



# **Komorbidity: Alcoholabhängigkeit und Depression**

Lisa Ahlers – 348214

LP 9.2 (EU): Bachelor–Thesis

Fachbereich Sozialwesen /AMM

Saxion Enschede

# Komorbidität: Alkoholabhängigkeit und Depression

*– Aus Sicht eines Sozialpädagogen in der Suchthilfe –*

Lisa Ahlers – 348214

Bachelorbegleiter: Lutz Siemer

Fachbereich Sozialwesen / AMM

Saxion Enschede

Westrum, 25. September 2017

## **Inhalt**

Vorwort .....	1
Zusammenfassung .....	2
1 Einführung .....	4
1.1 Anlass der Forschung .....	5
1.2 Eingrenzung des Projektrahmens .....	10
1.3 Zielsetzung der Forschung .....	11
1.4 Forschungsfrage und Teilfragen .....	12
2 Theoretischer Rahmen .....	15
2.1 Störungsbild .....	15
2.1.1 Komorbidität .....	15
2.1.2 Alkoholabhängigkeit .....	18
2.1.3 Depression .....	19
2.1.4 Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Sucht .....	21
2.1.5 Behandlungsmanuale für die Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression .....	23
2.2 Sozialpädagogen in der Suchthilfe .....	27
2.3 Adäquate Versorgung .....	30
2.3.1 Beeinflussende Faktoren der adäquaten Versorgung der Patientengruppe	31
3 Untersuchungsmethodik .....	35
3.1 Art und Typ der Untersuchung .....	35
3.2 Population .....	36
3.3 Instrumente .....	37
3.4 Verfahren .....	39
3.5 Reliabilität .....	40
3.6 Validität .....	42
3.7 Ethische Überlegungen .....	43
4 Ergebnisse .....	45
4.1 Teilfrage 2 .....	45

4.1.1	Hast du schon Erfahrungen mit Patienten gemacht, die unter einer entsprechenden Komorbidität leiden? .....	45
4.1.2	Welche Erfahrungen hast du gemacht?.....	45
4.1.3	Bist du mit den Patienten anders umgegangen, als mit Patienten, die „nur“ in Anführungszeichen unter einer Alkoholabhängigkeit leiden? .....	46
4.1.4	Wie hast du sie anders beraten? .....	46
4.1.5	Bist du vertraut mit den aktuell bestehenden Behandlungsmanualen bezüglich dieser Komorbidität?.....	47
4.1.6	Welche Erfahrungen hast du mit diesen Manualen gemacht? .....	47
4.2	Teilfrage 4.....	48
4.2.1	Welche Faktoren beeinflussen deines Erachtens nach die adäquate Versorgung der Patienten mit ebendieser Komorbidität? .....	48
4.2.2	Siehst du die Faktoren aus der Literaturrecherche ebenfalls als beeinflussend an?.....	50
4.2.3	Sind dir diese Faktoren während eines Beratungsprozesses bereits begegnet? .....	50
4.2.4	Welchen Faktor siehst du als am schwerwiegendsten an?.....	50
4.3	Teilfrage 5.....	51
4.3.1	Muss die Situation deiner Meinung nach verbessert werden und wieso?51	
4.3.2	Was sind deine Vorschläge zur Verbesserung der aktuellen Behandlungssituation?.....	51
4.3.3	Hast du schon etwas dafür unternommen, um die Situation zu verbessern und wenn ja, was?.....	52
5	Schlussfolgerungen .....	53
5.1	Schlussfolgerungen Teilfragen.....	53
5.1.1	Welche Manuale für die Behandlung der der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression durch einen Sozialpädagogen sind bereits vorhanden? .....	53
5.1.2	Welche Erfahrungen haben die Sozialpädagogen in der Suchthilfe mit den aktuell vorhandenen Behandlungsmanualen und allgemein mit der Versorgung der Patienten, die unter der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression leiden, gemacht? .....	54

5.1.3	Was sind die Faktoren, die bei der adäquaten Versorgung von Patienten mit der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression eine Rolle spielen?..	55
5.1.4	Welche Faktoren beeinflussen, basierend auf den Erfahrungen der Sozialpädagogen in der Suchthilfe, die adäquate Versorgung der Patientengruppe mit einer Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression?.....	56
5.1.5	Gebündelte Darstellung aller beeinflussenden Faktoren.....	56
5.1.6	Wie kann, laut den Sozialpädagogen in der Suchthilfe, die aktuell bestehende Problematik ebendieser Berufsgruppe bei der Arbeit mit den Patienten, die sowohl alkoholabhängig als auch depressiv sind, bearbeitet werden?	58
5.2	Schlussfolgerung Forschungsfrage.....	59
5.3	Empfehlungen .....	60
5.4	Stärken und Schwächen .....	63
5.5	Diskussion .....	65
	Literaturverzeichnis .....	66
	Anlagen.....	71
Anlage 1	Eidesstattliche Erklärung.....	71
Anlage 2	Interviewleitfaden .....	72
Anlage 3	Interview 1 .....	75
Anlage 4	Interview 2 .....	87
Anlage 5	Interview 3 .....	93
Anlage 6	Interview 4 .....	100
Anlage 7	Interview 5 .....	113
Anlage 8	Labeltabellen .....	118
Anlage 8.1	Frage 1 .....	118
Anlage 8.2	Frage 2.....	119
Anlage 8.3	Frage 3.....	125
Anlage 8.4	Frage 4.....	125
Anlage 8.5	Frage 5.....	128
Anlage 8.6	Frage 6.....	128
Anlage 8.7	Frage 7.....	129

Anlage 8.8	Frage 8.....	133
Anlage 8.9	Frage 9.....	134
Anlage 8.10	Frage 10 .....	135
Anlage 8.11	Frage 11 .....	136
Anlage 8.12	Frage 12 .....	137
Anlage 8.13	Frage 13 .....	140
Anlage 9	Evaluatieformulier Opdrachtgever .....	141
Anlage 10	Beurteilungsformular .....	144

## **Vorwort**

Die vorliegende Bachelor–Thesis befasst sich mit dem Thema „Korbidität: Alkoholabhängigkeit und Depression– Aus der Sicht eines Sozialpädagogen in der Suchthilfe“. Im Rahmen des Abschlussverfahrens des Studiums bin ich dazu angehalten eine solche Arbeit zu verfassen. Hierzu habe ich mit der Fachambulanz für Suchtprävention und Rehabilitation im Emsland zusammengearbeitet. Die Motivation dafür, diese Thematik zu bearbeiten, entwickelte sich aus meinen eigenen Erfahrungen. Hierzu eine kurze, persönliche Erklärung:

Meine zwei letzten studienbegleitenden Praktika absolvierte ich in zwei Suchthilfeeinrichtungen. Das eine im stationären, das andere im ambulanten Setting. In beiden Bereichen fiel mir immer wieder die erschwerte Zusammenarbeit mit den Patienten auf, die neben ihrer Abhängigkeitsdiagnose noch zusätzlich die Diagnose Depression hatten. Erschwert in dem Sinne, dass beispielsweise in einer depressiven Phase immer wieder die bisher eingehaltene Abstinenz verletzt wurde oder sich die direkte Zusammenarbeit während Einzelgesprächen zwischen Sozialpädagoge und Patient als sehr mühselig gestaltete. Der Grund dafür lag beispielsweise oft bei der erlebten Antriebslosigkeit der Patienten mit entsprechender Indikation. Aufgrund meiner eigenen Praxiserfahrungen war dieses Thema hochinteressant für mich. Im Gespräch mit meinem damaligen Praxisanleiter und jetzigem Auftraggeber, M. Velt, wurde mir klar, dass meine Empfindungen nicht unbegründet waren. Auch mein Auftraggeber, der nun schon über 20 Jahre in der Suchthilfe tätig ist, spiegelte mir meine Erfahrungen mit den oben benannten Patienten wieder. Ihm ist ebenfalls der erschwerte Umgang mit den Patienten mit entsprechender Indikation über die Jahre hinweg aufgefallen. Diese beschriebenen Erfahrungen bildeten die grundlegende Motivation für die Erforschung der Thematik im Rahmen der Bachelor–Thesis.

## **Zusammenfassung**

In der vorliegenden Bachelorarbeit geht es um die Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und Depressionen und die Sicht der Sozialpädagogen in der Suchthilfe auf dieses Störungsbild. Das langfristige Ziel der Forschung ist es, einen Beitrag zur besseren Versorgung von Patienten mit einer Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression durch die Sozialpädagogen in der Suchthilfe zu leisten. Die Patienten werden oftmals nicht ausreichend und passend versorgt, wodurch sich ihr Krankheitsverlauf verschlechtert. Das kurzfristige Ziel der Forschung ist es, die Erfahrungen der Sozialpädagogen in der Suchthilfe mit dem Krankheitsbild zu sammeln. Dadurch wird die Problematik im Kontext platziert, um so anschließend bearbeitet zu werden.

Mittels Interviews wurden die Erfahrungen der Sozialpädagogen in der Suchthilfe gesammelt. Es wurden zusätzliche Inhaltsanalysen durchgeführt, um die theoretischen Teilfragen zu beantworten, die der umfassenden Ergebniserhebung dienen. Die Erfahrungen der Sozialpädagogen mit dem Störungsbild sind unterschiedlicher Art. So wurde ein erschwerter Umgang mit den Patienten festgestellt. Sie gaben an, anders mit ihnen umzugehen, als mit den „herkömmlichen“ Suchtpatienten. Auch wurde die Erfahrung gemacht, dass die Problematik bei der Versorgung der Patienten oftmals bei den Sozialpädagogen selbst und der Struktur, in der sie arbeiten, liegt. Um einen Beitrag zur besseren Versorgung der Patienten mit der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression zu leisten, müssen die Sozialpädagogen Eigeninitiative zeigen. Sie sind diejenigen, die etwas an der Qualität der Versorgung ändern können, also sind es auch sie, die den ersten Schritt in Richtung Änderung gehen müssen. Es wurden 2 Empfehlungen bezüglich der auftraggebenden Einrichtung formuliert. Diese Empfehlungen beziehen sich auf die störungsspezifische Fortbildung der Sozialpädagogen der Fachambulanz und die engere Vernetzung mit den Fachärzten der Region. Es wird eine Empfehlung für den

breiten Kontext formuliert, in der die Entwicklung eines Behandlungsmanuals von Sozialpädagogen für Sozialpädagogen in der Suchthilfe vorgeschlagen wird. An dieser Empfehlung könnten weiterführende Forschungen ansetzen.

Im weiteren Verlauf der Bachelor–Thesis wird sich die Verfasserin auf das Maskulinum beschränken, wobei damit beide Geschlechter gemeint sind.

## **1 Einführung**

Wie bereits im Vorwort benannt, wird in dieser Bachelor–Thesis die Thematik der Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und Depression behandelt. In einem Infobrief der Abteilung Suchtmedizin des LWL–Rehabilitationszentrum Südwestfalen der LWL–Kliniken Warstein und Lippstadt heißt es „Der „08/15–Suchtpatient“ wird immer seltener–ein seit Jahren bekannter Trend“ (Holzbach, 2014). Es werden aktuell immer mehr psychiatrische Zweiterkrankungen diagnostiziert. Jedoch sind typische „lehrbuchmäßige“ Erkrankungen bei psychisch kranken Suchtpatienten eher selten (Holzbach, 2014). Zuvor wurde dem Vorliegen einer Komorbidität bei einer Alkoholabhängigkeit keine beziehungsweise kaum Aufmerksamkeit geschenkt, doch nun wendet sich die Forschung der Problematik zu, da diese verstärkt auftritt (Vogelsang, 2011). Aufgrund der immer häufiger diagnostizierten komorbiden Störungen in der Suchthilfe bedarf es hier einer genauen Betrachtung der Problematik aus mehreren Perspektiven. Der Betrachtungsrahmen in dieser Bachelor–Thesis beschränkt sich auf die Perspektive eines Sozialpädagogen in der Suchthilfe.

Die Thesis startet mit einer Zusammenfassung in deutscher und in englischer Sprache. Daraufhin folgt die Einführung. Diese Einführung beinhaltet den Anlass, die Eingrenzung des Projektrahmens, die Zielsetzung sowie die Fragestellung der Forschung. Im darauffolgenden Kapitel wird der theoretische Rahmen beschrieben. In diesem werden die Kernbegriffe der Forschung operationalisiert mit Hilfe von Literatur. Nun folgt die genaue Beschreibung der Untersuchungsmethodik. Nachdem die Untersuchungsmethodik beschrieben wurde, werden die Ergebnisse der Forschung benannt. Das nächste und letzte Kapitel befasst sich mit den

Schlussfolgerungen aus diesen Ergebnissen, es werden Empfehlungen formuliert, die Stärken und Schwächen der Forschung abgewogen und die Diskussion verschriftlicht.

### **1.1 Anlass der Forschung**

Der Anlass der Forschung bezieht sich auf die Kompetenzen der Sozialpädagogen in der Suchthilfe. Sie ergründet sich auf der selbsterfahrenen fehlenden Kenntnis von adäquaten Herangehensweisen an die Problematiken der Patienten mit der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression. Zwischen Suchtproblemen, Suchterkrankungen und anderen psychischen Problemen beziehungsweise Erkrankungen bestehen, laut verschiedener Untersuchungen, häufig Zusammenhänge und erhebliche Wechselwirkungen (Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, 2015). Bei der Betrachtung des Aufkommens einer Komorbidität unter Suchtpatienten lässt sich feststellen, dass es hier zu einer auffälligen Häufung kommt. Angst- und depressive Störungen bei Patienten mit einer Drogenabhängigkeit treten zwei bis dreimal so häufig auf wie in der der Allgemeinbevölkerung (Gouzoulis-Mayfrank, Komorbiditäten von Sucht und anderen psychischen Störungen – Grundlagen und evidenzbasierte Therapie, 2008). Laut Heinz und Trenckmann (1997) waren über ein Drittel ihrer behandelten Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit zusätzlich noch an einer Depression erkrankt. Keine weitere psychische Störung hatte einen so hohen Anteil wie die Depression (29,7 %). Lediglich die Patienten ohne komorbide Störung machten einen höheren Anteil aus (32,8 %) (Heinz & Trenckmann, 1997). Die Anzahl der Patienten mit den Diagnosen Alkoholabhängigkeit und Depression ist hoch. Neuere Studien zeigen, dass immer noch ein erhöhter Zusammenhang zwischen einer Depression und pathologischem Suchtmittelkonsum besteht. Die Schätzungen aus den meisten Untersuchungen gehen von einer Prävalenz für depressive Erkrankungen bei einer vorhandenen Alkoholabhängigkeit von 30 bis zu 60 % aus (Gouzoulis-Mayfrank & Walter, 2014).

Das hohe Aufkommen dieser Komorbidität ist für Menschen, die mit dieser Gruppe von Patienten viel zusammenarbeiten, eine Herausforderung. Es ist eine gezielte störungsspezifische Behandlung der komorbid erkrankten Alkoholabhängigen angezeigt, die mit psychosozialen und pharmakologischen Therapiestrategien kombiniert ist, doch findet dieses oft nicht statt (Gouzoulis-Mayfrank & Walter, 2014). Häufig sind die Behandlungsangebote für diese Patienten nur auf eine der beiden Störungen spezialisiert. Das hat negative Auswirkungen auf die Patienten. Diese fühlen sich nicht im Ganzen gesehen und oftmals missverstanden (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2014). Die Neuerung im Behandlungskonzept des LWL-Rehabilitationszentrum Südwestfalen, aus dem die vorherige Aussage stammt, lässt darauf schließen, dass die untersuchte Problematik eine gesellschaftliche Relevanz beinhaltet, da sie mit einem erneuerten Behandlungskonzept auf den beobachteten Trend reagieren. Wäre die Problematik lediglich vereinzelt relevant und nicht auf gesamtgesellschaftlicher Ebene, so würde beispielsweise die Abteilung Sucht des LWL nicht in einem solchen Maße Neuerungen entwickeln. Patienten, die unter einer komorbiden Störung leiden, benötigen in der Regel eine intensivere therapeutische Betreuung. Diese Betreuung sollte allen psychischen Störungen des Patienten Rechnung tragen und dessen Besonderheiten und wechselseitige Beziehungen auf spezielle Weise beachten (Gouzoulis-Mayfrank, 2008). Bei einer vorliegenden Komorbidität wird ein deutlich erhöhter Therapieaufwand während der Rehabilitation festgestellt. Zudem senken sich die Erfolgchancen der Rehabilitation. Es handelt sich bei der betroffenen Patientengruppe um eine besonders belastete sowie beeinträchtigte Gruppe (Vogelsang, 2011). Die Heterogenität der Krankheitsbilder und die teilweise komplexe Dynamik der Wechselwirkungen zwischen den beiden Störungen erheben hohe Anforderungen an den Behandelnden (Dürsteler-MacFarland, Prica, & Vogel, 2013).

Eine weitere Schwierigkeit bei der Behandlung der Patienten mit einer komorbiden Störung gestaltet sich aus der Trennung des Suchthilfesystems und der psychiatrischen Versorgung in Deutschland. Eine ähnlich vertretene Problematik findet sich ebenso in den Niederlanden. Hier ist ebenfalls die „Verslavingszorg“ (dt. : Suchthilfe) und die „Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)“ (dt. : Psychischer Gesundheitsdienst) in zwei Sektoren getrennt. Dadurch ist eine Zusammenarbeit der beiden Sektoren nicht selbstverständlich. Es fehlt auf beiden Seiten häufig noch an Kenntnis, um die vorliegenden Problematiken gut diagnostizieren und behandeln zu können. Das ist zum Nachteil für die Klienten und führt zu Frustrationen bei den Professionals aus den jeweiligen Sektoren. Der aktuelle Trend in den Niederlanden ist zwar dahingehend, dass immer mehr integrierte Behandlungsprogramme für die Patienten mit entsprechender Indikation entwickelt und die Mitarbeiter der Professionen geschult werden, doch in der Praxis wird noch oft auf die alten Behandlungsmuster zurückgegriffen. Bei der Behandlung der Patienten verfolgen die Professionals noch zu sehr die Visionen eben ihrer Profession. Getrennte Organisationen, verschiedene Geldflüsse, schrumpfende Budgets und organisatorische Hürden sind Gründe für die bisherigen Schwierigkeiten in der Umsetzung (Dom, et al., 2013). Das Auftreten einer weiteren psychischen Störung zu einer Substanzabhängigkeit und die negativen Auswirkungen auf den Krankheits- und Behandlungsverlauf sind auch in Deutschland ausreichend belegt. Die Umsetzung dieser Kenntnisse in die Praxis gestaltet sich jedoch, ähnlich wie in den Niederlanden, immer noch als schwierig. Wie schon zu Beginn des Absatzes erwähnt, ist anzunehmen, dass die strukturelle Trennung der Versorgung von psychischen und Suchterkrankungen es erschwert, eine angemessene Diagnostizierung und Behandlung komorbider Störungen durchzuführen. Zudem verkompliziert die Heterogenität der Einrichtungen innerhalb des Suchthilfesystems die Implementierung eines Ansatzes, der eine einheitliche Behandlung psychischer Komorbiditäten beinhaltet (Brand & Braun, 2015). Aktuell erscheinen immer mehr

evaluierte Therapiemanuale für eine homogene Störungsgruppe auf dem Markt, die man anfänglich in einer einheitlichen Behandlung einbringen und so den Ansatz einer einheitlichen Behandlung komorbider Störungen implementieren wollte. Allerdings sind diese Manuale zu störungsspezifisch und so widersprechen sich die Therapieempfehlungen für psychische Störungen und für Substanzstörungen oft. Die Wirksamkeit, die eine therapeutische Handlungsanweisung für eine Störung erbracht hat, ist nicht ebenso zu erwarten bei der anderen Störung. Eine der beiden Störungen wird, je nach Therapieschwerpunkt, kaum angemessen behandelt. Das hat nicht selten eine Verschlechterung der psychischen Störung oder einen suchtmittelbezogenen Rückfall zur Folge (Donati & Moggi, 2004). Die strukturelle Trennung der beiden Hilfesysteme bewirkt, dass aus den jeweiligen Professionen nur dazu passende Therapiemanuale ausgestellt werden. Diese sind zwar passend und adäquat für die jeweilige Störung doch greifen sie nicht bei einem komorbiden Störungsbild. Vielen Einrichtungen ist diese Schwierigkeit bewusst. So werden Patienten oftmals zwischen den verschiedenen Einrichtungen „hin- und hergeschoben“. Moggi und Donati (2004) bezeichnen dies als eine „Ping-Pong“-Therapie. So schließen Einrichtungen der Suchthilfe Patienten mit einer psychiatrischen Begleitdiagnose aus und vermitteln diese in psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung. Andersrum schließen Einrichtungen aus der psychiatrischen Versorgung Patienten mit einer Suchtmittelproblematik aus oder versuchen sie weiterzuvermitteln da die wirksame Behandlung bei fortgesetztem Suchtmittelkonsum verhindert wird. Es kommt bei Therapien oft aufgrund des beispielsweise nicht erkannten Ausmaßes einer Suchtmittelproblematik zu Abbrüchen. So wird die Interaktion beider Störungsbilder nicht erkannt, bleibt unbehandelt und führt zur letztendlichen Stagnation der Therapie. Dies hat eine zunehmende Häufigkeit von unangemessen behandelten Patienten mit einer komorbiden Störung zur Folge (Donati & Moggi, 2004). Es ist aufgrund der schwierigen Versorgung des Störungsbildes und der aktuell bestehenden Methoden

und deren mangelnde Umsetzung nicht möglich, den Patienten eine adäquate Versorgung zu bieten. Die fehlenden Kenntnisse der jeweiligen Profession und die aktuellen Abläufe der Versorgung sind ausschlaggebend für das Verfassen der Bachelor-Thesis.

Ein weiterer Anlass, ein weiteres Argument für die Relevanz der Ausarbeitung der Thesis, findet sich auf gesellschaftlicher Ebene. „Suchthilfe zielt [...] auf die Normalisierung der gesellschaftlichen Situation.“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2005 ) Das Ziel aller Maßnahmen im Rahmen der Suchthilfe ist es, die abhängigen, erkrankten Menschen in die Gesellschaft zu integrieren, beziehungsweise zu re-integrieren (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2005 ). Diese Ziele sind zunächst lediglich in Bezug auf die direkt Betroffenen, die Patienten selber, formuliert. Doch das Zitat, in dem von Normalisierung der gesellschaftlichen Situation die Rede ist, kann eben auch auf die gesamte Gesellschaft ausgeweitet werden. So ist in der Hinsicht zunächst die gesellschaftliche Situation des Einzelnen, eben des Abhängigen gemeint. Doch die Gesellschaft trägt zur Genesung der Abhängigkeitserkrankten bei. Denn als Hauptkostenträger für medizinische Rehabilitationen für Abhängigkeitserkrankte steht die Deutsche Rentenversicherung, in die jedes sozialversicherte Mitglied der Gesellschaft einzahlt. So trägt jedes Individuum, das Rentenversicherungsbeiträge zahlt, zur Behandlung eines Abhängigkeitserkrankten bei. Da, wie bereits oben genannt, die Häufigkeit einer Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression hoch ist und sich die beiden Störungsbilder immer wieder beeinflussen, ist es wichtig, eine adäquate Herangehensweise unter den Sozialpädagogen für diese Wechselwirkung zu entwickeln. Durch diese adäquate Herangehensweise soll eine nachhaltige und erfolgreiche Behandlung erreicht werden, die präventiv gegen beispielsweise Rückfälle und damit verbunden erneute Rehabilitationsmaßnahmen, die wieder

Kosten mit sich bringen, wirken soll. Somit kann die Gesellschaft entlastet werden, denn es fallen weniger Kosten an für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankten.

## 1.2 Eingrenzung des Projektrahmens

Um den Projektrahmen einzugrenzen, bezieht sich die Thesis auf die Problematik aus Sicht eines Sozialpädagogen in der Suchthilfe. Im Bereich der ambulanten Suchthilfe, die hier als Beispiel dient, zeigt sich der Grund für die Relevanz der Betrachtung aus der zuvor benannten Perspektive. Das Arbeitsfeld der Suchthilfe hat einen multiprofessionellen Charakter. Dennoch überwiegt die Profession Sozialpädagogik. Ärzte sind zu 2 %, Psychologen sind zu 11 % und Pädagogen, Sozialwissenschaftler und Soziologen sind mit bis zu 8% in der Suchthilfe tätig. Die Sozialpädagogen sind mit bis zu 69% die am häufigsten vertretene Berufsgruppe in diesem Tätigkeitsfeld (Hansjürgens, 2015). Sozialpädagogen sind mit großer Mehrheit in den verschiedenen Behandlungsarten vertreten, die sich auf die Reduktion von Substanzmittelmissbrauch und mentale Beeinträchtigungen fokussieren. Demnach hat es eine besondere Gewichtung, dass die Sozialpädagogen mit dem Störungsbild und all seinen Interaktionen vertraut sind. Sie sind diejenigen, die oft direkt mit den Konsumenten und hospitalisierten psychisch kranken Patienten arbeiten (Daley & Kelly, 2013). Das Übergewicht der Profession Sozialpädagogik in diesem Tätigkeitsfeld legt die Wahl und die damit einhergehende Eingrenzung des Forschungsthemas und dessen Komponenten nahe. Ebenso ist es die eigene Motivation der Verfasserin, die als angehende Sozialpädagogin einen Teil zur Weiterentwicklung der Profession auf gesellschaftlicher Ebene mithilfe dieser Forschung beitragen will, ein Auswahlkriterium für die zu erforschende Thematik. Eine weitere Einschränkung des Projektrahmens erfolgt durch die Wahl des Störungsbildes. In der Forschung wird sich auf zwei spezielle Störungsbilder beschränkt, die eine hohe Prävalenzrate aufweisen. So kann ein breites und dennoch spezielles Feld im Rahmen der Forschung untersucht werden. Weitere Eingrenzungen

des Forschungsrahmens ergeben sich aus den Interessen des Auftraggebers. Die Fachambulanz für Suchtprävention und Rehabilitation der Caritas in Papenburg fungiert als Auftraggeber für diese Forschung. Die Fachambulanz in Papenburg ist eine Zweigstelle. Insgesamt gibt es 4 Fachambulanzen im Emsland wobei die Fachambulanz in Papenburg inbegriffen ist. Der Hauptsitz liegt in Meppen, weitere Zweigstellen finden sich in Lingen und Sögel. Zudem wird durch die Fachambulanz eine Motivationsbehandlung innerhalb der Justizvollzugsanstalt Meppen–Versen angeboten und eine integrative Behandlung im St. Vinzenz Hospital in Haselünne. In all diesen Einrichtungen der Fachambulanz arbeiten in deutlicher Überzahl gegenüber anderen Professionen Sozialpädagogen. Auch hier wird aufgrund der Tatsache, dass der Auftrag aus einer Suchthilfeeinrichtung stammt, deutlich, wieso der Forschungsrahmen auf die Sicht eines Sozialpädagogen in der Suchthilfe eingegrenzt ist.

### **1.3 Zielsetzung der Forschung**

Die langfristige Zielsetzung der Forschung bezieht sich auf die verbesserte Versorgung der Patienten mit einer komorbiden Störung in den Bereichen Alkoholabhängigkeit und Depressionen. Konkret formuliert lautet das langfristige Ziel: *„Ziel der Forschung ist es, einen Beitrag zur besseren Versorgung von Patienten mit einer Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression durch die Sozialpädagogen in der Suchthilfe zu leisten.“* Die durchgeführte Problemanalyse macht deutlich, dass Patienten mit dem benannten Störungsbild oftmals nicht ausreichend und passend versorgt werden. Das hat zur Folge, dass sich ihr Krankheitsverlauf verschlechtert. Aus der Analyse geht hervor, dass es aktuell an der Umsetzung passender Behandlungsmanuale scheitert und so die Sozialpädagogen keine passende Versorgung leisten können.

Um die Versorgung der Patienten mit dem entsprechenden Krankheitsbild zu optimieren, muss zunächst herausgefunden werden, welche Erfahrungen mit den

bisher bestehenden Methoden und allgemein mit der Behandlung der Patienten, die sowohl alkoholabhängig als auch depressiv sind, gemacht wurden und wie diese umgesetzt wurden. Das kurzfristige Ziel lautet demnach: „Ziel ist es, die heutigen Erfahrungen mit dem Krankheitsbild aus dem Arbeitsfeld des Sozialpädagogen in der Suchthilfe zu sammeln.“ Mithilfe der Sammlung von aktuellen Erfahrungen der Sozialpädagogen in der Suchthilfe soll die Problematik im Kontext platziert und anschließend bearbeitet werden. Sowohl die kurzfristige als auch die langfristige Zielstellung macht die Forschung relevant für alle Sozialpädagogen in der Suchthilfe, also dem breiten Kontext.

#### **1.4 Forschungsfrage und Teilfragen**

Die Forschungsfrage, die sich aus der Zielstellung ableitet, lautet:

*„Wie kann ein Sozialpädagoge in der Suchthilfe basierend auf den eigenen Erfahrungen zu einer adäquaten Versorgung der Patienten mit einer Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression beitragen?“*

Mithilfe der Forschungsfrage, die leitend für die gesamte Forschung ist, soll die adäquate Versorgung der Patienten mit der entsprechenden Indikation ermöglicht werden. Zuerst werden dabei die bestehenden Behandlungsmethoden und die Erfahrungen der Sozialpädagogen in der Suchthilfe damit, sowie generell mit der Behandlung von Patienten, die unter der komorbiden Störung Alkoholabhängigkeit und Depression leiden, erforscht. Dadurch soll die bestehende Problematik im Kontext platziert und somit eine Bearbeitung ebendieser ermöglicht werden. Mit dem Ergebnis soll ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgung der benannten Patienten geleistet werden.

Aus der Forschungsfrage leiten sich Teilfragen ab. Diese Teilfragen tragen zu der Erarbeitung der Forschungsfrage bei. Durch die Formulierung von Teilfragen, wird die Problematik in mehrere Unterteile aufgeteilt. Sobald alle Teilfragen beantwortet

werden können, kann auch die Forschungsfrage beantwortet werden (Verhoeven, 2016). Im nun folgenden Teil werden die 5 Teilfragen kurz benannt. Die Ausarbeitung der praktischen Übersicht über die Teilfragen erfolgt im weiteren Verlauf der Thesis, nachdem die Untersuchungsmethodik beschrieben und untermauert wurde. Die Teilfragen lauten:

- Teilfrage 1: „Welche Manuale für die Behandlung der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression durch einen Sozialpädagogen sind bereits vorhanden?“
- Teilfrage 2: „Welche Erfahrungen haben die Sozialpädagogen in der Suchthilfe mit den aktuell vorhandenen Behandlungsmanualen und allgemein mit der Versorgung der Patienten, die unter der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression leiden, gemacht?“
- Teilfrage 3: „Was sind die Faktoren, die bei der adäquaten Versorgung von Patienten mit der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression eine Rolle spielen?“
- Teilfrage 4: „Welche Faktoren beeinflussen, basierend auf den Erfahrungen der Sozialpädagogen in der Suchthilfe, die adäquate Versorgung der Patientengruppe mit einer Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression?“
- Teilfrage 5: „Wie kann, laut den Sozialpädagogen in der Suchthilfe, die aktuell bestehende Problematik ebendieser Berufsgruppe bei der Arbeit mit den Patienten, die sowohl alkoholabhängig als auch depressiv sind, bearbeitet werden?“

Mit der Auswahl der Teilfragen und der eigentlichen Forschungsfrage wird das Ergebnis der Forschung für den breiten Kontext zugänglich. Der breitere Kontext stellt sich hier zunächst aus allen Sozialpädagogen in der Suchthilfe zusammen. Die Frage nach dem aktuellen Stand der Methoden ist somit von Bedeutung. Der Schwerpunkt liegt hier auf dem Sammeln von sozialpädagogischen Methoden, jedoch

werden auch psychologische und medizinische Methoden betrachtet. Um die Intentionen der Forschung zu verfolgen, wird in der zweiten, vierten und fünften Teilfrage gezielt auf die Sozialpädagogen in der Suchthilfe eingegangen. So bleibt man bei der Betrachtung der Problematik bei der Sicht eines Sozialpädagogen in der Suchthilfe.

Im breiteren Kontext gesehen sind die Teilfragen, die Forschungsfrage und die Zielsetzung der Forschung ebenso interessant für andere Professionen, die ebenfalls den Patienten mit diesem Störungsbild begegnen und sie behandeln. Wie schon in den Kapiteln 1.1 und 1.2 benannt, ist die Suchthilfe ein multiprofessionelles Tätigkeitsfeld. Die Fragen und die Problematiken können genauso bei Ärzten und Psychologen aufkommen. Das Ergebnis der Forschung kann ihnen, ebenso wie den Sozialpädagogen in der Suchthilfe, bei der Beantwortung ihrer Fragen behilflich sein. Somit ist die gesamte Forschung im breiten Kontext anwendbar. Sie wird nicht nur für einen bestimmten Träger in der Suchthilfe von Nutzen sein, sondern vielseitig einsetzbar sein. Die Ergebnisse der Forschung werden von vielen unterschiedlichen Einrichtungen in der Suchthilfe verwendet werden können.

## **2 Theoretischer Rahmen**

Der theoretische Rahmen dient der Operationalisierung und Definierung der Kernbegriffe. Der theoretische Rahmen beschreibt erste Theorien, um das Praxisproblem zu lösen. Dabei wird die Thematik aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Es werden die Kernbegriffe operationalisiert, die die Forschung messbar machen ("Taalwinkel", 2014). Bei den Kernbegriffen handelt es sich um „Störungsbild“, „Sozialpädagogen in der Suchthilfe“ und „Adäquate Versorgung“. Diese drei Kernbegriffe sind Variablen, die Einfluss auf das Ergebnis der Forschung haben. Basierend auf den Variablen ist die Forschung aufgebaut. Im Folgenden werden sie sowohl operationalisiert als auch die Verbindung untereinander beschrieben. Durch die Ergebnisse der Literaturrecherche werden die theoretischen Teilfragen beantwortet.

### **2.1 Störungsbild**

Bei dem ersten zu operationalisierenden Kernbegriff handelt es sich um den Kernbegriff „Störungsbild“. Das Störungsbild, auf das in der Forschung eingegangen wird, ist die Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und Depression. Dazu werden zunächst die einzelnen Begriffe genauer beschrieben und zum Schluss das gesamte Störungsbild mit allen Komponenten.

#### *2.1.1 Komorbidität*

Der Begriff „Komorbidität bezeichnet das Auftreten von mehr als einer diagnostizierbaren Störung bei einer Person in einem definierten Zeitintervall.“ (Donati & Moggi, 2004, S. 3) Das gleichzeitige Vorkommen einer Substanzstörung und einer psychischen Störung nennt man Doppeldiagnose (Abkürzung=DD), obwohl

es bisher noch keine einheitliche Definition dafür gibt. Im Allgemeinen wird unter DD ein Spezialfall von Komorbidität verstanden. Der Begriff an sich macht keine Aussage über den Schweregrad der Diagnose. Er ist unabhängig vom Schweregrad zu verwenden. Es wird die vielfältige Kombination aus beiden Störungsklassen und deren Symptome mit der Begrifflichkeit DD beschrieben (Donati & Moggi, 2004). Die Begrifflichkeit stellt lediglich das Zusammentreffen zweier Störungen fest. Es gibt vielfältige Komorbiditätsbeziehungen. Sie reichen von einfachen hin zu sehr komplexen und komplizierten Beziehungen. Die Störungen beeinflussen sich nicht zwangsläufig. Allerdings können die Störungen auch aus einer anderen Störung entstehen und sich gegenseitig beeinflussen. In der ICD-9 Diagnostik wurde bis 1991 eine führende Hauptdiagnose vorgezogen. Daraufhin wurden Mehrfachdiagnosen gefördert, da diese realitätsnäher sind. Mit der Komorbiditätsfrage steht nach wie vor das Kausalitätsproblem im engen praktischen Zusammenhang (Sponsel, Komorbidität. Wort, Begriff, Bedeutung, Geschichte, Anwendung und Probleme in Psychodiagnostik und Psychotherapie, 2015). Das Kausalitätsproblem oder auch das Ursachenproblem ist wissenschaftstheoretisch problematisch. Im Prinzip betrachtet das Kausalitätskonzept lediglich einen vielfach verzweigten Baum von Ursachen. Jede Ursache kann auf eine andere Ursache zurückgeführt werden. Doch es ist nicht klar, welche der vielen Ursachen nun die ausschlaggebende war. Viel eher sollte diese Verstrickung als ein Ursachenkomplex oder ein Netzwerk von Bedingungen betrachtet werden. Es wird zwischen Bedingungen, Auslösern und Begleiterscheinungen unterschieden. Diese Unterscheidung ist häufig sehr schwierig (Sponsel, 2016). Es gibt erst einige empirisch fundierte Ätiologiemodelle zu Doppeldiagnosen, worunter die Komorbidität psychischer Störung und Sucht verstanden wird, trotz bereits 20-jähriger Forschung. Die bestehenden Modelle sind beschreibende Konzepte für die kausalen Beziehungen der Störungen, für die Möglichkeiten eines Rückschlusses auf einen gemeinsamen Faktor oder ob es sich um eine einzige Störung handelt. Die häufigsten 3 Typen von Komorbiditätsmodellen sind die unidirektionale

Kausalbeziehung, die bidirektionale Kausalbeziehung und das Modell der gemeinsamen Faktoren. Laut dem Modell der gemeinsamen Faktoren ergeben sich die hohen Komorbiditätsraten aus den Risikofaktoren, die von der psychischen und substanzbezogenen Störung geteilt werden. Hierbei ist beispielsweise an genetische Belastung zu denken. Beim unidirektionalem Modell wird unterschieden in primärer und sekundärer Störung. Hier geht man davon aus, dass das Vorhandensein einer psychischen Störung die Entstehung einer substanzbezogenen Störung begünstigt und genauso bei umgekehrten Aufkommen der beiden Störungen. Das bidirektionale Modell basiert auf der Annahme, dass sich die Vulnerabilität der Patienten für beide Störungen gegenseitig durch die Störungen verstärken. Wenn man auf die klinischen Annahmen schaut, so wird man hier auf die Hypothese der Selbstmedikation treffen. Diese Hypothese geht davon aus, dass primär eine psychische Störung beim Patienten vorhanden war, die dieser dann mit dem Konsum von Suchtmitteln versucht hat zu behandeln, wobei sich mit der Zeit eine Substanzstörung entwickelt (Gouzoulis-Mayfrank & Walter, 2014). Komorbidität mit ihren ganzen Facetten war schon immer ein komplexes Thema. Schon 1911 verfasste Eugen Bleuler eine Abhandlung mit dem Namen „Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien“, worin er schreibt: „Der haltlose Schizophrene wird leicht Trinker. Wohl 10 % unserer Alkoholiker sind zugleich Schizophrene.“ (Donati & Moggi, 2004, S. 2) Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts wird sich also auf das Zusammentreffen von Sucht und psychischer Störung bezogen. Zu Beginn der 80er Jahre sprach man bei dem Begriff Doppeldiagnose noch von einer Person mit einer geistigen Behinderung und zusätzlicher psychischer Störung. Die Nutzung der Begrifflichkeit in ihrer heutigen Funktion lässt sich auf die späten 80er Jahre zurückführen (Donati & Moggi, 2004). Fachsprachlich wird eine Doppel- oder Mehrfacherkrankung als Komorbidität bezeichnet (Heinz & Trenckmann, 1997). Daher wird auch in der Bachelor-Thesis von einer Komorbidität gesprochen und nicht von einer Doppeldiagnose. In den letzten 10 Jahren hat das Auftreten einer Komorbidität von Abhängigkeit und anderen

psychischen Störungen immer mehr Beachtung gefunden. Die Diagnose einer Komorbidität ist aktuell eher die Regel als eine Besonderheit (Dom, et al., 2013).

