

Livia Matter

Sharon Vyaahpooree

Die Soziale Arbeit in der stationären Suchtbehandlung von Adoleszenten



Titelbild: Eigene Aufnahme

Bachelor-Thesis zum Erwerb des

Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule

Soziale Arbeit

Abstract

Die vorliegende Bachelor-Thesis untersucht die Gestaltung von spezialisierten Angeboten für Adoleszente in der stationären Suchtbehandlung in der Schweiz und beleuchtet diese aus der Perspektive der Sozialen Arbeit.

Die Lebensphase der Adoleszenz ist gekennzeichnet durch eine hohe Vulnerabilität und birgt ein erhöhtes Risiko, eine Sucht zu entwickeln. Der Konsum beginnt meist im Jugendalter und nimmt im jungen Erwachsenenalter zu. Die psychische Belastung von jungen Menschen hat in den letzten Jahren, insbesondere auch durch die Folgen der Coronapandemie, nachweislich zugenommen, was zu einem erhöhten Bedarf an spezialisierten Angeboten führt.

Die vorliegende Bachelor-Thesis beschäftigt sich mit dieser Angebotslücke und geht folgender Frage nach:

«Was muss aus der Perspektive der Sozialen Arbeit bei der Ausgestaltung einer auf Adoleszente spezialisierten Suchtbehandlung berücksichtigt werden?»

Diese Arbeit hat somit zum Ziel, das Verständnis für den Spezialisierungsbedarf und die Rolle der Sozialen Arbeit in der stationären Suchtbehandlung von Adoleszenten zu schärfen.

Im theoretischen Teil wird Soziale Arbeit als Profession verortet und zum Handlungsfeld der auf Adoleszenz spezialisierten Suchtbehandlung in Bezug gesetzt. Weiter wird das Thema Sucht in der Lebensphase der Adoleszenz beschrieben und die Behandlung von Adoleszenten mit einer Abhängigkeitserkrankung in stationären Settings thematisiert.

Aufbauend auf dieser theoretischen Grundlage werden im empirischen Teil Ergebnisse aus Expert:inneninterviews sowie einer schriftlichen Befragung von Fachpersonen mit ärztlichem, pflegerischem, sozialarbeiterischem oder sozialpädagogischem Hintergrund aus zwei spezialisierten Kliniken dargelegt und aus der Perspektive der Sozialen Arbeit diskutiert.

Die Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass die Konzipierung und Einführung von auf Adoleszente spezialisierten Suchtbehandlungsangeboten aufgrund fehlender Erfahrungswerte herausfordernd sind. Weiter weist die theoretische und empirische Auseinandersetzung auf die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit hin, die soziale Dimension mittels diverser Vorgehensweisen zu bearbeiten. Dies kann etwa durch das Begleiten und Beraten in Übergängen, Netzwerk- und Beziehungsarbeit mit Fachpersonen und dem System der Adoleszenten oder durch das Einbringen (erlebnis)pädagogischer Ansätze erfolgen. Diskutierte Handlungspotenziale der Sozialen Arbeit für die Weiterentwicklung dieser Angebote stellen die gleichwertige Gewichtung der bio-psycho-sozialen Dimensionen, niederschwellige und alltagsnahe Vorgehensweisen, enge Begleitung der Übergänge sowie die Notwendigkeit weiterer spezialisierter und qualifizierter Fachpersonen dar.

Die Soziale Arbeit in der stationären Suchtbehandlung von Adoleszenten

Bachelor-Thesis zum Erwerb
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule

Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Livia Matter

Sharon Vyaahpooree

Bern, 17. Mai 2024

Gutachter: Wyssling Pascal

Zweitgutachterin: Menzi Luise

Die Thesis wurde für die Publikation formal überarbeitet, im Inhalt aber nicht geändert.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	2
1 Einleitung	7
1.1 <i>Problemstellung und Ausgangslage</i>	7
1.2 <i>Forschungsstand</i>	9
1.3 <i>Fachliche Relevanz</i>	11
1.4 <i>Erkenntnisinteresse</i>	12
1.5 <i>Herleitung der Forschungsfrage und Zielsetzung</i>	13
1.5.1 <i>Methodisches Vorgehen zur Beantwortung der Forschungsfrage</i>	15
2 Theoretische Grundlagen	15
2.1 <i>Soziale Arbeit – Gegenstand und Arbeitsprinzipien</i>	16
2.1.1 <i>Arbeitsbereiche und Handlungsfelder</i>	17
2.1.2 <i>Klinische Sozialarbeit im stationären Setting</i>	19
2.1.3 <i>Auftragsklärung und Mandate</i>	20
2.2 <i>Die Lebensphase der Adoleszenz</i>	22
2.2.1 <i>Phasen des Übergangs - Transitionen</i>	22
2.2.2 <i>Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz</i>	23
2.2.3 <i>Risiko- und Schutzfaktoren</i>	24
2.2.4 <i>Resilienzentwicklung und die Anwendung der WHO Lebenskompetenzen</i>	25
2.3 <i>Sucht</i>	27
2.3.1 <i>Adoleszenz und Sucht</i>	27
2.3.2 <i>Nationale Strategie Sucht</i>	29

2.3.3	Suchtbehandlung Adoleszenter	30
2.4	Zwischenfazit.....	33
3	Forschungsmethodik	34
3.1	Forschungsdesign.....	34
3.2	Sampling.....	34
3.3	Interviewleitfaden und Expert:inneninterviews.....	35
3.4	Datenauswertung.....	36
4	Forschungsergebnisse.....	37
4.1	Beteiligte Institutionen und interviewte Expert:innen.....	38
4.2	Ergebnisdarstellung des Kategoriensystems	38
4.3	Hauptkategorie Konzipierung und Etablierung des Angebots.....	39
4.3.1	Ergebnisse Interviewpassagen	39
4.3.2	Theoretische Verortung	41
4.4	Hauptkategorie Lebensphase Adoleszenz	42
4.4.1	Ergebnisse Interviewpassagen	42
4.4.2	Theoretische Verortung	45
4.5	Hauptkategorie spezialisiertes Behandlungsangebot	47
4.5.1	Ergebnisse Interviewpassagen	48
4.5.2	Theoretische Verortung	51
4.6	Hauptkategorie Zuständigkeit und Zusammenarbeit	52
4.6.1	Ergebnisse Interviewpassagen	53
4.6.2	Theoretische Verortung	57
4.7	Hauptkategorie Vorgehensweisen und Methoden.....	59

4.7.1	Ergebnisse Interviewpassagen	59
4.7.2	Theoretische Verortung	64
4.8	<i>Hauptkategorie Handlungspotenzial</i>	66
4.8.1	Ergebnisse Interviewpassagen	66
4.8.2	Theoretische Verortung	70
5	Schlussfolgerung	76
5.1	<i>Diskussion der Ergebnisse</i>	76
5.2	<i>Beantwortung der Fragestellung und Fazit</i>	79
5.3	<i>Ausblick</i>	87
6	Literatur- und Quellenverzeichnis	89

1 Einleitung

In dieser Arbeit wird die stationäre Suchtbehandlung von Adoleszenten mit psychoaktivem Substanzkonsum aus der Perspektive der Sozialen Arbeit behandelt. In der Einleitung wird die Problemstellung und Ausgangslage erläutert. Damit soll der Kontext der Arbeit aufgezeigt werden. Darauf aufbauend wird der aktuelle Forschungsstand umschrieben. In der fachlichen Relevanz wird die Bedeutung für die Soziale Arbeit skizziert wonach die Erkenntnisinteressen der Autorinnen aufgezeigt werden. Aus den gewonnen Erkenntnissen wird die Forschungsfrage und die Zielsetzung abgeleitet und das methodische Vorgehen zur Beantwortung der Forschungsfrage beschrieben.

Der Begriff «Adoleszenz» wird in dieser Arbeit verwendet, wenn von Jugendlichen und jungen Erwachsenen geschrieben wird. Dies aus dem Grund, da aus den Literaturrecherchen sowie aus den durchgeführten Interviews ersichtlich wurde, dass die Entwicklung der jungen Erwachsenen wegen dem Substanzkonsum häufig nicht altersspezifisch entwickelt ist. In einzelnen Fällen werden die Jugendlichen und die jungen Erwachsenen aber getrennt aufgeführt, wenn die Unterschiede, die aufgezeigt werden sollen, von Bedeutung sind. Die Altersspanne der Adoleszenz wird in der Literatur unterschiedlich angegeben. Das Alter der Adoleszenz wird in dieser Arbeit zwischen dem 14. und dem 25. Lebensjahr definiert.

1.1 Problemstellung und Ausgangslage

Wie bei Gremminger (2021) deutlich wurde, ist der Alltag von vielen Menschen in der Schweiz durch den Konsum von Alkohol und weiteren Substanzen geprägt (S. 17). Das Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2015) schreibt, dass viele Personen psychoaktive Substanzen konsumieren, oft sei der Konsum aber risikoarm (S. 32). Im nationalen Gesundheitsbericht 2020 wird diesbezüglich beschrieben, dass der Konsum von psychoaktiven Substanzen in der Regel im Jugendalter beginnt, wobei dieser anfangs oft vereinzelt und experimentell erfolgt (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2020, S. 191). Der Konsum nimmt im Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter zu (S. 191). Die Zahlen zum Konsum und in welchem Alter die höchste Prävalenz erfolgt, wird im Abschnitt «Forschungsstand» noch genauer umschrieben. Der frühe Substanzkonsum kann eine spätere Abhängigkeit begünstigen (Kirschenbauer, 2023, S. 177). Das BAG (2023) schreibt, dass sich der Körper und das Gehirn der Adoleszenten noch in der Entwicklung befinden und dadurch die Gefahr der Schädigung bei dieser Altersgruppe besonders gross ist. Zudem wachse das Risiko zu einem späteren Zeitpunkt eine Suchterkrankung zu entwickeln (2023).

Neben dem Substanzkonsum, welcher die Adoleszenten vor unterschiedliche Herausforderungen stellen kann, finden zudem wie Konrad und König (2018) schreiben, normative biologische, psychologische und soziale Veränderungen statt (S. 2). Bei der biologischen Veränderung geht es unter anderem um die Pubertätsentwicklung und die neuronalen Veränderungen des Gehirns (S. 2). Die biologischen, psychologischen und sozialen Veränderungen stehen in Wechselwirkung zueinander (S. 3). Die biologischen Veränderungen beeinflussen beispielsweise das soziale Verhalten, wie die Veränderung der Risikobereitschaft (S. 2). Auch können diese Veränderungen beim Individuum zu Stress führen (S. 10). Zudem müssen die Adoleszenten in dieser Lebensphase unterschiedliche normative

Entwicklungsaufgaben bewältigen, die historisch und kulturell beeinflusst sind (Eschbeck & Knauf, 2018, S. 24–26). Auch können kritische Lebensereignisse und alltägliche Probleme, welche nicht als normative Anforderungen betrachtet werden, Teil der Entwicklung sein (S. 24). Die Vulnerabilität ist beim Übergang vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter besonders hoch (Niebank et al., 2004, S. 326). Die Vielzahl an psychischen und physischen Veränderungen in der Lebensphase der Adoleszenz können wie Lammel (2016) schreibt, die Entwicklung von psychischen Erkrankungen und einer Suchtmittelabhängigkeit begünstigen (S. 13). Auch Arnaud und Thomasius (2019) betonen, dass der Konsum gesundheitliche und psychosoziale Risiken mit sich bringt sowie die Entwicklung belasten kann (S. 42). Dies aus gesundheitlichen, aber auch aus psychischen oder sozialen Gründen, wie der Abbruch der Schule oder der Lehrstelle (S. 42–43). Der Substanzmissbrauch hänge auch von weiteren psychischen Erkrankungen ab (S. 43). Wenn sich der Konsum von einem experimentellen hin zu einem risikoreichen verändert, erscheint es im Sinne einer gelingenden Entwicklung sinnvoll, wenn Fachpersonen den Prozess begleiten und unterstützen können.

Wie Arnaud und Thomasius (2019) schreiben, benötigt es spezifische Behandlungsangebote für Kinder und Jugendliche mit einer Suchtmittelabhängigkeit (S. 97). Sie betonen die Spezialisierung in Bezug auf die Sucht wie auch auf das Alter (S. 97). Die Entwicklung muss bei der Behandlung berücksichtigt werden (S. 97). Die Behandlung der Erwachsenen könne nicht direkt auf diese Altersgruppe übertragen werden (S. 97). Wie die Recherchen durch die Autorinnen ergeben haben, gibt es in der Schweiz kaum Angebote, welche sich auf Sucht in dieser Lebensphase spezialisiert haben. Dies bestätigt beispielsweise die Situations- und Bedarfsanalyse von Infodrog (2022a), welche die Angebotslandschaft als unzureichend bezeichnet (S. 39). Die Jugendlichen werden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder sogar in der Erwachsenenpsychiatrie behandelt, was aufgrund von fehlenden Jugendangeboten vorkommen kann (S. 39). Den Kinder-, Jugend-, oder Erwachsenenpsychiatrien fehle jedoch die Expertise im Suchtbereich (S. 39). Auch wird betont, dass viele der Adressat:innen in der Psychiatrie nicht aufgenommen werden, wenn ein aktiver Konsum vorliegt (S. 39). Weitere Studien diesbezüglich werden im Kapitel «Forschungsstand» aufgezeigt.

Die Berücksichtigung des Übergangs vom Jugend- ins Erwachsenenalter ist elementar. Dies zeigt sich dadurch, dass sich die Angebote in der Jugend- und der Erwachsenenpsychiatrie unterschiedlich gestalten. In der Erwachsenenpsychiatrie besteht unter anderem spezifisches Wissen zu Krankheitsbildern, welche sich im Erwachsenenalter zeigen, festigen und chronifizieren, wie zum Beispiel Abhängigkeits- und schizophrene Erkrankungen. Die Jugendpsychiatrie zieht zu den Kenntnissen der Krankheitsbilder auch entwicklungspsychologische und systemtherapeutische Sichtweisen hinzu. Es wird betont, dass sich die Adoleszenzphase häufig in die Länge zieht, und dass für die Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen das Wissen aus beiden Fachbereichen, der Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie benötigt wird. (Andreae et al., 2020, S. 3)

Dadurch zeigt sich die Wichtigkeit von Angeboten, welche den Übergang vom Jugend- zum jungen Erwachsenenalter berücksichtigen sollen. Durch zwei getrennte Angebote, diejenigen der Jugend- und der Erwachsenenpsychiatrie, entsteht ein Unterbruch in der Begleitung und die Adoleszenten erhalten keine altersentsprechende Behandlung.

Dieses Kapitel zeigt auf, dass Adoleszente vor anderen Entwicklungsaufgaben und Veränderungen stehen als Erwachsene. Zudem wurde ersichtlich, dass der Bedarf an einer stationären Suchtbehandlung für Adoleszente vorhanden ist, es aber nicht viele spezifische Angebote gibt. Daraus lässt sich ableiten, dass den spezialisierten Angeboten für diese Lebensphase und auch dem Übergang von der Jugend ins junge Erwachsenenalter in der stationären Suchtbehandlung eine hohe Bedeutung zukommt. In den nächsten zwei Kapiteln wird der Forschungsstand und die fachliche Relevanz der Sozialen Arbeit bezüglich dieser Thematik erläutert.

1.2 Forschungsstand

Wie im Kapitel 1.1 erläutert, sind auch die Jugendlichen und jungen Erwachsenen vom psychoaktiven Konsum von Substanzen betroffen. Wie die Studie «Health Behaviour in School-aged Children [HBSC]» von 2022 zeigt, wird eine Zunahme des Konsums von psychoaktiven Substanzen bei den 11- bis 15-Jährigen festgestellt (Balsiger, Delgrande Jordan & Schmidhauser, 2023a, S. 3). Dieser Konsum ist häufig nur experimentell und nicht risikoreich (S. 3). Bei einer Minderheit der Jugendlichen zeichnet sich aber ein häufiger Konsum von psychoaktiven Substanzen sowie ein Mischkonsum ab, welcher nicht ausser Acht gelassen werden sollte (S. 3). Diese Beobachtung der Unterschätzung des Mischkonsums, also der Einnahme von mehr als einer psychoaktiven Substanz, die sich gegenseitig beeinflussen und verstärken können, wird auch durch die Situations- und Bedarfsanalyse von Infodrog (2022a, S. 6; 15) genannt. Seit dem Jahr 2018 sind in der Schweiz mindestens 35 Jugendliche aufgrund solchen Konsums verstorben (Bachmann, 2023, S. 2).

Die Studie «Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016» zeigt auf, dass besonders die 20- bis 24-Jährigen einen erhöhten multiplen Konsum aufweisen (Gmel, C., Gmel, G., Kuendig & Notari, 2017, S. 100). Auch wird durch die Studie ersichtlich, dass der Konsum von psychoaktiven Substanzen von den 15- bis 19-Jährigen zu den 20- bis 24-Jährigen zunimmt (S. 21–91). Dies wird auch durch den Gesundheitsbericht aus dem Jahr 2020 bestätigt, wie im Kapitel 1.1. geschrieben wurde.

Zudem haben durch die Corona-Pandemie die psychischen Belastungen und Erkrankungen der Jugendlichen nochmals zugenommen (Infodrog, 2022a, S. 4). Die Studie «Change-ments des habitudes de consommation et d'achat d'alcool durant la première année de la crise du COVID-19 et facteurs de risque associés» aus dem Jahr 2022, welche die Veränderungen des Alkoholkonsums durch Corona untersuchte, zeigte auf, dass besonders der Alkoholkonsum der 15- bis 24-Jährigen seit Corona zugenommen hat (Gmel & Labhart, 2022, S. 10). Somit kann das Risiko einer Suchtmittelabhängigkeit insbesondere bei der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen aufgezeigt werden.

