

# **PARTNER**schaftlich

Infodienst 02/17

Gesamtverband  
für Suchthilfe e.V.  
Fachverband der  
Diakonie Deutschland



... gemeinsam stark  
im Verbund!



**„Weiter...Bildung“  
Herausforderungen in der Suchthilfe**

# Inhalt

- 3 Editorial**
- 4 Das Thema**  
**Die GVS-Weiterbildung zur/zum Sozialtherapeutin/en Sucht – ein Beitrag zur Professionalisierung in der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker ... ein Blick zurück**  
*Irene Helas*
- 7 Weiter...Bildung zum/zur Suchttherapeuten/in ... Neuen Herausforderungen gewachsen**  
*Corinna Mäder-Linke*
- 9 Diakonische Ganzheitlichkeit als Raum für Entwicklung in Weiterbildung und Therapie**  
*Dr. Andreas Dieckmann*
- 11 Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode In der Suchttherapie**  
*Prof. Dr. Ulrich Streeck*
- 13 Verhaltenstherapie in der ambulanten Beratung und Therapie von Menschen mit einer Substanzgebrauchsstörung und/oder abhängigen Verhaltensweisen**  
*Dr. Ralf Drewes-Lauterbach*
- 15 Weiterbildungsteilnehmerinnen kommen zu Wort**  
*Nadine Hofmann und Lea Verena Lüdtko*
- 17 Suchttherapie und Sozialmanagement in der Suchthilfe M. A. – Suchttherapeutenausbildung und mehr ... im Hochschulkontext**  
*Prof. Dr. Heino Stöver*
- 19 Suchtrehabilitation ist mehr als Suchttherapie. Und Suchttherapie ist mehr als Psychotherapie!**  
*Frank Schulte-Derne, Rita Hansjürgens, Ulrike Dickenhorst, Conrad Tönsing*
- 22 „Ein Gewinn für meine Arbeit!“ – Die Ausbildung zur „Freiwilligen Mitarbeit in der Suchthilfe – nach GVS Standards**  
*Manfred Fiedelak*
- 24 Inhouse-Schulungen und Zertifizierungskurse „Motivational Interviewing – Motivierende Gesprächsführung“**  
*Dr. Theo Wessel*
- 25 Bildung, Training und Beratung – Was macht Fort- und Weiterbildung in der Bundesakademie für Kirche und Diakonie aus?**  
*Dr. Klaus Ziller*
- 26 Was erwarten Führungskräfte von Weiterbildungen?**  
*Peter Burkowski*
- 28 Mitglieder News**
- 31 Veranstaltungskalender**

## Partnerschaftlich 02/2017

**Herausgeber**  
Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS)  
– Fachverband der Diakonie Deutschland  
Invalidenstr. 29  
10115 Berlin  
Tel. 030 83001 500  
Fax 030 83001 505  
[gvs@sucht.org](mailto:gvs@sucht.org)  
[www.sucht.org](http://www.sucht.org)

**Verantwortlich im Sinne des Presserechts**  
Dr. Theo Wessel  
Geschäftsführer

**Redaktion**  
Corinna Mäder-Linke  
Referentin für Öffentlichkeitsarbeit  
und Weiterbildung GVS  
[maeder-linke@sucht.org](mailto:maeder-linke@sucht.org)

**Layout (angelehnt an)**  
Sara Zitzmann  
SZ Gestaltung, Detmold  
[sz@sz-gestaltung.de](mailto:sz@sz-gestaltung.de)  
[www.sz-gestaltung.de](http://www.sz-gestaltung.de)

**Bildnachweise**  
Titelfoto: Fotolia.com  
S. 28: Bilder „Fachklinik Hirtenstein“/©Fennen;  
S. 28/29: Alle Grafiken & Logo/©Fast;  
S. 29/30: Alle Bilder/©Krasnitzky-Rohrbach

Portraitbilder sind nach dem Muster ©“Namen“ gekennzeichnet und verweisen jeweils auf die Rechte des zur Verfügungstellenden

Liebe Leserinnen und Leser,

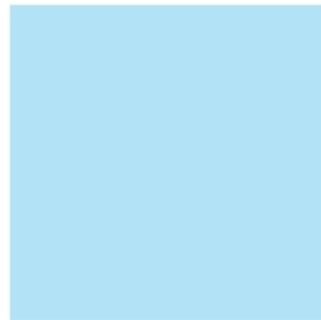
Geschafft! – war der erste Gedanke des Teams und des Vorstands des Gesamtverbands für Suchthilfe, als uns am 8. Mai die positive Rückmeldung der Deutschen Rentenversicherung Bund zum Prüfergebnis unserer Weiterbildungscurricula Suchttherapie erreichte.

Nach einem zweijährigen Prüfverfahren haben wir nun Gewissheit, so wie in den vergangenen 25 Jahren auch zukünftig Einzel- und Gruppentherapeutinnen/en im Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen ausbilden zu dürfen.

Mannigfaltige Arbeitsfelder, Klienten mit multiplen Problemlagen, die Erwartung des Vorhaltens passgenauer Hilfen, der Spagat zwischen dienstleistungs- und klientenorientierter Behandlung sowie die Notwendigkeit einer ganzheitlichen professionellen Beziehungsgestaltung, die letztendlich auch der Abgrenzung der eigenen Person bedarf – das Portfolio der täglichen Ansprüche an die in der Suchthilfe tätigen Menschen ließe sich fortsetzen.

Mit den qualifizierenden Angeboten der GVS-Fort- und Weiterbildungen können Sie sich mit diesen Anforderungen auseinandersetzen und adäquate Handlungsmöglichkeiten entwickeln. Gerne nimmt der GVS deshalb auch die Herausforderungen an, die die Umsetzung des neuen verhaltenstherapeutischen und psychoanalytischen Curriculums mit sich bringt. Im vorliegenden Heft geben wir Ihnen einen Einblick in die zukünftige strukturelle und inhaltliche Ausgestaltung der Weiterbildung zur Suchttherapeutin/zum Suchttherapeuten.

Aber die aktuelle Ausgabe von **PARTNERSchaftlich** möchte mehr: Mit ihren abwechslungsreichen Beiträgen richtet sie den Fokus auf die Veränderungen und die Entwicklungen in den suchtspezifischen Fort- und Weiterbildungen. Verschiedene Weiterbildungsformate werden beleuchtet und deren Inhalte sowie Nutzen, sowohl aus Sicht der Teilnehmenden und der Berufsverbände als auch der Führungskräfte, beschrieben.



*„Man kann das Leben nur rückwärts verstehen, aber man muss es vorwärts leben.“*, sagte einst der dänische Philosoph Søren Kierkegaard (1813 – 1855) und auch dem GVS ist es ein Anliegen, dankbar auf die vergangenen 60 Jahre zurückzublicken – einerseits in diesem Verbandsmagazin, aber andererseits auch in unserer Jubiläumsveranstaltung am 28.11.2017 in Berlin - unter dem Motto: **„Die „60“ steht. – Wir gehen weiter! – Suchthilfe in Bewegung ...“**

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre mit inspirierenden Impulsen sowie sonnige Sommertage

Corinna Mäder-Linke

GVS-Referentin  
für Weiterbildung und Öffentlichkeitsarbeit

Hinweis: Die männliche Schreibweise im gesamten Heft wurde ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit gewählt.

## Die GVS-Weiterbildung zum/zur Sozialtherapeutin/Sozialtherapeuten Sucht – ein Beitrag zur Professionalisierung in der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker ... ein Blick zurück

Von Irene Helas

### Vorbemerkung

In diesen Tagen hat die Expertenkommission der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach erfolgtem zweijährigen Prüfprozess ein weiteres Mal die Weiterbildung des Gesamtverband für Suchthilfe e.V. – Fachverband der Diakonie Deutschland (GVS) zur Suchttherapeutin/zum Suchttherapeuten zur Anerkennung empfohlen.

Der erste Prüfprozess dieser Art fand bereits 1993 statt, damals hatte die DRV Kriterien zur Beurteilung von tätigkeitsfeldspezifischen Weiterbildungen in der Suchtrehabilitation entwickelt, danach die Programme des GVS geprüft und als ersten Trägerverband anerkannt.

Dem GVS und seinen beteiligten Fachinstituten war es also gelungen, einen Bildungsprozess zu initiieren, der seine Wurzeln im Kontext des Grundsatzurteils von 1968 („Sucht ist Krankheit“, Bundessozialgericht Kassel) hatte. Das daraus entstandene Curriculum wurde seither regelmäßig angepasst und weiterentwickelt – insbesondere, wenn dies durch neue einschlägige Gesetze, die Rechtsprechung, Ergebnisse aus der Forschung oder aus der klinischen Psychotherapie und Rehabilitation heraus erforderlich wurde. Damit hat der GVS Standards gesetzt.

In diesem Jahr feiert der GVS als Bundesfachverband der Diakonie Deutschland sein 60. Gründungsjubiläum. Aus diesem Anlass möchte ich einen Rückblick auf ausgewählte, aber entscheidende Entwicklungsphasen dieser Curricula seit 1974 werfen. Ich habe diesen Prozess über drei Jahrzehnte selbst begleitet. Er spiegelt auch den Aufbau der Einrichtungen in der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker wider, die als neues Versorgungsgebiet entstand. In der Beschäftigung damit fiel mir auf, wie innovativ diese Entwicklung war.

### Die frühen Jahre ... 1974 – 1985

In der Zeit des Wirtschaftswunders in Deutschland zeigten sich zunehmend Probleme beim Konsum von Suchtmitteln in der Bevölkerung. Es war die Zeit des Aufbaus und des Wiederaufbaus in Deutschland und damit auch in den Einrichtungen der Suchthilfe.

Ernst Knischewski, damaliger GVS-Geschäftsführer, schrieb 1974:

*„Die Gesamtgefährdung auf dem Gebiet des Alkoholismus wird durch ein wachsendes polytoxikomanes Verhalten verstärkt. Ein steigender Medikamentenmissbrauch und der latent vorhandene illegale Drogenmarkt schaffen weitere Komplikationen, die in der Beratung und Behandlung Suchtkranker in zunehmendem Maße spezielle Fachkenntnisse dringend erforderlich machen.“ (1)*

Und er mahnt an, dass ein Mangel an geschultem Fachpersonal herrsche, der in den Kliniken dazu führe, dass suchtkranke Menschen nicht angemessen behandelt werden konnten.

Damit wurden erstmals mehrere wichtige Erkenntnisse in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt:

- Es gab 1,5 Millionen Alkoholkranke in unserem Land (davon ca. 20 % Frauen und 8-10 % junge Menschen unter 25 Jahren).
- Es handelte sich nach dem Urteil des Bundessozialgerichts um kranke Menschen, das heißt die medizinischen Versorgungssysteme wurden angefragt, hielten zum damaligen Zeitpunkt aber keine speziellen Behandlungskonzepte für Suchtkranke vor ...
- ... und infolgedessen gab es auch kein speziell ausgebildetes Fachpersonal.

Der GVS hatte diese Herausforderung angenommen und sich mit Experten aus der klinischen Psychotherapie (der Fachrichtungen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie) in Verbindung gesetzt.

Parallel dazu gab es weitere wichtige Impulse. Sie gingen von der damals veröffentlichten Psychiatrie-Enquete des Bundes und der Länder aus, die forderte: „... unter Berücksichtigung der multikonditionalen Entstehung des Alkoholismus ... ein komplexes therapeutisches Programm, das nur durch Zusammenarbeit mehrerer Therapeuten verschiedener Fachrichtungen ermöglicht werden kann ...“ (2) zu schaffen. Dies war die Geburtsstunde für das nun zu entwickelnde Curriculum.

Neben dem interdisziplinären Ansatz des Lernens wurde auch dem berufsbegleitenden Modell der Vorzug gegeben. Im Berufsfeld Suchthilfe erfahrenen Mitarbeitenden sollte so die Möglichkeit der Weiterqualifizierung gegeben werden. Es ging jetzt schließlich um den Erwerb einer zusätzlichen therapeutischen Kompetenz und nicht nur um die Auffrischung bereits vorhandenen Wissens, was die Aufgabe der beruflichen Fortbildung gewesen wäre.

Für die Praxisfelder mussten Behandlungskonzepte der medizinischen Rehabilitation entwickelt werden. Bis dahin herrschten in den vorhandenen Hilfeeinrichtungen lediglich die „übenden Verfahren“ vor (Tagesstruktur, Arbeitsaufgaben und Abstinenz). Dabei kam der Übertragung von Theorie, Diagnose- und Therapieverfahren aus der Psychoanalyse und aus der Verhaltenstherapie eine besondere Bedeutung zu. Neben der organmedizinischen Behandlung der körperlichen Suchtfolgen wurde dem psychosozialen Kontext der Pathogenese der Sucht besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Bei den Behandlungszielen waren zusätzlich die soziale Integration der Suchtkranken, die Rückgewinnung der Arbeitsfähigkeit und die Wiederaufnahme des Berufs von ebenso großer Bedeutung wie die Einbeziehung von Angehörigen.

Der GVS veröffentlichte 1974/75 die ersten Fassungen der beiden Curricula (psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch orientiert). In der Theorievermittlung standen nun die Erklärungsansätze zur Suchtentstehung, ihrer Verläufe und der dazu gehörenden Diagnose – und Interventionstechniken im

Mittelpunkt. In der Selbsterfahrung lernten die Ausbildungskandidaten über den Einblick in die eigene Biografie, Reaktionsweisen auf den Patienten bewusster zu kontrollieren und für den Behandlungsprozess fruchtbar zu machen. In den fallzentrierten Seminaren ging es um die Anwendung des erlernten Wissens an Kasuistik, damit war auch die Verbindung zum eigenen Berufsalltag hergestellt.

Als 1978 die Empfehlungsvereinbarungen Sucht für den stationären Bereich der Kliniken und 1981 für die ambulanten Beratungsstellen von den Kranken- und Rentenversicherungsträgern verabschiedet wurden, war das gesamte Versorgungssystem für suchtkranke Menschen in unserem Land qualifizierter geworden und eine erste wichtige Stufe im Aufbau der Einrichtungen abgeschlossen.

## Die mittleren Jahre ... 1985 – 2001

In diesen Jahren war der Ausbau der Suchthilfe-Einrichtungen auf einem guten Niveau angekommen. Auch in den damals entstehenden Fachambulanzen wurden eigene Therapieprogramme entwickelt, die das Versorgungsangebot qualifiziert ergänzten. Mit dem Fall der Mauer und der Deutschen Einheit kamen neue Aufgaben hinzu, galt es doch, die Weiterbildung auch für Mitarbeitende aus den neuen Bundesländern bereitzustellen.

In der Folgezeit haben sich viele Fachkräfte an der GVS-Weiterbildung beteiligt, die mittlerweile als bundesweites Curriculum an fast zehn Standorten in Deutschland angeboten wurde. Für die Mitarbeitenden aus den neuen Bundesländern mussten zunächst Übergangsregelungen für den Zugang in die Weiterbildung definiert werden, da die Grundberufe in der ehemaligen DDR andere Inhalte aufwiesen. Nach einigen Jahren konnten diese Unterschiede aber schnell ausgeglichen werden.

Inzwischen traten auch andere Träger von Weiterbildungen auf den Markt und es stellte sich die Frage nach der Beurteilung der Qualität solcher Programme. Deshalb erließ der damalige Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) in Frankfurt am Main „Beurteilungskriterien zur Überprüfung der Qualität von Weiterbildungscurricula“. Ferner wurde 2001 die „Empfehlungsvereinbarung zur Durchführung ambulanter und stationärer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker“ erlassen. Mit diesen Richtlinien wurden eindeutige Forderungen an die Qualifikation der Mitarbeitenden formuliert und ferner bestimmt, welche Ausgestaltung diesen Anforderungen entsprechen kann.

Der GVS hatte somit, da er ja über ein geprüftes und anerkanntes Curriculum verfügte, erreicht, dass seine Absolventinnen und Absolventen in der Praxis tätig werden konnten.

Anhand von neueren Forschungsergebnissen rückte nun die Person des Therapeuten zunehmend in den Fokus der Aufmerksamkeit. Eine Gruppe von Forschern aus der klinischen Psychotherapie um Wolfgang Tress hatte zu Beginn der neunziger Jahre herausgefunden, dass:

*„... im psychotherapeutischen psychosomatischen Verständnis ... nicht nur die Eigenschaften des Patienten allein wie z.B. in der somatischen Medizin oder der biologisch orientierten Psychiatrie ... im Zentrum der Betrachtung stehen, sondern die dynamischen Austauschprozesse zwischen ihm und dem Thera-*

*peuten, mithin die Persönlichkeit des Therapeuten selbst, nun in den Blickpunkt rücken müssen.“ (3)*

Damit wurde klar, dass der Therapeut durch sein eigenes Verhalten den Patienten und damit den angestrebten Heilungsprozess entscheidend beeinflussen kann.

Unter Berücksichtigung dieser Forschungsergebnisse bekam die berufliche Selbsterfahrung im Curriculum eine besondere Aufmerksamkeit. Im psychoanalytischen Programm gelang es ein Demonstrationsseminar zu installieren, bei dem die Ausbildungskandidaten an Live-Therapien teilnahmen und auch in der verhaltenstherapeutischen Fachrichtung verstärkten sich diese Inhalte ähnlich.

Wiederum ausgelöst durch neue Forschungsergebnisse stellte sich nun die Frage nach der Überprüfung der Wirksamkeit therapeutischer Verfahren. In den neunziger Jahren wurden deshalb Verfahren zur Qualitätsprüfung (KTL und andere) eingeführt. Allerdings war auch der Gesetzgeber für einige dramatische Einflüsse verantwortlich, so z.B. durch die Verabschiedung des WFG (Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz) mit dem er der strukturellen Arbeitslosigkeit nach der Deutschen Wiedervereinigung begegnen wollte. Dadurch kam es in der Folgezeit zu einer Deckelung der Budgets für Rehabilitationsmaßnahmen bei den Leistungsträgern, die unmittelbare Auswirkungen auf die Behandlungszeiten in den Einrichtungen der Suchthilfe hatten. Wie sollten Behandlungsprozesse gelingen, wenn dazu wenig Zeit zur Verfügung stand?

Als Anforderung mussten die Mitarbeitenden lernen, Therapiekonzepte zu verkürzen – von ehemals 6 Monaten im stationären Bereich auf drei Monate und weniger. Das hatte deutliche Veränderungen bei den Interventionstechniken zur Folge. Eine größere Zahl von Rückfällen wurde befürchtet, stand nun doch den Patienten nicht mehr so viel Zeit zur Heilung zur Verfügung.

## Die Jahre ab 2000 bis heute

Nach der erfolgreichen Zeit des Aufbaus in den siebziger und achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts folgte eine krisenreiche Dekade zwischen 1990 und 2000.

Dennoch sind durch die Auseinandersetzung mit Anforderungen des Gesetzgebers und der Leistungsträger („Reha-Deckel“ und Therapiezeitverkürzungen, Maßnahmen zum Qualitätsmanagement und Wirksamkeitsmessungen standen im Gegensatz) auch kreative Lösungen geschaffen worden, die letztlich zu einer weiteren Qualitätssteigerung geführt und ihren Niederschlag im GVS-Weiterbildungscurriculum gefunden haben.

Institutionell entstanden in dieser Zeit neue ambulant-stationäre Verbundsysteme, auch über Träger- und Einrichtungsgrenzen hinaus, ferner Netzwerke zwischen Patientengruppen und Einrichtungen sowie mit den Selbsthilfeverbänden. Auch die Mitarbeitenden organisierten sich über digitale Netzwerke und fanden neue Formen der Zusammenarbeit über Einrichtungsgrenzen hinweg.

Durch die Verabschiedung des SGB IX mit dem Leitsatz „Recht auf Teilhabe“ gewannen die Kontextbedingungen der Suchterkrankung neue Bedeutung. Lag der Schwerpunkt bis dahin auf Diagnostik und Behandlung intrapsychischer und interpersoneller Aspekte der Suchterkrankung, so wurde nun deutlich, dass

# Das Thema ■■■

Sozialmedizin, Erwerbsprognose und Wiedereingliederung in Arbeit und Gesellschaft eine gleich große Bedeutung hatten und zu den definierten Behandlungszielen gehören mussten.

## Zusammenfassung

Man kann die Entwicklung der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker und ihrer Einrichtungen seit 1968 durchaus als Erfolgsmodell betrachten. Der Gesetzgeber, die Rechtsprechung, Sozial- und Gesundheitsverwaltungen des Bundes und der Länder, kirchliche Verbände und die Leistungsträger der Kranken- und Rentenversicherungen wirkten hier zusammen – gleichwohl nicht immer in Übereinstimmung, aber dennoch mit dem Ziel, die Behandlung und Wiedereingliederung Abhängigkeitskranker in unserem Land zu verbessern bzw. sicherzustellen. Wir haben heute ein nahezu flächendeckendes ambulantes Versorgungssystem in Deutschland, die aktuellen Zahlen dazu sind in den Jahresberichten der Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen nachzulesen (4).

Aber es ging noch um viel mehr – nämlich auch um eine veränderte Haltung zum suchtkranken Menschen schlechthin. In der Anerkennung des Krankheitswertes seiner Störung wurde das Hilfesystem zu einer neuen Herangehensweise herausgefordert. Gleichzeitig war es damals – auch aus medizinischer Sicht – neu, soziale Kontextbedingungen im ärztlichen Handeln als suchtauslösend zu diagnostizieren und zum Gegenstand praktischen Handelns zu machen, wie dies heute in der Sozialmedizin Standard ist. Man könnte also sagen, die Entwicklung trug auch insgesamt zur Modernisierung der medizinischen Rehabilitation bei.

Der für mich wichtigste Prozess aber fand in der interdisziplinären Weiterbildung und bei den dort lernenden Berufsgruppen selbst statt. In dem dort initiierten Lernprozess ging und geht es bis heute nicht nur um die Herausbildung eines fachlich-objektiven Blicks auf die Patienten und ihre Störung. Auch die Mitarbeitenden selbst brauchten eine andere gesellschaftliche Bewertung ihrer Arbeit, die sich z.B. in einer angemessenen Bezahlung und einem sicheren Arbeitsplatz ausdrücken muss. Und das wiederum ist nur möglich, wenn auch ihre Anstellungsträger über eine gesicherte Finanzierung ihrer Kliniken und Beratungsstellen verfügen. Suchttherapeutinnen und Suchttherapeuten mit einer professionellen Zusatzausbildung haben in diesem Kontext größere Chancen auf dem Arbeitsmarkt und bessere Arbeitsbedingungen. Aber der Prozess wirkt auch nach „innen“. Da sich die Weiterbildungskandidaten mit ihrer eigenen Biografie, ihrem So-Geworden-Sein unter dem Aspekt ihrer künftigen Berufsrolle befassen, gewinnen sie größere Selbstsicherheit im Umgang mit den Patienten und in der Steuerung der oftmals auch krisenanfälligen Therapieprozesse. Mit der Teilnahme an dieser Weiterbildung wird eine Investition in die eigene berufliche Zukunft getätigt.