### *2.1.2 Alkoholabhängigkeit*

Abhängigkeit ist eine

psychische Störung, die durch ein unbezwingbares Verlangen und den zumindest periodischen Verlust der Selbstkontrolle über bestimmte Verhaltensweisen gekennzeichnet ist, welche eigentlich eine positive Veränderung des psychischen und körperlichen Befindens herbeiführen sollen, aber so massiv auftreten, dass die betreffende Person in ihren sozialen, psychischen oder körperlichen Funktionen erheblich beeinträchtigt ist und andere Personen dadurch in Mitleidenschaft gezogen werden (Schneider, 2015, S. 2).

Das Wort „Sucht“ ist eher umgangssprachlich. Die fachliche Ausdrucksform für eben diese zuvor benannte psychische Störung ist „Abhängigkeit“. Die Abhängigkeit definiert sich als höchster Ausprägungsgrad von Störungen durch psychotrope Substanzen. Sie ist als eine behandlungsbedürftige Krankheit international anerkannt. Die Alkoholabhängigkeit ist nur eine von vielen verschiedenen Formen der Abhängigkeit (Schneider, 2015). „Jede menschliche Gemeinschaft, jede Kultur, jedes Zeitalter hat auf der Basis der jeweils vorhandenen pflanzlichen Ressourcen ihre spezifischen Heilmittel, psychisch wirksamen Substanzen, sprich: ihre Drogen gefunden.“ (Schuman, 2015) Im hiesigen Bereich hat sich Alkohol als „Kulturdroge“ durchgesetzt. Die Droge Alkohol hat eine sehr hohe gesellschaftliche Akzeptanz. Generell ist sie in viele alltägliche Rituale integriert und leicht verfügbar. Der Alkohol birgt jedoch einige Probleme. Betreibt man riskanten Konsum, Missbrauch oder ist man abhängig von Alkohol, so verursacht dies soziale, rechtliche, ökonomische und gesundheitliche Probleme (Schuman, 2015). In der erwachsenen Bevölkerung trinken 83 % Alkohol. Der Alkohol wird nicht als Droge erkannt. Eine allgemein gebilligte

Regelung für den Umgang mit Alkohol ist nicht gegeben. Die Trinkkultur ist demnach im internationalen Vergleich in Deutschland als gestört einzustufen (Schneider, 2015). Die Behandlung einer Alkoholabhängigkeit wird seit 1986 in Deutschland von den Krankenversicherungen und den Rentenversicherungsträgern übernommen. Sie tragen die anfallenden Kosten der Behandlung. Die Behandlung unterscheidet sich in 4 Phasen: Beratung, Entzugsbehandlung, Entwöhnung und Nachsorge. Jede einzelne Phase hat eigene Kennzeichen und wird je nach Individuum unterschiedlich durchlaufen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), o.J.).

### *2.1.3 Depression*

Die Depression gehört zu den affektiven Störungen. Dabei handelt es sich um eine Störung des emotionalen Gleichgewichts (Gerrig & Zimbardo, 2008). Sie gehört zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Sobald charakteristische körperliche, psychische und verhaltensbezogene Beschwerden auftreten, die die Betroffenen gravierend und langfristig verändern, gilt eine Depression als behandlungsbedürftig. Sowohl die individuellen als auch die gesellschaftlichen Folgen haben eine große Bedeutung. Bei den Folgen ist beispielweise die Sprache von Langzeit-Abwesenheit am Arbeitsplatz, Frühberentung oder Suizid ("Robert-Koch-Institut", 2010). Von Mensch zu Mensch wirken sich Depressionen unterschiedlich aus. Es wird zwischen Schweregrad und Dauer der Symptomatik unterschieden. Einige Menschen leiden an einem Punkt in ihrem Leben unter einer klinischen Depression, die wenige Wochen anhält. Andere wiederum leiden jedoch chronisch oder episodisch über mehrere Jahre hinweg unter einer Depression. Etwa 21 % aller Frauen und 17 % aller Männer litten schon einmal in ihrem Leben unter einer Depression (Gerrig & Zimbardo, 2008). Risikofaktoren für Depression werden oft in dem dynamischen Vulnerabilitäts-Stress-Modell beschrieben. Vulnerabilität und Stress können weiterhin unterteilt werden in persönliche und Umgebungsfaktoren und innerhalb dieser Gruppen können wiederum neue Unterteilungen erfolgen. In der Gesamtbetrachtung sind die

verschiedenen Faktoren zwar relevant und statistisch signifikant mit dem Vorkommen einer Depression assoziiert, dennoch tragen sie nur einen kleinen Anteil zur Entstehung einer Depression bei. Depressionen sind ätiologisch heterogen und ein einzelner kleiner Faktor allein erklärt nicht viel. Diese Aussage gilt für alle Faktorengruppen. Ein Problem beim Interpretieren der Risikofaktoren ist die bedingte Kausalität. Bedingt heißt hier, dass der Effekt des einen Risikofaktors von der An- oder Abwesenheit des anderen Risikofaktors abhängt. Hier dient die Forschung nach Caspi e.a. (2003) als Beispiel. Diese Forschung machte deutlich, dass der Einfluss der Gene und eine Traumatisierung in der Kindheit einen gegenseitigen Effekt aufeinander hatten. Ohne die genetische Vulnerabilität hatte eine Traumatisierung wenig Effekt. Zusammen hatten die genetischen Faktoren und die Traumatisierung einen großen Effekt auf ein späteres Entstehen einer Depression (Huysler, Sabbe, Schene, & Spinhoven, 2014). Es gibt mehrere Typen der Depression. Die Anzahl der Personen in der Allgemeinbevölkerung, die in einem Zeitraum von 12 Monaten an einer unipolaren Depression erkrankt sind, liegt bei ungefähr 6,2 Millionen. Ungefähr ein Fünftel der Patienten, die unter einer depressiven Episode leiden, leiden zusätzlich noch unter hypomanischen, manischen oder gemischten Episoden. Es erfolgt eine Abgrenzung der bipolaren Störungen von der unipolaren Depression. Sie werden als eigenständige Erkrankung angesehen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), 2017). Die unipolare Depression macht 70 % aller affektiven Störungen aus. Die bipolar affektive Störung kommt auf 25% und die Manie auf 5% (Pfleiderer, o.J.). Im Rahmen der Bachelor-Thesis wird sich, aufgrund des höheren Vorkommens, auf die unipolare Depression bezogen.

Die Behandlung der Depression basiert hauptsächlich auf zwei Säulen. Die eine Säule ist die Pharmakotherapie mit Antidepressiva und die andere Säule ist die Psychotherapie. Der Pharmakotherapie wird ein hoher Stellenwert zugeteilt. Sie gilt als unverzichtbares und wirksames Heilverfahren. Doch ebenso hat beispielsweise die

kognitive Verhaltenstherapie, als psycho – therapeutisches Verfahren, einen besonderen Stellenwert in der Behandlung. Diese beiden Therapieformen werden oft kombiniert und bei Bedarf mit weiteren therapeutischen Angeboten aufgestockt. So soll zur Verbesserung der Symptomatik, der Alltagsbewältigung und der Lebensqualität beigetragen werden (Hegerl, o.J.).

#### *2.1.4 Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Sucht*

In den letzten Jahren wurde die Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und Depression zunehmend Gegenstand der Forschung. Es wird unterschieden zwischen sekundären und primären depressiven Syndromen unter Berücksichtigung der chronologischen Gesichtspunkte. Unter ätiologischen Gesichtspunkten wird zwischen abhängigen und unabhängigen depressiven Syndromen unterschieden (Lieb & Soyka, 2004). Das Auftreten depressiver Symptome oder einer Alkoholabhängigkeit ist zeitlich unterschiedlich. Eine Störung kann der anderen sowohl zeitlich vorangehen als auch folgen. Es können erhebliche Probleme entstehen bei der diagnostischen Zuordnung (Hollweg, Naber, & Soyka, 1996). Sobald man eine Diagnostik einer affektiven Störung vornehmen möchte, obwohl noch Substanzkonsum betrieben wird, muss man die Wirkung des Suchtmittels berücksichtigen. Die Diagnose einer affektiven Störung sollte daher erst nach einem mehrwöchigen Intervall von Abstinenz erfolgen, ansonsten wird diese verfälscht (Gouzoulis–Mayfrank & Walter, 2014). Klinische Studien hinsichtlich der Komorbidität brachten häufig unterschiedliche Ergebnisse hervor. Das lässt sich durch die Verwendung unterschiedlicher Diagnosesysteme, die Auswahl der Stichproben und dem Zeitpunkt der Untersuchung erklären. Im Entzug sind beispielsweise mehr depressive Symptome wahrnehmbar. Ein anderer wichtiger Faktor ist das Geschlecht des Patienten. Epidemiologische Untersuchungen ergaben, dass hinsichtlich der Prävalenz einer Komorbidität Frauen zu 48,5 % davon betroffen sind und Männer zu 24,3 % (Lieb & Soyka, 2004). Die Differenzierung in primäre oder sekundäre psychische

Störung ist klinisch relevant. Es ist häufig schwierig eine retrospektive Einschätzung zu tätigen. In einigen Befunden wird eine Tendenz dahingehend deutlich, dass eine Depression bei einer Alkoholabhängigkeit eher sekundär auftritt. Die Datenlage ist jedoch heterogen und die Übergänge fließend (Soyka, 2001). Ein Beispiel: Anfänglich dient Alkohol zunächst noch als Aufheller der eigenen Stimmung, vertreibt Ängste und lindert seelische Qualen. Die Effekte sind jedoch nur flüchtig. Es bildet sich hieraus rasch eine Abhängigkeit (Heinz & Trenckmann, 1997). Diese Funktionen werden beschrieben, sobald die Depression die primäre und die Alkoholabhängigkeit die sekundäre Stimmung ist. Von Individuum zu Individuum ist die Funktion des Alkoholkonsums jedoch unterschiedlich (Heinz & Trenckmann, 1997).

Im klinischen Alltag stellt die Therapie depressiver Störungen von alkoholabhängigen Patienten eine Herausforderung dar. Gesetzliche Rahmenbedingungen erschweren beispielsweise den Zugang zu einer notwendigen psychotherapeutischen Behandlung. Es wird vom Kostenträger eine dauerhafte Abstinenz als Voraussetzung verlangt. Diese Forderungen sind jedoch nach dem gegenwärtigen Forschungsstand zu den neurobiologischen Grundlagen von Suchterkrankungen nachweisbar unrealistisch (Heberlein, Hillemacher, & Wilhelm, 2012). Die Behandlung sollte eine individuelle Intervention sein. Hierbei sollte in den meisten Fällen eine Kombination von pharmakologischen und psychosozialen Interventionen erfolgen. Eine dauerhafte Abstinenz als Grundvoraussetzung der Behandlung ist unrealistisch und zumeist kontraproduktiv. Um den vorliegenden Teufelskreis zu durchbrechen, sollte eine parallele Behandlung beider Erkrankungen erfolgen (Gouzoulis-Mayfrank & Walter, 2014). Aus psychotherapeutischer Sicht sollte zur Behandlung des Störungsbildes auf eine Kombination aus motivationssteigernden Ansätzen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren zurückgegriffen werden. Zudem sollte die pharmakologische Behandlung aus einer Kombination von rückfallprophylaktischen und antidepressiven Medikamenten erfolgen. So wird eine effektive Behandlung beider Störungen ermöglicht (Heberlein, Hillemacher, & Wilhelm, 2012).

### *2.1.5 Behandlungsmanuale für die Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression*

Im folgenden Teil der Thesis wird die erste theoretische Teilfrage bearbeitet. Diese lautet „Welche Manuale für die Behandlung der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression durch einen Sozialpädagogen gibt es?“.

Ein Beispiel für eine Behandlungsform des Störungsbildes ist die integrative Methode. Laut Ackermann (2016) gibt es nur eine Suchtklinik, die explizit eine Klinikabteilung auf Sucht und Depression spezialisiert hat. Bei anderen Kliniken wird nicht erkennbar, ob ein integratives Therapiekonzept umgesetzt wird, obwohl diese die Bedeutung von Komorbiditäten betonen. Zur Erklärung dieser Situation bezieht sich Ackermann auf Franz Moggi, der die Ursachen bei der Heterogenität der Diagnosen aber auch bei der Heterogenität der Behandlungen sieht, die eine weitere fachliche Konkretisierung in Hinblick auf eine einheitliche Behandlungskonzeption und Manualentwicklung eher unwahrscheinlich machen. Der letzte Entwicklungsstand der Behandlung ist aus fachlicher Sicht die integrative Therapie (Ackermann, 2016). Die integrative Behandlung sollte durch ein psychiatrisch und suchttherapeutisch erfahrenes multiprofessionelles Therapeutenteam entweder im ambulanten oder stationärem Setting erfolgen. Es handelt sich um eine langfristige Therapie, in der, wenn möglich, immer zeitgleich beide Störungen behandelt werden (Gouzoulis-Mayfrank & Walter, 2014). Die Kombination von wirksamen Interventionen für beide Störungen macht die integrative Behandlung aus. Bei den Interventionen handelt es sich mehrheitlich um kognitiv-behaviorale Methoden, denn die Prinzipien dieser Methoden eignen sich für beide Störungsformen (Donati & Moggi, 2004). Diese kognitiven und verhaltenstherapeutischen Ansätze versprechen für den Verlauf der Behandlung ein gutes Ergebnis (Gouzoulis-Mayfrank & Walter, 2014). Die integrative Behandlung orientiert sich am Modell der Veränderungsphasen nach Prochaska et al. (1992) und sollte an den Patienten angepasst werden. Ein Beispiel für ein integriertes

Behandlungsprogramm haben Donati und Moggi (2014) in ihrem Buch beschrieben. Dieses ist in 4 Teile gegliedert. Im ersten Teil dreht sich alles um die Behandlungsallianz und Krankheitseinsicht. Hier werden zu den unterschiedlichen Inhalten 6 Sitzungen geplant, bevor man zum nächsten Teil des Programms gelangt. Der nächste Teil des Programms bezieht sich auf die Überzeugung und Veränderungsmotivation der Patienten. Für die Inhalte dieses Teiles sind 7 bis 9 Sitzungen eingeplant. Im dritten Teil geht es um die aktive Behandlung und Verhaltensänderung. Hier werden die Inhalte innerhalb eines Zeitrahmens von 21 Sitzungen bearbeitet. Der letzte Teil des Programms widmet sich der Rückfallprävention und Gesundheitsförderung. Hier sind insgesamt bis zu 18 Sitzungen geplant. Die ungefähre Anzahl der Sitzungen beträgt letztendlich 30 bis 50. All diesen Teilen des Behandlungsprogramms kommt eine besondere Bedeutung zu mit unterschiedlichen Schwerpunkten bezüglich der Bearbeitung des Störungsbildes. Dieses integrative Programm wurde auf der Doppeldiagnosestation der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern entwickelt und evaluiert (Donati & Moggi, 2004).

Ein weiteres Beispiel für ein aktuell bestehendes Behandlungsmanual trägt den Namen „Middelenafhankelijkheid en depressie – Handleiding“ (dt.: „Abhängigkeit und Depression– Handbuch“). Es stammt aus den Niederlanden und wurde geprüft und entwickelt von Jellinek/Arkin. Herausgegeben wurde es durch die GGZ Niederlande im Rahmen des Projekts „Resultaten Scoren“. Aufgrund der Vielseitigkeit beider Störungen muss auch hier zu Beginn der Behandlung eine genaue Diagnostik gemacht werden. Basierend auf dieser Diagnostik kann dann ein Behandlungsplan aufgestellt werden. Der Akzent in diesem Behandlungsmanual liegt auf der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung. Es ist ebenfalls in mehrere Schritte eingeteilt. Im Unterschied zum vorher benannten Behandlungsmanual wird hier jedoch beim gleichzeitigen Auftreten von Abhängigkeit und Depression zuerst die Abhängigkeit

behandelt. Die Patienten durchlaufen zuerst das Lifestyletraining, ein niederländisches Programm zur Behandlung von Abhängigkeit, um dann anschließend eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung in Bezug auf ihre Depressionen zu durchlaufen. Diese sequentielle Behandlung dient der besseren Übersicht und Strukturierung. Es erleichtert die Behandlung sowohl für die Patienten selber als auch für die behandelnden Personen. So wird nach 6-wöchiger Abstinenz der Patienten zu der kognitiven Verhaltenstherapie gewechselt. Insgesamt ist das Behandlungsprogramm zu einem sequentiellen jedoch organisatorisch integrierten Vorgehen entwickelt worden. Der erste Schritt des Behandlungsprogramms ist das Intake, also die Aufnahme. Daraufhin folgt die Entgiftung. Im Anschluss der Entgiftung erfolgt der dritte Schritt, eine Evaluation der bisherigen Schritte und es wird eine Folgediagnostik gestellt. Der Schritt 4a beinhaltet die Folgebehandlung der Abhängigkeit und im Schritt 4b wird die Depression behandelt. Zusammenfassen lässt sich der vierte Schritt als Schritt der Behandlung. Ausgehend von der zuvor durchgeführten Evaluation kann entschieden werden, ob der Schritt 4a oder auch der Schritt 4b weiterhin behandelt werden muss oder nicht. Haben sich beispielsweise die depressiven Symptome eines Patienten während der ersten Behandlungsschritte stabilisiert oder sind sie ganz verschwunden, so muss der Schritt 4b nicht mehr durchlaufen werden. Sind allerdings nach dem Durchlaufen beider Behandlungsschritte beispielsweise immer noch depressive Symptome vorhanden, so sollte die Behandlung nochmals intensiviert werden (Franklin, Guiot, Kuiper, & Smeerdijk, 2009).

Um ein weiteres Behandlungsprogramm zu nennen, welches für die Komorbidität Depression und Alkoholabhängigkeit indiziert ist, wird im Folgenden die sogenannte Behavioral Activation beschrieben. Bei dieser Behandlung wird lediglich am Verhalten des Patienten gearbeitet. Der Akzent liegt hierbei auf der Suche nach Aktivitäten, die man wichtig oder angenehm findet, dem systematischen Planen von Aktivitäten und

dem Koppeln von, vor Allem sozialer, Bekräftigung an der Ausführung von Aktivitäten. Klassische kognitive Verhaltenstherapie ist oft zu schwer begreiflich für kognitiv schwache Patientengruppen. Als gute Alternative steht hier die Behavioral Activation. Das Programm „Lets Act“ ist ein Behandlungsprogramm basierend auf der Behavioral Activation, welches auf die schwachen Patienten mit einer Doppeldiagnose zugeschnitten ist. Das Behandlungsprogramm findet parallel statt. Das heißt es werden gleichzeitig die Abhängigkeitsbehandlung und die Behavioral Activation-Behandlung vom Patienten durchlaufen. Das Basisprotokoll besteht aus 8 Sitzungen: 3 Sitzungen mit einer Dauer von 1 Stunde, 3 Sitzungen über 30 Minuten (verteilt auf 2 Wochen) und darauffolgend 2 wöchentliche Sitzungen über 30 Minuten. Es handelt sich bei dem Programm um ein Gruppenprogramm. Jeder Sitzung ist eine Thematik zugeteilt, die während der Stunde beziehungsweise der halben Stunde bearbeitet wird (Dom, et al., 2013).

Eine weitere verhaltenstherapeutische Behandlungsmethode ist die Acceptance & Commitment Therapy (ACT). Sie basiert auf der Relational Frame Theory. Der Fokus der Therapie liegt nicht auf der kognitiven Neustrukturierung. Vielmehr sollen die Patienten den Umgang mit Erlebnissen erlernen, die sie sonst kontrollieren oder vermeiden. Außerdem sollen sie lernen, Schritte in Richtung ihrer persönlichen Langzeitziele und Werte zu setzen. Das Programm ist ein individuelles integriertes Programm. Es besteht aus 6 Sitzungen, die jeweils ungefähr eine halbe Stunde dauern. Auch dreht sich jede Sitzung um eine bestimmte Thematik. Insgesamt ist diese Behandlungsmethode noch sehr unbekannt (Dom, et al., 2013).

Mit der Auswahl der zuvor beschriebenen Behandlungsmanuale ist die erste Teilfrage beantwortet. Im Aufbau und Ablauf unterscheidet sich jedes benannte Manual von dem Anderen, so ist es möglich der Heterogenität des Störungsbildes gerecht zu werden. Während der Recherchen zu den aktuell bestehenden Behandlungsmanualen ist jedoch aufgefallen, dass bisher nur wenige existieren und die Manuale, die

gefunden wurden, glichen oft vom Aufbau und Prinzip den Anderen. Laut Gouzoulis–Mayfrank und Walter seien insgesamt für die Behandlung des Störungsbildes „[...] hoch strukturierte Programme, die auch Case–Management und Verhaltenstherapie beinhalten, am effektivsten.“ (Gouzoulis–Mayfrank & Walter, 2014, S. 99) Es werden „[...] „kreative Kombinationen“ von Psycho– und Verhaltenstherapie (...) bei der Behandlung komorbider Patienten.“ (Gouzoulis–Mayfrank & Walter, 2014, S. 99) gefordert. Egal ob parallel, integriert oder sequentielles Behandlungsprogramm, jedes der zuvor beschriebenen Programme weist einen hohen Grad an Struktur und Organisation auf.

## **2.2 Sozialpädagogen in der Suchthilfe**

Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit machen in der Suchthilfe einen Anteil von 60% aus. Das bedeutet, sie sind die größte Berufsgruppe in diesem Arbeitsfeld. Von ihnen wurde die Suchthilfe maßgeblich geprägt und weiterentwickelt. Das Suchthilfesystem wurde seit der Anerkennung der Abhängigkeit als Krankheit differenziert weiterentwickelt. Dieses System unterteilt sich, je nach den regionalen Gegebenheiten, in Angebote zur suchtspezifischen Gesundheitsförderung und Prävention, niedrigschwellige Überlebenshilfen, substitutionsgestützte Behandlung, qualifizierte Entzugsbehandlung sowie soziale und berufliche Rehabilitation und Nachsorge (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V., 2015). Der Handlungshintergrund eines jeden Sozialpädagogen oder Sozialarbeiter orientiert sich an der „Global Definition of the Social Work Profession“. In dieser globalen Definition heißt es, dass es sich bei der Sozialen Arbeit um eine anwendungsorientierte Profession und eine akademische Disziplin handelt, die soziale Veränderungen und Entwicklung, den sozialen Zusammenhalt und das Empowerment und die Befreiung der Menschen fördert. Die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte, der kollektiven Verantwortung und die Respektierung der Vielfalt stehen bei der Sozialen Arbeit zentral. Unterstützt von

Theorien der Sozialen Arbeit, sozialen Wissenschaften, Menschlichkeit und indigenem Wissen beschäftigt sich Soziale Arbeit mit Menschen und Strukturen, um Lebensaufgaben anzusprechen und das Wohlergehen zu verbessern (International Federation of Social Workers, 2014). Die Sozialpädagogen in der Suchthilfe arbeiten gemeinsam mit ihren Patienten an der erfolgreichen Meisterung ihres Alltags. Sie haben zum Ziel das Wohlergehen ihrer Patienten zu fördern (International Federation of Social Workers, 2014). Der gesetzliche Rahmen der Arbeit in der Suchthilfe ist im SGB IX, in der internationalen WHO-Klassifikation ICF und der im Jahre 2009 durch die Bundesrepublik ratifizierte UN-Behindertenrechtskonvention festgehalten. Hier wird die normative und fachliche Basis für die Unterstützung aller Menschen, die in diesen Rahmen fallen, dargestellt (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V., 2015). Die Gesundheits- und sozialpolitischen Ziele der Suchthilfe sind vielfältig. Die DHS e.V. hat gemeinsam mit Akzept e.V. ein Konsenspapier zu den Zielen, Grundlagen und Prinzipien der Sucht- und Drogenhilfe verfasst. Im Folgenden werden einige Punkte aus diesem Konsenspapier zitiert:

- Die Suchthilfe respektiert die Menschenwürde.
- Der Beginn des Konsums psychoaktiver Substanzen ist zu verhindern oder hinauszuzögern. KonsumentInnen müssen bei der Entwicklung eines eigenverantwortlichen und risikominimierenden Konsums unterstützt werden. Dazu ist angemessene Prävention zu leisten.
- Die Senkung der Konsumfrequenz und -menge und das Erlernen von Gebrauchsmustern mit geringem Risiko sind wichtige gesundheitspolitische Ziele.
- Die Mehrfachbelastung der KlientInnen erfordert eine differenzierte Planung und Steuerung der Suchthilfe.

- Sucht ist eine Krankheit, die häufig einen chronischen Verlauf mit wechselnder Intensität nimmt.
- Suchthilfe unterstützt und begleitet die Veränderungsbereitschaft der KonsumentInnen, die schädlichen Auswirkungen des Konsums zu reduzieren und erleichtert KlientInnen den Ausstieg.

(Bathen, Dias de Oliveira, Gaßmann, Leune, & Schlusemann, 2005)

Diese Punkte liefern weitere Orientierung für den Sozialpädagogen in der Suchthilfe. Sein Handeln wird durch diese verschiedenen Punkte geleitet. So handelt er im professionellen Rahmen. Der Sozialpädagoge ist durch sein Studium dazu befähigt mit Menschen in verschiedensten, oft problematischen Lebenssituationen zu arbeiten. Er unterstützt Menschen dabei, sich aus eigener Kraft wieder in die Gesellschaft zu integrieren und ein Leben in Selbstverantwortung, Selbstbestimmung und Unabhängigkeit leben zu können. Ein Sozialpädagoge ist in der Praxis dazu angehalten, sein erlerntes Wissen nicht nur abrufen zu können, sondern auch dieses zum Einzelfall in Relation zu setzen. Ein Kennzeichen der Sozialpädagogen ist die hohe Reflexionsfähigkeit. Diese Reflexionsfähigkeit ist gerade dann wertvoll, wenn standardisierte Programme und Manuale nicht mehr oder noch nicht greifen. Dieses Phänomen ist gerade bei Patienten in der Suchthilfe häufig anzutreffen (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V., 2015).

Die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit liegt in der Unterstützung einer gelingenden (Re-) Integration von Patienten in die Gesellschaft. Die Suchterkrankung mit all ihren biopsychosozialen Implikationen bewirkt, dass die betroffenen Patienten Schwierigkeiten damit haben, sich in der sozialen Lebenswelt zurechtzufinden. Das birgt die Gefahr, dass sie dadurch vom Ausschluss aus diesen Handlungssystemen betroffen sind. Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland fokussiert sich auf einen

teilhabeorientierten Ansatz. So entspricht der sozialarbeitertheoretische Ansatz genau diesem Ansatz, denn er dient als Unterstützung zur Realisierung von gesellschaftlicher Teilhabe (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V., 2015).

### **2.3 Adäquate Versorgung**

Im Rahmen der Bachelor-Thesis wird bei „adäquater Versorgung“ auf das Regelwerk zur Qualitätssicherung des Auftraggebers eingegangen. Der Auftraggeber der Forschung ist eine Fachambulanz für Suchtprävention und Rehabilitation in Trägerschaft der Caritas. Zudem kann auch hier auf die Definition der Profession „Social Work“ der IFSW und auf die formalen und rechtlichen Grundlagen zurückgegriffen werden, die schon zuvor unter der Operationalisierung des zweiten Kernbegriffs benannt wurden. Werden diese Kriterien erfüllt und befolgt, kann man von einer qualitativ hochwertigen Versorgung ausgehen.

Basierend auf der Grundlage von ethischen Prinzipien zeichnet sich die Profession Soziale Arbeit durch ziel- und ergebnisorientierte Leistungen aus. Das optimale Erbringen der Leistung unter Berücksichtigung von berufsethischen Werten, fachlich-professionellen Ansprüchen und den Ansprüchen der Klienten, Kostenträgern und der Politik ist das Ziel der professionellen Fachkräfte (Ballweg, et al., o.J. ). Hierbei gelten verschiedene Kriterien, die eine adäquate Versorgung der Patienten bedingen. Eines dieser Kriterien bezieht sich beispielweise auf die Erbringung von Leistungen. Dies sollte immer aufgrund von theoretischen Konzepten geschehen und mithilfe von wissenschaftlichen Theorien begründet werden. Weitere Kriterien beziehen sich auf die Qualität der Leistung, die immer transparent gehalten werden soll und die Aushandlung und Dokumentation von Kontakten mit Patienten. Ein letztes wichtiges Kriterium ist das unbedingte Einhalten der Schweigepflicht (Ballweg, et al., o.J. ). Hinzu kommen die Punkte aus dem Leitbild des Auftraggebers, dem Leitbild des Caritasverbandes für den Landkreis Emsland. Eine adäquate Versorgung macht laut

dem Leitbild eine dem Menschen zugewandte, für soziale Gerechtigkeit stehende und respektvolle Arbeitsweise aus ("Caritas", 2014). Eine adäquate Versorgung setzt sich aus vielen unterschiedlichen Komponenten zusammen. Die Rolle des Sozialpädagogen in der Suchthilfe hat Einfluss auf diese adäquate Versorgung. Auf professioneller Ebene ist die Versorgung adäquat, sobald sie den rechtlichen, formalen und ethischen Ansprüchen der Profession entspricht.

### *2.3.1 Beeinflussende Faktoren der adäquaten Versorgung der Patientengruppe*

Der letzte Teil des theoretischen Rahmens widmet sich der Beantwortung der dritten Teilfrage. Diese lautet „Was sind die Faktoren, die bei der adäquaten Versorgung von Patienten mit der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression eine Rolle spielen?“

„Die Effektivität der Behandlung komorbider Patienten ist vom Vorhandensein wirksamer Therapiemöglichkeiten abhängig.“ (Lojewski, Schay, & Siegel, 2013, S. 134) Dieser Faktor ist nur einer, der vielen Faktoren, die bei der adäquaten Versorgung der Patienten mit der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression eine Rolle spielen. Zwecks der besseren Übersicht für die Leser werden im Folgenden die Faktoren mit fachlicher Begründung stichpunktartig aufgelistet.

- Therapeutische Handlungsanweisungen widersprechen sich: Anweisungen, die wirksam waren bei einer der beiden Störungen, widersprechen sich oft. Somit sind die Therapeuten verunsichert, wenn es um Indikations- und Interventionsentscheidungen geht (Donati & Moggi, 2004).
- Unterschiedliche Modelle – Suchtmodell vs. Psychotherapiemodell: Vertreter der Modelle sind unterschiedlicher Meinung in Bezug auf die Behandlung, was sich wiederum nachteilig für die Patienten auswirkt. Hier ist an die sogenannte Ping-Pong-Therapie zu denken, die bereits im Anlass der Forschung beschrieben wurde (Donati & Moggi, 2004).

- Breit angelegte Diagnostik: Die sorgfältig angelegte Erfassung der funktionalen Bedingungen und Interaktionen der Störungsbilder ermöglichen ein individuelles Fallverständnis. Durch dieses Verständnis kann ein spezifisch auf den Patienten zugeschnittenes therapeutisches Vorgehen erfolgen, welches Erfolg versprechend ist (Donati & Moggi, 2004).
- Ressourcen des Patienten: Die Patienten kämpfen mit vielen negativen Dingen in ihrem Leben. Das Aufdecken versteckter Ressourcen ist ein positives Erlebnis für sie, welches ihre Motivation steigert (Donati & Moggi, 2004).
- Berater-Klienten-Beziehung: Eine positive Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist hilfreich bei der Behandlung. Hierbei ist das Verhalten des Therapeuten von großer Bedeutung und hat Einfluss auf die Behandlung (Gouzoulis-Mayfrank & Walter, 2014).
- Neurokognitives und psychisches Funktionsniveau der Patienten: Um eine erfolgreiche Therapie durchführen zu können, muss die Behandlung an die Fähigkeiten des Patienten angepasst sein (Gouzoulis-Mayfrank & Walter, 2014).
- Kommunikation im multiprofessionellen Team: Eine enge Zusammenarbeit zwischen den Teammitgliedern der verschiedenen Professionen und damit einhergehend der regelmäßige Informationsaustausch ist ein unabdingbar für einen erfolgreichen Therapieverlauf (Gouzoulis-Mayfrank & Walter, 2014).
- Befindlichkeit des Patienten: Ist er suizidal? Befindet er sich in einer Krise? Ingesamte Lebenssituation? Diese Komponenten haben ebenfalls Einfluss auf den Behandlungsverlauf (Gouzoulis-Mayfrank & Walter, 2014).
- Frustrationstoleranz der Patienten: Die Patienten verfügen häufig nur über wenige Ressourcen zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse. Aufgrund der nichterfüllten Bedürfnisse werden negative Emotionen ausgelöst, die auf die niedrige Frustrationstoleranz der Patienten treffen. Die negativen Emotionen

wirken sich auf die Behandlung aus, da sie beispielsweise Alkohol zu sich nehmen, um die negative Gefühlslage aufzuhellen (Donati & Moggi, 2004).

- Trigger als Reaktionsketten des Patienten: Oft ist es so bei den Patienten, dass wenn sie beispielsweise einen Rückfall in die Sucht erleben, sie auch einen Rückfall in die Depression erleben. Hier muss eine umfassende Risikosituations- und Reaktionskettenanalyse erfolgen, damit deren Einfluss auf die Behandlung frühzeitig unterbunden werden kann (Donati & Moggi, 2004).
- Motivation des Patienten: Dieser Faktor ist von zentraler Bedeutung. Die Motivation muss immer wieder überprüft und aufgefrischt werden, da die Patienten als sehr „motivationslabil“ gelten und ohne Motivation die Behandlung nicht zielführend verläuft (Donati & Moggi, 2004).
- Abstinenz des Patienten: Bei häufigen Rückfällen beziehungsweise bei Verletzungen der Abstinenz kann für eine erfolgreich verlaufende Therapie nicht garantiert werden (Donati & Moggi, 2004).
- Schweregrad der Komorbidität: Je nach Schweregrad der jeweiligen Störung muss die Behandlung angepasst werden. Dieser bestimmt auch die Dauer der Behandlung (Donati & Moggi, 2004).
- Fachlichkeit des Personals: Die Fachleute aus den unterschiedlichen Professionen müssen über fachlich fundiertes Wissen der jeweils anderen Professionen verfügen, um so eine adäquate Versorgung leisten zu können (Lojewski, Schay, & Siegel, 2013).
- Familie des Patienten: Die Familie kann mit in die Behandlung einbezogen werden. Sie liefert einen wichtigen Beitrag zum Erfolg der Behandlung. Sie können sowohl als schützende aber auch als risikoreiche Faktoren fungieren. Bei der Miteinbeziehung in die Behandlung werden auch sie an die Krankheit herangeführt und wissen damit umzugehen (Dom, et al., 2013).

Diese Vielzahl an beeinflussenden Faktoren macht deutlich, wie komplex die Behandlung der Komorbidität ist. Die Betrachtung der Thematik aus verschiedenen Perspektiven heraus verspricht eine umfassende Sammlung aller beeinflussenden Faktoren. All diese Faktoren spielen eine Rolle bei der adäquaten Versorgung der Patienten mit der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression. Um ein noch umfassenderes Bild zu erhalten dreht sich auch die vierte praktische Teilfrage um die beeinflussenden Faktoren.

### **3 Untersuchungsmethodik**

Das dritte Kapitel handelt von der angewandten Untersuchungsmethodik in der Bachelor–Thesis.

#### **3.1 Art und Typ der Untersuchung**

Bezugnehmend auf sowohl das langfristige als auch das kurzfristige Ziel und die damit einhergehende Forschungsfrage mit deren Teilfragen, handelt es sich um eine qualitative Untersuchung. Eine qualitative Untersuchung führt die Forschung auf realer Ebene durch. Das heißt, es werden Personen direkt befragt und man ist interessiert an deren Meinung. Das Sammeln von Informationen und Gegebenheiten ist offen und flexibel. Es kann beispielsweise auf unerwartete Situationen eingegangen werden. Die Ergebnisse sind nicht numerisch im Gegensatz zu denen der quantitativen Untersuchung. In dieser Untersuchungsform kommt die Zielgruppe selbst zu Wort, um so die subjektive Sichtweise erfassen zu können (Verhoeven, 2016). Allein die Forschungsfrage „Wie kann ein Sozialpädagoge in der Suchthilfe basierend auf den eigenen Erfahrungen zu einer adäquaten Versorgung der Patienten mit einer Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression beitragen?“ impliziert die offene Befragung einer Zielgruppe. Die subjektiven Ergebnisse, die erfasst werden, machen eine qualitative Untersuchung aus. Für eine qualitative Untersuchung eignen sich besonders gut Problemstellungen, die auf eigenen Erfahrungen von Personen in bestimmten Situationen basieren (Verhoeven, 2016). Da die Untersuchung sich auf genau dieser Basis ergründet hat und sich damit beschäftigt, ist es deutlich, dass eine qualitative Untersuchungsform die passende ist. Die Untersuchung beschränkt sich auf einen Messzeitpunkt. Daher handelt es sich um eine Querschnittstudie. Diese Form der Forschung wurde gewählt, da sie dafür geeignet ist, Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen zu erforschen (Wirtschaftspsychologische Gesellschaft, 2017)

Bei dem Typ der Forschung handelt es sich um eine Inventarisierende Forschung (Migchelbrink, 2006). Das Handeln des Praktikers ist hier Objekt der Forschung. Es werden Informationen darüber benötigt, wie die Situation untereinander organisiert ist oder wie diese Situation geändert werden kann. Bei dem angestrebten Produkt handelt es sich entweder um eine (Problem-) Inventarisierung, eine Problembeschreibung oder eine Problemanalyse. Die primäre Funktion der Forschung ist es, Einblick in eine Situation zu ermöglichen. Durch diesen Einblick soll eine fundierte und zielgerichtete Handlungsweise ermöglicht oder eine neue Herangehensweise an die Problematik bewirkt werden (Migchelbrink, 2006). Im Rahmen der beschriebenen Forschung wird diesem Muster nachgegangen. Es wird zum Teil nach dem Hintergrund der Problematik geforscht, zum anderen Teil werden die aktuellen Umstände erforscht, die einer adäquaten Herangehensweise an die Problematiken der Patienten im Wege stehen. Durch das Sammeln der Erfahrungen der Sozialpädagogen erhält man einen Überblick aus der Sicht eines Praktikers über die aktuelle Behandlungssituation der Patienten mit der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression. Durch weitere Inhaltsanalysen werden zusätzliche Eindrücke zur dieser Situation gesammelt. Die Inventarisierung der aktuellen Erfahrungen ermöglichen einen speziellen Einblick in die Situation. Aufgrund dieses Einblickes kann an der Problematik gearbeitet werden. Somit wird letztendlich eine neue Herangehensweise an die Problematik, aufgrund der auf dem Forschungsergebnis formulierten Empfehlungen, bewirkt.

