

Inhalt

Vorwort	7
1 Soziale Diagnostik in der Suchthilfe – eine geschichtliche und theoretische Herleitung	13
Dieter Röh	
2 Zum Verständnis Sozialer Diagnostik in der Suchthilfe	21
Rita Hansjürgens	
3 Black-Box-Diagnostik	33
Kitty Lüdtke und Peter Lüdtke	
4 Biografische Timelines als kooperatives diagnostisches Instrument	41
Peter Pantuček-Eisenbacher	
5 Das Modulare ICF-basierte Core Set Sucht (MCSS)	51
Angela Buchholz	
6 Impact-Techniken	63
Kitty Lüdtke und Peter Lüdtke	
7 Soziale Diagnostik in der Früherkennung und Frühintervention am Beispiel des Programms FreD	75
Frank Schulte-Derne	
8 Der Sozialbericht als Instrument Sozialer Diagnostik in der Suchtberatung?	93
Rita Hansjürgens	
9 Real-Time Monitoring als Verfahren der Systemisch-biografischen Fallarbeit – ein Gewinn für die Soziale Arbeit in der Suchthilfe	107
Raphael Calzaferrri	
10 Diagnostik in der Drogensuchtbehandlung im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland – ein Überblick	125
Maike Klein	



Vorwort

Liebe Leser*innen,

vielleicht kennen Sie den häufig gesagten Satz: »Theoretisch weiß ich das ... Aber praktisch ist es nicht so leicht!« Mit der Sozialen Diagnostik in der Suchthilfe und Suchtprävention verhält es sich anscheinend anders. Hier geschieht im praktischen Handeln oft en passant auch Soziale Diagnostik. Dieses Handeln wird aber von Sozialarbeitenden in der Suchthilfe häufig nicht als solches gesehen, verstanden und eher nicht mit Diagnostik als eigenständiger Funktion in Verbindung gebracht. Ausgehend von dieser These gehört der Einsatz von Instrumenten Sozialer Diagnostik in der Suchthilfe somit einerseits zum Alltag von Sozialarbeitenden in der Praxis der Suchthilfe, andererseits sind sie bisher an wenigen Stellen systematisch beschrieben worden. Der Praxis der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe scheinen ein Rahmen und eine theoretische Begründung für Soziale Diagnostik in diesem Handlungsfeld zu fehlen.

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention (DG-SAS) hat dies zum Anlass genommen und ihren fünften Bundeskongress im März 2019 in Magdeburg hierzu ausgerichtet. Die Beiträge der Referent*innen und die Tagungsergebnisse lieferten dabei wichtige Erkenntnisse für diesen noch zu erbringenden theoretischen Rahmen. Als Herausgeber*innen des vorliegenden Buchs dürfen wir uns bei allen beteiligten Autor*innen bedanken, die schnell und unkompliziert ihre Mitarbeit zugesagt haben. Damit ist es gelungen die Tagungsbeiträge zu bündeln und um weitere wichtige Aspekte zu ergänzen.

Die Themen der jeweiligen Bundeskongresse, in diesem Fall Soziale Diagnostik, knüpfen dabei auch an das bereits 2016 von der DG-SAS veröffentlichte Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention an (www.dg-sas.de/de/kompetenzprofil). Neben einem multiperspektivischen Fallverstehen wird Soziale Diagnostik dort den Analysekompetenzen zugeschrieben, über die Fachkräfte der Sozialen Arbeit in diesem Arbeitsfeld verfügen sollten.

oder die Sozialdienste der Akut- und Rehakliniken. Hier gilt es in der Zukunft noch genauer hinzuschauen, was Soziale Diagnostik in diesem Bereich ist oder sein könnte bzw. woher die Fachkräfte wissen können, was und warum sie etwas tun. Wir freuen uns über diesbezügliche Hinweise auf Instrumente, Verfahren und strukturelle Herausforderungen.