Der GVS hat also mit der Gründung seiner Weiterbildung Suchttherapie seit 1974 Standards gesetzt und es ist erfreulich, dass diese Weiterbildungspraxis durch die erneute Anerkennung der DRV in der Zukunft fortgeführt werden kann. Dann wird es noch wichtiger sein, die bestehenden positiven Lernbedingungen – die das Curriculum durch die enge Verzahnung mit dem Praxisfeld bietet – unangetastet zu lassen. Das dadurch entstehende kreative Umfeld des Lernens und seine förderliche Wirkung auf die Teilnehmenden wurde in seiner Bedeutung erst kürzlich wie-

der durch einen sehr renommierten Vertreter der Neurobiologie, Gerald Hüther aus Göttingen, bestätigt.

In seiner Veröffentlichung „Liebe ist die einzige Revolution“ zeigt er, dass die psychosoziale Entwicklung des Menschen nur möglich war, weil es immer wieder Phasen gab

*„... in denen all die unterschiedlichen Erfahrungen von jedem einzelnen Menschen nur deshalb erworben und in seinem Gehirn verankert wurden, weil es andere Menschen gab, die ihm ihr jeweiliges Wissen und Können zur Verfügung gestellt und ihm gezeigt und gelehrt haben, wie etwas funktioniert, worauf es ankommt und was zu tun ist, um sich im Leben zu behaupten.“ (5)*

Diese Prozesse haben seit Beginn des Menschen als Natur- und Kulturwesen die Entwicklung seines Gehirns und damit seine heutige Existenz in dieser Welt erst möglich gemacht.

Der soziale Kontext im Curriculum begünstigt die Entfaltung von Kreativität und menschlicher Kompetenz und ist getragen von der „Liebe als Haltung“ (vergleiche Gerald Hüther). Es gibt keine besseren Rahmenbedingungen für erfolgreiches Lernen in der Erwachsenenbildung, in der die Beteiligten zu der Überzeugung kommen sollen, dass sie für die ihnen anvertrauten Suchtkranken hilfreich und heilsam wirken können.

Und – die Bemerkung sei mir noch zum Schluss erlaubt – es war sicher auch kein Zufall, dass sich der GVS als kirchlich-diakonischer Träger dieser schwierigen Aufgabe über eine so lange Zeit gestellt hat und dies auch weiterhin gerne tun wird.

## Literatur:

- (1) Knischewski, Ernst: Einführung in die Problemstellung, in: GVS Curriculum 1975; unveröff. Fassung, Kassel, 1975.
- (2) Deutscher Bundestag: Psychiatrie-Enquete; Heger Verlag, 1975.
- (3) Tress et al.: Psychosomatische Grundversorgung. Kompendium der interpersonellen Medizin, 2. Aufl. Stuttgart, 1988.
- (4) Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: Jahrbücher 2011, Hamm, 2012.
- (5) Hüther, Gerald / Hosang, Maik / Grün, Anselm: Liebe ist die einzige Revolution – drei Impulse für Ko-Kreativität und Potenzialentfaltung. Freiburg im Breisgau, 2017.



**Irene Helas**

Diplom- Sozialarbeiterin und Diplom- Pädagogin  
1978 bis 2012 Referentin für Fort- und Weiterbildung GVS  
1996 bis 2004 Geschäftsführerin GVS  
Lehrbeauftragte an den Fachhochschulen in Darmstadt und  
Bochum sowie an der Universität Magdeburg  
[irene@helas.net](mailto:irene@helas.net)

## Weiter...Bildung zum/zur Suchttherapeuten/in ... Neuen Herausforderungen gewachsen

Von Corinna Mäder-Linke

### Überarbeitetes Curriculum ist anerkannt

Als den Gesamtverband für Suchthilfe e.V. – Fachverband der Diakonie Deutschland (GVS) am 8. Mai dieses Jahres die Mitteilung erreichte, dass seitens der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nunmehr die Empfehlung zur Anerkennung der Weiterbildung zum Suchttherapeuten/zur Suchttherapeutin ausgesprochen wurde, waren zwei Jahre intensiver Überarbeitung des ursprünglichen Curriculums Sozialtherapie Sucht aus dem Jahre 1993 vergangen.

Bereits 2012 wurden alle deutschlandweit agierenden Weiterbildungsträger aufgefordert, ihre Weiterbildungscurricula nach den Auswahlkriterien zur Prüfung von Weiterbildungen für Gruppen- und Einzeltherapeuten im Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker gemäß den Anlagen 1 und 2 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 in der Fassung vom 23. September 2011 zu überarbeiten.

Der GVS kam dem nach und legte der DRV im August 2015 ein überarbeitetes Weiterbildungscurriculum vor. Bis zum Dezember 2016 erhielt der GVS mehrmals den Hinweis, dass die Expertenkommission die inhaltlich-qualitativen sowie formal-quantitativen Kriterien in den eingereichten Texten noch nicht vollumfänglich erfüllt sahen, so dass weiterer Überarbeitungsbedarf entstand.

Als Resultat dieses intensiven Prüf- und Weiterentwicklungsverfahrens hält der GVS nun zwei anerkannte Curricula vor: zum einen das einer verhaltenstherapeutischen Weiterbildung und zum anderen das einer psychoanalytisch ausgerichteten Weiterbildung zur Suchttherapeutin/zum Suchttherapeuten. Suchttherapeutische Weiterbildungen beider anerkannten Fachrichtungen – also Verhaltenstherapie UND Psychoanalyse – parallel anzubieten, ist ein Alleinstellungsmerkmal! Dieses unterscheidet den GVS von allen anderen deutschen Weiterbildungsträgern.

### Was ist nun tatsächlich neu in den überarbeiteten Curricula und was unverändert geblieben?

Schauen wir zuerst auf die **formal-quantitativen Gegebenheiten** – und hier zunächst auf den organisatorischen Ablauf.

Nach wie vor findet die Weiterbildung Suchttherapie berufsbegleitend statt und erstreckt sich über einen Zeitraum von drei Jahren. Die Zulassungsvoraussetzungen zur Weiterbildung entsprechen ebenfalls denen des bisherigen Curriculums. Nach den von der DRV und den GKV verabschiedeten Richtlinien dürfen approbierte Ärzte, Psychologen mit Diplom oder Master in „Psychologie“ (konsekutiver Master) mit Berechtigung zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen mit (FH)-Diplom oder Bachelor „Soziale Arbeit“ (mit staatlicher Anerkennung) an der Weiterbildung teilnehmen. Bewerbende müssen während der Weiterbildungszeit mindestens 50 % einer Vollzeitstelle (min-

destens 19 Wochenstunden) in einer Einrichtung der Suchthilfe tätig sein und die Möglichkeit haben, kontinuierlich Einzel- und/oder Gruppengespräche in der therapeutischen Arbeit mit suchtkranken Menschen durchzuführen. Dies alles muss der Arbeitgeber des Interessenten der Weiterbildung ebenso bestätigen, wie sein grundsätzliches Einverständnis zur Teilnahme seines Mitarbeitenden an der Weiterbildung.

Wie bisher auch stellt die Darlegung der erlernten therapeutischen Fähigkeiten und Fertigkeiten in einem Fallbericht und einer Anamnese die Voraussetzung dar, zur Abschlussprüfung zugelassen zu werden, welche sich aus einer schriftlichen (Klausur) und einer ca. sechs Wochen später stattfindenden mündlichen Prüfung zusammensetzt. Der GVS als Weiterbildungsträger stellt nach erfolgreich bestandener Abschlussprüfung ein Zertifikat aus, dass jetzt allerdings nicht mehr – und hier haben wir die erste Neuerung – den Titel Sozialtherapeut/in Sucht – verhaltenstherapeutisch bzw. psychoanalytisch, sondern **Suchttherapeut/in – verhaltenstherapeutisch bzw. psychoanalytisch** trägt.

Den zur Weiterbildung zugelassenen Berufsgruppen entsprechend wurde die Zusammensetzung des Teams der Ausbildenden und der **Prüfungskommission** – auch das ist neu – angepasst, so dass der Dozierendenstamm erweitert wurde und nun neben den Lehrtherapeuten externe Referentinnen und Referenten zu bestimmten Themen hinzugezogen werden.

Erhöht hat sich die **Anzahl der Unterrichtseinheiten** in Anwesenheit eines Dozierenden. Der Lernprozess der Weiterbildung umfasst nun 600 Unterrichtseinheiten (à 45 Minuten) und gliedert sich in

- Theorievermittlung (1/3 der Gesamtweiterbildung) und die
- Vermittlung therapeutischer Fertigkeiten (2/3 der Gesamtweiterbildung)
  - mit fallzentrierter Arbeit mit berufsbegleitender Supervision und
  - berufsbezogener Selbsterfahrung.

Die **verhaltenstherapeutische Weiterbildung** erfolgt nun einerseits in **dreizehn Blockseminaren** (insgesamt 520 Unterrichtseinheiten) und andererseits in von Lehrtherapeuten, Dozierenden oder Supervisoren angeleiteten **zehn Arbeitstreffen** (insgesamt 80 Unterrichtseinheiten).

Im Rahmen der **psychoanalytischen Fachrichtungen** findet der Lehrplan in **fünfzehn Blockseminarwochen** mit je 40 Unterrichtseinheiten Eingang.

Außerhalb der Präsenzzeiten müssen die Teilnehmenden der Weiterbildung darüber hinaus Zeiten aufbringen für: Durchführen und Protokollieren von therapeutischen Fertigkeiten, Schriftliche Ausarbeitungen, Literaturstudium, Nachbereitung der Seminarinhalte, Hausaufgaben, Prüfungsvorbereitungen und ähnliches.

Eine wesentliche Änderung für den verhaltenstherapeutischen

# Das Thema ■■■

Fachbereich ergibt sich aus der Forderung der DRV, dass eine Weiterbildungsgruppe fortan nur noch aus **maximal zwölf Teilnehmenden** und einem Stammlertherapeuten bestehen darf.

Selbstverständlich haben diese veränderten formal-quantitativen Anforderungen an die Weiterbildung, die vor allem in einem Mehr an Unterrichtseinheiten bzw. Seminaren und einem erweiterten Dozierendenkreis sichtbar werden, ihre Ursache. Diese finden sich im **inhaltlich-qualitativen Bereich** wieder. Neben den bereits bewährten Inhalten wird nun in der Weiterbildung auf die Vermittlung bio-psycho-sozialer Aspekte, sozialmedizinischen Wissens und dem ganzheitlichen Blick auf den suchtkranken Menschen großer Wert gelegt. Nach wie vor beschäftigen sich die Weiterbildungsteilnehmenden mit dem theoretischen Hintergrund der jeweiligen Fachrichtung, dem verhaltenstherapeutischen bzw. psychoanalytischen Verständnis von Sucht als Krankheit sowie den Methoden der Verhaltenstherapie bzw. der Psychoanalyse.

Darüber hinaus setzen sich die Teilnehmenden nun intensiv mit der Sozialmedizin der Sucht auseinander. Die Weiterbildungsteilnehmenden erlernen den Transfer der psychoanalytischen bzw. verhaltenstherapeutischen Diagnostik sowie der suchtt therapeutischen Leistungen in die sozialmedizinischen Kategorien bzw. in den Alltag der beruflichen, sozialen und individuellen Teilhabe. Dabei ist die suchtbetonte Fallstrukturierung ein besonderer Schwerpunkt. Themen wie OPD, der ICF im Horizont der Suchttheorien sowie die Erwerbsfähigkeit und Prognose des suchtkranken Menschen und der Beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) finden sich in den entsprechenden Seminaren – um nur einige neue Inhalte aufzuzeigen. Diese Unterrichtseinheiten gestalten Sozialmediziner/innen und Sozialarbeiter/innen oder Sozialpädagogen/innen mit suchtt therapeutischer Zusatzausbildung. Die erworbenen und im eigenen beruflichen Kontext erprobten Wissens- und Erfahrungszuwächse werden wie bisher auch supervidiert und die eigene sich weiterentwickelnde Person als Therapeutin/Therapeut immer wieder reflektiert.

## GVS – Ihr Partner für die Weiterbildung Suchttherapie

Der GVS hält nun zwei Curricula der Weiterbildung zur Suchttherapeutin/zum Suchttherapeuten vor, die den in den zurückliegenden Jahren gestiegenen und stetig wandelnden fachlichen Anforderungen an die Fachkräfte in ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe Rechnung tragen. Es wird dem GVS auch zukünftig mit seinen postgradualen Weiterbildungskonzepten ein Anliegen sein, die Weiterbildungsteilnehmenden auf die konkreten therapeutischen, sozialmedizinischen aber auch persönlichen Erfordernisse vorzubereiten, die die Arbeitsfelder der Suchthilfe mit sich bringen und die die Grundlagen für psychosoziales professionelles Handeln darstellen.

Vor diesem Hintergrund kommt die Weiterbildung Suchttherapie – nicht zuletzt mit ihrem überarbeiteten und damit erweiterten Inhalten – verschiedensten Beteiligten zugute. Der Weiterbildungsteilnehmende wird in seiner beruflichen Identität gestärkt und begegnet dem suchtkranken Menschen auf einem hohen professionellen therapeutischen Niveau. Der abhängigkeitskranken Mensch wiederum erlebt so ein hilfreiches Gegenüber, mit dem er in Beziehung treten und nachreifen kann. Und – last but not least – profitiert die Einrichtung des Weiterbil-

dungsteilnehmenden, die durch den Wissenszuwachs und die Professionalisierung des Arbeitgebers, ihre therapeutische Arbeit und ihre Reputation optimiert.

Der GVS und die für ihn seit vielen Jahren tätigen Dozierenden freuen sich darauf, nun die neuen Curricula umzusetzen und mit den zukünftigen Weiterbildungsteilnehmenden mit Leben zu füllen.

Nach wie vor sind wir dezentral in verschiedenen Regionen in ganz Deutschland mit unserer Weiterbildung zur Suchttherapeutin/zum Suchttherapeuten vor Ort. **Ab Herbst 2017 ist der Start folgender Kurse** geplant, wofür Sie sich gerne ab sofort bewerben können.

### Psychoanalytisch:

- Gruppe 3/West: Bad Essen, Dozierende: Herr Dr. med. Peter Subkowski und Frau Miriam Abram
- Gruppe 29/BLN: Berlin, Dozierende: Herr Norbert Radde und Herr Dr. med. Andreas Dieckmann

### Verhaltenstherapeutisch:

- Gruppe VT/74: München
- Gruppe VT/75: Berlin

Unsere überarbeiteten Curricula finden Sie unter [www.weiterbildung.sucht.org](http://www.weiterbildung.sucht.org).

Haben Sie Fragen oder Rückmeldungen? Zögern Sie nicht, uns anzusprechen.



©Thorith



©Mäder-Linke

**Kerstin Thorith und Corinna Mäder Linke**  
Gesamtverband für Suchthilfe e.V. – Fachverband der Diakonie Deutschland (GVS)  
GVS Fort- und Weiterbildung  
Tel. 030 - 83001-503  
[thorith@sucht.org](mailto:thorith@sucht.org)  
[maeder-linke@sucht.org](mailto:maeder-linke@sucht.org)  
[www.sucht.org](http://www.sucht.org)



**Suchtberatung für suchtkranke Eltern zur Förderung des Kindeswohls**

EIN LEITFADEN | Überarbeitete Neuauflage, Oktober 2014

**BESTELLUNGEN über [gvs@sucht.org](mailto:gvs@sucht.org) (Schutzgebühr 5,- € zzgl. Versand)**



## Diakonische Ganzheitlichkeit als Raum für Entwicklung in Weiterbildung und Therapie

Von Dr. Andreas Dieckmann

### Der Blick auf die Situation suchtkranker Menschen

Die Therapie der Sucht hat inzwischen eine lange und wechselvolle Geschichte von der Dämonisierung der Sucht bis zur Sicht auf die Sucht als Leistung des Ich. Neben der Erkenntnis, dass die Sucht eine Erkrankung ist, zieht sich ein moralisierender Aspekt suchtherapeutischer Überlegungen und Anwendungen bis in die Gegenwart. Ein wichtiger Fokus liegt auf der Abstinenz als Therapievoraussetzung und -ziel. Nicht nur die Patienten vertreten die Vorstellung, das Behandlungsergebnis möge eine „zufriedene Abstinenz“ sein. Auch Therapeuten stellen die Abstinenz ganz in den Vordergrund ihres Bemühens.

Hintergrund solcher Überlegungen ist nicht selten die Vorstellung, Süchtige suchen sich mit ihrem Verhalten einen Weg aus der Realität, um sich ihr zu entziehen, statt sich ihr zu stellen. Selbstkritische Therapeuten stellen jedoch fest, dass sie in der therapeutischen Praxis die fehlende Bewusstheit des süchtigen Handelns kaum beeinflussen können und auf süchtiges Fehlverhalten mit heftigen Affekten reagieren. Auf Seiten des Patienten verfestigt sich der Eindruck, dass nichtsüchtige Menschen das Geschehen eigentlich nicht verstehen können.

Ausgangspunkte solcher therapeutischen Verwicklungen sind mehr oder minder reflektierte isolierte Grundannahmen. Meist aber zeigen sich bei genauerer Exploration komplexere Einflussfaktoren auf den Verlauf der Erkrankung. Aus dieser Erkenntnis heraus hat der Gesamtverband für Suchthilfe bereits in den siebziger Jahren Frau Prof. Annelise Heigl-Evers gebeten, eine psychotherapeutische Dimension zu entwickeln, die den verschiedenen Aspekten der Persönlichkeit gerecht werden könnte. Es entstand die Psychoanalytisch-Interaktionale Methode, die die Entwicklung der Persönlichkeit und ihr aktuelles Erscheinungsbild in einen nachvollziehbaren Zusammenhang gebracht hat. Mit der Beobachtung der sozialen Situation, der Erscheinung des Patienten und der Einbeziehung des Eindrucks des therapeutischen Beobachters über die Gegenübertragungsanalyse bekommt der Therapeut ein vollständigeres Bild über die Situation seines Patienten. Mit der Gegenübertragung und deren Analyse gelingt es, die intrapsychische Situation des Gesprächspartners „psychologisch“ nachvollziehen zu können, auch wenn sie der Sozialisation des Therapeuten zunächst fremd erscheint. Diese Betrachtungsweise stellte einen bedeutsamen Wandel für die Behandlung dar. Von nun an war nicht der Patient für sein Handeln allein verantwortlich, sondern ist im therapeutischen Raum mit einem professionell empathischen Begleiter versehen, bei dem er der sein kann, der er ist und werden kann, was ihm entspricht. Fehlverhalten wird verstanden und nicht sanktioniert, in den Zusammenhang von dysfunktionalen Beziehungen gestellt und mit weniger selbstschädigenden Alternativen in Kontakt gebracht. Der Therapeut lässt sich im Prozess der Genesung benutzen, bewahrt heilende Aspekte für den Patienten und stellt sie ihm zu gegebener Zeit zur Verfügung.

### Das biopsychosoziale Verständnismodell

Dies war ein erster wichtiger Schritt zur psychosozialen Ge-

samtschau der Situation des süchtigen Menschen in der Rehabilitation. Die deutsche Rentenversicherung hat mit der Einbeziehung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit die Dimensionen des biopsychosozialen Verständnismodells eingeführt. Dies ist ein immer in Entwicklung befindlicher Prozess für Sozialmediziner, die über die biomedizinischen Aspekte hinaus weitere Faktoren der Krankheitsentwicklung einerseits und der Salutogenese andererseits zu beschreiben versuchen.

Ziel der Zusammenführung dieser Aspekte ist es, jenseits von medizinischen Diagnosen, die Hindernisse, Einflussfaktoren und Ressourcen näher beschreiben zu können, aus denen heraus der Betroffene – manchmal mit weiteren Leistungen zur Teilhabe – seine eigene Aktivität und Ressource zu nutzen lernt, um eine Lebensqualität zu entwickeln, als habe er die Einschränkung nicht. Die Lebensqualität orientiert sich an dem Maß der Möglichkeiten zur Teilhabe an privaten, sozialen, gesellschaftlichen und beruflichen Aktivitäten.

Diese Bemühungen haben dazu beigetragen, die individuellen Möglichkeiten der Menschen zu identifizieren und sie ihm nutzbar machen zu können. Bei der konkreten Anwendung des ICF treten allerdings eine Reihe von praktischen Problemen auf, die eine Weiterentwicklung notwendig machen. Es wird in dieser Progression hoffentlich nie einen Stillstand des Perfekten geben. Für die Rehabilitation erfreulich ist die Vereinheitlichung der Sprache in der Beschreibung der Beeinträchtigungen und Möglichkeiten der Förderung. Der Transfer des therapeutischen Erfolgs aus der Sprache der jeweiligen therapeutischen Fachsprache in die Nomenklatur der Sozialmedizin gehört noch nicht zum Standard rehabilitativen Handelns und bleibt eine Herausforderung, der der GVS mit einer breiten Lehreinheit im neunten Curriculum gerecht geworden ist.

### Weltanschauung, Religiosität und Spiritualität

Aus der Sicht eines aus der Diakonie kommenden Weiterbildungsträgers spielt ein bisher von allen Seiten gerne tabuisierter Lebensbereich für die Genesung eine besonders tragende Rolle. Diese wird in den sozialmedizinischen Beschreibungen und Hilfen schamhaft unter weiteren wichtigen Themen für den zu Begutachtenden versteckt: Weltanschauung, Religiosität und Spiritualität.

Auch in der Entwicklung der Psychoanalyse hat es Hemmungen gegeben, die grundsätzliche Bedeutung des Gefühls einer inneren Heimat theoretisch zu untermauern und zu gewichten. Die Verhaltenstherapie hat auf dem Weg der Neugewichtung von Emotionalität und Grundannahmen einen Zugang zu dem Thema gewonnen.

Die handlungsbestimmenden Faktoren für den Menschen bilden ja nicht vorwiegend seine biopsychosozialen Fähigkeiten, sondern seine Einstellungen und Haltungen. Dabei stellen wir im Alltag, aber auch bei deren psychodynamischen Herleitung eines Verständnisses für das Verhalten eines Menschen fest, dass sich seine bewussten Einstellungen häufig deutlich von

den Eindrücken unterscheiden, die ein Beobachter der Person sammelt. Gerade in der Suchttherapie spielt das Zusammenwirken bewusster Einstellungen und unbewusster Haltungen eine ganz besondere Rolle. Menschen werden rückfällig, ohne wirklich verstehen zu können, welche Beweggründe sie zu ihrem wie von Geisterhand gelenkten Handeln getrieben haben, das sie durchaus bewusst begleitet haben, aber nicht beeinflussen konnten. Der Schatten oder die Latenz des Menschen leben seine komplementäre Befindlichkeit und innere Position. In der Haltung eines Menschen erkennt sein gegenüber in aller Regel die Ausprägung von integrierten Positionen einerseits und unbearbeiteten ambivalenten Positionen andererseits. Diese Positionen beziehen ihre Kraft oder Schwäche aus der häufig beim modernen Menschen unbewussten Weltanschauung. Aus psychoanalytischer Sicht ist dies zunächst Ausdruck des Zusammenspiels zwischen Es, Über-Ich und dem Kompromiss bildenden Ich. Die Weltanschauung ist aber umfassender als ein Teil des Über-Ichs. Die Weltanschauung ist aus diesen Blickwinkel eine Es, Ich und Über-Ich umgreifende innere Vorstellung und Repräsentanz der Zugehörigkeit zu einem ethischen System.