### **3.2 Population**

Bei der Population der Forschung handelt es sich um die Sozialpädagogen in der Suchthilfe. Die Stichprobe bezieht sich auf die in der Fachambulanz für Suchtprävention und Rehabilitation im Emsland arbeitenden Sozialpädagogen. Genauer noch auf die insgesamt 5 in der Grundversorgung, einem Behandlungsangebot der Fachambulanz Emsland, arbeitenden Sozialpädagogen. Da

die Sozialpädagogen in der Grundversorgung mehrheitlich in der Beraterfunktion arbeiten und nicht therapeutisch, wurden sie für die Interviews ausgewählt. Die Sozialpädagogen in der Einrichtung sind unterschiedlichen Geschlechts und Alters. Durch die Heterogenität der Stichprobe wird eine breite Informationssammlung garantiert. Würden nur Sozialpädagogen fortgeschrittenen Alters befragt werden, so kommt die Gefahr auf, dass man lediglich die Ansichten einer Berufsgruppe abgedeckt hat. Dadurch wird das Ergebnis nicht relevant für die breite Masse und eventuell wird nicht mal eine Antwort auf die Forschungsfrage gefunden. Die Befragten kommen alle aus dem Landkreis Emsland und verfügen über unterschiedliche Erfahrungen mit dem Krankheitsbild. Zudem fungieren sie in unterschiedlichen Positionen in der Fachambulanz. Dadurch wird nochmals ein breites Sichtfeld auf die Problematik ermöglicht.

### **3.3 Instrumente**

Die qualitative Forschung ist nicht an Ziffern gebunden. Es wird ein kausaler Zusammenhang untersucht, in dessen Rahmen sich der Forschende an die Umstände flexibel anpassen kann. Die Instrumente der qualitativen Untersuchung, wie zum Beispiel ein Interview oder eine Observation, drehen sich um die Erfahrungen und Erlebnisse des Untersuchten. Somit sind qualitative Forschungen von interpretativer und induktiver Art. Neben Interviews oder Observationen gehören auch noch die Literaturforschung und die Inhaltsanalyse zu den Instrumenten der qualitativen Forschung (Verhoeven, 2016).

Die erste und die dritte Teilfrage sind theoretische Teilfragen. Um Informationen zu sammeln wird eine Inhaltsanalyse unternommen. Die Inhaltsanalyse ist eine Technik, mit der man Daten aus Dokumenten, Medien oder der Realität sammelt (Dooreward & Verschuren, 2007). Beim Analysieren werden qualitative Variablen verwendet. Zu Beginn der Analyse bestimmt man die Variablen, die man untersuchen will und welche Kategorien man nutzen will (Verhoeven, 2016). Eine Analyse nach Kategoriensystem ist laut Dooreward und Verschuren die einfachste Methode der

Analyse (Dooreward & Verschuren, 2007). Die Breite beziehungsweise Tiefe der Analyse hat hierbei keinen festen Rahmen. Sie ist nicht an Mikro-, Meso- oder Makro-Niveau gebunden und somit überall einsetzbar (Verhoeven, 2016). Die Gefahr hierbei ist es, aufgrund der Auswahl der Variablen einen zu eingeschränkten Blickwinkel bei der Analyse zu haben. Dadurch könnten wichtige Informationen unbeachtet bleiben, die jedoch auch relevant sein könnten. Die Variable der ersten Teilfrage ist „Behandlungsmanuale“. Mithilfe dieser Variable werden Informationen in Form von Wissen gesammelt. Die hierbei verwendeten Quellen sind Literatur, Dokumente und Medien. Es werden verschiedene Datenbanken durchsucht, um Ergebnisse zu erhalten. Das Vorgehen bei der ersten Teilfrage gleicht dem Vorgehen bei der dritten Teilfrage. Der einzige Unterschied ist hier die Variable. Sie lautet „Beeinflussende Faktoren“. Mithilfe der Inhaltsanalyse werden die beiden theoretischen Teilfragen beantwortet.

Für die zweite, vierte und fünfte Teilfrage ist das Untersuchungsinstrument Interview angezeigt. Unter einem Interview versteht man ein Fragegespräch, welches die Erfahrungen des Interviewten zusammenbringt. Das eigentliche Ziel ist dabei das Sammeln von Informationen über eine bestimmte Thematik. Ein Interview wird hauptsächlich in einem Gespräch von zwei Personen geführt. Es kann jedoch auch Gruppeninterviews geben. Interviews unterscheiden sich in vier Basisformen. Diese vier Basisformen lauten: Unstrukturiertes Interview, Offenes Interview, Halb-strukturiertes Interview und Strukturiertes Interview. Man läuft Gefahr, die nötige Objektivität, die es bei einer Forschung braucht, zu verlieren in einem Interview, da man nur mit subjektiven Erfahrungen arbeitet. Durch bestimmte Methoden kann man sich jedoch von der Subjektivität entfernen und die Objektivität bewahren (Verhoeven, 2016). Da es sich in der zweiten, vierten und fünften Teilfrage um praktische Teilfragen handelt, ist ein Interview hier das richtige Instrument zur Datensammlung. So werden verschiedene wichtige Informationen zur Thematik gesammelt. Als passende Interviewform ist hier an das halb-strukturierte Interview zu denken. Diese

Form des Interviews folgt nicht einer fest strukturierten Frageliste, ist aber auch nicht wie das offene Interview, indem nur eine Topic-Liste genutzt wird. Es ist Platz für Abweichungen und Einbringungen seitens des Befragten. Der Interviewer stellt sich flexibel ein (Verhoeven, 2016). Die Konsequenz für die Wahl dieses Instruments ist der bereits beschriebene Verlust der Objektivität bei der Informationssammlung. Dies hätte zur Folge, dass die gesamte Thesis lediglich subjektiven Empfindungen beziehungsweise Erfahrungen entspricht und somit für das breite Berufsfeld uninteressant wird. Somit muss besonders darauf geachtet werden, dass die Objektivität beibehalten wird. Um die Interviews adäquat zu analysieren, wird nach bestimmten Schritten vorgegangen. Diese Schritte teilen sich in 4 Phasen: Exploration, Spezifizierung, Reduktion und Integration. So wird eine präzise Analyse durchgeführt mit einem qualitativ hochwertigen Resultat (Verhoeven, 2016).

### **3.4 Verfahren**

Wie bereits beschrieben, wurde zur Beantwortung der beiden theoretischen Teilfragen das Instrument der Inhaltsanalyse genutzt. Mithilfe der zuvor festgelegten Variablen wurden eine Vielzahl an Quellen analysiert. Die Ergebnisse wurden zuvor festgelegten Kategorien zugeordnet und analysiert. Bei der ersten Teilfrage wurde in folgende Kategorien unterschieden: Integrierte Behandlungsmanuale, Sequentielle Behandlungsmanuale und Parallele Behandlungsmanuale. Mithilfe der Variable wurde dann dementsprechend recherchiert. Zum Schluss wurden die einzelnen Ergebnisse in zusammengefasster Form pro Kategorie festgehalten. Somit ist ein Überblick über die aktuell bestehenden Behandlungsmanuale gegeben. Bei der Beantwortung der dritten Teilfrage wurde ebenfalls mit Variablen und Kategorien gearbeitet. Die Variable „Einflussfaktoren“ bezieht sich auf die adäquate Versorgung der Patienten mit der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression durch die Sozialpädagogen in der Suchthilfe. Hier wurden mehrere Faktoren zusammengetragen, die sich kategorisieren lassen. Die Kategorien gliedern sich wie folgt: Fähigkeiten des Patienten, Umgebende Faktoren, Fähigkeiten des Fachpersonals, Situation des Patienten. Zu jeder Kategorie

wurden mehrere Ergebnisse zusammengetragen. So erhält man einen ersten Eindruck bezüglich der Thematik. In der vierten Teilfrage wird diese Thematik nochmals aufgegriffen.

Um die zweite, vierte und fünfte Teilfrage zu beantworten, werden Interviews gehalten. Hierzu wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, der sich auf dem theoretischen Rahmen der Forschung ergründet. Diesem Interviewleitfaden wurde dauerhaft gefolgt, jedoch konnten die Probanden auch zusätzliche Informationen einbringen. Der Leitfaden befindet sich im Anhang der Thesis. Mit Bezug auf die zweite Teilfrage wurden 6 Fragen gestellt. Diese drehen sich alle um die Erfahrungen der Probanden mit den aktuell bestehenden Behandlungsmanualen und generell mit der Versorgung der Patienten, die unter einer entsprechenden Komorbidität leiden. Die nächsten 4 Fragen beziehen sich auf die Teilfrage 4. Hier wird nach den Faktoren gefragt, die die adäquate Versorgung der Patienten mit dem Störungsbild beeinflussen. Diese Frage lehnt sich an die dritte Teilfrage an. Mithilfe dieser Frage sollen die Ergebnisse aus Teilfrage 3 nochmals erweitert werden. Die letzten 3 Fragen des Leitfadens beziehen sich auf die fünfte Teilfrage. Die Bearbeitung der aktuell bestehenden Problematik bei der Versorgung der Patienten steht im Fokus. Durch die systematische Bearbeitung aller Teilfragen soll eine fundierte Antwort auf die zentral stehende Forschungsfrage gegeben werden.

### **3.5 Reliabilität**

Bei der Reliabilität einer qualitativen Forschung geht es um den Grad der Genauigkeit beziehungsweise der Reproduzierbarkeit eines diagnostischen Ergebnisses (Legewie, o.J. ). Während der Forschung können zufällige Fehler gemacht werden. Die Reliabilität der Forschungsergebnisse gibt an, wie viele dieser zufälligen Fehler in der Forschung vorhanden sind. Um die Reliabilität ausreichend testen zu können muss eine Forschung reproduzierbar sein. Kommen bei der Wiederholung der Forschung die selben Ergebnisse raus, so ist die Forschung reliabel. Es gibt viele unterschiedliche zufällige Fehler. Es kann sich zum Beispiel um Fehler handeln, die

aufgrund „menschlichen Handelns“ erfolgt sind. Eine Möglichkeit, um die Reliabilität der Forschung zu erhöhen, ist beispielsweise die Standardisierung. Dies geschieht dadurch, dass anhand eines bestimmten Systems die Analyse durchgeführt wird (Verhoeven, 2016). Durch die Nutzung einer strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse als Analysemethode wird zu der Reliabilität der Forschung beigetragen. Eine weitere Methode, die in dieser Forschung angewandt wird, um sie reliabel zu gestalten, ist die Iteration. Der Forscher nimmt wahr, analysiert und interpretiert und wiederholt diese Schritte, bis er zu dem Schluss kommt, dass er eine Antwort auf die Problemstellung geben kann (Verhoeven, 2016). Dadurch, dass Teilfrage 3 und 4 dieselbe Thematik untersuchen, jedoch unterschiedliche Methoden dabei genutzt und die Ergebnisse mehrfach analysiert werden, kommt es zu einem reliablen Ergebnis. Die Faktoren, die in Teilfrage 3 bereits herausfiltriert wurden, werden mit den Antworten der Interviewteilnehmer abgeglichen und durch diese, wenn nötig, ergänzt. Die Verfasserin analysiert in diesem Schritt auch mehrfach die Ergebnisse und interpretiert sie, bis die Teilfrage 4 endgültig beantwortet wird. So wird zur Reliabilität der Forschung beigetragen.

„Die Reproduzierbarkeit als Kern der Reliabilität muss (...) als ein relatives Kriterium angesehen werden. Selbst bei klassischen Testverfahren sind keine statischen Bedingungen gegeben.“ (Legewie, o.J. , S. 8) Ein Interviewverlauf kann trotz desselben Kontexts und derselben Fragestellung sich immer ändern. Die vorliegende Forschung ist in einem gewissen Maße reliabel. Wie im Zitat deutlich wird, ist die Reliabilität einer qualitativen Forschung nur schwer zu garantieren. Die formalen Bedingungen einer qualitativen Forschung lassen dies kaum zu. Allerdings ist es nicht unmöglich eine Forschung dieser Art reliabel zu gestalten. Hierzu müssen allerdings mehrere Maßnahmen unternommen werden. Auch die Reliabilität dieser Forschung könnte noch erhöht werden, um sie noch qualitativ hochwertiger zu machen.

### 3.6 Validität

Die Validität der Forschung bezieht sich auf systematische Fehler, die gemacht wurden. Man guckt sozusagen nach dem Wahrheitsgehalt der Forschung. In einer qualitativen Forschung wird die Validität oft mit einer höheren Bedeutung bemessen als die Reliabilität. Es wird der Fokus auf die Validität der Resultate, dem Maß, indem sie generalisierbar sind, gelegt.

Es gibt unterschiedliche Formen der Validität. Hier wird auf die interne und externe Validität der Forschung eingegangen. Wenn man von intern validen Resultaten spricht, so ist man in der Lage dazu, stichhaltige Schlussfolgerungen zu ziehen. Die interne Validität kann durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst werden. Die Auswahl der Probanden, die Veränderung der Gegebenheiten, externe Vorfälle, die Änderung der Forschungsinstrumente, die Mortalität der Probanden oder der sogenannte Testeffekt, der häufig bei bestimmten Forschungssituationen auftritt, haben einen Einfluss auf die interne Validität (Verhoeven, 2016). Durch die gezielte Auswahl der Probanden für die Interviews, ist die interne Validität angesichts dieses Faktors nicht in Gefahr. Die Stichprobe, die ausgewählt wurde, verfügt über eine gewisse Heterogenität. Dank dieser Heterogenität wird nicht nur mit einer beschränkten Sicht auf die Problematik gearbeitet. Die unterschiedlichen Erfahrungen und Ansichten der Probanden machen valide Resultate möglich, aufgrund dieser stichhaltige Schlussfolgerungen gezogen werden können. Zudem wird die interne Validität dieser Forschung garantiert, da die genutzten Forschungsinstrumente nicht abgeändert wurden. Durch beispielsweise die Abänderung des Interviewleitfadens werden die Antworten auf die Fragen abgeändert (Verhoeven, 2016). Dadurch, dass die für diese Forschung relevanten beeinflussenden Faktoren betrachtet wurden, wird ein Teil zu der internen Validität beigetragen.

Die externe Validität wird hier durch die inhaltliche Generalisierbarkeit gegeben. Es wird nach der inhaltlichen Reichweite der Forschung geschaut. Sozusagen nach der

Generalisierung der Ergebnisse auf andere Situationen (Verhoeven,2016). Die Resultate der Interviews oder auch der Inhaltsanalyse sind auf die Sozialpädagogen in der Suchthilfe ausgelegt. Die inhaltliche Generalisierbarkeit fällt dadurch zum Teil weg. Dennoch können auch andere Professionen von den Resultaten Nutzen ziehen. So ist ihnen ebenfalls geholfen, wenn sie bestehende Behandlungsmanuale oder auch beeinflussende Faktoren der Behandlung kennen. Somit können die Ergebnisse der Forschung doch generalisiert werden. Ein weiterer Faktor, der die externe Validität der Forschung erhöht, ist die Repräsentativität der Stichprobe. Die Stichprobe ist eine gute Abspiegelung der Population (Verhoeven,2016). Dadurch, dass die Stichprobe aus Sozialpädagogen in der Suchthilfe besteht, geben die Ergebnisse relevante Daten für die Population wieder.

### **3.7 Ethische Überlegungen**

Die Thesis wird unter der Berücksichtigung forschungsethischer Aspekte angefertigt. Ethik ist in der wissenschaftlichen Forschung von zentraler Bedeutung; besonders in den Forschungen, in denen die Objekte der Forschung Menschen sind und in denen öffentliche Gelder für die Forschung verwendet werden. Die Teilnehmer stecken viel Zeit und Mühe in die Teilnahme und könnten auch einen Schaden davontragen (Brown, Lewis, & Webster, 2014). Dem Faktor Finanzen wird in dieser Thesis keine Beachtung geschenkt, da diese Forschung nicht mit finanziellen Mitteln unterstützt wird. Die Beurteilung der ethischen Zulässigkeit einer Forschung beinhaltet eine Kosten–Nutzen–Analyse, in der folgende Fragen beachtet werden:

- Wie sinnvoll ist die Forschungsfrage? (Brown, Lewis, & Webster, 2014) :

Wie trägt die Beantwortung der Forschungsfrage zur Verbesserung von was bei?

Es ist wichtig, dass Forscher begründen können, wie die Beantwortung der Forschungsfrage bei der Lösung des Problems oder der Verbesserung einer Situation helfen kann (Brown, Lewis, & Webster, 2014). Die Relevanz der Forschung und somit auch die Relevanz der Forschungsfrage wurde bereits im

Kapitel Anlass der Forschung beschrieben. Durch die Beantwortung der Forschungsfrage wird das kurzfristige Ziel der Forschung erfüllt. Dieses Ziel bezieht sich auf die Sammlung der heutigen Erfahrungen der Sozialpädagogen in der Suchthilfe mit der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression. Mithilfe dieser Sammlung kann ein Beitrag zur besseren Versorgung von Patienten mit diesem Störungsbild durch die Sozialpädagogen in der Suchthilfe geleistet werden.

- Wie gut ist die Forschung aufgestellt (Brown, Lewis, & Webster, 2014)?:

Bei der qualitativen Forschung ist es wichtig, dass die Auswahl der Zielgruppe, die Akquise von Probanden und die Logistik gut abgewägt wurden (Brown, Lewis, & Webster, 2014). Im Rahmen dieser Forschung wurde sorgfältig über die benannten Faktoren nachgedacht. Die Interviews werden anonymisiert und die Informationen vertraulich behandelt. Mit der Auswahl der Zielgruppe wurde sichergestellt, dass die Resultate der Forschung verlässlich und qualitativ hochwertig sind. Die befragten Sozialpädagogen sind Experten auf ihrem Gebiet und somit als hoch fachliche Quelle anzusehen.

- Wie belastend ist die Forschung für die Teilnehmer (Brown, Lewis, & Webster, 2014)?

Viele Forschungen tragen nur ein niedriges Risiko für die Teilnehmer. Der Inhalt der Gespräche ist oft persönlich. So müssen diese vertraulich und anonymisiert behandelt werden (Brown, Lewis, & Webster, 2014). Während der Transkription der Interviews wurden die Informationen komplett anonymisiert in Bezug auf die Probanden. Dies garantiert den Probanden einen gewissen Schutz. In Bezug auf die Thematik der Interviews ist diese nicht sehr belastend für die Befragten. Eine anschließende professionelle Versorgung ist nicht nötig.

## 4 Ergebnisse

Die Auswertung der theoretischen Teilfragen erfolgte bereits im theoretischen Rahmen. Unter dem Punkt Ergebnisse wird nur auf die Ergebnisse der durchgeführten Interviews eingegangen, die relevant sind für die Beantwortung der praktischen Teilfragen. Zur Auswertung der Ergebnisse der Interviews wird die Methode der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse genutzt. Mittels dieser Analyse sollen bestimmte Aspekte aus dem Material herausfiltriert werden. Letztendlich soll ein genau definiertes strukturierungsdimensionenzusammengestelltes Kategoriensystem angefertigt sein, sodass eine Zuordnung zu bestimmten Kategorien von Textmaterial immer möglich ist. Anhand bestimmter Verfahrensschritte wird ein Kodierleitfaden entwickelt. Mithilfe des Leitfadens wird die Analyse durchgeführt. Am Schluss stehen die herausgearbeiteten Ergebnisse des analysierten Materials (Mayring, 2016).

### 4.1 Teilfrage 2

Die zweite Teilfrage bezieht sich auf die Erfahrungen der Sozialpädagogen in der Suchthilfe mit den aktuell vorhandenen Behandlungsmanualen und der allgemeinen Versorgung der Patienten mit einer Komorbidität. Im Folgenden werden die einzelnen Fragen aus dem Interviewleitfaden und die Antworten auf diese Fragen benannt.

#### *4.1.1 Hast du schon Erfahrungen mit Patienten gemacht, die unter einer entsprechenden Komorbidität leiden?*

Diese Frage beantworteten alle befragten Personen (n=5) mit „Ja“(Labeltabelle, 1.1 I1/1.1 I2/1.1 I3/1.1 I4/1.1 I5). Die generelle Aussage ist hier, dass es „(...) kaum noch Patienten, die nicht eine Doppeldiagnose haben.“ (Labeltabelle, 1.1 I3) geben würde. Ein weiterer Proband sagt sogar aus, dass 90 Prozent seiner Patienten an einer Doppeldiagnose erkrankt sind (Labeltabelle, 1.2 I2).

#### *4.1.2 Welche Erfahrungen hast du gemacht?*

Es wird von unterschiedlichen Erfahrungen berichtet. Die Sozialpädagogen berichten von fehlendem Wissen über das eigene Krankheitsbild bei den Patienten (Labeltabelle, 2.1 I1) und einer hohen Anzahl an komorbiden Patienten (Labeltabelle, 2.5 I1 / 2.4 I3 / 2.1 I5). Zudem haben sie die Erfahrung gemacht, dass es nur eine mangelnde fachärztliche Versorgung der Patienten (Labeltabelle, 2.3 I1) gibt. Sie beschreiben Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den Patienten (Labeltabelle, 2.1 I2 / 2.3 I5). Der Suizid (Labeltabelle, 2.3 I2) und schwere Lebensgeschichten der Patienten (Labeltabelle, 2.5 I3) wurden hier nochmal als besondere Erschwerung der Behandlung benannt. Weiterhin haben sie Schwierigkeiten beim Stellen der Diagnose (2.1 I3). Ein Proband hat die Erfahrung gemacht, dass die Suchtbehandlung primär erfolgen sollte (Labeltabelle, 2.2 I3). Eine positive Berater-Klienten-Beziehung formt die Therapie (Labeltabelle, 2.6 I3) laut eines Probanden. Es wird eine umfassende Therapie benötigt (Labeltabelle, 2.7 I3). Die Patienten verdrängen das unliebsame Störungsbild (Labeltabelle, 2.8 I3 / 2.9 I1 / 2.10 I3). „Es fällt ihnen leichter zu sagen, dass sie eine Depression haben.“ (Labeltabelle, 2.9 I3). Die letzte Kategorie der gesammelten Erfahrungen handelt von dem Abschätzen einer adäquaten Behandlungsform durch die Sozialpädagogen (Labeltabelle, 2.1 I4 / 2.4 I4 / 2.2 I5).

#### *4.1.3 Bist du mit den Patienten anders umgegangen, als mit Patienten, die „nur“ in Anführungszeichen unter einer Alkoholabhängigkeit leiden?*

Hier antworteten 3 der befragten Sozialpädagogen mit Ja (Labeltabelle, 3.1 I1 / 3.1 I3 / 3.1 I4). „Es gibt da schon andere Ziele (...) Dann geht es nämlich schon darum den Patienten zu aktivieren und nochmal zu gucken, ob dieser fachärztliche Unterstützung braucht.“ (Labeltabelle, 3.1 I4). Zwei der befragten Probanden antworten auf diese Frage mit Nein (Labeltabelle, 3.1 I2 / 3.1 I5).

#### *4.1.4 Wie hast du sie anders beraten?*

Die Probanden geben an, dass sie beispielweise erst abklären, welche Versorgung adäquat ist und generell die Situation für sich abschätzen (Labeltabelle, 4.1 I1 / 4.2 I3). „Was brauchen die? (...) Welche Behandlung ist nun adäquat?“ (Labeltabelle, 4.1 I1). Ein weiteres Stichwort in der abgeänderten Beratung ist die Psychoedukation (Labeltabelle, 4.2 I1). „(...) ein bisschen erklärt habe. (...) erstmal sich verstehen. (...) dass sie am Ende auch wissen: Wir haben zwei eigenständige Krankheiten, (...) die sich bedingen (...)“ (Labeltabelle, 4.2 I1) So heißt es von einem der Probanden. Weiterhin benennen die Probanden, dass sie verstärkt in den Dialog mit anderen Fachleuten gehen. Sie kümmern sich um Weitervermittlung und Netzwerkarbeit, kommunizieren mit Fachleuten und holen sich fachärztliche Unterstützung (Labeltabelle, 4.1 I2 / 4.2 I3 / 4.1 I4). Als letzter Punkt wird die erhöhte Aufmerksamkeit bei der Behandlung genannt. „Bei einem, der ausschließlich Alkoholiker ist, ist es bodenständiger (...) da wird drauf geachtet, dass die kein Verlangen mehr nach Alkohol haben, aber bei einer Depression ist das ja noch schwieriger. Man muss gucken, dass er nicht trinkt und seine Depression keine überhandnimmt.“ (Labeltabelle, 4.3 I3)

#### *4.1.5 Bist du vertraut mit den aktuell bestehenden Behandlungsmanualen bezüglich dieser Komorbidität?*

4 von 5 Probanden gaben hier an, dass sie nicht vertraut sind mit den aktuell bestehenden Behandlungsmanualen (Labeltabelle, 5.1 I2 / 5.1 I3 / 5.1 I4 / 5.1 I5). „Ich wüsste gar nicht genau, wo ich die Manuale habe. (...) Also nach Manualen mache ich das nicht.“ (Labeltabelle, 5.1 I2). Ein Proband gab an, er sei teilweise vertraut mit bestehenden Behandlungsmanualen. „Also ich weiß, dass wir das haben. (...) habe das Depressionsmanual natürlich auch schon gelesen (...)“ (Labeltabelle, 5.1 I1)

#### *4.1.6 Welche Erfahrungen hast du mit diesen Manualen gemacht?*

Es wurden nur wenige Erfahrungen mit den Manualen gemacht. 3 der 5 Probanden geben an, keine Erfahrungen gemacht zu haben (Labeltabelle, 6.1 I2/ 6.1 I3/ 6.1 I5). Ein Proband gibt an, dass er nur theoretische Kenntnisse von den Manualen hat. „Bisher habe ich da nur theoretische Kenntnisse, ich wüsste aber ungefähr wie das funktionieren würde, wenn ich einen depressiven Patienten hätte, der aus seinem Loch entkommen möchte.“ (Labeltabelle, 6.1 I4) Dieser Proband gibt allerdings auch an, dass er positive Erfahrungen mit der Ausführung des Manuals durch die Psychologin gemacht hat (Labeltabelle, 6.2 I4). Diese Erfahrung teilt er mit einem weiteren Probanden, der ebenfalls keine eigenen Erfahrungen gemacht hat. „Ich kenne ja nur das, was die Patienten mir berichten, die da waren. (...) Also denen hat das wirklich geholfen.“ (Labeltabelle, 6.1 I1)

#### **4.2 Teilfrage 4**

Die vierte Teilfrage lehnt sich an die dritte Teilfrage an. Diese theoretische Teilfrage wurde bereits ausgearbeitet. Im Rahmen der Ausarbeitung der vierten Teilfrage handelt es sich speziell um die Faktoren, die basierend auf den Erfahrungen der Probanden, die adäquate Versorgung der Patienten mit der entsprechenden Komorbidität beeinflussen. Es wird so wieder so vorgegangen, wie bei der Sammlung der Ergebnisse zur Teilfrage 2.

##### *4.2.1 Welche Faktoren beeinflussen deines Erachtens nach die adäquate Versorgung der Patienten mit ebendieser Komorbidität?*

Um auch hier die bessere Leserlichkeit und Übersicht über die Ergebnisse zu gewähren, werden die benannten Faktoren, wie bei der Bearbeitung der Teilfrage 4, stichpunktartig aufgeführt.

- Zeitdruck (Labeltabelle, 7.1 I1)
- Fehlendes Wissen beim Fachpersonal (Labeltabelle, 7.2 I1 / 7.3 I2/ 7.4 I5)

- Verständnis vom Krankheitsbild (Labeltabelle, 7.3 I1)
- Eigeninitiative Fachpersonal (Labeltabelle, 7.4 I1)
- Politik und Gesellschaft (Labeltabelle, 7.5 I1)
- Kostenträger (Labeltabelle, 7.6 I1)
- Reihenfolge der Behandlung (Labeltabelle, 7.1 I2).
- Fehleinschätzung des Patienten/ Verdrängung (Labeltabelle, 7.2 I2/ 7.5 I3)
- Medikamentöse Einstellung des Patienten (Labeltabelle 7.1 I3)
- Zusammenarbeit des Fachpersonals (Labeltabelle, 7.2 I3)
- Umfeld (Labeltabelle, 7.3 I3)
- Anschluss an Selbsthilfegruppe (Labeltabelle, 7.4 I3)
- Motivation des Patienten (Labeltabelle, 7.1 I4)
- Compliance (Labeltabelle, 7.2 I4)
- Situation des Patienten (Labeltabelle, 7.3 I4)
- Legalität der Droge Alkohol (Labeltabelle, 7.1 I5)
- Keine präventiven Maßnahmen möglich (Labeltabelle, 7.2 I5)
- Unzuverlässigkeit der Patienten (Labeltabelle, 7.3 I5)
- Mangelnde fachärztliche Versorgung (Labeltabelle, 10.1 I1 / 10.1 I2)
- Druck der Zahlen (Labeltabelle, 10.2 I1)
- Interaktion der beiden Störungen (Labeltabelle, 10.1 I5)
- Berater–Klienten–Beziehung (Labeltabelle, 10.1 I4)

#### *4.2.2 Siehst du die Faktoren aus der Literaturrecherche ebenfalls als beeinflussend an?*

Aus der Literaturrecherche haben sich beispielsweise folgende Faktoren ergeben: Patienten fallen durch Schemata (Stichwort: Ping-Pong-Therapie), fehlende Fachkenntnis beim Personal und noch weitere Faktoren. 3 von den 5 Probanden erleben die benannten Faktoren als beeinflussend (Labeltabelle, 8.1 I1 / 8.1 I4 / 8.1 I5). „Heiße Kartoffel weitergeben“ (Labeltabelle, 8.1 I1) ist hier der konkrete Eindruck. Die anderen 2 Probanden erleben die Faktoren nicht als beeinflussend (Labeltabelle, 8.1 I2 / 8.1 I3). „Im Suchthilfesystem ist mir das noch nicht begegnet. Ich merke, dass die Patienten sich hier mit ihrem Problem und in ihrer Situation ernst genommen fühlen. (...)“ (Labeltabelle, 8.1 I2)

#### *4.2.3 Sind dir diese Faktoren während eines Beratungsprozesses bereits begegnet?*

4 von den 5 Probanden sind diese Faktoren schonmal begegnet (Labeltabelle, 9.1 I1 / 9.1 I3 / 9.1 I4 / 9.1 I5). „Die Klienten werden schnell und häufig zu der Fachambulanz geschickt und ich finde, dass die Klienten sich nicht als Ganzes aufgenommen fühlen“ (Labeltabelle, 9.1 I3). Einem Probanden sind diese Faktoren bisher nicht begegnet (Labeltabelle, 9.1 I2).

#### *4.2.4 Welchen Faktor siehst du als am schwerwiegendsten an?*

Die Probanden nennen unterschiedliche schwerwiegende Faktoren. Lediglich der Faktor mangelnde fachärztliche Versorgung wird zweimal genannt (Labeltabelle, 10.1 I1 / 10.1 I2). Es wird noch speziell aus der Sicht eines Sozialpädagogen in der Suchthilfe der Faktor Druck der Zahlen genannt (Labeltabelle, 10.2 I1). Ein Proband nennt das Verständnis der Patienten für ihre Krankheit als schwerwiegendsten Faktor (Labeltabelle, 10.1 I3), ein anderer die Berater-Klienten-Beziehung (Labeltabelle, 10.1 I4). Der letzte Proband sieht die Interaktion beider Störungen als schwerwiegendsten Faktor an (Labeltabelle, 10.1 I5).

### 4.3 Teilfrage 5

Die fünfte und letzte Teilfrage bezieht sich auf die Bearbeitung der aktuell bestehenden Problematik bei der Arbeit mit den Patienten. Die Ergebnisse der Fragen werden im Folgenden zusammengetragen.

#### *4.3.1 Muss die Situation deiner Meinung nach verbessert werden und wieso?*

Die Antworten auf diese Frage variieren sehr. Zwar bejahen 4 der 5 Probanden die Frage, doch nennen sie alle unterschiedliche Begründungen hierfür. Proband 1 sieht eine Verbesserung als nötig an in Bezug auf die aktuelle mangelnde psychotherapeutische Versorgung (Labeltabelle, 11.1 I1). Einen weiteren Grund für den Bedarf an einer verbesserten Versorgung nennt Proband 2. Er bezieht sich hierbei auf die steigenden Fallzahlen der komorbiden Patienten (Labeltabelle, 11.1 I2). Weitere benannte Gründe beziehen sich konkret auf die Fachambulanz. „Also ich glaube zum einen, dass wir in der Grundversorgung andere Manuale für uns entwickeln könnten“ (Labeltabelle, 11.1 I3). Es wird also nach anderen Behandlungsmanualen verlangt. Proband 5 ist der Meinung, dass die Situation sehr weitläufig ist und deswegen im Blick behalten werden sollte (Labeltabelle, 11.1 I5). Proband 4 verneint die Frage. Er bezieht die Situation auf die Fachambulanz und sieht hier bereits eine gute Versorgung, die keine konkrete Verbesserung mehr benötigt (Labeltabelle, 11.1 I4).

#### *4.3.2 Was sind deine Vorschläge zur Verbesserung der aktuellen Behandlungssituation?*

Hier benennen die Probanden mehrere unterschiedliche Gründe. Proband 1 schlägt spezielle Gruppenangebote unabhängig von einer Kostenzusage anbieten (Labeltabelle, 12.1 I1) und pauschal bezahlte Angebote vor (Labeltabelle, 12.2 I1). Außerdem besteht er darauf, dass die Situation des Patienten stets ganzheitlich betrachtet wird (Labeltabelle, 12.3 I1). Proband 2 legt großen Wert auf viel

Netzwerkarbeit (Labeltabelle, 12.1 I2) und einen regen Austausch unter Kollegen (Labeltabelle, 12.2 I2). Als weitere Verbesserungsvorschläge werden die Entwicklung von Manualen für die Grundversorgung genannt (Labeltabelle, 12.1 I3) und die Aufklärung der Fachärzte und Hausärzte über die Arbeit der Fachambulanz (Labeltabelle, 12.2 I3). Zudem wird eine bessere Zusammenarbeit mit den Haus- und Fachärzten vorgeschlagen (Labeltabelle, 12.3 I3). Proband 4 nennt die aufsuchende Sozialarbeit als Verbesserungsvorschlag, doch hat dabei noch Bedenken. „Mein Impuls wäre so die aufsuchende Sozialarbeit in Form von Abholen und sie zu Hause zu besuchen, wenn sie sich gerade nicht in der Lage dazu fühlen. Was aber leider nicht in diesem Sinne dazu gehört, denn sie müssen am Ball bleiben und sich aufraffen, um danach zu erfahren, dass es funktioniert hat und es gutgetan hat.“ (Labeltabelle, 12.1 I4) Der fünfte Proband schlägt vor, ein psychoedukatives Gruppenangebot, welches 2mal pro Jahr stattfindet, zu installieren (Labeltabelle, 12.1 I5). Außerdem soll eine Informationsbroschüre speziell zum Störungsbild entwickelt und angeboten werden (Labeltabelle, 12.2 I5). „Es liegt zwar nicht in unserer Hand aber vielleicht eine Broschüre. Es gibt etliche für jegliche Drogen über alle Varianten (...) Aber eine vernünftige Broschüre, die von weiter oben zusammengestellt wird, die kurz und knapp ist, aber den Klienten auf den ersten Weg hilft.“ (Labeltabelle, 12.2 I5)

#### *4.3.3 Hast du schon etwas dafür unternommen, um die Situation zu verbessern und wenn ja, was?*

3 der 5 Probanden beantworten dieser Frage mit Ja. Es wurde durch eigene Fortbildungen (Labeltabelle, 13.1 I1) und der Zusammenarbeit mit Psychiatern (Labeltabelle, 13.2 I1) zur Verbesserung der Situation beigetragen. Außerdem werden die Patienten aufgenommen, trotz bekannter Schwierigkeiten (Labeltabelle, 13.3 I1). Weiterhin wurde durch verstärkte Netzwerkarbeit zur verbesserten Versorgung der Patienten beigetragen (Labeltabelle, 13.1 I2). Proband 3 arbeitet an der Verbesserung

der Situation durch den Kontaktaufbau zu den Hausärzten (13.1 13). 2 der Probanden haben noch nichts unternommen, um die Situation zu verbessern (Labeltabelle, 13.1 14/ 13.1 15). „Tatsächlich denke ich erst jetzt darüber nach.“ (Labeltabelle, 13.1 14)

## **5 Schlussfolgerungen**

Im folgenden letzten Kapitel der Bachelor–Thesis werden Schlussfolgerungen gezogen. Zunächst werden alle Teilfragen benannt und beantwortet, um dann die Forschungsfrage zu beantworten. Daraufhin werden Empfehlungen formuliert. Zum Schluss wird eine Diskussion geführt, in der die Stärken und Schwächen der Forschung benannt werden.

### **5.1 Schlussfolgerungen Teilfragen**

In diesem Kapitel werden nun die Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen der Interviews und den Inhaltsanalysen gezogen.

#### *5.1.1 Welche Manuale für die Behandlung der der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression durch einen Sozialpädagogen sind bereits vorhanden?*

Diese theoretische Teilfrage wurde im theoretischen Rahmen mittels einer Inhaltsanalyse beantwortet. Es wurde deutlich, dass speziell auf den Sozialpädagogen in der Suchthilfe abgestimmte Behandlungsmanuale nicht existieren. Die vorhandenen Manuale sind multiprofessionell ausgelegt, somit sind sie dennoch für den Sozialpädagogen in der Suchthilfe nutzbar. Die verschiedenen Manuale orientieren sich alle an einer strukturierten Phasierung nach dem Modell der Veränderungsphasen von Prochaska et al.. Sie unterscheiden sich in integrierte, sequentielle oder parallele Behandlungsmodelle. Der Hintergrund all dieser Behandlungsmanuale basiert auf der kognitiv–behavioralen Therapieform. Es wird eine Alternative genannt, die Behavioral Activation, die sich von der eigentlichen kognitiv–verhaltenstherapeutischen Art der Behandlungsmanuale für die Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und Depressionen leicht unterscheidet. Diese

Methode ist lediglich verhaltenstherapeutisch ausgelegt. Alle Behandlungsmanuale sind hochstrukturierte Programme. Somit wird deutlich, dass den Sozialpädagogen in der Suchthilfe, die die Patienten mit der entsprechenden Komorbidität behandeln, ein hohes Organisationsgeschick abverlangt wird. Die vielfältige Kombination verschiedener störungsbildbezogener Interventionen muss umfassend organisiert sein. Genauere Erläuterungen der verschiedenen Manuale finden sich im Kapitel 2.1.1 der Thesis.