Ganz egal, ob Sie im Studium stecken oder schon in der Suchthilfe tätig sind: Wir hoffen, Ihnen mit diesem Buch Leitlinien für eine Orientierung an die Hand zu geben sowie verschiedene Instrumente und Verfahren vorzustellen, die in Ihrer aktuellen oder zukünftigen Arbeit zur Anwendung kommen. Genauso möchten wir Sie aber auch ermutigen, Ihre eigenen Methoden, Instrumente und Verfahren aus dem Blickwinkel »Soziale Diagnostik« und ihrer Leitlinien zu betrachten, ggf. auch neu zu beschreiben und so einen Mehrwert für Ihre adressat*innenbezogene Arbeit zu generieren. Vielleicht enthüllt sich mit diesem Blick am Ende doch mehr professionelle Soziale Diagnostik in Ihrem Arbeitsalltag, als es auf den ersten Blick erscheint. Wir, die derzeit auch der DG-SAS vorstehen, freuen uns über Rückmeldungen und Beiträge zu diesen Ideen, damit ein lebendiger Dialog zwischen Theorie und Praxis entstehen und sich die fachliche Arbeit mit Klient*innen auf der Ebene Sozialer Diagnostik in der Suchthilfe weiterentwickeln kann.

Für den Vorstand der DG-SAS
Rita Hansjürgens und Frank Schulte-Derne
Berlin und Münster im März 2020

1 Soziale Diagnostik in der Suchthilfe – eine geschichtliche und theoretische Herleitung

Dieter Röh

Einleitung

Die Soziale Diagnostik hat sich in der wissenschaftlichen Beschäftigung in den letzten zehn Jahren rasant entwickelt, in der Praxis wird sie jedoch deutlich zögerlicher angenommen bzw. entwickelt sich in den verschiedenen Arbeitsfeldern unterschiedlich (Buttner/Gahleitner/Hochuli Freud/Röh 2020). Soziale Diagnostik spielt auch in der Suchthilfe eine entscheidende Rolle, um Menschen in ihren jeweiligen Lebenssituationen zu verstehen und Interventionen zu begründen. Gleichwohl dominiert diesen Bereich die medizinische Diagnostik entlang der ICD bzw. die psychologische Diagnostik (vgl. Hansjürgens 2020). Trotzdem verhält sich die wissenschaftliche Beschäftigung in der Suchthilfe mit der Begründung und Reflexion vorhandener sowie mit der Entwicklung und Evaluation allgemeiner und an das Handlungsfeld angepasster Konzepte und Instrumente bislang eher zurückhaltend.

Eine Anfang 2019 durchgeführte systematische Literaturrecherche mit den booleschen Operatoren `Diagnos* AND sozial* AND (Reha* AND Sucht*) OR (Sucht* AND Behandlung*) OR (Sucht* AND Therapie*) OR Sucht*` in einschlägigen Katalogen (GESIS, WISO, SoLit etc.) sowie eine Handsuche (in Handbüchern der Suchthilfe und Geschichte der Sozialen Arbeit, Monografien, grauer Literatur etc.) ergaben nur drei Treffer. Gefunden wurden häufig verdeckte und vereinzelte Hinweise zur Sozialen Diagnostik. Studien oder Erprobungen oder gar Standards konnten nicht gefunden werden. Es kann daher die These aufgestellt werden, dass Soziale Diagnostik in der Suchthilfe fast unsichtbar ist.

