

**Empfehlungen zu postgraduierten
Curricula in der Suchthilfe**

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

April 2005

Inhalt:

1	Präambel	3
2	Strukturelle Entwicklung	5
3	Anforderungen an Masterstudiengänge in der Suchthilfe	7
3.1	Zur grundständigen Ausbildung der sozialen Arbeit	7
3.2	Entwicklung von Master-Studiengängen	8
4	Arbeitsfelder	9
4.1	Prävention	9
4.2	Soziale Beratung	10
4.3	Selbsthilfe	12
4.4	Überlebenshilfen	12
4.5	Behandlung - Medizinische Rehabilitation	13
5	Aufbau von Masterstudiengängen in der Suchthilfe	15
5.1	Studienschwerpunkte im Grundstudium (Basissemester) Suchthilfe	16
5.2	Studienschwerpunkte im Hauptstudium Suchthilfe	18
5.2.1	Studienschwerpunkt Prävention	18
5.2.2	Studienschwerpunkt Soziale Beratung	19
5.2.3	Studienschwerpunkt Förderung der Selbsthilfe	19
5.2.4	Studienschwerpunkt Überlebenshilfen	20
5.2.5	Studienschwerpunkt Behandlung-Medizinische Rehabilitation	20
6	Zusammenfassung	22
7	Literatur	24

1 Präambel

Die in der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) zusammengeschlossenen 23 Verbände der Suchthilfe haben sich in gemeinsamen Beratungen auf die nachstehenden fachlichen Empfehlungen verständigt. Die Verbände haben mit ihren Weiterbildungsangeboten, die sie bereits seit vielen Jahren offerieren, Standards gesetzt und zur Qualifizierung an den Berufsgruppen der Sozialen Arbeit im Arbeitsgebiet der Suchthilfe einen wesentlichen Beitrag geleistet.

Mit der Etablierung von Masterstudiengängen für die Soziale Arbeit an deutschen Fachhochschulen begann 2001 ein Veränderungsprozess. Bachelor- und Masterstudiengänge sollen eine europäische Vereinheitlichung von Bildungsabschlüssen ermöglichen. Masterstudiengänge, die für die Suchthilfe qualifizieren, müssen daher neben der Orientierung an den Anforderungen des Arbeitsfeldes auch den Bologna-Standards¹ entsprechen.

Die vorliegenden Empfehlungen formulieren inhaltliche und strukturelle Grundanforderungen für Curricula im Bereich der Suchthilfe. Vorrangige Zielgruppen für suchtspezifische Weiterbildungen sind Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-innen, die in ihrem Berufsalltag mit Suchtkranken² und -gefährdeten sowie deren Angehörigen befasst sind. Die Ausbildung zum/zur Sozialarbeiter/-in an Fachhochschulen vermittelt eine breit angelegte Grundqualifikation, die zum Handeln in allen sozialen Arbeitsfeldern befähigt. Mit dem absolvierten Studium können grundlegende Fähigkeiten und Einsichten, die für das berufliche Handeln in allen Bereichen der Sozialen Arbeit notwendig sind, vorausgesetzt werden.

Grundlage einer darauf aufbauenden, hochwertigen Zusatzqualifikation im Arbeitsfeld Sucht ist die enge Verzahnung des in der Weiterbildung erworbenen Wissens und Könnens mit den praktischen Anforderungen und Erfahrungen des Arbeitsalltags.

Aufgrund der Anforderungen von Leistungsträgern im Suchthilfesystem und zur Verbesserung ihrer Chancen auf dem Arbeitsmarkt streben Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-innen zunehmend eine solche Weiterbildung und Qualifizierung an. Diese Qualifizierungsangebote basieren auf Curricula, die von verbandlichen Weiterbildungsträgern, Instituten, wissenschaftlichen Fachhochschulen oder Hochschulen entwickelt wurden.

Zur Entwicklung von Weiterbildungsangeboten war und ist es für die Verbände wichtig, sich an den Anforderungen der zu bildenden Berufsgruppe zu orientieren. Mit diesen Empfehlungen sollen Studienschwerpunkte für die Berufsgruppen der Sozialen Arbeit vor dem Hintergrund zukünftiger Arbeits- bzw. Tätigkeitsfelder aufgezeigt werden. Wir empfehlen, diese zur curricularen Entwicklung zu verwenden. Damit soll sichergestellt werden, dass sich Bildung im postgradualen Bereich mehrheitlich an Qualitätsstandards der Suchthilfe orientiert und aktuelle Entwicklungen berücksichtigt. Diese Empfehlungen gelten im Wesentlichen für die verschiedenen Angebote postgradualer Weiterbildungen, insbesondere verbandlicher Weiterbildungen und wissenschaftlicher Fachhochschul- oder Hochschulstudiengänge.

Ein Studiengang oder eine postgraduale Weiterbildung zeichnen sich dadurch aus, dass sie aufbauend auf einem grundständigen Ausbildungsabschluss als Sozialarbeiter/-in oder Sozialpädagoge/-in (unabhängig von der Frage, ob dieser Abschluss an einer Fachhochschule oder Hochschule erworben worden ist), weiterführende und spezialisierte Wissensbestände lehren. Die berufsbegleitende Organisation solcher Weiterbildungs-/Studiengänge ist in diesem Lernprozess ein didaktisches Prinzip. Die Kernkompetenzen der Berufsgruppen sind bereits mit dem Grundstudium abgedeckt und können vorausgesetzt werden. Der spezialisierte Lernprozess findet immer in dem praktischen Arbeitsfeld statt, dem die Studierenden entstammen und wird auch durch ihre erworbenen beruflichen Alltagserfahrungen strukturiert.

Das vorliegende Positionspapier orientiert sich an Aufgaben, die sich aus den Arbeitsfeldern der Prävention, der sozialen Beratung, der niedrigschwelligen Arbeit bzw. dem Bereich der Überlebenshilfen und der Behandlung/medizinischen Rehabilitation der Suchthilfe ergeben.

¹ „Bologna Erklärung“ zu Einführung von „Bachelor“ und „MA“-Studiengängen in Europa bis zum Jahr 2006

² Unter dem Begriff Suchtkranke werden Menschen mit substanz- und/oder verhaltensbezogenen Störungen subsumiert.

In diesem Zusammenhang werden die erforderlichen spezialisierten Studienschwerpunkte des jeweiligen Arbeitsfeldes zur Konzipierung von Curricula (z.B. Masterstudiengänge) entwickelt, die gleichermaßen den Anforderungen des Berufsfeldes entsprechen und die Rahmenbedingungen von Praxis und Lehre berücksichtigen sollen.

Die Studienschwerpunkte beschreiben so genannte Handlungsfelder. Unter Handlungsfelder verstehen wir, in Anlehnung an Bader (2000), zusammengehörige Aufgabenkomplexe mit beruflichen sowie lebens- und gesellschaftsbedeutsamen Handlungssituationen, zu deren Bewältigung befähigt werden soll. Die Handlungsfelder sind immer mehrdimensional, indem sie stets berufliche, gesellschaftliche und individuelle Problemstellungen miteinander verknüpfen.

2 Strukturelle Entwicklung

So genannte tätigkeitsfeldspezifische Weiterbildungen für Fachkräfte der Suchthilfe bestehen etwa seit Mitte der 70er Jahre. In den stationären Einrichtungen hat sich aufgrund des BSG-Urteils vom 18.6.68³ ein neuer Ansatz des Krankheitsverständnisses von Sucht und Abhängigkeit durchgesetzt. In der Fachwelt wurde diskutiert, wie Sucht und Abhängigkeit vor dem Hintergrund psychotherapeutischer Konzepte verstanden und in praxisorientierte Behandlungsformen umgesetzt werden können. Klassische Theorien aus der Psychotherapie, z. B. die Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, gewannen an Bedeutung, mussten jedoch auf die Besonderheiten der Behandlung Abhängigkeitskranker modifiziert werden.

Dies hatte zur Folge, dass im Rahmen der Leistungserbringung neue Anforderungen zur Qualifizierung der Mitarbeiter/-innen in den Einrichtungen von Kosten- und Leistungsträger definiert wurden. Für die daran beteiligten Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-innen stand der Erwerb einer therapeutischen Befähigung als „konstitutiver Teil professioneller Handlungskompetenz“ im Vordergrund.

Allerdings war von Anfang an zu beachten, dass die medizinische Rehabilitation nach der damals geltenden Reichsversicherungsordnung (RVO) – heute des SGB VI - mehr als eine psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne war und für Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-innen immer auch soziale Aspekte bei der Analyse zur Entstehung und Folgen der Suchterkrankung bedeutsam waren. Die eindeutige Forderung nach Professionalisierung und Spezialisierung für das Arbeitsgebiet Suchthilfe führte schließlich dazu, dass die Verbände der freien Wohlfahrtspflege, Fachverbände, kommunale Träger und andere Organisationen eigene Weiterbildungsprogramme entwickelten und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anboten. Über den Ausbau jener Angebote wurden unterschiedliche Psychotherapiekonzepte in die Curricula integriert.

Sozialrechtliche Veränderungen in den letzten Jahrzehnten beeinflussten auch das Arbeitsgebiet der Suchthilfe. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Suchthilfe regional sehr unterschiedlichen Zuwendungsbedingungen und Leistungsanforderungen unterliegt. Dabei haben das „Psychotherapeutengesetz“ (mit der Erteilung des Berufsrechts und Krankenkassenzulassung für Ärzte/-innen und psychologische Psychotherapeuten konnten Sozialarbeiter/-innen in den Institutionen nur auf Anordnung handeln), das „Gesetz für mehr Wachstum und Beschäftigung“ (durch Budgetierung und Verkürzung der Behandlungszeiten) und das „SGB IX“ (durch die Verpflichtung zur Zusammenarbeit der Leistungsträger und Stärkung der Betroffenenrechte) vorhandene Strukturen verändert.