Die Entwicklung der Weltanschauung ist von der Erfahrung konsistenten Erlebens mit den direkten Bezugspersonen nicht zu trennen. Eine humane, religiös gefestigte Weltanschauung kann ein Mensch dann entwickeln, wenn er dafür beziehungs-konstante Vorbilder in seiner Entwicklung und sozialen Umgebung findet, mit denen er sich – wenn auch nicht immer unambivalent – identifiziert. Eine solche widerspruchssarme innere Haltung wird zu einem Rahmen seiner Gesamtpersönlichkeit, seines Selbst. Mit solchen integrierten Weltansichten, verbinden sich dann humane Menschenbilder, die in Krisen und Erschütterungen eine Spiritualität über die Einzelsituation hinaus gestatten. Psychische Krisen, Depressionen und andere innere und äußere Erlebnisse geraten so in ein Verarbeitungsmodell, das im Kontinuum des Lebensablaufes seinen Platz bekommt. Eine humane Weltanschauung antizipiert mental, affektiv und emotional das Unerwartete und hat dafür Verarbeitungsmuster in der Spiritualität. Auf diesem Entwicklungspfad bekommen religiöse Rituale, Meditation und Gebet (wie immer der Einzelne es verstehen mag), ihre protektive Bedeutung für das Individuum mit einer stabilen, nicht aber starren, Weltanschauung.

## Diakonisches Handeln in der Suchthilfe

In der diakonischen und caritativen Arbeit aus der speziellen christlichen Verantwortung steht der hilfebedürftige Mensch als Gottes angenommenes Geschöpf im Zentrum des Handelns. Diakonisches Arbeiten bedeutet fachlich unambivalentes Arbeiten mit dem Verzicht auf Mission einerseits, aber der Bemühung um die Schaffung der Voraussetzungen für die Gewinnung einer Haltung andererseits. Das bedeutet (kultur-)sensibles Erkunden der möglicherweise fragmentierten Spiritualität.

Professionalität heißt hier therapeutische Abstinenz bezüglich meiner Haltung, um den Patienten vor dem – später möglicherweise traumatisch wirkenden pathologischen – Introjekt seiner Idealisierung zu bewahren. Dafür erschließt sich dann aus dem Wissen über die Bedeutung der Weltanschauung ein Raum des Wiedererlebens tragender Haltungen im therapeutischen Prozess. Auch für diesen Bereich ist das Wissen um die fehlende innere Kontinuität zu berücksichtigen. Menschen mit einem geringen Halt an sicheren inneren Bildern profitieren von einer mit-

gelebten Spiritualität in entsprechenden Selbsthilfegruppen mit ihrer ritualisierten Regelmäßigkeit und Gottesdiensten mit anderen Menschen als Träger der Beständigkeit. Sobald die Gewissheit des spirituellen Inhalts nicht mehr von realen Menschen getragen wird, verliert sie ihre innere Bedeutung.

Diakonisches Handeln heißt daher für das Gebiet der Spiritualität ein bedingungsloses Angebot ohne Anforderung, also ohne den Anspruch, der Hilfesuchende solle sich entscheiden. Gerade dazu ist er – eben aufgrund fehlender Strukturen – nicht in der Lage. Mit einem rigiden Über-Ich ist er gelegentlich dazu bereit. Kultursensibilität beginnt also in der Psychodynamik vor dem eigenen Haus.

Die Person des Therapeuten mit einer christlichen Einstellung zeigt seine Nächstenliebe in der konsequenten therapeutischen Haltung seines eigenen Auftretens. Die Gewissheit der göttlichen Liebe macht es ihm leicht, die widerstrebenden Regungen zwischen therapeutischer Abstinenz und missionarischem Eifer im Verzicht zu versöhnen. Deshalb gehören in der Selbsterfahrung der Weiterbildungsteilnehmer zum Suchttherapeuten die Reflexion über die eigene Weltanschauung und der Umgang damit zu einer ganzheitlichen Weiterbildung.

Die Psychoanalytisch-Interaktionelle Methode bietet einem diakonischen Ausbildungsinstitut eine objektkonstante Haltung der offenen, anbietenden und nicht fordernden Hand. Das mögliche Zugreifen liegt in der Entwicklung des Patienten.



**Dr. med. Andreas Dieckmann**  
Arzt für Neurologie und Psychiatrie,  
Psychotherapie, Psychoanalyse, Sozialmedizin  
[dr.a.dieckmann@gmx.de](mailto:dr.a.dieckmann@gmx.de)

## Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode In der Suchttherapie

Von Prof. Dr. Ulrich Streeck

Schwere Abhängigkeitserkrankungen sind häufig auf vernachlässigende, deprivierte oder traumatisierende Beziehungserfahrungen in der Entwicklung zurückzuführen. In deren Folge konnten stabile psychische und psychosoziale Fertigkeiten und Funktionen der Selbst- und Beziehungsregulierung nicht oder nur eingeschränkt entwickelt werden (vergleiche Gabbard 2010, S. 4).

Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode wurde beginnend in den 1970er Jahren vor dem Hintergrund langjähriger klinischer Erfahrungen mit Patienten mit schweren Entwicklungsstörungen der Persönlichkeit und Abhängigkeitserkrankungen entwickelt. Die Bezeichnung ‚psychoanalytisch-interaktionell‘ lässt einerseits die Herkunft der Methode aus der Psychoanalyse erkennen und verweist andererseits darauf, dass zwischenmenschliches Geschehen im Fokus der diagnostischen und therapeutischen Aufmerksamkeit steht.

### Schwerpunkte der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie

Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie zielt zum einen auf die Entwicklung und Nachentwicklung von psychosozialen Funktionen einschließlich der Wahrnehmung und des Ausdrucks von Affekten, über die der Patient infolge depravierter Bedingungen in der Phase seiner Entwicklung nicht oder nicht hinreichend verfügt. Das betrifft etwa die Fähigkeit, Auswirkungen des eigenen Handelns zu antizipieren, Affekte und Impulse zu steuern oder andere Personen in ihrer Individualität als andere wahrzunehmen. Zum anderen richtet sich die Therapie gezielt auf das nicht-bewusste ‚körperliche Wissen‘ der Patienten, ihr prozedurales Beziehungswissen, mit dem sie das Zusammensein mit anderen regulieren und interpersonelle Beziehungen gestalten. Um dieses unbewusste Beziehungswissen der Patienten therapeutisch zu erreichen, stützt sich der Therapeut auf ‚antwortende‘ Interventionen in Resonanz auf das interpersonelle Verhalten der Patienten.

### Die Haltung des Therapeuten

Der Therapeut bietet sich in der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie als erreichbare Person und teilnehmendes Gegenüber im interaktiven Austausch an und lässt sich in die direkte Beziehung mit seinen Patienten involvieren. Dabei kann es angesichts der geringen Steuerungsfähigkeit mancher Patienten für den Therapeuten in besonderem Maße herausfordernd sein, eine zugewandte Haltung aufrechtzuerhalten. Unter Umständen muss er auch die Aufgabe übernehmen, mit Blick auf die Toleranzgrenzen der Patienten klare Grenzen zu setzen, um zu verhindern, dass es zu weitreichenden Labilisierungen ihrer Selbstregulierung kommt.

### Rahmenbedingungen

Bei suchtkranken Patienten ist oft nicht damit zu rechnen, dass sie für die Behandlung motiviert sind. Das heißt aber nicht, dass sie nicht behandelbar sind. Dass ein Patient voller Zweifel ist oder der Therapie scheinbar ablehnend gegenüber steht, bedeutet nicht, dass die Prognose absolut schlecht ist.

Auch deshalb verlangt die therapeutische Arbeit mit den suchtkranken Patienten ebenso unmissverständliche wie verlässliche Rahmenbedingungen. Manche Patienten drohen in Krisensituationen erneut zu Alkohol oder Drogen zu greifen, verhalten sich willkürlich und entwerten angesichts geringfügiger Frustrationen die Behandlung und den Therapeuten und wollen die Therapie abbrechen. Selbst wenn solches Verhalten vor dem Hintergrund der oft ausbeuterischen oder missbräuchlichen Beziehungserfahrungen der Patienten als sinnvoll verstanden werden kann, verhindert es doch von Reziprozität geprägte interpersonelle Verhältnisse und eine kooperative therapeutische Beziehung. Den Rahmenvereinbarungen kommt in diesem Zusammenhang eine potenziell begrenzende, strukturierende und damit Orientierung, relative Sicherheit und Halt vermittelnde Funktion zu. Nach Möglichkeit sollte jedwedes Verhalten des Patienten in die Rahmenvereinbarungen einbezogen werden, das die therapeutische Arbeit gefährden könnte. Dazu gehört auch, dass die Verteilung der beiderseitigen Aufgaben in der Behandlung vorab geklärt ist; der Patient sollte so genau wie möglich wissen, was er tun muss, damit die Behandlung potenziell effektiv verläuft.

### Mittel und Wege der Behandlung

#### Zur Nachentwicklung psychischer und psychosozialer Funktionen

Mit dem Ziel, den Patienten zur Entwicklung psychischer und psychosozialer Funktionen einschließlich seiner Affekte anzuregen und dabei zu unterstützen, setzt sich der Therapeut virtuell an die Stelle des Patienten, etwa indem er aufzeigt, was er an dessen Stelle möglicherweise tun würde und wie er, wäre er in einer ähnlichen Situation wie die, von der der Patient berichtet hat, versuchen würde sich zu verhalten. Auf diese Weise wird es möglich, mit dem Patienten Auswirkungen seines Handelns unter verschiedenen Voraussetzungen therapeutisch zu bearbeiten.

#### Fallbeispiel:

*Weil sie so vertrauensselig war, hatte die Patientin einige Male erheblichen Schaden genommen. Sie war kaum in der Lage, sich ein halbwegs realistisches Bild von anderen Menschen zu machen. Sie berichtete, dass sie einer Bekannten, die sie erst kürzlich im Zug kennengelernt hatte, angeboten hatte, in der Woche, in der sie nicht da sein würde, in ihrer Wohnung zu wohnen. Auf eine entsprechende Nachfrage des Therapeuten meinte sie, sie könne dieser Frau ‚voll und ganz‘ vertrauen. An dieser Stelle sagte der Therapeut: „Hoffentlich ist es so. Woran haben Sie das feststellen können? Sie kennen sie ja erst seit Kurzem. Ich wäre in einer vergleichbaren Situation etwas zurückhaltender, solange ich nicht genauer wüsste, wie die Person ist, der ich meine Wohnung überlasse.“ Angesichts der Neigung der Patientin, anderen Menschen blind zu vertrauen und immer wieder bitter enttäuscht zu werden, ohne aus ihren Erfahrungen Konsequenzen zu ziehen, übernahm der Therapeut in diesem Fall die Funktion der Urteilsbildung und regte die Patientin dazu an, mögliche Folgen ihres Verhaltens gemeinsam mit dem Therapeuten zu antizipieren.*

Auch die Affekte sind aufgrund der belasteten Entwicklungsbedingungen vieler Patienten häufig beeinträchtigt. Suchtkranke Patienten können Gefühle oft nicht differenziert wahrnehmen, sind ‚gut drauf‘ oder ‚schlecht drauf‘, fühlen sich ‚ok‘ oder ‚mies‘, haben aber keinen Zugang weder zu Gefühlen der Freude oder des Kummers, weder der Dankbarkeit noch Zärtlichkeit, weder des Ärgers noch der Zuneigung. Für manche Patienten sind Gefühle bedrohlich, weil sie damit die Gefahr des Verlustes von Kontrolle verbinden. Wieder andere Patienten müssen Affekte impulsiv abregieren, können sich in andere Menschen nicht einfühlen oder missdeuten affektive Signale.

### Fallbeispiel:

*Ein Patient, der über mehrere Jahre hinweg alkoholabhängig war, konnte Gefühle kaum wahrnehmen. Wenn es ihm ‚ganz gut‘ ging, beschrieb er ein diffuses, körpernah empfundenes Behagen; ging es ihm ‚schlecht‘, zeigte sich ihm das in einem ähnlich körpernah empfundenen, schmerzähnlichen Missbehagen, das er in die obere Magengegend lokalisierte. Als der Patient wieder einmal berichtete, dass es ihm ‚schlecht‘ ergangen sei, nachdem er sich von einer Bekannten abgewiesen gesehen hatte, und während er das berichtete, seine Hand auf die Magengegend legte, meinte der Therapeut: „Ist es Ihnen möglich, sich daran zu erinnern, wie sich dieses ‚schlecht‘ angefühlt hat? Sie haben das offenbar in der Brust verspürt – wie einen Schmerz vielleicht, wie eine Verletzung, oder wie Kummer oder Traurigkeit?“ Daraufhin antwortete der Patient: „Ich weiß nicht ... ein Schmerz vielleicht ... ja, so ... als wenn mir jemand in die Brust gestochen hat ... ja, so vielleicht.“*

Hier bietet der Therapeut dem Patienten verschiedene Gefühls- oder Empfindungsqualitäten an – körpernahe als Schmerz und Verletzung, gefühlhaft als Kummer oder Traurigkeit, um so die Wahrnehmung auf das diffuse körperliche Missbehagen zu lenken und den Patienten dazu anzuregen, sein körpernahes Empfinden zu differenzieren und sich auf diesem Weg allmählich der Fähigkeit anzunähern, eigene Gefühle wahrzunehmen.

### **Zu prozeduralem Beziehungswissen und ‚Antworten‘**

Das ‚körperliche Wissen‘, mit dem Interaktion reguliert wird, lässt sich nicht in Sprache übersetzen, sondern als implizites, prozedurales Wissen zeigt es sich im Vollzug von interpersoneller Interaktion. Um dieses unbewusste prozedurale Wissen therapeutisch zu erreichen, bietet der Therapeut sich als reflektierter Mitakteur an und äußert sich aus der Rolle eines Gegenübers in Antwort auf den Patienten. Aus dieser Position heraus zeigt er dem Patienten mit Antworten auf, wie er, der Therapeut, erlebt, was der Patient im interpersonellen Geschehen mit ihm wie tut. Indem er eigenes Erleben und eigene Handlungsbereitschaften, die das Verhalten des Patienten auf seiner Seite weckt, partiell und selektiv offenlegt, führt er dem Patienten Auswirkungen vor Augen, die dessen Verhalten für die momentane Beziehung hat. Dass das immer selektiv nach Maßgabe der Toleranzgrenzen des Patienten und mit dem Ziel der Entwicklungsförderung geschieht, dürfte sich von selbst verstehen.

### Fallbeispiel:

*In einer Einzeltherapie spricht ein Patient über längere Zeit hinweg ohne Pause, monoton und ‚ohne Punkt und Komma‘. Er kommt von einem Thema zum nächsten, ohne dass er sich dafür zu interessieren scheint, ob und wie der Therapeut seine*

*Mitteilungen aufnimmt. Der Therapeut gewinnt den Eindruck, dass dem Patienten auch nicht wichtig ist, die reale andere Person, mit der er da zusammen ist, zu erreichen. Schließlich bietet sich dem Therapeuten eine Gelegenheit zu sagen: „Ich höre Ihnen zu, merke aber auch, dass ich mich anstrengen muss, aufmerksam zu bleiben. Ich glaube, das hat damit zu tun, dass ich unsicher bin, ob Sie eigentlich mir etwas mitteilen möchten.“*

Hier ‚antwortet‘ der Therapeut auf das Verhalten des Patienten und teilt ihm eigenes Erleben selektiv mit, das sich als Reaktion darauf eingestellt hat, dass der Patient mehr aus sich herausredet als sich an die andere Person zu adressieren. Damit rückt das ‚Zwischen‘ ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Das interpersonelle Geschehen im Hier und Jetzt wird affektiv dichter, als dann, wenn Patient und Therapeut nur über Verhalten und über Ereignisse sprechen.

### **Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode in der Gruppe**

Wird die psychoanalytisch-interaktionelle Arbeitsweise in der Gruppentherapie eingesetzt, richten sich die Antworten des Therapeuten auf das gemeinsame ‚Zwischen‘ in der Gruppe einschließlich normativer Erwartungen, die von den Patienten geltend gemacht werden. Normative Erwartungen werden häufig nicht explizit ausgedrückt, sondern zeigen sich im Verhalten der Anwesenden, im Vollzug der interpersonellen Interaktion. Sie beziehen sich etwa auf die Art und Weise, wie man zueinander in Kontakt treten soll, ob man einander vertrauen kann oder wie mit aggressiven Gefühlen, Antipathie, Ablehnung, Neid oder Verachtung umzugehen ist. Therapeutisches Ziel ist in diesem Zusammenhang, dass einschränkende soziale Normen allmählich aufgegeben und durch Verhaltenserwartungen ersetzt werden können, die ein vielfältigeres Zusammensein mit Anderen ermöglichen.

### Fallbeispiel:

*In einer therapeutischen Gruppe hielten die Patienten über mehrere Gruppensitzungen hinweg an einer normativen Erwartung fest, wonach über Unterschiede untereinander hinweggesehen und allseitige Übereinstimmung betont wurde. Wich ein Teilnehmer von der Erwartung allseitiger Übereinstimmung ab, wurde das mit bagatellisierenden ‚Umdeutungen‘, mit Signalen der Missbilligung oder Verachtung, mit versteckten Drohungen oder mit Schweigen unterbunden. Auf diese Weise konnten sich die Gruppenteilnehmer der Vorstellung überlassen, sich unter ‚nur guten‘ Menschen zu bewegen, die einander in ungestörter Harmonie nahe sind. Ein lähmendes Milieu von Friedfertigkeit und Pseudo-Harmonie war die Folge. Schließlich brachte die Gruppentherapeutin zum Ausdruck, dass sie ‚Harmonie‘ durchaus angenehm finden könne, sich angesichts des derzeit in der Gruppe geltenden Übereinstimmungsgebotes aber eingeengt fühle; ihr komme das vor, als dürfe man hier keine eigene Meinung haben. Daraufhin deuteten zwei Patienten erleichtert an, dass es ihnen seit geraumer Zeit ähnlich ergehe, sie aber nicht gewagt hätten, das anzusprechen, weil sie gefürchtet hatten, damit in der Gruppe zu Außenseitern zu werden. Andere Gruppenteilnehmer verharrten weiterhin in Schweigen, um die Infragestellung der Norm damit unwirksam zu machen. Nur allmählich konnten neue normative Erwartungen, die sich jetzt aber auf den Umgang mit Unterschieden in der Gruppe und Kritik untereinander bezogen, miteinander ‚verhandelt‘ werden.*

## Schluss

Die praktische psychoanalytisch-interaktionelle Arbeitsweise mit suchtkranken Patienten verlangt dem Therapeuten ab, bereit zu sein, sich auf einen – manchmal dichten und direkten – interaktiven Austausch mit dem Patienten einzulassen und statt der Rolle eines mehr oder weniger distanzierten Experten die eines Mitspielers in interpersoneller Interaktion zu übernehmen, aber gleichwohl den gebotenen interpersonellen und inneren Abstand zu wahren. Darum sollte der Psychotherapeut über möglichst sichere und zugleich flexible interpersonelle Kompetenzen verfügen und sich in Interaktion mit dem Patienten auch expressiv zeigen können.

### Weiterführende Literatur zur Methode:

Streeck, U., Leichsenring, F. (2015). *Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. Behandlung von strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen*. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

## Verhaltenstherapie in der ambulanten Beratung und Therapie von Menschen mit einer Substanzgebrauchsstörung und/oder abhängigen Verhaltensweisen

Von Dr. Ralf Drewes-Lauterbach

### Vorbemerkung

Schon in der zugegebenermaßen sehr sperrigen Überschrift zu diesem kurzen Artikel wird die Komplexität der vorliegenden Thematik deutlich. Denn im deutschen System der Unterstützungsmöglichkeiten bei abhängigen Verhaltensweisen (alias Suchthilfesystem), welches ich sehr schätze, werden viele Vorgehensweisen nicht deutlich voneinander getrennt. So weiß man nicht, wie und wo man die Verhaltenstherapie als evidenzbasiertes Vorgehen einordnen soll.

Aus meiner Sicht müssen dazu folgende Unterscheidungen berücksichtigt werden:

- Über welche Art von Verhalten spreche ich (Alkohol, Drogen, Medikamente, Glücksspiel, Pornokonsum im Internet, Sportwetten, Kaufen)?
- Wie verstehe ich die Problematik des Verhaltens (Missbrauch, Abhängigkeit, Sucht, Substanzgebrauchsstörung, ICD-10/11, DSM V)?
- Über welches Unterstützungsangebot wird gesprochen (Beratung, ambulante Psychotherapie, ambulante und/oder stationäre Rehabilitation, Entwöhnungsbehandlung, Nachsorge)?

Alle weiteren Ideen in diesem Artikel werden aus der Perspektive eines Praktikers formuliert, der mit allen Arten von abhängigem Verhalten in Beratung und ambulanter Rehabilitation arbeitet, mit der Idee einer kontinuierlichen Substanzgebrauchsstörung stark sympathisiert und seit 30 Jahren Verhaltenstherapie im professionellen Handeln theoretisch und praktisch umsetzt. In dieser Zeit hat sich die Verhaltenstherapie grundlegend verändert und die praktische Arbeit im Bereich der Abhängigkeitsprobleme ebenfalls.



**Prof. Dr. med. habil. Ulrich Streeck, MA**  
Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie,  
psychosomatische Medizin, Psychoanalytiker,  
Soziologie und Sozialpsychologie  
[ustreeck@t-online.de](mailto:ustreeck@t-online.de)

Ich möchte an dieser Stelle drei Themen bzw. Entwicklungen aus der ambulanten Arbeit herausgreifen, in der die Verhaltenstherapie meines Erachtens wichtige Impulse geliefert hat.