Der kurze Ausflug in die frühe Berufs- und Methodengeschichte am Beispiel Richmonds und Salomons hat die frühen Erkenntnisse gezeigt, die dann jedoch lange Zeit zunächst »verdrängt« wurden, v. a. durch die erzwungene Migration der Pioniere, die nationalsozialistische Pervertierung der Wohlfahrtspflege und damit einhergehend auch der Behandlung Suchtkranker. Im Zusammenhang mit eben diesen Entwicklungen und der Beteiligung der Fürsorge an der Identifikation von bestimmten Personen durch »Soziale Diagnostik« dauert es lange, bis wieder über eine Reprofessionalisierung nachgedacht werden konnte. Doch auch diese wurde zunächst durch die kritische Auseinandersetzung mit der stigmatisierenden Wirkung von (medizinischen) Diagnosen in den 1960er- bis 1980er-Jahren (und zum Teil bis heute) unterbrochen bzw. verlangsamt und gewinnt erst danach bzw. jüngst an Bedeutung. Meilensteine dieser jüngeren Entwicklung sind mit dem Handbuch »Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit« (Heiner 2004), dem Beginn einer Tagungsreihe zur Sozialen Diagnostik (ab 2005, siehe die Veröffentlichung zur zweiten Tagung Pantuček/Röh 2008), den fortlaufend aktualisierten Werken Pantuček-Eisenbachers, zuletzt 2019, sowie den aktuellen Handbüchern zur Sozialen Diagnostik von Buttner/Gahleitner/Hochuli Freund/Röh (2018; 2020) zu verzeichnen.

Soziale Diagnostik steht nicht zwingend, aber bezüglich der Suchthilfe wohl am besten, in einem direkten Verhältnis zur Klinischen Sozialarbeit. Sie kann in diesem Zusammenhang definiert werden als der Versuch zur Erfassung jener Einflussvariablen auf Gesundheit/Krankheit, die sie im Sinne eines sozio-psycho-somato-kulturellen Behandlungsverständnisses und ihrer daraus resultierenden Behandlungskompetenz im Bereich der Störungen des Passungsverhältnisses zwischen Subjekt und Umwelt für eine erfolgreiche Intervention benötigt.

Auf jeden Fall ist festzuhalten, dass es gute Gründe gibt, die Soziale Diagnostik in der Suchthilfe zu entwickeln, wo es sie bereits gibt, zu verstetigen und insgesamt zu konsolidieren.

Fazit

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die professionelle Soziale Arbeit in der Suchthilfe eine, wenn auch an die verschiedenen Arbeitsgebiete angepasste, Methodik Sozialer Diagnostik benötigt, da

- sich Suchtproblematiken immer auch als soziale Probleme darstellen,
- moderne Behandlungs-, Rehabilitations- sowie Teilhabeprogramme nicht mehr nicht biopsychosozial sein können,
- sie es aber immer noch sind,

2 Zum Verständnis Sozialer Diagnostik in der Suchthilfe

Rita Hansjürgens

Einleitung

Ein wichtiger Punkt in der Methodenausbildung von Sozialarbeitenden ist die Frage, wie und woher sie wissen können, was wie zu tun ist. Begreift man professionelles Handeln als prinzipiell rationales, das heißt auf explizierbarem Wissen (das auch reflektierte Erfahrungen einschließt) beruhendes und damit begründbares Handeln, gibt es aus einer professionstheoretischen Sicht darauf eine eindeutige Antwort: Der Handlung gehen Phasen der Beobachtung einer Situation, zu der auch die Verständigung über die Sichtweisen der beteiligten Akteur*innen gehört, der Einordnung dieser Beobachtungen in spezifisches Wissen, der Bildung von handlungsleitenden Hypothesen und die Phase der auf den Einzelfall differenzierenden rationalen Schlussfolgerung auf Basis dieser Hypothesen voraus.