Wie im Kapitel 1.1. ausgeführt, müssen sich die Adoleszenten vielen verschiedenen Veränderungen, Entwicklungsaufgaben und kritischen Lebensereignissen stellen. Wie die HBSC Studie 2022 aufzeigt, ist für eine erfolgreiche Entwicklung die physische und die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden elementar (Balsiger, Delgrande Jordan & Schmidhauser, 2023b, S. 1). Das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit haben bei den 11- bis 15-Jährigen abgenommen (S. 1). Diese negative Entwicklung habe sich auch durch Corona ergeben, aber nicht nur (S. 4). Stress, problematische Nutzung

von Social Media oder der Substanzkonsum können sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken (S. 2–4). Die Förderung der Lebenskompetenzen wird als wichtiger Ansatz erwähnt, um die psychische Gesundheit zu verbessern (S. 4). Es wird betont, dass die Förderung der Lebenskompetenzen die Jugendlichen in der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben unterstützt und dadurch die Auswirkungen der belastenden Faktoren minimiert werden können (S. 4). Bei den Schutz- und Risikofaktoren zeigt sich, dass ein Überwiegen der Schutz- gegenüber den Risikofaktoren die Entwicklung positiv beeinflussen kann (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2019, S. 31).

Versorgungslücken, wie sie im Kapitel 1.1 erwähnt wurden (Infodrog, 2022a), werden auch von den in der Studie der Hochschule Luzern, «Grundlagen für die (inter-) kantonale Steuerung im Bereich der Suchthilfe», befragten Anbieter:innen genannt (Eder, Knecht, StremLOW, & Wyss, 2023, S. 114). Es wird aufgezeigt, dass unerfüllte Wünsche und Bedürfnisse bei den Adoleszenten vorhanden sind (S. 114). Die Adoleszenten seien auf Unterstützung angewiesen (S. 114). Jedoch wünschen sie sich nicht zu enge Rahmenbedingungen, sondern flexible Strukturen, welche dennoch Schutz und Halt bieten, damit eine positive Verlaufsentwicklung geschaffen werden kann (S. 114). Des Weiteren betont Infodrog (2022a) die Wichtigkeit eines auf die Adoleszenten angepassten Angebots, welches die spezifischen Bedürfnisse und die Entwicklung in die Behandlung miteinbezieht (S. 39). Auch der Einbezug der pädagogischen Arbeit wird erwähnt (S. 39).

Aufgrund der besonders vulnerablen Lebensphase der Adoleszenz und der beobachteten Versorgungslücken haben die Autorinnen nach spezialisierten Behandlungsangeboten im stationären Setting für Adoleszente recherchiert. Durch die besuchte Weiterbildung der Suchttherapie WeST, «Jugendliche und Sucht: Behandlung im stationären Setting», sind die Autorinnen auf das Angebot der psychiatrischen Dienste Thurgau aufmerksam geworden. In der weiteren Recherche sind sie dann ebenfalls auf das Angebot der Klinik Selhofen gestossen. Demnach konnten folgende Angebote eruiert werden:

- **Klinik Selhofen:** Die Klinik Selhofen (o. D.) bietet seit Januar 2024 das Programm «switch-on» an, welches eine Suchtbehandlung sowie ein Angebot für Onlineabhängigkeit für Jugendliche und junge Erwachsene bis 25 Jahre beinhaltet.
- **Klinik Münsterlingen (Psychiatrische Dienste Thurgau):** Wie die Weiterbildung der Suchttherapie WeST «Jugendliche und Sucht: Behandlung im stationären Setting» (A. Kemter, persönliche Kommunikation, 08. Februar 2024) gezeigt hat, bietet diese Klinik bereits seit dem Jahr 2014 ein spezialisiertes Angebot für Personen ab 14 Jahren an.

Aufgrund der wahrgenommenen Versorgungslücken und dem durchaus vorhandenen Bedarf für eine altersspezifische Suchtbehandlung von Adoleszenten haben sich die Autorinnen für eine empirische Arbeit entschieden. Mit den oben genannten Kliniken wurden drei Interviews durchgeführt, welche im Kapitel 4.1 noch genauer umschrieben werden. Im nachfolgenden Kapitel wird die fachliche Relevanz auf diese Thematik begründet.

1.3 Fachliche Relevanz

Wie im Kapitel 1.1 entnommen werden kann, ist der Lebensabschnitt der Adoleszenz besonders vulnerabel und von vielen Veränderungen geprägt. Diese Veränderungen können gemäss Lammel (2016) die Entstehung von Erkrankungen, wie beispielsweise einer Sucht fördern (vgl. Kapitel 1.1).

Auch Hermann et al. schreiben, dass die Adoleszenten in dieser Lebensphase viele herausfordernde Situationen antreffen, wie die körperlichen Veränderungen, die Suche nach der eigenen Identität, die schrittweise Loslösung von den Eltern, die Integration in Peergruppen oder die Bildung von Beziehungen. Sowohl formale Instanzen wie Schule und Beruf als auch informelle Bereiche wie Familie und Peergruppen üben zusätzlichen Druck auf junge Menschen aus, wobei die unterschiedlichen Erwartungen mitunter widersprüchlich sind. (Hermann, et al., 2006)

Dadurch wird die Wichtigkeit der Unterstützung durch Fachpersonen, so auch der Sozialen Arbeit, deutlich. Diese treffen in ihrer Arbeit in unterschiedlichen Handlungsfeldern, wie beispielsweise der Schulsozialarbeit, der offenen Kinder- und Jugendarbeit, der Sozialhilfe, im Kindes- und Erwachsenenschutz oder auch der Suchthilfe immer wieder auf das Thema Sucht im Jugend- und jungen Erwachsenenalter (Gremminger, 2021, S. 17). Die Entstehung von Sucht und deren Auswirkungen auf die Adressat:innen, deren soziales System und die Gesellschaft, können mit den in Wechselwirkung stehenden sozialen, psychologischen und biologischen Faktoren verstanden und bearbeitet werden (AvenirSocial, et al., 2024b, S. 9). Im Sinne der sozialen Diagnostik soll die Soziale Arbeit dazu beitragen, dass die soziale Dimension gemeinsam mit den Adressat:innen erfasst, wahrgenommen und in der Behandlung berücksichtigt wird, wodurch Interventionen geplant und professionell begründet werden können (Abderhalden et al., 2022, S. 3). Die Soziale Arbeit soll sowohl das Individuum in dessen Lebenswelt unterstützen als sich auch für die Verbesserung oder Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnissen einsetzen (AvenirSocial et al., 2024b, S. 14). Es wird betont, dass derzeit der medizinischen Dimension stärkere Gewichtung zukommt als der sozialen (Gremminger, 2021, S. 17).

Um mit den genannten vielfältigen und belastenden Herausforderungen in der Lebensphase der Adoleszenz umgehen zu können, kann der Substanzkonsum als eine Art Lebensbewältigung verstanden werden (AvenirSocial et al., 2024b, S. 9). Die Soziale Arbeit beschäftigt sich mit der Lebenswelt der Adressat:innen, bezieht sowohl das formelle als auch das informelle Hilfesystem mit ein und will die Ressourcen der Adressat:innen erschliessen, wodurch sie einen wichtigen Beitrag zu einer ganzheitlichen Begleitung leisten kann (Gremminger, 2021, S. 17). Die Soziale Arbeit befindet sich dabei im Spannungsfeld zwischen den Wünschen und Bedürfnissen der Adressat:innen sowie den Erwartungen der Gesellschaft (S. 18). Die Mandate der Sozialen Arbeit werden im Kapitel 2.1.3 noch genauer umschrieben. Zudem unterstützt sie die Adressat:innen in Prozessen der Veränderung und der Entwicklung, um die soziale Teilhabe und somit auch das Führen eines selbstbestimmten Lebens zu fördern (S. 18). Dadurch zeigt sich die Wichtigkeit der Begleitung und Unterstützung der Sozialen Arbeit in der Lebensphase der Adoleszenz, welche von diversen Veränderungen geprägt ist.

Wie bereits in diesem Kapitel betont wurde, soll sich die Soziale Arbeit auch für gesellschaftliche Veränderungen engagieren (vgl. AvenirSocial et al., 2024b). Im Kapitel 1.1 und 1.2 wurde deutlich gemacht,

dass ein spezialisiertes Angebot für die Lebensphase der Adoleszenz in der stationären Suchtbehandlung empfohlen wird. Gemäss der IFSW/IASSW-Definition hat die Soziale Arbeit mit unter zum Ziel, «gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen» (AvenirSocial, 2014a, S. 1) voranzutreiben. Das Wahrnehmen dieser Angebotslücke im stationären Kontext hat daher eine hohe Relevanz für ihre Praxis, ihre Theorie sowie für ihre Profession. Fachpersonen sollten sich aktiv für die Erkennung von Angebotslücken und ungedeckten Bedürfnissen ihrer Adressat:innen einsetzen.

Wie diesem Kapitel entnommen werden kann, wird die fachliche Relevanz der Sozialen Arbeit in der stationären Suchtbehandlung von Adoleszenten deutlich. Dies zum einen aufgrund der Veränderungen und Entwicklungen auf der Ebene des Individuums und der Gesellschaft, bei welchen die Soziale Arbeit begleiten und unterstützen soll. Zum anderen sollen für das Verständnis und die Bearbeitung von Sucht alle drei Dimensionen, die soziale, die psychologische und die biologische berücksichtigt werden. Wie dieses Kapitel aufzeigt, hat die Positionierung der Sozialen Arbeit im Behandlungsprozess noch Potenzial. Die Autorinnen sind der Meinung, um eine ganzheitliche Behandlung für die Adressat:innen zu ermöglichen, benötigt es einen stärkeren Einbezug und Verknüpfung aller drei Dimensionen.

1.4 Erkenntnisinteresse

Das Interesse der Autorinnen an der Lebensphase der Adoleszenz, an Übergängen und somit vulnerablen Phasen sowie an der Sucht ergab sich bereits früh im Studium. Die Praxiserfahrungen in der offenen Kinder- und Jugendarbeit sowie in Schulsozialarbeit und Tagesschule haben das Interesse an der Entwicklung junger Menschen stark geprägt. Besonders die Erfahrungen rund um die Lebensphase der Adoleszenz und ihre Herausforderungen haben zu einem vertieften und sensibilisierten Verständnis geführt, insbesondere auch im Umgang mit komplexen Themen wie Identitätsbildung und Sucht sowie deren soziale Dimensionen. Die Wichtigkeit der Sozialen Arbeit, unterstützende und bedarfsgerechte Settings auf unterschiedlichen Ebenen anzubieten, um eine gelingende Entwicklung zu begleiten, weckte demnach bei den Autorinnen früh das Gefühl von Potenzial, hier einen relevanten und methodisch vielfältigen Beitrag als Fachperson leisten zu können.

Durch die Erfahrungen in der Sozialberatung in der stationären Suchtbehandlung mit Erwachsenen wurde die Komplexität der Problemlagen der Adressat:innen und dass sich diese meist im gesamten Lebensbereich manifestieren, deutlich. Der Einbezug des bio-psycho-sozialen Modells zum Verständnis der Entstehung von Sucht sowie dessen Bearbeitung und die interprofessionelle Zusammenarbeit in und ausserhalb der Klinik waren zentrale Bestandteile der täglichen Arbeit der Autorinnen. Durch die komplexe und vernetzte Arbeitsweise in diesem Handlungsfeld ist das Interesse in diesem Bereich gewachsen.

Das Interesse an interprofessionellen Settings kam ebenfalls durch Praxiserfahrungen, zum einen im Suchtbereich bei der Bearbeitung der sozialen Dimension, zum anderen aus dem Schulkontext. Dabei zeigte sich, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit komplex ist. Es bestehen verschiedenste Perspektiven auf die Problemlagen der Adressat:innen sowie auch unterschiedliche Arbeitsweisen und Fachkenntnisse, um diese zu bearbeiten. Dies erfordert einen aktiven Austausch und eine Rollenklärung in der Zusammenarbeit. In der Praxis wurde beobachtet, dass sich die Soziale Arbeit oft dieser

vermittelnden und aktiven Rolle annimmt und weniger stark vertreten ist als andere Professionen. Die ressourcenorientierte Arbeit mit den Adressat:innen in deren Lebenswelt mit Einbezug der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sehen die Autorinnen als einen wichtigen Teil des gesamten Behandlungsprozesses. Dadurch ist das Interesse, sich diesem Thema zu widmen, gewachsen. Dies, da die Soziale Arbeit im klinischen Bereich weniger stark vertreten ist als andere Professionen und die spezifischen Angebote für die Adoleszenten im Suchtbereich spärlich vorhanden sind.

Durch die Verknüpfung der Erfahrungen der beiden Autorinnen dieser Arbeit wird deutlich, dass Soziale Arbeit auf allen Ebenen, theoretisch wie praktisch, wichtige Zuständigkeiten hat, welche eine genauere Betrachtung interessant machen. Da einerseits ein grosses Interesse an der Lebensphase der Adoleszenz sowie an Sucht besteht und andererseits durch Praxiserfahrung Berührungspunkte zur stationären Suchthilfe vorliegen, fand eine schnelle Einigung über die Themenfindung statt. Bei den ersten Recherchen wurde dann deutlich, dass es sich bei spezialisierten stationären Behandlungsangeboten für Adoleszente in der Schweiz um eine Rarität handelt, was das Interesse an der Angebotsausgestaltung noch verstärkte und die Frage nach der Zuständigkeit der Sozialen Arbeit in diesen spezialisierten Settings aufwarf.

Es liegt somit im Erkenntnisinteresse der Autorinnen dieser Arbeit, die Angebotsausgestaltung sowie die Zuständigkeiten der Sozialen Arbeit in der stationären Suchtbehandlung von Adoleszenten auszu-differenzieren.

1.5 Herleitung der Forschungsfrage und Zielsetzung

Auf der Grundlage des geschilderten Erkenntnisinteresses kam es zu ersten Internet- und Literaturrecherchen sowie zu Nachfragen bei Fachpersonen in der Suchthilfe, wodurch die Autorinnen auf die Weiterbildung der Suchttherapie WeST aufmerksam wurden, welche die stationäre Behandlung Jugendlicher mit (multiplem)Substanzkonsum thematisierte. Präsentiert wurde diese von der leitenden Ärztin der Klinik in Münsterlingen im Kanton Thurgau, welche bereits im Jahr 2014 erste Behandlungsangebot für Jugendliche bereitstellte. Ihre Ausführungen zur Ausgangslage, welche die Klinik im Jahr 2010 angetroffen hat, verdeutlichten den Bedarf, den die Autorinnen der Arbeit auf Grundlage ihrer Recherchen auch heute noch sehen.

Laut den Aussagen der leitenden Ärztin in Münsterlingen wies die Angebotslandschaft im Jahr 2010 wenige bis gar keine Behandlungsplätze für Jugendliche mit einer Suchterkrankung auf. Bestehende stationäre Angebote sind laut ihren Angaben oft nicht auf suchtherapeutische Massnahmen ausgerichtet und geraten angesichts der Symptome von Abhängigkeitserkrankungen schnell an ihre Grenzen. Zudem erfolgt die Suchttherapie bei Jugendlichen selten oder gar nicht nach neuesten Behandlungsstandards, weshalb sie in Kliniken eher nebenbei als spezifisch und bedarfsgerecht behandelt werden. Die Verzögerung oder das Ausbleiben von Hilfsangeboten, beispielsweise das Warten auf den 18. Geburtstag, führt nach ihren Ausführungen zu Chronifizierungen, Folgeschäden und der Ausprägung von Komorbiditäten. Dies wiederum erhöht die Marginalisierung und mindert nachhaltig die Lebensqualität sowie die zu erwartende Lebensdauer. Wichtige Entwicklungsschritte wie der Abschluss der Schule, die Ablösung vom Elternhaus, der Einstieg in die Berufsausbildung, das Finden von Partnerpersonen

sowie das Festigen von Beziehungen zu Freund:innen und das Erlernen von Risiko- und Konsumkompetenz bleiben dabei oft aus. (persönliche Kommunikation, 08. Februar 2024)

Die vorgestellten Ergebnisse der Präsentation bestätigen die Ergebnisse der Recherchen der Autorinnen (vgl. Kapitel 1.1 & 1.2) obwohl in der Zwischenzeit 14 Jahre vergangen sind. Es wurde auch mitgeteilt, dass Anfang des Jahres eine Sozialpädagogin angestellt wurde, welche die Jugendlichen im Alltag zusätzlich begleitet, was das besondere Interesse an der Klinik sowie an den Zuständigkeitsbereichen dieser Sozialpädagogin weckte. Wie im Kapitel 1.1, Problemstellung und Ausgangslage sowie im Kapitel 1.2, Forschungsstand deutlich wird, fanden sich die Autorinnen vor einer aktuellen und für die Soziale Arbeit zentralen Thematik wieder, weshalb sich die Bearbeitung dieser zu lohnen schien. Die Neugierde, mehr über spezialisierte Behandlungsangebote wie sie in Münsterlingen und neu auch in Selhofen vorgenommen werden sowie mehr über den Einbezug von Fachpersonen der Sozialen Arbeit in die Behandlung und ihre Zuständigkeit zu erfahren, führte zu einer Interviewanfrage an die leitende Ärztin und die Sozialpädagogin der Station in Münsterlingen sowie an die Leiterin des Projekts in Selhofen. Die Autorinnen erhoffen sich durch die bisher erarbeiteten Theoriebausteine, die Erfahrungswerte der Klinik Münsterlingen sowie durch erste Eindrücke aus der Klinik Selhofen einen Einblick zu erhalten, wie sich eine auf den Lebensabschnitt der Adoleszenten spezialisierte stationäre Suchtbehandlung ausgestaltet und welchen Auftrag der Sozialen Arbeit dabei zukommt.