*5.1.2 Welche Erfahrungen haben die Sozialpädagogen in der Suchthilfe mit den aktuell vorhandenen Behandlungsmanualen und allgemein mit der Versorgung der Patienten, die unter der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression leiden, gemacht?*

Die Ergebnisse dieser praktischen Teilfrage wurden mittels Interviews gesammelt. Aus den Interviews wurde deutlich, dass jeder der Befragten bereits Erfahrungen mit Patienten gemacht hat, die unter einer Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depressionen leiden. „Ja, täglich. Man muss ja erstmal ganz klar sagen, dass dieses Krankheitsbild mehr wird.“ (Labeltabelle, 1.1 I2) „Wir hatten viele Beratungsgespräche, wo klar wird: Okay ich habe eine Suchtmittelabhängigkeit (...) plus eine Depression oder psychische Erkrankung. Das kommt oft vor. Psyche und Alkohol sind so nah beieinander. Es ist meistens beides vorhanden“ (Labeltabelle, 2.1 I5) Den Probanden fällt ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen auf. Die Erfahrungen sind vielfältig und von unterschiedlicher Art. Die meisten Erfahrungen wurden in Bezug auf die Behandlung der Patienten mit dem Störungsbild gemacht. Sie gestaltet sich anders, als die gewöhnliche Suchtbehandlung. „(...) nicht nur den Fokus auf das Suchtmittel legen muss, sondern auch auf die Stimmung achten muss.“ (Labeltabelle, 2.1 I5). Den Probanden fiel eine erschwerte Behandlung dieser Patienten auf, die ihnen Flexibilität, Kreativität und ein hohes Maß an Professionalität abverlangte. Sie mussten sich auf neue Umstände einstellen, denn mit der zusätzlichen Depression kommen auch neue

Symptome in der Behandlung auf, die beachtet werden müssen. Zudem haben sie die Erfahrung gemacht, dass die Patienten selber sich von ihren herkömmlichen Patienten unterscheiden. Den Patienten fehlt oft das Verständnis ihrer Krankheit. Hier müssen die Sozialpädagogen erst dran arbeiten. „Sie sagen dann schnell, dass sie nichts mit Alkohol haben, sondern nur depressiv sind und sie deswegen Alkohol trinken.“

(Labeltabelle, 2.8 I3) Die Patienten verdrängen das zweite, unliebsame Störungsbild und wissen oft auch gar nicht, dass sie das haben. Insgesamt wurde die Erfahrung gemacht, dass mit den entsprechenden Patienten anders umgegangen wird als mit den herkömmlichen Patienten. Während der Beratung gingen sie anders vor als sonst. So gingen sie verstärkt auf das Störungsbild ein und arbeiteten intensiver mit Psychiatern, Psychologen oder Ärzten zusammen. Speziell mit störungsspezifischen vorhanden Behandlungsmanualen haben die Sozialpädagogen nicht direkt gearbeitet und somit auch keine eigenen Erfahrungen gemacht. Es wird deutlich, dass die Sozialpädagogen in der Suchthilfe allgemein mit der Behandlung der entsprechenden Patienten schon viele Erfahrungen gemacht haben, doch mit den vorhandenen Behandlungsmanualen keine beziehungsweise kaum Erfahrungen gemacht haben.

### *5.1.3 Was sind die Faktoren, die bei der adäquaten Versorgung von Patienten mit der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression eine Rolle spielen?*

Die Bearbeitung dieser theoretischen Teilfrage erfolgte bereits im theoretischen Rahmen. Hier sind viele unterschiedliche Faktoren deutlich geworden. Sie sind grob in Kategorien zu gliedern. So haben die Fähigkeiten des Patienten, die Fähigkeiten des Fachpersonals, die umgebenden Faktoren und die Situation der Patienten einen erheblichen Einfluss auf die adäquate Versorgung der Patienten. Alle Faktoren spielen eine wichtige Rolle, die sowohl negativ als auch positiv die Versorgung beeinflussen. Sowohl die Faktoren, die sich aus der Inhaltsanalyse ergeben haben, als auch die Faktoren, die sich aus den Interviews ergeben haben, werden in einem weiteren Unterpunkt nochmals stichpunktartig gebündelt dargestellt. Mittels dieser

gebündelten Übersicht werden dann alle Faktoren dargestellt, die einen Einfluss auf die adäquate Versorgung der Patienten mit einer Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depressionen haben.

#### *5.1.4 Welche Faktoren beeinflussen, basierend auf den Erfahrungen der Sozialpädagogen in der Suchthilfe, die adäquate Versorgung der Patientengruppe mit einer Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression?*

Auch hier lassen sich die benannten Faktoren in die unterschiedlichen Kategorien einteilen. Die Faktoren werden aus der Sichtweise der Sozialpädagogen geschildert, Das bedeutet, ihre Erfahrungen und ihr Arbeitskontext spielen hier eine große Rolle. Die aus der Literatur hervorgegangenen Faktoren sind für die Probanden teilweise nicht relevant oder auch wenig beeinflussend, da sie, in ihrem Kontext eingebettet, andere Erfahrungen gemacht haben. Das wird auch bei der Einstufung des schwerwiegendsten Faktors durch die Probanden deutlich. Jeder nennt hier einen anderen, bis auf einen Probanden, der zwei Faktoren nennt. Der Faktor der mangelnden fachärztlichen Versorgung wird als einziger doppelt genannt. Die Faktoren werden alle aus unterschiedlichen Perspektiven genannt. So werden gesellschaftliche, an den Ressourcen der Patienten orientierte, therapeutische und störungsbildbezogene Faktoren durch die Probanden benannt.

#### *5.1.5 Gebündelte Darstellung aller beeinflussenden Faktoren*

Die nun folgende Darstellung aller gesammelten Faktoren, die bei der adäquaten Versorgung der Patienten mit der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression eine Rolle spielen, aus Teilfrage 3 und Teilfrage 4 beantwortet diese beiden Teilfragen endgültig.

- Therapeutische Handlungsanweisungen widersprechen sich
- Unterschiedliche Modelle – Suchtmodell vs. Psychotherapiemodell

- Breit angelegte Diagnostik
- Ressourcen des Patienten
- Berater–Klienten–Beziehung
- Neurokognitives und psychisches Funktionsniveau der Patienten
- Kommunikation im multiprofessionellen Team
- Befindlichkeit des Patienten
- Frustrationstoleranz der Patienten
- Trigger als Reaktionsketten des Patienten
- Motivation des Patienten
- Abstinenz des Patienten
- Schweregrad der Komorbidität
- Fachlichkeit des Personals
- Familie des Patienten
- Zeitdruck für den Sozialpädagogen
- Verständnis vom Krankheitsbild (Patient)
- Eigeninitiative Fachpersonal
- Politik und Gesellschaft
- Kostenträger
- Reihenfolge der Behandlung
- Fehleinschätzung des Patienten/ Verdrängung
- Medikamentöse Einstellung des Patienten
- Zusammenarbeit des Fachpersonals
- Anschluss an Selbsthilfegruppe
- Motivation des Patienten
- Compliance

- Situation des Patienten
- Legalität der Droge Alkohol
- Keine präventiven Maßnahmen möglich
- Unzuverlässigkeit der Patienten
- Mangelnde fachärztliche Versorgung

*5.1.6 Wie kann, laut den Sozialpädagogen in der Suchthilfe, die aktuell bestehende Problematik ebendieser Berufsgruppe bei der Arbeit mit den Patienten, die sowohl alkoholabhängig als auch depressiv sind, bearbeitet werden?*

Die Mehrheit der Probanden sind sich einig, dass an der aktuellen Behandlungssituation etwas geändert werden muss. Sie sehen dafür unterschiedliche Begründungen und beziehen sich auch hier auf unterschiedliche Hintergründe. Als Beispiel sei hier genannt die mangelnde fachärztliche Versorgung oder auch der Bedarf nach neuen, an die Grundversorgung angepassten Behandlungsmanualen. Konkrete Vorschläge zur Verbesserung, die benannt wurden, beziehen sich größtenteils alle auf die Handlungsbereiche der Sozialpädagogen. Allerdings wird auch von dem generellen Suchthilfesystem Veränderung verlangt. So sollten zum Beispiel kostenträgerunabhängige Gruppenangebote, speziell auf das Störungsbild zugeschnitten, angeboten werden können. Weitere Vorschläge sind beispielweise eine stets ganzheitliche Betrachtung der Situation des Patienten oder auch der intensive Austausch unter Kollegen. Außerdem sollen Manuale für die Grundversorgung entwickelt und die Fach- und Hausärzte über die Arbeit in der Fachambulanz aufgeklärt werden. Viel Netzwerkarbeit und eine bessere Zusammenarbeit von Hausärzten und der Fachambulanz sollen zudem zur Bearbeitung der Versorgungssituation beitragen. All diese Verbesserungsvorschläge sind durch die Sozialpädagogen selbst umsetzbar. 3 der 5 Sozialpädagogen geben sogar an, schon etwas dafür unternommen zu haben, um die Situation zu verbessern. Die anderen

zwei Probanden haben noch nichts dafür unternommen. Mithilfe von Fortbildungen, enger Zusammenarbeit mit Psychiatern und Hausärzten und der Aufnahme dieser Patienten obwohl es bekannte Schwierigkeiten gibt haben die Probanden zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Es wird also deutlich, dass es die Sozialpädagogen selbst sind, die dazu beitragen können, dass sich die Versorgungssituation der Patienten verbessert.

## 5.2 Schlussfolgerung Forschungsfrage

Mithilfe der Antworten und Schlussfolgerungen aus den Teilfragen, wird nun eine umfassende Schlussfolgerung angefertigt und eine Antwort auf die Forschungsfrage gegeben. Die Forschungsfrage lautet:

*„Wie kann ein Sozialpädagoge in der Suchthilfe basierend auf den eigenen Erfahrungen zu einer adäquaten Versorgung der Patienten mit einer Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression beitragen?“*

Es wurde deutlich, dass die befragten Sozialpädagogen bereits viele Erfahrungen mit Patienten gemacht haben, die die Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression haben. Aus der Literatur geht hervor, dass die Sozialpädagogen Schwierigkeiten bei der Versorgung dieser Patienten haben (Gouzoulis–Mayfrank & Walter, 2014). Die Ergebnisse der geführten Interviews bestätigen diese Aussage. Es gibt viele verschiedene Faktoren, die die adäquate Versorgung der Menschen mit einer Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression beeinflussen. Viele dieser Faktoren beziehen sich nicht nur auf die Patienten selber, sondern auch auf den Aufbau der Hilfesysteme und die darin agierenden Fachkräfte (Donati & Moggi, 2004). Diese Faktoren gilt es zu beachten bei der Behandlung der Patienten. Basierend auf den eigenen Erfahrungen der Sozialpädagoge in der Suchthilfe, liegt es in ihrer eigenen Hand, die Versorgung der Patienten adäquat zu gestalten. Es gibt, wie bereits benannt eine Vielzahl von Faktoren, die die Versorgung beeinflussen. Den Einfluss dieser Faktoren auf die Behandlung der Patienten können die Sozialpädagogen nicht

verhindern. Doch sie können gezielt auf diese Faktoren eingehen und in ihre Arbeit einbauen. Es wurden viele Vorschläge zur Verbesserung der Behandlungssituation gemacht und die meisten dieser Vorschläge starten mit dem Wirken eines Sozialpädagogen. So wird beispielsweise vorgeschlagen, die Intensität der Netzwerkarbeit zu erhöhen. Dies kann nur geschehen, wenn der Sozialpädagoge auf die anderen Professionen zugeht und mit den jeweiligen Vertretern Vereinbarungen trifft und kommuniziert. In Kapitel 5.1.6 wurden bereits einige Vorschläge, wie ein Sozialpädagoge in der Suchthilfe zur adäquaten Versorgung der Patienten mit dem Störungsbild beitragen kann, genannt. Generell ist es wichtig, dass der Sozialpädagoge im hohen Maße professionell handelt und Eigeninitiative zeigt. Die Sozialpädagogen selbst sind es, die die Versorgung der Patienten gestalten, also sind es auch sie, die adäquat handeln müssen um eine adäquate Versorgung zu fördern. Damit soll gesagt werden: Die Qualität der Versorgung der Patienten liegt an der Qualität der Arbeit der Sozialpädagogen. Arbeiten sie schlampig und unprofessionell, so werden die Patienten qualitativ minderwertig versorgt. Arbeiten die Sozialpädagogen jedoch gewissenhaft, professionell, störungsspezifische und umfassend, so wird den Patienten eine adäquate Versorgung geboten. Letztendlich kann nur durch hohe Fachlichkeit, Einfühlungsvermögen und Flexibilität der Sozialpädagogen die Versorgung durch die Sozialpädagogen adäquat gestaltet werden.

### **5.3 Empfehlungen**

Nun werden Empfehlungen entwickelt, die sowohl für die auftraggebende Institution als auch für den breiten Kontext nützlich sind.

Empfehlung 1:

Die erste Empfehlung bezieht sich auf die auftraggebende Einrichtung. Während der Forschung ist deutlich geworden, dass die Sozialpädagogen immer wieder mit dem Störungsbild konfrontiert werden. In den Interviews heißt es, dass jeder zweite ihrer

Patienten eine Komorbidität aufweist. In den Interviews heißt es allerdings auch, dass die Sozialpädagogen keine eigene Kenntnis von Behandlungsmanualen bezüglich der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression haben. Sie handeln ohne spezifischen theoretischen Hintergrund. Die Patienten mit diesem Störungsbild benötigen eine sehr strukturierte Behandlung (Donati & Moggi, 2004). Eine Behandlung „aus dem Bauch heraus“ ist daher wenig zielführend und qualitativ minderwertig. Um die Qualität der Arbeit mit den alkoholabhängigen und depressiven Klienten zu erhöhen, ist hier an eine störungsspezifische Fortbildung aller Sozialpädagogen der Fachambulanz zu denken. Durch die Fortbildung werden die Sozialpädagogen sicher in ihrem Handeln und ihre Versorgung wird adäquat. Ein weiterer Vorteil der Fortbildung aller Sozialpädagogen ist der Gewinn an Unabhängigkeit von Fachärzten und auch Hausärzten. Jetzt ist es noch so, dass die Sozialpädagogen auf die Ärzte angewiesen sind. Durch den mehrfach benannten Fachärztemangel erschwert das die Situation für die Sozialpädagogen nochmals. Durch eine Fortbildung könnten sie in Krisensituationen methodisch adäquat handeln. Sie haben mehr Möglichkeiten, um auf die Patienten zu reagieren und werden so sicherer in ihrem Handeln.

#### Empfehlung 2:

Die zweite Empfehlung bezieht sich ebenfalls auf die auftraggebende Einrichtung. Die Fachambulanz ist bereits gut vernetzt. Außerdem verfügt sie über einen eigenen Beratungsstellenarzt und auch einer eigenen Psychologin. Es sind jedoch auch einige Patienten bereits in psychotherapeutischer Behandlung, wenn sie in die Fachambulanz kommen. Für die Behandlung komorbid erkrankter Patienten sind unterschiedliche Behandlungsmethoden angezeigt. Alle Behandlungsmethoden haben einen hohen Struktur-, Kommunikations- und Organisationsbedarf, da mehrere Professionen mit einem Patienten arbeiten (Eland, Kroon, & Meeuwissen, 2001). Die Empfehlung bezieht sich darauf eine verstärkte Zusammenarbeit mit den lokalen

Psychotherapeuten auszubauen, um die Behandlung integriert gestalten zu können. Die Einführung gemeinsamer Sitzungen mit Patient, Psychotherapeut und Sozialpädagoge ist hier angedacht. So kann die Behandlung individuell gestaltet werden und die Fachkräfte beider Professionen sind in den jeweiligen Therapieverlauf eingebunden. Die Rede ist hier von einer integrierten Behandlung (Gouzoulis-Mayfrank & Walter, 2014). Dadurch wird die Störung ganzheitlich betrachtet und dem Patienten eine adäquate Versorgung geboten. Die gemeinsamen Sitzungen dienen den konkreten Strukturierungen und Absprachen zwischen dem Sozialpädagogen und dem Psychotherapeuten bezüglich der Behandlung.

### Empfehlung 3

Die dritte Empfehlung bezieht sich auf den breiten Kontext der Sozialpädagogen in der Suchthilfe. Während der Recherchen zur ersten Teilfrage ist aufgefallen, dass es keine Behandlungsmanuale für die Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depressionen oder generell für Komorbiditäten gibt, die spezifisch auf die Handlungsmöglichkeiten der Sozialpädagogen ausgelegt sind. Die Heterogenität des Störungsbildes erschwert die Erstellung eines einheitlichen Behandlungsmanuals. Die Problematik ist in zwei Hilfesysteme gebettet (Donati & Moggi, 2004). Vorliegende Manuale sind überwiegend verhaltenstherapeutisch ausgelegt. Sozialpädagogen sind demnach im Rahmen ihrer Handlungsfähigkeiten nicht immer dazu in der Lage, diese Manuale adäquat anzuwenden. Die Empfehlung ist daher, ein eigenes Manual zu entwickeln – von Sozialpädagogen in der Suchthilfe für Sozialpädagogen in der Suchthilfe. Hierbei ist zu denken an eine Art Ausschuss, der sich aus vielen verschiedenen Sozialpädagogen zusammensetzt, die in der Suchthilfe arbeiten und Erfahrungen mit dem Krankheitsbild gemacht haben. Hier soll beraten und entwickelt werden bezüglich eines Behandlungsmanuals für die adäquate Versorgung für Menschen mit der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression oder generell für Menschen mit der Doppeldiagnose psychische Störung und Sucht. Dadurch soll

ein Beitrag zur adäquaten Versorgung der Menschen mit ebendiesem Störungsbild durch die Sozialpädagogen in der Suchthilfe geleistet werden.

#### **5.4 Stärken und Schwächen**

In diesem letzten Kapitel der Thesis wird auf die Stärken und Schwächen der Forschung eingegangen.

Die Stärken und Schwächen dieser Forschung sind vielseitig. Zu den Stärken der Forschung zählt beispielsweise die Verwendung von 2 Methoden zur Datenerhebung. Dadurch wird eine umfassende Ergebnissammlung ermöglicht. Eine weitere Stärke ist die Beachtung forschungsethischer Kriterien. Die Probanden wurden nicht durch die Forschung belastet und auch die Sinnhaftigkeit der Forschungsfrage, sozusagen die Relevanz der Forschung wurden begründet dargestellt (Brown, Lewis, & Webster, 2014). Eine weitere Stärke der Forschung sind die genutzten Methoden zur Erhöhung der Reliabilität der Forschung. Durch die Wahl der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse zur Auswertung der Daten wird eine Standardisierung der Ergebnisse ermöglicht (Verhoeven, 2016). Eine andere Stärke ist die Wiederholung der Datensammlung in Bezug auf Teilfrage 3 und 4. Die sogenannte Iteration, die ebenfalls eine Methode ist, um die Reliabilität der Forschung zu erhöhen, soll bewirken, dass eine umfassende Antwort auf eine Problemstellung gefunden und gegeben werden kann (Verhoeven, 2016). Eine weitere Stärke der Forschung ist die halbstrukturierte Form der Interviews. Dadurch kann eine große Menge an Daten gesammelt werden. Zudem ist die gezielte Auswahl der Probanden eine Stärke der Forschung. Die Heterogenität der Zielgruppe ermöglicht ein Blick auf die Thematik aus verschiedenen Perspektiven. Dies erhöht die Validität der Forschung. Weitere Stärken bezogen auf die Validität der Forschung sind die inhaltliche Generalisierbarkeit der Ergebnisse der Forschung und die Tatsache, dass die Forschungsinstrumente nicht abgeändert wurden (Verhoeven, 2016). Doch neben den

Stärken der Forschung gibt es auch Schwächen. Eine Schwäche ist beispielsweise, dass die Forschung allein von einer Person verfasst wurde. Ein sogenanntes Peer Feedback erhöht die Reliabilität der Ergebnisse (Verhoeven, 2016). Eine weitere Schwäche, die die Reliabilität der Forschung beeinflusst, ist die fehlende Dokumentation der einzelnen Forschungsschritte in einem Forschungslogbuch. Hierin sollten alle Entscheidungen und Schritte festgehalten werden. So könnten bei einer Wiederholung dieser Forschung gemachte Fehler vermieden werden und dadurch die Reliabilität erhöht werden (Verhoeven, 2016). Eine weitere Schwäche der Forschung ist, dass die Interviews nicht genügend anonymisiert wurden. Zwar wurden Namen und sonstige persönliche Informationen anonymisiert, doch man kann aus dem Kontext einiger Interviews noch entnehmen, wo die jeweilige Person genau arbeitet. Dadurch ist es möglich, einen Rückschluss zu ziehen und die Person zu identifizieren. Noch eine Schwäche, die zu benennen ist, ist die teilweise vorhandene Verfälschung der Ergebnisse der Interviews. Aufgrund von unterschiedlichen Lokalisationen, in denen die Probanden tätig sind, werden unterschiedliche äußere Faktoren gegeben, die Einfluss haben auf die Antworten der Probanden. So ist beispielsweise an einigen Standorten der Fachambulanz eine gute Vernetzung mit Fachärzten oder anderen Institutionen gegeben, die an anderen Standorten so nicht gegeben ist. Eine weitere Schwäche, bezogen auf die externe Validität der Forschung, ist die fehlende Generalisierbarkeit einzelner Ergebnisse. Zwar ist dies mit den Ergebnissen mehrheitlich möglich, doch bei den beeinflussenden Faktoren wurden Faktoren genannt, die lediglich für die Fachambulanz relevant sind. Hier ist zum Beispiel an den mehrfach benannten Mangel an Fachärzten zu denken. Dieser Faktor ist im Emsland relevant, doch lässt er sich nicht auf ganz Deutschland oder auch auf internationaler Ebene generalisieren. Eine letzte, weitere Schwäche der Forschung bezieht sich auf die Wahl der Interviewform. Zwar bringt die halbstrukturierte Form einen großen Vorteil mit sich, aufgrund der Ermöglichung einer erhöhten

Datensammlung, doch können durch die fehlende Struktur auch abweichende Informationen gesammelt werden, die für die Forschung irrelevant sind.

## 5.5 Diskussion

Während der Analyse der Ergebnisse sind einige Gegebenheiten auffällig geworden. So beispielweise bei der Beantwortung der Teilfrage 2. Jeder der befragten Sozialpädagogen hat bereits Erfahrungen mit Patienten gemacht, die unter der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Sucht leiden, gemacht. Noch keiner von ihnen hat allerdings eigene Erfahrungen mit den aktuell bestehenden Behandlungsmanualen für die Komorbidität gemacht. Es wird deutlich, dass hier eine große Wissenslücke besteht, die die Qualität der Arbeit der Sozialpädagogen beeinflusst. Hier ist die Frage, wieso trotz der bekannten steigenden Fallzahlen bisher noch keine Schulung oder Ähnliches der Mitarbeiter stattgefunden hat. Die Verfasserin der Thesis ist der Ansicht, dass der Grund hierfür auf struktureller Ebene liegt. Die Trennung der Hilfesysteme hat einen großen Einfluss auf die Behandlung der Patienten mit einer Doppeldiagnose (Dom, et al., 2013). Die sogenannte Ping-Pong-Therapie beschreibt wie die Patienten mit entsprechender Diagnose durch die Schemata beider Hilfesysteme fallen (Donati & Moggi, 2004). Sie werden aufgrund ihrer Diagnose immer wieder weggeschickt, mit der Begründung, sie müssten erst an ihrer Alkoholabhängigkeit oder eben an ihren Depressionen arbeiten. Es will sich keiner mit den Patienten beschäftigen. Dies hat zur Folge, dass die Einrichtungen sich nicht dem Trend entsprechend aufstellen und somit keine störungsspezifischen Behandlungsmanuale implementieren oder Mitarbeiterschulungen durchführen. Dennoch kommen die Patienten mit diesem Störungsbild in die verschiedenen Einrichtungen und fordern eine adäquate Versorgung. Letztendlich sind es die Sozialpädagogen, die den Patienten Unterstützung bieten müssen. Ohne gefestigten

theoretischen Hintergrund ist dies kaum zu leisten. Es muss sich etwas auf struktureller Ebene ändern, um diese Problematik zu lösen.

## Literaturverzeichnis

"Caritas". (2014). Leitbild. Caritasverband für den Landkreis Emsland.

"Robert-Koch-Institut". (2010). *Depressive Erkrankungen – Heft 51*. Abgerufen am 25. 05 2017 von Gesundheitsberichterstattung des Bundes: [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/Depression\\_inhalt.html?nn=2370692](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/Depression_inhalt.html?nn=2370692)

"Taalwinkel". (2014). *www.taalwinkel.nl*. Von Afstuderen Stap 2 : Theoretisch kader: <http://www.taalwinkel.nl/tekstsoorten/afstuderen-stap-2-theoretisch-kader/> abgerufen

Ackermann, P. (Oktober 2016). Masterthesis. *Entwicklung und Evaluation eines Indikationsmoduls für depressive Störungen in der stationären Suchtbehandlung von jungen Menschen*. Rheinfelden. Von [www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/KatHO/DISuP/Masterthesen/Masterthesis\\_Packermann\\_2016.pdf](http://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/KatHO/DISuP/Masterthesen/Masterthesis_Packermann_2016.pdf) abgerufen

Ballweg, T., Götsch-Ulmer, D., Jackl, M., Jost, W., Maus, F., Nodes, W., . . . Winterscheid, J. (o.J. ). *Qualitätskriterien des DBSH. Grundraster zur Beurteilung der Qualität in den Handlungsfeldern Sozialer Arbeit*. Von DBSH: [https://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/Qualit%C3%A4tskriterien\\_DBSH.pdf](https://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/Qualit%C3%A4tskriterien_DBSH.pdf) abgerufen

Bathen, R., Dias de Oliveira, A., Gaßmann, D. R., Leune, J., & Schlusemann, I. (2005). *Konsenspapier. Ziele, Grundlagen und Prinzipien der Sucht- und Drogenhilfe*. Abgerufen am 26. 05 2017 von DHS: [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Arbeitsfeld\\_Suchthilfe/konsenspapier\\_DHS\\_akzept\\_2005.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Suchthilfe/konsenspapier_DHS_akzept_2005.pdf)

Brand, H., & Braun, H. (2015). Psychiatrische Komorbidität in der Suchthilfe : Prävalenz und aktuelle Versorgungssituation. Abgerufen am 13. 05 2017 von <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0035-1557696>

- Brown, A., Lewis, J., & Webster, S. (2014). *Kwalitatief onderzoek: ethiek en integriteit in onderzoek*. Von Open Universiteit:  
<http://oupsy.nl/files/Kwalitatief%20Onderzoek%20-%20Ethiek%20en%20integriteit%20in%20onderzoek.pdf> abgerufen
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (o.J.). *Behandlung und Therapie*. Abgerufen am 25. 05 2017 von Alkohol? Kenn dein Limit:  
<https://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/behandlung-therapie/>
- Daley, D., & Kelly, T. (2013). *Integrated Treatment of Substance Use and Psychiatric Disorders*. Abgerufen am 15. 05 2017 von PMC – National Library of Medicine. National Institutes of Health:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3753025/>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2017). *S3-Leitlinie / Nationale VersorgungsLeitlinie. Unipolare Depression. Kurzfassung*. Abgerufen am 26. 05 2017 von  
<http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2auf-vers1-kurz.pdf>
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V. (2015). *Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention*. Abgerufen am 26. 05 2017 von DGSAS– Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe:  
[http://www.dgsas.de/downloads/Kompetenzprofil\\_online.pdf](http://www.dgsas.de/downloads/Kompetenzprofil_online.pdf)
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). (2005 ). *Ziele, Grundlagen und Prinzipien der Sucht- und Drogenhilfe*. Abgerufen am 23. 03 2017 von Fachliche Grundlagen und Ziele der Suchthilfe:  
[http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Arbeitsfeld\\_Suchthilfe/konsenspapier\\_DHS\\_akzept\\_2005.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Suchthilfe/konsenspapier_DHS_akzept_2005.pdf)
- Dom, G., Dijkhuizen, A., Hoorn, v. B., Kroon, H., Muusse, C., Rooijen, v. S., . . . Wamel, v. A. (2013). *Handboek dubbele diagnose*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Donati, R., & Moggi, F. (2004). *Psychische Störungen und Sucht : Doppeldiagnosen*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle : Hogrefe – Verlag für Psychotherapie .
- Dooreward, H., & Verschuren, P. (2007). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Boom Lemma uitgevers .

- Dürsteler–MacFarland, K. M., Prica, M., & Vogel, M. (2013). Psychotherapeutische Herausforderungen in der Behandlung von Substanzstörungen : alte und neue Erkenntnisse unter Berücksichtigung psychischer Komorbidität. Abgerufen am 13. 05 2017 von [http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/2013\\_D%C3%BCrsteler–MacFarland–Prica–Vogel\\_Behandlung–von–Substanzstoerungen.pdf](http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/2013_D%C3%BCrsteler–MacFarland–Prica–Vogel_Behandlung–von–Substanzstoerungen.pdf)
- Eland, A., Kroon, H., & Meeuwissen, J. (2001). *Een basisprogramma voor cliënten met een dubbele diagnose* . Utrecht: Trimboos–instituut .
- Franklin, L., Guiot, M., Kuiper, B., & Smeerdijk, A. (2009). *Resultaten Scoren– Kenniscentrum Verslaving* . Von Middelenafhankelijkheid en depressie – Handleiding : [www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/middelenafhankelijkheid–en–depressie.html](http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/middelenafhankelijkheid–en–depressie.html) abgerufen
- Gerrig, R. J., & Zimbardo, P. G. (2008). *Psychologie*. München: Pearson.
- Gouzoulis–Mayfrank, E. (2008). Komorbiditäten von Sucht und anderen psychischen Störungen – Grundlagen und evidenzbasierte Therapie. *Fortschritte der Neurologie–Psychiatrie*, S. 263 – 271. Abgerufen am 13. 05 2017 von <https://www.thieme–connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s–2008–1038154>
- Gouzoulis–Mayfrank, E., & Walter, M. (2014). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen – Diagnostik und Behandlungen von Doppeldiagnosen*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Hansjürgens, R. (02. 01 2015). *Soziale Arbeit in der ambulanten Suchthilfe – Eine Arbeitsfeldanalyse*. Abgerufen am 23. 03 2017 von Konturen online – Fachportal zu Sucht und sozialen Fragen: <https://www.konturen.de/titelthema/titelthema–1–2015–ambulante–suchthilfe/soziale–arbeit–in–der–ambulanten–suchthilfe/>
- Heberlein, A., Hillemacher, T., & Wilhelm, J. (2012). Depression und Alkoholabhängigkeit. Eine therapeutische Herausforderung. *Nervenheilkunde*, S. 305–310. Abgerufen am 26. 05 2017 von <http://www.schattauer.de/magazine/uebersicht/zeitschriften–a–z/nervenheilkunde/inhalt/archiv/issue/1535/manuscript/17569.html>

- Hegerl, P. D. (o.J.). *Wie wird eine Depression behandelt ?* Abgerufen am 26. 05 2017 von Stiftung Deutsche Depressionshilfe: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/behandlung>
- Heinz, T. W., & Trenckmann, P. D. (1997). *Alkohol und Depression – Wie Sie die Doppelerkrankung besiegen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Hollweg, M., Naber, D., & Soyka, M. (November 1996). Alkoholabhängigkeit und Depression Klassifikation, Komorbidität, genetische und neurobiologische Aspekte. *Der Nervenarzt*, S. 896–904.
- Holzbach, D. R. (August 2014). Abteilung Suchtmedizin – Die Behandlung von Suchtpatienten mit Angststörungen und Depressionen am Standort Lippstadt. Warstein, Nordrhein Westfalen, Deutschland. Abgerufen am 10. 05 2017
- Huysen, D. J., Sabbe, D. B., Schene, D. A., & Spinhoven, D. P. (2014). *Handboek Depressieve stoornissen*. Enschede : De Tijdstroom uitgeverij.
- International Federation of Social Workers. (2014). *Global Definitin of Social Work*. Abgerufen am 26. 05 2017 von ifsw: <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/>
- Landschaftsverband Westfalen–Lippe. (2014). Krankheitsbilder – Doppeldiagnosen (Komorbidität). Münster. Abgerufen am 23. 03 2017 von [https://www.lwl.org/LWL/Gesundheit/psychiatrieverbund/K/lwl\\_klinik\\_warstein/Info-Center/Krankheitsbilder/Drogenabhaengigkeit/doppeldiagnosen](https://www.lwl.org/LWL/Gesundheit/psychiatrieverbund/K/lwl_klinik_warstein/Info-Center/Krankheitsbilder/Drogenabhaengigkeit/doppeldiagnosen)
- Legewie, H. (o.J. ). Von 12.Vorlesung: Gütekriterien und Qualitätssicherung qualitativer Methoden : [http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Dokumente/Vorlesung\\_12.pdf](http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Dokumente/Vorlesung_12.pdf) abgerufen
- Lieb, M., & Soyka, M. (2004). Depression und Alkoholabhängigkeit– Neue Befunde zu Komorbidität, Neurobiologie und Genetik. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems*, S. 37–46. Abgerufen am 26. 05 2017 von <http://www.kup.at/kup/pdf/4584.pdf>
- Lojewski, I., Schay, P., & Siegel, F. (2013). Integrative Therapie in der Drogenhilfe . In *Theorie– Methoden– Praxis in der sozialen und medizinischen Rehabilitation* . Stuttgart–New York: Georg Thieme Verlag.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die Sozialforschung*. Weinheim und Basel: Beltz.

- Migchelbrink, F. (2006). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. (2015). *Im Dickicht der Hilfesysteme ? Versorgungsprobleme und innovative Lösungsansätze zwischen Suchthilfe und Psychiatrie. Bericht zur Suchtkrankenhilfe 2014*. Von [http://www.ms.niedersachsen.de/download/115395/24.\\_Niedersaechsische\\_Suchtkonferenz\\_Im\\_Dickicht\\_der\\_Hilfesysteme\\_Versorgungsprobleme\\_und\\_innovative\\_Loesungsansaeetze\\_zwischen\\_Suchthilfe\\_und\\_Psychiatrie.pdf](http://www.ms.niedersachsen.de/download/115395/24._Niedersaechsische_Suchtkonferenz_Im_Dickicht_der_Hilfesysteme_Versorgungsprobleme_und_innovative_Loesungsansaeetze_zwischen_Suchthilfe_und_Psychiatrie.pdf). abgerufen
- Pfleiderer, P. D. (o.J.). *Depressio/ Fachartikel*. Abgerufen am 26. 05 2017 von Gender.Med-Wiki: <https://gendermedwiki.uni-muenster.de/mediawiki/index.php?title=Depression/Fachartikel>
- Schneider, R. (2015). *Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit*. Baltmannsweiler : Schneider Verlag Hohengehren GmbH .
- Schuman, G. (2015). *"Kulturdroge" Alkohol – Auswirkungen auf die Arbeitswelt*. Abgerufen am 25. 05 2017 von Sicherheitsbeauftragter: <http://www.sicherheitsbeauftragter.de/fachartikel/artikel/?aid=1131>
- Soyka, M. (Oktober 2001). Psychische und soziale Folgen chronischen Alkoholismus. *Deutsches Ärzteblatt*. Abgerufen am 26. 05 2017 von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/29088>
- Sponsel, R. (2015). *Komorbidität. Wort, Begriff, Bedeutung, Geschichte, Anwendung und Probleme in Psychodiagnostik und Psychotherapie*. Abgerufen am 25. 05 2017 von Internet Publikation für Allgemeine und Integrative Psychotherapie: <http://www.sgipt.org/doceval/epidem/komorbid.htm>
- Sponsel, R. (2016). *Psychotherapieforschung, Evaluation und Qualitätssicherung in der GIPT-Praxis*. Abgerufen am 25. 05 2017 von Internet Publikation für Allgemeine und Integrative Psychotherapie IP-GIPT: <http://www.sgipt.org/wisms/ptfevqs0.htm#Ursachenproblem>
- Verhoeven, N. (2016). *Wat is onderzoek?* Boom uitgevers Amsterdam .
- Vogelsang, M. (2011). *DGRW-Update :Alkoholabhängigkeit*. Abgerufen am 11. 05 2017 von Thieme – Rehabilitation: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0031-1285892#N66043>
- Wirtschaftspsychologische Gesellschaft. (2017). *WPGS*. Von 7.Querschnittstudien und Längsschnittstudien als Forschungsansätze:

<https://wpgs.de/fachtexte/forschungsdesigns/7-querschnittstudien-und-laengsschnittstudien-als-forschungsansaetze/> abgerufen

## **Anlagen**

**Anlage 1      Eidesstattliche Erklärung**

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht.

Westrum, den 26. September 2017

Ort, Datum

L. Ahlers

Vorname Nachname

**Einleitung:**

Ziel des Interviews, Aufbau, geschätzte Dauer, zentrale Frage des Gesprächs, Wertschätzung der Teilnahme, Infos werden anonym und vertraulich behandelt

**Kurzfristiges Ziel:**

Ziel ist es, die heutigen Erfahrungen mit dem Krankheitsbild aus dem Arbeitsfeld des Sozialpädagogen in der Suchthilfe zu sammeln.

**Langfristiges Ziel:**

Ziel der Forschung ist es, einen Beitrag zur besseren Versorgung von Patienten mit einer Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression durch die Sozialpädagogen in der Suchthilfe zu leisten.

**Forschungsfrage:**

Wie kann ein Sozialpädagoge in der Suchthilfe basierend auf den eigenen Erfahrungen zu einer adäquaten Versorgung der Patienten mit einer Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression beitragen?

Zur Teilfrage 2: Welche Erfahrungen haben die Sozialpädagogen in der Suchthilfe mit den aktuell vorhandenen Behandlungsmanualen und allgemein mit der Versorgung der Patienten gemacht?

1. Hast du schon Erfahrungen mit Patienten gemacht, die unter einer entsprechenden Komorbidität leiden?
2. Welche Erfahrungen hast du damit gemacht?
3. Bist du mit den Patienten anders umgegangen, als mit Patienten, die „nur“ in Anführungszeichen unter einer Alkoholabhängigkeit leiden?
4. Wie hast du sie anders beraten?
5. Bist du vertraut mit den aktuell bestehenden Behandlungsmanualen bezüglich dieser Komorbidität?