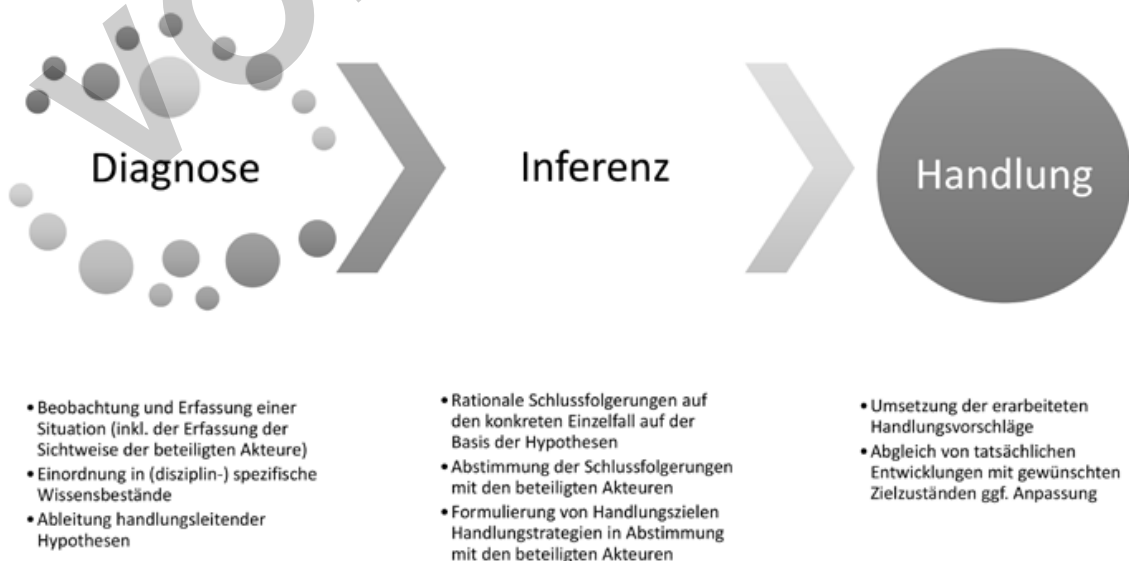


Abb. 1: Phasen einer professionellen Handlung Sozialer Arbeit in Anlehnung an das Phasenmodell nach Abbott (eigene Darstellung)

7 Soziale Diagnostik in der Früherkennung und Frühintervention am Beispiel des Programms FreD

Frank Schulte-Derne

Junge Menschen mit einem *problematischen* Konsum psychoaktiver Substanzen früh zu erreichen und ihnen passgenaue Angebote zu machen, damit sie ihren als problematisch beurteilten Substanzkonsum reflektieren können, ist ein Ziel einer zeitgemäßen (selektiven) Suchtprävention. Das Programm »Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsument*innen in verschiedenen Settings« (FreD) ist ein gutes Beispiel, wie dies gelingen kann. Im Rahmen des Programms werden in relativ kurzer Zeit viele sozialdiagnostische Informationen zusammengetragen, aufgrund derer die Teilnehmenden eine abschließende Rückmeldung erhalten. Allerdings werden die dafür angewandten Instrumente bislang als »Methoden« und »Übungen« vermittelt, ohne einen Bezug zu der eigentlichen Funktion Sozialer Diagnostik herzustellen. Anhand konkreter Beispiele aus der Praxis wird die Anwendung dieser Übungen illustriert und in Beziehung zu Sozialer Diagnostik gesetzt. Damit ist zugleich eine Anregung zur Weiterentwicklung des FreD-Programms geleistet.

Das FreD-Programm

FreD steht für Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsument*innen. Jugendliche und junge Erwachsene, die mit einem (riskanten) Substanzkonsum (strafrechtlich) aufgefallen sind, werden dem Programm zugewiesen oder ihnen wird nahegelegt, dieses Programm zu absolvieren. Das Gespräch umfasst ein sogenanntes Intake-Gespräch und einen anschließenden achtstündigem Interventionskurs. FreD kommt insbesondere dort zum Einsatz, wo ein folgenloses Hinnehmen der Auffälligkeit oder eine Einstellung aus rechtlichen oder erzieherischen Gründen für nicht sinnvoll gehalten wird. Dies geschieht sehr oft im Rahmen eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens, aber auch in der Schule, in Wohngruppen oder am Arbeitsplatz. FreD zielt darauf