Somit differenzierte sich die Forschungsfrage im Laufe der Datenerhebung und Datenauswertung immer weiter aus, wobei schlussendlich folgende Forschungsfrage als richtungsweisender Pfeiler festgelegt wurde:

«Was muss aus der Perspektive der Sozialen Arbeit bei der Ausgestaltung einer auf Adoleszente spezialisierten Suchtbehandlung berücksichtigt werden?»

Damit differenziert auf die Teilaspekte, die in der Forschungsfrage enthalten sind, eingegangen werden kann, wurden folgende Unterfragen gebildet:

- *«Wie gestaltet sich eine auf Adoleszente spezialisierte stationäre Suchtbehandlung?»*
- *«Welchen Auftrag hat die Soziale Arbeit in einer auf Adoleszente spezialisierten stationären Suchtbehandlung?»*
- *«Was kann die Soziale Arbeit in einer auf Adoleszente spezialisierten stationären Suchtbehandlung konkret beitragen?»*

Die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist es, aus der Perspektive der Sozialen Arbeit die Ausgestaltung einer auf Adoleszenz spezialisierten stationären Suchtbehandlung zu ermitteln. Dies beinhaltet die Untersuchung der auf die Lebensphase abgestimmten Angebotsstruktur sowie die Betrachtung der Zuständigkeiten innerhalb des interprofessionellen Teams mit besonderem Augenmerk auf die Rolle(n), Vorgehensweisen sowie der Beiträge der Sozialen Arbeit in diesem Kontext. Die Forschungsfrage und die Unterfragen dienen dazu, die spezifischen Bedürfnisse und Herausforderungen in der Behandlung von Adoleszenten mit einer Suchterkrankung zu identifizieren und konkrete Handlungspotenziale für die Praxis abzuleiten.

1.5.1 Methodisches Vorgehen zur Beantwortung der Forschungsfrage

Die Autorinnen haben sich aufgrund der beschriebenen Ausgangslage dazu entschieden, eine Bachelor-Thesis mit empirischem Teil zu verfassen, welche mit relevanter Theorie in Bezug gesetzt wird. Dies ist dadurch zu begründen, dass das spezialisierte Fachwissen, welches zur Beantwortung der Forschungsfrage und ihrer Unterfragen führt, zurzeit hauptsächlich in der Praxis zu finden ist. Dennoch scheint es zentral, auf grundlegende Wissensbestände der Sozialen Arbeit und der Entwicklungspsychologie sowie auf vorliegende Zahlen und Fakten zu Sucht und ihrer Behandlungsformen zurückzugreifen. Der Theorieteil schafft eine aufschlussreiche Basis, welche durch die von den Autorinnen erhobenen empirischen Wissensbestände ergänzt und verknüpft werden kann. Mittels dreier Expert:innen-interviews sowie einer schriftlichen Befragung per Mail sollen die in der Literatur nicht auffindbaren Erfahrungswerte abgebildet und durch Methoden- und Wertewissen aus der Praxis angereichert werden. Dafür wurde zum einen die leitende Ärztin des Bereichs für Abhängigkeitserkrankungen in der Klinik Münsterlingen interviewt, welche bereits seit 2014 minderjährige Adolozente behandelt und somit in der vorliegenden Arbeit die Rolle der «Pionierinstitution» einnimmt. Aufgrund einer im Januar 2024 neu geschaffenen Stelle in der Klinik Münsterlingen ist nun auch eine Sozialpädagogin Teil des interprofessionellen Teams. Auch mit ihr wurde ein Interview durchgeführt, da das besondere Interesse dieser Arbeit neben der spezialisierten Angebotsgestaltung vor allem darin besteht, die Zuständigkeiten der Sozialen Arbeit innerhalb dieser auf Adolozente spezialisierten stationären Suchtbehandlung darzulegen. Per Mail fand zusätzlich noch eine schriftliche Befragung mit der Sozialarbeiterin in Münsterlingen statt, wodurch eine umfassende Datenlage zur Klinik Münsterlingen erhoben wurde. In Ergänzung zu der Klinik Münsterlingen als «Pionierinstitution» wurde ein Interview mit der Leiterin des Projekts «switch-on» in der Klinik Selhofen in Burgdorf durchgeführt, welche seit Januar 2024 eine auf Adolozente spezialisierte stationäre Suchtbehandlung anbietet.

Die Interviewaufarbeitung und Auswertung fanden angelehnt an die sieben Analysephasen nach Kuckartz (2018) statt, welche im Kapitel 3.4 ausführlich beschrieben werden. Dadurch kann eine systematisierte Analyse der erhobenen Daten durchgeführt werden, welche es anhand festgelegter Haupt- und Unterkategorien erlaubt, die Forschungsfrage sowie die Unterfragen differenziert zu beantworten. Im Anschluss an die Darlegung der Forschungsergebnisse folgt im Sinne der Ganzheitlichkeit jeweils eine theoretische Verortung, in welcher die ausgewerteten Daten mit bereits behandelten und weiterführenden Theoriebeständen ergänzt werden. So kann die Beantwortung der Forschungsfrage sowie der Unterfragen durch die Verknüpfung von Theorie und Praxis gewährt werden.

2 Theoretische Grundlagen

In den Abschnitten des Kapitels «theoretische Grundlagen» folgt eine Aufarbeitung relevanter Wissensbestände, welche durch die Beleuchtung zentraler Aspekte zur theoretischen Beantwortung der Forschungsfrage beitragen soll. Dafür werden die Soziale Arbeit, die Lebensphase der Adolozenz und die Sucht genauer umschrieben.

Durch die Aufarbeitung dieser theoretischen Grundlagen wird eine fundierte Basis geschaffen, um im späteren Verlauf der Arbeit die Ergebnisse aus der Praxis mit theoretischen Konzepten zu verknüpfen und Schlussfolgerungen zu ziehen.

2.1 Soziale Arbeit – Gegenstand und Arbeitsprinzipien

Die Autorinnen der vorliegenden Arbeit bedienen sich zu Beginn der Definition von AvenirSocial (2014a), um den Gegenstand Sozialer Arbeit zu definieren und im Anschluss eine Einordnung in Arbeitsbereiche und Handlungsfelder vorzunehmen. Dies erscheint auf Grundlage eigener Praxiserfahrungen in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit zentral, um die Vielfalt der von Fachpersonen der Sozialen Arbeit geleisteten Tätigkeiten abzubilden.

«Soziale Arbeit fördert als Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen, den sozialen Zusammenhalt und die Ermächtigung und Befreiung von Menschen. Dabei sind die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte, der gemeinschaftlichen Verantwortung und die Anerkennung der Verschiedenheit richtungweisend. Soziale Arbeit wirkt auf Sozialstrukturen und befähigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens angehen und Wohlbefinden erreichen können. Dabei stützt sie sich auf Theorien der eigenen Disziplin, der Human- und Sozialwissenschaften sowie auf wissenschaftlich reflektiertes indigenes Wissen.» (AvenirSocial, 2014a, S. 1)

Fachpersonen der Sozialen Arbeit befassen sich, wie in der Definition oben ausführlich beschrieben, mit «sozialen, psychischen und physischen Problemen und Sachverhalten» ihrer Adressat:innen(gruppen) (Abplanalp et al., 2020, S. 17), welche in meist komplex verwobenen Bedingungsgefügen stattfinden (S. 55).

Engelke, Borrmann und Spatcheck (2016) nehmen eine noch weiter vereinfachte Gegenstandbestimmung vor: «Das Verhindern und Bewältigen sozialer Probleme ist der Gegenstand Sozialer Arbeit.» (S. 245)

Um diesem Gegenstand professionell gegenüberzutreten, rahmen folgende sechs Arbeitsprinzipien die professionelle Tätigkeit von Fachpersonen der Sozialen Arbeit:

- Ethisches Handeln
- Kontextualisierung
- Mehrperspektivität
- Beziehungshandeln
- Ressourcenorientierung
- Befähigungshandeln (Abplanalp et al., 2020, S. 49)

Ihre Auswahl und Begründung ist nach Abplanalp et al. (2020) von entscheidender Bedeutung, da sie als Leitfaden für beratende Fachpersonen unabhängig von ihrem Handlungsfeld richtungweisend sind und somit Orientierung und Professionalität schaffen, auch wenn keine konkrete Methode angewendet wird. Sie lassen sich aus den vier grundlegenden Dimensionen ableiten, die berufliches Handeln

begründen, namentlich der Praxeologie, der Theorie, der Axiologie und der Empirie. Die Praxeologie mit der Frage «Wie berate ich?» beschäftigt sich mit den Erfahrungsregeln und Methoden, wodurch im Vorgehen beispielweise die Lebensphase oder konkrete Entwicklungsaufgaben einer Adressat:innen-gruppe berücksichtigt werden. Die Theorie stellt die Frage «Warum berate ich so, wie ich berate?», wodurch der Gegenstand der Arbeit in Form von «Erklärungswissen» für Fachpersonen selbst, deren Klientel sowie in der interprofessionellen Zusammenarbeit begründet werden kann. Die Axiologie mit der Frage «Wozu dient und führt meine Beratung?» betrachtet die Werte und Ethik hinter dem Handeln, während die Empirie die Auswirkungen des Handelns untersucht. Insgesamt gewährleisten die Dimensionen, dass das (Beratungs-)verhalten von Fachpersonen methodisch überlegt (Praxeologie), philosophisch-ethisch legitimiert (Axiologie) und letztendlich wissenschaftlich fundiert (Theorie) oder empirisch erforscht (Empirie) ist. (S. 50–55)

Diese Arbeitsprinzipien sollen eine allgemeine Gültigkeit haben, unabhängig von der Adressat:innen-gruppe, dem Arbeitsbereich oder der angewandten Methode (Abplanalp et al., 2020, S. 53). Durch ihre Abstraktheit ermöglichen sie eine Anwendung in verschiedenen Situationen des Beratungshandelns und können in ihrer Vielfalt auch als Korrektiv für individuelle Präferenzen im methodischen Vorgehen dienen, was an den Fachdiskurs zu Denktraditionen der Sozialen Arbeit anschliesst (S.19).

Es ist jedoch trotz Arbeitsprinzipien herausfordernd, den Kern der Sozialen Arbeit klar zu definieren, da die Aktivitäten in verschiedenen Arbeitsbereichen der Sozialen Arbeit und die Art und Weise, wie sie in verschiedenen Organisationen ausgeführt werden, unterschiedlich sind (S. 17). Mittels der Betrachtung dieser unterschiedlichen Tätigkeits- und Anwendungsgebiete der Sozialen Arbeit soll ein umfassender Überblick darüber geschaffen werden, was unter Sozialer Arbeit verstanden werden kann (S. 18).

2.1.1 Arbeitsbereiche und Handlungsfelder

Für Keller und Schmocker (2015) stellen Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Soziokulturelle Animation die drei klassischen Arbeitsbereiche der Sozialen Arbeit dar (S. 381–388).

Die Autorinnen der vorliegenden Arbeit haben während ihrem Studium in alle drei Arbeitsbereiche Einblick erhalten, was zu einem umfassenderen Verständnis der Tätigkeiten und des Auftrages der Sozialen Arbeit beitrug. In der Sozialarbeit konnten in der (Rechts-)Beratung von Migrant:innen, in der Beratung und Begleitung von Sozialhilfebeziehenden sowie in der Sozialberatung im Suchtbereich Erfahrungen gesammelt werden. In der Sozialpädagogik wurde in einer sozialpädagogischen Einrichtung für kognitiv beeinträchtigte Erwachsene, in einer Tagesschule sowie als Klassenassistenz für Kinder mit besonderen Bedürfnissen gearbeitet, im Bereich der soziokulturellen Animation in einer offenen Kinder- und Jugendarbeit sowie in einem Zwischennutzungsprojekt.

In Deutschland und Österreich unterliegt diese Unterteilung einem anderen Verständnis (Gredig & Goldberg, 2010, S. 405). Dem Arbeitsbereich der soziokulturellen Animation werden in der Schweiz Aufträge und Angebotsformen zugeteilt, welche in Deutschland traditionellerweise der Sozialpädagogik zugeordnet werden (Abplanalp et al., 2020, S. 18–19). Sozialpädagogische Arbeitsbereiche in der Schweiz umfassen daher stärker eingegrenzte Tätigkeitsbereiche als in Deutschland, namentlich hauptsächlich die

Arbeit in stationären Settings mit Jugendlichen oder Menschen mit Behinderungen (S. 18–19), anstelle von Freizeitgestaltung und Animation. Deshalb bietet sich die Unterscheidung in Handlungsfelder an, welche sich hinsichtlich einer Betrachtung der Angebotsform und des Auftrags der Sozialen Arbeit besser eignen, um den internationalen Diskursen zu folgen (S. 18). Beispiele für Handlungsfelder sind beispielsweise die Schulsozialarbeit, die offene Kinder- und Jugendarbeit, die Sozialhilfe oder die Suchthilfe (S. 18).

Die Autorinnen erachten eine Unterteilung in Handlungsfelder ebenfalls als sinnvoll, da beispielsweise auch die in der Schulsozialarbeit gesammelten Erfahrungen nicht eindeutig der Sozialarbeit oder der Sozialpädagogik zugeordnet werden können. Hinsichtlich des Handlungsfelds der Suchthilfe kann von den Autorinnen ergänzt werden, dass in beiden analysierten Kliniken Sozialarbeitende und in einer Klinik zusätzlich eine Sozialpädagogin tätig sind. Dies macht deutlich, dass innerhalb eines Handlungsfelds auch Fachpersonen der unterschiedlichen Arbeitsbereiche (Sozialarbeit - Sozialpädagogik - Soziokulturelle Animation) der Sozialen Arbeit tätig sind, wobei sich deren Zuständigkeiten einerseits unterscheiden lassen, sich aber auch überschneiden. Wie genau dies geschieht, wird in der Darlegung der Forschungsergebnisse im Kapitel 4 erläutert.

Handlungsfelder zeichnen sich nach Farrenberg und Schulz (2020) durch zwei Aspekte aus, welche zum einen eine Unterscheidung der Adressat:innengruppe, der Massnahmen und Leistungen, zum anderen die Aufgaben, Ziele und Funktionen der Sozialen Arbeit vornimmt. Die Soziale Arbeit stellt verschiedenen Adressat:innen eine breite Palette von Angeboten, Massnahmen und Leistungen zur Verfügung. Adressat:innen sind dabei Menschen aller Altersgruppen, Geschlechter und in unterschiedlichen Lebenssituationen, welche beispielsweise durch Migration, Gewalterfahrungen, Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit, Straffälligkeit, Krankheit oder Substanzkonsum gekennzeichnet sind. Einzelpersonen, Gruppen sowie ganze Gemeinden können von diesen Dienstleistungen profitieren. Sie reichen von gelegentlicher Unterstützung bis zu fortlaufenden, täglichen oder rund um die Uhr angebotenen Dienstleistungen. Einige werden als Unterstützung empfunden, andere hingegen als staatliche Kontrolle und sie unterscheiden sich in ihrem Grad an Freiwilligkeit und Zwang. (S. 18–19)

Die Art der Kontaktaufnahme für Erstgespräche kann bedeutend sein für die Art der Motivation der Adressat:innen. Kähler & Gregusch (2015) differenzieren drei Arten: rechtlich verordnete, durch das System der Adressat:innen motivierte sowie eigenständig initiierte Kontaktaufnahmen für Erstgespräche (S. 29–32). Die Klärung dieser Ausgangslage kann zur Klärung des Auftrags beitragen (Abplanalp et al., S. 93). Auf die dadurch potenziell entstehenden Spannungsverhältnisse wird im Rahmen der Mandate im Anschluss eingegangen. Auch in Anbetracht ihrer Aufgaben, Ziele und Funktionen stellt sich Soziale Arbeit als heterogen heraus (Farrenberg & Schulz 2020). Diese reichen von Aufklärungs- und Informationsarbeiten über die alltägliche Unterstützung von Menschen bis hin zu Erziehung, Bildung, Beratung, Förderung, Integration und Inklusion. Identitäts- und Biographiearbeit, soziales Lernen, Training, Kompetenzaufbau sowie pflegende und betreuende Tätigkeiten gehören ebenfalls dazu. Sozialpädagogische Ziele können sich in abstrakten Formen wie der Problembearbeitung oder konkret, beispielsweise durch Resozialisierung zeigen. Manchmal geht es um den Aufbau von Beziehungen, manchmal um die Bewältigung von Konflikten. Auch lebensweltliches Verstehen und soziale Diagnosen

sind Teil der Sozialen Arbeit, ebenso wie die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung gesellschaftlicher Ordnung, was auch mit Disziplinierung und Verwahrung einhergeht. (S. 18–19)

2.1.2 Klinische Sozialarbeit im stationären Setting

Aufgrund des thematischen Fokus dieser Arbeit soll an dieser Stelle ein Exkurs in das Handlungsfeld der klinischen Sozialen Arbeit vorgenommen werden.