Seit dem 20.11.1978 bildet die Empfehlungsvereinbarung zur Zusammenarbeit der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker die sozialrechtliche Grundlage der Behandlung. Sie bestimmt die Voraussetzungen zur Leistungserbringung in ambulanten und stationären Einrichtungen. (Anspruch und Leistungsumfang werden im SGB V und SGB VI sowie im Bundessozialhilfegesetz definiert.) Am 01.07.2001 wurde die Empfehlungsvereinbarung zur „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ modifiziert. Sie definiert, zusammen mit dem Qualitätssicherungsprogramm der Leistungsträger, die Rahmenbedingungen zur Behandlung und regelt die Weiterbildungs- und Qualifikationsanforderungen der beteiligten Berufsgruppen. Insbesondere die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entgiftung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung).

Die Leistungserbringung zur medizinischen Rehabilitation Suchtkranker bezieht sich auf Tätigkeiten zur Feststellung, Heilung oder Linderung der substanz- bzw. verhaltensbezogenen Störungen. Darüber hinaus werden auf wesentliche Angebote und Leistungen zur Grundversorgung suchtkranker Menschen und ihrer Angehörigen fokussiert. Diese Grundversorgung bezieht sich auf alle Maßnahmen im Rahmen der allgemeinen Beratung, Aufklärung und Ver-

³ Das Bundessozialgericht (BSG) hat in Weiterentwicklung der Rechtssprechung des Reichsversicherungsamtes mit Urteil vom 18. Juni 1968 entschieden, dass (Trunk-)Sucht als solche, unabhängig von ihrem Stadium, schon durch die Abhängigkeit, durch das Nicht-mehr-Aufhören-können, durch den Verlust der Selbstkontrolle, eine Krankheit ist (DHS 1999).

mittlung in andere Einrichtungen, Unterstützung bei finanziellen Notlagen, bei sozialen und familiären Krisen. Ziel ist es, suchtkranke Menschen dauerhaft in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu (re-)integrieren. Die Leistungen der Suchthilfe sollen koordiniert und lückenlos erbracht werden.

Auf dieser Grundlage müssen Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-innen zur Behandlung suchtkranker Menschen über eine geeignete bzw. beim Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) anerkannte, auf die Indikation `Sucht` bezogene Weiterbildung verfügen. Inzwischen bieten dazu eine Reihe von Weiterbildungsinstituten (z.B. Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR), Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk (GVS) und Landschaftsverband Westfalen-Lippe) psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch und gestalttherapeutisch orientierte Weiterbildungscurricula an. In der Regel schließen diese mit einem Zertifikat „Weiterbildung zum/zur Sozialtherapeuten/-in“ oder zum/zur „Sozialtherapeuten/-in“ ab.

Mit der Etablierung der Masterstudiengänge für Soziale Arbeit an deutschen Fachhochschulen begann seit 2001 ein Veränderungsprozess. Mit der Übernahme des angloamerikanischen Systems, d.h. der so genannten Bachelor- und Master-Abschlüsse, soll eine europäische Vereinheitlichung postgradualer Bildungsabschlüsse analog den Bolognastandards ermöglicht werden. Der Trend geht dahin, alle Diplomabschlüsse gemäß der Bologna-Erklärung durch Bachelor- und Masterabschlüsse zu ersetzen. Dabei sollen fachlich inhaltliche Qualitätsstandards, die Überprüfung der Berufsrelevanz und die Qualität der Ausbildungen gewährleistet werden. Die Qualität der neuen Studiengänge wird zumeist durch eine externe „Akkreditierungs-Agentur“ geprüft – als Voraussetzung für eine Zulassung.

Die Fachhochschul-Master (FH) stellen, mit akademischen Titeln versehen, eine Alternative zu den bisher außerhalb der Hochschulen am Weiterbildungsmarkt bestehenden Angeboten z.B. der Suchthilfe dar (Müller 2003). Beispielsweise hat sich die Katholische Fachhochschule in Nordrhein-Westfalen dieser Entwicklung angepasst und bietet gleichzeitig zur VDR anerkannten Zusatzqualifikation zum/zur Suchttherapeut/-in auch den postgradualen Studiengang mit Master-Abschluss für Suchtprävention und Suchttherapie an.

Es ist nur eine Frage der Zeit, wann weitere Institute in der deutschen Suchthilfe ihre bestehenden Abschlüsse diesen Standards anpassen werden. Alle Studiengänge in der Suchthilfe, welche die Belange der Suchthilfe relevant berücksichtigen (z.B. Medizin, Sozialpädagogik und Psychologie), sollten eine Abstimmung und Koordination mit den Fachverbänden und der DHS umsetzen.

3 Anforderungen an Masterstudiengänge in der Suchthilfe

Praxisorientierte Studiengänge, die für die Soziale Arbeit in der Suchthilfe die erforderliche Zusatzqualifikation vermitteln, sollen einerseits auf dem Wissen und Können aufbauen, das bereits im Fachhochschulstudium erworben wurde. Andererseits sind die spezifischen Anforderungen in der Praxis der Suchthilfe zu berücksichtigen. Es kann und soll jedoch nicht Aufgabe eines postgraduierten Studiengangs sein, grundständiges, berufsbildendes Wissen zu vermitteln. Die Inhalte dieser Studiengänge bzw. der Weiterbildungen sind entsprechend der jeweiligen Arbeitsfelder in der Suchthilfe spezialisiert.

3.1 Zur grundständigen Ausbildung der Sozialen Arbeit

Von der Konferenz der Rektoren und Präsidenten der Hochschulen in der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland (BRD) und der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland wurde eine „Rahmenordnung für die Diplomprüfung im Studiengang Soziale Arbeit an Fachhochschulen“ vom 3.7.2001 beschlossen.

Das achtsemestrige Studium umfasst nach dieser Rahmenordnung zwei begleitete Praxissemester. Die Prüfungsgebiete der Diplomprüfungen können bei der Entwicklung von Masterstudiengängen als Grundkenntnis vorausgesetzt werden.

Diese Prüfungsgebiete sind:

1. Grundlagen der Fachwissenschaft Soziale Arbeit

- Geschichte der Sozialen Arbeit,
- Theorien der Sozialen Arbeit,
- professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit,
- Zielgruppen der Sozialen Arbeit,
- Organisation der Sozialen Arbeit,
- Ästhetik und Wahrnehmung,
- Einführung in die Forschungsmethoden der Sozialen Arbeit,
- Berufsethik (Werte und Normen) der Sozialen Arbeit.

2. Rechtliche und sozialpolitische Grundlagen der Sozialen Arbeit

- Familien- und Jugendrecht,
- Sozial- und Verwaltungsrecht,
- Sozialpolitik.

3. Geistes- und humanwissenschaftliche Grundlagen der Sozialen Arbeit:

- Philosophie,
- Erziehungswissenschaften,
- Psychologie,
- Sozialmedizin.

4. Gesellschaftswissenschaftliche Grundlagen der Sozialen Arbeit

- Soziologie,
- Sozialpsychologie.

Die Ausbildung an Fachhochschulen vermittelt eine breit angelegte Grundqualifikation, welche zum Handeln in allen sozialen Arbeitsfeldern befähigen soll. Mit dem absolvierten Grundstudium wird der Erwerb grundlegender Fähigkeiten und Einsichten, die für das berufliche Handeln in allen Bereichen der sozialen Arbeit notwendig sind, vorausgesetzt.

3.2 Entwicklung von Master-Studiengängen

In den letzten Jahren kam es im Rahmen der Modernisierung und Internationalisierung im Hochschulbereich zu einer zunehmenden Entwicklung von Masterstudiengängen. Für die Anerkennung neuer Masterstudiengänge ist ein Akkreditierungsverfahren vorgesehen, das die Gewährleistung fachlich inhaltlicher Qualitätsstandards und die Überprüfung der Berufsrelevanz von Abschlüssen zum Gegenstand hat. Weitere Ziele sind die Transparenz und Qualität der Ausbildung sowie die internationale Kompatibilität der Studiengänge und damit die Förderung der Mobilität der Studierenden und Absolventen/-innen.

Für die Studiengänge der Sozialen Arbeit ist die Akkreditierungsagentur für Studiengänge im Bereich der Heilpädagogik, Pflege, Gesundheit und Sozialen Arbeit e.V. (AHPGS) mit Sitz in Freiburg zuständig, die im Dezember 2001 gegründet wurde. Im Dialog mit der Praxis soll das Studienangebot qualitativ gesichert, evaluiert und im Verfahren gegenseitigen kollegialen Begutachtens zertifiziert werden.

Für die Anerkennung wurden Standards und Kriterien entwickelt. Folgende Kriterien werden im Einzelnen benannt:

- Anforderungen an die Qualität und Internationalität des Curriculums, unter Berücksichtigung von Studieninhalten, Studienverlauf und Studienorganisation sowie Leistungsnachweisen, Prüfungsstruktur und Prüfungsfächern; Modularisierung, Leistungspunktesystem (z.B. Europäisches System zur Anrechnung von Studienleistungen ECTS);
- Berufsbefähigung der Absolventinnen und Absolventen aufgrund eines in sich schlüssigen, im Hinblick auf das Ziel des Studiums und die Vorbereitung auf berufliche Tätigkeiten plausiblen Studiengangkonzepts;
- Abschätzung absehbarer Entwicklungen in möglichen Berufsfeldern, personales Potenzial der Hochschule bzw. der beteiligten Hochschulen und ggf. anderer kooperierender Einrichtungen;
- Räumliche, apparative und sächliche Ausstattung (bei Master-Studiengängen: erster berufsqualifizierender Abschluss und ggf. weitere Zulassungsvoraussetzungen),
- Übergangsmöglichkeiten zwischen herkömmlichen Diplom- und Magister-Studiengängen und gestuften Studiengängen.