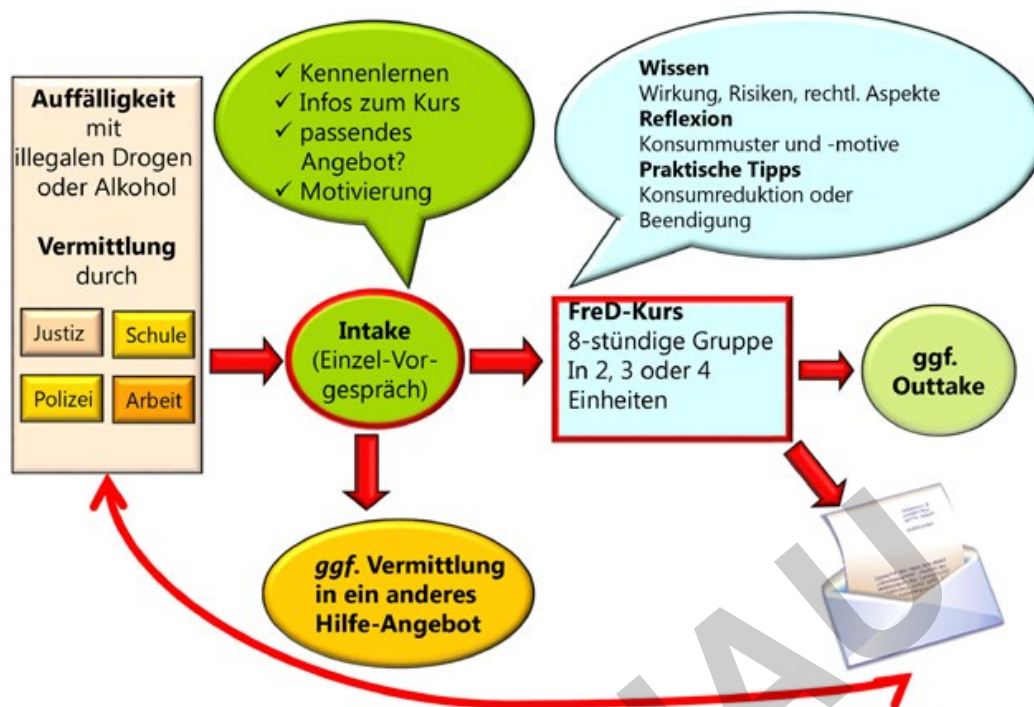


Abb. 1: Schematischer Ablauf des FreD-Kurses (LWL 2017, S. 31)

Das Intake-Gespräch

Das Intake-Gespräch erfüllt eine »Brücken- und Gatekeepingfunktion« (vgl. Hansjürgens 2018; LWL 2017) zwischen der Zuweisung zum FreD-Programm und der daraus resultierenden Kursteilnahme. Die FreD-Trainer*innen sollen in dem maximal einstündigen Gespräch einen vertrauensvollen Kontakt zum Betroffenen herstellen und überprüfen, ob das Kursangebot das geeignete Angebot für diese Person darstellt. Falls dies nicht der Fall ist, sollen alternative Hilfen angeboten bzw. vermittelt werden. Folgende Aspekte sollen dabei angesprochen werden:

- gegenseitige persönliche Vorstellung,
- Konsummuster,
- rechtliche und disziplinarische Sachverhalte (z. B. Auflagen),
- allgemeine Informationen zu FreD und dem Kursablauf,
- individuelle Fragen zum Kursgeschehen,
- Erwartungen etc.

Betrachtet man die Fülle der Themen in Anbetracht der für das Intake-Gespräch vorgesehenen Zeit, ist es selbstverständlich, dass die diagnostische Erhebung auf den Ausschluss einer manifesten Abhängigkeit reduziert sein muss (vgl. den zweiten Abschnitt in diesem Beitrag).