Gemäss Deimel und Walther (2023) ist die klinische Sozialarbeit an verschiedenen Orten zu finden. So ist sie beispielsweise in der Prävention und Gesundheitsförderung von Menschen mit einer Suchtbetroffenheit sowie in der Behandlung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung tätig. Diverse psychosoziale Dimensionen von Erkrankungen sind vielschichtig und durch eine ausschliesslich medizinische Perspektiven nicht bewältigbar. Gerade bei Menschen mit körperlichen oder psychischen Behinderungen, bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Traumata oder chronischen Erkrankungen wird teilweise eine enge Unterstützungsleistung benötigt, welche die klinische Sozialarbeit leisten kann. (S. 41–42).

Die klinische Sozialarbeit nimmt somit eine beratende und unterstützende Funktion im Gesundheitswesen ein (Laging, 2020, S. 23). Sie arbeitet interprofessionell mit weiteren Professionen aus dem medizinischen und psychologischen Bereich zusammen (S. 22). In der Behandlung und Bearbeitung der Problemlagen und Krankheiten liegt der Fokus der Sozialarbeit auf der sozialen Dimension (S. 22).

Der Fokus der Sozialen Arbeit auf die soziale Dimension wird im Empfehlungsschreiben für Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und -prävention ergänzt durch einen zweiten Fokus, der auf die Förderung der sozialen Gerechtigkeit abzielt. Der erste Fokus dient dazu, eine selbstbestimmte Lebensführung der Adressat:innen durch gesellschaftliche Teilhabe zu fördern, was die Bewältigung des Alltags, den Umgang mit Krisen und die Stärkung von Ressourcen umfasst. Dieser Bereich, der als lebensweltbezogene Unterstützung zur gelingenden Lebensführung bezeichnet wird, konzentriert sich darauf, wie Sucht das Leben und die Integration in die Gesellschaft beeinflusst und welche Hilfe und Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen benötigt werden. Im Rahmen des zweiten Fokus setzt sich Soziale Arbeit für soziale Gerechtigkeit ein und untersucht die gesellschaftlichen Bedingungen für ein gelingendes Leben. Sie analysiert die gesellschaftlichen und sozialräumlichen Verhältnisse, die zur Entstehung oder Verschärfung sozialer Problemlagen beitragen können. Ebenso engagiert sie sich aktiv für die Bekämpfung der strukturellen Ursachen sozialer Probleme und für eine gerechtere Gesellschaft. Dieser Bereich, bekannt als Mitgestaltung gesellschaftlicher und sozialräumlicher Verhältnisse, widmet sich der Schaffung einer gerechteren Gesellschaft und sozialräumlicher Bedingungen. (AvenirSocial et al., 2024b, S. 10)

Wie sich Interventionen der Sozialen Arbeit im Handlungsfeld der Suchthilfe konkret ausgestalten können, soll anhand der «fünf Phasen des Prozessmodells Soziale Arbeit im Suchtbereich im Überblick» kurz veranschaulicht werden:

Phasen	Massnahmen
1 Arbeitsbeziehung	Die Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung sowohl mit den Klient:innen als auch mit Kooperationspartner:innen und / oder Bezugspersonen steht im Mittelpunkt. Diese Beziehungen basieren auf einer kooperativen, klientenzentrierten Gesprächsführung.
2 Soziale Diagnostik	Mehrperspektivische eigenständige Soziale Diagnostik mit Fokus auf: <ul style="list-style-type: none"> - Das gesamte Lebensführungssystem in seiner gesellschaftlichen Einbettung inklusive Ressourcen und des Hilfesystems. - Soziale Systeme und Räume (Sozialraumanalysen). - Ableitung von Arbeitshypothesen zum Handlungsbedarf, im Dialog mit den Klient:innen.
3 Interventionsplanung	Gemeinsame Planung der Entwicklungsziele und Interventionsmassnahmen mit den Klient:innen sowie gegebenenfalls zentralen Bezugspersonen und Fachpersonen, basierend auf sozialer Diagnostik und den daraus abgeleiteten Arbeitshypothesen.
4 Intervention	Lebenswelt- und netzwerkbezogene Unterstützung der Klient:innen / Adressat:innen und Angehörigen auf ihrem Weg zu einem «subjektiv guten Leben», u. a. mittels Verfahren der Einzelfall-, Gruppen-, Gemeinwesen- bzw. Settingarbeit (inkl. niederschwelliger Zugänge). Zusätzlich: Vertretung von Interessen marginalisierter Personen und Gruppen. Erschliessung von Potenzialen und Ressourcen der Lebenswelt. Befähigung der Menschen auf Grundlage handlungsleitender Konzepte wie Empowerment, Netzwerkansatz, Lebensweltorientierung und dem Recovery-Ansatz.
5 Monitoring und Evaluation	Reflexion und Überprüfung der laufenden Prozesse durch Monitoring. Qualitätssicherung der Praxis durch Forschung und Evaluation.

Abbildung 1: Fünf Phasen des Prozessmodells Soziale Arbeit im Suchtbereich im Überblick. *Anmerkung.* Übernommen vom «Empfehlungen für die Soziale Arbeit in der Suchthilfe und -prävention» (S. 18) von AvenirSocial, Fachhochschule Nordwestschweiz, Fachverband Sucht, & schweizerischer Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, 2024b. <https://www.mas-sucht.ch/empfehlungen/>

In Ergänzung zum oben aufgeführten Prozessmodell wird in Empfehlungen für die Soziale Arbeit in der Suchthilfe und -prävention erläutert, inwiefern in diesem Handlungsfeld eine gelingende interprofessionelle Kooperation von Bedeutung ist. Sie stellt sich als Grundlage für einen wirksamen Unterstützungsprozess heraus, welcher die soziale und die lebensweltliche Sichtweise der Adressat:innen berücksichtigt. Die Integration verschiedener Unterstützungsangebote in das individuelle Lebensführungssystem der Adressat:innen wird dabei von Sozialarbeitenden übernommen und initiiert, um Zielvereinbarungen und Massnahmenpläne gemeinsam mit den Adressat:innen und anderen Professionen zu entwickeln und zu koordinieren. Sie leiten die interprofessionelle Zusammenarbeit auf der Grundlage des biopsychosozialen Modells. Dabei kann Methodenwissen um soziale Netzwerkarbeit und Mediationsarbeit sowie Fallbesprechungen angewendet werden. (AvenirSocial et al., 2024b, S. 19)

2.1.3 Auftragsklärung und Mandate

In Anbetracht des thematischen Fokus der Bachelorarbeit, welcher sich mit der Angebotsausgestaltung und den Zuständigkeiten hinsichtlich Adoleszenter im stationären Suchtbereich befasst, scheint es sinnvoll, auf Aufträge und deren Klärung Bezug zu nehmen. Dies nicht zuletzt aufgrund der eingeschränkten

Entscheidungsgewalt der Jugendlichen, welche den Einbezug des Systems und eine gelingende Auftragsklärung aufgrund vielseitiger und teilweise widersprüchlicher Erwartungen voraussetzt.

Die Auftragsklärung ist als Grundlage für einen fokussierten Hilfeprozess von grosser Bedeutung, da sie ermöglicht, Interventionen zu planen und durchzuführen. Dies verlangt eine kontinuierliche Neuverhandlung der Aufträge, damit die Beteiligten zu einer laufenden und aktualisierten Einigung über Ziele und Grenzen der Zusammenarbeit kommen (Abplanalp et al., 2020, S. 93–94).

Abplanalp et al. (2020) identifizieren drei charakteristische Auftragsebenen für die professionelle Soziale Arbeit, die häufig Spannungsverhältnisse mit sich bringen. Diese sind:

- der klient:innenbezogene Auftrag
- der Auftrag der Organisation
- der Auftrag der Sozialen Arbeit (S. 42).

Um auf Spannungsverhältnisse zwischen diesen Aufträgen einzugehen, bietet sich eine genauere Betrachtungsweise an, wie sie beispielsweise von Silvia Staub-Bernasconi (2018) in Form des Tripelmandats beschrieben wird.

Sie beschreibt diese von Fachpersonen der Sozialen Arbeit geleistete Vermittlungsarbeit zwischen den ebenbürtigen Instanzen als Herausforderung, bei der es darum geht, zu einer gelingenden Konfliktlösung beizutragen. (S. 111–123)

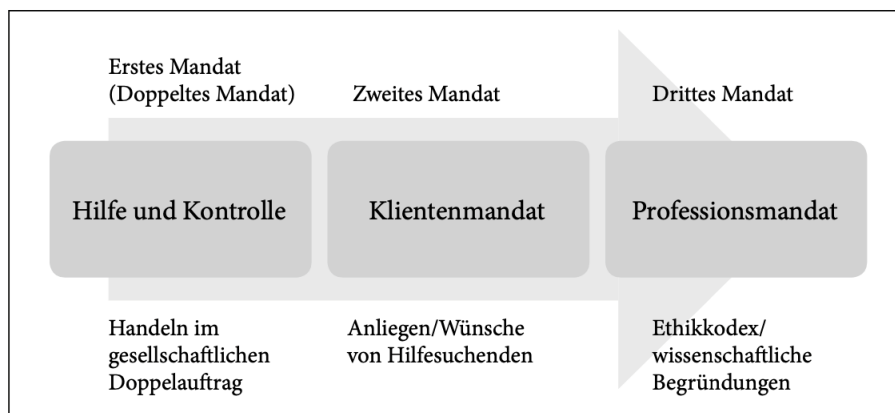


Abbildung 2: Das Tripelmandat. *Anmerkung.* Übernommen aus «Beraten in der Sozialen Arbeit. Eine Verortung zentraler Beratungsanforderungen» (S. 57), von Abplanalp, E., Cruceli, S., Disler, S., Pulver, C., & Zwilling, M., 2020, Haupt.

Basierend auf ihrem Verständnis der Sozialen Arbeit als «Menschenrechtsprofession» entwickelt sie das Tripelmandat, welches das Spannungsverhältnis der Hilfe- und Kontrollfunktion als erstes und das Klient:innenmandat als zweites Mandat festlegt. Das dritte Mandat der Profession bildet gleichzeitig die Basis für eine professionelle Soziale Arbeit mit eigener Expertise, wodurch nach ihr der Grundbaustein für gleichwertige Dialoge mit anderen Professionen gelegt wird. (Abplanalp et al., 2020, S. 57–58)

AvenirSocial (2014b) schreibt in Ergänzung dazu, dass die Aufgabe der Profession darin liegt, in der Arbeit sowie in Kooperation mit anderen professionellen Fachpersonen zu einer (Wieder)Herstellung der Handlungsfähigkeit der Adressat:innen(gruppen) beizutragen. Diese Handlungsfähigkeit legt den Grundstein für die Kompetenz, die Gestaltung der Lebensverhältnisse in die Hand zu nehmen und aus eigener Kraft heraus (wieder) in soziale Beziehungen investieren zu können. (S. 2)

2.2 Die Lebensphase der Adoleszenz

Die Adoleszenz bezeichnet laut Schwarz (2022) die Lebensphase zwischen Kindheit und Erwachsenenalter, in der Jugendliche allmählich ihre kindlichen Abhängigkeiten überwinden und erwachsene Verhaltensweisen und Rollen annehmen. Eindeutige Altersgrenzen für den Beginn und das Ende der Adoleszenz gibt es laut diesem Lexikon nicht, da diverse Quellen unterschiedliche Ansichten vertreten. Viele Expert:innen setzen den Beginn der Adoleszenz mit dem Einsetzen der Pubertät gleich, auch wenn dieser Prozess aufgrund seiner individuellen Natur und der heutzutage beschleunigten Entwicklung schwer zu bestimmen ist. Das Ende der Adoleszenz kann an rechtlichen Kriterien wie der Volljährigkeit festgemacht werden. Eine absolute Aussagekraft besteht jedoch nicht, beispielsweise weil Gesellschaften des globalen Nordens oft längere Ausbildungszeiten und verzögerte familiäre Übergänge erleben, welche über die Vollendung der Minderjährigkeit hinausgehen. Das Ende der Adoleszenz kann sich daher eher an subjektiven Faktoren wie Eigenverantwortung und der Fähigkeit, selbständig zu handeln und Entscheidungen zu treffen, orientieren, wobei auch diese Anhaltspunkte gesellschaftlichen Normen und Wertvorstellungen unterliegen. (Schwarz, 2022)

2.2.1 Phasen des Übergangs - Transitionen

Veränderungen und Entwicklung charakterisieren nach Abplanalp et al. (2020) das menschliche Leben (S. 155). Idealerweise erfüllt der Mensch während seines Lebens verschiedene entwicklungspsychologische Aufgaben – welche im Anschluss noch aufgeführt werden – und findet einen gelingenden Umgang mit kritischen Lebensereignissen, welche aufgrund der sich laufend verändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eine kontinuierliche Anpassung des Individuums fordern (S. 155). Diese biografischen Übergänge werden von Abplanalp et al. (2020, S. 157) als «Transitionen» beschrieben, wobei diese in planbare und unvorhersehbare Transitionen unterteilt werden (Sonneck et al. 2016, S. 33–38). Unter die planbaren Transitionen, welche zum einen biologisch und zum anderen gesellschaftlich normiert sind, fallen nach Abplanalp et al. (2020) beispielsweise die Pubertät, der Eintritt in die Volljährigkeit und in die Erwerbsarbeit (S. 158).

In Abgrenzung dazu definieren Gabriel und Keller (2015) vier Kategorien kritischer Lebensereignisse, welche sich laut Abplanalp et al. (2020) durch die Unvorhersehbarkeit des Eintritts sowie durch die hervorgerufene Belastung als existenzielle Bedrohung auf diversen Ebenen zeigen können (S. 48–49).

So beschreiben Gabriel und Keller (2015) die entwicklungspsychologischen Ereignisse – etwa Transitionen (vgl. Kapitel 2.2.1) – welche beim Durchlaufen von Entwicklungsaufgaben entstehen. Situationale Ereignisse beschreiben Veränderungsmomente, in welche Menschen für sie neue (soziale) Umweltgegebenheiten eingebunden werden, wie es bei Adoleszenten etwa beim Eintritt in die Erwerbsarbeit der

Fall sein kann. Physikalische Ereignisse beschreiben körperliche Belastungen wie etwa Krankheiten, welche mit Ohnmachtserfahrungen einhergehen und die eigene Person sowie nahestehende Menschen betreffen können. Auch individuelle Erlebnisse, wie das Umziehen eines Freundes oder einer Freundin, bilden eine Kategorie kritischer Lebensereignisse, wenn diese subjektiv, als diese gedeutet werden. (S. 48–49)

Wie durch den oberen Abschnitt entnommen werden konnte, sind Transitionen von vielen Veränderungen, normativen, aber auch kritischen Lebensereignissen geprägt. Niebank et al. (2004) beschreiben die Entwicklungsübergänge als eine Phase erhöhter Vulnerabilität (S. 326). Die Gewohnheiten und Beziehungen transformieren sich und eine Vielzahl von Entwicklungsanforderungen muss bewältigt werden (S. 326). Diese Übergänge stellen eine erhöhte Gefahr dar, psychische Erkrankungen zu entwickeln, wenn die Adressat:innen Schwierigkeiten haben, die Anforderungen und Aufgaben zu bewältigen (S. 326). Jedoch wird auch betont, dass die Entwicklungsübergänge als Chance gesehen werden können, damit die Adressat:innen in einer neuen Umgebung von positiven Einflüssen umgeben sind (S. 326).

2.2.2 Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz

Adoleszente stehen in ihrer von Vulnerabilität und Übergängen gekennzeichneten Lebensphase vor vielfältigen Entwicklungsaufgaben, wie dem Kapitel 2.2.1 entnommen werden konnte, welche nun genauer ausgeführt werden.

Entwicklungsaufgaben, welche durch das Individuum bewältigt werden müssen, erstrecken sich über die gesamte Lebensspanne (Eschbeck & Knauf, 2018, S. 25). In der Phase der Jugend geht es gemäss Havighurst (zitiert nach Eschbeck & Knauf, 2018, S. 25) um Ablösungsprozesse, das Schliessen einer romantischen Beziehung, Lernen Verantwortung zu übernehmen oder Themen zur Schule und Berufswahl (S. 25). In dieser Lebensphase werden Wertvorstellungen, Normen sowie die eigene Identität entwickelt (S. 24). Wichtige Aufgaben der Lebensphase der jungen Erwachsenen sind gemäss Havighurst (zitiert nach Eschbeck & Knauf, 2018, S. 25) der Abschluss der Ausbildung, der Einstieg in die Berufstätigkeit, das Führen eines eigenen Haushaltes und der Aufbau einer stabilen Beziehung zu Partner:innen (S. 25).