6. Welche Erfahrungen hast du mit diesen Manualen gemacht?

Zur Teilfrage 4: Welche Faktoren verhindern, basierend auf den Erfahrungen der Sozialpädagogen in der Suchthilfe, die adäquate Versorgung der Patientengruppe mit einer Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression?

Mit Rücksichtnahme auf die Ergebnisse der theoretischen dritten Teilfrage:

7. Welche Faktoren beeinflussen deines Erachtens nach die adäquate Versorgung der Patienten mit ebendieser Komorbidität?

8. Aus der Literaturrecherche haben sich beispielsweise folgende Faktoren ergeben:

- Patienten fallen durch die Schemata der verschiedenen Hilfsangebote (Stichwort : „Ping-Pong“-Therapie -> Strukturelle Trennung der psychiatrischen Hilfsangebote und der Suchthilfeangebote )
- Fehlende Kenntnis beim Fachpersonal

Siehst du diese ebenfalls als beeinflussend an?

9. Sind dir diese Faktoren während eines Beratungsprozesses bereits begegnet?

10. Welchen Faktor siehst du als am schwerwiegendsten an und wieso?

Zur Teilfrage 5: Wie kann, laut den Sozialpädagogen in der Suchthilfe, die aktuell bestehende Problematik ebendieser Berufsgruppe bei der Arbeit mit den Patienten, die sowohl alkoholabhängig als auch depressiv sind, bearbeitet werden?

11. Muss die Situation deiner Meinung nach verbessert werden und wieso?

12. Was sind deine Vorschläge zur Verbesserung der aktuellen Behandlungssituation?

13. Hast du schon etwas dafür unternommen, um die Situation zu verbessern und wenn ja, was ?

### Anlage 3 Interview 1

Anwesende: Interviewer (LA), Interviewter (I1)

LA: Gut. Ziel des Interviews weißt du ja. Aufbau kennst du auch. Geschätzte Dauer ist ungefähr eine halbe Stunde / Stunde. Ich glaube wir fangen einfach direkt mit den ersten Fragen an. Ich glaube das meiste weißt du ja schon. Oder soll ich es nochmal sagen?

I1: Ja bitte.

LA: Kurzfristiges Ziel der Untersuchung an sich ist die Erfahrung der Sozialpädagogen in der Suchthilfe mit diesem Krankheitsbild, also Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression, also davon die Erfahrung von dir jetzt in diesem Fall zu sammeln und das langfristige Ziel ist es einen Beitrag zur besseren Versorgung ebendieser Patienten zu leisten durch die Sozialpädagogen in der Suchthilfe. Forschungsfrage an sich ist: Wie kann ein Sozialpädagoge in der Suchthilfe basierend auf den eigenen Erfahrungen zu einer adäquaten Versorgung der Patienten mit einer Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression beitragen? So. Gut. Ja dann fangen wir mal mit der ersten Frage an. Die erste Frage ergründet sich aus der Teilfrage 2. Die Teilfrage 2, ja die erste Teilfrage ist eine rein theoretische Teilfrage, deswegen fangen wir direkt mit der Teilfrage 2 an. Welche Erfahrungen haben die Sozialpädagogen in der Suchthilfe mit den aktuell vorhandenen Behandlungsmanualen und allgemein mit der Versorgung der Patienten gemacht? Und das habe ich jetzt ja aufgeteilt in zwei Teile der Frage und dann ist meine erste Frage an dich: Hast du schon Erfahrungen mit Patienten gemacht die unter einer entsprechenden Komorbidität leiden?

I1: Ja, habe ich ständig. Also täglich. Weil wenn man mal so das Thema Depressionen nimmt, so gefühlt jeder Zweite, der hier ist, irgendwas mit dem Thema Depressionen und Sucht zu tun hat. Und natürlich viele die Alkoholkrank sind, aber das gilt auch für andere Drogen. Also das heißt viele Menschen, die zum Beispiel Cannabisabhängig sind haben auch noch etwas anderes, also eine Depression zum Beispiel oder Angststörungen oder Ähnliches.

LA: Welche Erfahrungen genau hast du so mit den Patienten gemacht?

I1: Ja gut. Sie kommen hier erstmal an und haben ja oft selber gar keine Idee was mit denen los ist. Es sei denn die haben vorher schon Erfahrungen mit Psychiatrie oder Entgiftung gemacht, wobei manchmal auch in der Entgiftung erstmal nicht unbedingt darauf geguckt wird. Das kommt erst dann, wenn ich vor Ort Psychiater habe, die dann selbst eine eigenständige Diagnostik machen. Weil es häufig eben so ist: die kommen rein weil sie halt betrunken sind, die werden entgiftet aber die

Hintergründe werden da teilweise nicht angesehen, weil man vielleicht nicht danach guckt oder weil man manchmal die entsprechenden Fachärzte nicht hat und das hat sich so hier in der Region in den Entgiftungskrankenhäusern zum Beispiel auch verändert. Da gibt es Haselünne oder auch Weener, die haben dann...ähm. Haselünne hat eh die ganzen Psychiater da und in Weener kommt jeder Woche jemand, der auch Diagnostik mit den Suchtpatienten da macht.

LA: Und dann sind die besser quasi vorbereitet wenn die auf dich treffen?

I1: Ja dann haben die manchmal schon eine Idee oder es gibt entsprechende Befunde, sodass die sich vielleicht auch ein bisschen sich selber verstehen. Nä...also das die nicht einfach trinken aus niederträchtigen oder sonstigen Gründen, sondern das da auch oft was hinter steckt. Also und das ist von mir eine Grunderfahrung, dass ganz viele Leute ne Zweitdiagnose dahinter haben, egal was es ist.

LA: Bist du mit den Patienten anders umgegangen? Also anstatt oder quasi wie mit den Patienten die nur unter einer Alkoholabhängigkeit leiden?

I1: Ja insofern, dass ich manchmal natürlich auch ein bisschen erklärt habe. Weil sie sich ja oft die...oder sich verstehen, wenn ich sage, dass die sich ein Stück ihre Symptomatik wegtrinken oder es probieren. Das funktioniert ja nicht, aber so, dass sie den Suchtkreislauf erstmal für sich verstehen. Und das zweite ist dann, dass sie am Ende auch wissen: Wir haben eigentlich zwei eigenständige Krankheiten am Ende, die sich bedingen, aber am Ende sind es erstmal zwei eigenständige Krankheiten die dann irgendwie zusammenhängen, nā? Und die Patienten verstehen sich dann natürlich anders und wir verstehen die dann natürlich auch anders.

LA: Wie hast du sie genau anders ... ähm...hast du auch... anstatt so mit Menschen die quasi nur unter Alkoholabhängigkeit leiden... gehst du ja dann den Antrag durch und alles und hast du mit denen erst noch andere Optionen nachgeschaut oder wie...?

I1: Man muss ja ein bisschen gucken: was brauchen die? Und ...ähm... man könnte jetzt diese Frage aufmachen: Was war erst da? Das Huhn oder das Ei? Also erst die Depressionen oder erst das Thema Abhängigkeit, aber letztlich bedingt sich das beides. Man muss ja dann gucken, welche Behandlung ist nun adäquat. Aber ich muss ja jemanden der jeden Tag oder quartalsweise mehrere Tage hintereinander trinkt, den kriege ich ja nicht in einer psychosomatischen Behandlung untergebracht, weil ja jeder Kostenträger sagt : nein, der hat ja erstmal ein Suchtproblem und das steht oben drauf und das ist immer im Fokus. Und dann geht es natürlich....äh...wenn eine psychosomatische Behandlung zum Beispiel beim Rentenversicherer beantragt

wird und da steht irgendwas drin in den Papieren mit Alkoholmissbrauch/Abhängigkeit dann geht es immer zurück in die Richtung Suchtberatung und Sozialbericht einreichen und dann kommt er in die Suchtbehandlung.

LA: Ok. Bist du mit aktuell bestehenden Behandlungsmanualen bezüglich dieser Komorbidität vertraut?

I1: Also ich weiß, dass wir das haben. Ich hab das Depressionsmanual natürlich auch schon mal irgendwann gelesen, ich glaube letztes Jahr habe ich das mal gelesen. Wir haben ein ganz großes Manual über Impulskontrollstörungen, also Borderline-Störungen. Das haben wir ausgedruckt. Ich weiß, dass es das gibt. Aber ich hab auch nur einen Teil davon bisher gelesen. Da geht es sehr viel um das Thema Skills. Wie kann ich sozusagen meine Impulsivität in Griff kriegen? Das soll dann mit diesem Programm eingeübt werden. Aber ich habe das nur zum Teil gelesen, weil das ein paar hundert Seiten sind. Und es ist ja nicht so, dass wir hier immer 3 Fortbildungstage in der Woche haben, wo wir nur lesen. Ist ja schon ein bisschen anders.

LA: Ähm... Das Depressions-Manual, ist das komplett nur auf Depressionen ausgelegt oder auch schon auf das Zusammenspiel zwischen Abhängigkeit und Depressionen?

I1: Nein. Wir haben...ähm... Das wird genutzt. Wir haben in der ambulanten Behandlung oder Weiterbehandlung das Angebot einer Depressionsbewältigungsgruppe und das speziell geht nur um das Thema Depressionen. Da spielt Abhängigkeit in dem Manual keine Rolle.

LA: Ok. Also genau quasi zu diesem ganzen Zusammenspiel von dieser Komorbidität gibt es keine Manuale...okay...Welche Erfahrungen hast du denn mit diesem einen Manual gemacht? Mit diesem Depressions-Manual?

I1: Ich kenn ja nur das, was die Patienten berichten, die da waren. Wir haben im letzten Jahr viele Patienten in einer Gruppe gehabt, die alle bei der Bewältigungsgruppe waren, und die waren alle ganz begeistert. Also denen hat das wirklich geholfen. Also auch den Blickwinkel nochmal von hier zu erweitern und ja bisschen die Zusammenhänge zu begreifen, weil sie ja, sag mal die Sachen, die Depressionsbewältigungsgruppe behandelt, parallel die Stammgruppe. Also ich sage mal, man kommt ja immer wieder auf dieses Thema zurück. Und...ähm vielleicht...muss man auch mal sagen, wenn wir eine ambulante Behandlung für jemanden beantragen, machen wir am Anfang auch einen sogenannten SCL-90-

Bogen. Das heißt, da gibt es um die 90 Fragen, wo es eigentlich um das Thema Komorbiditäten geht. Also alle möglichen Sachen. Zum Beispiel wird da auch nach Psychosen gefragt, nach Zwangserkrankungen, natürlich nach Depressionen. Im Grunde so alles, was es an Komorbiditäten gibt, so plus minus sind da drin. So ADHS und sowas nicht, das wäre wieder zu speziell. Aber das ist schon mal so ein Grundkonzept. Und wenn die Patienten das sauber ausfüllen kriegt man ja auch Daten und Ideen. Also das wird zwar von unserer Psychologin ausgewertet, aber wenn uns jemand das ausfüllt und der hat bei viele Punkten 4, also bei einem bestimmten Verhalten sehr stark, dann weiß man natürlich schon, wonach man gucken muss. Aber in der Regel weiß man das auch schon vorher. Ich weiß es in der Regel ziemlich schon vorher, was mit denen los ist.

LA: Wieso?

MV: Weil ich natürlich auch ein bisschen selber frage. Auch so ein bisschen Diagnostik schon im Vorfeld mache und ich kriege ja auch einen Eindruck von denen. Und ich lese natürlich auch alle Arztberichte, die ich kriege. Die überfliege ich zumindest. Eigentlich lese ich die alle, wenn ich wenig Zeit hab auf jeden Fall die Diagnose, die da drin steht. Da kriege ich schon eine Idee. Wobei das eine ist, wenn die Diagnose...aus dem systemischen Blickwinkel würde man ja sagen: ich gucke nicht auf die Diagnosen an sich, weil die mich einengen, sondern ich gucke dann eher auf das Verhalten oder das Verhaltensmuster. Aber das ist ja erstmal ... wir machen ja zwangsläufig Diagnosen. Bei jedem Antrag machen wir ja zum Beispiel eine Diagnose der Abhängigkeit. Es wird in den Sozialberichten nach Verhalten gefragt, nach Verhaltensveränderung und dann nimmt man diesen Faden ja theoretisch schon ein bisschen auf. Wobei sich die Leute natürlich selber erleben, aber kriegen das gar nicht mit, weil die ja sozusagen in sich selber drinstecken. Sie kriegen gar nicht mit oder merken vielleicht nur: Oh meine Stimmung ist so schlecht, aber das ist ja irgendwann für die normal. Manche Depressive wissen ja gar nicht mehr wie es ihnen geht, wenn es ihnen gut geht. Das kennen die gar nicht.

LA : Okay. Und dann wird dieser SCL-90 Fragebogen zum Beispiel ... Was wird damit im Nachhinein gemacht? Wird der nur benutzt, damit man so ein bisschen gucken kann oder wird da wirklich richtig mitgearbeitet?

II: Ne, der wird ja erstmal ausgefüllt, dann wird der ausgewertet von der Psychologin, das kommt in den Abschlussbericht rein. Wenn die Therapeuten...die lesen das und weil ich ja sozusagen beide Positionen habe, lese ich das natürlich auch und gucke dann auch: Was kann ich in der Behandlung davon an Themen zum Beispiel aufnehmen, die da möglicherweise drin sind. An Behandlung oder auch an

Verknüpfungen oder Zusammenhänge machen. Und früher haben wir das auch so gemacht, dass wir am Ende der Behandlung den gleichen Bogen nochmal ausgefüllt haben, wegen eventueller Veränderung. Das machen wir aber nicht mehr, weil das sehr aufwendig ist. So. Jetzt gibt's aber, wenn der Bogen fertig ist...unsere Psychologin kommt zum Beispiel alle paar Monate hier her und die macht mit den Patienten eine psychologische Sprechstunde und bespricht die Tests dann mit denen, sofern die Leute das wollen. Also da kann man ja immer nochmal ein bisschen weiter gucken und die guckt da natürlich auch wenn jemand sehr, Meinetwegen mit dem Thema Depressionen unterwegs ist, macht sie ja auch „Werbung“ für die Gruppe. Sie legt den Patienten Nahe, ob das dann was ist, Depressionsbewältigung z. B. zu machen.

LA: Und da läuft dann alles über die Psychologin, oder? Also das Meiste?

II: Diese Testgeschichte läuft über die Psychologin, die wertet die aus und trägt das in den Abschlussbericht ein. Man kriegt ja den Zettel zurück, da kann man ja selber so ein bisschen gucken, also das ist ja null, bei bestimmten Verhalten hab ich gar nicht oder vier ist sehr extrem. Dann wenn ich das also durchgucke dann muss ich das natürlich, denke ich, aufnehmen und fragen „Wie geht es ihnen stimmungsmäßig?“ etc... So dann kommt ja immer noch eins, das ist jetzt nicht für die Grundversorgungsleute, aber für die Leute, die bei uns Therapie machen. Die gehen ja alle zu unserem Psychiater, zur Eingangs-Untersuchung. Das heißt da wird ja der Faden auch nochmal aufgenommen. Und ich hab, zum Beispiel, vor ein paar Wochen Einen dahingeschickt, kann ich ja so sagen, da kamen wir irgendwie drauf, dass er wieder Depressionen hat, also Stimmungsschwankungen. Und dem hab ich gesagt, dann soll er sich relativ schnell einen Termin holen bei unserem Arzt und eine Überweisung mitbringen, weil er dann, über diese Überweisung, sozusagen erst mal auch Gespräch, Diagnostik, aber er kann auch, im Zweifelsfall, ein Medikament verschrieben bekommen haben. Das muss der Facharzt dann entscheiden.

LA: Okay. War das denn in der Funktion als Therapeut oder als Sozialpädagoge/Berater?

II: Das war jetzt Beides. Ich hab für den, der kam ja in der Grundversorgung, dann hab ich für den einen Antrag gestellt, dann waren meine Kollegen im Urlaub. Deswegen war ich dann in der Gruppe und dann hatte ich den natürlich auch so lange im Kontakt, dann hab ich den so angeschoben. Das war jetzt so die Mischung. Hatte ich vorher aber auch schon in der Grundversorgung so gemacht, dass es diese Möglichkeit gibt. Also das ist auch etwas, was uns, glaube ich, ein bisschen besonders macht, weil wir immer die Möglichkeit haben auch darüber ambulant in

Haselünne vorzustellen in der Institutsambulanz. Da ist ja ne ganze Reihe mit denen wir zu tun haben, die auch da Kontakt haben. Zufälligerweise ist ja der, der viele Patienten hat auch unser Arzt in Personalumgebung. Markus Weiß, kennst du ja.

LA: Ja, sehr gut. Also das wär es dann schon zur ersten Teilfrage beziehungsweise Teilfrage 2. Dann würde ich schon mal auf Teilfrage 3 gehen... Was sind die Faktoren, die momentan die adäquate Versorgung der Patienten durch die Sozialpädagogen in der Suchthilfe verhindern? Also die erste Frage wäre: Welche Faktoren beeinflussen deines Erachtens nach die adäquate Versorgung der Patienten mit eben dieser Komorbidität?

I1: Also natürlich viel Zeitdruck, nä? Den wir manchmal einfach haben über so die ganzen Sachen die hier zusammenlaufen, die man irgendwo bewerkstelligen soll. Viel Zeit geht in Dokumentationen mittlerweile rein. Also was Dokumentationen, Verwaltungsgeschichten angeht, was ich manchmal auch ein bisschen... schon „bescheuert“ finde. Also was wir alles auswerten, also wenn man das vernünftig machen würde, müsste man ja eigentlich erst mal drei Stunden mit den Patienten über die Dokumentation reden, bevor man mit denen inhaltlich redet. Aber aus meiner Sicht kann das ja nicht Sinn der Arbeit sein, weil das ist für uns erst mal nicht so wichtig. Das ist für Andere vielleicht ganz wichtig und das differenziert sich mit jedem neuen Update noch weiter. Und irgendwann war ich mal auf einer Fortbildung, da war dann so 2020 Sozialarbeiter in der Suchthilfe 45-Stunden-Woche und zwei Drittel davon Dokumentation und da sind wir auf dem Weg hin. Also 45-Stunden-Woche nicht, aber so viel dokumentieren, auf so vielen Ebenen wird das ja eigentlich immer mehr, immer komplexer und komplizierter und nachher blickt keiner mehr durch. Also ich glaube, dass ist so ein wesentlicher Teil. Es ist bei mir so, ich hab ja eine ziemlich breite Ausbildung, ich glaube, was es manchmal verhindert ist, wenn ich so ein junger Sozialarbeiter wäre, heute anfangen würde, ich weiß ja, als ich in der Sucht anfang hatte ich keine Ahnung von sucht. Also überhaupt nicht, ich hatte gar kein Verständnis. Und das hab ich mir ja erst durch verschiedene Sachen selber beigebracht. Was, glaube ich, gut wäre, wenn die entweder im Studium oder wenn sie in die Suchthilfe wechseln, erst mal etwas lernen über psychiatrische Krankheitsbilder. Gut, Sucht gehört ja auch dazu, aber dass ich auch so ein bisschen breiteres Wissen kriege über Komorbidität. Und ich weiß ja viele Sachen, weil ich mich a) damit beschäftige und b) einfach so auch Lebenserfahrung hab nach... 35 Jahren oder fast 40.

LA: Also ist jetzt ein störender Faktor quasi mangelndes Wissen?

II: Ja, wobei das ja nicht... Das ist ja erst mal nicht sozusagen die Schuld der Studenten, sondern das ist die Frage „Wo geht die Ausbildung hin?“ und „Wie mache ich das Fortbildungstechnisch weiter?“ Also das heißt, junge Leute fangen zwangsläufig an, haben keine Ahnung in der Sucht, so wie ich auch, dass die vielleicht nicht erst sich fünf Jahre quälen müssen, sondern am Anfang vielleicht gleich so ein bisschen was kriegen.

LA: Also direkt irgendwie Input von der Einrichtung?

II: Ja, also, sag mal, Minimum drei Tage Fortbildung erst mal über psychiatrische Krankheitsbilder und die Verbindung mit Sucht, zum Beispiel. Das würde, glaube ich, Vielen helfen, hätte mir damals auch sehr geholfen. Also einfach um so ne Idee zu kriegen.

LA: Okay. Also, wenn ich das jetzt richtig verstehe, ist das auch quasi, in deinen Augen, auch ein Faktor, dass der... Dass das nicht nur aus dem Studium zu wenig Wissen vermittelt wird, sondern auch, dass, wenn die Leute hier anfangen, dass die gar nicht richtig dementsprechend von der Einrichtung gefördert werden, oder wie versteh ich das?

II: Ne, die... Gut, es ist am besten so „Wen stellt man ein?“, nä? Klar stellt man am liebsten Leute ein, die schon irgendwie mal in der Sucht gearbeitet haben, aber das gibt es ja nicht immer oder wenn ich Berufspraktikanten einstelle, haben die ja nichts an, haben die vielleicht mal sechs Wochen Praktikum gemacht. Die sind ja so ein bisschen, so ein ganz bisschen beleckt, aber letztlich haben die ja... wissen die, worum es geht, aber die haben ja keine Ahnung. Die können dann vielleicht so ein bisschen die technischen Sachen machen, aber ich finde es wichtig, dass man auch wirklich ein Verständnis von Sucht hat, in dem Zusammenhang und das hab ich nicht, wenn ich so oberflächlich bin. Dann kann ich wohl verwaltungstechnisch was schreiben, aber ich hab eigentlich... das Wissen durchdringt das sozusagen nicht. Also das wär so eine Geschichte, was ich gut fände. Und wenn es was Neues gibt, natürlich, dass auch die „Alten Säcke“ sozusagen auch mal was dazulernen. Und die Krankheitsbilder verändern sich ja ein bisschen oder da verändern sich die Behandlungsmöglichkeiten. So vor zwanzig Jahren gab es ja mit Borderline, da redete niemand über Skills und heute redet jeder da drüber, also jeder, den ich kenne. Und du musst halt so ein bisschen auf dem Laufenden bleiben.

LA: Also einfach aktuell bleiben?

II: Genau, dass man das, wenn sich so Sachen verändern, dass man das einfach mit auf dem Schirm hat.

LA: Das heißt also auch selbst ein bisschen Eigeninitiative zu zeigen.

I1: Ja das wäre... nicht schlecht.

LA: Ja. Fallen dir da sonst noch irgendwelche Faktoren ein, die das irgendwie beeinflussen, also irgendwie die Versorgung?

I1: Gut. Könnte man auf Kostenträgerseite gehen und sagen „Das ist aber ja so ein grundsätzlich gesellschaftliches Problem. Steck ich viel Geld in die Kranken oder steck ich viel Geld in die Gesunden?“ Das muss letztlich die Politik oder die Gesellschaft halt überlegen. Grundsätzlich wäre es natürlich gut, sag mal, wenn ich so gucke, Psychotherapie, zum Beispiel, für Leute mit Depressionen, wenn die Therapeuten drei Jahre Wartezeiten haben, und ich nirgendwo nen Termin kriege, das ist natürlich schlecht. Also dass es da mehr Möglichkeiten gäbe, wäre gut. Also ich glaub grundsätzlich im System ist genug Geld. Es geht immer nur, wenn ich zum Arzt gehe zwei Minuten, der verschreibt mir teure Tabletten, fertig. Und so läuft ja viel und ein Gespräch wird ja nicht mehr bezahlt. Und ein Gespräch wäre ganz wichtig. Also ich glaub die ganze Medizin ist bei uns verkehrt aufgestellt.

LA: Okay. Und speziell aus der Sicht des Sozialpädagogen in der Suchthilfe?

I1: Ja sollte, wenn die Kostenträger ein bisschen längere Behandlung, mehr Behandlung auch im ambulanten Bereich noch ein bisschen länger finanzieren, weil heut ist ja Behandlung so, oft stationär, kriegst du noch ein bisschen Nachsorge, ein paar Stunden, was dann auch kostendeckend ist und dann sieh zu. Dann geht es nur noch um das Thema Arbeit und das funktioniert bei psychisch kranken Menschen manchmal nicht so schnell. So von der Erfahrung, wir haben ja oft Patienten, die haben wir dann in zwei Durchgängen drei bis vier Jahre hier bis die dann so einigermaßen in der Spur laufen. Aber da sind wir manchmal ja tatsächlich am tricksen, dass wir das hinkriegen.

LA: Also man entwickelt sich dann selbst seine Möglichkeiten, wie man das doch irgendwie hinkriegen könnte.

I1: Ja, aber das wäre natürlich offiziell besser. Also dass vielleicht Suchtbehandlungen notfalls auch mal drei Jahre laufen müssen im ambulanten Rahmen, dann wär das so. Aber das geht eher andersrum, dass das immer weiter begrenzt wird.

LA: Würdest du das mit der Suchtbehandlung für über drei Jahre, würdest du das generell sagen oder eher hauptsächlich für die Komorbidität?

I1: Ne, ne Einzelfall. Also, von der Erfahrung, für Leute die eine Borderline-Störung haben, zum Beispiel, die brauchen eigentlich ne lange Zeit und die brauchen immer

mehr als ein Jahr, finde ich oder ist auch so von der Erfahrung. Also müsste ich denen natürlich auch, damit etwas dabei rauskommt, ne längere Zeit gewähren. Das ist aber nicht mehr. Also wenn ich so Kombi-Nord beantrage ist man da ein Jahr, dann ist Feierabend. Dann muss ich gucken: Was ist für Einrichtung gut oder was ist für die Patienten gut? Und dann hab ich ja sozusagen einen inneren Konflikt in mir.

LA: Würdest du das bei Komorbidität Alkohol und Depression ebenso sehen wie bei Borderline quasi?

II: Ja. Also das wäre schön wenn man, muss ja nicht grundsätzlich, aber für die, die es notwendig ist, also nicht so generell sagen „Alle kriegen nur noch das.“, sondern dass man bisschen auch sozusagen auf die Diagnosen guckt und die vielleicht ein bisschen mehr Zeit haben, weil es sind ja nun mal kranke Menschen. Es gibt ja so ne schöne Geschichte mit den Depressionen, also ich bin ja Brillenträger, dann könnte man mir ja sagen „Streng dich doch endlich an, damit du vernünftig sehen kannst.“ Und ich kann mich anstrengen und ich sehe das dann trotzdem nicht und so ist das bei Depressionen auch. Wenn ich also jemandem sage, der schwer depressiv ist „Streng dich an damit du klarkommst.“ Dann versteht der das gar nicht, weil das kann der nicht. So wie ich nicht besser gucken kann, wenn ich mich unter Druck setze.

LA: Ja. Gut, ich hab jetzt ein bisschen recherchiert und ich hab da so ein paar Beispiele aus dem Internet oder aus der Literatur her rausgefunden, da wurde zum Beispiel als störender Faktor auch gesagt, dass die Patienten oft durch die Schemata der verschiedenen Hilfsangebote fallen. So das heißt Ping-Pong-Therapie, da werden die von Einem zum Anderen geschickt. Fehlende Kenntnis beim Fachpersonal hattest du ja schon erwähnt. Oder dass man auch einfach keine Unterstützung erfährt bei der Implementierung von irgendwelchen Behandlungsmöglichkeiten. Würdest du die auch als beeinflussend ansehen oder siehst du das jetzt gar nicht so?

II: Also letztlich geht es ja viel um das Thema Geld. So das ist eine Geschichte. Und wir hatten gestern so, also meine Kollegin und ich, hatten so ein schönes Beispiel, wir haben das dann nicht Ping-Pong-Therapie genannt, sondern „Heiße Kartoffel weitergeben“, aber im Prinzip ist das Spiel das gleiche. Wir haben einen, um das mal so zu nennen, Patienten, der eine Gehirnschädigung hat durch einen Unfall und der hat manchmal Bilder im Kopf. Also das sind Halluzinationen, die aber eben nicht durch eine psychische Erkrankung entstehen, sondern durch diesen Gehirnschaden, den er hatte, also der hatte nen richtig dicken Schädelbasisbruch und der Psychiater kriegt das Medikament nicht wirklich hin, weil das ja keine psychische Erkrankung ist, sondern organisch. Und der wollte uns die „Heiße Kartoffel“ jetzt so auf Dauer hier überlassen, weil er mit seinen Medikamenten nicht weiter kommt. Und wir sind dann

ja begrenzt in unserem Handeln durch Kosten, gut, wenn wir jetzt, sag ich mal, vor 25 Jahren spielte das Geld hier keine Rolle, da konnten wir also auch Dauergruppen, wenn wir das wollten, machen. Aber heute ist das natürlich sehr reglementiert, man kann ja nicht mehr überall alles Mögliche machen, sondern das Geld muss irgendwo kommen. Und dadurch fallen natürlich viele raus und ich würde jetzt mal sagen die Psychologen mit ihren Praxen suchen sich jetzt auch nicht unbedingt die Borderliner raus. Dann gibt es ja auch Untersuchungen zum Beispiel, die sagen, die suchen sich natürlich die Leute raus die einigermaßen einfach sind, wo es ne Chance gibt. Aber nicht die ganz kaputten, sozusagen. Und die laufen dann ja doppelt, die laufen dann ja bei uns und wir kriegen die ja nicht weiter, weil es da keine Plätze gibt und ich würde, wenn ich mich auf diese Statistiken da beziehe, würde ich ja sagen und die blocken die auch ab, da haben die keine Lust drauf, also weil die sehr aufwendig ist und da werde ich auch nichts mit. Und insofern laufen die sich die Hacken wund, wo die denn andocken können und dann finde ich natürlich sowas, was der Landkreis macht hier als Beispiel mit den Depressionsgruppen, die die so unverbindlicher anbieten, finde ich natürlich toll, weil dann gibt es zumindest da so ne gewisse Versorgungsgeschichte, wo die Leute hingehen können. Das finde ich erst mal klasse.

LA: Und das sind quasi so Gruppen für Menschen die sonst nirgendwo Anschluss finden oder aufgenommen werden?

II: Genau oder die überall schon durch sind oder, sag ich mal, „Drehtür-Patienten“ oder welche die eben nicht in das Behandlungssystem reinkommen, weil sie keinen Termin kriegen für Psychotherapie, also das sind dann solche Sachen die... die finde ich gut. Und der Landkreis macht ja jetzt gerade so eine Aktion hier. „Emsländisches Bündnis gegen Depression“ die haben das noch mal sehr aufgenommen. Und das finde ich echt klasse, dass da sowas angeboten wird auch vom Landkreis. Das würde ich mir auch wünschen für Essstörungen, weil die ja überall so ein bisschen rausfallen.

LA: Also ist das quasi das selbe wie mit diesen komorbiden Leuten, keiner fühlt sich richtig zuständig und ist auch zu schwer?

II: Nein, weil es heißt zwar Magersucht im Volksmund oder Bulimie, aber das ist ja nicht wirklich ne Sucht von der Diagnostik und ich hab das auch noch nicht entdeckt, dass das jetzt unser Job ist, sich um alle Essgestörten zu kümmern. Wobei unsere Leitungen natürlich wollen, dass wir ein Gespräch mit denen machen, aber eigentlich ist das ja Quatsch, weil wir die ja außer zum Hausarzt auch nirgendwohin vermitteln können. Es gibt da auch kaum Selbsthilfegruppen und es gab hier eine in Papenburg,

die hat sich auch relativ schnell wieder totgelaufen, weil es da auch keine Unterstützung weiter gab.

LA: Also von den Chefs her oder von woher keine Unterstützung?

I1: Ne, insgesamt keine Unterstützung. Die wurde erst am Anfang professionell begleitet, dann lief das natürlich kostentechnisch irgendwann aus...

LA: Durch einen von euch oder irgendeinen Psychologen?

I1: Ne durch eine Mitarbeiterin der Beratungsstelle, die hat da dann ein wenig Geld für bekommen. Die ist da dann irgendwann rausgegangen und dann war die Gruppe auch relativ schnell wieder tot. Aber das wär eigentlich ganz wichtig, dass es sowas gäbe.

LA: Würdest du sagen, dass du sowas auch speziell für die komorbid Erkrankten anbieten würdest?

I1: Ja gut also ich sag es mal so: Depression, da gibt es auch vom Gesundheitsamt einige Möglichkeiten. Essstörungen wäre ganz bestimmt gut. Selbsthilfegruppen für Borderliner wäre schwierig, weil die Borderliner ja an sich schon oft schwierige Menschen sind und dann noch in einer Gruppe, ich glaube das kriegen die nicht hin. Das könnte man wenn nur so wie die Depressionsgruppen, wenn da Leute dabei wären. Wobei die ja auch in die Depressionsgruppen gehen können, weil alle Borderliner haben zeitweise Depressionen oder depressive Verstimmungen. Die könnten da ja auch hingehen. Also dafür gibt es zumindest ein Angebot, aber da fallen oft die Leute, die dann gleichzeitig ein Suchtproblem haben, irgendwann raus.

LA: Warum?

I1: Wenn da jemand mit Fahne sitzt oder mit roten Augen von Cannabis, dann kriegen die auch nichts mit. Und das ist ja bei uns in den Gruppen auch abstinenzorientiert, da könne die einmal angetrunken herkommen, da muss man gucken, was man mit denen macht, aber das ist ja kein Dauerzustand. Da geht's dann umgekehrt. Also die Leute müssen sauber sein, damit sie dahingehen können.

LA: Ja und das ist dann wahrscheinlich auch schwierig, wenn man dazu noch Depressionen hat.

I1: Klar manchmal ist das schwierig.

LA: Welchen der gerade besprochenen Faktoren findest du am hindernsten für diese ganze Umsetzung dann? Wir hatten ja zum Beispiel Zeitdruck, Dokumentationen, mangelndes Wissen und Kostenträger. (31:32)

I1: Also am schlimmsten finde ich das mit der Psychotherapie. Dass selbst wenn jemand hier zwei Jahre in der Behandlung war, selbst wenn wir die am Anfang anmelden, die nach anderthalb Jahren immer noch keinen Platz haben.

LA: Also diese langen Wartezeiten.

I1: Ja. Das ist weil die dann ja nie in dem Nanosystem andocken und aufgrund der langen Wartezeiten projiziert man ja die neue Depression.

LA: Und was würdest du aus der Sicht eines Sozialpädagogen sagen? Was wäre da das schwerwiegendste?

I1: Kosten und Dokumentation. Dieser Druck der Zahlen. Und wir sollen ja keine unsystematischen Dauerbetreuungen über mehrere Jahre mehr machen, tun wir natürlich trotzdem, aber nicht für das Protokoll. Man wird ja nicht jeden los. Oder nicht jeder kann in fünf Gesprächen was erreichen. Und wir haben ja was mit ganz vielen Leuten zu tun, die auch einfach strukturiert sind, die können das nicht immer so schnell. Und je schneller das System halt läuft, desto bekloppter wird alles, die Leute ja erstreckt. Früher sagte man der erste Schritt zur Heilung der Leute sei eine Beziehung, weil die Leute werden sich wenn überhaupt dann nur in den Beziehungen verändern können. Weil wenn man wenig Zeit hat, das merken die Leute ja und das ist ja das, was die sonst überall auch kennen. In den Verwaltungen oder beim Arzt, da heißt es ja auch „Machen sie mal schneller.“ Und so hilft man denen ja nicht, die werden ja einfach nur verwirrter. Ich weiß, dass es illusorisch ist, aber eine Gruppe für Leute mit denen man sonst nichts wird wäre doch hilfreich. Also zumindest als ein Angebot, damit die kommen können.

LA: Da sind wir schon quasi bei der nächsten Frage: Was müsste deiner Meinung nach an der aktuellen Situation verbessert werden?

I1: Mehr Psychotherapeuten. Also Psychiater ist ja ein wichtiger Punkt. Zum Beispiel hier in Papenburg kenne ich Einen, den schätze ich sehr, der ist sehr überlastet, weil früher gab es in Rhaderfehn eine Praxis, die hat zugemacht und er hat alle Patienten geerbt. Die nächsten Psychiater sitzen in Meppen und in Leer und hier in diesem riesigen Gebiet sind das viel zu wenig.

LA: Was sind denn sonst deine Vorschläge zur Verbesserung?

I1: Dass man mehr Gruppen anbieten könnte unabhängig von einer Kostenzusage, speziell für Komorbidität und dass man vielleicht auch wieder pauschal bezahlte Angebote macht und nicht nur individuell. Dann hast du ein Budget und wenn das aufgebraucht ist, gibt es dann einfach nichts mehr.

LA: Hast du selbst denn schon irgendwas dafür unternommen, dass sich die Situation verbessert?

I1: Ich hab mich selber viel fortgebildet, schicke viele Leute so oder so zum Psychiater, ich nehme die Themen auch auf von den Patienten, die ich so mitkriege und hab da viel persönlich schon für getan. Wir nehmen ja auch fast alle Patienten noch im ambulanten Rahmen auf. Maria und ich, wir nehmen auch schwierige Patienten, die teilen wir uns. Also ich nehme die dann in Bezug und Maria hat die dann in der Gruppe. Dann hat man diese Belastung nicht alleine.

LA: Was könnte man aus der Sicht eines Sozialpädagogen an der Situation ändern?

I1: Du kannst den Patienten erst mal aufnehmen und ihm Beziehung anbieten. Speziell bei Depressionen kannst du danach gucken: Was macht ihm gute Gefühle? Weil schlechte Gefühle haben die den ganzen Tag. Was könne Angehörige tun, um zu einer besseren Stimmung zu verhelfen und zu gucken, was die Umgebung für ihn tun kann.

LA: Würdest du aus Sicht der Suchthilfe dann eher an der Depression arbeiten oder an der Sucht?

I1: In der Beratung wird geguckt, was Sache ist und was der Mensch tun kann und dann muss man dem erst mal die Möglichkeiten aufzeigen. Was kann der Patient tun, um seine Situation zu verändern oder auch um abstinent zu werden? Er kann ja erst mal in die Entgiftung gehen oder das erst mal von Zuhause mit seinem Hausarzt probiere, so dass der erst mal Ideen und Informationen kriegt und weiß: Er ist nicht der Einzige, der sowas hat. Dass es viele gibt, die Suchtprobleme und welche, bei denen es sich verbindet. Sodass er auch wieder ein bisschen Realität zurückkriegt.

LA: So dann wäre ich ja mit meinen Fragen durch. Vielen Dank für deine Zeit und Mitarbeit.