Grundlage einer hochwertigen Zusatzqualifikation im Arbeitsfeld Sucht ist die enge Verzahnung des in der Weiterbildung erworbenen Wissens und Könnens mit den praktischen Anforderungen und Erfahrungen des Arbeitsalltags. Eine angemessene Qualifizierung können Masterstudiengänge nur leisten, wenn dieser enge Praxis-Ausbildungs-Transfer gesichert wird. In der Regel ist deshalb die Anstellung in der Suchthilfe, zumindest im Umfang der Hälfte der Regelarbeitszeit, vorauszusetzen. Diese Verzahnung sollte ebenfalls in der Struktur und Organisation des Studienganges erkennbar sein.

4 Arbeitsfelder

Die Angebote der Suchthilfe umfassen ein differenziertes Spektrum an Maßnahmen, das die Schwere der Störungen, die Mitwirkungsbereitschaft und die persönlichen und sozialen Ressourcen der Menschen mit substanz- und verhaltensbezogenen Störungen und Risiken sowie deren Angehöriger (z.B. Kinder und Partner/-innen) einbezieht (DHS 2001). Das Suchthilfesystem wurde in den letzten Jahrzehnten als Subsystem der Sozial- und Gesundheitsversorgung ausdifferenziert (DHS 1997). Dazu werden unterschiedliche Konzepte der Beratung, Betreuung und Behandlung für die genannten Zielgruppen entwickelt.

In den Arbeitsfeldern

- der Prävention,
- der sozialen Beratung,
- in der niedrigschwelligen Arbeit bzw. im Bereich der Überlebenshilfen,
- in der Behandlung bzw. medizinischen Rehabilitation

sind neben Ärzten/-innen und Psychologen/-innen vorwiegend Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-innen tätig.

Der Bereich Selbsthilfe bietet trotz des überwiegend ehrenamtlichen Engagements ebenfalls ein Arbeitsfeld für Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-innen. Dabei leisten sie Unterstützung bei der Verzahnung professioneller Behandlung und der Betreuung Suchtkranker durch ehrenamtliche Helfer/-innen bzw. Selbsthilfegruppen. Sie nehmen auch geschäftsführende Aufgaben in der organisierten Selbsthilfe (Abstinenz- und Selbsthilfeverbände) wahr. Das ausdifferenzierte Suchthilfesystem erfordert spezifische Kompetenzen und Qualifikationen. So stehen beispielsweise in der sozialen Beratung andere Kompetenzen im Vordergrund als in der medizinischen Rehabilitation oder in dem Arbeitsfeld der Überlebenshilfen.

4.1 Prävention

Prävention und Gesundheitsförderung sind in der Suchthilfe häufig verwandte Begriffe. Der Begriff der 'Gesundheitsförderung' ist erster Linie durch die WHO-Ottawa-Charta (1986) definiert und zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Suchtprävention orientiert sich am Prinzip der Dreiteilung nach Caplan 1964: in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Diese Dreiteilung ist in der Fachwelt eingeführt.

Der Handlungsschwerpunkt lag in den 90er Jahren unter Einbezug der suchtmittelunspezifischen Süchte (u.a. Glücksspiel und Essstörungen) auf dem Bereich der primären Prävention. Die Primärprävention umfasst die Gesunderhaltung, die Vermeidung von Krankheitsursachen und zielt auf die Beseitigung oder Beeinflussung äußerer oder personengebundener Risikofaktoren. Ihr Ziel besteht darin, ausgehend vom Status der Gesundheit, die Wahrscheinlichkeit des Krankheitseintritts oder die Häufigkeit von Neuerkrankungen zu senken. Primärpräventive Maßnahmen dazu konzentrierten sich in erster Linie auf die Zielgruppen der gesunden bzw. suchtgefährdeten Menschen. Inzwischen orientieren sich suchtpreventive Aktivitäten auch auf die Ansprache von Konsumenten/-innen bzw. Missbraucher/-innengruppen. Maßnahmen der Früherkennung und der Frühintervention leisten einen Beitrag für ein effizientes Problemmanagement bei auffälligen und in ihrer Entwicklung gefährdeten Jugendlichen. Früherkennung und Frühintervention beziehen sich auf verschiedenste Anzeichen einer potentiellen Fehlentwicklung, also nicht nur auf den Konsum von Cannabis oder anderen Sucht- und Genussmitteln, sondern sie beachten einerseits die systemische Funktionen dieser Symptome und betrachten diese Funktion im Kontext der Umweltbedingungen, in den Suchtmittelkonsum entsteht.

Die Sekundärprävention versucht, das Fortschreiten des reversiblen Frühstadiums der Suchterkrankung durch Früherkennung und –behandlung zu verhindern. Aus gesundheitspolitischer Sicht soll sie die Anzahl manifester oder fortgeschrittener Neuerkrankungen verringern.

Die Tertiärprävention zielt auf die Behandlung einer bereits symptomatisch gewordenen Erkrankung. Dabei versucht sie, deren Verschlimmerung zu verhüten oder zu verzögern sowie irreversible Folgeschäden zu vermeiden oder zu mindern (Kohl & Carius 2003).

Die DHS formuliert in ihrem Positionspapier (2001) nachfolgende Hauptziele der Prävention:

- die Verhinderung bzw. Verzögerung des Einstiegs in den Konsums (Einstiegsalter),
- das Aufzeigen risikoarmer Konsumweisen,
- die Reduktion risikoreichen Konsums,
- die Förderung des frühzeitigen Ausstiegs aus riskanten Konsummustern,
- die Abstinenz bzw. Förderung von Konsumalternativen.

Präventive Maßnahmen sind auf Dauer angelegt und fokussieren auf langfristige Veränderungen des Erlebens und Verhaltens. Suchtprävention wird heute nicht nur auf Kinder und Jugendliche ausgerichtet, obgleich aus entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten in erster Linie Maßnahmen für diese Zielgruppen initiiert werden. Adressaten präventiver Bemühungen können die Gesamtbevölkerung (Teilgruppen) und Risikogruppen jeglicher Altersstufen bzw. Personen mit riskantem Verhalten sein, wenn es darum geht, den Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern. Dazu gibt es verschiedene Methoden. Beispiel: Über die Vermittlung kurzer prägnanter Informationen versuchen Institutionen und Verbände (z.B. über Kampagnen) Einstellungs- und Verhaltensänderungen in der Bevölkerung und/oder bei Personengruppen zu bewirken oder sie klären über rechtliche, psychologische und physiologische Folgen des Konsums auf.

Verhaltensbezogene Prävention zielt auf die Förderung der Lebens- und Gesundheitskompetenz. Dabei geht es insbesondere um die Stärkung der Persönlichkeit und des Selbstwertgefühls, Förderung der Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit.

Verhältnisbezogene Prävention verfolgt eine Einflussnahme auf Lebens- und Umweltbedingungen, die eine Suchterkrankung begünstigen können bzw. sie versucht, das Umfeld so zu gestalten, dass Suchtmittelmissbrauch und/oder Abhängigkeit sich erst gar nicht entwickeln können. Hier sind im Bereich politisch-rechtlicher Strategien die Einflussnahme auf das Angebot und die Nachfrage von Suchtmitteln (z.B. über Werbeverbot, Jugendschutz, Preisgestaltung) zu nennen.

In erster Linie sind die Berufsgruppen der Sozialpädagogen/-innen und Sozialarbeiter/-innen im Arbeitsfeld Suchtprävention tätig. Suchtprävention arbeitet interdisziplinär und ist nicht nur Aufgabe der Pädagogik, sondern auch der Psychologie, Medizin und Soziologie. Suchtprävention wird von unterschiedlichen Institutionen (z.B. Verbänden, Schulen, Betrieben, Justiz, Polizei) wahrgenommen und zu einer Querschnittsaufgabe pädagogischer Handlungsfelder.

Suchtpräventive Maßnahmen werden in unterschiedlichen Settings (soziales, familiäres, pädagogisches, berufliches Umfeld der Zielgruppen) eingebunden. Hier sind beispielsweise Kindergärten, Gemeinden, Betriebe, Schulen zu nennen.

4.2 Soziale Beratung

In ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe werden Menschen (Klienten/-innen) beraten, die aufgrund ihrer Suchtgefährdung, ihres Suchtmittelmissbrauchs oder ihrer Suchtabhängigkeit und deren Folgen einer professionellen Betreuung und Unterstützung bedürfen. Soziale Beratung richtet sich auch an Angehörige bzw. unmittelbare Bezugspersonen der Betroffenen. Die besondere und individuelle Problematik der jeweiligen Zielgruppen erfordern eine spezielle Ausrichtung der Beratung, um sich den Anliegen der jeweiligen Klienten/-innen bedürfnis- und bedarfsgerecht widmen zu können.

Eine weitere Zielgruppe der Beratung sind Mitarbeiter/-innen unterschiedlicher Institutionen, die im Rahmen ihrer Aufgabenstellung als Multiplikatoren/-innen über Suchtgefährdung, Risiken und Folgen Einzelpersonen oder Bevölkerungsgruppen informieren und aufklären.