### Strukturierte Therapieprogramme

Eine wesentliche verhaltenstherapeutische Innovation ist die Erstellung, Umsetzung und wissenschaftliche Evaluierung von therapeutischen Manualen in der ambulanten Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Im Zentrum stehen dabei Programme zur Rückfallprophylaxe (z.B. Klos & Görgen, 2009; Altmannsberger, 2004), aber es gibt auch Manuale zur generellen Therapie verschiedener Abhängigkeitsprobleme (z.B. Hoch et al., 2010, Schuhler und Vogelsang, 2012) oder zu komorbiden Störungen (z.B. Najavits, 2009). Diese Programme mit einer Fülle von Arbeitsmaterialien stellen eine wesentliche Verbesserung der Arbeitssituation der Sozialtherapeutinnen dar, da sie eine pragmatische Unterstützung ohne viel Theorie ermöglichen.

### Gegenwarts- und Zukunftsorientierung

Eine weitere Innovation besteht in der Veränderung der zeitlichen Orientierung der therapeutischen Arbeit. In Übereinstimmung mit den systemtheoretischen Ansätzen wurde der Bearbeitungsschwerpunkt durch die verhaltenstherapeutische Arbeit in die Gegenwart geholt und explizit mit der Zukunft als Bereich der gewünschten Veränderungen verbunden. Dazu gehören Techniken der konsensuellen Therapiezielvereinbarungen im Kontext von definierten Erreichungskriterien (Bühninger & Metz, 2009, Knappe & Härtling, 2017).

## Der Blick auf die funktionale Einbettung des (Problem-) Verhaltens

Eine wesentliche Veränderung des Blickwinkels auf die ambulante Arbeit erfolgte durch eine konsequente funktionale Verhaltensanalyse (Neudeck & Cortez-Robles in Knappe & Härtling, 2017) des unerwünschten Verhaltens. Dadurch wurde eine Suche nach positiven Konsequenzen des Konsums psychotroper Substanzen obligatorisch. Auch die Erfassung der weitergehenden Rahmenbedingungen des gezeigten Verhaltens (Caspar & Belz zu Plananalyse in Knappe & Härtling, 2017) wurden durch die Verhaltensanalyse einem etablierten Standardvorgehen. Dies begründet sich in den vielfältigen sozialen Konsequenzen der Abhängigkeitsproblematik wie Strafbarkeit, Arbeitsplatzverlust, familiäre Krisen.

Diese Betrachtungen sind eher idealtypischer Natur und in der Praxis findet sich eine mitunter wilde Mischung unterschiedlicher Herangehensweisen. Dieser wissenschaftstheoretische „Sündenfall“ wird mit den Deckmänteln des „Eklektizismus“ und des „multifaktoriellen Geschehens“ notdürftig kaschiert und es bedarf einigen theoretischen und praktischen Bemühungen, um diese Situation für die praktisch handelnden Personen zu vereinfachen. Dazu kann die Verhaltenstherapie wichtige Beiträge leisten:

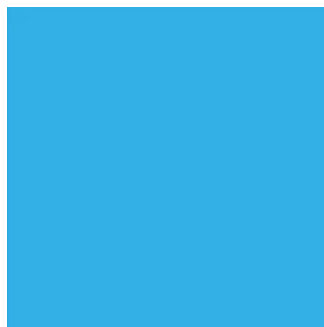
1. Dazu gehört die Entwicklung eines integrativen verhaltenstheoretischen Modells für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung von problematischem Substanzkonsum und abhängigem Verhalten. Dieses Modell sollte auch die neuen Ergebnisse der neurobiologischen Forschungen zur Abhängigkeit (siehe Heinz et al. 2012) integrieren. Auch in neueren Veröffentlichungen zur Verhaltenstherapie bei Abhängigkeitsstörungen (Rau in Knappe & Härtling, 2017) finden sich weitestgehend atheoretische Darstellungen.
2. Es sollte eine intensivere Auseinandersetzung mit den Konsequenzen der Abstinenzherstellung als Voraussetzung für den Erhalt psychotherapeutischer Unterstützungen erfolgen. Diese führt bei der ambulanten Rehabilitation dazu, dass der Prozess der Abstinenzherstellung der Beratung zugeordnet wird und der der Abstinenzaufrechterhaltung der Therapie. Diese Trennung ist sowohl aus einer verhaltenstheoretischen wie aus arbeitspraktischer Perspektive nicht nachvollziehbar. Zudem stellt die Abstinenzvoraussetzung für den Erhalt von therapeutischer Unterstützung für die betroffenen Menschen eher eine paradoxe Aufforderung dar und hat erhebliche Auswirkungen auf die Bestimmung von Therapiezielen und der Überprüfung der Erreichung im Sinne eines Fortschrittes (zu Beginn trocken und am Ende auch).
3. Und schließlich sollte die komplexe lebensweltliche Einbettung der ambulanten Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitsproblemen auch zu einer veränderten therapeutischen Vorgehensweise führen. Die idealtypische Darstellung einer geregelten ambulanten Psychotherapie bei einer niedergelassenen Kollegin hat wenig zu tun mit der therapeutischen Realität einer ambulanten Rehabilitation in einer Fachstelle für Suchtprävention, -beratung und -rehabilitation, die unter anderem mit

den Gerichten, Schuldnerberatung, Arbeitgebern, Eltern und Selbsthilfegruppen kooperieren. Diese Prozesse sind von enormer Wichtigkeit, werden aber kaum strukturiert abgebildet und in ihren Konsequenzen für den therapeutischen Prozess erfasst (siehe auch Herwig-Lempp & Kühling, 2012, „Sozialarbeit ist anspruchsvoller als Therapie“).

Diese kleine Liste ließe sich noch beliebig verlängern, aber diesem Artikel sind Grenzen gesetzt und der Aufmerksamkeit ebenfalls.

### Literatur:

- Altmannsberger, W. (2004): *Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. Ein Trainingsmanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Brakemeier E.-L. / Jacobi F. (Hg.) (2017): *Verhaltenstherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Bühringer, G. / Metz, K. (2009): *Störungen durch Konsum von Alkohol und illegalen Drogen*, in: *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd. 2: J. Margraf / S. Schneider. 3. Aufl. Heidelberg: Springer, 345–370.
- Heinz, A. / Barta, A. / Scherbaum, N. / Gouzoulis-Mayfrank, E. (2012): *Neurobiologie der Abhängigkeit. Grundlagen und Konsequenzen für Diagnose und Therapie von Suchterkrankungen*. Stuttgart/Kohlhammer.
- Herwig-Lempp, J. / Kühling, L. (2012): *Sozialarbeit ist anspruchsvoller als Therapie*, *Z. f. sys. Therapie und Beratung*, Jg. 30 (2), S. 51 - 56.
- Klos, J. & Görden, W. (2009): *Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit – Ein Trainingsprogramm*. Göttingen: Hogrefe
- Knappe, S. / Härtling, S. (2017): *Diagnostik und Verhaltensanalyse – Techniken der Verhaltenstherapie*. Weinheim: Beltz.
- Najavits, L. M. (2009): *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch – das Therapieprogramm „Sicherheit finden“*. Göttingen: Hogrefe.
- Schuhler, P. / Vogelsang M. (2012): *Pathologischer PC- und Internetgebrauch – Eine Therapieanleitung*. Göttingen: Hogrefe.



**Dr. Ralf Drewes-Lauterbach**  
Diplompsychologe, Psychologischer  
Psychotherapeut (VT)  
Einrichtungsleiter der  
Fachambulanz Sucht Emsland  
[r.drewes-lauterbach@diakonie-emsland.de](mailto:r.drewes-lauterbach@diakonie-emsland.de)  
[www.diakonie-emsland.de](http://www.diakonie-emsland.de)

## Weiterbildungsteilnehmerinnen kommen zu Wort

### „Wie die Suchtarbeit mich ausgesucht hat“

Von Nadine Hofmann

„Ganz zufällig“ geriet ich im Rahmen meines zweiten Praxissemesters im Studium des Sozialwesens an einen Praktikumsplatz in einer Suchtberatungsstelle. Tatsächlich waren die Umstände nicht so, dass ich mir dieses Arbeitsfeld so ausgesucht hatte – es war die zweite Wahl.

Ganz überrascht bemerkte ich, wie sehr mir diese Arbeit doch Spaß machte und mich jeden Morgen gern im Büro erscheinen ließ. Und so brachten mich die nächsten glücklichen und zufälligen Umstände in eine Festanstellung im Ambulant Betreuten Wohnen für Suchtkranke neben dem Studium und eine darauf folgenden Leitung einer Tagesstätte für suchtkranke Menschen.

Ich konnte sie gut annehmen – die Klienten, Mitgefühl entwickeln und mich gut abgrenzen und hatte mit diesen Voraussetzungen das Gefühl, richtig in dieser Arbeit zu sein. Fachlich stieß ich jedoch häufig an meine Grenzen. Irgendwie verstand ich es nicht, wieso das bei einigen mit der Abstinenz nicht funktioniert, bei anderen wiederum schon. Wieso gelangen mir mit manchen Klienten so gute Interventionen und vor anderen wäre ich am liebsten davon gelaufen? Übertragung war zum damaligen Zeitpunkt zwar ein Wort, mit dem ich grundsätzlich etwas anfangen konnte, jedoch half mir dies nicht, die Verstrickungen zu sehen in denen ich mich manchmal befand. Bei dem Begriff Gegenübertragung wurde es dann schon langsam schwierig für mich, diesen fachlich korrekt zu füllen und dann auch noch zu verstehen, was in meiner Arbeit damit gemeint ist, geschweige denn es auf die Praxis anzuwenden.

Mein damaliger Arbeitgeber machte mir schon früh nach meinem Studienabschluss den Vorschlag, die Ausbildung zur Suchttherapeutin psychoanalytisch orientiert zu absolvieren und das tat ich dann auch gleich. Ich meldete mich beim GVS an und hatte große Erwartungen und ein bisschen Angst, ob ich all dem nebenberuflich gewachsen sein würde. Voller Interesse und mit unglaublicher Naivität stürzte ich mich in das erste Jahr der Selbsterfahrung. Kenne ich vom Studium, dachte ich. Aber so war es nicht. Es war für mich vielmehr wie ein Jahr Gruppentherapie. Eine Erfahrung, die mein Leben in seinen Grundfesten erschütterte, vieles auf den Kopf stellte und die Beziehung zu meiner Mutter unwahrscheinlich komplizierte. Es war gar nicht so leicht, plötzlich all dies zu sehen und hinter die eigene Abwehr zu blicken, eine Idee davon zu bekommen, warum man wurde, wie man ist und weshalb einem bestimmte Dinge im Leben immer wieder und eben nicht ganz zufällig passieren. Das war die bewegendste Zeit in meinem Leben, die mir die Klarheit nur so ins Gesicht warf und mich in meinem persönlichen Leben enorm weiter brachte.

Allein schon diese intensiven Selbstreflexionen führten dazu, Vieles auch in meinem beruflichen Alltag klarer zu sehen und das eigene Handeln besser zu verstehen. Mit dem Einsetzen der Theorieseminare füllten sich Begriffe wie Neurosenlehre und strukturelle Störung mit Sinn und die Fallseminare bauten die Brücke zwischen theoretischem Wissen und arbeitsalltäglichem Erleben und Handeln. So langsam wusste ich tatsäch-

lich, was ich tat und konnte es sogar begründen. Ein wunderbarer Zustand in der Suchtarbeit, den ich bislang noch nicht für mich erreicht hatte. Ich fragte mich allmählich, wie man mit einem „einfachen“ Sozialwesenstudium in diesem Bereich adäquate Arbeit verrichten sollte. Sicherlich lernt man auch sehr viel durch Erfahrung. Aber ich muss für mich resümieren, dass ich eindeutig zu jenen gehöre, die ihre Erfahrung gern auf ein fundiertes Wissen setzen.

Diese bewegende Zeit liegt nun schon 10 Jahre zurück und begleitet mich, trägt mich und fordert mich auch immer wieder heraus richtig hinzusehen, bzw. dahinter zu blicken.



**Nadine Hofmann**

Dipl. Sozialarbeiterin/-pädagogin (FH)  
Sozialtherapeutin Sucht, psychoanalytisch orientiert  
SiT – Suchthilfe in Thüringen GmbH  
Suchtberatungsstelle Waltershausen  
[n.hofmann@sit-online.org](mailto:n.hofmann@sit-online.org)  
[www.sit-online.org](http://www.sit-online.org)

### „Meine Erfahrungen mit der Weiterbildung“

Von Lea Verena Lüdtké

Bereits während meines Studiums der Sozialen Arbeit stand für mich fest, dass eine Weiterbildung meine Qualifikation später ausbauen sollte. Nachdem ich ein Jahr in der Übergangseinrichtung des Wolfgang-Winckler-Hauses gearbeitet hatte, bewarb ich mich für die verhaltenstherapeutisch orientierte Weiterbildung zur Sozialtherapeutin Sucht und wurde angenommen. Meine Ziele waren unter anderem zu lernen, wie man das Verhalten von Klient/-innen analysiert und entsprechende Methoden anwendet, um dysfunktionale Verhaltensweisen mit ihnen verändern zu können. Zusätzlich erhoffte ich mir auch, meine eigenen Stärken und Schwächen in Bezug zur Arbeit ergründen zu können.

Im Sommer 2013 begann das erste Seminar in Berlin. Mein Arbeitgeber Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. förderte meinen Wunsch nach Erlangung einer Zusatzqualifikation sowohl finanziell als auch mit Freistellungstagen von der Arbeit. Die über 3 Jahre verteilt stattfindenden 11 Seminare waren lange im Voraus bekannt und ermöglichten eine frühzeitige Planung und somit gute Vereinbarkeit mit der Arbeit und dem Privatleben. Was man zu Beginn der Weiterbildung noch nicht abschätzen konnte, war der zeitliche Aufwand für Vor- und

Nachbereitung. Ich persönlich konnte die Anforderungen gut erfüllen. Durch Protokolle und Wiederholungsfragen, die zu bearbeiten waren, blieb man kontinuierlich im Stoff und bereitete sich quasi schon von Anfang an auf die Abschlussprüfungen vor. Der zusätzliche Aufwand, den man zur täglichen Arbeit erbringen muss, sollte nicht unterschätzt werden. Dennoch war das Lernpensum zu schaffen, für mich und auch für die anderen Kursteilnehmer, auch mit Kindern.

Der GVS arbeitet mit sehr erfahrenen Ausbildern zusammen, die die Theorie mit zahlreichen Beispielen aus ihrer eigenen Praxis bereicherten. Durch zahlreiche Rollenspiele und andere therapeutische Übungen habe ich selbst erfahren, wie sich die Klientel z.B. bei dieser oder jener Übung fühlt. Es waren für mich wichtige Erfahrungen selbst den Mut zu fassen vor der Gruppe im Rollenspiel die Rolle der Therapeutin zu übernehmen oder in die Rolle des Patienten zu schlüpfen. Die Anleitung durch die Ausbilder war hilfreich und einfühlsam, brachte aber auch „fordernde Ermutigung“ mit sich. Dabei ging unserer Weiterbildungsgruppe nie der Spaß verloren. Alle beteiligten sich, es fand fortwährend ein reger Austausch statt und man lernte gegenseitig voneinander.

Die externe Supervision stellte einen weiteren Bestandteil dar, den ich sehr gut für mich nutzen konnte. Sie förderte die Auseinandersetzung mit der täglichen Arbeit und dem Transfer des Gelernten in die Praxis. Auch die Intervention mit den anderen Kursteilnehmern war äußerst hilfreich.

Die Aufregung vor den Abschlussprüfungen war letztlich unbegründet, da die Ausbilder uns frühzeitig und intensiv auf die zu erbringenden Leistungen vorbereitet hatten.

Ein Jahr nach dem Abschluss kann ich sagen, dass sich meine anfänglichen Erwartungen an die Weiterbildung erfüllt haben. Ich kann die Klientel besser verstehen, umfassender begleiten und professionell unterstützen. Es ist mir möglich individueller auf den Einzelnen einzugehen, Begleiterkrankungen oder Persönlichkeitsstile zu erkennen und Maßnahmen abzuleiten. Ich konnte von der Weiterbildung nicht nur fachlich, sondern auch in puncto persönliche Entwicklung profitieren. Insgesamt gehe ich zufriedener an meine Tätigkeit, weil ich den Eindruck habe, mehr mit meinen Patient/innen erreichen zu können. Kurz nach Abschluss meiner Weiterbildung konnte ich mich intern auf eine neue Stelle bewerben und bin nicht zuletzt aufgrund der Zusatzqualifikation befördert worden.

Zusammenfassend schaue ich sehr positiv auf die drei Jahre Weiterbildung zurück und gleichfalls in die Zukunft. Ich kann die verhaltenstherapeutisch orientierte Weiterbildung zur Sozialtherapeutin Sucht ohne Einwände weiterempfehlen.



©Lüttke

**Lea Verena Lüttke**  
Sozialarbeiterin B.A.

Sozialtherapeutin Sucht, verhaltenstherapeutisch orientiert  
Kordinatorin der Entgiftungsstation  
im Wolfgang-Winckler-Haus  
Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.

[lea.luedtke@jj-ev.de](mailto:lea.luedtke@jj-ev.de)  
[www.jj-ev.de](http://www.jj-ev.de)

Mit rund 210 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bietet Prop e.V. in 28 Einrichtungen in und um München seit über 42 Jahren ein umfassendes Angebot in den Bereichen Prävention, Jugendhilfe und Suchttherapie. Bei Prop steht der Mensch im Mittelpunkt. Ziel ist es, jeden Klienten so individuell in die richtige Maßnahme zu begleiten. Der Verein unterstützt suchtfährende Jugendliche mit innovativen Präventionsprojekten wie FreD, HaLT, ESCapade oder betriebliche Suchtprävention. In den Beratungsstellen finden Menschen in schwierigen Lebenssituationen kompetente Ansprechpartner. Auch Akuthilfe ist uns wichtig. Der Drogennotdienst ist ein niedrigschwelliges Angebot der Überlebenshilfe mit einer Notschlafstelle, einem Kontaktladen und einer 24-Stunden-Beratungsstelle. In unseren stationären Therapieeinrichtungen unterstützen multiprofessionelle Teams Drogen- und Alkoholabhängige kompetent und engagiert auf dem Weg in ein suchtfreies Leben. Nachsorge und Wiedereingliederung werden bei Prop e.V. großgeschrieben. Unsere Arbeitsberatung hilft mit einer anerkannten Arbeitsvermittlungstelle bei allen Schritten ins Berufsleben.

Für unser Therapiezentrum Algisdorf (Sozialtherapeutische Übergangseinrichtung) und die TWG Nandlstadt (bei Freising) suchen wir ab sofort in Voll- oder Teilzeit

**Sozialarbeiter (m/w) (FH) Diplom/Bachelor/Master**

zur Unterstützung unseres multiprofessionellen Teams. Neben der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen (40 Plätze) bietet die sozialtherapeutische Übergangseinrichtung (18 Plätze) ein vollstationäres Setting zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und auch sozialen Rehabilitation für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige. Im Schwerpunkt für drogenkranke Menschen, zum Teil mit Doppeldiagnosen. Die angegliederte TWG in Nandlstadt (12 Plätze) bietet eine langfristige Weiterbetreuung interner sowie externer suchtkranker Patienten.

**Aufgabengebiet:**

- Als Einzel- und Gruppentherapeut der Sozialtherapie und TWG begleiten Sie Klienten auf dem Weg zu einer abstinenter Lebensgestaltung. Regelmäßige Fallsupervision steht Ihnen zur Verfügung.
- Bei entsprechender Erfahrung und Qualifikation (VDR anerkannte Weiterbildung) ist die Übernahme einer Leitungsfunktion möglich.

**Wir bieten:**

- Einen außergewöhnlichen Arbeitsplatz mit abwechslungsreichen Aufgabenbereichen
- Moderne Arbeitsmethoden nach dem Prinzipien des Qualitätsmanagements
- Flexiblen Arbeitszeiten und Urlaubsplanung
- Externe Supervisionen
- Regelmäßige Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten

**Wir erwarten von Ihnen:**

- Ein abgeschlossenes Studium der Sozialpädagogik/Sozialen Arbeit (oder vergleichbar)
- Vorhandene VDR anerkannten Weiterbildung (Suchttherapeut (VT), Master Suchthilfe) oder Bereitschaft diese zu beginnen
- EDV-Kenntnisse (Word, Excel, Outlook)
- Fundierte soziale/ethische Kenntnisse und soziale Kompetenz
- Ein sicheres und freundliches Auftreten im Umgang mit unseren Klienten
- Führerschein der Klasse B

**Wir wünschen uns:**

- Einen Kollegen mit Eigeninitiative und Organisationstalent
- Zu Ihnen beruflichen Selbstverständnis gehören Engagement, Flexibilität und Entscheidungsfähigkeit
- Sie sind selbstbewusst, belastbar und konfliktfähig
- Berufserfahrung im Suchtbereich wären von Vorteil

Sie haben Interesse berufsbegleitend zu studieren? Dann sind Sie bei uns genau richtig; gerne möchten wir Sie dabei unterstützen! Für weitere Fragen steht Ihnen Frau Dipl.-Psych. Heigl Tel. 08756 / 91 390-12 oder Herr Dr. Kilz Tel. 08756 / 91 390-30 zur Verfügung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt ein „PROPIER“ zu werden? Dann senden Sie Ihre schriftliche Bewerbung vorzugsweise per E-Mail an [bewerbung@prop-ev.de](mailto:bewerbung@prop-ev.de) oder per Post an

Prop e.V.  
Landwehrstraße 31  
80336 München  
z. Hd. Hr. Bauer

Informationen über den Verein Prop e.V. erhalten Sie unter: [www.prop-ev.de](http://www.prop-ev.de) oder auf Facebook. Bei einer Einstellung ist ein erweitertes polizeiliches Führungszeugnis notwendig.

Das Diakonische Werk in Ostfriesland e. V. sucht zum **01.10.2017** eine/n

**Sozialarbeiter/in/Sozialpädagogen/in**  
(Diplom/Bachelor)  
für die  
**-Fachstelle für Sucht und Suchtprävention in Emden-**

mit einem Stundenumfang von **38,5 Wochenstunden.**

- Sie haben Erfahrung in der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Menschen?
- Sie verfügen über eine abgeschlossene VDR-erkannte suchttherapeutische Zusatzausbildung?
- Sie suchen eine interessante, abwechslungsreiche und verantwortungsvolle Tätigkeit in Beratung, ambulanter Rehabilitation und Prävention?
- Sie arbeiten gern in einem multiprofessionellen Team und möchten regelmäßige Supervision?

Wir bieten einen unbefristeten Vertrag mit einer Vergütung analog TV-L nach Entgeltgruppe 9 mit den im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen. Aufgrund unseres geschlechtsspezifischen Therapiekonzeptes sind männliche Bewerber ausdrücklich erwünscht.

Die Mitgliedschaft in einer christlichen Kirche oder Gemeinschaft, die der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen in Deutschland angeschlossen ist und die Identifikation mit dem diakonischen Auftrag setzen wir voraus.