Die heutigen Entwicklungsaufgaben Adoleszenter in Deutschland werden in der Shellstudie (2015, zitiert nach Eschenbeck und Knauf, 2018, S. 25–27) in vier Clustern dargelegt. Erstens geht es um den Erwerb schulischer und beruflicher Qualifikationen, was den Erwerb von Wissen, selbstverantwortlichem Handeln und den Übergang in das Erwerbsleben sowie eine finanzielle Unabhängigkeit umfasst. Zweitens stehen die Entwicklung einer Geschlechtsidentität und der Aufbau sozialer Bindungen zu Peers im Fokus, was die Auseinandersetzung mit dem sich verändernden Körper, die Entwicklung einer Geschlechtsidentität, die emotionale Ablösung der Herkunftsfamilie und den Aufbau von Beziehungen zu Freund:innen und Partner:innen einschliesst, was die Basis für eine mögliche Familiengründung legt. Das dritte Cluster befasst sich mit der Nutzung von Konsum-, Medien- und Freizeitangeboten, was die Entwicklung des Freizeitverhaltens, die verantwortungsvolle Nutzung von Medien sowie die Regeneration der psychischen und körperlichen Kräfte umfasst. Viertens stehen die Art der Lebensführung und

somit der Aufbau eines eigenen Wertesystems im Mittelpunkt, was die Ausbildung ethischer Prinzipien und die Fähigkeit zur politischen Partizipation einschliesst. Diese vier Cluster weisen bis auf die neuen Anforderungen im Umgang mit Konsumangeboten, Freizeitaktivitäten und der Nutzung von Medien viele Parallelen zu dem ursprünglichen Konzept der Entwicklungsaufgabe, welches von Robert J. Havighurst (1948, 1972, 1953) an der Universität Chicago entwickelt wurde (Eschenbeck & Knauf 2018, S. 25–27).

2.2.3 Risiko- und Schutzfaktoren

Risikofaktoren werden von Infodrog (2022b) als auf individueller, sozialer und umweltbezogener Ebene wirkende Faktoren bezeichnet, welche die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung von Entwicklungsstörungen oder Krankheiten erhöhen können, jedoch nicht zwangsläufig zu einer Krankheit oder Sucht führen müssen (Infodrog, 2022b). Laut Holtmann und Schmidt (2004) können sie somit «als krankheitsbegünstigende, risikoe erhöhende und entwicklungshemmende Merkmale definiert» (S. 196) werden. Da jedoch nicht alle Personen mit Risikofaktoren zwangsläufig erkranken, sollten sie nicht als kausal zusammenhängende Ursachen für Krankheiten angesehen werden (Infodrog, 2022b).

Es existieren laut Infodrog (2022b) zwei wesentliche Risikokategorien für Suchterkrankungen: die persönlichen und die Umweltfaktoren.

Psychische Probleme wie Depressivität und Angststörungen, bereits vorhandener Substanzkonsum, Gewalt- und Missbrauchserfahrungen, kognitive und neurologische Defizite, geringe Impulskontrolle, mangelnde soziale Ressourcen und Kompetenzen sowie – besonders bei Jugendlichen – geringe schulische Leistungen und Delinquenz gehören zu den wichtigsten persönlichen Risikofaktoren für eine Suchterkrankung. Umweltbezogene Risikofaktoren entstehen auf den drei Ebenen der Sozialisationsinstanzen, konkret durch strukturelle Gegebenheiten in der Gesellschaft, dem sozialen Umfeld, dem Arbeits- oder Ausbildungsplatz und der Familie. Dazu zählen unter anderem eine geringe soziale Verbundenheit, ein unkomplizierter Zugang zu Suchtstoffen, der ungünstige Einfluss von Peers, ein niedriger sozioökonomischer Status sowie ein dysfunktionales Familiensystem. (Infodrog, 2022b).

Schutzfaktoren können die Wirkungen von Risikofaktoren ausgleichen, weshalb sie als Merkmale eines Menschen, seiner sozialen Umgebung und der Gesellschaft, die ihn umgibt, bezeichnet werden. Sie wirken sich positiv auf dessen Wohlbefinden und Gesundheit aus (Infodrog, 2022c).

Infodrog kategorisiert Schutzfaktoren ebenso wie Risikofaktoren in persönliche und umweltbezogene Faktoren. Persönliche Schutzfaktoren beziehen sich auf das Individuum selbst, einschliesslich seiner oder ihrer biopsychischen Merkmale, Fähigkeiten und Verhaltensweisen. Im Gegensatz dazu umfassen umweltbezogene Schutzfaktoren die sozialen und physischen Umgebungen einer Person, wie Familie, Peers und gesellschaftliche Strukturen. (Infodrog, 2022c)

Für die Prävention von Sucht sind nach Infodrog (2022c) Selbstwirksamkeit, Optimismus und positive Zukunftserwartungen, soziale Fähigkeiten und Problemlösungskompetenzen, hohe kognitive und emotionale Kompetenzen sowie Lebenszufriedenheit die bedeutendsten persönlichen Schutzfaktoren. Diese decken sich mehrheitlich mit den in der Adoleszenz zentral erscheinenden Schutzfaktoren, die

bei der Kauai-Studie bei den «als resilient eingestuften Jugendlichen» erkannt wurden (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2019, S. 18). Beispiele hierfür sind ebenfalls eine realistische Zukunftsperspektive, ein positives Selbstwertgefühl sowie eine hohe Leistungsmotivation (S. 18).

Eine gute soziale Ausgangslage, ein gesellschaftliches Normensystem, gesellschaftliche und ökonomische Partizipationsmöglichkeiten, eine positive Arbeits- oder Ausbildungsatmosphäre, ein starkes soziales und familiäres Netzwerk, dauerhafte Beziehungen und Bindungen sowie soziale, kulturelle und religiöse Aktivitäten sind die wichtigsten Schutzfaktoren auf der Ebene der sozialen Umweltfaktoren, wenn es um Sucht geht (Infodrog, 2022c). Auch hier korrelieren die jugendspezifisch ausgearbeiteten Faktoren der Kauai-Studie mit denen von Infodrog (2022c), welche bei Sucht wirken, sehr ähnlich. Als resilient bezeichnete Jugendliche verfügen zum Beispiel vermehrt über feste Bezugspersonen außerhalb der Familie als Jugendliche ohne diese Zuschreibung. Sie führen oft gelingendere Beziehungen im schulischen Kontext und sind glücklicher mit den sozialen Unterstützungsleistungen, die sie erhalten (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2019, S. 18).

2.2.4 Resilienzentwicklung und die Anwendung der WHO Lebenskompetenzen

Adoleszente stehen in ihrer vulnerablen Lebensphase voller Transitionen (vgl. Kapitel 2.2.1), vor diversen Herausforderungen, welche nicht zuletzt durch die Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben (vgl. Kapitel 2.2.2) bedingt sind. Die bis dahin erarbeitete Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren ist in dieser vulnerablen Phase nur noch teilweise wirksam (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2020, S. 78), weshalb Resilienz als Konzept der psychischen Widerstandsfähigkeit gegenüber bio-psycho-sozialen Entwicklungsrisiken (Wustmann, 2004, S. 18) zu einem gewissen Teil neu aufgebaut werden muss (Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse, 2020, S. 78). Um diesen Neuaufbau in Zusammenhang mit dessen Anwendungsbereich in der Praxis zu bringen, werden die Resilienzfaktoren sowie die Lebenskompetenzen der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1994) etwas genauer beschrieben.

Resilienzfaktoren sind nach Wustmann (2016) Merkmale, die das Kind im Laufe der Zeit mittels der erfolgreichen Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben sowie in der Interaktion mit der Umwelt entwickelt (S. 46).

Diese Faktoren sind nach ihr besonders wichtig für die Bewältigung schwieriger Lebenssituationen, was sowohl in Ergänzung zu der Bedeutung der Adoleszenz als wesentlicher Adressat:innengruppe der Sozialen Arbeit als auch aufgrund des ursprünglichen Schwerpunkts der Resilienzforschung im Kindes- und Jugendalter (Kluge, 2004, S. 4) die Anwendung von Resilienzkonzepten in verschiedenen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit relevant macht. Bühler und Heppekhausen (2005) beschreiben potenzielle Resilienzförderung auch als Lebenskompetenzförderung, weil sie als «Umsetzungsstrategie des Risiko- und Schutzfaktorenmodells» verstanden wird (S. 20). Dies wiederum, da die von Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse zusammengefassten Resilienzfaktoren verschiedener Quellen (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2019, S. 41–42) mit den zehn zentralen Lebenskompetenzen der WHO (1994) korrelieren.

Die WHO (1994) formuliert zehn Lebenskompetenzen (S. 5)

- Selbstwahrnehmung
- Empathie
- Stressbewältigung
- Gefühlsbewältigung
- Kommunikationsfähigkeit
- Beziehungsfähigkeit
- Kritisches Denken
- Kreatives Denken
- Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen
- Problemlösefähigkeiten (WHO, 1994, S. 5 übersetzt von Berner Gesundheit, 2017)

Laut der Berner Gesundheit tragen die Lebenskompetenzen dazu bei, gelingende soziale Interaktionen zu gestalten und Herausforderungen im Leben sowie im Alltag bewältigen zu können (2017). Laut umfassender Analyse diverser Langzeitstudien, einer Querschnittstudie sowie bedeutender internationaler Reviews und Überblicksarbeiten zu Resilienz lassen sich folgende sechs Faktoren, die die Resilienz einer Person unterstützen, als besonders relevant für die Bewältigung von Krisensituationen, Entwicklungsaufgaben sowie alltäglichen Belastungen definieren (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2019, S. 42):

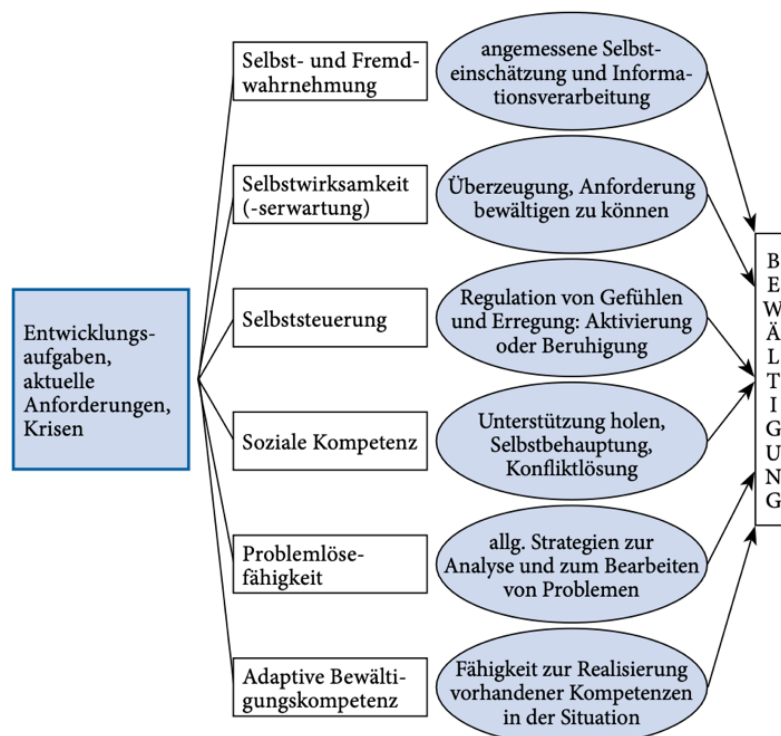


Abbildung 3: Besonders relevante Resilienzfaktoren. Anmerkung. Übernommen aus «Resilienz» (5. aktualisierte Aufl., S. 43), von Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönna-Böse, M. (2019). Ernst Reinhardt.

Die WHO (1994) empfiehlt, die zehn Lebenskompetenzen als Basis für Präventions- und Interventionsprogramme zu verwenden (zitiert nach Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2019, S. 42). Ein Anwendungsbereich sind beispielsweise Präventionsprogramme für Adoleszente, welche sich laut Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse (2019) oft auf die Prävention spezifischer Suchtfaktoren substanzgebundener Abhängigkeiten beziehen (S. 79).

Infodrog schreibt in Ergänzung dazu, dass für die Bestimmung der Risikogruppen im Bereich der selektiven Prävention im Suchtbereich die Identifikation der vorhandenen Risikofaktoren eine zentrale Rolle

spielt (Infodrog, 2022b). Eine differenzierte Betrachtung des Alters in Präventionsprogrammen ermöglicht es nach Bengel et al. (2009) zusätzlich, die verschiedenen Entwicklungsphasen und -aufgaben sowie die altersspezifischen Schutzfaktoren angemessen zu berücksichtigen (S. 122). Präventionsprogramme fördern somit auf Basis des Wissens um Risikofaktoren und Entwicklungsaufgaben die sechs beschriebenen Lebenskompetenzen sowie die Perspektiven für die künftige Lebensplanung, wobei sie auch oft einen spezifischen Fokus auf suchtbetonte Verhaltensweisen legen (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, S. 79).

2.3 Sucht

Dieses Kapitel setzt sich mit der Definition von Sucht im medizinischen und sozialarbeiterischen Verständnis auseinander. Dabei wird der Fokus auf die Adoleszenz gelegt. Die Nationale Strategie Sucht im Bereich der Therapie und Behandlung und deren Ziele wird kurz umschrieben, um anschliessend auf die Behandlung Adolozeszenten im stationären Setting Bezug zu nehmen.

2.3.1 Adoleszenz und Sucht

In der Medizin wird eine Suchtmittelabhängigkeit mithilfe des ICD-10 diagnostiziert. Diese standardisierte Diagnostik wird in der Praxis beispielsweise mit klinischen Interviews, Fragebögen oder Instrumenten zur Fremdanamnese, wie die «Child behaviour checklist» ergänzt. Zusätzlich werden die Adressat:innen physisch und neurologisch untersucht. Für Kinder und Jugendliche gibt es das multiaxiale Klassifikationsschema, MAS nach ICD-10, welches für die Diagnose bei psychischen Erkrankungen verwendet wird. Bei diesem Schema werden zusätzlich zu den psychischen Störungen auch entwicklungspsychologische Aspekte miteinbezogen. Dazu gehören beispielsweise Störungen in der Entwicklung, speziell der Sprachentwicklung, Krankheiten oder psychosoziale Faktoren, welche den Substanzmissbrauch fördern oder der Stand des psychosozialen Funktionsniveaus. (Batra & Bilke-Hentsch, 2022, 15–21)

Dadurch wird die Wichtigkeit des Einbezugs der Entwicklung der Adolozeszenten ersichtlich.

Gemäss der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD-10), ist eine substanzgebundene Suchtmittelabhängigkeit eine Krankheit, welche als psychische Störung- und Verhaltensstörung durch psychoaktive Substanzen eingeordnet wird (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM], 2022, F10–F19). Symptome, welche gemäss ICD-10 auftreten können sind:

- Der starke Drang psychoaktive Substanzen zu konsumieren
- Schädigung der physischen und psychischen Gesundheit
- Entzugssymptome beim Absetzen oder bei der verminderten Einnahme der Substanz
- Toleranzentwicklung
- Vernachlässigung persönlicher Angelegenheiten
- Reduzierte Kontrollfähigkeit beim Konsum
- Weiterführender Konsum, trotz negativer Auswirkungen (BfArM, 2022, F10–F19).

Wie Kirschenbauer (2023) schreibt, ist bei den Adoleszenten wichtig zu beachten, dass das Erlernen eines verantwortungsvollen Umgangs mit Substanzen zu den wichtigsten Entwicklungsaufgaben des Jugendalters zählt (S. 198). Nicht jeder Substanzkonsum ist daher risikoreich. Wird der Umgang mit den Substanzen jedoch als Krankheit eingestuft, sollen auch die altersspezifischen Besonderheiten berücksichtigt werden, wie zum Beispiel, dass die Adoleszenten oft nicht freiwillig an der Behandlung teilnehmen wollen (Arnaud & Thomasius, 2019, S. 91). Die Entwicklungspyramide von Lammel (2016) zeigt die Entwicklung einer Sucht auf (S. 12). Der Substanzkonsum kann zu Beginn experimentell erfolgen und erst mit der Zeit missbräuchlich werden (S. 12). Durch die Gewöhnung an die Substanzen, kann dies in die Abhängigkeit führen (S. 12). Wie Arnaud und Thomasius (2019) betonen, sind die Gründe für eine Entstehung der Sucht multifaktoriell (S. 64). Dies bedeutet, dass nicht nur ein Risiko, sondern verschiedene, welche miteinander in Wechselwirkung stehen, für die Entstehung einer Krankheit verantwortlich sind (S. 64). Diese Risikofaktoren können durch biologische, psychologische oder soziale Faktoren bedingt sein (S. 65). Diese, sowie auch Schutzfaktoren, werden im Kapitel 2.2.3 thematisiert.

Die Auswirkungen einer Suchtmittelabhängigkeit können gesundheitliche, aber auch soziale Folgen haben (Gremminger, 2021, S. 17). Personen mit einer Suchterkrankung tragen das höhere Risiko, die Arbeitsstelle oder die Wohnung zu verlieren (S. 18). Wiederum kann aber auch die Arbeitslosigkeit oder eine Kündigung der Wohnung die Sucht begünstigen (S. 17). Auch hier zeigen sich wieder die multifaktoriellen Ursachen, welche die Entstehung einer Sucht bedingen können (S. 17). Die Medienmitteilung von AvenirSocial et al. (2024a) vom Januar 2024 betont, dass die soziale Dimension bei Personen mit Suchtproblematik in den letzten Jahren kontinuierlich abgenommen hat (S. 1). Weiter betonen sie die Relevanz, aufgrund dieser Verschlechterung, in der professionellen psychosozialen Beratung und Unterstützung sowie der Koordination und Vernetzung der Adressat:innen und dessen Umfeld, welche Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit darstellen (S. 1).