Dazu ist ein breites Spektrum unterschiedlicher Kompetenzen gefragt.

Grundlage dieser Arbeit ist ein Beratungs- und Behandlungskonzept, das sowohl wissenschaftlich fundierte Erklärungsmodelle für das Krankheitsbild Sucht, als auch die entwicklungspezifischen Fragen der Suchtgefährdung und des Suchtmittelgebrauchs/-missbrauchs vor allem Jugendlicher, in der unterschiedlichen Ausprägung von Jungen und Mädchen, berücksichtigt. Die (psycho-)soziale Beratungsarbeit ist problem-, ziel- und ressourcenorientiert. Sie bedarf der Kenntnis und Handhabung qualifizierter Methoden, z.B. motivierender Gesprächsführung (Motivational Interviewing), Diagnostik und Case-Management (Assessment, Zielvereinbarungen und Hilfeplanung, Monitoring, Re-Assessment, Evaluation und Dokumentation). Es gilt, materielle und immaterielle Hilfemöglichkeiten aufzuzeigen, Motivationsarbeit und Vermittlungen zu weiterführenden Hilfen, z.B. der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, zu leisten und nicht zuletzt Kriseninterventionen durchzuführen.

Aufsuchend, betreuend und beraterisch vernetzte Angebote (interner und externer Arbeit) sind konzeptionelle Bestandteile der Beratungsarbeit. Die Unterstützung der unterschiedlichen Betroffenen- bzw. Selbsthilfegruppen im Zusammenhang mit der Suchtproblematik ist ein weiterer Bestandteil. Beratung bedeutet auch die Betreuung Angehöriger - vor allem Kinder und Partner/-innen von Suchtkranken und -gefährdeten sowie eine weiterführende Begleitung und Beratung im Bereich der Integration (Nachsorge) nach Abschluss der Behandlung. Je nach Wunsch des/der Klienten/-in kann die Beratung in Form eines Einzel- oder Gruppengesprächs erfolgen.

Inhalte der Beratungen für Suchtkranke und ihre Angehörigen sind beispielsweise:

- Bearbeitung von Problemen und Vermittlung von Hilfen bei Suchtgefährdung, Suchtmittelmissbrauch und Abhängigkeit,
- körperliche, soziale und seelische Folgeschäden des missbräuchlichen oder abhängigen Konsums,
- Beeinträchtigungen und Benachteiligungen im sozialen Umfeld (Wohnen, Ausbildung, Arbeit, Einkommen und „in Gemeinschaft leben“),
- ambivalente motivationale Veränderungsbereitschaft der durch Suchtmittelmissbrauch und Abhängigkeit entstandenen Lebenssituation,
- psychosoziale Konfliktlagen der Angehörigen, infolge des Suchtmittelmissbrauchs und süchtigen Verhaltens bzw. der Abhängigkeit des/der Betroffenen,
- Vermittlung von Informationen und Aufklärung über die prozesshafte Entwicklung des Krankheitsbildes Sucht, über Drogengebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit durch Multiplikatorenarbeit,
- Präventionsarbeit und -dienstleistungen in Bereichen der Verhaltens- und Verhältnisprävention.

Ziele können sein:

- Verhinderung körperlicher Folgeschäden insbesondere bei Abhängigen illegaler Drogen, z.B. durch die Vermittlung von Techniken zur Risikominderung beim Drogengebrauch und der HIV-Prophylaxe,
- Verhinderung sozialer Ausgliederung, Diskriminierung und Kriminalisierung,
- Sicherung der sozialen Unterstützungsstruktur durch Maßnahmen zum Erhalt von Wohnung und Arbeit
- Einbeziehung und Stärkung vorhandener Familienstrukturen,
- Vermeidung spezifischer Suchtgefährdungen,
- Verhinderung bzw. Reduktion des Suchtmittelmissbrauchs,
- Vermittlung weiterführender Hilfen zur Behandlung (ambulante oder stationäre Therapie) der Krankheit Sucht,
- Unterstützung längerer Abstinenzphasen,
- Vermittlung von Einsichten der Betroffenen in die Grunderkrankung sowie Motivierung und Verstärkung der Veränderungsbereitschaft, z.B. zum risikoarmen Konsum oder zur Abstinenz.

4.3 Selbsthilfe

Der Grundgedanke, dass ein Mensch sich seiner selbst annimmt sowie an seiner Genesung aktiv mitarbeitet und für sein Leben selbst verantwortlich ist, bildet das Fundament der Sucht-Selbsthilfe. Die Sucht-Selbsthilfe ist bundesweit tätig und verfügt über ein gut funktionierendes Netz an Hilfeangeboten. Kernstück dieser Hilfen sind die rund 8.000 Gesprächsgruppen vor Ort, in denen sich regelmäßig (zumeist wöchentlich) rund 92.000 suchtkranke Menschen und ihre Angehörigen treffen. Mitglieder von Selbsthilfegruppen sind häufig erste Ansprechpartner/-innen für Menschen mit Suchtproblemen. Selbsthilfegruppen wirken unterstützend bei der Therapievorbereitung, arbeiten begleitend zur Therapie und übernehmen eine stabilisierende Funktion im Rahmen der beruflichen und sozialen Integration bzw. Nachsorge.

Durch die `Empfehlungsvereinbarung Nachsorge´ aus dem Jahr 1986 wurde die Bedeutung der Selbsthilfe weiter gestärkt, da eine effektive Entwöhnungsbehandlung auf jeden Fall eine Nachsorgephase enthalten muss, die häufig durch die Selbsthilfe sichergestellt wird (Feuerlein 1979). Mit Ausnahme der therapeutischen Sequenzen gestaltet die Selbsthilfe alle Aufgaben der Suchtkrankenhilfe in den Bereichen Prävention, Motivation, Beratung sowie Nachsorge. Dies geschieht neben den Gruppenangeboten durch Begleitung im Arbeits-, Beschäftigungs- und Freizeitbereich sowie im betreuten Wohnen. Damit erhält die Selbsthilfe den Status eines unverzichtbaren Bestandteils im Behandlungsverbund. So wird auch die Schulung und (Semi-)Professionalisierung der Selbsthilfe durch Fachkräfte aus den Sozial- und Gesundheitsberufen sichergestellt. Im Bereich der Selbsthilfe bedarf es eindeutiger Arbeitsaufträge für professionelle Mitarbeiter/-innen. Die Eigenständigkeit der verschiedenen Selbsthilfegruppen und Initiativen in der Eigenständigkeit muss gewahrt bleiben. Sie übernehmen lediglich eine Anschubfunktion im Sinne von Hilfe zur Selbsthilfe. D.h. Selbsthilfe soll sich auf Dauer ohne professionelle Hilfe die erforderlichen Ressourcen für ihre Arbeit erschließen. In der Regel sind Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-innen in den Bundes- und Landesverbänden professionell tätig. Sie üben beispielsweise die Funktion von Sucht-Referenten/-innen (u.a. Nachsorgereferenten/-innen) oder Geschäftsführer/-innen aus.

4.4 Überlebenshilfen

Die Aufnahme des Bereiches Überlebenshilfen und Schadensreduzierung als gleichberechtigte Säule innerhalb der Maßnahmen zur Reduzierung drogen- und suchtbedingter Probleme bezieht sich auf die Erfahrung eines in den letzten Jahrzehnten umfangreich ausgebauten Systems niedrigschwelliger Hilfen, die vor allem in den großstädtischen Drogenszenen eine wichtige Funktion übernehmen. Im „Aktionsplan Drogen und Sucht“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (2003) wird definiert, dass Überlebenshilfen vor allem zur Senkung der Mortalität und Morbidität Suchtkranker führen sollen. Sowohl die Einrichtung niedrigschwelliger Kontaktläden und Drogenkonsumräume als auch qualitätsgesicherte Substitutionsbehandlung, d.h. die ärztliche Verschreibung eines Opiats (Methadon, Polamidon u.a.) im Zusammenwirken mit psychosozialer Betreuung haben neben den Hilfen zum Ausstieg insbesondere die Zielrichtung, die Mortalitätsrate unter Drogenkonsumenten/-innen zu senken.

Darüber hinaus sind diese Hilfen darauf ausgerichtet, mit dem Substanzkonsum verbundene soziale, psychische und somatische Folgeschäden zu reduzieren. Durch Vernetzung mit anderen Angeboten soll sichergestellt sein, dass die Zielgruppe der Überlebenshilfen auch weiterführende Maßnahmen ohne große Hürden in Anspruch nehmen kann (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003).

Hilfen zur Schadensreduzierung werden in Deutschland unter anderem durch aufsuchende Arbeit gewährt, die sich an Personen richtet, die sich - teilweise aufgrund von Obdachlosigkeit - auf öffentlichen Straßen und Plätzen aufhalten und angebotene Hilfe im institutionellen Rahmen nicht oder nur in geringem Umfang in Anspruch nehmen.

Eine weitere Form der Überlebenshilfen sind Drogenhilfezentren, die eine Anlaufstelle für Mitglieder der Drogenszene darstellen und Hilfestellung in akuten Notlagen durch psychosoziale und medizinische Angebote bieten. In Drogenkonsumräumen wird versucht, den riskanten

Injektionsvorgang durch Fachkräfte zu überwachen. Das Bundesmodellprogramm zur Heroilverordnung erprobt erweiterte Formen der Substitution (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003). Drogenhilfezentren sind in der Regel sowohl regional als auch landesweit in ein Netzwerk eingebunden und kommunizieren innerhalb der Trägerschaft, psychosozialer Arbeitskreise oder landes- oder bundesweiter Netzwerke.