Weitere Auskünfte erhalten Sie bei Herrn Spreda, Leiter der Fachstelle unter Tel. 0491-9 76 83 20

Bewerbungen erbitten wir bis zum **15. Juni 2017** an das

**Diakonische Werk in Ostfriesland e.V., Fachstelle für Sucht und Suchtprävention, z. Hd. Herrn Harald Spreda, Am Stadtgarten 11, 26721 Emden.**



## Suchttherapie und Sozialmanagement in der Suchthilfe M. A. – Suchttherapeutenausbildung und mehr ... im Hochschulkontext

Von Prof. Dr. Heino Stöver

### Einleitung

Die Frankfurt University of Applied Sciences (FRA-UAS) (ehemals Fachhochschule Frankfurt) führt seit dem Wintersemester 2015/16 einen Masterstudiengang „Suchttherapie und Sozialmanagement in der Suchthilfe“ durch. Darin integriert ist die Qualifikation zum „Suchttherapeuten“, die der GVS anbietet. In enger Kooperation zwischen FRA-UAS und GVS ist so ein Beitrag zur Qualifikation und Professionalisierung vor allem von Sozialarbeiter/innen entstanden.

Mit der Errichtung dieses Masterstudiengangs baut die FRA-UAS ihre Schwerpunkte im Drogenhilfebereich aus. Zum einen können Studierende nach der Wahl eines dreisemestrigen Schwerpunktthemas „Drogenhilfe“ im Bachelor-Studiengang „Soziale Arbeit“ nun auch ihre Kenntnisse und Fähigkeiten in einem Masterstudiengang vertiefen. Zum anderen hat die FRA-UAS mit dem „Institut für Suchtforschung“ (ISFF, siehe [www.isff.info](http://www.isff.info)) einen Forschungsschwerpunkt für angewandte Sozialforschung im Drogenbereich gebildet. Eingerahmt werden die Studiemöglichkeiten im Drogenbereich durch Deutschlands größte Drogenliteraturbibliothek ARCHIDO mit gegenwärtig ca. 95.000 Titeln (Informations- und Forschungszentrum für Alkohol, Tabak, Medikamente, Drogen und Sucht, siehe [www.archido.de](http://www.archido.de)) und weitere exzellente Bedingungen durch die schnelle Erreichbarkeit der Deutschen Nationalbibliothek.

### Bedarfserhebung zur Vorbereitung des Studiengangs

Zur Vorbereitung eines weiterbildenden berufsbegleitenden suchttherapeutischen Masterstudiengangs wurde eine Zielgruppen- und Bedarfsanalyse durchgeführt. Es wurde eine doppelstrangige onlinegestützte Zielgruppenanalyse/Bedarfserhebung unter 1. Sozialarbeitenden und 2. Führungskräften in Suchthilfeeinrichtungen im gesamten Gebiet von Hessen und Rheinland-Pfalz sowie in Teilen von Bayern und Baden-Württemberg (jeweils im Umkreis von 150 km von Frankfurt am Main) vorbereitet und durchgeführt. Dazu wurden zwei Fragebögen entwickelt und an alle Suchthilfeeinrichtungen im oben genannten Gebiet versendet. Nach Auswertung der Daten wurden die Ergebnisse in einem Abschlussbericht online veröffentlicht ([www.frankfurt-university.de/fileadmin/de/FH-FFM/Wir\\_ueber\\_uns/MainCareer/Publikationen/TB\\_Soziale\\_Arbeit\\_Master\\_Sucht/Forschungsbericht\\_Master\\_Sucht\\_140407.pdf](http://www.frankfurt-university.de/fileadmin/de/FH-FFM/Wir_ueber_uns/MainCareer/Publikationen/TB_Soziale_Arbeit_Master_Sucht/Forschungsbericht_Master_Sucht_140407.pdf)).

- Insgesamt nahmen 278 Sozialarbeitende und 108 Leitungskräfte teil.
- Von den 278 Sozialarbeitenden haben lediglich 88 der Befragten (31,7%) eine von der deutschen Rentenversicherung (DRV) anerkannte sozial-/suchttherapeutische Weiterbildung absolviert. Von den 190 Befragten ohne diese Weiterbildung gaben 40 Prozent an, dass für sie eine solche Höherqualifizierung in Frage käme. 24 Prozent sind sich dahingehend noch unsicher.

- Von den 190 Befragten ohne DRV anerkannte sozial-/suchttherapeutische Weiterbildung arbeiten lediglich 6 Personen (3,9%) in der medizinischen Rehabilitation. Dagegen arbeiten von den 88 Befragten mit DRV anerkannter sozial-/suchttherapeutischer Weiterbildung 37 Personen (42%) in der medizinischen Rehabilitation. Es wird also deutlich, dass eine anerkannte Weiterbildung die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten enorm stärkt und Sozialarbeitenden Wege in neue Berufsfelder ermöglicht.
- Von den 108 befragten Leitungskräften gaben 51 Prozent an, bereits einmal oder mehrmals Sozialarbeiter/innen) mit sozial-/suchttherapeutischer Weiterbildung gesucht zu haben. 88,1 Prozent davon gaben an, dass die Suche schwierig war, was den Bedarf an qualifizierten Mitarbeiter/innen) einmal mehr verdeutlicht.
- Sehr deutlich wird zudem die Unterstützungsbereitschaft der Einrichtungen zum Erwerb einer suchttherapeutischen Qualifikation. Insgesamt erklären sich knapp 90 Prozent der Leitungen grundsätzlich bereit, Mitarbeitende ihrer Institutionen für eine entsprechende Weiterbildung freizustellen. Ebenso berichten 91 Prozent der Führungskräfte von finanzieller Unterstützung.

Die Ergebnisse haben uns in der Notwendigkeit einer weiteren Qualifizierung und Professionalisierung hauptsächlich von Sozialarbeiter/innen bestärkt.

Gleichzeitig haben wir einen hohen Einbezug der Suchthilfepraxis in die Entwicklung des Masterstudiengangs zur Gewährleistung einer hohen Praxisnähe organisiert. Zusätzlich zu der oben beschriebenen Bedarfserhebung wurden zwei Workshops mit führenden Vertretern/innen von Suchthilfeeinrichtungen im Rhein-Main-Gebiet durchgeführt. Der erste fand 2012 zu einem frühen Entwicklungsstand statt und diente vorrangig der Bekanntmachung des Vorhabens und der Erfassung wichtiger Bedarfe der Praxis. Im Jahr 2014 wurden das Curriculum, die Studiengangsstruktur und weitere Rahmenbedingungen sowie die Ergebnisse der Bedarfserhebung im Rahmen einer 2. Expertenrunde vorgestellt und Rückmeldungen der Praxisvertreter/innen anschließend in das Curriculum eingearbeitet. Ebenso wurde der Studiengang den Mitgliedern der Trägerrunde der Suchthilfe in Frankfurt am Main vorgestellt.

### Erfahrungen aus dem ersten Studiengang

Nach dem Start des Studiengangs im Wintersemester 15/16 wurde eine Begleitstudie konzipiert, mit dem Ziel, den Masterstudiengang „Suchttherapie und Sozialmanagement in der Suchthilfe“ zielgruppen- und bedarfsorientiert weiterzuentwickeln. In einem quantitativen Studienteil wurden die Studierenden über drei Erhebungszeitpunkte begleitet – direkt zu Beginn des Studiums im Oktober 2015 (t1), nach dem 2. (t2) so-

# Das Thema ■■■

wie nach dem 3. Semester (t3). Hierbei wurden insbesondere Struktur- und Prozessdaten erhoben. Zur Ergebnisvalidierung und zur Generierung detaillierterer Hinweise zur Qualität des Studienganges wurden leitfadengestützte Interviews mit sechs Studierenden (zu t1, t2 und t3) sowie fünf Lehrenden geführt (t2).

Die Grundgesamtheit der Befragungen bilden alle Studierenden der ersten Kohorte (WS 2015/16) im Masterstudiengang „Suchttherapie und Sozialmanagement in der Suchthilfe“ an der Frankfurt University of Applied Sciences. Bei den Lehrenden wurden alle zum Erhebungszeitpunkt t2 tätigen Lehrenden im Masterstudiengang für ein Interview angefragt, mit Ausnahme der Studiengangsleitung und der Studiengangskoordination, um ausschließlich die Einschätzung von Lehrenden zu erhalten, die nicht an der Konzeption des Studiengangs beteiligt waren.

Zentrale Ergebnisse der Begleitstudie:

- Die Globalzufriedenheit der Studierenden mit dem Studiengang wird in Schulnoten ausgedrückt als „gut“ eingestuft.
- Die Beratung zum Studiengang über studienrelevante Aspekte wird mehrheitlich als positiv eingeschätzt. Es fehlen einzig Informationen zu familienfreundlichen Angeboten an der Hochschule.
- Die Studierenden beginnen ihr Studium zum Großteil mit der Erwartung, ihr theoretisches und methodisches Wissen zu erweitern und dieses in der Praxis einsetzen zu können. Diese Erwartung wird voll erfüllt.
- Die Studienorganisation (z.B. Anzahl der Präsenzveranstaltungen; Länge der Blocktage etc.) wird in der schriftlichen Befragung als passend eingestuft.
- In den Interviews mit den Studierenden wurde dagegen ergänzend angemerkt, dass eine Streckung des Studiums und damit auch eine Aufstockung von Präsenztage sinnvoll sein könnten. Hierdurch wäre es möglich, Zeit für Pausen und Gruppenarbeiten in den zeitlichen Plan von Veranstaltungstagen aufzunehmen und größere zeitliche Abstände zwischen einzelnen Blockwochen und Wochenendveranstaltungen zu schaffen.
- Denn die Belastungen als Konsequenz des Studiums werden für die Studierenden recht deutlich. Es bleibt insgesamt wenig Zeit für Familie und Hobbys neben der beruflichen Tätigkeit.
- Bei den organisatorischen Rahmenbedingungen wurden insbesondere die unbequemen Stühle und eine mitunter schwierige Versorgungssituation vor Ort (insbesondere in den Semesterferien) angemerkt. Weiterhin werden die Möglichkeiten des ARCHIDOs (Informations- und Forschungszentrum für Alkohol, Tabak, Medikamente, Drogen und Sucht) zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur vereinzelt genutzt.
- Die Qualität der Lehre wird insgesamt als recht positiv eingeschätzt. Der Lehrveranstaltungen wurden als verständlich und praxisnah beurteilt. Auch das Niveau und Arbeitstempo wird überwiegend als passend eingestuft. Der erwartete Wissenstransfer der Studieninhalte in die berufliche Tätigkeit gelingt insgesamt gut.

- Verbesserungsbedarf besteht im integrierten Webinar zum Thema Gesprächsführung. Technische Anfangsprobleme und fehlende Erfahrung im Bereich E-Learning haben hier zu einer kritischen Betrachtung der eingesetzten Methode geführt. Es sollte geprüft werden, inwieweit sich andere Studieninhalte eher eignen bzw. inwieweit ein technischer Support zur Verfügung gestellt werden kann.
- Weiterhin wurde die Zufriedenheit mit dem Prüfungsfeedback als eher gering eingeschätzt. Bisher wurde nur in wenigen Fällen eine Rückmeldung zu eingereichten Prüfungsleistungen gegeben.

Deutlich wird in diesem gesamten Prozess der Errichtung des Masterstudiengangs, dass von Seiten der Praktiker/innen ein hoher Bedarf nach Nachwuchskräften – auch und gerade für den Leitungsbereich mit Sozialmanagementkenntnissen besteht. Die Kassen sehen es nicht als ihre Aufgabe an und schließen es aus, Aktivitäten regelhaft zu finanzieren. Allerdings ist der im Gesetz festgeschriebene Settingansatz nicht für kurzfristige Projekte geeignet. Es versteht sich von selbst, dass Strukturveränderungen längerfristige Zeiträume benötigen. Erfolgreiche und effektive Präventionsarbeit ist auch von Kontinuität und Verlässlichkeit geprägt. Eine Fortsetzung der bereits heute grassierenden „Projektitis“ im Bereich der Suchtprävention mit Mitteln aus dem Präventionsgesetz wäre nicht im Geiste des Gesetzes.



**Prof. Dr. Heino Stöver**  
Dipl. Sozialwissenschaftler  
Frankfurt university of applied sciences  
Geschäftsführender Direktor Instituts für Suchtforschung  
[hstoever@fb.4fra-uas.de](mailto:hstoever@fb.4fra-uas.de)  
[www.frankfurt-university.de/fachbereiche/fb4.html](http://www.frankfurt-university.de/fachbereiche/fb4.html)

## Suchtrehabilitation ist mehr als Suchttherapie. Und Suchttherapie ist mehr als Psychotherapie! Zum Stellenwert und zur Bedeutung Sozialer Arbeit in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Von Frank Schulte-Derne, Rita Hansjürgens, Ulrike Dickenhorst, Conrad Tönsing

### Einleitung

Von Abhängigkeit betroffenen Menschen bietet sich mit einer Suchtrehabilitation die Möglichkeit zum Ausstieg aus der Abhängigkeit und verbessert damit die Möglichkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe. Ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam aus Sozialer Arbeit, Medizin und Psychologie schafft dafür die Voraussetzung und wird durch weitere Berufsgruppen unterstützt. Dabei kann die Nutzung evidenzbasierter Erkenntnisse die Qualität der therapeutischen Leistungen verbessern. Die AWMF-Leitlinien als systematisch entwickelte Entscheidungshilfen tragen hierzu bei und sollten aber in der Entwicklung und der Anwendung multiprofessionell gedacht werden. Dieser interdisziplinäre Ansatz trägt der Ausrichtung der Suchtrehabilitation an den verschiedenen Dimensionen des bio-psycho-sozialen Gesundheits- bzw. Krankheitsfolgenmodells der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Rechnung, wie sie in der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) konzipiert wurden. Erkrankungen und ihre Folgen werden dort als Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen sozialer, somatischer und psychischer Faktoren verstanden (DRV Bund 2013).

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS) vertritt die am stärksten in der Suchthilfe- und Rehabilitation vertretene Berufsgruppe (Braun et al. 2015a, 2015b). Zugleich stellt Sommerfeld fest, dass Soziale Arbeit bezogen auf die Zuständigkeit und die Bedeutung ihrer fachlichen Einschätzung in der Suchtrehabilitation zunehmend von einer maßgeblichen Kraft auf eine vernachlässigbare Größe reduziert zu werden scheint (Sommerfeld 2016). Mit diesem Beitrag wird daher an ausgewählte Stärken der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und die Unterschiede der Sucht- und Psychotherapie erinnert. Am Ende wird deutlich, dass Zuständigkeit und Expertise von Sozialer Arbeit im Kontext der Suchtrehabilitation von ihr selbst und den am Prozess beteiligten Akteuren als mitgestaltend und nicht als getrieben wahrgenommen werden sollte.

### Die Bedeutung der sozialen Dimension in der Suchtrehabilitation / Suchttherapie

Das Bio-Psycho-Soziale Modell ist mit seiner Orientierung an der ICF in der Suchtrehabilitation handlungsleitend. Gesundheit bzw. Krankheit werden als Ergebnis eines Zusammenspiels oder gegenseitiger Beeinflussung körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren gesehen.

*„Die Soziale Arbeit erhebt in diesem Sinn den Anspruch auf die Zuständigkeit der spezialisierten Behandlung der sozialen Dimension psychischer Erkrankungen im Hinblick auf die Integration und Lebensführung der davon betroffenen Menschen im Kontext einer interprofessionell gedachten «integrierten Versorgung».“ (Sommerfeld 2016).*

### Zuständigkeit der Sozialen Arbeit in der Suchtrehabilitation/Suchttherapie

Die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit liegt „vornehmlich in der Unterstützung einer gelingenden (Re-)Integration von Klient/innen in verschiedene soziale Handlungssysteme (Familie, privates Sozialsystem, Schule, Arbeitswelt, Hilfesysteme, Schattenwelten). [...] Diese Überlegungen werden damit begründet, dass Klient/innen der Sozialen Arbeit aufgrund ihres Andersseins (in diesem Fall ihrer Suchterkrankung mit all ihren biopsychosozialen Implikationen) Schwierigkeiten dabei haben, sich in ihrer sozialen Lebenswelt zurechtzufinden, und deshalb vom Ausschluss aus diesen Handlungssystemen bedroht sind.

„Integration in dieser Perspektive bezieht die biopsychischen Aspekte eines suchtkranken Menschen, die in dynamischer Wechselwirkung stehen mit seiner sozialen Integration, dabei systematisch mit ein, weil sonst eine Realisierung von gesellschaftlicher Teilhabe nicht gelingt.“ (Hansjürgens 2016). Die Unterstützung einer gelingenden (Re-)Integration wird z.B. realisiert in der sog. „Angehörigenarbeit“, also dem Einbezug sozialer Nahsysteme, zu denen nicht nur Familie sondern auch Freunde gehören könn(t)en.

Der Arbeitsschwerpunkt in der Suchttherapie liegt in dem Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung, die Entwicklung einer Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation, mit dem Ziel zukünftig abstinent leben zu können. Alle Faktoren die zur Abstinenzstabilität beitragen, werden in der Therapieplanung prospektiv festgelegt und in einer multimodalen Behandlung durchgeführt. Der Suchttherapeut/Bezugstherapeut ist für die Koordination und zum Teil für die Durchführung verantwortlich. Der Transfer der Rehabilitationserkenntnisse in die Lebenssituation wird kontinuierlich begleitet. Die reguläre Beendigung der Behandlung, mit sich anschließender ambulanten Nachsorge, schafft die größten Erfolgsaussichten für eine teilhabeorientierten Zukunftsaussicht. Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Integration in die Arbeitswelt, in dem Maß, wie es aus der Perspektive des Klienten und seinen Möglichkeiten angemessen erscheint. Dazu gehören nicht nur Gespräche und „Trockenübungen“ sondern auch aktive Begleitung in die konkreten Handlungssysteme hinein und unterstützenden Einbezug wichtiger Interaktionspartner aus diesen Systemen also z.B. auch Vorgesetzte oder Arbeitskolleg/innen.

### Der ganzheitliche sozialarbeiterische Blick in der Suchtrehabilitation / Suchttherapie

Diese oben beschriebene Zuständigkeit erfordert neben einem Blick auf die Bedingungen des Systems, zu dem eine Person (wieder) Zugang erhalten möchte, dies aber aufgrund ihrer Suchterkrankung nicht möglich war, einen Blick auf die realistischen Möglichkeiten und Ressourcen eine Person. Hier muss individuell Passung hergestellt werden. Dies bedeutet nicht nur die Möglichkeiten einer Person zur Integration zu er-

höhen z.B. durch psychotherapeutische Interventionen, sondern auch die Möglichkeiten und Flexibilität eines konkreten Systems (z.B. Familie und Arbeitsplatz einer konkreten Person) zur Integration einer Person zu erhöhen und beides miteinander in Übereinstimmung zu bringen. Dies erweitert den Blick von einer biopsychischen Perspektive auf ein Individuum hin um die konkrete nicht nur hypothetische In-den-Blick-Nahme und Versuch der Modellierung der sozialen Dimension eines Klienten. Dies geschieht mit dem Ziel Nachhaltigkeit suchttherapeutischer Maßnahmen zu sichern.

Der Blick auf die biopsychischen Aspekte kann und wird somit um die Soziale Dimension mit Sozialer Arbeit als Expertin hierfür selbstverständlich. Damit entspricht der sozialarbeiterische Ansatz, der auch als Unterstützung zur Realisierung von gesellschaftlicher Teilhabe beschrieben werden kann, in vollem Umfang „jenem teilhabeorientierten Ansatz, den die DHS, in ihrer Analyse der Versorgungssituation von Suchthilfe in Deutschland, als Grundvoraussetzung für Zukunftsorientierung für die Ausrichtung der Arbeit mit Suchtkranken fordert.“ (Hansjürgens 2016).

„Vor diesem Hintergrund muss bemängelt werden, dass Psychotherapie laut Alltagsverständnis die komplexen Fälle bearbeitet und Soziale Arbeit die leichten. Die Realität der Sozialen Arbeit beweist dabei das Gegenteil.“ (Gahleitner / Pauls 2012). Denn schließlich bildet die Soziale Arbeit eben für jene Fälle aus, die nicht einfach routiniert zu erledigen sind oder häufig chronifizierte Verläufe aufzeigen. Leider ist mit Blick auf die Ressourcenausstattung diese ganzheitliche Sichtweise, die die soziale Dimension nicht nur im Blick hat, sondern auch bearbeitet, aktuell von Kostenträgern nicht mit ausreichenden Ressourcen ausgestattet. Eine von suchttherapeutischen Prozessen abgekoppelte sogenannte „Sozialberatung“ reicht für die Erfüllung dieser aus unserer Sicht zentralen Aufgabe von Suchtrehabilitation nicht aus.

## Vom (Fall-)Verstehen zur Behandlungsplanung in der Suchtrehabilitation/Suchttherapie

Um im oben genannten Sinn agieren zu können, führen Sozial- und Suchttherapeuten diagnostische Informationen zur Biografie und Lebenswelt sowie des klassifikatorischen, störungsspezifischen Wissens entlang der Koordinaten Umwelt & Person bzw. Probleme & Ressourcen zusammen und leiten daraus die konkrete Therapieplanung und Interventionsmöglichkeiten ab (Gahleitner et.al 2014). Sie rehabilitieren die Betroffenen als Bezugstherapeuten in Einzel-, Gruppen- und Angehörigengesprächen, so wie in weiteren Indikationsgruppen (DRV Bund 2015). In Angehörigen-, Paar- und Kinder-/Elternseminaren werden Angehörige auch psychoedukativ unterstützt, um die eigenen Resilienzfaktoren zu fördern und stabilere Interaktionen zu erproben. Ausgehend von der Suchtgenese und lebensgeschichtlicher Ereignisse z.B. die generative Häufung von Suchterkrankung, wird die Rückfallprävention durchgeführt. Besonders die Hochrisikosituationen werden individuell erfasst und alternative Bewältigungsstrategien erprobt. Zum integrativ diagnostischen (Fall-)Verstehen trägt dabei maßgeblich die Perspektive bei, die „Personen-in-ihrer-Umwelt“ zu betrachten. Neuere Forschungsergebnisse zeigen, dass Hilfebedürftigkeit häufig einhergeht mit schwach ausgeprägter Sozialer Einbindung (Richter-Mackenstein 2017, 93 ff.). So fließen die Ergebnisse von zum Beispiel Netzwerkanalysen als Rehabilitationsziele und Teilziele in den

Rehabilitationsplan ein. Die Bedeutung, der Perspektive die „Person-in-ihrer-Umwelt“ zu betrachten ist hier von entscheidender Bedeutung, da der Rehabilitationsplan partizipativ mit Klient/innen entwickelt wird, was ebenfalls zur Nachhaltigkeit der rehabilitativen Maßnahmen beiträgt.