#### **Anlage 4      Interview 2**

Anwesende: Interviewer (LA), Interviewter (I2)

LA: Ziel des Interviews ist es für mich für meine Bachelorarbeit ein paar Ergebnisse zu bekommen. Das kurzfristige Ziel ist es, die heutigen Erfahrungen mit dem Krankheitsbild aus dem Arbeitsfeld aus dem Arbeitsfeld des Sozialpädagogen in der

Suchthilfe zu sammeln. Das langfristige Ziel ist es einen Beitrag zur besseren Versorgung von Patienten mit einer Komorbidität, Alkoholabhängigkeit und Depression durch die Sozialpädagogen in der Suchthilfe zu leisten. Die Forschungsfrage insgesamt ist es: Wie kann ein Pädagoge in der Suchthilfe basierend auf den eigenen Erfahrungen zu einer adäquaten Versorgung der Patienten mit einer Komorbidität, Alkoholabhängigkeit und Depression beitragen. Das ist die zentrale Frage des Gesprächs. Infos bleiben Anonym. Dann können wir anfangen. Ich habe vier Teilfragen. Die erste Teilfrage ist eine rein theoretische Teilfrage und daher uninteressant für dieses Interview. Zur Teilfrage 2. Die lautet dementsprechend: Welche Erfahrungen haben die Sozialpädagogen in der Suchthilfe mit den aktuellen vorhandenen Behandlungsmanualen und allgemein mit der Versorgung der Patienten gemacht? Die Frage habe ich aufgeteilt. Die erste Frage lautet: Hast du schon Erfahrungen mit Patienten gemacht, die unter einer entsprechenden Komorbidität leiden, also unter Alkoholabhängigkeit und Depression? Wenn ja, welche Erfahrungen hast du damit gemacht?

I2: Ja täglich. Man muss ja erst Mal ganz klar sagen, dass dieses Krankheitsbild mehr wird. Also diesen reinen Alkohol oder diesen reinen Sucht?? Gibt's meiner Erfahrung nach immer weniger. Ich habe die in der Betreuung kaum. Und hier im Krankenhaus ist das natürlich noch Etwas anderes. Hier gibt es viele Stationen und bei mir haben 90% der Patienten Doppeldiagnosen. Im Moment würde ich das so sagen. Meist ist es Sucht und Depression.

LA: Was hast du für Erfahrungen damit gemacht? Oder bist du mit denen anders umgegangen, als mit Menschen die in Anführungszeichen nur unter einer Alkoholabhängigkeit leiden?

I2: Erstmal nicht. Glaube ich. Aber die Zusammenarbeit ist natürlich etwas schwieriger. Meine Erfahrung ist, dass Patienten häufiger wegflutschen. Ich sag das mal so salopp. Wenn ich wirklich auf meine Arbeit hier gucke und davon ausgehe, dass ich berate, dass ich weitervermiddle und Unterstützungsmöglichkeiten mit Patienten bespreche und in die Wege leite, ist aufgrund einer Depression das Halten der Klienten schwieriger. Auch in der weiteren Arbeit in den Fachambulanzen. Viele Patienten haben Schwierigkeiten sich an die Termine und an die Absprachen zu halten.

LA: Hast du das speziell bei diesem Störungsbild beobachtet oder generell?

I2: Doch schon auch bei diesem Störungsbild. Und die Beratung an sich ist ja sehr umfangreich. Das Thema kann dann nicht immer nur Vermittlung sein. Wie ist das mit einer Abstinenzsicherung und wie läuft es zu Hause? Da ist einfach das Feld weiter,

das heißt Weitervermittlung und Netzwerkarbeit mit einem SPD(Sozialpsychatischer Dienst) zum Beispiel. Ich habe das ganz oft, dass ich den kontaktiere oder, dass er notwendig ist.

LA: Das heißt, dass du bei denen nicht nur auf die Sucht guckst, sondern alles noch einmal im Ganzen betrachtest und dann guckst, wo überall alles helfen kannst?

I2: Ich unterstütze nur, da ich keine Therapie gebe. Ich bin in der Beratung, um die gut begleiten zu können, sodass diese Menschen auch gucken können, dass die Zuhause gut für sich sorgen. Da ist das Feld, wo man guckt schon weitläufiger. Dann geht es darum, dass diese Menschen nicht zum Termin erscheinen, weil sie gar nicht erst hoch kommen. Da ist dann wieder so eine Phase da, wo die so dermaßen in der Depression hängen, gegebenenfalls dann auch noch konsumieren, wo man dann gut gucken muss, was diese Menschen brauchen, bis zum möglichem Start oder was brauchen die in der Beratung. Das bin dann meistens nicht nur ich, eine Entlastung und Begleitung, sondern oftmals auch um zu gucken, was für eine Unterstützung läuft da noch. Zum Beispiel Fachärzte, zu denen ich hier im Krankenhaus einen kurzen Weg habe, wenn mal was ist. Oder man macht sich Gedanken, wie schlimm ist die Depression, gibt es Suizidgedanken oder Versuche, die auch häufiger vorkommen.

LA: Und dies machst du auch alles im Teil deiner eigentlichen Beraterfunktion?

I2: Ja, aber das heißt ich „binde“ die hier an und bestenfalls nehme ich sie mit. Das heißt nach der Entlassung nach Lingen, oder wie Stephan nach der Entlassung nach Meppen, Papenburg oder Sögel. Wir gucken natürlich hier, was ist notwendig? Ich sage mal so, auch wenn ich die in der Beratungsstelle habe, habe ich noch Markus Weiß, als Beratungsstellenarzt, den ich um Rat fragen kann. Und wo man dann gemeinsam überlegen kann, was muss da sein oder was muss da passieren? Muss der Patient vielleicht noch ein Aufenthalt auf einer anderen Station sein? Das ist kein kurzer Weg, der mit ganz viel Arbeit erleichtert, was für die Patienten auch gut ist.

LA: Die haben direkt Hilfe vor Ort und müssen nicht lange warten. Hast du sonst noch Erfahrungen gemacht, die dir positiv oder negativ in Erinnerung geblieben sind?

I2: Ich habe immer ein negativ Beispiel. Es gab einen Patienten, der hat sich vor mir suizidiert. Das bleibt so im Kopf, da ist mal hellhöriger und guckt vielleicht auch mal genauer. Das sind auch die Erfahrungswerte im Moment. Ganz oft sind es Patientinnen, die schon mehrfach versucht sich zu suizidieren, aufgrund ihrer Erkrankungen, auch natürlich Sucht und Depressionen. Das sind so Dinge die bleiben

einem im Kopf. Und da ist man vielleicht hellhöriger ein Stück weit sensibler bei dieser Thematik.

LA: Bist du vertraut mit aktuell bestehenden Handlungsmanualen? Oder handelst du eher aus deinem methodischen Hintergrund heraus, im Hinblick auf die Doppeldiagnose, also Alkoholabhängigkeit und Sucht?

I2: Ich wüsste gar nicht genau, wo ich die Manuale habe. Wir arbeiten hier viel mit Netzwerkarbeit. Ich nutze viel Supervision und solche Dinge im Austausch. Meistens gucke ich, wo die Patienten im Moment stehen. Also nach Manual mache ich das nicht.

LA: Was sind deiner Meinung nach die Faktoren, die momentan eine adäquate Versorgung von Patienten mit diesem Störungsbild verhindern? Welche Faktoren beeinflussen nach deinem Erachten eine adäquate Versorgung? Zum Beispiel die sogenannte „Ping-Pong“ Therapie, wo die Patienten durch das Schema fallen, da sie durch die Doppeldiagnose von einem Arzt zum anderen geschickt werden. Da die Ärzte nur eine Erkrankung behandeln und somit die Komorbidität, Alkoholabhängigkeit und Depression, nicht zusammen behandeln. Oder, dass man von der Einrichtung keine Unterstützung dabei empfängt Manuale oder Behandlungsmöglichkeiten durchzusetzen oder, dass man da gar nicht gefördert wird.

I2: Das Problem ist generell bei dieser Doppeldiagnose und dieser Erkrankung, dass ja letztlich immer erst eine Suchterkrankung behandelt werden muss, bevor man psychiatrisch psychologisch an diese Depression gegangen werden kann. Das ist ja das Thema, weil was zuerst da war, das Huhn oder das Ei ist egal. Fakt ist ja, wenn ich meine Suchterkrankung nicht behandle, kann ich meine Depression auch nicht behandeln. Ich glaube, dass das manchmal schwierig ist den Patienten klarzumachen. Also ich habe ganz viele Patienten, die kommen und sagen, dass sie zu viel getrunken haben, weil sie depressiv sind und meinen dann wenn sie die Depression behandeln würden, auch aufhören würden zu trinken. Da ein Bewusstsein zu schaffen, dass wenn sie nicht stabil abstinent sind oder nicht in der Lage sind auf das Suchtmittel zu verzichten, oder für sich geeignete Alternativen zu haben, können auch therapeutisch nicht behandelt werden. Das ist eine Problematik, die noch bei dem Klienten liegt. Wo da das Bewusstsein noch nicht so da ist. Wir sind Suchtberater, also Fachleute Sucht. Vielleicht fehlt da ein Stück weit für uns einfach was. Ein bisschen mehr Handwerkszeug. Also wir haben sicherlich ein Manual, aber ich glaube, dass das einfach für uns noch die Frage ist, wie intensiv wir uns da noch mit befassen müssen. Dies ist nicht zu bestreiten und es wird auch auf Dauer weiter

so sein, dass es diese Diagnosen immer mehr und mehr gibt. Da sind wir nochmal gefragt, dass wir auch noch enger mit den Ärzten zusammenarbeiten. Ich glaube, dass das auch Sinn machen kann, wenn wir uns da so ein bisschen breiter aufstellen.

LA: Das heißt, dass man sich als Sozialpädagoge sich auch mehr mit den psychologischen und psychiatrischen Aspekten beschäftigen sollte?

I2: Also Fachleute werden wir da mit Sicherheit nicht. Das ist auch gar nicht machbar, glaube ich. Aber ich glaube schon, dass wir uns, als Fachambulanz auch die Kliniken, schon breiter aufstellen müssen. Allein schon, weil das Thema auf Dauer einfach weiter wachsen wird.

LA: Bei meiner Literaturrecherche habe ich festgestellt, dass fehlende Kenntnis beim Fachpersonal, sowohl im psychologischen und psychiatrischen, als auch im Suchthilfe-Bereich, ein großes Problem ist. Auch andere Faktoren wie fehlende Unterstützung bei der Umsetzung von Behandlungen oder Nicht-Umsetzung der Behandlungsmanuale werden öfter genannt. Sind dir solche Faktoren während des Beratungsprozesses schon begegnet? Ist dir schon passiert, dass Patienten durch die Schemata durchfallen oder schon damit rechnen weiter zum nächsten Arzt geschickt zu werden.

I2: Im Suchthilfe-System ist mir das noch nie passiert. Ich merke, dass die Patienten sich hier mit ihrem Problem und in ihrer Situation ernst genommen fühlen. Egal, ob es für die Patienten um die Hauptproblematik Sucht oder doch primär um die Depression geht. Wo ich viel von den Patienten das Feedback bekomme, dass diese sich melden, wenn meinen, dass sie durchs Raster fallen. Das liegt an der Versorgungsstruktur an sich, wenn wir überlegen, dass es Therapeuten gibt, die Patienten ambulant behandeln könnten, die aber eine Warteliste von sechs Monaten oder gar keine Warteliste mehr erstellen, sondern einmal in der Woche eine 15-minütige Sprechstunde am Telefon haben um überhaupt einen ersten Kontakt herzustellen. In dieser Situation ist der Leidensdruck sehr groß, weil Fragen aufgeworfen werden, wie zum Beispiel: An wen wende ich mich da? Und so kommt es irgendwann zu Resignation. Beim Problem Depression, genauso beim Problem Sucht, wird sich dann als Betroffener gefragt, wo man hinget oder an wen man sich wenden kann, wenn es gerade wirklich akut ist. Und es ist nicht nur so im Emsland, dass höre ich oft. Ein großes Problem ist, dass es kurzfristige Anwendungen gibt, wie psychologische Beratungsstellen, aber diese haben auch schon Wartelisten.

LA: Also kann man zusammenfassend sagen, dass die Nachfrage höher ist als das Angebot an kurzfristigen Beratungsstellen. Welcher der genannten Faktoren ist für

dich der ausschlaggebendste, dass Patienten mit Komorbidität nicht die richtige Behandlung erhalten?

I2: Also ich habe ja immer zwei Seiten. Hier im Haus läuft es oft super, weil ich im Netzwerk die Möglichkeit habe, ganz schnell arbeiten zu können. Ein großer Vorteil, der mich das Problem hier auch nicht so groß sehen lässt, ist es, ganz aktiv für die Patienten mit den Kollegen arbeiten zu können. Da wir hier die verschiedenen Stationen haben und die verschiedenen Ansprechpartner, wo es oftmals auch ziemlich gut funktioniert. Es ist alles problematisch, wie zum Beispiel, wenn ich gerade keinen Arzt habe, der mich behandelt, sondern erst in einem dreiviertel Jahr, wenn ich Glück habe. In diesem Rahmen bin ich im Hinblick auf meine psychische Erkrankung auf weiter Flur. Das ist mit Sicherheit auch eine Situation, wo etwas passieren muss. Es ist tatsächlich, dass wir uns breiter aufstellen beziehungsweise weitsichtiger werden müssen. Vor zwei Wochen bekam ich einen Anruf aus der Fachklinik Bad Essen, Berghofklinik von einer Kollegin, die gerade angefangen ist. Sie hat rückgemeldet, dass wirklich die Fachambulanzen und Einrichtungen sich dort melden, mit dieser Problematik. Diese geben zu, dass sie sich an einer Grenze im Suchthilfe-System sehen. Die Patienten werden immer kranker und das geht ja weiter. Wir sind ja nicht die einzigen, die sich darauf einstellen müssen, sondern auch die Kliniken. Bad Essen, Fisbeck oder Hase-Ems, die relativ neu sind, müssen sich auch darauf eingehen. Ich denke, dass so ein ganzes System auch ein Stück gucken muss, sich diesem Bild und diesen Erkrankungen anzupassen, um passende Behandlungsformen zu schaffen.

LA: Speziell aus der Sicht des Sozialpädagogen in der Suchthilfe weitere Aufstellen schaffen die sinnvollste Möglichkeit?

I2: Ja, mit der Veränderung gehen. Da sich selbst noch einmal sicherer stellen können. Das heißt, ich bin kein Psychologe. Ich weiß die Kriterien für eine Depression, aber dann mit solchen Patienten zu arbeiten, das ist natürlich schon hart, gerade weil wir Suchthilfe-Beratung machen. Unser primäres Ziel ist es, für die Patienten den geeigneten Behandlungsweg zu finden und sie zu unterstützen im Hilfesystem. In der Beratung und in der Vorbereitung auch auf weiterführende Hilfen kann man das nicht ausblenden. Das ist dann schwierig, dann muss wirklich manchmal noch was kommen.

LA: Dann kommen wir schon zur letzten Teilfrage. Muss die Situation deiner Meinung nach überhaupt verbessert werden? So wie es jetzt momentan ist.

I2: Es muss auf jeden Fall angegangen werden. Wir müssen da als ambulante Suchthilfe gut hingucken. Wir werden damit sicher irgendwann an unsere Grenzen

geraten. Ich finde es ist so ein ähnlicher Prozess, wie das, was Mani macht mit den ??  
Das ist ja auch ein Feld, was wir vorher nicht so hatten. Aber das wird auch immer,  
immer mehr und man muss für sich dann einen guten Weg finden und für eine  
Fachambulanz und Handwerkzeug. Wie gehe ich mit denen um, dass es ankommt?  
Dass das nicht ins eine Ohr rein und aus dem anderen wieder heraus geht oder gar  
nicht verstanden wird. Und ich finde ähnliches ist bei den komorbiden Störungen,  
dass man da gucken muss, was können wir da als Ambulante Einrichtung machen.

LA: Hast du selber schon Etwas unternommen um die Situation zu verbessern? Oder  
generell etwas zu verbessern in dieser Einrichtung? Hast du für dich selbst einen Weg  
gefunden, wie du es besser machen kannst?

I2: Ich schnappe mir meine Helfer oder meine Netzwerkpartner. Letztendlich können  
wir nur so viel tun, wie unsere Klienten zulassen. Da kann ich noch so der Meinung  
sein, meine Patientin XY braucht mit Sicherheit noch eine Anbindung an SPD. Nehmen  
wir an diese Person hat einen Termin beim Facharzt und diese das dann nicht  
möchte, sind mir natürlich die Hände gebunden. Ich glaube viel Netzwerkarbeit und  
viel Austausch mit den Kollegen ist da schon wichtig. Und das machen wir hier.

LA: Ich glaube in diesem Umfeld hast du es hier echt gut. Wir wären dann soweit  
fertig. Hast du noch etwas, was du bemerken oder einwerfen willst, was dir wichtig  
ist? Oder etwas abschließendes, was du noch sagen möchtest?

I2: Nein danke.

### **Anlage 5      Interview 3**

Anwesende : Interviewer (LA) , Interviewter (I3)

Begrüßung der Teilnehmerin

LA: Danke das Sie heute Zeit gefunden haben mit mir dieses Interview zu führen. Die  
Infos und Antworten werden vertraulich behandelt und bleiben Anonym. Das  
Interview wird etwa eine halbe Stunde dauern.

Ziel des Interviews ist es Antworten für meine Bachelorarbeit zu bekommen

Die Bachelorarbeit hat gezielt als Forschungsfrage wie ein Sozialpädagoge in der  
Suchthilfe basierend auf den eigenen Erfahrungen zu einer adäquaten Versorgung der  
Patienten mit einer Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression beitragen  
kann?

Ziel ist es, die heutigen Erfahrungen mit dem Krankheitsbild aus dem Arbeitsfeld des  
Sozialpädagogen in der Suchthilfe zu sammeln und Langfristig gesehen die

Verbesserung der Versorgung von Patienten einer Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depressionen durch die Sozialpädagogen in der Suchthilfe zu leisten.

Ich habe 3 Teilfragen vorbereitet und jeweils zu den Teilfragen 4–6 kleiner Fragen je nachdem wie sich das Gespräch entwickelt werde ich die stellen oder nicht.

I3: Willigt ein

LA: Die erste Frage ist es ob du schon Erfahrung mit Patienten gemacht hast die unter einer entsprechenden Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depressionen leiden?

I3: also ich glaube das wir so in natürlichen schwerwiegenden Situationen kaum noch Patienten haben die nicht eine Doppeldiagnose haben also ganz selten ist es so finde ich das es wir sagen können „ohja,, das ist der typische Alkoholiker oder Suchtmittelabhängige also in der Regel hat es immer irgendeine Geschichte die voran läuft oder währenddessen passiert ist oder dabei passiert dann ist es schwierig herauszufinden was die Hauptdiagnose Alkohol oder die Depression.

Hat er die Depression weil er getrunken hat oder trinkt er Alkohol weil er eine Depression hat? Das ist eine häufige Frage die wir uns stellen müssen wo die Hauptdiagnose liegt. wobei es in unseren Bereich gar nicht so extrem eingesetzt wird ganz egal was passiert die Sucht muss als erstes geheilt werden weil dort viele Dinge mit einfließen .Es gibt auch die Möglichkeit währenddessen sie bei uns in der Therapie sind auch noch mal Kontakt haben zu eine Psychiater oder Psychologen.

LA: Also zum Thema Psychologischen Situationen und Problemen ?

I3: Ja genau oder zu Depressionen da versuchen wir uns immer ein wenig abzusprechen das wir nicht alle in die gleiche Wunde stechen beziehungsweise wenn das es dann alles in eine Richtung läuft.

LA: Das heißt dass du dich dann mit den jeweiligen behandelnden Ärzten absprichst?

I3: Ja aber das machen nicht immer alle Ärzte mit. Es sind bestimmte Ärzte die das immer machen aber auch Ärzte bei denen das nicht gewünscht ist. Wir arbeiten hier eng mit Haselünne zusammen und dadurch haben wir immer die Chance zu Markus Weiß der Beratungsstellenarzt bei uns.

LA: Und bei Markus Weiß könnt ihr dann immer anfragen?

I3: Ja immer und auch wenn wir verunsichert sind können wir dort einen Patient hinschicken das wir mit ihnen einen Gesprächstermin ausmachen aber der Patient muss es ja natürlich auch wollen und auch dann abzuklären was noch möglich ist mit

dem Patienten . Es gibt ja auch Situationen wo alles ausgeschöpft ist im Suchtmittelbereich wo nichts mehr geht. Wie wir ihn bis an sein ende des Lebens in der Grundversorgung behalten könnten aber wie Sinnvoll ist das ganze? Eigentlich sollen wir es in der Form ja nicht machen. Die Patienten müssen Medikation gut eingestellt sein und das vergessen die dann innerhalb ihrer Trinkphasen und dann verändert sich dann wieder was wenn sie Abstinenz sind und dafür ist das Markus weiß der Ansprechpartner und der leitet das dann weiter und dann sprechen wir uns ab. Das ist total praktisch.

LA: Was hast du so speziell mit den Patienten für Erfahrungen gemacht? Verhalten die sich anders wenn die dir gegenüber sitzen? Was fällt dir da besonders auf?

I3: so anders weiß ich gar nicht. Man ist ja immer selber dabei: ich kann immer noch nicht sagen das ich so professionell bin das nichts unter die Haut geht . wir hatten jetzt momentan so viele ich weiß gar nicht wo die alle her kommen.

LA: Meinen sie Patienten in Zusammenhang mit Depressionen?

I3: Ja sehr schlimme Depressionen mit schlimme Lebensgeschichten, wo selbst ich nach 30 Jahren Berufserfahrung dachte,,ohje,,. Und wenn ich das denke versprühe ich auch manchmal eine leichte Unsicherheit und denke ob die hier richtig sind. Aber der Alkohol hat ja immer irgendwie eine Rolle gespielt. Wenn die Patienten dann zutrauen zu den Beratern oder Therapeuten finden läuft es in einem guten Takt. Man kann gemeinsam mit dem Patient gucken wo man noch genauer drauf eingehen muss und auch da ist Haselünne immer wieder hilfreich. Vielleicht muss der Patient dort auch für ein paar Tage hin und dann noch mal ganz klar zu gucken.

LA: Nicht auf die Entgiftungsstation sondern auf die Psychiatrische?

I3: Ja genau

LA: Bist du mit den Patienten anders umgegangen, als mit Patienten die,, nur,, unter einer Alkoholabhängigkeit leiden ?

I3: Ich selber schätze das immer so ein stücken für mich ein. Wo setzte ich an wo kann ich anfangen wo kann der weg hergehen und wo ist das Ziel. Und ich glaube da gehe ich schon ein bisschen anders mit um weil die Depression ja da ist und die Depression ja irgendwo in der Lebensgeschichte seine Punkte und seine Wege gesetzt hat und das ist natürlich bei jemanden der ausschließlich ein Alkoholproblem hat ohne da noch eine Diagnose zu haben oder Depression ist es natürlich ich sag mal einfacher. Weil ich mich um nichts anderes kümmern muss. Und bei einer Depression muss man auch drauf achten das es alles passt was man sagt.

Bei einem der ausschließlich Alkoholabhängig ist, ist es Bodenständiger. Da kann ich einfach handeln auch mit ganz anderen Mitteln. und das die Leute in der Regel nach der Entgiftung was machen wollen egal in welcher Form dann wird drauf geachtet das die kein verlangen mehr nach Alkohol haben aber bei einer Depression ist es ja noch schwieriger. Man muss gucken das er nicht trinkt und seine Depression keine überhand nimmt.

LA: Also guckst du da noch mal gesamt heitlich drauf was man da immer noch anders planen kann? Kennst du aktuell bestehenden Behandlungsmanualen bezüglich dieser Komorbidität aus oder sind diese dir vertraut die genau darauf abzielen dieses Zusammenspiel zwischen Alkoholabhängigkeit und Depressionen irgendwie zu behandeln?

I3: Ja genau man muss dann vieles bedenken. Nein damit bin ich nicht vertraut. Bin ich denn die einzige die das nicht kennt?

LA: Nein das bist du nicht.

I3: Also ich glaube das viel in der Therapie dann wieder laufen wird. Also das es dann wieder ein bisschen anders wie in der Grundversorgung. In der Grundversorgung achte ich ja auch darauf das ich nicht bis ins Mark treffe weil die Patienten anschließend wieder nach hause gehen und sind dann mit den Dingen alleine. Ich finde das ich schon eine bin die sehr tief nachhackt aber irgendwo sich auch ein Stopp einbaut weil ich einfach denke wenn der schon eine starke Depression hat und Alkoholkrank ist dann wird es in einer rein Ambulanten Therapie nicht machbar sein. In einer Stationären sind die in einen sehr geschützten Rahmen. Und die Kombi bietet ja dann noch mal die Möglichkeit das was sie in der ambulanten Phase gelernt haben auszuprobieren und trotzdem dann noch mal in die Stationäre Behandlung zu gehen. Ich finde so was ist nichts für die Grundversorgung. Also ich pass schon auf das ich nicht ins Eingemachte gehe, ich gucke Drumherum wo liegt was und will auch möglichst viel wissen aber dann muss ich auch einen Punkt setzten.

LA: Dann sind wir schon bei der nächsten Frage. Welche Faktoren beeinflussen deiner Meinung nach die adäquate Versorgung der Patienten mit der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depressionen?

I3: Meinst du die da so Reingeraten könnten?

LA: Ja genau du willst die Patienten ja gut versorgen welche Faktoren beeinflussen diese gute Versorgung?

I3: Das habe ich am Anfang schon einmal bisschen erwähnt. Wenn die Patienten gut medikamentös eingestellt sind ist es einfach Ideal weil die Patienten das erste mal Abstinenz verhalten sind sie trotzdem in einen einigermaßen Gleichgewicht. Das ist eine total wichtige Voraussetzung. Auch wichtig ist eine Zusammenarbeit in vielen Ebenen zum Beispiel mit dem Hausarzt. Entweder hat der Hausarzt ihn zu uns geschickt oder schreibt einen Arztbericht. Gerade Patienten mit Depressionen haben einen engen Kontakt mit ihren Hausarzt. Ich schau mit an wie das Umfeld ist.

LA: meinst du das Familiäre Umfeld?

I3: Ja aber auch den Freundeskreis oder andere Gruppen er sich wohlfühlt. Damit wenn wir was Ernstes ansprechen, wo ich meinen Patient vorher informiere, das wenn er aus der Tür kommt das dort jemand auf ihn wartet und er nicht alleine ist. Wenn das so wäre dann wäre es ein Faktor zu gucken ob es auch sinnvoll ist während dieser Zeit die nicht so leicht ist eine Selbsthilfegruppe auszusuchen egal in welche Richtung ob Depressionen oder Alkohol. Wobei Alkohol einfacher ist weil wiederum das es da immer so ist das die mit der Depression besser umgehen können wie eine reine Depressions- Bewältigungsgruppe mit dem Suchtmittel.

LA: Ja das stimmt. Fallen dir sonst noch irgendwelche Faktoren ein die das irgendwie beeinflussen könnten?

I3: Nein so jetzt nicht

LA: Ich habe noch recherchiert und herausgefunden das als Faktor zum Beispiel der Patienten durch die Schemata der verschiedenen Hilffsysteme durchfallen also das heißt die werden von Psychiatrie zur Suchttherapie geschickt und von der Suchttherapie zur Psychiatrie geschickt. Dass die Patienten das so durch das Schema durchfallen. Oder es am Fachpersonal in der Psychiatrie sowie in der Suchtklinik die da nicht genug Kenntnisse vorliegen. Zum Beispiel das die Leute aus der Psychiatrie nicht genug Kenntnisse über die Sucht haben und die im Suchtklinik nicht genug Kenntnisse über Depressionen.

I3: Also was ich schon deutlich finde das wenn Patienten mit einer Depression das wir diese nicht schnell in die Psychiatrie schicken, sondern das wir dann alle gemeinsam gucken. Also ich hab überhaupt nicht das Gefühl das er deswegen sofort abgewiesen wird. In der Fachberatungsstelle Emsland kann ich mir so was von keinem Mitarbeiter vorstellen. Manchmal gibt es schon harte Fälle aber dafür sind wir auch ein gutes Team. Wir haben eine gute Leitung und wir unterstützen uns gegenseitig bevor wir einen Klienten wegschicken da gehört schon was dazu.

LA: Sind dir während der Beratungsprozessen da schon mal so was aufgefallen das die irgendwie direkt rüber geschickt worden sind? Oder auch das die sich nicht aufgenommen fühlen?

I3: Die Klienten werden schnell und häufig zu der Fachambulanz geschickt und ich finde, dass die Klienten sich nicht als ganzes aufgenommen fühlen wobei ich da auch ganz klar sagen kann, dass Klienten mit einer Depression einfach lieber eine Depression haben als eine Alkoholabhängigkeit

LA: Wie meinst du das?

I3: Die sagen dann schnell das sie nichts mit Alkohol haben, sondern nur depressiv sind und sie deswegen Alkohol trinken. Das kann ja auch so sein aber das nutzt ihm nichts. Wenn er Alkohol trinkt muss das auch bearbeitet werden sowie die Depression also ganzheitlich. Für viele ist ein Manko zu sagen dass sie Alkoholabhängig sind. Es fällt ihnen leichter zu sagen das sie eine Depression haben. Weil wenn sie den Zuhörern erzählen stimmt es sie eher traurig zu hören das der Gegenüber daran leidet und denken das er da nichts für kann das irgendetwas passiert ist. Es ist schwierig den Klienten glaubhaft zu machen dass beides behandelt werden muss. Ich habe zum Beispiel nachher noch eine Patientin, die hat dafür Jahre gebraucht doch jetzt hat sie es verstanden, dass sie eine Depression hat aber auch abhängig ist. Dieses habe ich meinen Kollegen erzählt wo die Klienten auch schon beraten und therapiert wurde und alle haben gefragt ob sie es jetzt verstanden hat. Sie hat wirklich Jahre gebraucht um sich selber einzugestehen das sie auch abhängig ist. Das erste Mal habe ich das Gefühl das sie das packt.

LA: Also meinst du das muss bei den Klienten erst mal,, klick,, machen bis man diese richtig therapieren kann ?

I3: Richtig.

LA: Was ist für dich der wichtigste Faktor um so ein Störungsbild gut versorgen möchte?

I3: Genau das, das ihm klar ist, dass er diese Komorbidität hat. Wenn der Klient es nicht einsieht dann tut sich gar nichts. Manchmal hat man auch Patienten wo man denkt dass man die nicht mehr sehen kann. Dann gibt man den Fall auch ab. Viele Klienten können sich nicht richtig ausdrücken und sind sehr feinfühlig. Es ist wichtig dass auch eine Sympathie herrscht. Man muss auch sagen wenn es genug ist und ihn zu einer Kollegen schicken. Meine Kollegin ist grundverschieden und das ist auch echt gut so es herrscht kein Neid es ist einfach gut so, Manche Patienten passen

besser zu meiner Kollegin weil ich doch sehr laut rede. So was erleichtert die Arbeit ungemein.

LA: Das glaube ich sofort. Wie kann die aktuell bestehende Problematik bei der Arbeit mit den Patienten bearbeitet werden oder bist du überhaupt der Meinung das die Situation verbessert oder geändert werden muss?

I3: Also ich glaube zum einen das wir in der Grundversorgung andere Manuale für uns entwickeln könnten. Ich glaube auch, dass es ganz wichtig ist das die Psychiater und Psychologen die nicht in Beratungsstellen arbeiten und Hausärzte das denen noch mal ganz deutlich wird was wir eigentlich hier machen.

LA: Okay und wie meinst du das?

I3: Es ist ja nicht so das wenn die Patienten kommen das wir Hand auflegen und alles ist wieder gut, sondern ganz wichtig ist das die Patienten mitarbeiten müssen. Ich finde das ist vielen nicht klar auch wie wir arbeiten. Viele Psychiater oder Psychologen denken, dass wir das doch sowieso nicht können. Einiges können wir auch nicht. Aber wir sind auf dem Level um so etwas abzugeben was wir nicht können. Also ist es wichtig zusammen zuarbeiten und das ist selten so. Viele Hausärzte verstehen nicht wie wir arbeiten und da ein Hausarzt doch glaubwürdiger ist es immer schwer.

Zum Beispiel hatten wir jetzt einen Patienten der vorher beim Hausarzt war und dieser ihm den Ablauf total falsch erzählt hat. Dieser Klient hat sich in einer Klinik angemeldet wurde auch genommen aber hatte noch keine Kostenzusage. Das ist richtig Problematisch.

LA: Hast du selbst schon einmal dagegen unternommen das Störungsbild zu verbessern

I3: Wir versuchen es immer wieder und wir versuchen alles mögliche. Wir bauen immer wieder Kontakt zu den Hausärzten auf. Eine Kollegin hat schon mal bei einem ausgewählten Ärzetreff schon einmal 15 Minuten reden. Wir schreiben die immer wieder an. Es gibt jetzt auch Genial. Kennst du das?

LA: Nein kenne ich nicht

I3: Okay dann erkläre ich das mal kurz das ist ein Verein die haben zu verschiedenen Ärzten Kontakt. Es ist eine gute Zwischenstation. Wenn man an einen Klienten nicht mehr dran kommt kann man diesen Verein kontaktieren. Diese vermitteln zwischen Arzt und Klient. Das ist einfach genial und eine gute Hilfe. Auch bei uns bei der Caritas finde ich das sehr gut dass man innerhalb von 5 Tagen einen Termin

bekommt. Die Verwaltung ist super organisiert, wenn es brennt wird ein Termin in weniger von 5 Tagen gemacht.

LA: Ja das ist ja eine super Hilfe. So dann bedanke ich mich für das Interview und verabschiede mich hiermit. Danke, dass sie Zeit für mich gefunden haben.

#### **Anlage 6      Interview 4**

Anwesende : Interviewer (LA) , Interviewter (I4)

LA: Zu Beginn erzähle ich erstmal Allgemein ein bisschen über das Interview. Das Ziel des Interviews ist allgemein Ergebnisse für meine Bachelorarbeit zu sammeln um diese dann mit diesen Informationen auswerten zu können. Das Interview ist folgendermaßen aufgebaut, ich stelle dir verschiedene Fragen, zeitlich plane ich ca. eine halbe Stunde ein, da bis lang alle anderen auch nicht über eine halbe Stunde gekommen sind. Als Hauptziel meiner Bachelorarbeit verfolge ich, die heutigen Erfahrungen mit dem Krankheitsbild Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression aus dem Arbeitsfeld der Sozialpädagogen in der Suchthilfe zu sammeln, sprich sehen was ihr so für Erfahrungen damit gemacht habt und im Allgemeinen zu erfahren was da alles noch mit dranhängt. Langfristig möchte einen Beitrag zur Bessern Versorgung dieser Patienten stellen, gerade durch euch Sozialpädagogen in der Suchthilfe. Gut dann beginne ich jetzt mit den Fragen.

I4: Hoffentlich sind die Fragen nicht zu schwer.

LA: Nein sind sie nicht. Ich habe 4 Teilfragen und aus drei von diesen vier Teilfragen habe ich dann Unterfragen gebildet. Die erste Teilfrage lautet, hast du schon Erfahrung mit Patienten gemacht die unter entsprechender Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression leiden. Welche Erfahrung hast du damit gemacht?

I4: Welche Erfahrung? Letzten Endes arbeiten wir ja hier schon mit den Patienten zusammen die auch wegen depressiver Phasen oder Verstimmungen her kommen die auch oft wegen einer Alkoholproblematik da sind. Meine erste Erfahrung in diesem Zusammenhang war, dass die Patienten oft sagen das sie Depressionen haben aber

das hat sich dann über die letzten Jahre da auch eine Alkoholproblematik entwickelt. Dann stellt sich die Frage, was hat das begünstigt? Das Alkoholproblem die Depressionserkrankung oder doch eher anders um, das Klären dieser Frage ist zwar die Aufgabe der Ärzte, wir jedoch damit umgehen müssen. Das erleben wir dann ja auch im Alltag in der Beratungsstelle, wenn die Patienten so zu uns kommen, das hast du ja auch mitbekommen in Papenburg, das man erstmal gucken muss wie die so Stimmungsmäßig sind, wie die Selbsteinschätzung und die eigene Beschreibung ist, wie wir die Patienten erleben. Unsere Aufgabe ist es dann zu gucken welche Behandlung für die der günstigste und effektivste ist und welche ihnen die beste Unterstützung bietet.

LA: Guckst du bei jedem erstmal so wie die Stimmung so bei denen ist oder speziell nur bei dieser Patientengruppe?

I4: Ich denke das macht sich hier dann Bemerkbar, also wenn da jemand ist der keine Depressionen hat dann ist der eigentlich vom Wesen her schon noch anders, als jemand der sich in einem Stimmungstief befindet und Antriebslos ist oder Termine nicht mehr einhält, weil dieser Patient sich nicht mehr aus dem Haus raus traut. Diese Problematiken können z.B. darauf hinweisen oder ich gucke noch nach anderen Indizien die auf diese Komorbidität oder Alkoholabhängigkeit im Zusammenhang mit einer anderen psychischen Störung zusammenspielt.

LA: Bist du mit den Patienten anders Umgegangen als mit den Patienten, als mit denen die „nur“ eine Alkoholabhängigkeit aufzeigten oder hast du alle gleichermaßen beraten bzw. behandelt?

I4: Also es gibt da schon unterschiedliche Ziele die die Patienten teilweise haben. Patienten die keine Zusatzerkrankung haben, verfolgen erstmal Ziele um aus der Alkohol- oder Suchtproblematik raus zu kommen. Es kommen dann andere Ziele noch hinzu wenn ein Patient wegen einer Depressionserkrankung zu uns kommt. Dann geht es nämlich auch mehr darum den Patienten zu aktivieren und nochmal zu gucken ob dieser noch andere fachärztliche Unterstützung bekommt. Der Facharzt muss sich dann um eine medikamentöse Therapie kümmern und somit die gesamte Befindlichkeit verbessern und dann eben auch den Menschen dazu befähigen wieder

mehr im Alltag teilzuhaben und besser zu funktionieren. Demnach können die Patienten auch von dieser Reha profitieren und besser in Abstinenz leben anstatt sich irgendwo wieder im Stimmungstief zu befinden und daraufhin wieder Suchtdruck verspüren. Das geht auf jeden Fall damit einher. Schlussfolgernd kann man dann sagen, dass Depressionserkrankte definitiv das ein oder andere Ziel weiterverfolgen als andere die es nicht haben.

LA: Das heißt also du guckst einfach mehr auf die Gesamtsituation?

I4: Wenn die solche Schwierigkeiten benennen dann gehen wir demnach natürlich auch auf diese ein. Wenn man die richtigen Fragen stellt sagen die Patienten dir das auch.

LA: Bei einem Verdacht auf weiter psychische Probleme stellst du dann quasi auch die richtigen Fragen oder würdest du diese Fragen jedem Hilfesuchenden erstmal generell Fragen um alles Mögliche abklären und ausschließen zu können.

I4: Falls so Etwas in dem Gespräch zum Vorschein kommt, würde auf das zusätzliche psychische Problem dann in der Beratung oder in einer ambulanten Therapie und nach Vereinbarung eines Termins bei Markus Weiß weiter eingegangen werden. Da die Infos wie wir den Klienten wahrgenommen haben für weitere Therapiemaßnahmen weiter gegeben wird um sein Allgemeinbefinden zu optimieren, trotz seiner Depressionserkrankung. Das nochmal darauf zurück zu führen, auf die anderweitige Unterstützung neben Beratung und Therapie in unserer Einrichtung.

LA: Bist du vertraut mit aktuell bestehenden Behandlungsmanualen bezüglich dieser Komorbidität?