Die besondere Problematik der Hilfen zur Schadensreduzierung liegt darin, dass die Zielgruppe dieses Angebots aus Menschen mit häufig polytoxikomanem Drogenkonsum besteht, so dass aufgrund der psychischen Drogenwirkungen zunehmend Aggressionen, lebensbedrohliche Zustände und psychiatrische Auffälligkeiten auftreten. Während in den Drogenhilfezentren bisher vorwiegend Fachkräfte mit einer Ausbildung im Bereich der Sozialarbeit/Sozialpädagogik beschäftigt werden, bekommt die Mitwirkung von Medizinern zunehmend Bedeutung.

4.5 Behandlung - Medizinische Rehabilitation

In der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001“ wird die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker geregelt.

Das Ziel der medizinischen Rehabilitation ist die Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Erwerbsfähigkeit durch die Behebung oder den Ausgleich körperlicher und seelischer Störungen. Dabei gilt die Suchtmittelabstinenz als erwünschtes und anzustrebendes Verhalten. Die medizinische Rehabilitation findet in von den Leistungsträgern anerkannten ambulanten und/oder stationären Entwöhnungseinrichtungen statt. Sie erfolgt interdisziplinär. Die Berufsgruppen der Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-innen, Psychologen/-innen und Ärzte/-innen sowie pflegerischen Fachkräfte arbeiten in den Einrichtungen. Zudem definiert die Vereinbarung die an die Rehabilitationseinrichtungen zu stellenden Anforderungen an die Behandlung.

Da jedoch eher die kleinere Anzahl Suchtkranker diesem von der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ aufgezeigten Weg der Rehabilitation folgen, sondern oft Zwischenschritte bevorzugen oder sich durch gestufte therapeutische Angebote allmählich annähern, sind auch im Bereich der ambulanten und stationären Akutbehandlung Kenntnisse zu erwerben. Als Einstieg in das suchtspezifische Hilfesystem dienen oft Behandlungen (Kriseninterventionen) im somatisch-medizinischen Hilfesystem (niedergelassene Ärzte und Allgemeinkrankenhäuser) und die Einrichtungen der psychiatrischen Suchtmedizin einschließlich der Institutsambulanzen mit der qualifizierten Entzugsbehandlung sowie weiteren auf bestimmte Indikationen bezogene Behandlungsangebote gemäß der PsychPV (Personalverordnung Psychiatrie) wie z.B. für chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängige (CMA).

Die Zielsetzung der Krankenhausbehandlung (Akutbehandlung), insbesondere der qualifizierten Entzugsbehandlung, die auch ambulant und teilstationär erfolgen kann, richtet sich im Unterschied zur Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) nach den in § 27 SGB V formulierten Behandlungszielen: „um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“. Neben der Behandlung des körperlichen Entzugssyndroms (Entgiftung) ist obligat auch das psychische Entzugssyndrom sowie das Abhängigkeitssyndrom im engeren Sinne zu behandeln. Zum Einsatz kommen deshalb im multidisziplinären Team, zu dem nach der Personalverordnung Psychiatrie verbindlich die Berufsgruppe der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen gehört, Motivationsprogramme mit verschiedenen psychotherapeutischen Techniken, die Einbeziehung des sozialen Umfeldes, insbesondere der Angehörigen und die Kontaktaufnahme zur Selbsthilfe.

Das Leistungsspektrum in den Einrichtungen umfasst neben Diagnostik und Indikationsstellung⁴, Motivationsklärung, therapeutische Einzel- und Gruppengespräche, Beteiligung der Be-

⁴ Jedem Beratungs- und Behandlungsprozess geht ein Indikations- bzw. Diagnoseverfahren voraus. Die bestehenden Facheinrichtungen bewegen sich im Rahmen ihrer Konzepte innerhalb klassischer Anforderungen von Indikationsstellungen und Diagnose (auf der Grundlage der ICD 10 Kategorien, der DSM Klassifikationen bzw. den aktuellen Nachfolgemodellen).

zugspersonen am therapeutischen Prozess, begleitende Hilfen im sozialen Umfeld, Krisenintervention, Vorbereitung der stationären Leistungen zur Rehabilitation, ggf. Zusammenarbeit im Therapieverbund (ambulante und stationäre Einrichtungen) und Hilfe zur Selbsthilfe. Vor dem Hintergrund der individuellen Suchtentwicklung und ihrer auslösenden Faktoren müssen bedürfnisorientiert tragfähige Behandlungsziele entwickelt werden, bei denen die Teilhabe am Arbeitsleben - wenn möglich - oder gleichwertige Ziele im Vordergrund stehen. Bedeutsam ist eine so genannte Außensicht, d.h. die Wahrnehmung der Bedeutung realer Bezugspersonen (Familie, Arbeitsplatz, gesellschaftliche Position etc.). Damit gewinnt die Behandlung Abhängigkeitskranker neben der Individuumzentrierten Sichtweise in Diagnose und Therapie einen erweiterten Fokus auf soziale und gesellschaftliche Einflussfaktoren, die integrative Bestandteile des Therapieprozesses sind. Darüber hinaus ist es von entscheidender Bedeutung, ob Menschen mit Abhängigkeitsproblemen noch dem Bereich der Konsumenten/-innen mit problematischem Konsum oder der Gruppe der bereits manifest Abhängigen zuzuordnen sind. Danach richten sich auch die Therapieziele. Wesentlich ist auch der arbeitsbezogene Anteil der Hilfen, also die Orientierung auf Arbeit und Beruf zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Die (Re-)Integration der Klientel in den gesellschaftlichen Alltag nach einer Zeit therapiebedingter Isolation ist gefährdet, wenn nicht unmittelbar ergänzende Unterstützungsmaßnahmen bzw. Integrationshilfen folgen. In erster Linie geht es darum, die Klientel in ihrer Verselbständigung, unter gleichzeitiger Reduzierung von therapeutischen Hilfen, zu unterstützen (DHS 2001).

Zur Durchführung therapeutischer Maßnahmen müssen Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-innen über eine geeignete bzw. beim Rentenversicherungsträger anerkannte, auf die Indikation Sucht bezogene Qualifikation/Weiterbildung auf psycho- bzw. verhaltenstherapeutischer Grundlage verfügen. Das Spektrum therapeutischer Maßnahmen zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen erfordert den Erwerb vielfältig spezialisierter Kenntnisse und Fähigkeiten. Dabei muss der/die professionelle Helfer/-in sich auf die persönlichen Fähigkeiten der Zielgruppe einstellen können. Dies betrifft insbesondere:

- die körperlichen und seelischen Folgen nach entsprechend langer Abhängigkeit oder manifestem Suchtmittelkonsum,
- den Grad der sozialen (Des-)Integration (in Familie, Arbeit und Gesellschaft),
- die Fähigkeit zur Motivation und Bereitschaft zur Veränderung,
- die Bereitschaft zur (Re-)Integration ins Arbeitsleben und in die Gesellschaft.

Ziel ist es, die mit dem/der Abhängigen individuell festgelegte, therapeutische Zielsetzung sukzessiv und kontinuierlich zu erreichen und zu stabilisieren. Dazu gehören insbesondere:

- Stärkung sozialer Kompetenz (z.B. in sozialen Konfliktsituationen oder bei bestehender Selbstwertproblematik etc.),
- Reduktion des Suchtmittelkonsums oder wahlweise vollständige Abstinenz,
- Verzicht auf nicht verschriebene Substanzen (mit oder ohne Substitution),
- verbesserter Gesundheitszustand,
- Distanzierung vom suchtfördernden Milieu,
- Verzicht auf delinquentes Verhalten,
- Wiedereingliederung in Arbeit und Beruf.

5 Aufbau von Masterstudiengängen in der Suchthilfe

Ein Masterstudiengang in der Suchthilfe sollte die unmittelbare Verzahnung von wissenschaftlich fundiertem Studium und suchtspezifischem Praxisbezug darstellen. Dabei ist es sinnvoll, die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten berufsbegleitend zu vermitteln, um den heutigen professionellen Anforderungen gerecht zu werden. Dabei spielen die zentralen Arbeitsfelder der Suchthilfe für die Entwicklung der Bildungskonzepte bzw. Curricula eine elementare Grundlage.

Masterstudiengänge in der Suchthilfe sollten in zwei Schwerpunkte aufgeteilt werden: Ein Grundstudium (oder Basissemester), in dem das Grundlagenwissen zu Suchtfragen vermittelt wird und in ein Hauptstudium, in dem sich die Studierenden auf drei Studienschwerpunkte von insgesamt fünf *spezialisieren*. Die Umsetzung und Voraussetzungen dazu liegen in der Verantwortung der (Fach-)Hochschulen. In Studienordnungen sind Zulassungsvoraussetzungen, Studienziele, Studiendauer- und -verlauf, Leistungsnachweise, Prüfungsordnung sowie die einzelnen Module zum Curriculum zu definieren. Formale Voraussetzungen für die Zulassung bilden in der Regel ein anerkanntes Abschlusszeugnis von Universitäten und Fachhochschulen sowie der Nachweis einer praktischen Tätigkeit. Zu berücksichtigen ist, dass Masterstudiengänge an Universitäten die Möglichkeit der Promotion eröffnen. Dazu gibt es eine entsprechende Promotionsordnung der Universitäten.