Aber auch:

- Was waren die auslösenden Ereignisse dafür, dass die Lebenssituationen sich verbessert haben?
- Was hat dazu beigetragen, dass es auch lange »angenehme« Phasen gab? (Oft in Phasen des risikoärmeren Konsums beschrieben.)

An dieser Methode wird gut deutlich, wie durch die Fragetechnik beeinflusst werden kann, welche Bereiche fokussiert werden, z. B. Ressourcen oder Belastungen, und welche »blinden Flecken« man betrachten möchte, z. B. Unterstützung oder Belastungen durch Familie, Selbstwert in Schule oder Ausbildung, Einbindung sozialer Netzwerke etc. Daher erfordert diese Methode entsprechende Erfahrung.

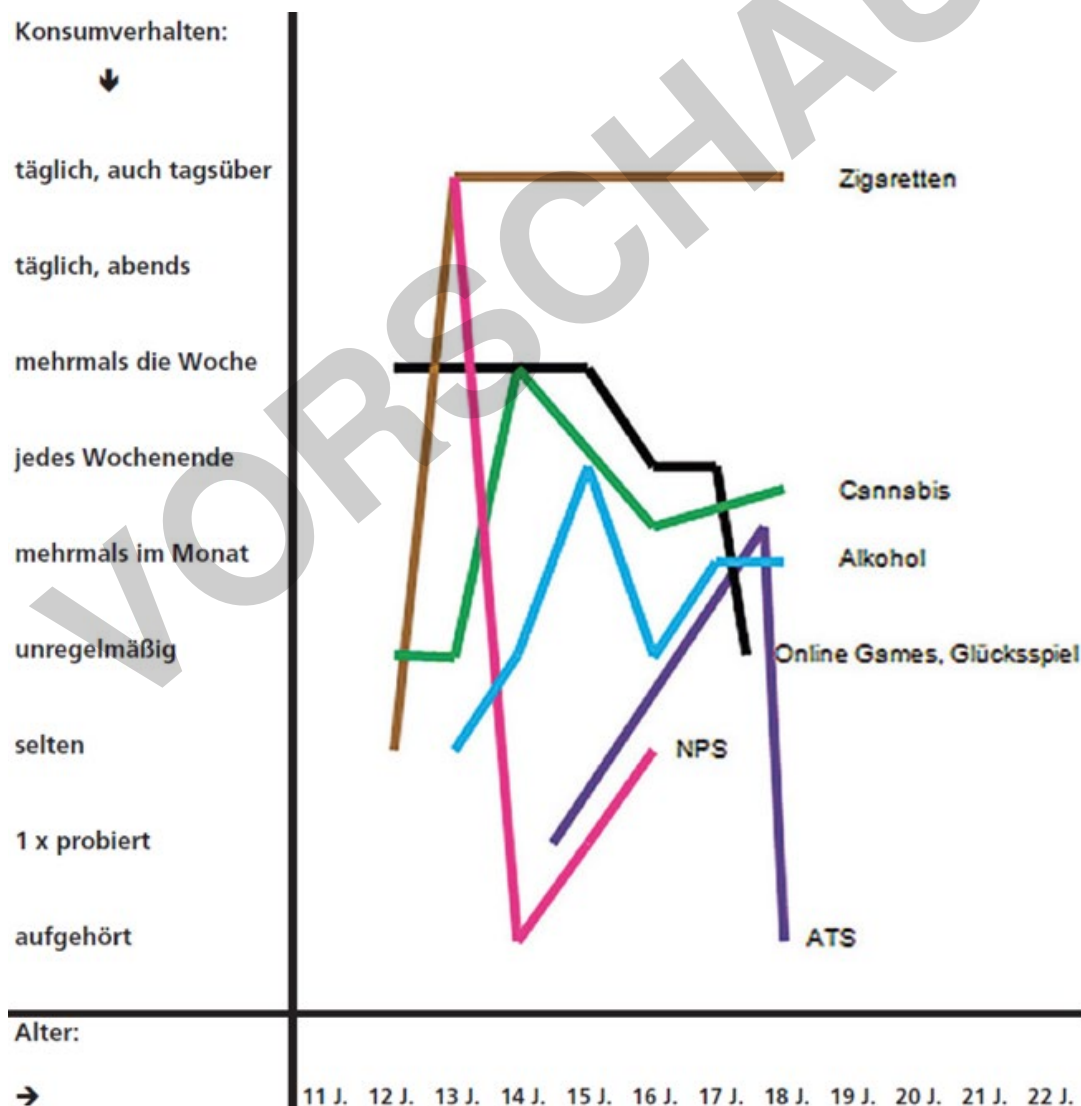


Abb. 3: Beispiel für ein Konsumdiagramm bzw. eine Lebenslinie (LWL 2017, S. 147; nach Krisenhilfe e. V. Bochum in Echtzeit)

behandlungssysteme im UK könnten diese Drogenstrategien jedoch als anspruchsvoll gelten.

Eine Diskrepanz zwischen den Praktiker*innen und den politischen Entscheidungsträger*innen oder zwischen dem, was in den Drogensuchtbehandlungsstellen *tatsächlich geschieht* und was von ihnen *erwartet wird*, bleibt allerdings erhalten. Um diese Diskrepanz zu reduzieren, haben sich Drogensuchter*innen auf die Entwicklung von passgenauen und effektiven Diagnoseinstrumenten konzentriert.

Diagnose Instrumente in der Drogensuchtbehandlung

Die International Classification of Diseases (ICD-10) bleibt weltweit das meistgenutzte Einstufungssystem für psychische Erkrankungen (Reed et al. 2019). Die ICD-10 wird im UK von suchtspezifischem Klinikfachpersonal verwendet. Darüber hinaus verweist dieses auch auf eine Reihe anderer Diagnoseinstrumente, wie z. B. auf den »Alcohol Use Disorders Identification Test« (AUDIT), den »Severity of Alcohol Dependence Questionnaire« (SADQ) und die »Clinical Opiate Withdrawal Scale« (COWS).