## Unterschiede im interprofessionellen Handeln in der Suchtrehabilitation/Suchttherapie

In der hier aufgeworfenen Perspektive setzt sich ein interprofessionelles Rehabilitationsteam sinnvollerweise daher aus den Berufsgruppen der Sozialen Arbeit, der Medizin und der Psychologie zusammen. Die Mitarbeiter/innen sind dabei im Sinne des Rehabilitanden verpflichtet, hinsichtlich der Diagnostik, der Anamnese, der Behandlungsplanung und der Dokumentation und der Berichterstattung intensiv und austauschorientiert zusammenzuarbeiten. Dies geschieht in der Regel durch Fall- und Teambesprechungen und externe Supervision (DRV Bund 2015).

Das Aufgabenspektrum der Sozialen Arbeit und der Psychologie wird von der DRV weitestgehend gleich definiert, wenn die Suchterkrankung im Mittelpunkt der Rehabilitation steht. Unterschiede gibt es hinsichtlich der psychologischen Diagnostik und der komorbiden Störungen, wenn sie als Ursache der Suchterkrankung erkannt werden, die den Psycholog/innen vorbehalten ist. Den Sozialarbeiter/innen sind die Hilfen im sozialen Umfeld (z.B. Kontakte mit Arbeitgebern, Hilfestellung bei der Vermittlung eines Arbeitsplatzes/bei der Integration in das berufliche Umfeld, sozialrechtliche Beratung), Existenzsicherung, die Begleitung juristischer Verfahren und die Kooperation mit in der Nachsorge eingebundenen Sozialen Diensten sowie Selbsthilfegruppen als zusätzliche Leistungen zugeordnet. Dieser Leistungsunterschied weist schon jetzt auf die Stärke und Zuständigkeit von Fachkräften der Sozialen Arbeit in der Suchtrehabilitation/Suchttherapie hin. Bekanntermaßen trägt das soziale Umfeld maßgeblich zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen bzw. von Sucht bei und dies heißt im Umkehrschluss, dass das Soziale (Umfeld) ein enormes therapeutisches Potenzial hat, das ohne die Soziale Arbeit weitgehend unerschlossen bliebe (Sommerfeld 2016). Die Modellierung sozialer Lebensbedingungen liegt dabei häufig nicht im primären Zuständigkeitsbereich von Psychotherapie. Sind Lebensbedingungen ungünstig sehr ausgeprägt, wird Psychotherapie außerdem alleine den Zustand der Rehabilitand/innen nachhaltig kaum verbessern können (Grawe 2004).

## Fazit: Suchtrehabilitation ist mehr als Suchttherapie. Und Suchttherapie ist mehr als Psychotherapie

Die Soziale Arbeit ist für die Suchtbehandlung in Form einer Modellierung der sozialen Dimension psychischer Erkrankungen im Hinblick auf die Integration und einer abstinenter Lebensführung zuständig. Dabei liegt die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit in einer gelingenden (Re-)Integration von Klient/innen in verschiedene soziale Handlungssysteme. Hierzu werden neben der sozialen Dimension, die biopsychischen Aspekte eines suchtkranken Menschen mit einbezogen. Dieser ganzheitliche Blick ist für die Soziale Arbeit selbstverständlich, das Psychotherapeutengesetz hingegen klammert die soziale Dimension für seine Berufsgruppe aus. Soziale Arbeit befasst sich entgegen dem Alltagsverständnis dabei nicht mit den

# Das Thema ■■■

„leichten“ sondern in der Regel mit den komplexen Fällen für die es weniger Routinelösungen gibt, da es um die Realisierung von Teilhabe geht. Die Perspektive die „Person-in-ihrer-Umwelt“ zu betrachten und zu beteiligen ist eine unabdingbare Stärke der Sozialen Arbeit in der Suchtrehabilitation/Suchttherapie. Die Hilfen im sozialen Umfeld der Betroffenen sind dem Leistungsspektrum der Sozialen Arbeit zugeordnet. Gerade diese Hilfen haben enormes therapeutisches Potenzial und ohne dieses Leistungsangebot kann eine Realisierung von gesellschaftlicher Teilhabe nicht gelingen. Die Lebensbedingungen und das Soziale (Umfeld) sind bei den Betroffenen in der Regel ungünstig ausgeprägt. Vor diesem Hintergrund kann Soziale Arbeit, den Zustand der Rehabilitand/innen um den Aspekt der Nachhaltigkeit noch mehr verbessern.

## Literatur:

- (1) Braun, Barbara; Brand, Hanna; Künzel, Jutta (2015a): Deutsche Suchthilfestatistik 2014. Tabellenband für stationäre Rehabilitationseinrichtungen. München.
- (2) Braun, Barbara; Brand, Hanna; Künzel, Jutta (2015b): Deutsche Suchthilfestatistik. Tabellenband für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen. München.
- (3) Deutsche Rentenversicherung Bund (2013): Vereinbarungen im Suchtbereich. [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de).
- (4) Deutsche Rentenversicherung Bund (2014): Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation Ausgabe 2015 [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de).
- (5) Gahleitner, Silke Birgitta; Pauls, Helmut (2012): Soziale Arbeit und Psychotherapie – zum Verhältnis sozialer und psychotherapeutischer Unterstützung und Hilfen. In: Thole (Hrsg.) Grundriss Sozialer Arbeit. Ein einführendes Handbuch 4. Auflage.
- (6) Gahleitner, Silke Birgitta; Hintenberger, Gerhard; Kreiner, Barbara; Jobst, Angelika (2014): Biopsychosoziale Diagnostik: Wie geht denn das konkret? Plädoyer für ein „integratives diagnostisches verstehen“ In: Resonanzen E-Journal <http://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/336> (Abrufdatum 03.05.2017).
- (7) Grawe, Klaus (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen; Hansjürgens, Rita (2016): In DG-SAS Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe.
- (8) Richter-Mackenstein, Joseph (2017): Netzwerkanalyse mit easyNWK. Erste empirische Erkenntnisse einer Diagnostik sozialer Hilfebedürftigkeit. In: Soziale Arbeit (3).
- (9) Sommerfeld, Peter (2016): Sucht - ein medizinisches oder ein soziales Problem? In: Suchtmagazin (6).



©Tönsing



©Schulte-Derne



### Rita Hansjürgens

M. A., Dipl.-Sozialarbeiterin  
Lehrkraft für besondere Aufgaben  
Katholische Hochschule NRW, Abt. Paderborn  
Stellv. Vorsitzende der DG-SAS  
[r.hansjuergens@katho-nrw.de](mailto:r.hansjuergens@katho-nrw.de)

### Ulrike Dickenhorst

Dipl.-Sozialpädagogin  
Kinder- und Jugendpsychotherapeutin (KVT)  
Therapeutische Leiterin der Bernhard Salzmann Klinik  
Stellv. Vorsitzende der DG-SAS  
[ulrike.dickenhorst@lwl.org](mailto:ulrike.dickenhorst@lwl.org)

### Conrad Tönsing

Dipl.-Soz. Päd / Soz.-Arb.  
KJPsychotherapeut, Supervisor  
Geschäftsführer  
Caritas- Reha und Teilhabe GmbH  
Geschäftsbereichsleitung Suchtprävention/Rehabilitation  
Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V.  
[ctoensing@caritas-os.de](mailto:ctoensing@caritas-os.de)

### Frank Schulte-Derne

Dipl.-Sozialpädagoge  
Sachbereichsleitung  
LWL-Koordinationsstelle Sucht  
1. Vorsitzender DG-SAS  
[frank.schulte-derne@lwl.org](mailto:frank.schulte-derne@lwl.org)

[www.dg-sas.de](http://www.dg-sas.de)



©Hansjürgens



©Dickenhorst



**DG SAS**   
Deutsche Gesellschaft für  
Soziale Arbeit in der Suchthilfe.

## „Ein Gewinn für meine Arbeit!“ – Die Ausbildung zur „Freiwilligen Mitarbeit in der Suchthilfe – nach GVS Standards“

Von Manfred Fiedelak

*„Ich freue mich, dass ich die Möglichkeit hatte, an der Ausbildung zur ‚Freiwilligen Mitarbeit in der Suchthilfe‘ teilzunehmen. Mein Blickfeld wurde erweitert. Diese Tage waren eine Bereicherung.“*

Mit diesen begeisterten Worten eröffnete Jürgen sein Telefonat mit mir.

### Inhalte der Ausbildung

Die Ausbildung zur „Freiwilligen Mitarbeit in der Suchthilfe“ nach dem Standard des Gesamtverbands für Suchthilfe – Fachverband der Diakonie Deutschland (GVS) wird von aktuell 25 unterschiedlichen evangelisch-diakonischen Trägern und Werken im Bundesgebiet angeboten. Die Module „Selbsthilfe“ und „Beruf“ setzen entsprechend unterschiedliche Schwerpunkte und wenden sich – aufgesetzt auf die für alle verbindlichen Basisbausteine – an unterschiedliche Zielgruppen. Angesprochen für die Ausbildung werden Personen, die sich freiwillig in der Suchthilfe oder auch im betrieblichen Kontext der Suchthilfe engagieren und einbringen wollen.

In den Ausbildungsseminaren beschäftigen sich die Teilnehmer in den Basisbausteinen mit den Entstehungsbedingungen und Funktionen von Sucht, den Formen der Sucht, dem Suchtumfeld, dem Umgang mit der Sucht, dem Hilfesystem und den Sinn und Wertebezügen. Dabei sprechen wir als Diakonischer Verband unter anderen auch über Glaubens- und Religionserfahrung, über persönliche Erfahrungen und das Menschenbild.

Das Modul „Selbsthilfe“ stellt insbesondere die Helfertätigkeit mit seinen Möglichkeiten und Grenzen in den Mittelpunkt und vermittelt und erarbeitet Arbeitshilfen für die Arbeit in den Gruppen oder in anderen Arbeitsfeldern der Selbsthilfe.

Im Modul „Beruf“ wird die Helfertätigkeit im beruflichen Kontext unter die Lupe genommen, die besonderen Funktionen und Aufgaben vor dem Hintergrund beruflichen Struktur bearbeitet und besondere Arbeitshilfen für den beruflichen Kontext vermittelt und erarbeitet.

Auch wenn die vermittelten Inhalte und Hilfestellungen letztlich sehr komprimiert sind, stärkt diese freiwillige Ausbildung die Teilnehmer in ihrem Engagement im Selbsthilfe- als auch im betrieblichen Kontext.

Mit der Bescheinigung nach einem erfolgreichen Abschlussgespräch haben die Teilnehmer ein umfangreiches Wissen erlangt, welches sie, zusammen mit ihren ganz persönlichen Gaben und Fähigkeiten, in die Suchthilfe einbringen können. Als persönlicher Begleiter von Suchtkranken und Angehörigen, in der Gruppenarbeit, in der motivierenden Arbeit oder in der aufsuchenden Arbeit, in der unterstützenden Arbeit, in der Öffentlichkeitsarbeit, in der betrieblichen Suchthilfe oder auch in der Prävention haben sie ihr Wirkungsfeld. Sie sind keine Suchtberater oder Mitarbeiter im professionellen Suchthilfesystem.

Sie sind aber wichtige und auch immer mal entscheidende Mitarbeiter des Suchthilfesystems. Diese Ausbildung absolvieren sehr viele abstinenten Suchtkranke – aber auch Angehörige. Durch ihren reichen persönlichen Erfahrungsschatz und diese Ausbildung haben diese eine hohe Kompetenz erlangt um den Betroffenen durch die persönliche Erfahrung ganz anders zu begegnen.

### Einblicke in ein Seminar

Das Seminar in Bad Blankenburg in Thüringen hat etwas besonders. In zwei großen Blöcken von neun Tagen absolvieren die Teilnehmer ihre Ausbildung. Der erste Block findet im Herbst statt und der zweite im Frühjahr des Folgejahres. Die Teilnehmer kommen aus dem ganzen Bundesgebiet und von unterschiedlichen Verbänden und Trägern. Das Blaue Kreuz in Deutschland e.V. ist Hauptveranstalter der Ausbildung und arbeitet eng mit der Diakonie Mitteldeutschland, dem Caritasverband Bistum Erfurt und dem Kreuzbund in Thüringen zusammen.

Die Teilnehmer aus dem Bereich der Selbsthilfe und der beruflichen Arbeit haben ein straffes Programm vor sich. Die GVS Standards sehen mindestens 120 Stundeneinheiten vor (siehe Musterstoffplan [http://www.sucht.org/fileadmin/user\\_upload/Mitarbeit\\_Suchthilfe/Stoffplan.pdf](http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Mitarbeit_Suchthilfe/Stoffplan.pdf)), zusätzlich müssen ca. 30-40 Stundeneinheiten für die Mitarbeit im beruflichen Kontext untergebracht werden. Es bedeutet, dass ca. 120 Stunden in den Seminaren absolviert werden und die anderen Einheiten im Selbststudium. Dazu gehören der Kontakt mit Suchtberatungsstellen, anderen Einrichtungen der Suchthilfe und der Selbsthilfe sowie die Beschäftigung mit Betriebsvereinbarungen und das Erstellen eines Gruppenstundenthemas. Die Herkunft der Teilnehmer aus den verschiedenen Regionen Deutschlands sowie aus der Selbsthilfe und dem beruflichen Kontext führen in der Ausbildung zu einem sehr intensiven Austausch. Die Vorteile der Zusammenarbeit und der Vernetzung mit anderen Bereichen des Suchthilfesystems werden in den Seminartagen durch den gelebten Austausch erfahren. Neben den verschiedenen Trägervertretern sind in das Seminar auch verschiedene Referenten aus Suchtberatungsstellen, aus Tätigkeitsbereichen mit aufsuchender und nachgehende Arbeit, dem stationären Bereich, der Präventionsarbeit und den Unterstützern der Selbsthilfe eingebunden. Damit ist diese Ausbildung Basis praxisnah, fachlich aktuell und fördert aktiv die Zusammenarbeit.

Eingeladen zu der Ausbildung sind Suchtkranke, die mindestens 2 Jahre Abstinenz von ihrem Suchtmittel leben oder ihr Verhalten geändert haben sowie Angehörige, Interessierte an der Arbeit, Beauftragte aus dem beruflichen Kontext und alle, die eine interessante Weiterbildung machen wollen.

Die Teilnehmer werden im Rahmen der Ausbildung in ihrer aktiven und kritischen Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Sinn- und Glaubensfragen und auch der christlichen Werteorientierung gefordert, die eigenen Einstellungen werden hinterfragt und reflektiert.

Ein Theologe äußerte sich nach seiner Ausbildung so:

„Meine seelsorgerliche Arbeit als auch meine Predigtweise hat sich dadurch sehr verändert. Mein Blick zu den Menschen und auch mein Verständnis zu den biblischen Texten sind anders geworden. Diese Ausbildung war für mich eine große Bereicherung – fachlich als auch in der Vernetzung“.

Nähere Informationen zum Ausbildungskonzept „Freiwillige Mitarbeit in der Suchthilfe – nach GVS Standards“ und den Ausbildungsträgern finden Sie unter [www.sucht.org/selbsthilfe/ausbildungskonzept](http://www.sucht.org/selbsthilfe/ausbildungskonzept). Die aktuellen Ausbildungsangebote in Sachsen-Anhalt und Thüringen finden Sie unter [www.diakonie-mitteldeutschland.de/2018\\_2018-2017\\_suchthilfe\\_ausbildung\\_de.pdf](http://www.diakonie-mitteldeutschland.de/2018_2018-2017_suchthilfe_ausbildung_de.pdf).



©Fiedelak

**Manfred Fiedelak**  
Referent des Blaues Kreuz in Deutschland e.V.  
für Sachsen-Anhalt und Thüringen  
Referent für Sucht-Selbsthilfe  
Diakonie Mitteldeutschland Bereich Thüringen  
[m.fiedelak@blaues-kreuz.de](mailto:m.fiedelak@blaues-kreuz.de)  
[www.blaues-kreuz.de](http://www.blaues-kreuz.de)



## DIE DIAKO NORDFRIESLAND SUCHT EINEN DIPL.-SOZIALPÄDAGOGEN/B.A. SOZIALE ARBEIT (M/W) MIT VDR ANERKANNTER SUCHTBEZOGENER WEITERBILDUNG

zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die Fachklinik für Rehabilitation in Breklum. Das Arbeitsvolumen beträgt 100% und ist nicht befristet.

Wir wünschen uns:

- Erfahrungen oder Interesse an der Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen und Abhängigkeitskrankungen.
- Interesse an patientenorientierter Teamarbeit
- Eine zumindest fortgeschrittene Weiterbildung (Zwischenprüfung)

Wir bieten Ihnen:

- Eine interessante Aufgabe in einem mittelständischen Unternehmen mit ca. 500 Mitarbeitenden
- Eine tarifliche Vergütung nach dem KTD sowie eine zusätzliche Altersvorsorge
- Familienfreundliche Arbeitsbedingungen
- Die Zusammenarbeit in hochmotivierten Teams
- Großzügige Fortbildungsregelungen
- Die Arbeit in einer Region mit hohem Freizeit- und Erholungswert

Weitere Auskünfte erteilt gern (STA-Nr. NF 009-17):

Herr Dr. Rainer Petersen, Bereichsleitung Fachklinik für Rehabilitation,  
Tel. 04671 408-4030, eMail: [rainer.petersen@diako.de](mailto:rainer.petersen@diako.de)

und finden Sie auf unserer Homepage:

[www.diako-nf.de/wir-als-arbeitgeber/](http://www.diako-nf.de/wir-als-arbeitgeber/)

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung! Richten Sie diese bitte mit den üblichen Unterlagen, gern auch online als PDF per eMail, an:

DIAKO Nordfriesland gGmbH  
Personalabteilung, Gammeltoft 8-15, 25821 Breklum,  
eMail-Bewerbungen an: [personal.nf@diako.de](mailto:personal.nf@diako.de)



### Stellenausschreibung Nr. 28/2017

Die Diakonie Riesa-Großenhain gGmbH sucht für die Suchtberatungs- und Behandlungsstelle in Riesa eine /einen

#### Dipl.-Sozialarbeiter/in / Diplom-Sozialpädagoge/in als Nachsorgekoordinator/in

Die Beschäftigung soll zum nächstmöglichen Termin beginnen, hat einen Beschäftigungsumfang von 75 % einer Vollzeitstelle (30 Stunden wöchentlich) und ist vorerst befristet bis 31.12.2018 (Modellprojektstelle); eine langfristige Weiterbeschäftigung ist erwünscht.

#### Aufgabengebiet:

- Vorbereitung, Vermittlung und Koordinierung von weiterführende suchtspezifischen Hilfen sowie Begleitung von haftentlassenen Suchtkranken der Suchttherapiestation der JVA Zeithain
- Aufbau und Weiterentwicklung des Modellprojektes der Nachsorgekoordination
- Zusammenarbeit mit den diakonischen Suchtberatungsstellen in Sachsen als Schnittstelle zwischen der Suchttherapiestation der JVA und weiterführenden Hilfen als suchtspezifische Resozialisierung
- Einzelfallhilfe für Suchtkranke (Schwerpunkt illegale Drogen) sowie deren Bezugspersonen als Übergangsmangement
- Netzwerkarbeit und Reisetätigkeit

#### Wir erwarten:

- abgeschlossenes Studium der Sozialpädagogik/Sozialarbeit (Diplom, Bachelor, Master) und staatliche Anerkennung (zwingend)
- suchtspezifische Zusatzausbildung bzw. Fortbildung im Case Management erwünscht
- Kenntnisse in Beratung und psychosozialer Begleitung von Erwachsenen, Jugendlichen und Familien mit Drogenproblematik vorteilhaft

**Diakonie**   
Riesa-Großenhain gGmbH

- Führerschein Klasse B und Bereitschaft zur zeitweisen Nutzung des eigenen PKW für dienstliche Zwecke
- Bereitschaft, den Diakonischen Auftrag der Einrichtung mit zu gestalten (Mitgliedschaft in einer Kirche der AG Christlicher Kirchen erwünscht)

#### Wir bieten Ihnen:

- vielseitiges, interessantes Arbeitsfeld in der Suchtberatung
- Möglichkeit der selbständigen, kreativen Gestaltung des eigenen Arbeitsfeldes
- Zusammenarbeit in einem erfahrenen, engagierten Team
- Fall- und Teambesprechungen und externe Supervision

#### Vergütung und Sozialleistungen:

- nach den Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland, Fassung Sachsen.

Ihre vollständigen und aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen richten Sie schriftlich oder per E-Mail an:

Diakonie Riesa-Großenhain gGmbH

Büro Geschäftsführung  
Naundorfer Straße 9,  
01558 Großenhain

Anfragen richten Sie bitte per E-Mail an: [andreas.goerlitz@diakonie-rg.de](mailto:andreas.goerlitz@diakonie-rg.de)

Veröffentlichung: 16.06.2017 – 30.07.2017

## Inhouse-Schulungen und Zertifizierungskurse „Motivational Interviewing – Motivierende Gesprächsführung“

Von Dr. Theo Wessel

Motivational Interviewing (MI) ist von Bill Miller (USA) und Stephen Rollnick (Wales) 1991 auf der Basis von praktischen Erfahrungen mit dem Ziel entwickelt worden, die Änderungsbereitschaft bei Menschen, insbesondere mit Suchtproblemen, aber auch anderen psychischen Problemen, zu fördern und zu stärken.

Menschen mit Suchtproblemen zeigen sich besonders zu Beginn einer Therapie eher unmotiviert und voller Widerstand. Das klientenzentrierte und direkte Vorgehen dieses Beratungsansatzes ermöglicht die Erkundung und Lösung von veränderungsbezogenen Ambivalenzen und stützt so die Entwicklung von nachhaltiger Eigenmotivation. Diese Methode betont die persönliche Entscheidungsfähigkeit und geht davon aus, dass Menschen gegenüber Veränderungsherausforderungen nicht grundsätzlich unmotiviert oder uneinsichtig sind, sondern ambivalent.

MI hat sich vielfältig bewährt, eine große Anzahl von Studien belegen die Wirksamkeit dieser gesprächs- und kommunikationspsychologischen Methode. MI ist ein weltweit anerkanntes Konzept zur erfolgreichen Bewältigung von anspruchsvollen Beratungsgesprächen.

Der Gesamtverband für Suchthilfe e.V. – Fachverband der Diakonie Deutschland (GVS) bietet den MI-Praktiker-Zertifizierungskurs einrichtungsübergreifend in Berlin oder als Inhouse-Schulung bundesweit an.

Der Kurs ist übungsorientiert, neben Wissensvermittlung sollen in kurzen Übungen und Rollenspielen praktische Kenntnisse erworben werden. Materialien werden zur Verfügung gestellt. Basishaltungen und spezifische MI-Gesprächstechniken werden ausprobiert, um mehr Sicherheit im eigenen Vorgehen zu erlangen. Auch soll der konstruktive Umgang mit Gesprächsblockaden und Defensivstrategien (z.B. Bagatellisierung) erlernt werden.