Wie im Kapitel 1.1. und 2.2 bereits beschrieben, ist die Lebensphase der Adoleszenz von vielen verschiedenen Veränderungen und von Vulnerabilität geprägt. In der Adoleszenz ist auffallend, dass die Adressat:innen im Vergleich zu den Erwachsenen vermehrt Komorbiditäten aufweisen, also zur Suchtmittelabhängigkeit noch weitere psychische Erkrankungen bestehen (Arnaud & Thomasius, 2019, S. 60). Wie im Kapitel 1.2 aufgezeigt wurde, haben durch die Corona Pandemie die psychischen Erkrankungen zugenommen, was eine zusätzliche Herausforderung für die Adressat:innen darstellt. Es wird angenommen, dass der Substanzkonsum zur Selbstmedikation bei solchen Erkrankungen oder Belastungen angewendet wird (Infodrog, 2022a, S. 4). Dadurch kann die Selbstmedikation als Strategie verstanden werden, um mit Belastungen umzugehen (S. 4). Auch Kirschenbauer (2023) schreibt, dass häufig zusätzlich zur Diagnose Sucht, weitere Begleiterkrankungen diagnostiziert werden (S. 193). Oft sei die Erkrankung bereits vor der Sucht vorhanden (S. 193). Jedoch betont er auch, dass schwer einzuschätzen sei, ob die weitere Erkrankung eine Folge der Sucht ist oder nicht (S. 193). Dies zeigt die Schwierigkeit auf, die Sucht und die weiteren Erkrankungen zu erkennen und adäquat zu behandeln.

Die häufigsten psychoaktiven Substanzen, welche die Adressat:innen konsumieren, sind Alkohol, Medikamente, Cannabis und weitere illegale Substanzen wie zum Beispiel Kokain (Balsiger et al., 2023a, S. 2–3). Der häufig beobachtete Mischkonsum in der Adoleszenz wird bereits durch Balsiger et al.

(2023a) genannt (vgl. Kapitel 1.2). Der Mischkonsum sei nicht eine neue Erkenntnis in dieser Altersgruppe, jedoch zeige sich, dass die Adressat:innen immer jünger werden (Bachmann, 2023, S. 14). Auch werde der Mischkonsum zur Bewältigung von Stress und zur Regulation von Emotionen angewendet (S. 14). Des Weiteren werden die Substanzen gemischt, um den Effekt des Konsums zu steigern (S. 14). Auch wird betont, dass der Zugang zu Benzodiazepinen und opioidhaltigen Schmerzmitteln einfacher geworden sei (S. 14). Wie im Kapitel 1.2 aufgezeigt wurde, ist diese Mischung von Substanzen gefährlich und kann zum Tode führen. Gründe, die für den Konsum bei Adoleszenten genannt werden, sind unterschiedlich, wie beispielsweise das Ausprobieren, die Regulierung der Gefühle, das Berauschen und «Abschalten» oder das Konsumieren auf Parties (Bachmann, 2023, S. 15).

2.3.2 Nationale Strategie Sucht

Durch die nationale Strategie Sucht soll die Gesundheit gefördert und die Entstehung von Krankheiten vermindert werden. Die übergeordneten Ziele sind die Verhinderung von Sucht und die damit einhergehende Verminderung von negativen gesundheitlichen, sozialen und gesellschaftlichen Auswirkungen. Zudem sollen die Adressat:innen die erforderliche Unterstützung durch passende Angebote erhalten. Es wurden acht Handlungsfelder definiert, siehe Abbildung 4. Da der Fokus dieser Arbeit auf der Therapie und der Beratung liegt, werden nur diese Teile umschrieben, was nicht bedeutet, dass den anderen Teilen weniger Wichtigkeit zukommen. (BAG, 2015, S. 4)

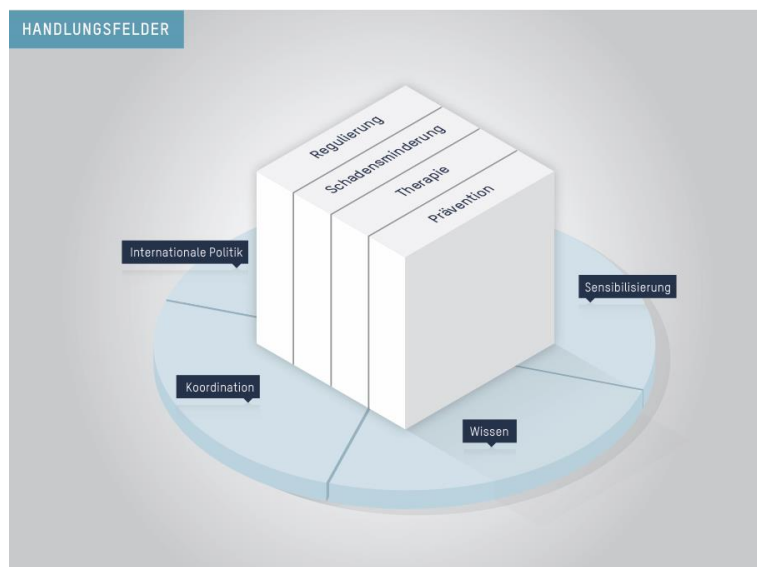


Abbildung 4: Handlungsfelder. *Anmerkung.* Übernommen aus «Nationale Strategie Sucht 2017–2024, von Bundesamt für Gesundheit, 2015. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>»

In Therapie und Beratung geht es darum, die Adressat:innen in der Bekämpfung der Sucht und der sozialen (Re)Integration zu unterstützen. Die Behandlungs- und Beratungsangebote sollen interprofessionell ausgestaltet und den Bedürfnissen der Adressat:innen angepasst sein. Der Fokus liegt auf der bio-psycho-sozialen Beratung und soll die Lebensqualität der Adressat:innen verbessern. Die Nationale Strategie Sucht hält fest, dass die medizinischen und psychiatrischen Anbieter:innen mit denen aus dem sozialmedizinischen und psychosozialen stärker verknüpft werden sollen. Dadurch soll die Qualität

und die Wirksamkeit der Angebote trotz verschiedener rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen gewährleistet werden. Die Finanzierung dieser Koordination wird noch abgeklärt. Ziel der Strategie ist es auch, die Suchthilfe auf einem guten Qualitätsstandard zu (er)halten. Auch sollen weitere Anbieter:innen und involvierte Stellen ausserhalb der Suchthilfe aktiver in die Zusammenarbeit einbezogen werden, um eine möglichst umfassende Behandlung gewähren zu können. (BAG, 2015, S. 7–42)

2.3.3 Suchtbehandlung Adoleszenter

Wie sich aus dem vorangehenden Kapitel zeigt, wird auch in der Nationalen Strategie Sucht betont, dass es passende Angebote in der Therapie und der Beratung braucht, ohne den expliziten Verweis auf Adoleszente. Arnaud und Thomasius (2022) betonen die Wichtigkeit eines spezialisierten Angebots für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen (S. 341). Durch die Studie der Hochschule Luzern (2023) werden Versorgungslücken in der stationären Suchtbehandlung für Adoleszente wahrgenommen (vgl. Kapitel 1.2). Auch die Bedarfs- und Situationsanalyse von Infodrog (2022a) bestätigt, dass es in der stationären Suchtbehandlung zu wenig Angebote gibt, welche sich sowohl für die Lebensphase wie auch auf die Sucht spezialisiert haben (S. 5). Des Weiteren werden Schwierigkeiten bei der Zuweisung umschrieben (S. 5).

Auch die Relevanz der Spezialisierung des Übergangs vom Jugend- in das junge Erwachsenenalter wird durch Arnaud und Thomasius (2022) betont (S. 341). Der Behandlungsbedarf der Adressat:innen in diesem Übergang ist komplex (S. 342). Sie benötigen Unterstützung im pädagogischen und beruflichen Bereich und besondere Aufmerksamkeit aufgrund der Entwicklungsdefizite und Komorbiditäten (S. 348). Arnaud und Thomasius (2019) betonen, dass das gleichzeitige Auftreten von Sucht und komorbiden Erkrankungen im Behandlungsangebot aufeinander abgestimmt sein sollte (S. 103).

Wie Infodrog (2022a) und Andreae et al. (2020) beschrieben haben (vgl. Kapitel 1.1), betonen auch Arnaud und Thomasius (2022), dass die Erwachsenenpsychiatrie nicht für diese Altersgruppe spezialisiert sei (S. 342). Durch den Eintritt in die Erwachsenenpsychiatrie ende oft der Einbezug der Familie, der Schule, der Angebote der Jugendhilfe, insbesondere der pädagogischen Angebote, welche die Adressat:innen aber noch benötigen (S. 342). Es wird genannt, dass es Handlungsbedarf gibt in der Vernetzung zwischen den Institutionen, beispielsweise der Erwachsenenpsychiatrie, der Suchtberatung und der Jugendhilfe, sowie der kontinuierlichen Übergänge von einem in das andere Angebot (S. 346–348). Damit wird erneut der Bedarf eines spezialisierten Angebots ersichtlich. Arnaud und Thomasius (2022) führen auf, dass das Ziel in den Psychiatrien häufig die Abstinenz ist (S. 345). Sie betonen dabei aber die Relevanz der schrittweisen Reduktion der Substanz (S. 345).

Bei der Behandlung der Adoleszenten sollten psychosoziale, medizinische, entwicklungspsychologische sowie pädagogische Aspekte berücksichtigt werden. Es wird zudem betont, dass die Familie und elementare Bezugspersonen mit einbezogen werden sollen. In stationären Settings werden individuelle Therapiepläne empfohlen, damit die Sucht, die Komorbiditäten sowie die sozialen Herausforderungen aufeinander abgeglichen werden können. Des Weiteren wird empfohlen, dass die Adressat:innen Zugang zu Psychotherapien und psychosozialen Therapien erhalten. Dazu gehören Sporttherapien, das Trainieren sozialer Fertigkeiten oder freizeitpädagogische Massnahmen. Für Minderjährige wird die

Wichtigkeit der Möglichkeit des schulischen Unterrichts in der Klinik umschrieben. (Bilke-Hentsch et al. 2020, S. 28–29)

Die Relevanz der Wiedereingliederung ins schulische Setting, aufgrund Schul- oder Lehrabbrüche, werden betont, damit die Behandlung positiv verläuft. Auch werden stark strukturierte Wochenpläne und eine begleitete Gestaltung der Freizeit, beispielsweise durch die Pädagogik empfohlen. Die Motivation zur Behandlung ist bei den Adoleszenten nicht immer gegeben, oft wird die Behandlung durch die Angehörigen gewünscht. Daher muss die Motivation mit den Adressat:innen während dem Behandlungsprozess erarbeitet werden. (Bilke-Hentsch et al., 2016, 108–110)

Eine dafür passende Methode kann die motivierende Gesprächsführung sein. Diese kann besonders bei Adressat:innen angewendet werden, welche wenig Motivation zeigen (Widulle, 2020, S. 116). Diese Methode ist durch die Therapie mit Adressat:innen mit Suchtmittelabhängigkeit entstanden (Miller & Rollnick, 2015, S. 23). Das Ziel ist die intrinsische Motivation zu fördern und dadurch eine Veränderung herbeizuführen (S. 24). Auch in der Sozialen Arbeit wird diese Methode verwendet (S. 24).

Das interprofessionelle Team in der stationären Suchtbehandlung besteht grundsätzlich aus Ärzt:innen, Psycholog:innen, Pflegefachpersonen, Sport- und Kunsttherapeut:innen und Fachpersonen der Sozialen Arbeit (Kaufmann, 2021, S. 77). Reis (2022) schreibt, dass die Entwicklung von Sucht eines Modells bedarf, welches sich multidisziplinär auf mehreren Ebenen mit der Suchthematik auseinandersetzt (S. 30). Dabei sollen die Wechselwirkungen der Droge, Adressat:innen und deren Umwelt miteinbezogen werden (S. 30). Pauls (2011) schreibt, dass für die Entstehung sowie die Behandlung einer Krankheit soziale, psychische und physische Faktoren berücksichtigt werden müssen (S. 99), so also auch bei einer Suchterkrankung. Bei der Behandlung von Krankheiten sollten im Rahmen des bio-psycho-sozialen Modells alle drei Säulen im gleichen Ausmass berücksichtigt werden (Wunderer, 2015, S. 21). Wie Krebs et al. (2021) schreiben, beeinflusst eine bestehende Suchtmittelabhängigkeit die Lebensführung der Adressat:innen (S. 24). Sie betonen die Wichtigkeit der sozialen Dimension bei der Entstehung und beim Verlauf von psychischen Krankheiten (S. 24). Der Sozialen Arbeit komme eine weniger starke Relevanz im Behandlungsprozess zu als den anderen Professionen (S. 24). Zudem stellt die Finanzierung der Behandlung die Soziale Arbeit vor Herausforderungen (AvenirSocial et al., 2024b, S. 4). Die Soziale Arbeit wird nicht von der Krankenkasse anerkannt, wie die Medizin oder Psychologie, wodurch sie nicht den Krankenkassen finanziert wird (S. 4). Dadurch nimmt der Handlungsspielraum der Sozialen Arbeit ab (S. 4).

Die verschiedenen Professionen haben eine andere Sichtweise auf die Bearbeitung der Sucht (AvenirSocial et al., 2024b, S. 8). Die Ärzt:innen und Psycholog:innen legen den Fokus auf die biologische und psychologische Dimension, die Sucht wird als Krankheit verstanden (S. 8). Die Soziale Arbeit bearbeitet die soziale Dimension, dabei wird die Sucht als Lebensbewältigung verstanden (S. 8). Das Zusammenspiel der unterschiedlichen Dimensionen und Professionen wird in der Abbildung 5 dargestellt. Da es unterschiedliche Faktoren gibt, weshalb eine Suchterkrankung entsteht und für die Bearbeitung dieser auch verschiedene Faktoren berücksichtigt werden sollten, zeigt sich die Relevanz einer guten interprofessionellen Zusammenarbeit, damit die Sucht möglichst umfassend bearbeitet werden kann (Krebs et al., 2021, S. 23).

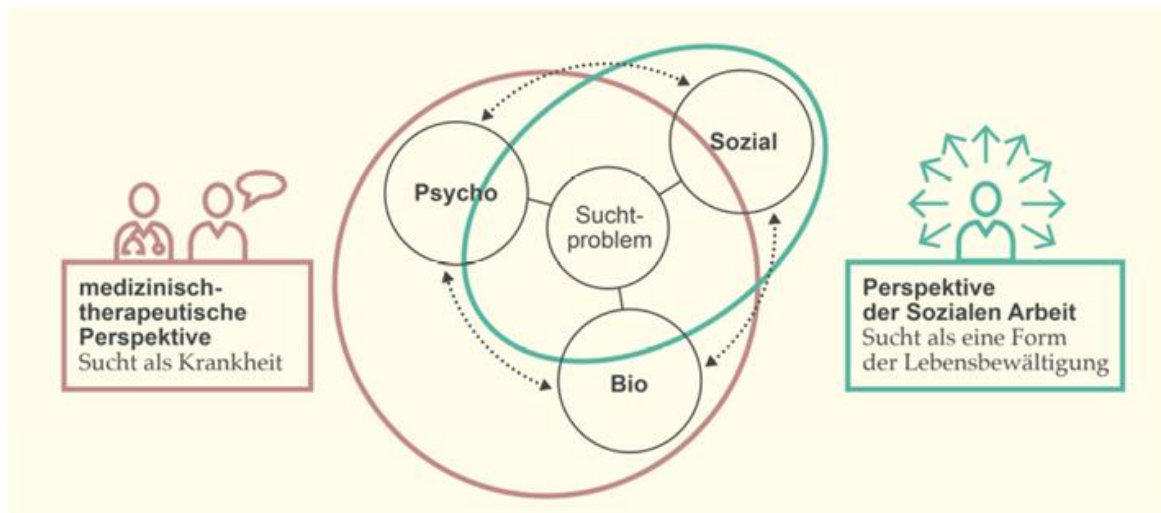


Abbildung 5: Das Zusammenspiel der unterschiedlichen Dimensionen und Professionen. *Anmerkung.* Übernommen aus «*Empfehlungen für die Soziale Arbeit in der Suchthilfe und -prävention, von AvenirSocial et al., 2024b.* <https://www.mas-sucht.ch/empfehlungen/>»<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>

Der Auftrag der Sozialen Arbeit ist es, die Adressat:innen in ihrer Lebensführung zu unterstützen und zu ermächtigen sowie die soziale Integration und Teilhabe der Adressat:innen zu fördern. Besonders wird die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit im stationären Setting und im Bereich der Organisation von Anschlusslösungen betont. Die vernetzte und koordinierte Arbeitsweise im interprofessionellen Team, mit den Adressat:innen, den Angehörigen und weiteren Drittstellen ist eine zentrale Aufgabe der Sozialen Arbeit. (AvenirSocial et al., 2024b, S. 37–39)

Lammel (2016) nennt den Drang nach Bewegung und die Kreativität, welche besonders die Adoleszenten zeigen. Daher betont sie die Relevanz, dass die Soziale Arbeit im klinischen Setting besonders diesen Bedürfnissen nachkommen und diese fördern soll. Die Lebenswelt der Adressat:innen soll aktiv in die Zusammenarbeit einbezogen, Ressourcen gefunden und aktiviert werden. Die körperlichen Veränderungen können innerliche Unruhen mit sich bringen, gleichzeitig steigt aber auch die Leistungskraft. Die Adressat:innen haben grosses Interesse am Einbezug und der gemeinsamen Gestaltung von sinnvollen Aktivitäten. Die Fachpersonen der Sozialen Arbeit sollen die Adressat:innen in der Förderung und Stärkung ihres sozialen Systems unterstützen, welches ihnen einen wichtigen Halt gibt. Auch sollen die Fachpersonen die Adressat:innen in ihrer Entwicklung, zum Beispiel dem Schaffen eines eigenen Wertesystems fördern und begleiten. Sie empfiehlt, dass die Adressat:innen nicht zwischen den Angeboten der Psychiatrie, der Suchtberatung und der Jugendhilfe triagiert werden, sondern die Kenntnisse der Sozialen Arbeit im klinischen Kontext in den Einrichtungen einbezogen werden und sich in der Thematik der Sucht weiterbilden soll. (S. 15–16)

2.4 Zwischenfazit

Nachfolgend werden die wichtigsten Erkenntnisse aus den Kapitel 2.1, 2.2 und 2.3 zusammengefasst.

