinder- Elternseminar
- Rückfallprävention
- TN an AK, QZ, Koop.-Gesprächen usw.
- Konzeptentwicklung
- Für die Arbeitsfelder: St. Reha, ambl. Reha, Adaption, TK

Klinischer Sozialdienst

- Anlaufstelle bei sozialen, finanziellen und /oder beruflichen (5 BORA) Problemlagen
- Beratung bei beruflicher Wiedereingliederung (H Modell)
- Berufliche Reha
- Enge Kooperation mit Bezugstherapie, Ergotherapie (intern), Schuldnerberatungsstellen, Jobcenter, Rentenversicherung, Arbeitgeber usw. (extern)

Bio-Psycho-Soziales Modell der Sucht



Bio – psycho – soziales Modell

•1986 „Ottawa-Charta“ Grundverständnis eines sozialwissenschaftlichen Gesundheitsbegriffs:

- 1.Präventiver Ansatz
- 2.Gemeindeorientierung
- 3.Konzept des Empowerment
- 4.Sozialökologischer Ansatz

•Die Trennung der biologischen und psychosozialen Faktoren bzgl. der Entstehung, Behandlung und Prävention von Krankheit stellt ein Hindernis der Gesundung dar (WHO/Multidimensional/-perspektivisch).

Bio – psycho – soziales Modell

- Verankert wurde das Modell in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit WHO 2005, nach der Teilhabestörungen diagnostiziert und entgegengewirkt werden sollen.
- Der Erklärungsansatz fordert die interdisziplinäre Praxis.
- Das Zusammenspiel zwischen Diagnostik, Intervention und Integration/Teilhabe ist derzeit weder theoretisch, empirisch noch strukturell gelöst.
- Der Paradigmenwechsel ist noch nicht vollzogen.

Was wirkt in der Suchtrehabilitation?

- Teilhabe am Arbeitsleben
- Unterstützende soziale Kontakte

**Seit 20 Jahre keine Veränderung der Abstinenzquoten
trotz sich weiter differenzierender Therapiekonzepte und
Therapiezeitverkürzung**

Was sind die häufigsten Rückfallrisiken?

1. Intrapyschische Konflikte
2. Interaktionelle Konflikte
3. Suchtdruck
4. Kontakt mit Menschen die konsumieren
5. Versuch kontrolliert zu trinken

Rückfallquoten!?

Bio – psycho – soziale Dimension?

Abschließende Fragen:

- Wie könnte die ICF die Soziale Arbeit stärken – zu ihrem Instrument werden lassen?
- Welchen Beitrag könnte die Soziale Arbeit leisten, um die Bedeutung der sozialen Dimension des BPS Modells zu etablieren, standardisieren, manualisieren, evaluieren?
- Die abstinenzstabilisierenden Faktoren (Arbeit u. Beziehungen) gehören zum sozialen Arbeitsspektrum, wie kann die Soziale Arbeit hier einen ihrer Arbeitsschwerpunkte setzen?
- Die Geschichte der Suchtarbeit basiert auf der Sozialfürsorge und wird aktuell von Pharmakotherapie und Psychotherapie verändert, was wäre dem Prozess entgegen zu setzen?
- Wie können die Perspektiven der SA in der Suchtrehabilitation gestärkt werden?

Danke
für
Ihre
Aufmerksamkeit

ulrike-dickenhorst@lwl.org