Ziel des Kurses ist, die Teilnehmer/-innen zu befähigen, MI selbst in ihrer beruflichen Praxis anzuwenden. Dazu erhalten sie unter anderem ein differenziertes und persönliches Feedback zum eigenen Gesprächsverhalten durch die Auswertung einer in der Alltagspraxis durchgeführten und aufgezeichneten oder transkribierten Beratungsgesprächssequenz im MI-Stil mittels eigens dafür entwickelter Beobachtungsinstrumente

(z.B. MITI 4.2.1, dem aktuellsten Kodierungsinstrument). Dieses Beobachtungsinstrument wird vom MI Network of Trainers (MINT) eingesetzt. MINT ist eine internationale Organisation, die das Ziel verfolgt, die Anwendung und Qualität von MI zu sichern und zu verbessern. Auf dieser Grundlage kann ein Zertifikat „MI-Praktiker/-in“ erworben werden.

Ein Zertifizierungskurs umfasst 2 Fortbildungstage zur Grundlagenvermittlung und einen Praxistag zur Reflektion der eigenen Anwendung dieses Gesprächsansatzes. Der GVS führt diese Zertifizierungskurse seit 2009 durch.

MI findet inzwischen Anwendung im gesamten Gesundheitssystem (z.B. Prävention, Compliance, Kranken- und Angehörigengespräche ...), in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik (z.B. Suchthilfe, Jobcenter, Wohnungslosenhilfe, Bewährungshilfe, Strafvollzug) und Pädagogik (z.B. Schule, Kindergarten) sowie im Managementbereich (z.B. Mitarbeitergespräche).

### Weiterführende Literatur zur Methode:

Miller, W. R., Rollnick, S.: *Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing*. 2015, Lambertus.

Demmel, R., Kemény, G., Miller, W. R., Rollnick, S.: *Motivierende Gesprächsführung - Set mit Buch und Arbeitshilfe*. 2016, Lambertus.



©Wessel

### Dr. Theo Wessel

Diplom-Psychologe, Gesundheitswissenschaftler,  
Psychotherapeut, Supervisor, MI-Trainer und MINT-Mitglied  
Gesamtverband für Suchthilfe e.V. –  
Fachverband der Diakonie Deutschland (GVS)

Geschäftsführer  
[wessel@sucht.org](mailto:wessel@sucht.org)  
[www.sucht.org](http://www.sucht.org)

## Wir sind dabei – Mitglied werden!

Der Gesamtverband für Suchthilfe e.V. setzt sich seit 60 Jahren für die Anliegen suchtkranker Menschen und ihrer Angehörigen ein. Unsere Mitglieder kommen aus den Bereichen ambulante und (teil-) stationäre Einrichtungen, Beratungsstellen, niedrigschwellige Versorgung, Eingliederungs- und Wohnhilfen für Suchtkranke, Suchtselbsthilfe und Bildung. Denn nur gemeinsam können wir:

... politische Ziele erreichen ... Wissen austauschen – Kompetenz erweitern

... regionale Verbände in der Suchthilfe ausbauen ... die Marke „diakonische Suchthilfe“ stärken

Ausführliche Beratung bei Dr. Theo Wessel, 030/ 83001- 500 • [wessel@sucht.org](mailto:wessel@sucht.org) • [www.sucht.org](http://www.sucht.org)





## Bildung, Training und Beratung

### – Was macht Fort- und Weiterbildung in der Bundesakademie für Kirche und Diakonie aus?

Von Dr. Klaus Ziller

#### Weshalb „Bildung, Training und Beratung“?

„Bildung, Training und Beratung“ bilden die Überschriften und Bezugspunkte für den Auftrag der Bundesakademie für Kirche und Diakonie (bakd). Sie richten sich an Mitarbeiter/innen und Leitungskräfte kirchlicher und diakonischer Einrichtungen in sozialen, pflegerischen, beratenden, gemeinwesen- und bildungsorientierten, in organisations- und personalbezogenen Arbeitsfeldern. Hierbei geht es um Fort- und Weiterbildungen zu aktuellen fachlichen Themen mit bundesweiter Bedeutung, die Mitarbeiter/innen befähigen und stärken sollen, die Herausforderungen ihrer Arbeit zu bewältigen. Viele Themen der bakd sind daher „Querschnittsthemen“. Hierzu gehören auch die Themen der Suchtberatung und Suchthilfe. Sie stehen in vielfältigen Bezügen zu den Bereichen Gesundheit, Teilhabe, Beratung und Gemeinwesen.

„Bildung, Training und Beratung“ stehen zugleich für das Selbstverständnis der bakd. Die bakd erfüllt einen von Kirche und Diakonie geprägten Bildungsauftrag. Dieser geht über fachliche Fragen hinaus. Er zielt auf eine umfassende berufliche Handlungsfähigkeit, will Selbstbestimmung, Verantwortungsbereitschaft und solidarisches Handeln stärken.

In diesem Sinne verstehen wir Bildung als Ausprägung einer angemessenen professionellen, und am diakonischen Anspruch orientierten Haltung. Im beruflichen Alltag diakonischer Einrichtungen spielen Fragen der persönlichen Haltung eine zentrale Rolle. Daher setzen wir in unseren Fort- und Weiterbildungen bei der Persönlichkeit mit ihrer Berufsbiografie, ihren individuellen Prägungen und Möglichkeiten an. Wir geben unseren Teilnehmer/innen Anstöße, ihre Haltungen und Einstellungen zu reflektieren und sich (neu) zu positionieren. Die Teilnehmer/innen können ihre Selbstbilder ins Gespräch bringen, hinterfragen, erweitern und in Beziehung setzen zu den Ansprüchen ihrer beruflichen Praxis.

In den meisten Fällen bestehen die Lerngruppen aus Teilnehmer/innen verschiedener Berufsgruppen und Praxisfelder. Daher bieten die Fort- und Weiterbildungen der bakd ihnen Möglichkeiten, sich gegenseitig über ihre professionellen Haltungen zu verständigen. Die Fort- und Weiterbildungen der bakd beziehen hierbei auch biblisch-theologische Anknüpfungspunkte ein, beispielsweise die Haltung, mit der Jesus Gesprächspartnern und Hilfebedürftigen begegnete.

Training als zweiter Bezugspunkt unterstützt die Weiterentwicklung fachlicher und individueller Fähigkeiten. Die Teilnehmer/innen können direkt in den Seminaren neues einüben und ihre erworbenen Fähigkeiten festigen. Sie lernen an konkreten Situationen ihre Wahrnehmung zu schärfen, angemessen auf Herausforderungen zu antworten, Rollen zu klären und Anspruch und Wirklichkeit sachgemäß und differenziert aufeinander zu beziehen.

Insofern ist die bakd auch ein kreativer Erprobungsraum.

Die Idee hierbei ist, den Teilnehmer/innen möglichst individuelle Lern- und Übungswege anzubieten. Zugleich liegt ein Schwerpunkt auf kooperativem Lernen und Arbeiten. Die Fort- und Weiterbildungen beziehen Handlungsunsicherheiten ein, bringen Verhaltensoptionen ins Spiel und fördern die Suche nach ungewohnten und gemeinsamen Lösungswegen. Dabei könnte es um folgende Fragen gehen: Was will/sollte ich für mich klären, um angemessen antworten zu können? Wie könnte es in der konkreten Situation auch anders gehen? Was ist mir/uns in vergleichbaren Situationen bereits gelungen?

Beratung bildet den dritten und ergänzenden Bezugspunkt. Wir verknüpfen die inhaltliche Arbeit mit Phasen kollegialer Beratung. In den längerfristigen Weiterbildungen erarbeiten die Teilnehmer/innen Praxisprojekte, die sie in der Lerngruppe vorstellen und miteinander reflektieren. Die Teilnehmer/innen erweitern hierbei auch ihre Fähigkeiten, Ergebnisse und Erkenntnisse zu präsentieren. Sie stärken ihr Selbstvertrauen und lernen von den Erfahrungen der anderen. Die Studienleiter/innen der bakd stehen auch bei Fragen der beruflichen Weiterentwicklung oder möglicher weiterer Qualifizierungen beratend zur Verfügung.

#### Die bakd als spezieller Lernort

Die bakd bietet bundesweit Bildungs- und Begegnungsorte, in denen Mitarbeiter/innen und Leitungskräfte arbeitsfeld- und trägerübergreifend gemeinsam lernen, sich austauschen und kollegial vernetzen können. Die Teilnehmer/innen profitieren hierbei von Kolleg/innen und inspirierende Personen, auf die sie normalerweise nicht treffen würden, und können über den Horizont ihrer eigenen Einrichtung schauen.

Die Fort- und Weiterbildungen der bakd bieten somit einen „dritten Ort“, der den Teilnehmer/innen Möglichkeiten eröffnet, ihre Kompetenzen und den Reichtum ihrer Erfahrungen in einem geschützten Rahmen einzubringen, zu reflektieren und zu erweitern. Hierzu gehören auch Erfahrungen von Gelingen, Scheitern und der Suche nach neuen Wegen.

Die Studienleitungen und Dozent/innen der bakd verstehen sich im Sinne der Erwachsenenbildung als Lernbegleiter/innen. Sie ermutigen die Teilnehmer/innen, eine angstfreie Fragehaltung auszuprägen. Damit eröffnen sie Räume für persönliche Klärungsprozesse und neue Betrachtungsweisen und fördern das Verständnis für andere Perspektiven und Interessen.

In der bakd verstehen wir Lernen als lebenslangen Prozess der Persönlichkeitsentfaltung. Wir unterstützen persönliche Entwicklungsprozesse. Daher sind unsere Fortbildungen – entgegen dem Trend der zeitlichen Verkürzung von Fort- und Weiterbildungen – in der Regel mehrtätig, die Weiterbildungen längerfristig angelegt, damit ausreichend Zeit für solche Entwicklungsprozesse zur Verfügung steht.

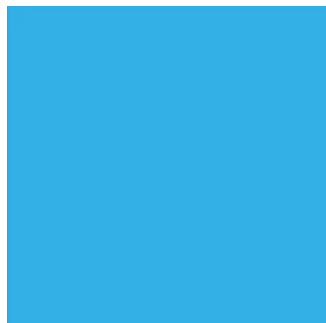
# Das Thema ■■■

## „Bildung, Training und Beratung“ – Bezugspunkte für vielfältige Vernetzungen

Bildung, Training und Beratung sind in der bakd eng aufeinander bezogen und ergänzen sich gegenseitig. Sie bilden die Klammer für die Lern- und Entwicklungsprozesse. Mit Ihren Angeboten verbindet die bakd Menschen unterschiedlicher Herkunft, Professionen und Arbeitsfelder. Die Fort- und Weiterbildungen beziehen Theorie und Praxis aufeinander und bilden Nahtstellen zwischen Kirche und Diakonie. Erfahrungsgemäß stärken die Teilnehmer/innen gerade in der Begegnung mit unterschiedlichen Herausforderungen und Perspektiven ihre Verbundenheit mit dem eigenen Praxisfeld.

In unseren Fort- und Weiterbildungen verknüpfen wir fachliche, methodische und soziale Kompetenzen miteinander. Zugleich orientieren wir uns an den beruflichen Rahmenbedingungen und individuellen Bedürfnissen unserer Teilnehmer/innen. Uns liegt daran, Vertrauen und Verständigung im kollegialen Zusammenwirken sowie im Leitungshandeln zu stärken. Unsere Teilnehmer/innen erhalten hierfür Anregungen und die Möglichkeit, ihre Perspektiven zu erweitern, auch über die Grenzen ihrer eigenen Organisation hinweg. In den Fort- und

Weiterbildungen entstehen und erweitern sich berufliche Netzwerke, die teilweise über viele Jahre bestehen bleiben. Wir sind davon überzeugt, dass eine gelingende Verknüpfung von Bildung, Training und Beratung den Schlüssel bildet, mit dem unsere Teilnehmer/innen ihre Potentiale entdecken, entfalten und einsetzen können.



**Dr. Klaus Ziller**  
Geschäftsführer  
Bundesakademie für Kirche und Diakonie gGmbH  
[klaus.ziller@ba-kd.de](mailto:klaus.ziller@ba-kd.de)  
[www.ba-kd.de](http://www.ba-kd.de)

## Was erwarten Führungskräfte von Weiterbildungen?

Von Peter Burkowski

### 1. Epochenwandel bewusst machen

Führungskräfte in allen Organisationen sind Menschen, von denen Orientierung, Transparenz, gute Kommunikation, klare Entscheidungen, umsichtige Prozessgestaltung, einfühlsame Personalführung, Halt und Haltung erwartet werden.

Wenn es heute darum geht, den diakonischen Auftrag zum Wohle von Menschen und zur Mitgestaltung unserer Gesellschaft durch Zuwendung, fachliche Hilfen, Arbeit an besseren Lebensbedingungen und größtmöglicher Teilhabe am Leben zu erfüllen, dann schauen wir häufig auf die Akteurinnen und Akteure und seltener auf die Bedingungen, die uns umgeben.

Für Führungskräfte ist es jedoch wesentlich, sich den gegenwärtigen gesellschaftlichen Epochenwandel bewusst zu machen. Er umfasst alle Bereiche unseres Lebens und ist mindestens so einschneidend wie die Bewegung der Reformation vor 500 Jahren oder die „industrielle Revolution“ im 19. Jahrhundert. Vier Stichworte beschreiben den unglaublichen Wandel, in dem wir uns befinden: Demografischer Wandel, Pluralisierung, Beschleunigung und zunehmende Komplexität.

Die digitale Revolution hat das Leben insgesamt ungemein verändert. Buchtitel wie „Das erschöpfte Selbst“ (1), „Beschleunigung und Entfremdung“ (2) oder „Die erschöpfte Gesellschaft“ (3) beschreiben einen eindeutigen Trend und zeigen eine klare und bleibende Herausforderung für uns alle.

Um diese Veränderungen zu verstehen, muss man sich vor Augen halten, wie sich das weltweite Wissen und die Möglichkeit des ständigen Zugriffs darauf vermehrt haben. Im Jahre 1800 gab es eine bestimmte Menge an weltweit vorhandener

Information, die sich im Jahre 1900 verdoppelt hatte. Weitere Verdoppelungen fanden dann jeweils bis 1950, 1970 und 1980 statt. Gegenwärtig verdoppelt sich das weltweit vorhandene Wissen alle 3-4 Jahre. Das alles hat enorme Folgen für unser Leben unsere berufliche und unseren Alltag.

Was die simple Aufzählung der Zeitrhythmen, in denen sich das Wissen verdoppelt hat, nur andeutet, wird erst dann zum Problem, wenn wir uns klarmachen, dass Führungskräfte diese Informationsvielfalt miteinander verknüpfen müssen, um verantwortliche und gut abgewogene Entscheidungen treffen zu können. Denn „sichere“ Entscheidungen, die alle Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Zukunft berücksichtigen, sind nicht mehr möglich.

In den vergangenen Jahren haben wir als Mitarbeitende der Führungsakademie viele Gespräche mit leitenden Persönlichkeiten in Kirche und Diakonie geführt und u.a. nach den größten Herausforderungen für die kommenden Jahre gefragt. Die hier beschriebenen vier Stichworte waren quasi die Hitliste der Antworten. Aber individuell, für jede und jeden persönlich, stand und steht die Frage des Umgangs mit Komplexität im je eigenen System ganz oben auf der Liste.

### 2. Neue Bilder und Vorstellungen, eine Organisation zu gestalten

Die Stichworte des Wandels haben schon einen eigenen Namen bekommen – **VUCA!** Dieser Begriff setzt sich zusammen aus:

- v**olatile (unbeständig = zunehmende Anzahl von Veränderungen)
- u**ncertain (ungewiss = Immer weniger Zukunftssicherheit)
- c**omplex (komplex = Vielfalt an Entscheidungsfaktoren)

ambiguus (unklar = Es gibt nicht „die“ richtige Antwort).

Woher erhalte ich in einer Zeit des großen Wandels und einer zunehmenden Beschleunigung die eigene Gewissheit und – ganz wichtig – die Fähigkeit zu entscheiden in dieser unübersichtlichen Zeit? Wie geschieht Beteiligung und wodurch kann ich Transparenz herstellen? Wie bleiben wir beweglich, um auf schnelle Veränderungen zu reagieren? Was führt mich durch das Leben und wo habe ich persönlich meinen Halt und meinen Grund?

Führungskräfte und Gremien, die Organisationen leiten, benötigen Orte der Unterbrechung, der Vergewisserung und der Ermutigung. Sie brauchen Orte der Besinnung, der Reflexion und der Inspiration. Dies alles stellt Führungskräfte nicht zuerst vor die Frage „Was müssen wir tun?“, sondern eher vor die Fragen „Was müssen wir sehen?“ und „Was kann ich/Was können wir beeinflussen?“. Häufig werden Weiterbildungen gesucht, in denen man diese Perspektive einnehmen und die eigenen Fragen offen stellen kann.

Eine Folge der zunehmenden Beschleunigung und Komplexität ist auch das Abschiednehmen von alten Steuerungsbildern, die wir aus der Zeit der Industrialisierung mit uns tragen: Organisationen funktionieren wie Maschinen. Unsere Sprache ist die des Fließbandes und einer technischen Vorstellung von Organisationen. Mit dieser Vorstellung, dass nur Einzelteile ausgetauscht werden brauchen (Trainer, Politiker, Programme), wenn „es nicht rund läuft“, sind wir in unserer Welt zwar ständig umgeben. Aber die Organisationen, mit denen wir es zu tun haben, sind eher ein lebendiges Ökosystem, lebende Netzwerke, in denen es vielfältige Sichten und Beteiligungsformen gibt. Alle Akteure schauen aus unterschiedlichen Perspektiven, Rollen und Situationen. Systemisches Denken und systemisches Management sind gefragt: „Deshalb ist die Lebensfähigkeit eines komplexen Systems zwingend auf strukturierende Einflussmomente und ordnende Kräfte angewiesen. Genau dies begründet die Notwendigkeit von Führung, von wem und auf welche Weise sie auch immer wahrgenommen wird.“ (4)

### 3. Formate, konkrete Erwartungen, Themen

In einer interessanten Studie des Beratungsunternehmens ComTeam (2015) „Begeistert Führung lernen“ (5) wurden Führungskräfte gefragt, welche Themen und welche Formate sie bei Weiterbildungen attraktiv finden, welche Erfolgsfaktoren sie bei Weiterbildungen für sich benennen würden und wer sie über mögliche Qualifizierungen informiert hat.

In dieser Studie wird deutlich, dass Führungskräfte heute ihre eigene Weiterbildung selbst in die Hand nehmen, die Reflexion über das eigene Handeln und die Möglichkeit des Lernens an eigenen Fällen für sie sehr wichtig sind.

Fast 70 % gaben an, dass sie selbst bestimmen, an welchen Fortbildungen sie teilnehmen. Die wichtigsten Informationsquellen für die Entscheidung sind der Rat und die Erfahrung der Kolleginnen und Kollegen (60 %) und eine Recherche im Internet (50 %). Dieses Ergebnis deckt sich mit den Erfahrungen der Führungsakademie aus dem Feld von Diakonie und Kirche. Von zentraler Bedeutung für die Motivation ist das Jahresgespräch bzw. Mitarbeitendengespräch (ca. 70 %). Eindeutig ist auch die Auskunft zu den Weiterbildungsformaten, die ausgewählt werden. Hierbei besteht vor allem Interesse an den Weiterbildungen, in denen geübt,

trainiert und reflektiert werden kann: Einzelcoaching (84 %), kollegiale Beratung/Supervision (75 %), die klassischen Seminare/1-5 Tage (für 70 % attraktiv). Gar nicht attraktiv sind interaktive digitale Medien, Kongresse mit Keynote-Speaker, Messen usw. Es werden also die Formate und Räume gesucht, in denen konkret an der eigenen Situation und Organisation sowie an der Entwicklung der eigenen Persönlichkeit gearbeitet werden kann.

Als Erfolgsfaktoren für gute Weiterbildungen wird hervorgehoben, dass sie einen hohen Praxisbezug haben müssen, der mindestens 50 % der Seminarzeit umfassen soll (66 %). Die ideale Gruppengröße wird zwischen 9 und 12 Personen gesehen, der Seminarort sollte öffentlich gut erreichbar sein und naturmah gelegen. Als verzichtbar werden Fitnessraum und Sauna angesehen.

Besonderes Interesse hat bei uns als Führungsakademie für Kirche und Diakonie die Frage geweckt: Welche Themen bevorzugen die jungen Führungskräfte und welche interessieren eher die älteren? Die ersten Plätze bei den jüngeren Führungskräften belegen die Themen: Führungsgrundlagen (Rolle, Erwartungen usw.), Gespräche unter vier Augen, eigene Konfliktfähigkeit/produktives Streiten. Die erfahrenen Führungskräfte sehen folgende Themen vorn: Veränderungsmanagement, Selbstreflexion (Achtsamkeit), gesundes Führen/work-life-Balance.

### 4. Christliche Lebensdeutung als Ressource

Aus der Erfahrung in der Arbeit der Führungsakademie können die Aussagen der ComTeam-Studie weitgehend bestätigt werden. Die Frage nach der Sinndeutung der Arbeit und des gesamten Lebens, die Frage nach Zusammenarbeit und einer Organisationskultur, die im Geist des christlichen Glaubens gestaltet ist, die Frage an die christliche Verwurzelung und eines Menschenbildes, das auf den Erkenntnissen der biblischen Tradition steht, ergänzen die Erwartungen an eine Führungsakademie für Kirche und Diakonie. Zu recht.

#### Literatur:

- (1) Alain Ehrenberg: *Das erschöpfte Selbst, Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*. 2008.
- (2) Hartmut Rosa: *Beschleunigung und Entfremdung*. 2013.
- (3) Stephan Grünewald, *Die erschöpfte Gesellschaft, Warum Deutschland neu träumen muss*. 2013.
- (4) Johannes Rüegg-Stürm: *Das neue St. Galler Management-Modell*. 2003, 20.
- (5) *Begeistert Führung lernen*: <http://de.comteammgroup.com/news/studie2015-ergebnisbericht.2661>.



**Peter Burkowski**  
Pfarrer, Geschäftsführer  
Führungsakademie für Kirche und Diakonie  
[peter.burkowski@fa-kd.de](mailto:peter.burkowski@fa-kd.de)

## Hurra, wir bauen! – Neues aus der Fachklinik Hirtenstein

Nach sorgfältiger Planungs- und Vorbereitungszeit ist es endlich soweit: „Hurra, wir bauen“!

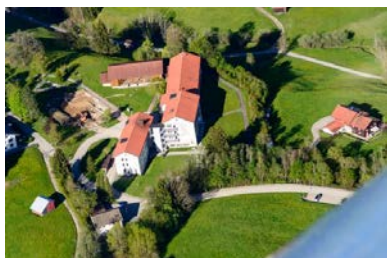
Wie schon so lange angekündigt, investiert der Deutsche Orden in die Zukunft der Fachklinik Hirtenstein mit einem neuen Arbeitstherapiegebäude mit einer Holz- und Metallwerkstatt.