I4: Mache ich jetzt so nicht. Letzten Endes kenne ich da was aus meiner Weiterbildung, aber ich mache jetzt z.B. keine Depressionsbewältigungsgruppe. Die Depressionsbewältigungsgruppe ist eine Therapiegruppe, da gibt es vielleicht zwei Patienten die auch leichte Stimmungsschwankungen haben aber wenn die dann wirklich nochmal mehr machen sollten und dazu auch bereit sind würden die dann

z.B. zur Kollegin Martin Schön nach Meppen gehen. Fr. Schön könnte dann eine Depressionsbewältigungsgruppe oder alternativ Aktivitätenaufbau anbieten, da diese Dinge gerade für diese Patienten ganz wichtig sind.

LA: Beim Aktivitätenaufbau, was wird da genau gemacht?

I4: Dass sie wieder lernen aus dieser passiven Spirale rauszukommen und das sie sich wieder mehr am alltäglichen Leben beteiligen und ihre Alltagspflichten wieder aufzunehmen und sich um diese kümmern. Dass sie nicht nur den Briefkasten ausleeren, sondern auch anfangen den Haushalt wieder ordnungsgemäß zu führen. Natürlich auch die anderen Dinge die sie vorher vernachlässigt haben. Dass sie da lernen mit der richtigen Medikation wieder selbstständig zu leben.

LA: Was hast du so für Erfahrungen mit diesen Manualen gemacht, auch wenn du diese nicht selber angewendet hast? Durch die Erfahrungen der Patienten.

I4: Bisher habe ich da nur theoretische Kenntnisse, ich wüsste aber ungefähr wie das funktionieren würde wenn ich einen depressiven Patienten hätte, der aus seinem Loch entkommen möchte. Jedoch würde es da auch erstmal mit der Vermittlung zum Facharzt beginnen. In dieser Zeit würden wir mit beobachten wie es ihm geht, und ob oder wie die Stimmung sich bessert und daraufhin in kleinen Schritte seine Aktivitäten wieder aufgreifen. All das fängt bei den kleinen Dingen an, damit sie lernen können die Selbstfürsorge wieder zu stärken. Meines Erachtens nach muss das ganze Versorgungssystem wiederaufgebaut werden, mit in bezogen die Hygienischen Maßnahmen. Somit merken die Patienten das sie in der Lage sind all das zu bewältigen und ihre Selbstzuversicht wird gesteigert.

LA: Machst Du dass eher aus deinem Sozialpädagogischen Hintergrund heraus oder denkst du dabei direkt an theoretische Manuale, die du im Kopf hast?

I4: Da dann schon eher das Erstere. Natürlich wenn ich dann irgendwas bei den Patienten erkenne, dann könnte ich das mit Sicherheit auch nach und nach benennen, doch da höre ich dann meistens auf mein Bauchgefühl. In diesem Zusammenhang

gehe ich da nicht so theoretisch vor, dass ich mir für eine Beratung nur ein bestimmtes Thema zu bearbeiten. Man muss natürlich danach gucken, wenn der Patient Gesprächsbedarf in einem anderen Thema hat wird natürlich erst solch ein Thema bevorzugt und bearbeitet.

LA: Du hattest doch bestimmt auch schon Patienten die dann in dieser Depressionsbewältigungsgruppe waren, oder?

I4: Nein, die hatte ich noch nicht. Leider. Ich habe aber derzeit, zum Glück, auch keinen Patienten den ich dahin schicken könnte. Doch das Angebot ist da, wenn wir in diesem Bereich Hilfe benötigen.

LA: Gibt es hier in der Umgebung denn noch irgendwelche Gruppen, die genau auf diese Komorbidität ausgelegt sind oder eventuell sogar hier in der Einrichtung?

I4: Meines Wissenstand zu folge gibt es diese Kombination in den Selbsthilfegruppen nicht, doch die Patienten können ja für die einzelne psychische Erkrankung zu dieser spezialisierten Gruppe gehen. Doch zu diesem Thema haben wir in unserem Wegweiser auch weitere Informationen, z.B. zum Thema Depressionen auf der Seite 37.

LA: Wahrscheinlich muss man dann aber auch genau darauf gucken, dass die z.B. noch süchtig in irgendeinem Fall sind. Da sich das dann wahrscheinlich nicht so schwierig gestaltet für die Leiter der Selbsthilfegruppen.

I4 Ich denke das die Patienten auch wenn die schon seit einiger Zeit in Abstinenz gelebt haben auch solche Gruppen besuchen können. Letzten Endes können die natürlich auch zwei bzw. mehrere Selbsthilfegruppen besuchen, wenn die wollen, aber dazu müssen die Patienten sich dann auch erstmal in der Lage fühlen. Nach einer gewissen Abstinenzzeit, denke ich das die Patienten auch in eine Selbsthilfegruppe für Depression gehen können, welche sich sonst nicht mit dem Thema Sucht auseinandersetzt. Das kann man aber wahrscheinlich besser einschätzen, wenn die Patienten dann vor einem sitzen und man mit ihnen redet.

LA: Genau, dass sollte man dann immer individuell betrachten. Welche Faktoren beeinflussen deines Erachtens nach, die adäquate Versorgung der Patienten mit solch einer Komorbidität?

I4: Die Patienten müssen erstmal dafür bereit sein eine Veränderung in ihrem Leben vorzunehmen und aktiv mit zu arbeiten. Dafür setzen sie sich dann ja entsprechende Ziele die wir in der Beratung und Therapie zusammen erarbeiten wollen. Dazu gehört dann ja auch das erledigen der Aufgaben, die wir ihnen an die Hand geben, sei es z.B. das Führen eines Tagebuchs. Das bewältigen dieser „Hausaufgaben“ hilft nicht nur uns die Fortschritte zu ermitteln, sondern auch den Patienten selbst, denn sie haben es auch schriftlich was für einen Fortschritt sie auf diesem Weg machen. Diese Compliance muss von beiden Seiten gegeben sein, um eine erfolgreiche und zweckmäßige Therapie zu erhalten und bieten zu können. Denn, wenn die Patienten jedes Mal zu der Therapie kommen und ihre Aufgaben nicht gemacht haben, müssen wir erstmal an diesem Punkt ansetzen und das Problem aus der Welt schaffen was sie an dieser Aufgabe hindert. Meistens müssen wir dann an der Eigeninitiative und der Motivation des Patienten arbeiten. Damit wir dann langsam kleine Fortschritte und Erfolge erzielen.

LA: Was glaubst du wären noch weitere Einflüsse auf die adäquate Versorgung dieser Patienten?

I4: Schon die gesamte Alltagssituation in der sie sich befinden, was natürlich bei jedem unterschiedlich ist. Sei es die aktuelle Wohnsituation, ob sie noch Angehörige haben die bereit sind den Patienten zu unterstützen oder noch viele weitere Faktoren die da möglich wären. Dann stellt man sich immer die Frage wie lebt er denn? Was hält diese Passivität aufrecht? Was hält, bremst und hemmt ihn und wie kann man es schaffen da Lösungen für zu finden das er da rauskommt. Zum Beispiel aus der Einsamkeit oder eben auch die Gestaltung der Freizeit wieder in Betracht zu ziehen und alte Hobbys wieder interessant für den Patienten zu machen.

LA: Das dauert wahrscheinlich dann aber auch seine Zeit, bis diese Patienten wieder in das alltägliche Leben zurückkehren und an ihren Hobbys wieder teilnehmen.

I4: Ja genau, wie gesagt das habe ich selbst so in dem Detail auch noch nicht mit einem Patienten miterlebt. Ich vermute, dass die Faktoren generell erstmal der Wille sind was zu verändern und dann auch zu gucken das es klappt. Die Mitwirkung des einzelnen ist einfach von Bedeutung.

LA: Ich habe auch schon ein wenig recherchiert, dann sind mir z.B. auch Faktoren aufgefallen, dass Patienten die sowohl depressiv als auch alkoholabhängig sind und durch das Schema durchfallen und deswegen vielleicht von Einrichtung zu Einrichtung geschickt werden. In Beispielen wurde geschilfert, dass die dann von den Einrichtungen zu hören bekommen haben, dass sie alkoholabhängig sind und dann doch besser in einer anderen Einrichtung aufgehoben wären. Wenn die Patienten dann aber auch noch wieder Depressionen haben werden die noch wieder wo anderes hingeschickt. Ist dir das auch schon aufgefallen?

I4: Ja das auf jeden Fall. Viele Patienten die hier her gekommen wollen ja erstmal was wegen ihrer psychischen Problematik machen, nehmen wir mal an Depression. Doch es gibt ja auch Vorgaben von der deutschen Rentenkasse, die in diesen Fällen ja die Kostenträger sind, sagen dann auch, dass diese Patienten erstmal ihre Alkoholproblematik beseitigen sollen, da dies Persönlichkeit verändernde Dinge sind. Diese Faktoren sollen dann erstmal überwunden werden, damit der Mensch so auch behandelt werden kann wie er eigentlich ist. Dann kann man sich auch der Depressionserkrankung zuwenden. Das sagen wir auch vielen Patienten, aber trotzdem versuchen sie häufig so eine stationäre Psychotherapie zu machen, nicht sucht- sondern depressionsbezogen, obwohl eine Suchtproblematik vorliegt. Doch das geht irgendwie nicht durch, das macht der Kostenträger auch nicht mit.

LA: Also ist dir auch schon der Kostenträger als beeinflussender Faktoren aufgefallen?

I4 Ja oder Psychologen sagen dann auch, ja dann sehen sie mal zu das sie erstmal diese Suchtproblematik bewältigen und dann im Anschluss darauf dürfen sie sich dann hier noch einmal vorstellen, damit dann die Depression behandelt werden kann.

LA: Hast du es dann auch schon einmal erlebt das ein Patient bei dir in der Suchtbehandlung war und dieser die Behandlung aufgrund der Depression nicht weiterführen wollte bzw. konnte? Jetzt nicht nur bei dir speziell, vielleicht hast du da ja auch was von den Kollegen mitbekommen?

I4: Ich könnte mir vorstellen, dass einige Therapieabbrüche auch aufgrund von Stimmungsschwankungen oder Rückfälligkeit eingetreten sind. Doch oft bekomme ich das auch nicht mit wenn diese Patienten dann wirklich abgebrochen haben aus diesem Hintergrund.

LA: Okay, das ist wahrscheinlich bei einer stationären Therapie einfacher mit zu bekommen als bei der ambulanten.

I4: Das denke ich. Das besprechen die dann wahrscheinlich auch im stationären Rahmen. Es kann natürlich sein das sie dann abbrechen, weil sie glauben sie schaffen es nicht oder wie auch immer. In der ambulanten Therapie kann ich mir das dann doch schon eher vorstellen das sie dann dieses Rückzugsverhalten an den Tag legen und schneller abbrechen. Vielleicht auch wegen der Rückfälligkeit, weil sie sich wieder depressiv fühlen, das kann natürlich alles sein. Konkretere Angaben kann ich dir da leider nicht nennen.

LA: Mit den konkreten Angaben ist das ja nicht so schlimm. Was sagst du zu dem Standpunkt das fehlende Kenntnisse beim Fachpersonal auftreten und das dann auch ein Faktor ist der die adäquate Versorgung der Patienten beeinflusst. Wenn wir jetzt das vorherige Beispiel mit der Psychiatrie wieder aufgreifen, jetzt ganz pauschal gesehen hat das Personal in dem Bereich Depressionen keine Kenntnisse über Sucht und umgekehrt hat das Personal in dem anderen Fachgebiet keine Erfahrung und Kenntnisse mit/über Depressionen.

I4: Was dann gut ist wenn die Patienten eine ambulante Reha machen und vorher noch nicht stationär gewesen sind, dann bekommen die dann auch erstmal den ein oder anderen Diagnosebogen von uns. Das ist dann der SCL(Symptomcheckliste).

LA: ja genau, SCL 90 habe ich schon mal gehört.

I4: Sehr gut! Neben dem SCL 90 gibt es aber ja auch ein Beckdepressionsinventar, das würde dann Martina Schön auswerten. Danach richtet sich dann auch so die Stimmung, danach kann sie eben auch feststellen ob da wirklich depressive Verstimmungen vorliegen oder nicht. Aber auch wie sehr da jemand hingeleitet. Ich glaube das diagnostiziert dann die Befindlichkeit der letzten 7 oder 14 Tage, irgendwie so. Das lassen wir die Patienten dann auch ausfüllen, wenn sich bei uns ein Verdacht erstreckt und dann gibt Martina uns Rückmeldung bei der Auswertung und wir haben die Möglichkeit weiter zu gucken. Also das ist erstmal ganz wichtig das wir wissen was da vorliegt auch wenn der Patienten das wahrscheinlich noch gar nicht weiß.

LA: Das heißt das die Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen in Takt ist.

I4: Ja. Eine Patientin hatte ich jetzt, die hat das auch ausgefüllt. Da hat Martina mir auch Rückmeldung gegeben und parallel mit Markus Weiß geredet. Die Patientin bekommt jetzt auch Medikamente, diese wird nun vom Hausarzt weitergeführt und die Patientin fährt damit sehr gut. Reflektierend erzählte die Patientin, dass sie in den letzten 2–3 Monaten eine Verbesserung der Befindlichkeit verspürte. Nicht mehr so diese oft sich traurig fühlen oder dieses allein sein. Natürlich ist es schwer mit der Vorgeschichte das ihr Mann verstorben ist, aber Momentan kommt sie damit gut zurecht und ein Fortschritt ist zu erkennen.

LA: Was meinst du? Welcher Faktor ist der schwerwiegendste der diese Behandlungen einfach am Meisten beeinflussen würde?

I4: Generell?

LA: Ja genau generell!

I4: Ich denke die Beziehung zum Therapeuten. Also du meinst jetzt den Zusammenhang zwischen Therapeuten und Patient oder meinst du die Faktoren die der Patient selber mitbringen muss?

LA: Nein, generell auf das vorherige was wir gesagt hatten.

I4: Ich denke, dass die Patienten auch schon das Gefühl haben müssen auch beim Therapeuten so Kompetenz und Vertrauen irgendwo da sein müssen. Sprich Kompetenzvertrauen und Personalvertrauen und dass da die Beziehung drüber aufgebaut wird mit dem Therapeuten. Da müssen wir dann ja versuchen schnell einen Draht zu den Patienten herzustellen, damit die Patienten wissen oder denken das wir sie verstehen. Dass der Patient weiß er ist hier an der richtigen Adresse und es tatsächlich vorangehen. Alleine so Etwas kann die Zuversicht dann schon stärken. Deswegen gehe ich davon aus, dass das Thema Patient und Therapeut Beziehung wirklich einen großen Bestand hat. Wichtig ist dann das der Therapeut diese Beziehung auch immer überprüft und ob der Patient auch wirklich noch die Motivation konstant auch zeigt. Das merkt man schon ob er eine Zeit wieder nachlässt oder ob er sich besonders engagiert zeigt, so zu sagen die Höhen und Tiefen einer Behandlung.

LA: Wofür wäre dies „noch engagierter“ denn ein Zeichen?

I4: Wenn man dann auch merkt das die Patienten von sich auch sagen und schon mehr in Angriff genommen haben im privaten Bereich, auch das sie wieder Kontakte aufgenommen haben. Egal ob telefonisch oder das sie mal wieder jemanden besucht haben den sie lange nicht gesehen haben. Das sie einfach mal gemerkt haben, sie verspüren den drang was zu unternehmen ohne das es großartig abgesprochen wurde. Dass die das einfach in Eigenregie durchgeführt haben.

LA: Also ein positives Zeichen und ein Weg zur Besserung?

I4: Ja denke ich. Dass die Patienten sich nicht immer nur darauf verlassen was der Therapeut mir sagt. Sie sollen selbst entscheiden wo drauf sie dann Lust haben und das dann auch machen. Das sind denke ich solche Anzeichen.

LA: Muss die aktuell bestehende Situation mit den Patienten die sowohl depressiv als auch Suchtkrank sind verbessert werden? Speziell auch deren Behandlungen?

I4: Das kann ich jetzt ja nur auf das Angebot von der Fachambulanz deuten. Deswegen finde ich es zum Beispiel sehr gut, dass das Backdepressionsinventar durchgeführt wird, seit dem Martina da ist. Somit können wir dann schon gewissen Anzeichen schon diagnostisch erkennen und wir dann auch noch Markus Weiß an unserer Seite haben der, dass alles weiter im Blick hat. Ebenso ist auch die Depressionsbewältigungsgruppe für mich auch wichtig die Martina anbietet. Die Indikationsgruppe für dieses Kliente.

LA: Und aus spezieller Sicht eines Sozialpädagogen, so aus deiner Sicht? Wie könnte man das da noch verbessern? Oder könnte man das überhaupt verbessern?

I4: Mein Impuls wäre so die aufsuchende Sozialarbeit in Form von abholen und sie zu Hause besuchen, wenn sie sich gerade nicht in der Lage dazu fühlen. Was aber leider nicht in diesem Sinne dazu gehört, denn sie müssen am Ball bleiben und sich aufrufen um danach zu erfahren das es funktioniert hat und gutgetan hat.

LA: Glaubst du, dass sich diese aufsuchende Sozialarbeit negativ auf die Therapieerfolge auswirken könnte?

I4: das weiß ich leider nicht. Kann ich leider jetzt nicht so abschätzen. Das hieße dann eben auch das der Patient in seiner gewohnten Verhaltensweise bleibt und diese Bequemlichkeit erfährt, wenn jemand bei ihm vorbeikommt. Einerseits ist es ja gut das es dann weiß das er auch in solchen Situationen unterstützt wird, andererseits weiß ich nicht ob das langfristig einen positiven Effekt hat. Eventuell könnte man diesen Gedanken dann auch deswegen streichen. Weiteres fällt mir jetzt gerade genau für diese Doppeldiagnose nicht ein.

LA: Sonst fällt dir noch Etwas allgemein zu Komorbidität bei Depression, jetzt nicht nur mit der Verbindung Alkoholabhängigkeit. Sondern um jede Komorbidität mit Depressionen.

I4: Speziell die Gruppen mit Menschen mit einer Doppeldiagnose anzubieten wird schwer, da wir zu wenige Patienten in diesen Fällen haben. Da überwiegt ja auch noch der Anteil der Patienten mit einer Einzeldiagnose. Natürlich wäre es Interessant eine reine Gruppe für Patienten mit Doppeldiagnosen anzubieten da sich diese Patienten dann auch verstanden fühlen würden auch von den anderen Teilnehmern, aber das ist aktuell leider so nicht möglich. Wahrscheinlich einfach schwer durchsetzbar.

LA: Wie meinst du das genau?

I4: Wenn du z.B. nur zwei von diesen Patienten hast in einer Gruppe von insgesamt zwölf Leuten ist es natürlich schwer für diese zwei dann eine eigene Gruppe aufzubauen. Also finde ich das wir es derzeit so wie wir Mittel zur Verfügung haben eigentlich eine Leistung aufbringen die ich für Okay empfinde. Da müsste ich dann erstmal länger drüber nachdenken was ich da noch als Verbesserungen vorschlagen würde, gerade weil ich ja nicht so viel mit diesen Patienten zu tun habe.

LA: Wird denn in dieser Depressionsbewältigungsgruppe die Martina leitet nur über Depression gesprochen oder auch über das Zusammenspiel mit anderen psychischen Erkrankungen.

I4: Da wird auch über beides gesprochen. Ich glaube das Martina auch dieses Depressionsmanual durchgeht, das hat auch viel mit Aktivitätenaufbau zu tun und mit bestimmten Themen innerhalb der Gruppe, nicht nur mit Depression. Natürlich aber auch wie begünstigt das eine das andere. Warum schafft es der Alkohol einen angeblich kurz aus diesem Loch rauszuholen. Wobei dieser Teufelskreis dann auch immer wieder weiter nach unten geht. Denn wenn die Alkoholwirkung nachlässt, geht die Depression wieder von vorne los und die Welt sieht noch bedrückter aus als vorher. Ich denke das nimmt sie alles so in dieser Gruppe durch, da würde ich auch gerne einmal hospitieren. Gerade auch weil sie da bestimmt sehr strukturiert vorgeht, was sich dann positiv auf die Patienten auswirkt weil die das ja so brauchen.

Besonders wichtig für die Patienten ist da auch nochmal das Arbeiten in Eigenregie und das überprüfen in der Gruppe wie aktiv sie damit gearbeitet haben.

LA: Glaubst du, dass das Arbeiten in Eigenregie nur den Alkoholkranken und Depressiven besonders schwerfällt?

I4: Das gibt es auf jeden Fall auch bei Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen. Depressive haben das ja auch ohne Alkohol, wenn die sich zurückziehen, wenn diese keine adäquate Medikation bekommen haben. Sucht begünstigt jedoch auch genauso das Rückzugsverhalten, das stimmt natürlich. Denn Alkohol kann eben auch auf Dauer depressiv machen und umgekehrt können Depressionen eben auch eine Alkoholproblematik hervorrufen, weil man einfach nicht anders weiß sich zu helfen und aus diesem Grund trinken viele Patienten eben. Bevor sie sich irgendwann einem Arzt anvertrauen.

LA: Quasi mit dem Grundsatz Selbstmedikation und „ich trinke mir das Leben wieder schön“.

I4: Ja nur die Motivation bei den Suchtkranken ist da etwas anders, wenn die beispielsweise am Wochenende ganz viel getrunken haben und sich montags nicht dazu in der Lage fühlen zu arbeiten melden sie sich krank, weil sie eben noch total betrunken im Bett liegen. Das ist eben eine andere Situation als bei den Depressiven, der sich überhaupt nicht in der Lage dazu fühlt aus dem Haus zu gehen aus irgendwelchen Angstsituationen heraus oder Befürchtungen vor dem was passiert oder passieren könnte oder wie auch immer.

LA: Hast du selber schon mal über eine eigene Gruppe, wie du eben schon sagtest überlegt oder kamen diese Überlegungen erst heute mit diesem Gespräch?

I4: Ja danke erstmal für diese Anregung aber Momentan habe ich sehr wenig Erfahrung mit dieser ambulanten RehaGruppe, da es diese auch erst seit 2 Jahren gibt und da habe ich eben auch noch nicht viele Depressionserkrankungen erlebt. Aber das Procedere mit dem BDI das machen wir wen ich das merke, dass da was sein

könnte und dann gucken wir weiter in Verbindung zu Markus Weiß. Das ist so das was ich so im Hinterkopf habe. Wenn diese Problematik häufiger auftreten würde, würde ich mir wahrscheinlich öfter Gedanken machen. Aber das macht auch nichts sich das im Vorfeld mal durch den Kopf gehen zulassen. Tatsächlich denke ich da jetzt erst drüber nach.

LA: Ja natürlich, wenn das vorher nicht so gängig war in deiner beruflichen Laufbahn.

I4: Theoretisch. Natürlich. Wenn man die Leute vor sich sitzen hat und diese Stock depressiv sind. Dann würde ich mir natürlich auch noch mal mehr Gedanken darüber mache, wie ich mit diesem Thema anders umgehen könnte. Das passiert aber dann wahrscheinlich in der Arbeit mit den Patienten.

#### **Anlage 7      Interview 5**

Anwesende: Interviewer (LA) , Interviewter (I5)

LA: Begrüßung der Teilnehmerin

Danke das Sie heute Zeit gefunden haben mit mir dieses Interview zu führen. Die Infos und Antworten werden vertraulich behandelt und bleiben Anonym. Das Interview wird etwa eine halbe Stunde dauern.

Ziel des Interviews ist es Antworten für meine Bachelorarbeit zu bekommen damit ich es auswerten kann

Die Bachelorarbeit hat gezielt als Forschungsfrage wie ein Sozialpädagoge in der Suchthilfe basierend auf den eigenen Erfahrungen zu einer adäquaten Versorgung der Patienten mit einer Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depression beitragen kann? Wie können wir als Sozialpädagogen zu einer besseren Versorgung beitragen.

Ziel ist es, die heutigen Erfahrungen mit dem Krankheitsbild aus dem Arbeitsfeld des Sozialpädagogen in der Suchthilfe zu sammeln und Langfristig gesehen die Verbesserung der Versorgung von Patienten einer Komorbidität Alkoholabhängigkeit und Depressionen durch die Sozialpädagogen in der Suchthilfe zu leisten.

Ich habe 3 Teilfragen vorbereitet und jeweils zu den Teilfragen 4–6 kleiner Fragen je nachdem wie sich das Gespräch entwickelt werde ich die stellen oder nicht.

I5: Ja gut das habe ich verstanden.

LA: Okay dann fange ich mit der ersten Frage an. Hast du schon Erfahrungen mit Patienten gemacht die unter einer entsprechenden Komorbidität leiden?

I5: Ja!

LA: Welche Erfahrungen hast du denn gemacht?

I5: Wir hatten ganz viele Beratungsgespräche wo klar wird okay ich habe eine Suchtmittelabhängigkeit, Alkohol aber vielleicht auch Cannabis + eine Depression oder Psychische Erkrankung das kommt oft vor. Psyche und Alkohol sind so nah beieinander. Es ist meistens beides vorhanden.

LA: Also ist es dir schon vermehrt aufgefallen?

I5: Ja. Es kann eine Therapie oder eine Beratung komplizierter machen, weil man nicht nur den Fokus auf das Suchtmittel legen muss sondern auch auf die Stimmungslage achten muss. Die müssen gar nicht rückfällig werden trotzdem haben die ein Tief durch eine Depressive Phase. Oder jetzt vermehrt zu der Jahreszeit es wird schneller Dunkel, es wird regnerisch. Die Klienten gehen nicht mehr so oft raus. Wo dann über mehrere Wochen der Schwerpunkt liegt.

LA: Bist du mit den Patienten anders umgegangen die „nur“ unter einer Alkoholabhängigkeit leiden? Oder hast du die Klienten anders beraten?

I5: Also anders umgegangen in dem Sinne nicht. Aber bei der Beratung muss man gucken wo der Schwerpunkt an dem Tag liegt. Wenn es da die Depression war habe ich ihn natürlich andere Tipps gegeben als wie man trocken bleiben kann da ging es dann mehr um die Psychohygiene wie zum Beispiel sich abends noch mal ein Stück Schokolade gönnen oder sich Zeit nehmen und ein Buch lesen. Sich nicht so viel Vorzunehmen um sich von der Depression abzulenken. Man soll sich was gönnen und die Regeln auch mal ein Tag fallen lassen. Das ist in dem Sinne schon eine etwas andere Beratung oder auch eine andere Fürsorge. Es ist einfach komplexer man kann halt nie sagen mach mal und das hilft dir. Das finde ich persönlich schon schwierig.

LA: Findest du das ist bei Patienten die nur Alkoholabhängig sind einfacher? Kannst du dem besseren Tipp geben?

I5: Das ist es grundsätzlich nicht. Es ist nicht so komplex wie mit eine Psychischen Erkrankung oder mit Depressionen. Weil da muss man nur für einen Themenbereich Tipps oder Handlungsanweisungen geben und nicht für zwei. Die Klienten muss auch nur ein Thema erfüllen und nicht zwei gleichzeitig was für den Klienten natürlich schwieriger ist. Es ist nicht einfacher nur komplexer.

LA: Ja man muss auf vieles gleichzeitig achten. Bist du vertraut oder kennst du dich mit aktuell bestehenden Behandlungsmanualen bezüglich dieser Komorbidität aus?

I5: Nein

LA: Dann hast du ja auch sicher keine Erfahrung mit den Manualen machen können. Keine Sorge du bist nicht die einzige die es nicht kennt. Okay dann stelle ich die nächste Frage. Welche Faktoren beeinflussen die adäquate Versorgung der Patienten mit dieser Komorbidität?

I5: Also es beeinflusst einmal schon mal das Alkohol eine legale Droge ist und zu jeder Zeit zu erreichen ist das ist ganz klar das macht die Sache enorm schwer. Dann wiederum schwer zu kontrollieren weil wir die Klienten nur in wöchentlichen Abständen sehen und was die in den Tagen dazwischen machen das wissen wir nicht. Das müssen wir auch nicht dafür sind wir eine ambulante Fachstelle. Und bei den Depressionen finde ich es halt schwierig es zu erkennen wann eine Depressive Phase kommt. Es ist halt schwierig zu wissen wann er darein fällt. Das finde ich schwierig darauf zu reagieren weil man halt nicht 24 Stunden da ist. Das macht es für die Klienten auch schwierig und ist sehr anstrengend.

LA: Okay, und speziell diese Versorgung durch dich als Sozialpädagogin? Was ist da so beeinflussend?

I5: Ja die Unzuverlässigkeit der Klienten aufgrund der Erkrankung oder Fremdmotivation ganz klar. Das macht die Arbeit für mich schwer. Und ganz klar ist es, dass ich keine Psychologin bin. Ich kann auch nur mein Studium wissen oder mein angelesenes Wissen irgendwie versuchen einzubringen oder so nachzuvollziehen wie die Klienten sich fühlen aber ich kann es nicht Fachlich untermauern.

LA: Also ist der Faktor auch fehlendes Wissen?

I5: Ja genau fehlendes Fachwissen richtig.

LA: Ich habe da auch eine Literatur Recherche gemacht da habe ich als Faktor das es das fehlendes Fachwissen ist beim Personal. Also nicht nur bei den Sozialpädagogen, sondern auch im Psychologischen Bereiche. Dass auch viele Patienten durch die Hilfsangebote durchfallen also das heißt die werden von Psychiatrie zur Suchttherapie geschickt und von der Suchttherapie zur Psychiatrie geschickt. Dass die Patienten das so durch das Schema durchfallen. Oder es am Fachpersonal in der Psychiatrie sowie in der Suchtklinik die da nicht genug Kenntnisse vorliegen. Zum Beispiel das die Leute aus der Psychiatrie nicht genug Kenntnisse über die Sucht haben und die im

Suchtklinik nicht genug Kenntnisse über Depressionen. Ist es dir auch schon einmal so aufgefallen?

I5: Ja ganz klar aber das auch mehr im ambulanten Bereich sprich wenn die im ambulanten Bereich eine Psychotherapie machen wollen und man sieht das ist eine Abhängigkeit oder eine schwere Gewohnheit dann schicken die den Klienten zur Suchtberatung ist ja auch richtig weil die Psychologen sagen okay wenn du nicht Suchtmittel frei lebst und diese Baustelle parallel läuft bist du nicht ganz klar bei Sinn um dich voll auf die Psychotherapie konzentrieren zu können. Das kann ich nachvollziehen. Wir müssen dann hier immer gucken wie ausgeprägt die Psychische Erkrankung ist. Die darf zeitweise Mal überhand nehmen aber wenn die dauerhaft überhand nimmt ist bei uns nicht mehr die Hauptdiagnose eine Abhängigkeit und das wird es für uns schwierig.

LA: Also dann werden die wieder zurückgeschickt?

I5: Ja genau dann muss man entweder da die Abhängigkeit höher Stufen und ein wenig Dramatisieren und die Psychische Seite ein wenig verharmlosen. Es geht auch um den Kostenträger. Erst die Sucht dann die Psyche. Dann muss es so laufen dann bekommen die die Kosten bewilligt. Es ist aber für die Therapeuten schwieriger mit zwei Baustellen zu arbeiten.

LA: Ist es schon häufiger vorgekommen dass der Kostenträger das es so und so gemacht werden muss?

I5: Ich könnte es jetzt nicht mit Prozenten belegen. Aber ich hatte jetzt vor kurzem einen Fall. Der ist psychisch Komplett neben der Spur da hat der Kostenträger gesagt erst die Alkoholproblematik und dann alles andere. Der hat die Therapie bewilligt bekommen und hat auch eine stationäre Therapie gemacht. Aber wenn ich ihn heute sehe denke ich immer noch das er ein „Häufchen Elend“ ist. In der stationären Therapie könnte ich mir vorstellen das wenn die Abhängigkeit noch nicht so fortgeschritten ist das die das dann mitmachen das sie ja ständig von Ärzten begleitet werden. Ich kenn es einfach mehr aus dem ambulanten Bereich das erst die sucht kommt und dann die Psyche.

LA: Ja ich glaube auch dass das für die meisten einfacher ist. Ich habe auch gelesen das aufgrund der Schwierigkeit das die die Klienten dann weiter schicken. Es ist denen dann einfach zu Komplex.

I5: Ja andersherum wir sind einfach keine Psychologen deswegen können wir von den nicht verlangen das die auch das Thema Sucht mitbehandeln. Die haben ja auch ihren

Schwerpunkt oder Hauptdiagnose die die behandeln wie wir auch. Es muss ein Arzt diagnostizieren was die Hauptdiagnose ist.

LA: Was ist für dich der Schwerwiegendste Faktor was da so reinspielt? Der Grund warum das überhaupt nicht klappt von den Faktoren die wir gerade genannt haben?

I5: Meinst du diese Kombisachen bei der Therapie oder dass die bei der Psychologin nicht angeboten sind?

LA: Diese Faktoren die wir jetzt gerade aufgezählt haben waren ja die beeinflussenden Faktoren der Behandlung der Klienten. Was ist für die der schwerwiegende Faktor der diese adäquate Versorgung verhindert oder beeinflusst?

I5: Ich würde sagen aus Sicht der Klienten und auch aus der Sicht von mir sind es zwei Faktoren die immer wieder ineinander Spielen die sich immer gegenseitig beeinflussen.

LA: Also das Zusammenspiel der beiden Störungen?

I5: Ja genau das, das macht einfach alles schwer. Also für die Klienten schwer vorherzusehen und auch schwer zu reagieren und das gleich für die Fachkräfte auch.

LA: In deiner ganzen Beratungszeit sind dir die Faktoren da schon oft begegnet? Oder ist es eher so vereinzelt? Das mit dem Zusammenspiel hört sich für mich so an als hättest du das schon oft erlebt.

I5: Ja doch schon oft erlebt. Weil auch das Krankheitsbild schon sehr oft vorhanden ist. Bei dem einen stärker ausgeprägt bei dem anderen eher weniger. Das kann man schon sagen. Einige sind medikamentös gut eingestellt. Das ist fast normal.

LA: Wie kann deiner Meinung nach die Situation oder die Versorgung dieser Klienten verbessert werden? Oder sollte dieses verbessert werden?

I5: Also ich könnte mir eventuell als Verbesserungs- vorschläge vorstellen das man sich zweimal im Jahr so ein niederschwelliges Gruppenangebot macht zum Thema Psychische Erkrankung und Suchterkrankung um auch nur Backgroundwissen zu vermitteln nicht unbedingt was therapeutisches einfach nur eine Infogruppe oder eine Infoveranstaltung auch für die Klienten in der Vorberatung. Das wäre vielleicht gut das die Klienten „Futter“ bekommen. Zum Beispiel Stefan macht doch jetzt die Basiswissen Suchtgruppe. Und so was dann zum Thema Sucht+ Psychische Erkrankung. Wie das genau aussehen könnte wüsste ich nicht weil beides einfach sehr Komplex ist. Aber ich könnte mir vorstellen dass das gut angenommen wird.

LA: Also findest du dass die gesamte Situation verbessert werden muss?

I5: Es muss einfach im Blick behalten werden. Man kann nicht direkt ein neues Angebot schaffen weil auch das Thema Psychische Erkrankung sehr weitläufig ist aber es darf nicht in den Hintergrund geraten.

LA: Hast du selber schon mal etwas unternommen um das zu verbessern?

I5: Nein

LA: Hast du denn noch Vorschläge wie man die Situation verbessern könnte?

I5: Es liegt zwar nicht in unsere Hand aber vielleicht eine Broschüre. Es gibt etliche für jegliche Drogen über alle Varianten. Die Psychischen Erkrankungen spielen einfach eine kleine Rolle und kommen einfach zu kurz. Es gibt ja auch eigentlich nicht erst seit zwanzig Jahren diese Kombisache oder war dort nicht so im Fokus wie jetzt. Aber eine vernünftige Broschüre die von weiter Oben zusammengestellt wird die kurz und knapp ist aber die Klienten auf den ersten Weg hilft.

LA: Also sollte man auch was auf der Gesellschaftlichen Ebene was tun?

I5: Ja genau

LA: Hast du sonst noch irgendwelche Anmerkungen oder etwas was du Einbringen möchtest?

I5: Nein mir fällt gerade nichts mehr ein.

LA: Okay dann sind wir schon durch. So dann bedanke ich mich für das Interview und verabschiede mich hiermit. Danke das du Zeit für mich gefunden hast.

## **Anlage 8      Labeltabellen**

### **Anlage 8.1    Frage 1**

Kategorie	Label	Ankerbeispiele
Ja	1.1. 11	Ja, habe ich ständig. (...) gefühlt jeder Zweite
Ja	1.2.11	Viele Menschen, die zum Beispiel Cannabisabhängig sind, haben auch noch etwas anderes, also eine Depression

Ja	1.1.12	Ja, täglich. Man muss ja erstmal ganz klar sagen, dass dieses Krankheitsbild mehr wird.
Ja	1.2.12	Hier gibt es viele Stationen und bei mir haben 90% der Patienten Doppeldiagnosen.
Ja	1.1.13	(...) kaum noch Patienten, die nicht eine Doppeldiagnose haben.
Ja	1.1.14	Meine erste Erfahrung in diesem Zusammenhang war, dass die Patienten oft sagen, dass sie Depressionen haben, aber da hat sich dann über die letzten Jahre eine Alkoholproblematik entwickelt
Ja	1.1.15	Ja!