AUDIT wurde von Babor, de la Fuente, Saunders und Grant (1992) entwickelt, um nach alkoholgefährdeten oder alkoholabhängigen Menschen zu screenen. Die Autor*innen erhofften sich mit diesem Instrument insbesondere die *Unterscheidung* der Menschen, die *gefährdet sind*, von denen, die schon *Abhängigkeit entwickelt haben* (Reinert/Allen 2002). Der AUDIT beurteilt Klient*innen nach drei Kategorien: 1. aufgenommene Menge von Alkohol, 2. Abhängigkeit und 3. negative Konsequenzen.

Zudem können Fragen dieser Kategorien wie z. B. »Wie oft erlebten Sie im letzten Jahr Schuldgefühle oder Reue, nachdem Sie Alkohol konsumiert haben?« (AUDIT, Frage 7; Babor/de la Fuente/Saunders/Grant 1992) dem*der Suchtarbeiter*in dazu dienen, eine Kurzintervention mit dem*der Klient*in durchzuführen. Der AUDIT-C ist eine gekürzte Version des AUDIT und beinhaltet nur die ersten drei Fragen der vollen Version. Obwohl Studien empfehlen, dass der AUDIT-Test mit Rücksicht auf Kultur, Geschlecht und Alter weiterentwickelt werden sollte, bleibt er dennoch ein zuverlässiges, praktisches und gültiges Screeninginstrument für Menschen, die unter problematischem Alkoholkonsum und/oder -sucht leiden (Reinert/Allen 2002).

Ein weiteres, in den Drogensuchtberatungs- und -behandlungsstellen des UK häufig verwendetes Instrument ist der SADQ, der von Stockwell, Murphy und Hodgson (1983) entwickelt wurde. SADQ wird speziell verwendet, um die