Die Soziale Arbeit als Profession strebt gesellschaftliche Veränderungen an und befähigt Menschen zur Verhinderung und Bewältigung von Herausforderungen. Sechs Arbeitsprinzipien, basierend auf Mehrperspektivität und anderen Dimensionen, bieten dabei eine Leitlinie für professionelles Handeln. Es wurde deutlich, dass Soziale Arbeit in verschiedenen Arbeitsbereichen, etwa der Sozialarbeit oder Sozialpädagogik aktiv ist, wobei die Unterscheidung in Handlungsfelder wie der klinischen Sozialarbeit eine gezieltere Zuordnung von Aufträgen und Angeboten ermöglicht. Die klinische Sozialarbeit im stationären Setting wurde aufgegriffen und ihre Funktion, die Bearbeitung der sozialen Dimension von Menschen in komplexen Lebenslagen, ausgeführt. Auch wurde deutlich, dass sie auf Basis des biopsychosozialen Modells eng mit anderen Professionen im Gesundheitswesen zusammenarbeitet, wobei die entscheidende Rolle einer klaren Auftragsklärung für einen gelingenden Unterstützungsprozess herausgearbeitet wurde. Kenntnisse über Auftragsebenen und Spannungsverhältnisse zwischen diesen wurden durch Beizug des Tripelmandat der Sozialen Arbeit verdeutlicht, was die (Wieder)herstellung der Handlungsfähigkeit der Adressat:innen unterstützt. (vgl. Kapitel 2.1)

Die Adoleszenz wurde als eine komplexe Lebensphase zwischen Kindheit und Erwachsenenalter erkannt, in welcher Übergänge und Entwicklungsaufgaben von zentraler Bedeutung sind. Adoleszente stehen vor Herausforderungen wie dem Bilden einer Identität, dem Erwerb von Qualifikationen und der Entwicklung einer Geschlechtsidentität. Dabei spielen Risiko- und Schutzfaktoren eine entscheidende Rolle, wobei persönliche und umweltbezogene Faktoren sowohl das Risiko für Krisen erhöhen als auch Schutz bieten können. Die Förderung von Resilienz, insbesondere durch die Anwendung der zehn Lebenskompetenzen der WHO (1994), wurde dabei als praktische Vorgehensweise beschrieben. Programme zur Stärkung von Lebenskompetenzen können Adoleszente im Umgang mit Herausforderungen unterstützen und eine positive Entwicklung fördern. (vgl. Kapitel 2.2)

Der Substanzkonsum in der Adoleszenz ist nicht immer krankheitsbedingt, der verantwortungsvolle Umgang, also das Erlernen einer Konsumkompetenz, gehört zu den Entwicklungsaufgaben. Adoleszente sind häufig von komorbiden Erkrankungen betroffen, wodurch von den Fachpersonen gezielter analysiert werden muss, welche Erkrankungen vorliegen, damit diese von Institutionen mit der jeweiligen Expertise behandelt werden können. Wie sich gezeigt hat, ist die Suchtbehandlung von Adoleszenten komplex. Besonders der Einbezug von entwicklungspsychologischen und pädagogischen Aspekten, die Vernetzung mit dem sozialen System und Drittpersonen, sowie lebensweltliche Ansätze sollen in die Behandlung einfließen. Der Einbezug aller Professionen und Dimensionen ist daher elementar. (vgl. Kapitel 2.3)

3 Forschungsmethodik

Dieses Kapitel bietet eine ausführliche Darstellung der angewandten Forschungsmethodik. Angesichts der praxisorientierten Forschungsfrage, ihrer Unterfragen sowie der identifizierten Angebotslücke, erfordert die Beantwortung dieser Frage nicht nur einen theoretischen Ansatz, sondern auch empirische Forschung. In den nachfolgenden Unterkapiteln wird das Forschungsdesign dargelegt, wonach im Sampling die Auswahl der Interviewpartner:innen begründet wird. Es folgt eine Erläuterung zur Gestaltung der Interviewleitfäden sowie der Expert:inneninterviews, woraufhin das angewendete Vorgehen der Datenauswertung nach Kuckartz (2018) beschrieben wird.

3.1 Forschungsdesign

Die in Kapitel 1 und 2 dargelegten theoretischen Bezüge bilden die Grundlage für den nun folgenden empirischen Teil dieser Arbeit.

Die behandelten theoretischen Zugänge trugen zur Entwicklung der Forschungsfrage sowie der Unterfragen bei, indem eine Lücke im Bereich der stationären Suchtbehandlung für Adoleszente und somit ein Bedarf an spezialisierten Angeboten aufgezeigt wurde. Um die theoretischen Hintergründe mit praktischen Erfahrungen abzugleichen und zu ergänzen, um letztlich zu einer Beantwortung der Forschungsfrage und ihrer Unterfragen zu gelangen, haben sich die Autorinnen für eine qualitative Forschungsmethode entschieden. Dies, weil es angesichts der wenigen spezialisierten stationären Behandlungsangebote entscheidend war, die vorhandenen Kliniken sorgfältig zu untersuchen, um ein vertieftes Verständnis zu gewinnen. Es wurde zudem als Vorteil erachtet, qualitative Daten zu erheben, da mit diesen flexibel auf neue Erkenntnisse und Entwicklungen während des Forschungsprozesses reagiert und die Forschungsfrage bei Bedarf angepasst werden kann.

Mittels der Durchführung von drei Expert:inneninterviews wird angestrebt, einen praxisnahen Einblick in den stationären Suchtbereich zu gewinnen, deren Angebotsgestaltung auf die Lebensphase der Adoleszenz spezialisiert ist. Dabei soll in den Interviews hinsichtlich der Beantwortung der Forschungsfrage und ihrer Unterfragen herausgearbeitet werden, welche Aspekte aus der Perspektive der Sozialen Arbeit bei der Gestaltung einer auf Adoleszente spezialisierten Suchtbehandlung berücksichtigt werden sollten. Die Unterfragen dienen als Leitlinien, um die Forschungsfrage in Teilaspekte zu gliedern und diese differenziert zu erforschen. Sie helfen somit, verschiedene Dimensionen des Themas zu fokussieren, etwa die Gestaltung der Behandlung, den Auftrag der Sozialen Arbeit und die konkreten Beiträge, welche die Soziale Arbeit leisten kann.

3.2 Sampling

Nachfolgend soll aufgezeigt werden, weshalb im Rahmen der qualitativen Forschung die beiden Kliniken Selhofen und Münsterlingen für die Interviews ausgewählt wurden.

Die Klinik Münsterlingen bietet, wie im Kapitel 1.2 umschrieben, seit dem Jahr 2014 eine spezialisierte Behandlung an. Die Klinik konnte somit seit 10 Jahren wertvolle Erfahrungen in diesem Bereich

sammeln. Zudem wurden die Autorinnen durch die besuchte Weiterbildung der Suchttherapie WeST «Jugendliche und Sucht: Behandlung im stationären Setting» informiert, dass zu dem bestehenden Angebot zusätzlich eine Sozialpädagogin per 01.01.2024 angestellt wurde (A. Kemter, persönliche Kommunikation, 08. Februar 2024). Aufgrund der Erfahrungswerte der Klinik sowie durch die Einstellung der Sozialpädagogin haben sich die Autorinnen entschieden, diese als «Pionier-Klinik» zu interviewen. Es konnten zwei mündliche Interviews mit der leitenden Ärztin und der Sozialpädagogin sowie eine schriftliche Befragung per Mail mit einer Sozialarbeiterin durchgeführt werden.

Die Klinik Selhofen hat ein neues Angebot, welches am 01.01.2024 gestartet ist (vgl. Kapitel 1.2). Die Autorinnen haben sich für diese Klinik entschieden, da sie die Versorgungslücke erkannt und ein spezialisiertes Angebot für Adoleszente geschaffen hat. Die Autorinnen wollten mehr über die Beweggründe und auch die Ausgestaltung des neuen Angebots erfahren. Da das Programm erst vor Kurzem eingeführt wurde, konnte ein Interview mit der Leiterin Projekte durchgeführt werden, da sie bei der Konzipierung und Einführung des Angebots mitgewirkt hat. Im Anschluss fand ein kurzer mündlicher Austausch mit einer Sozialarbeiterin statt, welcher nicht aufgezeichnet wurde. Damit konnten die Aussagen aus dem Interview mit der Leiterin Projekte untermauert werden.

3.3 Interviewleitfaden und Expert:inneninterviews

Für die vorliegende Bachelor-Thesis haben sich die Autorinnen für die Durchführung von leitfadengestützten Expert:inneninterviews mit narrativem Charakter entschieden.

Wie Helfferich schreibt, wird für die Durchführung von Expert:inneninterviews eine gute Strukturierung empfohlen. Daher wird von einem ausschliesslich narrativ gestalteten Interview abgeraten und ein Leitfaden, welcher flexibel gestaltet wird, empfohlen. Damit kann gezielt das spezifische Wissen der Expert:innen erfragt werden. (Helfferich, 2011, S. 164)

Die Leitfäden wurden nach dem SPSS-Prinzip erstellt. Zu Beginn wurden die verschiedenen Fragen möglichst umfassend gesammelt. Anschliessend wurden die gesammelten Fragen erneut bearbeitet und nur die relevanten beibehalten. Die nun noch verbliebenen Fragen wurden in eine sinnvolle Struktur und in Themenblöcke wie beispielsweise «Zusammenarbeit», eingeordnet. Zum Schluss wurde geprüft, ob die Fragen beim Gegenüber eine Erzählung hervorrufen, falls dies nicht der Fall war, wurden die Fragen demensprechend angepasst. Bei den Fragen wurde darauf geachtet, dass diese offen formuliert wurden. (Helfferich, 2011, S. 182–185)

Für die drei Expert:inneninterviews wurden drei unterschiedliche Leitfäden erstellt, aufgrund der unterschiedlichen Professionen.

Durch das Interview mit der leitenden Ärztin in Münsterlingen, wollten die Autorinnen einen Einblick in die Konzipierung und Einführung und die aktuelle Ausgestaltung des Angebots erhalten. Auch Praxiserfahrungen und Handlungspotenziale sollten erfragt werden. Das Interview sollte einen Einblick in den gesamten Behandlungsprozess ohne Fokussierung auf die Sozialen Arbeit, bieten. Auch sollte dieses Interview Erkenntnisse zu den Gründen für die Anstellung der Sozialpädagogin per 01.01.2024 liefern.

Nach diesem Interview wurde die Sozialpädagogin befragt. Dabei wurden die Fragen mit Fokus auf die Profession der Sozialen Arbeit angepasst, wie beispielsweise über die Ausgestaltung und die angewendeten Methoden und Vorgehensweisen etc. Auch wurden Fragen zur Konzipierung und Einführung des Angebots sowie der Handlungspotenziale aufgenommen.

Erst durch das Interview mit der Sozialpädagogin wurde deutlich, dass auch zwei Sozialarbeitende für die Adoleszenten zuständig sind. Da diese bereits seit längerer Zeit Teil des interprofessionellen Teams sind, aber nicht auf die Lebensphase der Adoleszenz spezialisiert sind, konnte ein nachträgliches schriftliches Interview mit einer der Sozialarbeiterinnen durchgeführt werden. Die Fragen fokussierten sich dabei auf die Zuständigkeiten, Methoden und Vorgehensweisen der Sozialarbeiterinnen, die Aufgabenteilung mit der Sozialpädagogin und die Zusammenarbeit mit den Adoleszenten.

Das dritte Interview wurde mit der Leiterin Projekte, welche aus dem Arbeitsfeld der Pflege kommt, in der Klinik Selhofen durchgeführt. Dieses wurde auf der Grundlage des ersten Interviews mit der leitenden Ärztin mit einer Frage erweitert, wie sich das Angebot, von dem der Psychiatrie unterscheidet.

Die Interviews mit der leitenden Ärztin und der Sozialpädagogin fanden aufgrund der grossen räumlichen Distanz per Teams statt. Das Interview mit der Leiterin Projekte wurde in der Klinik Selhofen durchgeführt. Die Autorinnen erhielten mit einem anschliessendem Klinikrundgang einen kurzen Einblick in das Angebot. Alle Interviews wurden aufgezeichnet. Die interviewten Personen unterzeichneten eine Einwilligungserklärung. Alle befragten Personen teilten mit, dass die Interviews nicht anonymisiert werden müssen.

3.4 Datenauswertung

Auf der Grundlage der Transkripte der drei durchgeführten Interviews wurde eine Datenanalyse in Anlehnung an die sieben Analysephasen nach Kuckartz (2018, S. 97–117) durchgeführt. Diese Analysephasen werden im folgenden Kapitel kurz beschrieben.

In der *ersten Phase* werden die Passagen in den Transkripten zuerst thematisch geordnet, indem sie gekennzeichnet werden. In diesem ersten Codierungsschritt werden die Themen mit Schlagwörtern versehen, wobei auch Anmerkungen am Rand des Textes ergänzt werden können. Gleichzeitig wird eine kurze Zusammenfassung des Interviews erstellt.

In der *zweiten Phase* werden erste thematische Hauptkategorien definiert. Dabei werden die Daten mithilfe präziser formulierter Haupt- und Unterkategorien inhaltlich strukturiert, wobei die Fragestellung als Leitfaden dient. Es ist wichtig, nicht zu viele Hauptkategorien zu erstellen, um die Übersichtlichkeit zu wahren. Falls neue Themen auftauchen, die nicht im theoretischen Teil behandelt wurden, können diese entsprechend markiert und ebenso aufgenommen werden.

In der *dritten Phase* werden die gesamten transkribierten Texte codiert und den einzelnen zuvor definierten Kategorien zugeordnet. Normalerweise können Textpassagen einer einzigen Kategorie zugewiesen werden, aber es kann auch vorkommen, dass eine Passage verschiedenen Kategorien

zugeordnet wird. In diesem Fall ist es wichtig, dass zumindest ein vollständiger Satz einer Kategorie zugeordnet wird.

Die *vierte Phase* umfasst das Zusammenfassen aller Textstellen, die mit derselben Kategorie codiert wurden. In der *fünften Phase* steht die Definition von Unterkategorien im Fokus. Dabei wird zunächst eine Hauptkategorie ausgewählt, die näher differenziert werden soll. Die entsprechenden Textpassagen dieser Hauptkategorie werden gesammelt und den verschiedenen Themen zugeordnet, aus denen die Unterkategorien gebildet und kurze Beschreibungen hinzugefügt werden können.

In der *sechsten Phase* wird der gesamte Text erneut mit den differenzierten Kategorien codiert, woraufhin in der *siebten Phase* die Analyse der Kategorien mithilfe visueller Darstellungen erfolgt. Es wird deutlich, dass die ersten sechs Phasen der Codierung und die siebte Phase der finalen Analyse der Daten dienen. Dafür werden die Aussagen der Kategorien zusammengefasst und in eigenen Formulierungen wiedergegeben. Falls sich einige der identifizierten Kategorien als nicht relevant für die Beantwortung der Fragestellung ergeben, können sie in diesem Schritt ausgelassen werden. Die Darstellung der kategorisierten Aussagen erfolgt in einer Tabelle, welche dann detailliert interpretiert werden kann. Durch die tabellarische Darstellung können Zusammenhänge und Unterschiede deutlich gemacht und analysiert werden. Dabei ist es wichtig zu betonen, dass die Analyse auf den Originalaussagen basiert und somit auf empirischen Daten beruht. Schliesslich wird die Analyse in einem Ergebnisbericht zusammengefasst. (Kuckarz, 2018, S. 97–117)

4 Forschungsergebnisse

Dieses Kapitel widmet sich der Darlegung der sechs erarbeiteten Hauptkategorien sowie deren Unterkategorien. Pro Unterkapitel werden die relevanten Ergebnisse der jeweiligen Kategorien paraphrasiert sowie mittels beispielhafter Auszüge aus den Interviews mit der leitenden Ärztin in Münsterlingen sowie der Sozialpädagogin derselben Klinik, der Leiterin Projekte in Selhofen und einer schriftlichen Befragung der Sozialarbeiterin in Münsterlingen ergänzt. Im Anschluss erfolgt eine theoretische Einordnung der ausgewerteten Ergebnisse.

Es ist wichtig anzumerken, dass es sich bei den Ergebnissen der Interviews um individuelle Einblicke in die stationäre Suchtbehandlung für Adoleszente aus Sicht von Leitungspersonen aus den Bereichen der Pflege und der Medizin sowie Fachpersonen der Sozialen Arbeit handelt. Diese sollen beispielhafte und praxisnahe Erfahrungswerte liefern, die keinen Anspruch auf Verallgemeinerung stellen.

Da die Ergebnisse mit Interviewpassagen keine eigenen Erkenntnisse oder Hypothesen der Autorinnen enthalten, werden sie nicht zusätzlich zitiert. Nur die direkten Zitate werden mit der interviewten Person und der jeweiligen Klinik angegeben. Die vollständigen Interviews befinden sich im Anhang.