#### Anlage 8.2 Frage 2

Kategorie	Label	Ankerbeispiele
Fehlendes Wissen über eigenes Krankheitsbild	2.1.11	Sie kommen hier erstmal an und haben ja oft selber keine Ahnung was mit denen los ist

Unzureichende Diagnostik	2.2.11	Weil es häufig eben so ist: Die kommen rein, weil sie halt betrunken sind, die werden entgiftet, aber die Hintergründe werden da teilweise nicht angesehen, weil man vielleicht nicht danach guckt
Mangelnde fachärztliche Versorgung der Patienten	2.3.11	(...) weil man manchmal die entsprechenden Fachärzte nicht hat
Verständnis über sich selbst erst nach der Diagnose	2.4.11	(...) sodass sie sich vielleicht auch ein bisschen selber verstehen
Hohe Anzahl an komorbiden Patienten	2.5.11	(...) ist von mir eine Grunderfahrung, dass ganz viele Leute ´ne Zweitdiagnose dahinter haben, egal was es ist
Schwierigkeit der Zusammenarbeit	2.1.12	Aber die Zusammenarbeit ist natürlich etwas schwieriger. Meine Erfahrung ist, dass Patienten häufiger wegflutschen
Schwierigkeit der Zusammenarbeit	2.2.12	(...) ist aufgrund einer Depression das Halten der Klienten schwieriger. Auch in der weiteren Arbeit in den Fachambulanzen. Viele Patienten haben Schwierigkeiten, sich an die Termine und an die Absprachen zu halten
Suizid	2.3.12	Es gab einen Patienten, der hat sich vor mir suizidiert. Das bleibt so im Kopf, da ist man hellhöriger und

		guckt vielleicht auch mal genauer.
Schwierigkeiten beim Stellen der Diagnose	2.1.13	(...) hat es immer irgendeine Geschichte, die voran läuft oder währenddessen passiert ist oder dabei passiert. Dann ist es schwierig rauszufinden, was die Hauptdiagnose ist, Alkohol oder Depression
Suchtbehandlung sollte primär erfolgen	2.2.13	(...) die Sucht muss als erstes geheilt werden, weil dort viele Dinge mit einfließen.
Hohe Anzahl an komorbiden Patienten	2.4.13	(...) Wir hatten jetzt so viele, ich weiß gar nicht wo die alle herkommen
Schwere Lebensgeschichten der Patienten	2.5.13	Ja, sehr schlimme Depressionen mit schlimmen Lebensgeschichten, wo selbst ich mit 30 Jahren Berufserfahrung dachte: „ohje“. Und wenn ich das denke, versprühe ich auch manchmal eine leichte Unsicherheit und denke, ob die hier richtig sind. Aber der Alkohol hat ja immer irgendwie eine Rolle gespielt.
Positive Berater-Klienten-Beziehung formt Therapie	2.6.13	Wenn die Patienten dann Zutrauen zu den Beratern und Therapeuten finden,

		läuft es in einem guten Takt.
Umfassende Therapie nötig	2.7.13	(...) weil ich einfach denke, wenn der schon eine starke Depression hat und Alkoholkrank ist, dann wird es in einer rein ambulanten Therapie nicht machbar sein. In einer stationären sind die in einem sehr geschützten Rahmen. Und die Kombi bietet ja dann nochmal die Möglichkeit, das was sie in der ambulanten Phase gelernt haben, auszuprobieren und trotzdem dann nochmal in die stationäre Behandlung gehen.
Verdrängung des unliebsamen Störungsbildes	2.8.13	Die sagen dann schnell, dass sie nichts mit Alkohol haben, sondern nur depressiv sind und sie deswegen Alkohol trinken
Fehlendes Eingeständnis für eigene Alkoholabhängigkeit	2.9.13	Es fällt ihnen leichter zu sagen, dass sie eine Depression haben. Weil, wenn sie den Zuhörern erzählen, stimmt es sie eher traurig zu hören, dass der gegenüber daran leidet und denken, dass er da nichts für kann, dass irgendetwas passiert ist
Fehlendes Eingeständnis für eigene Alkoholabhängigkeit	2.10.13	Sie hat wirklich Jahre gebraucht, um sich selber einzugestehen, dass sie auch abhängig ist. Das

		erste Mal habe ich das Gefühl, dass sie das packt.
Abschätzen der adäquaten Behandlungsform	2.1.14	Dann stellt sich die Frage, was hat das begünstigt? Das Alkoholproblem die Depression, oder doch eher anders herum? Das Klären dieser Frage ist zwar Aufgabe der Ärzte, wir jedoch damit umgehen müssen. Das erleben wir dann ja auch im Alltag in der Beratungsstelle, wenn die Patienten so zu uns kommen, das hast du ja auch mitbekommen in Papenburg, dass man erstmal gucken muss, wie die so stimmungsmäßig sind, wie die Selbsteinschätzung und die eigene Beschreibung ist, wie wir die Patienten erleben. Unsere Aufgabe ist es dann zu gucken, welche Behandlung für die die günstigste und effektivste ist und welche ihnen die beste Unterstützung bietet
Eigene Diagnose stellen bei entsprechenden Eigenschaften des Patienten.	2.2.14	Ich denke, das macht sich hier dann bemerkbar, also wenn da jemand ist, der keine Depressionen hat, dann ist der eigentlich vom Wesen her anders, als jemand der sich in einem Stimmungstief befindet und antriebslos ist oder

		Termine nicht mehr einhält, weil dieser Patient sich nicht mehr aus dem Haus traut. Diese Problematiken können z.B. darauf hinweisen oder ich gucke noch nach anderen Indizien, die auf diese Komorbidität oder Alkoholabhängigkeit im Zusammenhang mit einer anderen psychischen Störung zusammenspielt.
Unterschiede in der Zielsetzung	2.4.14	Schlussfolgernd kann man sagen, dass Depressionserkrankte definitiv das ein oder andere Ziel weiter verfolgen, als andere die es nicht haben.
Hohe Anzahl an komorbiden Patienten	2.1.15	Wir hatten viele Beratungsgespräche, wo klar wird: Okay ich habe eine Suchtmittelabhängigkeit (...) plus eine Depression oder psychische Erkrankung. Das kommt oft vor. Psyche und Alkohol sind so nah beieinander. Es ist meistens beides vorhanden.
Abweichen von reiner Suchtbehandlung	2.2.15	(...) nicht nur den Fokus auf das Suchtmittel legen muss, sondern auch auf die Stimmungslage achten muss.
Erschwerte Behandlung	2.3 15	Das ist in diesem Sinne schon eine etwas andere Beratung oder auch eine andere Fürsorge. Es ist

		einfach komplexer, man kann halt nicht sagen mach mal und das hilft dir. Das finde ich persönlich schwierig.
--	--	--

### Anlage 8.3 Frage 3

Kategorie	Label	Ankerbeispiele
Ja	3.1 I1	(...) auch ein bisschen erklärt habe. (...) erstmal für sich verstehen (...), dass sie am Ende auch wissen: Wir haben eigentlich zwei eigenständige Krankheiten.
Nein	3.1 I2	Erstmal nicht. Glaube ich.
Ja	3.1 I3	Und ich glaube da gehe ich schon ein bisschen anders mit um (...).
Ja	3.1 I4	Es gibt da schon andere Ziele (...) Dann geht es nämlich schon darum den Patienten zu aktivieren und nochmal zu gucken, ob dieser fachärztliche Unterstützung braucht.
Nein	3.1 I5	Also anders umgegangen in dem Sinne nicht.

### Anlage 8.4 Frage 4

Kategorie	Label	Ankerbeispiel
Abklärung der passenden adäquaten Versorgung	4.1 I1	Was brauchen die? (...) Welche Behandlung ist nun adäquat?
Psychoedukation	4.2 I1	(...) ein bisschen erklärt habe. (...) erstmal für sich verstehen. (...) dass sie am Ende auch wissen: Wir

		haben eigentlich zwei eigenständige Krankheiten,(...) die sich bedingen (...)
Weitervermittlung und Netzwerkarbeit	4.1 I2	(...) Wie ist das mit einer Abstinenzsicherung und wie läuft es zu Hause? Das ist einfach das Feld weiter, das heißt Weitervermittlung und Netzwerkarbeit mit einem SPD zum Beispiel. Ich habe das ganz oft, dass ich den kontaktiere oder, dass er notwendig ist.
Eingehen auf Störungsbild	4.2 I2	Ich bin in der Beratung, um die gut begleiten zu können, sodass diese Menschen auch gucken können, dass die Zuhause gut für sich sorgen. Da ist das Feld, wo man guckt schon weitläufiger. Dann geht's darum, dass diese Menschen nicht zum Termin erscheinen, weil sie gar nicht erst hochkommen (...) wo man da gut gucken muss, was diese Menschen brauchen, (...).
Kommunikation mit anderen Fachleuten	4.1 I3	(...) versuchen wir uns immer ein wenig abzusprechen, dass wir nicht alle in die gleiche Wunde stechen (...).
Abschätzen der Situation	4.2 I3	Ich selber schätze das immer so ein Stückchen für mich ein. Wo setze ich an und wo kann ich anfangen? Wo kann der

		Weg hergehen und wo ist das Ziel?
Erhöhte Aufmerksamkeit bei der Behandlung	4.3 13	Bei einem, der ausschließlich Alkoholiker ist, ist es bodenständiger. (...)da wird drauf geachtet, dass die kein Verlangen mehr nach Alkohol haben, aber bei einer Depression ist das ja noch schwieriger. Man muss gucken, dass er nicht trinkt und seine Depression keine überhandnimmt.
Fachärztliche Unterstützung	4.1 14	(...) und nochmal zu gucken, ob dieser noch andere fachärztliche Unterstützung bekommt. Der Facharzt muss sich dann um eine medikamentöse Therapie kümmern.
Eingehen auf Störungsbild	4.2 14	Falls so Etwas zum Vorschein kommt, würde auf das zusätzliche psychische Problem dann in der Beratung oder in einer ambulanten Therapie und nach Vereinbarung eines Termins bei Markus Weiß weiter eingegangen werden.
Stimmung des Patienten berücksichtigen	4.1 15	Bei der Beratung muss man gucken, wo der Schwerpunkt an dem Tag liegt. Wenn es da die Depression war, habe ich natürlich andere Tipps gegeben als wie man trocken bleiben kann, da

		ging es dann mehr um Psychohygiene.
--	--	-------------------------------------

#### Anlage 8.5 Frage 5

Kategorie	Label	Ankerbeispiel
Teilweise	5.1 11	Also ich weiß, dass wir das haben. (...) habe das Depressionsmanual natürlich auch schon mal gelesen...
Nein	5.1 12	Ich wüsste gar nicht genau, wo ich die Manuale habe. (...) Also nach Manual mache ich das nicht.
Nein	5.1 13	Nein, damit bin ich nicht vertraut.
Nein	5.1 14	Mache ich jetzt so nicht. Letzten Endes kenne ich da was aus meiner Weiterbildung, aber ich mache jetzt z.B. keine Depressionsbewältigungsgruppe.
Nein	5.1 15	Nein.

#### Anlage 8.6 Frage 6

Kategorie	Label	Ankerbeispiel
Keine eigenen Erfahrungen, dennoch positiv.	6.1 11	Ich kenne ja nur das, was die Patienten berichten, die da waren. (...) Also denen hat das wirklich geholfen.
Keine	6.1 12	Ich wüsste gar nicht genau, wo ich die Manuale habe.
Keine	6.1 13	Nein, damit bin ich nicht vertraut.
Nur theoretische Kenntnisse	6.1 14	Bisher habe ich da nur theoretische Kenntnisse, ich wüsste aber ungefähr wie das funktionieren würde, wenn ich einen

		depressiven Patienten hätte, der aus seinem Loch entkommen möchte.
Behandlung des Manuals durch Psychologin ist positiv	6.2 14	Ich glaube Martina geht das Depressionsmanual durch, (...) Ich denke, das nimmt sie alles so in der Gruppe durch, da würde ich auch gerne mal hospitieren. Gerade auch weil sie da bestimmt sehr strukturiert vorgeht, was sich dann positiv auf die Patienten auswirkt, weil die das ja so brauchen.
Keine	6.1 15	Dann hast du ja auch sicher keine Erfahrung mit den Manualen machen können.

#### Anlage 8.7 Frage 7

Kategorie	Label	Ankerbeispiel
Zeitdruck	7.1 11	Also natürlich viel Zeitdruck,nä? (...) Viel Zeit geht in die Dokumentation mittlerweile rein.
Fehlendes Wissen beim Fachpersonal	7.2 11	(...) als ich in der Sucht anfang hatte ich keine Ahnung von Sucht. Also überhaupt nicht, ich hatte gar kein Verständnis.
Verständnis vom Krankheitsbild	7.3 11	(...), aber ich finde es wichtig, dass man auch wirklich ein Verständnis von Sucht hat.
Eigeninitiative Fachpersonal	7.4 11	Und die Krankheitsbilder ändern sich ja ein bisschen oder da verändern sich die Behandlungsmöglichkeiten.(...) Und du musst halt so ein bisschen auf dem Laufenden bleiben.

Politik und Gesellschaft	7.5 I1	„Stecke ich viel Geld in die Kranken oder steck ich viel Geld in die Gesunden?“ (...) Es geht immer nur wenn ich zum Arzt hingehe zwei Minuten, der verschreibt mir teure Tabletten, fertig. Und so läuft ja viel und ein Gespräch wird nicht mehr bezahlt. Also ich glaube die ganze Medizin ist bei uns verkehrt aufgestellt.
Kostenträger	7.6 I1	Wenn die Kostenträger ein bisschen längere Behandlung, mehr Behandlung auch im ambulanten Bereich noch ein bisschen länger finanzieren würde, (...). Dann geht es oft nur noch um das Thema Arbeit und das funktioniert bei psychisch kranken Menschen nicht so schnell.
Reihenfolge der Behandlung	7.1 I2	(...), dass ja letztlich immer erst eine Suchterkrankung behandelt werden muss, bevor man psychiatrisch an diese Depression gehen kann. (...) Fakt ist ja, wenn ich meine Suchterkrankung nicht behandle, kann ich meine Depression auch nicht behandeln.
Fehleinschätzung des Patienten	7.2 I2	Es ist schwer den Patienten klar zu machen. Also ich habe ganz viele Patienten, die kommen und sagen, dass sie zu viel getrunken haben, weil sie depressiv sind und meinen wenn sie die Depression behandeln würden, auch aufhören würden zu trinken.

Fehlendes Wissen beim Fachpersonal	7.3 I2	Wir sind Suchtberater, also Fachleute Sucht. Vielleicht fehlt da ein Stück weit für uns einfach was. Ein bisschen mehr Handwerkszeug.
Medikamentöse Einstellung der Patienten	7.1 I3	Wenn die Patienten gut medikamentös eingestellt sind, ist es einfach ideal.
Zusammenarbeit des Fachpersonals	7.2 I3	Zusammenarbeit in vielen Ebenen zum Beispiel mit dem Hausarzt.
Umfeld	7.3 I3	Familiäres Umfeld. Freundeskreis(...)Damit wenn wir etwas ernstes besprechen (...), das wenn er aus der Tür kommt, dass dort jemand auf ihn wartet und er nicht alleine ist.
Anschluss an Selbsthilfegruppe	7.4 I3	(...) Während dieser Zeit, die nicht so leicht ist eine Selbsthilfegruppe auszusuchen, egal in welche Richtung on Depression oder Alkohol.
Verdrängung	7.5 I3	Es fällt ihnen leicht zu sagen, dass sie eine Depression haben. (...) es ist schwierig den Klienten deutlich zu machen, dass beides behandelt werden muss.
Motivation der Patienten	7.1 I4	Die Patienten müssen erstmal dafür bereit sein eine Veränderung in ihrem Leben vorzunehmen und aktiv mitzuarbeiten.
Compliance	7.2 I4	Die Compliance muss von beiden Seiten gegeben sein um eine erfolgreiche und zweckmäßig Therapie zu erhalten und bieten zu können.

Situation des Patienten	7.3 I4	Schon die gesamte Alltagssituation, in der sie sich befinden, was natürlich bei jedem unterschiedlich ist. Sei es die aktuelle Wohnsituation, ob sie noch Angehörige haben, die bereit sind sie zu unterstützen, (...).
Legalität der Droge Alkohol	7.1 I5	Also es beeinflusst schon mal, dass Alkohol eine legale Droge ist und zu jeder Zeit zu erreichen ist, das ist ganz klar, das macht die Sache enorm schwer.
Keine präventiven Maßnahmen möglich	7.2 I5	Dann ist es wiederum schwer zu kontrollieren, weil wir die Klienten nur in wöchentlichen Abständen sehen und was die in den Tagen dazwischen machen, wissen wir halt nicht. Das müssen wir auch nicht, dafür sind wir eine ambulante Fachstelle. Und bei den Depressionen finde ich es halt schwierig es zu erkennen, wann eine depressive Phase kommt. (...) Da finde ich es schwierig drauf zu reagieren, weil man halt nicht 24 Stunden da ist.
Unzuverlässigkeit der Patienten	7.3 I5	Ja die Unzuverlässigkeit der Klienten aufgrund der Erkrankung oder Fremdmotivation ganz klar.
Fehlendes Fachwissen beim Fachpersonal	7.4 I5	Und ganz klar ist es, dass ich keine Psychologin bin, Ich kann auch nur mein Studiumwissen oder mein angelerntes Wissen irgendwie versuchen einzubringen.

**Anlage 8.8 Frage 8**

Kategorie	Label	Ankerbeispiel
Patienten fallen durch die Schemata - schon beeinflussend	8.1 I1	„Heiße Kartoffel weitegeben“
Faktoren nicht beeinflussend	8.1 I2	Im Suchthilfesystem ist mir das noch nicht begegnet. Ich merke, dass die Patienten sich hier mit ihrem Problem und in ihrer Situation ernst genommen fühlen. Egal ob es für die Patienten um die Hauptproblematik Sucht oder doch primär um die Depression geht.
Faktoren nicht beeinflussend	8.1 I3	Also was ich schon deutlich finde, dass wenn Patienten mit einer Depression, dass wenn wir diese nicht schnell in die Psychiatrie schicken, sondern dass wir dann alle gemeinsam gucken. Also ich hab überhaupt nicht das Gefühl, dass er deswegen sofort abgewiesen wird.
Faktoren beeinflussend	8.1 I4	Ja das auf jeden Fall ja. Viele Patienten, die hier her kommen, wollen ja erstmal was wegen ihre psychischen Problematik machen, nehmen wir mal an Depression. Doch es gibt ja auch Vorgaben von der deutschen Rentenkasse, die in diesen Fällen ja die Kostenträger sind, sagen dann auch, dass diese Patienten

		erstmal die Alkoholproblematik beseitigen sollen, da diese Persönlichkeitsverändernde Dinge sind. (...) ja oder Psychologen sagen dann auch, ja dann sehen sie mal zu, dass sie erstmal diese Suchtproblematik bewältigen (...).
Faktoren beeinflussend	8.1 I5	Ja ganz klar, aber das auch mehr im ambulanten Bereich, sprich wenn die im ambulanten Bereich eine Psychotherapie machen wollen und man sieht da ist eine Abhängigkeit oder eine schwere Angewohnheit, dann schicken die den Klienten zur Suchtberatung . Ist ja auch richtig, weil die Psychologen sagen okay wenn du nicht ganz Suchtmittelfrei lebst und diese Baustelle parallel läuft, bist du nicht ganz klar bei Sinn um dich voll auf die Psychotherapie konzentrieren zu können.

#### Anlage 8.9 Frage 9

Kategorie	Label	Ankerbeispiel
Ja	9.1 I1	Und der wollte uns die heiße Kartoffel jetzt so auf Dauer hier überlassen. (...) Und wir sind dann ja begrenzt in unserem Handeln durch Kosten (...).

Nein	9.1 I2	Im Suchthilfesystem ist mir das noch nie passiert.
Ja	9.1 I3	Die Klienten werden schnell und häufig zu der Fachambulanz geschickt und ich finde, dass die Klienten sich nicht als Ganzes aufgenommen fühlen (...).
Ja	9.1 I4	Also ist dir auch schon der Kostenträger als beeinflussender Faktor aufgefallen? Ja.
Ja	9.1 I5	Ja doch schon oft erlebt. Weil auch das Krankheitsbild schon sehr oft vorhanden ist.

#### Anlage 8.10 Frage 10

Kategorie	Label	Ankerbeispiel
Mangelnde fachärztliche Versorgung	10.1 I1	Am schlimmsten finde ich das mit der Psychotherapie(...), nach anderthalb Jahren immer noch keinen Platz haben.
Aus Sicht eines SozPäd in der SuHi : Druck der Zahlen	10.2 I1	Kosten und Dokumentaion. Dieser Druck der Zahlen. (...) Und je schneller das System halt läuft, desto bekloppter wird alles, die Leute ja erstrecht.
Fehlende ärztliche Versorgung	10.1 I2	Es ist alles problematisch, wenn ich gerade keinen Arzt habe, der mich behandelt, sondern erst in einem dreiviertel Jahr.
Verständnis des Patienten für seine Krankheit	10.1 I3	Genau, dass ihm klar ist, dass er diese Komorbidität hat. Wenn der Klient es

		nicht einsieht, dann tut sich gar nichts.
Berater-Klienten-Beziehung	10.1 I4	Ich denke die Beziehung zum Therapeuten. (...) Deswegen gehe ich davon aus, dass das Thema Patient und Therapeuten Beziehung einen großen Bestand hat.
Interaktion beider Störungen	10.1 I5	Ja genau das. Das macht einfach alles schwer. Also für Klienten schwer vorherzusehen und auch schwer zu reagieren und das gleiche gilt für die Fachkräfte auch.

#### Anlage 8.11 Frage 11

Kategorie	Label	Ankerbeispiel
Ja- die Psychotherapeuten fehlen	11.1 I1	Mehr Psychotherapeuten. Also Psychiater ist ein wichtiger Punkt. (...)kenne ich Einen, (...), der ist sehr überlastet.
Ja- aufgrund der steigenden Fallzahlen komorbider Patienten	11.1 I2	Es muss auf jeden Fall angegangen werden. Wir müssen da als ambulante Suchthilfe gut hingucken. Wir werden damit sicher irgendwann an unsere Grenzen geraten. (...) es wird immer mehr und man muss für sich einen guten Weg finden (...).
Ja- Fachambulanz benötigt andere Handlungsmanuale	11.1 I3	Also ich glaube zum einen, dass wir in der Grundversorgung andere Manuale für uns entwickeln könnten
Ja- schlechte Zusammenarbeit mit Fachärzten und Hausärzten	11.2 I3	Also es ist wichtig zusammen zu arbeiten und das ist selten so.

Nein- In Bezug auf die Fachambulanz	11.1 I4	Das kann ich ja jetzt nur auf das Angebot von der Fachambulanz deuten. Deswegen finde ich zum Beispiel sehr gut, dass der BDI-Test durchgeführt wird seitdem Martina (Psychologin) da ist. So können wir dann schon gewissen Anzeichen schon diagnostisch erkennen und wir dann auch noch Markus Weiß(Beratungsstellen-Facharzt) an unserer Seite haben, der alles weiter im Blick hat. Ebenso ist auch die Depressionsbewältigungsgruppe für mich auch wichtig(...).
Ja- Sehr weitläufig und muss im Blick behalten werden	11.1 I5	Es muss einfach im Blick behalten werden. Man kann nicht direkt ein neues Angebot schaffen, weil auch das Thema Psychologische Erkrankung wieder sehr weitläufig ist, aber es darf nicht in den Hintergrund geraten.

#### Anlage 8.12 Frage 12

Kategorie	Label	Ankerbeispiel
Gruppenangebot unabhängig von Kostenzusage	12.1 I1	Dass man mehr Gruppen anbieten könnte unabhängig von einer Kostenzusage, speziell für Komorbidität (...).
Pauschal bezahlte Angebote	12.2 I1	(...)und, dass man vielleicht auch wieder pauschal bezahlte Angebote macht und nicht nur individuell. Dann hast du ein Budget und wenn das aufgebraucht ist, gibt

		es dann einfach nicht mehr.
Stets ganzheitliche Betrachtung der Situation des Patienten	12.3 I1	Du kannst den Patienten erstmal aufnehmen und ihm Beziehung anbieten. Speziell bei Depression kannst du danach gucken: Was macht ihm gute Gefühle?(...) Was können Angehörige tun, um zu einer besseren Stimmung zu verhelfen und zu gucken, was die Umgebung für ihn tun kann.
Viel Netzwerkarbeit	12.1 I2	Ich glaube viel Netzwerkarbeit und viel Austausch mit den Kollegen ist da schon wichtig. Und das machen wir hier.
Austausch unter Kollegen	12.2 I2	Ich glaube viel Netzwerkarbeit und viel Austausch mit den Kollegen ist da schon wichtig. Und das machen wir hier.
Manuale für die Grundversorgung entwickeln	12.1 I3	Also ich glaube zum einen, dass wir in der Grundversorgung andere Manuale für uns entwickeln könnten.
Aufklärung Fachärzte/Hausärzte über Arbeit in Fachambulanz	12.2 I3	Ich glaube auch, dass es wichtig ist, dass die Psychiater und Psychologen, die nicht in Beratungsstellen arbeiten und Hausärzte, dass denen nochmal ganz deutlich wird, was wir eigentlich hier machen.

		(...) Ich finde das ist vielen nicht klar, wie wir hier arbeiten. Viele Psychiater und Psychologen denken, dass wir das doch sowieso nicht können (...) Zum Beispiel hatten wir jetzt einen Patienten, der vorher beim Hausarzt war und dieser ihm den Ablauf völlig falsch erzählt hat.
Bessere Zusammenarbeit Hausärzte und Fachambulanz	12.3 I3	Also es ist wichtig zusammen zu arbeiten und das ist selten so. Viele Hausärzte verstehen nicht wie wir arbeiten und da ein Hausarzt doch glaubwürdiger ist, ist es immer schwer.
Eventuell Aufsuchende Sozialarbeit	12.1 I4	Mein Impuls wäre so die aufsuchende Sozialarbeit in Form von Abholen und sie zu Hause zu besuchen, wenn sie sich gerade nicht in der Lage dazu fühlen. Was aber leider nicht in diesem Sinne dazu gehört, denn sie müssen am Ball bleiben und sich aufraffen, um danach zu erfahren, dass es funktioniert hat und es gutgetan hat.
Psychoedukatives Gruppenangebot 2 mal pro Jahr	12.1 I5	(...), dass man sich zweimal im Jahr so ein niedrigschwelliges Gruppenangebot macht zum Thema Psychische Erkrankung und Suchterkrankung, um auch nur

		Backgroundwissen zu vermitteln, nicht unbedingt etwas therapeutisches, einfach nur eine Infogruppe oder eine Infoveranstaltung auch für die Klienten in der Vorberatung.
Informationsbroschüre speziell zum Störungsbild	12.2 I5	Es liegt zwar nicht in unserer Hand aber vielleicht eine Broschüre. Es gibt etliche für jegliche Drogen über alle Varianten (...) Aber eine vernünftige Broschüre, die von weiter Oben zusammengestellt wird, die kurz und knapp ist, aber den Klienten auf den ersten Weg hilft.

### Anlage 8.13 Frage 13

Kategorie	Label	Ankerbeispiel
Ja- eigene Fortbildung	13.1 I1	Ich habe mich viel selber fortgebildet.
Ja - Zusammenarbeit mit Psychiater	13.2 I1	(...), schicke viele Leute zum Psychiater.
Ja- Aufnahme trotz bekannter Schwierigkeiten der Patienten	13.3 I1	Wir nehmen ja auch fast alle Patienten noch im ambulanten Rahmen auf. Maria und ich, wir nehmen auch schwierige Patienten, die teilen wir uns.
Ja- verstärkte Netzwerkarbeit	13.1 i2	Ich schnappe mir meine Helfer oder meine Netzwerkpartner. (...). Ich glaube viel Netzwerkarbeit und viel Austausch mit den Kollegen ist da schon

		wichtig. Und das machen wir hier.
Ja-Kontaktaufbau zu Hausärzten	13.1 I3	Wir versuchen es immer wieder und wir versuchen alles Mögliche. Wir bauen immer wieder Kontakt zu den Hausärzten auf. Eine Kollegin hat schonmal bei einem ausgewählten Ärztetreff 15 Minuten geredet. Wir schreiben die immer wieder an.
Nein	13.1 I4	Tatsächlich denke ich da erst jetzt drüber nach.
Nein	13.1 I5	Hast du selber schon mal etwas unternommen, um das zu verbessern? Nein.

**Anlage 9      Evaluatiefomulier Opdrachtgever**  
Evaluationsformular für den Auftraggeber



Fachbereich Sozialwesen

<i>BEURTEILUNG DES FORSCHUNGSaufTRAGS</i>	
ANGABEN ZUM STUDIERENDEN	
Name	Lisa Ahlers
Thema der Bachelorforschung	Versorgung von Patienten mit der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und

	Depression aus Sicht der Sozialpädagogen in der Suchthilfe
Studium	Sozialpädagogik euregional
ANGABEN DER EINRICHTUNG/ORGANISATION	
Name der Organisation und Abteilung	Caritasverband für den Landkreis Emsland – Fachambulanz für Suchtprävention und Rehabilitation
Betreuer	Manfred Velt
Anschrift	Kirchstraße 16
Postleitzahl/Wohnort	26871 Papenburg
Telefonnummer	04961 94410
E-Mail	M.Velt@caritas-os.de
Datum	22.09.17

Bitte geben Sie hier Ihre Meinung zu der Bachelorforschung an.

1. Bitte geben Sie Ihre Meinung über das Ergebnis der Bachelorforschung an (bitte Zutreffendes ankreuzen):

	Mangelhaft	Ausreichend	Mehr als ausreichend	Gut
Inhalt (klar, korrekte Darstellung von Tatsachen, ausreichender Tiefgang usw.)				<b>X</b>
Argumentation (insbesondere Schlussfolgerungen und Empfehlungen)				<b>X</b>
Erreichen der vereinbarten Ziele				x
Nützlichkeit für die Organisation			x	

Haben Sie zusätzliche Anmerkungen zu dem Auftrag? (z. B. welche neuen Perspektiven hat er ergeben) Bitte unten angeben:

Die Forschung der Studentin ist sehr aufschlussreich für die weitere Arbeit mit Patienten dieser Störungsgruppe. Mit Blick auf die Zukunft wird man aus dieser Forschung noch einiges entnehmen können um die Versorgung dieser Patienten zu optimieren.

2. Bitte geben Sie Ihre Meinung darüber an, wie die Bachelorforschung durchgeführt wurde:

	Mangelhaft	Ausreichend	Mehr als ausreichend	Gut
Zusammenarbeit zwischen Studierenden (u. a. Aufgabenverteilung)	Entfällt,	da Studentin	alleine schreibt.	
Zusammenarbeit zwischen Studierenden und Organisation			X	
Selbstständigkeit der Studierenden				X
Arbeitseffizienz der Studierenden			X	
Umgang mit Terminen/Planung				X
Kommunikation der Studierenden	Entfällt,	da Studentin	alleine schreibt.	
Auftragsabschluss durch die Studierenden				X
Haben Sie zusätzliche Kommentare zu der Art und Weise, wie der Auftrag erfüllt wurde? (z. B. individueller Beitrag bei Gruppen/das Ausmaß, in dem die Ausführung innerhalb der Organisation stattfand usw.).				

Vielen Dank für das Ausfüllen!

## Anlage 10 Beurteilungsformular

### Beoordelingsformulier: LP 9.2 (EU): Bachelor–Thesis (T.AMM.46466)

Naam student	
Studentnummer	
Datum	
1 <sup>e</sup> Beoordelaar	
2 <sup>de</sup> Beoordelaar	
Beoordelingsvoorwaarden	Feedback
Aangeleverd zijn: Modelovereenkomst onderzoeksopdracht (bijlage 1 handboek) Evaluatieformulier opdrachtgever (bijlage 2 handboek)	
Ruwe data en instrument zijn gezien door de tweede beoordelaar tijdens het onderzoeksproces.	
Format (omslag, titelpagina, voorwoord, samenvatting, inhoudsopgave, inleiding (met aanleiding, doelstelling, vraagstelling, leeswijzer), beschrijving onderzoeksmethode, resultaten, conclusies, aanbevelingen, discussie) is zakelijk, helder en volgens "Handleiding professioneel schrijven".	
Er is gebruik gemaakt van juiste, relevante, actuele, buitenlandse, valide en betrouwbare bronnen en vermelding is correct volgens "Handleiding professioneel schrijven".	
Het rapport is geschreven in de vorm van een lopend verhaal met een logische opbouw, welke met behulp van inleidingen en overgangszinnen wordt verhelderd.	
Het rapport is geschreven in een correcte zakelijke schrijfstijl, de spelling is correct, grammatica is correct, formuleringen zijn correct (geen beschuldigingen, persoonlijke ontboezemingen, waardeoordelen, etc.)	
Alle bijlagen zijn relevant, spaarzaam, maar wel voldoende aanwezig ten behoeve van de reproduceerbaarheid van het onderzoek.	
Criteria	0 3 6 8 10

1. Het onderzoek is maatschappelijk relevant. Het onderzoek is bruikbaar en/ of vernieuwend voor de beroepspraktijk.	De maatschappelijke relevantie, bruikbaarheid en meerwaarde voor de praktijk worden niet beschreven of zijn niet aanwezig.	Het onderzoek heeft summiere maatschappelijke relevantie en meerwaarde voor de beroepspraktijk. Het onderzoek is weinig bruikbaar.	Het onderzoek draagt bij aan optimalisering van de methodiek en/of methode van de opdracht gevende instelling.	Tevens draagt het onderzoek bij aan andere, gelijksoortige instellingen op grond van maatschappelijk relevante ontwikkelingen. Hierbij zijn theorieën kritisch met elkaar vergeleken en geïntegreerd met de onderzoeksresultaten.	Daarnaast draagt het onderzoek bij aan het evidence based handelen in de <b>euregionale</b> beroepspraktijk. Hierbij wordt gekomen tot nieuwe inzichten, kennis ten aanzien van innovatie van de <b>euregionale</b> beroepspraktijk en een visie van de onderzoeker.
--	--	--	--	---	--

Criteria	0	3	6	8	10
2. Het onderzoek heeft <i>diepgang</i> , er wordt relevante theorie gebruikt inclusief (buitenlandse) vak tijdschriftartikelen, waarbij een afweging wordt gemaakt over de bruikbaarheid ervan voor het onderzoek.	Er is geen diepgang te onderscheiden en gebruik gemaakt van literatuur.	Er is gebruik gemaakt van (weinig) verschillende bronnen waarbij de meerwaarde niet relevant en logisch is.	Er wordt theorie gebruikt, waarbij de meerwaarde hoofdzakelijk relevant en logisch is. Richtlijn: 15 bronnen, incl. 4 artikelen. Ook is er een beschrijving van een of meerdere relevante internationale methodieken, of internationale ontwikkelingen.	Daarnaast is de gebruikte theorie in de meeste paragrafen geïntegreerd in het rapport en in eigen woorden weergegeven. Richtlijn: 16-20 bronnen, incl. 4 artikelen. Ook is er een vergelijking beschreven tussen een of meerdere relevante nationale en internationale methodieken of internationale ontwikkelingen.	Daarnaast is de gebruikte literatuur geïntegreerd in het rapport en vergelijkend en in eigen woorden weergegeven. Richtlijn: 20 bronnen, incl. 5 artikelen. De betekenis van de vergelijking tussen een of meerdere relevante <b>euregionale</b> en internationale methodieken of internationale ontwikkelingen van de beroepspraktijk is beschreven.

3.De onderzoeksvraag is helder, komt voort uit de doelstelling; is haalbaar, afgebakend en precies. De gebruikte onderzoeksmethode is transparant en verantwoord.	De doelstelling, onderzoeksvraag en/of deelvragen de gebruikte onderzoeksmethode worden niet weergegeven.	De onderzoeksvraag, doelstelling en deelvragen zijn niet helder en komen niet logisch uit elkaar voort.	De onderzoeksvraag, doelstelling en deelvragen zijn voldoende helder en sluiten op elkaar aan. Interview/enquêtevragen zijn geformuleerd op basis van geoperationaliseerde theorie.	Daarnaast zijn de items duidelijk geformuleerd, komen logisch uit elkaar voort en zijn voor één interpretatie vatbaar.	Daarnaast is de onderzoeksmethode complex en/of er wordt gebruik gemaakt van passende onderzoeksmethoden waardoor triangulatie bereikt kan worden.
4.De resultaten zijn reproduceerbaar en transparant. Het analysekader is duidelijk (bijvoorbeeld SPSS, Kwalitan), dataverwerking en weergave van resultaten is correct.	Het analysekader en/of de dataverwerking worden niet weergegeven.	De data zijn niet systematisch, verifieerbaar en op basis van een geaccepteerde methode verzameld en verwerkt.	De data zijn plausibel. De weergave van de resultaten is correct, maar de resultaten hadden duidelijker weergegeven kunnen worden.	De data zijn op basis van een geaccepteerde methode verzameld en verwerkt. De data zijn controleerbaar, betrouwbaar en valide.	Daarnaast zijn de items toe te passen in een bredere context dan de opdracht gevende instantie.
5.De conclusies en aanbevelingen geven antwoord op de vraagstelling en worden gekoppeld aan theorie.	De conclusie en aanbevelingen zijn niet beschreven.	Er wordt onvoldoende specifiek antwoord gegeven op de vraagstelling of het antwoord op de vraagstelling is niet logisch beredeneerd.	Er wordt antwoord gegeven op de vraagstelling en er is sprake van een minimale koppeling tussen resultaten en theorie.	Er wordt antwoord gegeven op de vraagstelling en er is een koppeling tussen resultaten en theorie. De inzichten zijn echter voorspelbaar en niet (geheel) vernieuwend te noemen.	Er is een duidelijke koppeling gemaakt tussen de resultaten en de theorie en hierdoor is tot vernieuwende inzichten gekomen die bruikbaar en toepasbaar zijn voor de verbetering/innovatie van de <b>euregionale</b> beroepspraktijk.

Criteria	0	3	6	8	10
6.De sterktes en zwaktes van het onderzoek zijn beschreven. Er is een discussie aanwezig. De discussie omvat het eigen professioneel standpunt over het onderzoeksonderwerp	De sterktes en/of zwaktes van het onderzoek en/of de discussie zijn niet beschreven.	De sterktes en zwaktes van het onderzoek bevatten informatie die niet kloppend is. De discussie bevat	Diverse sterktes en zwaktes van het onderzoek zijn beschreven. De discussie is aanwezig, bevat	Daarnaast zijn diverse sterktes en zwaktes van het onderzoek en de mogelijke implicaties voor het	Daarnaast staan voor vervolgonderzoek alternatieven beschreven om de zwaktes van dit onderzoek in de toekomst te voorkomen.

onderbouwd met argumenten. De discussie wordt gevoerd vanuit diverse perspectieven (denk aan diverse personen en/of micro-, meso- en/of macroniveau).		informatie die niet kloppend is en/of is niet onderbouwd met argumenten.	kloppende informatie welke onderbouwd is met argumenten, maar is weinig kritisch en vernieuwend en wordt belicht vanuit slechts één perspectief.	onderzoek aangegeven. Daarnaast is de discussie vanuit diverse perspectieven beschreven en wordt het eigen professionele standpunt onderbouwd met argumenten. Nieuwe bronnen worden gebruikt om de discussie te onderbouwen.	Daarnaast is er sprake van oordeelsvorming van de onderzoeker(s) waarbij kennis en inzicht naar voren komt en (leer)vaardigheden duidelijk worden in een eigen professioneel standpunt.					
<b>Totaal aantal behaalde punten (max. 6 x 10 = 60) =</b>										
<b>Cijfer</b>										
<b>Feedback op totaalproduct</b>										
<b>Cesuur bepalen eindcijfer:</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er dient aan de voorwaardelijke vormcriteria voldaan te zijn. <b><i>Indien dit niet het geval is wordt de toets in Bison beoordeeld met het cijfer 1.</i></b></li> <li>- Om een voldoende (= 6) te krijgen, moeten <b>minimaal 34 punten</b> worden behaald.</li> <li>- Het cijfer wordt bepaald door de afzonderlijke punten op elk criterium op te tellen en het puntentotaal af te lezen in de onderstaande tabel.</li> </ul>										
<b>Cijfer</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Max. 60 Punten</b>	0-9	10-15	16-21	22-27	28-33	34-40	41-46	47-52	53-57	58-60