Theorie:

Aus den praxisorientierten Arbeitsfeldern heraus lassen sich einzelne Studienschwerpunkte entwickeln. Diese suchtspezifischen Schwerpunkte wie Basiswissen zu Drogen und Sucht oder Persönlichkeitstheorien, aber auch rechtliche und medizinische Aspekte sollten die Grundlage für die weitere Entwicklung von Modulen der (Fach-)Hochschulen sein. In Anlehnung an Muijers (1999) ist ein Modul eine in sich abgeschlossene (Lern-)Einheit. Sie besteht aus mehreren Elementen/Komponenten und zeigt Lernenden und Lehrenden direkt und umfassend, was, warum, wo, wie, wie lange, mit wem, mit welchen Hilfsmitteln, welcher Literatur und in welcher Abschlussform gearbeitet bzw. gelernt und eventuell überprüft wird. Neben der Theorievermittlung in den fünf vorgesehenen Studienschwerpunkten erfolgt deren Anwendung in der Praxis.

Praxis:

Theorien- und Methodenvermittlung sowie Supervisions- und Selbsterfahrungseinheiten sollen am individuellen beruflichen Wissen und Handeln anknüpfen. Hospitationen und Praktika unter Anleitung und Supervision sollten für alle Studierenden vorgesehen werden. Sie sollten in den Einrichtungen der genannten Arbeitsfelder geleistet werden. Von insgesamt fünf Arbeitsfeldern können die Studenten/-innen drei Arbeitsfelder dazu auswählen. Sofern die Studenten/-innen bereits in einem der genannten Arbeitsfelder tätig sind, kann je nach Einzelfall darauf verzichtet werden.

Studiendauer:

Die Studienzeit Masterstudiengänge im Gesundheitswesen liegt zwischen vier bis sechs Semestern. Sie werden in Voll- und/oder Teilzeit angeboten. Der Masterstudiengang Suchthilfe sollte analog des Masterstudiengangs (z.B. Master of Public Health der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität in Bielefeld) zwei Jahre (vier Semester) inklusive aller Prüfungen betragen. Zur Vermittlung suchtspezifischer Grundkenntnisse werden im Grundstudium (Basissemester) zwei Semester empfohlen. Zur weiteren Spezialisierung bzw. arbeitsfeldorientierten Vertiefung mit einem Theorie- und Praxisteil sollten ebenfalls zwei Semester vorgesehen werden. Dabei wählen die Studenten/-innen von insgesamt fünf Studienschwerpunkten drei aus.

Abschluss:

Mit der Erstellung der Masterarbeit soll die Befähigung nachgewiesen werden, dass der/die Student/-in in der Lage ist, innerhalb des vorgegebenen Zeitraums ein suchtspezifisches Prob-

lem eigenständig nach wissenschaftlichen Grundsätzen zu bearbeiten. Mit Abschluss der Masterarbeit wird von Seiten der DHS empfohlen, den *Master für Suchthilfe* zu vergeben.

Dozenten/-innen:

Die Dozenten/-innen sollten über nachgewiesene Expertise zu den jeweiligen Studienschwerpunkten, didaktisch-pädagogische Kompetenz sowie über relevante Berufserfahrung bzw. Praxisbezug in dem jeweiligen Arbeitsfeld verfügen.

Evaluation:

Vor dem Hintergrund aktueller gesetzlicher Veränderungen (z.B. SGB II, Harzt IV) und deren Bedeutung für die Suchthilfe und deren Professionen wird eine kontinuierliche und wiederholende Dokumentation und Evaluation der Curricula empfohlen. Sinnvoll ist es, regelmäßige Befragungen unter den Absolventen/-innen der Masterstudiengänge durchzuführen. Dabei sollte beispielsweise auf die Beurteilung der Studienschwerpunkte, die Rahmenbedingungen in der Suchthilfe und die Effektivität des Weiterbildungsganges sowie den Lerngewinn und Nutzen für die spätere Tätigkeit in dem Arbeitsfeld fokussiert werden. Von besonderer Bedeutung ist, ob sich die berufliche Situation der Absolventen und Absolventinnen mit einer solchen Qualifizierungsmaßnahme verbessert hat.

5.1 Studienschwerpunkte im Grundstudium (Basissemester) Suchthilfe

Kompetenzen:

Mit dem absolvierten Grundstudium der Sozialarbeit werden grundlegende Fähigkeiten und Einsichten, die für das berufliche Handeln in allen Bereichen der sozialen Arbeit notwendig sind, vorausgesetzt.

Fachlich-inhaltlich und personale Kompetenzen in der Suchthilfe:

- Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Beratungs- und Behandlungsansätze und -settings und deren zielgruppenspezifische Orientierung kennen und dem/der Klienten/-in aufzeigen können,
- regional vorhandene Akteure und deren Aufgaben, Angebote und Ziele kennen und Kontaktaufnahme bei der Einleitung und Vermittlung weiterführender Hilfen (Behandlung etc.) leisten,
- Voraussetzungen der Klientel (bzgl. ihrer Motivation und Ressourcen) für den weiteren Beratungsprozess klären und die geeignete Hilfeform bzw. Maßnahme einleiten können bzw. Vermittlung in geeignete Hilfesysteme,
- Problembewusstsein der Klientel und ihren Angehörigen (Bezugspersonen) wecken,
- Methoden zur Motivationsförderung umsetzen,
- Ziele (Nah- und Fernziele) gemeinsam mit der Klientel erarbeiten und Indikation für Beratung festlegen,
- Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe (Motivationsarbeit) kennen.

Sucht- und drogenspezifisches Basiswissen:

- Definition und Grundbegriffe zur Suchtentwicklung, (Co-)Abhängigkeit, Konsummuster,
- Erklärungsansätze und Theorien abhängiger Verhaltensweisen (Psychoanalyse, Entwicklungstheorie, Risikoverhalten, erlerntes Verhalten),
- Adoleszenz und Drogen (spezifisches Risikoverhalten),
- Zahlen und Fakten über stoffgebundene und nichtstoffgebundene Süchte sowie ihre Generierung,
- Begriffsbestimmungen und Wirkungsweisen legaler und illegaler Drogen sowie die Nutzungsgewohnheiten ihrer Konsumenten/-innen,
- Diagnostik und Klassifikationssysteme (ICD 10, DSMV, ICF),
- Suchtverlauf, körperliche und seelische Folgen (Komorbidität),
- Epidemiologie (aktuelle Studien).

Beratung, Betreuung und Behandlung:

- Maßnahmen der Früherkennung und Frühintervention,
- Unterschiede und Leistungsfähigkeit der suchtspezifischen Beratungs- und Behandlungsansätze und -settings,
- Behandlungsformen: Entgiftungs-, Entwöhnungs- und Substitutionsbehandlung,
- Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation,
- Abstinenz- und Akzeptanzorientierung,
- Maßnahmen zur beruflichen und sozialen (Re-)Integration (Nachsorge),
- niedrigschwelliges Arbeiten (Streetwork, Harm and Risk Reduction).

Suchtrelevante Akteure, Einrichtungen und Hilfesysteme:

- Kooperationsansätze auf fallbezogener und institutioneller Ebene,
- ambulante, stationäre und teilstationäre Einrichtungen (Ziele, Angebote, organisatorische und rechtliche Rahmenbedingungen),
- Verfahren und Zuständigkeiten bei der Erbringung von Leistungen z.B. Krankenversicherung SGB V, Rentenversicherung SGB VI, Sozialhilfeträger SGB III),
- interdisziplinäres (berufsgruppenübergreifendes) Arbeiten, sozialarbeiterisches, medizinisches und therapeutisches Handeln,
- Netzwerktheorien und Netzwekarbeit,
- Grundlagen des Case-Management,
- Schnittstellenmanagement.

Politische und rechtliche Rahmenbedingungen:

- gesetzliche Grundlagen (Betäubungsmittelgesetz, Jugendschutz, Sozialgesetzbuch),
- Entkriminalisierung, (Datenschutz, Verschwiegenheitspflicht),
- Kooperation und Vernetzung mit anderen Institutionen (z.B. Jugendhilfe, Krankenhäuser, Ärzte, Sozial-, Arbeits- und Gesundheitsämter),
- Formen und Kriterien zur Berichterstattung (Therapie-, Verlaufs-, Abschlussbericht, Hilfeplanerstellung, Stellungnahmen),
- Bedeutung von Sucht für die öffentliche Gesundheit (Public Health) und Kriterien für die Auswahl gesundheitsbezogener Maßnahmen.

Zielgruppenorientierung:

- gemeinsame Erarbeitung von Zielen und Festlegung von Behandlungsschritten mit Klienten/-innen (Ressourcen-, Lebensweltorientierung),
- psychosoziale Problemlagen Suchtkranker (Arbeitslosigkeit, Bildungsdefizite, Wohnungslosigkeit, Schulden, Straffälligkeit, etc.),
- familiäre Problemlagen (Beziehungsprobleme, Trennung, Sorgerechtsentzug),
- Techniken zur Gesprächsführung (motivierende und konfrontierende Gesprächsführung).

Projektarbeit:

- Entwicklung und Durchführung von Projekten,
- Verhandlung mit Kosten- und Leistungsträgern,
- Maßnahmen zum Projektmanagement,
- geschäftsführende Tätigkeiten.

Qualitätsmanagement und -sicherung

- Dokumentation und Evaluation,
- Strategien zur Weiterentwicklung der Einrichtungen.

5.2 Studienschwerpunkte im Hauptstudium Suchthilfe

Das Hauptstudium orientiert sich inhaltlich an den genannten Arbeitsfeldern. Die im Grundstudium obligatorisch zu allen Studienschwerpunkten erworbenen Kompetenzen werden bezogen, auf ein gewähltes Arbeitsfeld, spezifiziert und vertieft.