Vor drei Wochen stand endlich der erste Bagger auf der Baustelle. Mittlerweile ist die Baugrube ausgehoben und ein Kran dreht sich verheißungsvoll über der Baustelle.

Maschinenlärm und laute Kommandos der Bauarbeiter untereinander sind nun unsere tägliche Hintergrundmusik, und für uns ist sie schöner als jede Symphonie.

Das neue Gebäude wird die aus arbeitsschutzrechtlichen Gründen stillgelegte Schreinerei aufnehmen. Neu hinzu kommt die Metallwerkstatt, für deren Besetzung wir derzeit in den letzten Auswahlgesprächen mit einem neuen arbeitstherapeutischen Kollegen aus einem Metallberuf sind. Dieses neue Gebäude ermöglicht uns die endgültige konzeptionelle Umsetzung der beruflichen Orientierung Abhängigkeitskranker in der Rehabilitation mit zielgruppentypischen Berufen, modernen Arbeitsplätzen und Anschlussfähigkeit an den realen Berufsalltag.



Mitteilung von:  
**Dr. med. U. Fennen, MBA**  
Fachklinik Hirtenstein  
Tel. 08326 - 311-0

[fachklinik.hirtenstein@deutscher-orden.de](mailto:fachklinik.hirtenstein@deutscher-orden.de)

## News aus der Suchtfachklinik des Magdalenenstifts Chemnitz

- Als einzige mitteldeutsche Suchtfachklinik behandeln wir neben den Indikationen Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit auch Internetsexsucht.
- Seit 2016 gibt es für unsere Patienten, die auf dem Gebiet Schwierigkeiten haben, ein LRS Training – 10,6 % aller in 2016 aufgenommenen Patienten haben 2016 daran teilgenommen. Das dazu bei der DRV Mitteldeutschland eingereichte Konzept ist im Mai 2017 sehr wohlwollend befürwortet worden.
- Am 30.03.2017 fand das erste Überwachungsaudit für das Qualitätsmanagementsystem unserer Klinik durch die Firma CertIQ statt. In diesem Audit bekamen wir für unsere Arbeit in der Klinik viel Lob, besonders bezüglich der oft sehr individuellen Behandlungsmöglichkeiten für unsere Patienten auch im Sinne des Diakonischen Auftrages. Die Bewertung gesamt für dieses Audit bestanden wir mit „sehr gut“.

## Diakonie Stadtmission Chemnitz

- Als große Investitionsmaßnahme haben wir einen Sportplatz auf dem Klinikgelände für Patienten gebaut, der vorrangig zum Volleyballspielen aber auch für Boccia und Badminton genutzt werden soll. Am 08.06.2017 fand eine feierliche Einweihung des Platzes statt zu der wir die Patienten zu einem Volleyballturnier – Patienten gegen Therapeuten – einluden. Ganz knapp gewannen die Patienten ... Danach beschlossen wir diese Feier mit einem gemeinsamen Mittagessen vom Grill bei strahlendem Sonnenschein im Garten der Klinik.
- Zum Ehemaligentreffen am 02.09.2017 zum Thema „VERNETZT“ spricht das Magdalenenstift Chemnitz eine **Herzliche Einladung** aus.

Mitteilung von:

**Dr.med F. Weiß**

Magdalenenstift Chemnitz

Tel. 0371 - 4520040

[info@suchtfachklinik-magdalenenstift.de](mailto:info@suchtfachklinik-magdalenenstift.de)

## Dein Leben. Dein Traum. Deine Entscheidung.

### Blaues Kreuz in Deutschland bringt Kampagnenspot ins Kino

Am 22. Juli 2017 startete ein Spot der im Mai 2017 neu aufgelegten Kampagne „Dein Leben. Dein Traum. Deine Entscheidung.“ des Blauen Kreuzes im Kino.

Vom 22. Juni bis 19. Juli 2017 wird der Social-Spot (FSK 12), der in Zusammenarbeit mit Altruistfilms (Köln) entstand, ganztagig in allen 23 deutschen UCI KINOWELTEN ([www.uci-kino-welt.de](http://www.uci-kino-welt.de)) zu sehen sein. Die Ausstrahlung des Social-Spots kommt mit freundlicher Unterstützung der UCI KINOWELT zustande, die dem Blauen Kreuz am 25. Juli 2017 einen symbolischen Scheck im Wert von mehr als 80.000 Euro in der UCI KINOWELT Ruhr Park in Bochum überreichen wird.



[www.deine-entscheidung.com](http://www.deine-entscheidung.com)

 **Blaues Kreuz**  
Wege aus der Sucht

Mit der Kampagne „Dein Leben. Dein Traum. Deine Entscheidung.“, die Ende 2016 mit finanzieller Unterstützung der DAK-Gesundheit entstand, möchte das Blaue Kreuz nicht nur die Öffentlichkeit für das Thema Sucht sensibilisieren, sondern

von Sucht betroffenen sowie suchtgefährdeten Menschen Mut machen, ihre Träume nicht zu vergessen und den Kampf gegen die Sucht aufzunehmen.

Reinhard Jahn, Bundesgeschäftsführer des Blauen Kreuzes:

*„Die Ausstrahlung unseres Spots auf Großleinwand im Kino ist eine großartige Chance, auf das häufig verschwiegene Problem übermäßigen Suchtmittelkonsums aufmerksam zu machen. Ebenso auf die zerstörerische Kraft, in der es sich auswirkt. Das muss nicht so bleiben. Die Botschaft ist: Leite eine Wende ein! Verliere deine Lebensidee nicht aus den Augen. Wir danken der UCI KINOWELT sehr für die großzügige Unterstützung und Möglichkeit!“*

Weitere Infos zu „Dein Leben. Dein Traum. Deine Entscheidung.“ gibt es auf der Kampagnen-Website: [www.deine-entscheidung.com](http://www.deine-entscheidung.com).

## Neue interaktive VOLLFREI-Website



### blu:prevent erfolgreich im Web

Um explizit Jugendliche ansprechen zu können, wurde die herkömmliche blu:prevent-Seite neu angepasst. Bisher wurde versucht, mit nur einer Website zwei Zielgruppen anzusprechen (Jugendliche und Multiplikatoren). Um die unterschiedlichen Zielgruppen noch konsequenter erreichen zu können, wurden zwei neue Seiten entwickelt.

Unter [www.bluprevent.de](http://www.bluprevent.de) finden sich weiterhin die Angebote für Multiplikatoren bzw. die breite Öffentlichkeit und Interessierte.



Unter [www.vollfrei.de](http://www.vollfrei.de) können sich seit Mitte Mai Jugendliche auf unterhaltsame und interaktive Weise mit dem Thema „Sucht“ beschäftigen. Sie werden auf eine kleine Reise mitgenommen, wo sie sich über eine Video-Scroll-Story durch die Homepage arbeiten können. Sehr interessant und lohnenswert anzuschauen.



## Kurzclip für #vollfrei und App-Erklär-Clip für Jugendliche

Mit dem Start der #vollfrei-Website gibt es den ersten coolen Teaser (kurzer Clip) von #vollfrei, der auch auf unserem YouTube-Channel zu finden ist. Der Teaser kann hervorragend für Präsentationszwecke eingesetzt werden.

Zum #vollfrei-Clip:

<https://www.outube.com/watch?v=WN-oGnolbE0>

Seit einigen Tagen gibt es ganz neu auch einen kurzen und unterhaltsamen Erklärfilm für Jugendliche, der auch auf dem blu:prevent-YouTube-Channel zu finden ist.

Zum App-Clip:

<https://www.youtube.com/watch?v=oPI8wQkoKCM&t=66s>

Mitteilung von:

**Evelyn Fast**

Blau Kreuz in Deutschland e.V.

Tel. 0202 - 6200342

[redaktion@blaues-kreuz.de](mailto:redaktion@blaues-kreuz.de)

## „Du siehst mich ...“

### Die Sucht-Selbsthilfeverbände der Diakonie auf dem 36. Deutschen Evangelischen Kirchentag in Berlin und Wittenberg



„Du siehst mich“ (1. Mose, 16,13) war das Motto des 36. Deutschen Evangelischen Kirchentags (DEKT), der vom 24. – 28. Mai 2017 in Berlin und in der Lutherstadt Wittenberg stattfand. Schätzungsweise 200.000 Menschen nahmen an den zahlreichen und vielfältigen Programmpunkten teil.

Vor großer Kulisse fanden am 24. Mai drei Eröffnungsgottesdienste am Brandenburger Tor, am Gendarmenmarkt und vor dem Reichstag statt. Anschließend war der Abend der Begegnung mit Mitmach-Aktionen, Verkaufsständen und Ausstellungen, der Berlin-Mitte in ein großes friedliches Volksfest verwandelte. Der Kirchentag endete mit dem Festgottesdienst in Wittenberg. Mit dem Kirchentag wurden gleichzeitig auch 500 Jahre Reformation gefeiert.

Der Bundesverband der Freundeskreise präsentierte sich – wie bei den vorigen Kirchentagen ebenso – und bildete wieder die bereits bewährte und erfolgreiche Kooperation mit dem Blauen Kreuz in Deutschland, dem Blauen Kreuz in der Evangelischen Kirche und dem Gesamtverband für Suchthilfe.



Zusammen hatten wir somit eine Standlänge von 16 m, die wir gemeinsam mit Transparenten und Plakaten gestalteten. Neu war diesmal die Platzierung im „Forum der Diakonie“ in der Messe im Markt. Damit gehörten wir zum Team der Diakonie und wurden so auch wahrgenommen. Zahlreiche sehr positive Rückmeldungen erreichten uns dazu, und das Interesse an

unserer Arbeit war groß. Wir führten viele Gespräche mit Menschen, die sich über das Angebot der Suchthilfe informierten, aber oft auch Interesse hatten an konkreten Erfahrungen von Menschen, die Sucht erlebt haben.



Und es gab noch eine erfreuliche Besonderheit. Der Bundesverband konnte dieses Mal deutlich verjüngt an den Start gehen. Mit viel Motivation und Freude waren Maren (23 Jahre) und Inga Stege (20 Jahre) aus Großheidorn, ein Stadtteil von Wunstorf

in der Region Hannover, dabei. Sie waren gemeinsam mit ihrer Mutter, der stellvertretenden Vorsitzenden Elisabeth Stege, angereist. Den beiden jungen Frauen gelang es in Windeseile, die Menschen in ihren Bann zu ziehen.

Gleich zu Beginn hatten sie die Idee, eine Pyramide aus den Kirchentagshockern aufzubauen und Bilder zum Thema „Sucht“ darauf zu malen. Diese Bilder wurden in den folgenden Tagen von vielen – eben gerade auch jüngeren Menschen – betrachtet, und sie waren „Türöffner“ für viele Gespräche.

Gerne wurden die vom letzten Kirchentag bereits bekannten Kugelschreiber und Stoffbeutel – diesmal in Petrol – angenommen und mit den weiteren Materialien der Verbände befüllt.

Zum Team des Bundesverbands gehörte – mittlerweile schon traditionell – auch Dieter Rohrbach aus Kassel, der Auf- und Abbau wieder tatkräftig unterstützte und den „Hintergrunddienst“ sicherstellte.

Allen im Team – auch den Mitarbeitenden aus den befreundeten Verbänden – an dieser Stelle noch einmal ein besonders herzliches Dankeschön für die angenehme und schöne Zusammenarbeit.



Der gemeinsame Auftritt der Sucht-Selbsthilfeverbände in der Diakonie wurde finanziert vom Bundesverband der AOK, der Gesundheitskasse. Auch dafür unseren besten Dank!

Der nächste DEKT findet 2019 in Dortmund vom 19. bis 23. Juni statt.

Mitteilung von:  
**Ute Krasnitzky-Rohrbach**  
Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe  
Bundesverband e.V.  
Tel. 0561 - 780413  
[u.krasnitzky@freundeskreise-sucht.de](mailto:u.krasnitzky@freundeskreise-sucht.de)

## Sucht-Selbsthilfe in der Diakonie



MEHR unter [www.selbsthilfe.sucht.org](http://www.selbsthilfe.sucht.org)

## Stellenmarkt

Die eva ist ein diakonisches Unternehmen mit einem breiten Spektrum an sozialen Dienstleistungen und rund 1.200 Mitarbeitern. Das Angebot beinhaltet die Bereiche Ältere Menschen, Arme und Wohnungslose, Firmen, Junge Menschen, Kranke und Behinderte, Migranten / Flüchtlinge, Psychisch Kranke, Schulen, Schwangere, Seelsorge und Suchtgefährdete in der Region Stuttgart.

**Stellenausschreibung** **Stuttgart, 05.05.2017/1080**  
Beratungs- und Behandlungszentrum für Suchterkrankungen

Wir suchen ab 01.10.2017 eine Bereichsleitung (m/w) mit einem Beschäftigungsumfang von 100%.

Das Beratungs- und Behandlungszentrum für Suchterkrankungen (BBS) der Evangelischen Gesellschaft berät in Stuttgart Menschen mit suchtbegleitenden Störungsbildern (Alkohol, Medikamente, Glücksspiel und Mediengebrauch) und deren Angehörige. Zudem gibt es einen großen Präventionsbereich mit dem Schwerpunkt Suchtprävention in Unternehmen.

### Ihre Aufgaben:

- Sie haben die fachliche Steuerung des Beratungs- und Behandlungszentrums für Suchterkrankungen
- Sie sind in unterschiedliche Leitungs- und Steuerungsgremien eingebunden
- Sie vertreten die Stelle nach innen und außen
- Sie haben in Absprache mit der Abteilungsleitung und dem Vorstand die finanzielle Steuerung
- Sie haben die Personalverantwortung für aktuell 24 Mitarbeitende und arbeiten vertrauensvoll mit Honorarkräften und Ehrenamtlichen Mitarbeitenden zusammen
- Sie arbeiten unterstützend im Beratungsbereich mit

### Wir erwarten von Ihnen:

- eine beruflichen Qualifikation als Sozialarbeiter / Sozialpädagoge (m/w) oder Psychologe (m/w) möglichst mit einer von der Deutschen Rentenversicherung anerkannten Zusatzausbildung Sucht-/ Sozialtherapie
- mehrjährige Berufserfahrung im Themengebiet Sucht oder angrenzenden Themengebieten
- Leitungserfahrungen und Fähigkeiten in der Personalführung
- betriebswirtschaftliche Kenntnisse
- Erfahrungen im Bereich Qualitätsmanagement
- ausgeprägte kommunikative, schriftliche und organisatorische Fähigkeiten
- hohes Engagement und Leistungsbereitschaft

### Wir bieten Ihnen:

- eine interessante Arbeitsstelle mit Gestaltungsspielräumen
- hohe Fachlichkeit und kompetente Mitarbeitende
- eine strukturierte Einarbeitung
- regelmäßige Fortbildungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten, Supervision

Die Vergütung erfolgt nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des Diakonischen Werkes Württembergs in Anlehnung an den TVöD.

Bei gleicher Eignung werden Schwerbehinderte bevorzugt eingestellt.

Ihre Bewerbungsunterlagen nehmen wir gerne über unser Onlineformular unter [www.eva-stuttgart.de](http://www.eva-stuttgart.de) entgegen.

Tel.: Bei Fragen wenden Sie sich bitte an den Abteilungsleiter der Dienste für seelische Gesundheit Herrn Friedrich Walburg unter 0711 997 6089 0.

Inhaltliche Fragen beantwortet Ihnen der aktuelle Bereichsleiter Herr Sascha Lutz unter 0711 2054 350.

eva Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.  
Büchsenstr. 34/36  
70174 Stuttgart

Wir wünschen uns Mitarbeitende die sich mit dem diakonischen Auftrag identifizieren und die Bereitschaft haben, diesen mit zu gestalten.

## Veranstaltungen

### Alumni-Seminar für Absolventinnen und Absolventen der psychoanalytisch-orientierten Weiterbildung Suchttherapie

Datum: 06. und 07.10.2017

Ort: Berlin

### Fortbildung

#### „Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing) in der Arbeit mit Personen mit problematischem Suchtmittelkonsum“

Datum: 16. und 17.10.2017 sowie 11.12.2017

Ort: Berlin

### Fortbildung

#### „Abhängige Eltern wollen gute Eltern sein“ – Ansätze zur Beratung suchtkranker Eltern

Datum: 17.11.2017

Ort: Berlin

### GVS-Jubiläumsveranstaltung

#### „Die „60“ steht. – Wir gehen weiter! – Suchthilfe in Bewegung...“

Datum: 28.11.2017

Ort: Berlin

### Weiterbildung

#### „Qualifizierte MPU -Vorbereitung in der Suchthilfe“

Datum: 11. – 15.12.2017 (+ Praxistag im Juni 2018)

Ort: Kloster Oesede bei Osnabrück

Hinweis: Dieser Kurs ist bereits ausgebucht! Die nächste Veranstaltung ist für April 2018 geplant.

Info: [gvs@sucht.org](mailto:gvs@sucht.org)

## GVS Weiterbildungen zur Suchttherapeutin/zum Suchttherapeuten

### Verhaltenstherapeutisch:

Gruppe 74/VT: ab 14.11.2017, München

Gruppe 75/VT: ab September 2017, Berlin

### Psychoanalytisch:

Gruppe 3/West: ab 11.09.2017, Bad Essen

Gruppe 29/BLN: ab Oktober 2017, Berlin

### Informationen und Anmeldung:

GVS Fort- und Weiterbildung

Kerstin Thorith und Corinna Mäder-Linke

Tel. 030 – 83001-503 / Fax 030 – 83001-505

[thorith@sucht.org](mailto:thorith@sucht.org)

[corinna.maeder-linke@sucht.org](mailto:corinna.maeder-linke@sucht.org)

[www.suchttherapeut.sucht.org](http://www.suchttherapeut.sucht.org)

**Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung!**



Fachstelle für  
Sucht, Suchtprävention &  
Psychosoziale Beratung

Die VBS Fachstelle Sucht & Suchtprävention in Cuxhaven sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

### Dipl.-Sozialpädagogen/B.A. Soziale Arbeit (m/w) mit staatlicher Anerkennung

oder

### Dipl.-Psychologen (m/w),

der bei einer Abhängigkeitsproblematik berät und in eine Behandlung vermittelt. Die VBS Fachstelle ist für den gesamten Landkreis Cuxhaven zuständig. In Bremerhaven unterhalten wir eine Außenstelle.

Neben der Beratung und Vermittlung in stationäre und ambulante Therapie bieten wir ambulante medizinische Rehabilitation und Nachsorge an. Wir beraten weiterhin in Bezug auf die Medizinisch Psychologische Untersuchung (MPU) und bieten entsprechende Schulungen an. Der Einsatzort soll zunächst in der Stadt Cuxhaven sein, kann sich jedoch perspektivisch und auf Wunsch verändern.

Wir sind ein multiprofessionelles Team und suchen Ersatz für eine aus dem Dienst scheidende Kollegin. Von Vorteil wäre Erfahrung in der Arbeit mit Abhängigkeitskranken und eine Suchttherapeutische Ausbildung (VDR) oder die Bereitschaft eine Ausbildung in diesem Bereich zu machen. Gute Kenntnisse im Sozial- und Verkehrsrecht sowie im Bereich der stoffungebundenen Problematiken begrüßen wir sehr.

Wir bieten:

- einen unbefristeten Vollzeitarbeitsplatz (39 Wochenstunden)
- Vergütung nach TVöD
- keine Schicht- oder Wochenendarbeit
- externe Supervision

Bei Interesse richten Sie Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen - vorzugsweise per E-Mail - an

VBS Fachstelle Sucht  
Frau Monika Liedtke  
Grodenener Chaussee 21  
27472 Cuxhaven  
Telefonnummer: +49 (47 21) 3 70 67  
Faxnummer: +49 (47 21) 3 21 19  
E-Mail: [info@vbs-cuxhaven.de](mailto:info@vbs-cuxhaven.de)  
[www.vbs-cuxhaven.de](http://www.vbs-cuxhaven.de)



Stellenausschreibung  
Nr. 29/2017

Die Diakonie Riesa-Großenhain gGmbH sucht für die Suchtberatungs- und Behandlungsstelle in Riesa eine /einen

### Dipl.-Sozialarbeiter/in / Diplom-Sozialpädagoge/in als mobile Drogenfachkraft

Die Beschäftigung soll zum nächstmöglichen Termin beginnen, hat einen Beschäftigungsumfang von 100 % einer Vollzeitstelle (40 Stunden wöchentlich) und ist befristet bis 31.12.2019; auch als Teilzeit möglich; eine langfristige Weiterbeschäftigung ist erwünscht.

#### Aufgabengebiet:

- Vorbereitung und Durchführung von Präventionsveranstaltungen und Multiplikatorenarbeit
- vorwiegend aufsuchende und nachgehende Sozialarbeit im Einzelfall und Krisenintervention
- Einzelfallhilfe für Suchtgefährdete und Suchtkranke (Schwerpunkt illegale Drogen) sowie deren Bezugspersonen
- Vorbereitung und Vermittlung in weiterführende Hilfen
- Netzwerkarbeit

#### Wir erwarten:

- abgeschlossenes Studium der Sozialpädagogik/Sozialarbeit (Diplom, Bachelor, Master) und staatliche Anerkennung
- abgeschlossene suchtspezifische Zusatzausbildung
- Kenntnisse in Beratung und psychosozialer Begleitung von Erwachsenen, Jugendlichen und Familien mit Drogenproblematik vorteilhaft
- Teamfähigkeit, hohe Flexibilität und Einsatzbereitschaft
- Führerschein Klasse B und Bereitschaft zur zeitweisen Nutzung des eigenen PKW für dienstliche Zwecke
- Bereitschaft, den Diakonischen Auftrag der Einrichtung mit zu gestalten (Mitgliedschaft in einer Kirche der AG Christlicher Kirchen erwünscht)

#### Wir bieten Ihnen:

- vielseitiges, interessantes Arbeitsfeld in der Suchtberatung
- Möglichkeit der selbständigen, kreativen Gestaltung des eigenen Arbeitsfeldes
- Zusammenarbeit in einem erfahrenen, engagierten Team
- Fall- und Teambesprechungen und externe Supervision

#### Vergütung und Sozialleistungen:

- nach den Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland, Fassung Sachsen.

Ihre vollständigen und aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen richten Sie schriftlich oder per E-Mail an:

Diakonie Riesa-Großenhain gGmbH  
Büro Geschäftsführung  
Naundorfer Straße 9,  
01558 Großenhain

Anfragen richten Sie bitte per E-Mail-Adresse: [andreas.goerlitz@diakonie-rg.de](mailto:andreas.goerlitz@diakonie-rg.de)

Veröffentlichung: 19.06. bis 30.07.2017