5.2.1 Studienschwerpunkt Prävention

Definitionen und Handlungsansätze:

- aktuelle Definitionen zur Prävention und Gesundheitsförderung, Suchtmittelkonsum und Funktion (abweichendes Verhalten, Abgrenzung etc.),
- Ursachen von Suchtverhalten unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes,
- familiensystemische Ansätze (Familie und Sucht, Defizite in der Familienstruktur, Vorbildverhalten, Beziehungs- und Kommunikationsstörungen),
- konfliktpädagogische und erlebnispädagogische Ansätze,
- Rolle der Gesellschaft (Werte und Normen),
- Verfügbarkeit von Suchtmitteln: Angebot und Nachfrage,
- Einfluss der Massenmedien (Werbung).

Gesetzliche und politische Rahmenbedingungen:

- Bedeutung der Lenkungswirkung und Verhaltenssteuerung durch rechtliche Vorgaben,
- aktuelle Gesetze in den Bereichen Jugendschutz, Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitsförderung etc. sowie ihre Durchsetzung und Effekte,
- Zielsetzungen und Maßnahmen der Gesundheits- und Sozialpolitik und deren internationale Bezugsrahmen (z.B. Maßnahmen und Postulate der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Europäischen Union (EU) zur allgemeinen Konsumsenkung, Nachfragerregulierung etc.),
- die Rolle der Tabak- und Alkoholindustrie und deren Bedeutung in der Politik.

Präventive Strategien:

- verhaltensbezogene Strategien, z.B. Kompetenzerhöhung, Ressourcenbildung,
- Informationsstrategien, z.B. bzgl. rechtlicher, psychologischer und physischer Folgen des Konsums und Missbrauchs,
- Persuationsstrategien, z.B. Einstellungs- und Verhaltensänderungen von Personengruppen durch ein Minimum an Informationen,
- Kooperationsstrategien, z.B. Zuständigkeiten der relevanten Akteure (administrative Instanzen, Kosten- und Leistungsträger), Integration von Suchtprävention und Maßnahmen der Früherkennung und Frühintervention in andere Handlungsfelder (Schule, Kindergarten, Betriebe, Universitäten, Gemeinden etc.),
- beratende Strategien, z.B. Einbindung von Peer-Groups, Multiplikatoren/-innen.

Öffentlichkeitsarbeit:

- Sozialmarketing und Sozialmanagement sowie Kommunikationsforschung müssen angewendet und mit sozialpädagogischen Methoden der Wissensvermittlung und Aktivierung verknüpft werden,
- Kommunikations- und Handlungskompetenz durch zielgruppenorientierten Medieneinsatz.

Zielgruppen sind:

Konsumenten/-innen, Missbraucher/-innen, Suchtgefährdete, Abhängige, Multiplikatoren/-innen, Angehörige und spezifische Bevölkerungsgruppen.

5.2.2 Studienschwerpunkt soziale Beratung

Beratungsformen und –settings (Einsatzbereiche, Vor- und Nachteile):

- persönliche Beratung, Telefon- und Internetberatung,
- Einzel- oder Gruppenberatung,
- Zielgruppen- oder am Einzelfall orientierte Beratung,
- Orientierung an der Veränderungsbereitschaft der Klienten/-innen,
- Aufbau eines gegenseitigen Vertrauensverhältnisses zwischen Berater/-in und Klient/-in,
- Methoden der motivierenden Gesprächsführung,
- Methoden der Krisenintervention,
- Methoden des Case-Managements,
- Kooperation mit anderen Institutionen,
- Netzwerktheorien, Netzwerkarbeit und Schnittstellenmanagement,
- Einrichtungsmanagement, Geschäftsführung, Mitarbeiter/-innenführung

Zielgruppen sind:

Konsumenten/-innen, Missbraucher/-innen, Suchtgefährdete, Abhängige bzw. Suchtkranke, Angehörige und Multiplikatoren/-innen.

5.2.3 Studienschwerpunkt Förderung der Selbsthilfe

Die Mitglieder und Gruppenteilnehmer/-innen der traditionellen Alkohol-Selbsthilfe leben abstinent (z.B. Anonyme Alkoholiker, Kreuzbund, Blaues Kreuz, Guttempler in Deutschland). Die Drogen-Selbsthilfe bietet hingegen Gruppen für Abstinente (z.B. Narcotics Anonymous) und Gruppen für Konsumenten/-innen und Substituierte an (z.B. JES).

Infrastrukturelle Hilfen:

- Bereitstellung externer Ressourcen, um kooperative Abläufe in den Gruppen sicherzustellen,
- Informationsvermittlung über Förderung von Selbsthilfegruppen und -verbänden, um als Netzwerkpartner im Gesundheitssystem optimal zu arbeiten,
- Serviceleistungen.

Sozialmanagementaufgaben:

- Vermittlung zwischen professioneller und ehrenamtlicher Arbeit im Kontext der Suchthilfe, um alle relevanten Partner im Hilfesystem einzubinden,
- Hilfestellungen bei der Mittelbeschaffung.

Beratung:

- Unterstützung von Gruppen in Konflikt- und Problemsituationen,
- Hilfestellungen beim Aufbau neuer Gruppen etc,
- Erkennen der Hintergründe von Störungen im Gruppengeschehen und der Helferarbeit und die Suche nach Lösungen.

Bildungsarbeit:

- Entwicklung und Durchführung von Weiterbildungsangeboten für ehrenamtliche Gruppenleiter/-innen und Helfer/-innen,
- Praxisreflexion für Gruppenleiter/-innen.

Zielgruppen sind:

Abhängige bzw. Suchtkranke (Abstinente oder Konsumenten/-innen), Suchtgefährdete, Angehörige und Multiplikatoren/-innen sowie Kommunen, Öffentlichkeit und Politik.

5.2.4 Studienschwerpunkt Überlebenshilfen

Einsatzbereiche und Handlungsfelder:

- niedrigschwellige Kontakt-, Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsangebote (Streetwork, Notschlafstellen, Kontaktcafés, Konsumräume),
- Kooperation mit Kommunen, Polizei, Obdachlosenhilfe,
- Handlungskompetenzen der jeweiligen Professionen (z.B. Psychologen/-innen, Ärzte/-innen, Polizisten/-innen).

Harm and Risikoreduction:

- Aufklärung und Beratung zu gesundheitlichen Problemen und Risiken (z.B. kontrollierter Gebrauch, Infektionsprophylaxe, Risiken bei Mischkonsum, Selbst- und Fremdschutz),
- Einleitung von Maßnahmen zur Krisenintervention und Notfallhilfe,
- Beschaffungs- und Begleitkriminalität, Prostitution,
- Sicherstellung ärztlicher oder pflegerischer Behandlung zur Reduktion oder Verzögerung gesundheitlicher Folgeschäden,
- Informationen über Behandlungsmöglichkeiten, Rechte und Leistungsansprüche.

Beratungsformen und -settings.

- Methoden motivierender Gesprächsführung zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen,
- Methoden der Krisenintervention (z.B. Techniken zur Deeskalation, rechtzeitiges Erkennen von Krisen, Krisenanzeichen).

Zielgruppen sind:

Abhängige bzw. Suchtkranke, die lebenspraktische Hilfe benötigen und vom herkömmlichen medizinischen und sozialen Versorgungs- und Beratungssystem nicht erreicht werden.

5.2.5 Studienschwerpunkt Behandlung - Medizinische Rehabilitation

Zu berücksichtigen ist, dass die Befähigung zur Behandlung im Sinne der medizinischen Rehabilitation erst über eine beim VDR anerkannte Weiterbildung zum/zur Suchttherapeuten/-in erworben werden kann. Der Erwerb dieser Befähigung umfasst nach den Kriterien des VDR einen Stundenumfang von 600 Stunden. Darin müssen die Schwerpunkte psychotherapeutische Theorie und Methodenlehre, Selbsterfahrung und Supervision enthalten sein. Aufgrund des Umfangs empfiehlt die DHS, Curricula mit therapeutischer Ausrichtung nicht innerhalb eines allgemeinen Masterstudienganges mit verschiedenen Arbeitsfeldern zu integrieren, sondern eigenständig zu formulieren oder Masterstudiengänge analog der VDR-Kriterien bzgl. ihres Umfangs und ihrer Inhalte zu erweitern.

Der Studienschwerpunkt Behandlung – medizinische Rehabilitation kann aus Sicht der Verbände deshalb nur einen Überblick an therapeutischen Methoden geben und sollte an dieser Stelle eher auf die Integrationshilfen im Gesamtrehabilitationsprozess fokussieren. Diese Maßnahmen zur sozialen und beruflichen Integration sind Bestandteile des Behandlungsprozesses in der medizinischen Rehabilitation.

Therapeutische Methoden:

- individualtherapeutische Verfahren (verhaltenstherapeutisch, gestaltpsychologisch),
- systemische Verfahren (Paartherapie, Familientherapie mit der Herkunftsfamilie, Mehrgenerationentherapie etc.);
- gruppentherapeutische Verfahren (analytisch orientierte Methoden, Psychodrama und Rollenspiel, verhaltenstherapeutische Gruppen etc.).

Integrationshilfen:

- Methoden motivierender Gesprächsführung zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen (z.B. Selbsthilfe, Schulterberatung, Arbeitsagenturen),
- Methodik des Case-Managements zur einrichtungsübergreifenden Beratung und Betreuung Suchtkranker,
- Maßnahmen zur beruflichen und schulischen Integration,
- Maßnahmen zur Tagesstrukturierung,
- Durchführung ambulanter Nachsorge (Einzel- und Gruppengespräche),
- Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe (z.B. Motivation),
- Kooperation mit Selbsthilfe.

Zielgruppen sind:

Abhängige bzw. Suchtkranke.

6 Zusammenfassung

Das Suchthilfesystem wurde in den letzten Jahrzehnten als Subsystem der Sozial- und Gesundheitsversorgung ausdifferenziert (DHS 1997). Dazu wurden unterschiedliche Konzepte in der Beratung, Betreuung und Behandlung für Menschen mit substanz- und verhaltensbezogenen Störungen und Risiken sowie deren Angehörige (z.B. Kinder und Partner/-innen) entwickelt. In den Arbeitsfeldern der Prävention, der sozialen Beratung, in der niedrigschwelligen Arbeit bzw. im Bereich der Überlebenshilfen, Behandlung/Medizinischen Rehabilitation sind vorwiegend Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-innen neben Ärzten/-innen und Psychologen/-innen tätig. Der Bereich der Selbsthilfe bietet trotz des überwiegend ehrenamtlichen Engagements ebenfalls ein Arbeitsfeld für Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-innen. In den verschiedenen Feldern sind differenzierte Kompetenzen gefordert.

In der **Suchtprävention** sind Kenntnisse und Fähigkeiten erforderlich, die zur Förderung der bereits im DHS-Positionspapier (2001) formulierten Ziele (Verhinderung bzw. Verzögerung des Einstiegs in den Konsum, Aufzeigen risikoarmer Konsumweisen, Reduktion risikoreichen Konsums, Förderung des frühzeitigen Ausstiegs aus riskanten Konsummustern und Abstinenz bzw. Förderung von Konsumalternativen) erforderlich sind. Sie nehmen sowohl Einfluss auf individuelle Verhaltensweisen als auch auf die Lebens- und Umweltbedingungen.

Soziale Beratung, insbesondere in ambulanten Einrichtungen zeigt, materielle und immaterielle Hilfemöglichkeiten auf, leistet Motivationsarbeit, vermittelt weiterführende Hilfen z.B. der medizinischen und beruflichen Rehabilitation und führt Kriseninterventionen durch. Auch hierfür sind spezifische Fach- und Methodenkenntnisse erforderlich.

Die Sucht-**Selbsthilfe** ist bundesweit tätig und verfügt über ein gut funktionierendes, dichtes Netz an Hilfeangeboten. Professionelle Unterstützung durch Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-innen in den Bundes- und Landesverbänden soll ehrenamtlich Tätige dazu befähigen, auf Dauer ohne professionelle Hilfe Ressourcen und Hilfequellen für ihre Arbeit zu erschließen.

In den letzten Jahrzehnten wurde ein umfangreiches System so genannter **niedrigschwelliger Hilfen** bzw. **Überlebenshilfen** ausgebaut, die vor allen in den großstädtischen Drogen-szenen eine wichtige Funktion zur Senkung der Morbidität und Mortalität und von Suchtkranken übernehmen. Auch sollen sie die mit dem Substanzkonsum verbundenen sozialen, psychischen und somatischen Folgeschäden, z.B. durch aufsuchende Arbeit, Drogenhilfezentren und Drogenkonsumräume, reduzieren. Besondere Herausforderungen sind polytoxikomaner Drogenkonsum, psychiatrische Auffälligkeiten, lebensbedrohliche Zustände und aggressives Verhalten. In diesem rechtlichen unklar abgesicherten Arbeitsbereich ist ebenfalls spezialisiertes Wissen notwendig.

Das Ziel der Sucht-**Behandlung** bzw. **medizinischen Rehabilitation** liegt in der Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Erwerbsfähigkeit und in der Behebung oder dem Ausgleich körperlicher und seelischer Störungen. Dabei gilt die Suchtmittelabstinenz als erwünschtes und anzustrebendes Verhalten. Behandlung bzw. Rehabilitation werden nach der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001“ durchgeführt. Ziel ist es, die individuell festgelegten therapeutischen Zielsetzungen sukzessive und kontinuierlich zu erreichen und zu stabilisieren. Die Weiterbildungserfordernisse, die in erster Linie psychotherapeutische Kenntnisse umfassen, wurden vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger festgelegt (Ammer 1992, Neupert 2003).

Postgraduale Weiterbildungsstudiengänge für das Arbeitsfeld Sucht sollten eine unmittelbare Verzahnung von wissenschaftlichem Studium und suchtspezifischem Praxisbezug herstellen. Dabei ist es sinnvoll, dass die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden, um den heutigen professionellen Anforderungen gerecht zu werden.

Auf der Grundlage suchtspezifischen Basiswissens (Suchttheorien, Klassifikationssysteme, Epidemiologie, Komorbidität, gesetzliche Grundlagen, Kooperation und Vernetzung, Hilfeplanerstellung) sollten die spezifischen Kenntnisse und Fähigkeiten der skizzierten Arbeitsbereiche modular vermittelt werden. Da sowohl fachlich-inhaltliche als auch personale Kompetenzen erworben werden müssen, ist ein genügend langer Entwicklungszeitraum (mindestens zwei Jahre) im Rahmen der Weiterbildung einer der wesentlichen Qualitätsmerkmale. Bei der Vielzahl der Ziele und Anforderungen eines Masterstudiengangs (z.B. Promotionsvorbereitung, Internationalisierung des Abschlusses) und der Kürze der vorgesehenen Studiendauer besteht die Gefahr, dass die Entwicklung der im Arbeitsfeld erforderlichen persönlichen Fachkompetenzen nicht genügend berücksichtigt werden kann. Daher ist die Berufs- und Praxisorientierung in der Evaluation der Studiengänge von besonderer Bedeutung.

Erstellt vom Fachausschuss `Aus-, Fort- und Weiterbildung´.

Redaktion: Christina Meyer und Dr. Raphael Gaßmann

Autoren/-innen:

Hedi Boss
Irene Helas
Jost Leune
Christina Meyer
Doris Sarrazin
Christoph Simon

7 Literatur

1. AHPGS (2002): Standards und Kriterien für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen im Bereich Heilpädagogik, Pflege, Gesundheit und Soziale Arbeit. Stand Oktober 2002. Freiburg.
2. Ammer, F. (u.a.) (1992): Beurteilung von Weiterbildungen für Einzel- und Gruppentherapeuten (Tätigkeitsfeld Sucht) gemäß der Anlage 1 der Empfehlungsvereinbarung vom 20. November 1978 und § 5 Abs. 4 der Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht vom 29. Januar 1991. In: Deutsche Rentenversicherung 7-8, 468 - 473. Frankfurt am Main.
3. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) (1995): Richtlinien zur Verwendung der BfA-Zuwendungen zur Verbesserung der Nachsorge nach § 31 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI vom 18. Oktober 1995.
4. Bader, R. (2000): Konstruieren von Studienschwerpunkten. In: Bader, R.; Sloane, P.F.E. (Hg.): Lernen in Studienschwerpunkten. Theoretische Gestaltungsansätze zum Lernfeld-Konzept. Markt Schwaben: Eusl. S. 33-50.
5. Caplan, G. (1964): Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.
6. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (2001): Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe. Positionspapier 2001. Hamm.
7. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (1999): 10 Punkte-Katalog der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen zu einer umfassenden Suchtstoffpolitik und einem nationalen Gesundheitsprogramm Sucht. Hamm.
8. Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.) (2003): Aktionsplan Drogen und Sucht. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Berlin.
9. Fachverband Drogen und Rauschmittel (Hg.) (2005): Fort- und Weiterbildungen. In: <http://fdr-online.info/fort-weiterbildung.php>
10. Fachverband Drogen und Rauschmittel (Hg.) (1997): Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe. Schwerpunkt Drogenarbeit. Geesthacht: Neuland-Verlag.
11. Feuerlein, W. (1979): Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen. 2., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Thieme.
12. Frietsch, R. (2000): Nachsorge als Bestandteil des Gesamtrehabilitationsprozesses. In: DHS (Hg.): Jahrbuch Sucht 2001. Geesthacht: Neuland Verlag
13. Gaßmann, R.; Leune, J. (2000): Die Versorgung suchtkranker Menschen in Deutschland. In: DHS (Hg.): Jahrbuch Sucht 2001. Geesthacht: Neuland Verlag
14. Gerkens, K.; Hüllinghorst, R.; Wimmer, D. (Hg.) (2003): Handbuch Sucht - Prävention und Behandlung - Rechtsgrundlagen und Rechtsprechung. Band I. 19. Lfg. 2. Sankt Augustin: Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe.
15. Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG. In der durch den Deutschen Bundestag am 27.11.1997 verabschiedeten Fassung (BR Drs. 927/97) mit

eingearbeiteten Beschlüssen des Vermittlungsausschusses vom 4.2.1998, verabschiedet vom Deutschen Bundestag am 12.2.1998, verabschiedet vom Bundesrat am 6.3.1998 und am 1. 1.1999 in Kraft getreten.

16. Hurrelmann, K. (2003): Gesundheitssoziologie. Weinheim: Juventa.
17. Kohl, W.; Carius, S. (2003): Prävention im Spannungsfeld von Eigenverantwortung, Solidarität und Finanzierbarkeit. In: Deutsche Rentenversicherung 1-2/2003, S. 30-51.
18. Müller, W. (2003): Bachelor und Master der Sozialarbeit nach angloamerikanischer Art. In: Soziale Arbeit, H. 8, S. 288-293.
19. Muijsers, P. (1999): Modularisierung des Pflegeunterrichts. München: Urban und Fischer.