4.1 Beteiligte Institutionen und interviewte Expert:innen

Die bereits genannten interviewten Fachpersonen und Institutionen, sollen nochmals kurz skizziert werden. Anschliessend werden die Forschungsergebnisse von den Interviews dargestellt und mit der Theorie verknüpft.

Klinik Münsterlingen (Psychiatrische Dienste Thurgau)

Die Klinik Münsterlingen hat verschiedene Stationen. Die Station für Drogenentzug und Therapie, richtet sich an Personen ab 16 Jahren. In Ausnahmen werden auch jüngere Adressat:innen behandelt. Sie führen Entzugs- sowie Entwöhnungsbehandlungen bei Substanzen wie Heroin, Kokain, Cannabis, Benzodiazepine etc. und Behandlung von Komorbiditäten durch. (Psychiatrische Dienste Thurgau o. D.)

Befragte Expert:innen:

- Leitende Ärztin Abhängigkeitserkrankungen
- Sozialpädagogin auf der Station in Münsterlingen
- Sozialarbeiterin auf der Station in Münsterlingen

Klinik Selhofen

Das Programm «switch-on» wurde per 01.01.24 eingeführt (vgl. Kapitel 1.2). Das Programm richtet sich «an junge Patient:innen bis 25 Jahre mit einer Substanzabhängigkeit und/oder Onlineabhängigkeit» (Klinik Selhofen, o. D.) und bietet eine spezialisierte qualifizierte Entzugsbehandlung für Adoleszente an (o. D.)

Befragte Expertin:

- Leiterin Projekte mit pflegewissenschaftlichem Hintergrund

4.2 Ergebnisdarstellung des Kategoriensystems

Basierend auf der Fragestellung, der Interviewleitfäden sowie den theoretischen Hintergründe wurden untenstehende Haupt- sowie Unterkategorien ausgearbeitet und werden nachfolgend analysiert und ausgeführt, sowie anschliessend mit der Theorie in Bezug gesetzt.

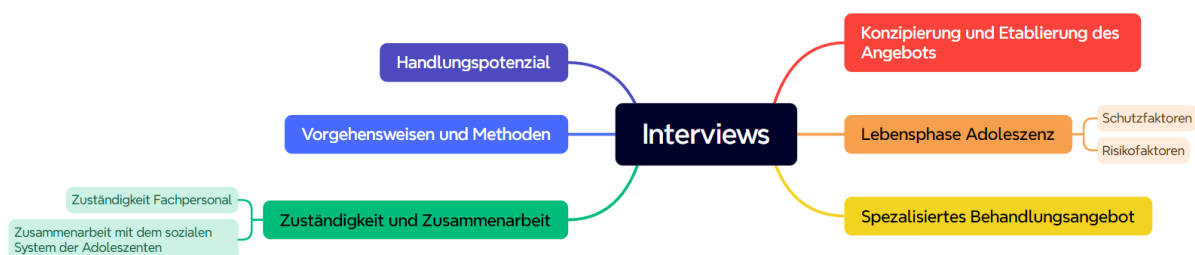


Abbildung 6: Haupt- und Unterkategorien. Eigene Darstellung.

4.3 Hauptkategorie Konzipierung und Etablierung des Angebots

Im folgenden Kapitel sollen der Hintergrund sowie der Prozess der Konzipierung dieser spezialisierten Angebote für Adoleszente im stationären Suchtbereich skizziert werden.

4.3.1 Ergebnisse Interviewpassagen

Das spezialisierte Angebot in der Klinik Münsterlingen entstand laut Aussagen der leitenden Ärztin aus der Not heraus, da es eine hohe bzw. zunehmende Nachfrage im Jahr 2010 nach einer qualifizierteren Suchtbehandlung für Adoleszente in einem spezialisierten Setting gab. Auch die Leiterin Projekte in Selhofen nahm ab dem Jahr 2021 eine zunehmende Nachfrage von Adoleszenten wahr, welche sich auch in Behandlungsstatistiken wie der Bedarfs- und Situationsanalyse von Infodrog bestätigte.

Die Konzipierung und Etablierung eines neuen Angebots war gemäss der leitenden Ärztin Münsterlingen eine grosse Herausforderung:

«(...) Herausfordernd war insofern der Pionier-Status, weil es kaum vergleichbare Angebote gab, an denen wir uns ein Stück weit orientieren konnten. Wir hatten das Gefühl, dass wir vieles einfach neu entwickeln müssen, ohne auf Vorerfahrungen zurückgreifen zu können. Wir haben damals verschiedene Institutionen angeschaut, diese auch besucht. Das waren zwei Kliniken in Deutschland, die aber nur mit Kindern und Jugendlichen gearbeitet haben, suchtspezifisch, aber eben ohne dieses Angebot in ein bestehendes erwachsenen Setting zu etabliert. Somit haben wir keine Vorbilder gehabt. Es gibt auch keine rechtlichen Rahmenbedingungen, an denen wir uns orientieren können (...).»

Auch die Leiterin Projekte in Selhofen sprach im Interview über diese Ungewissheit und die Implementierung in das bestehende Angebot. Zudem erwähnte sie auch die Unsicherheiten beim Personal und der Adressat:innen sowie dessen Umfeld:

«(...) dass man Bedenken hatte, ja lernen sie hier nicht falsches mit den Älteren (...).»

«Bei der Bedarfsanalyse hat sich durch UNSERE Erfahrungen gezeigt, dass es oftmals zu Überforderungen und unbefriedigenden Situationen führt, bei den Jugendlichen, aber auch bei den Fachpersonen. Also, dass das Fachpersonal das Gefühl hatte, sie hätten zu wenig Fachwissen bezüglich Pädagogik oder allgemein zu Jugendpsychiatrie und Jugendpsychologie (...). Dass es von den Eltern sehr hohe Erwartungen gibt an uns als Klinik, die wird gar nicht erfüllen können (...). Und bei den Jugendlichen zeigt sich, (...) dass sie oftmals Angst hatten vor einem Eintritt, oder sich nicht so genau vorstellen konnten, was jetzt überhaupt passiert. (..).»

Auch die Leiterin Projekte von Selhofen betonte die Orientierung und Vernetzung mit spezialisierten Angeboten in Deutschland:

«Ja, und dann haben wir uns nach Deutschland orientiert. Dort gibt es verschiedene Angebote. Wir haben im Jahr 2023 mit den Fachkliniken in Bokholt und Hamburg Kontakt aufgenommen, als die ganze

Angebotsentwicklung in diesem Rahmen stattfand. Da haben wir auch hospitiert in zwei deutschen Kliniken und hatten einen Workshop mit einem Spezialisten aus Deutschland.»

Die Suche nach neuen Angeboten im Ausland begründet die Leiterin Projekte in Selhofen mit den wenigen spezialisierten Angeboten in der Schweiz:

«Die Recherchen und Gespräche mit anderen Institutionen zeigten dann, dass es schweizweit ja eigentlich wirklich nicht viel gibt. Wir wissen auch nur von Münsterlingen (...).»

Die leitende Ärztin in Münsterlingen betont, dass Behandlungen von Adressat:innen mit einer Sucht in nicht spezialisierten Settings wie Kinder- und Jugendpsychiatrien stattfanden. Diese Institutionen haben gemäss der leitenden Ärztin keinen konkreten Auftrag und verfügen nicht über das nötige Wissen, um qualifizierte Suchtbehandlungen mit Adoleszenten durchzuführen.

Auch die Leiterin Projekte in Selhofen betonte die Behandlung in nicht spezialisierten Angeboten wie der Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie und dessen Problematik:

«(...) Deshalb finden viele Entzugsbehandlungen in Erwachsenen-Suchtkliniken statt, wo dann eben das Pädagogische fehlt, oder aber in Jugendpsychiatrien - falls die Sucht kein Ausschlusskriterium ist, was manchmal auch das Problem ist. Dort fehlt dann wirklich das suchtspezifische Fachwissen.»

Auch die leitende Ärztin in Münsterlingen betont diese Problematik und erklärt den **«Drehtür-Effekt»**:

«Diese Gruppe der konsumierenden Minderjährigen ist vorher in einem nicht spezialisierten Setting behandelt worden. Da rede ich von einer Art kinder- und jugendpsychiatrischen Akutstation. (...). Das führt natürlich dazu, dass diesen Jugendlichen kein sehr qualifiziertes Angebot zur Verfügung gestellt werden konnte. Das hat wiederum dazu geführt, dass viele aus diesen Akutstationen wieder «rausgeflogen» sind, weil sie bestimmte Abstinenz-Regeln nicht einhalten konnten, wie zum Beispiel Konsumereignisse während der Behandlung. Das führte dann wiederum dazu, dass sich viele solche «Drehtür-Effekte» gezeigt haben, die suchtkranken Jugendlichen wurden ja nicht adäquat behandelt, sind wieder ausgetreten, sind wieder in das dysfunktionale Verhaltensmuster, den Konsum gefallen, es kam wieder zu Eskalationen. Das führt zu einer Chronifizierung, wenn man so einen Prozess nicht an der Wurzel behandelt.»

Die Klinik Münsterlingen startete für die Konzepterarbeitung einer an Adoleszente angepassten Angebotsform eine Zusammenarbeit mit kinder- und jugendpsychiatrischen Fachpersonen, um gemeinsames Wissen zusammenzutragen. In der Konzeptentwicklung wurde eine Kader-Fachärztin aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingebunden. Zusätzlich brachte eine Assistenzärztin mit kinder- und jugendpsychiatrischem Hintergrund wertvolles spezifisches Wissen ein, das sich von der Erwachsenenpsychiatrie unterscheidet.

Die Leiterin Projekte betont die Einführung von Weiterbildungen, um diese Unsicherheiten des fehlenden Fachwissens im interprofessionelle Team aufzuheben :

«(...) Also wir haben jetzt schon viel in Weiterbildungen investiert. Ähm vor allem letztes Jahr und ähm dieses Jahr geht es weiter mit regelmässigen Supervisionen ähm von Jugendpsychologen und -psychiater (...).»

Die leitende Ärztin in Münsterlingen erklärt im Interview, dass sie bereits seit längerer Zeit eine Sozialpädagogin im Team haben möchte, um mittels ihrer pädagogischen Vorgehensweisen diesen Bedarf bei den Adoleszenten abzudecken:

«Wir wollten das schon lange, weil wir gesehen haben, dass bei der Behandlung der Jugendlichen Pädagogik eine grössere Rolle spielt, als wir das aus dem erwachsenenpsychiatrischen Setting kennen und können».

4.3.2 Theoretische Verortung

Wie die Interviews gezeigt haben, waren die wenigen vorliegenden Erfahrungswerte für die Konzipierung und Einführung der neuen Angebote herausfordernd. Daher haben beide Kliniken sich mit erfahrenen Kliniken in Deutschland vernetzt und ausgetauscht. Dies zeigt die Relevanz der Praxiserfahrung bei der Konzipierung und Einführung von neuen Angeboten. Empfehlungen, wie beispielsweise diese von Bike-Hentsch et al. (2016, 2020) für die Behandlung von Adoleszenten, kann als Orientierungshilfe für die Konzipierung und Einführung von Angeboten genutzt werden (vgl. Kapitel 2.3.3). Die Umsetzung und Erfahrungen aus der Praxis ersetzen diese aber nicht.

Auch die transitionspsychiatrischen Angebote, welche nicht auf Sucht spezialisiert sind, sind neu, national und international (Pucci-Meier, 2020, S. 6). Daher wird betont, dass es in diesem Bereich an Qualitätsstandards fehlt (S. 6). Die nationale Strategie Sucht zeigt die Relevanz der Verknüpfung der medizinischen, psychologischen, psychiatrischen und sozialen Dimensionen auf, um einen möglichst hochstehenden Qualitätsstandart zu gewährleisten (vgl. Kapitel 2.3.2). Das Vorhandensein von Qualitätsstandards ist daher wichtig, um eine bestmögliche Behandlung zu gewährleisten (vgl. Kapitel 2.3.2). Diese scheinen auch im Suchtbereich zurzeit noch zu fehlen.

Wie die Empfehlungen für die Soziale Arbeit in der Suchthilfe und -prävention Schweiz zeigen, gilt die niederschwellige Suchtarbeit als international vorbildlich (AvenirSocial et al., 2024b, S. 62). Die nationalen und internationalen Kooperationen und Netzwerke erfolgen aktiv und werden falls erforderlich erweitert (S. 62). Die Relevanz der Zusammenarbeit und Vernetzung zeigen sich auch durch die Interviews mit den Kliniken in Deutschland. Auch sollen spezialisierte Weiterbildungsmöglichkeiten konzipiert und finanziert werden, damit das professionelle Handeln gefördert werden kann, beispielsweise bei potenziellen Zielkonflikten (AvenirSocial et al., 2024b, S. 62). Die Leiterin Projekte Selhofen hat im Interview diesbezüglich gesagt, dass «(...) das Fachpersonal das Gefühl hatte, sie hätten zu wenig Fachwissen bezüglich Pädagogik oder allgemein zu Jugendpsychiatrie (...)» und dies zur Überforderung des Fachpersonals führte. Dadurch wurden spezialisierte Weiterbildungen eingeführt.

Die leitende Ärztin in Münsterlingen nannte, dass es bereits im Jahr 2010 eine zunehmende Nachfrage an spezialisierten Angeboten gab, die Leiterin Projekte in Selhofen beobachtete die Nachfrage auch im

Jahr 2021. Wie die Situations- und Bedarfsanalyse von Infodrog (2022a) aufzeigt, haben die Belastungen und Erkrankungen der Adressat:innen, nicht zuletzt durch Corona zugenommen (vgl. Kapitel 1.2). Gleichzeitig fehle es aber an spezialisierten Angeboten, um die Adressat:innen zu unterstützen (vgl. Kapitel 2.3.1). Dadurch wird die Nachfrage deutlich.

Die genannte Vernetzung durch die Interviews mit Fachpersonen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigt sich als förderlich. Wie Andreae et al. (2020) schreiben, verfügt die Jugendpsychiatrie über spezifisches Wissen im entwicklungspsychologischen und systemtherapeutischen Bereich (vgl. Kapitel 1.1). Zusätzlich betonen sie die Relevanz des Übergangs, dass bei Adoleszenten meist Kenntnisse aus der Jugend- sowie der Erwachsenenpsychiatrie benötigt werde (vgl. Kapitel 1.1). Daher scheint es elementar, die Kenntnisse aus der Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie sowie der Suchtbehandlung zu verknüpfen.

4.4 Hauptkategorie Lebensphase Adoleszenz

Die zweite Kategorie befasst sich mit der Lebensphase der Adoleszenz. Innerhalb dieser Kategorie gibt es zwei Unterkategorien, die Schutz- und Risikofaktoren.

4.4.1 Ergebnisse Interviewpassagen

Die Unterkategorien Schutz- und Risikofaktoren werden in den nachfolgenden Abschnitten vorgestellt. Zu Beginn sollen jedoch die Erkenntnisse aus dem Interview bezüglich des Substanzkonsum als Teil der normativen Entwicklung dargestellt werden. Wie das Interview mit der leitenden Ärztin in Münsterlingen gezeigt hat, kann das Ausprobieren von Substanzen in der Lebensphase der Adoleszenz zu den Entwicklungsaufgaben gehören und muss nicht primär pathologisch sein:

«Substanzkonsum per se ist in dieser Altersphase der Adoleszenz nichts Verwerfliches und auch nichts Pathologisches. Sondern eine Möglichkeit Grenzen auszutesten und eigene Konsum-, Rausch- und Risikokompetenz zu erlernen und ich würde fast sagen, Substanzkonsum ist (...) irgendwo ein Stück weit ein wichtiges und ein gutes Mittel, um diese wichtigen Entwicklungsschritte (...) auch zu machen (...). Für diese Erfahrung der Abgrenzung aber auch gleichzeitig der Zugehörigkeit wieder in einer Peer Group. Das kann auch, was sehr Zugehörigkeitsschaffendes sein (...).»

Schutzfaktoren

Als Schutzfaktor nannte die Leiterin Projekte in Selhofen den gesunden körperlichen Zustand der Adressat:innen:

«(...) Sie sind körperlich meistens gesund und auch vom Konsum, der hat sie noch nicht so gezeichnet, ist auch etwas das Problem, sie merken noch nicht die negativen Auswirkungen und unterschätzen den Konsum dadurch auch.»

Ein weiterer wichtiger Schutzfaktor, welchen sie betont hat, ist das vorhandene soziale System, die Familie, welches bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Vergleich zu den Erwachsenen noch vorhanden ist.

Durch die Sozialarbeiterin in Münsterlingen wurde die Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten als Ressource, sowie auch als Herausforderung genannt:

«(...) Oftmals haben junge Menschen andere Vorstellungen als ihre Eltern; wollen wieder nach Hause, die Eltern können die Situation jedoch nicht länger tragen. Es entsteht ein Spannungsfeld, das sich teils lösen lässt, teils aber auch nicht. Dies kann als Ressource, wie auch als Hindernis ausgelegt werden (...).»

Wie die Erfahrungen der Sozialpädagogin in Münsterlingen zeigen, ist die Lebensfreude besonders wichtig. Der Zugang zu den Adressat:innen kann besonders über die Lebensfreude hergestellt werden. Über die gemeinsame Ausübung von Aktivitäten, beispielsweise mit Tieren oder beim Kochen, können die Lebensfreude und weitere Ressourcen aktiviert werden. Durch das Wiedererlangen der Begeisterung können die Adressat:innen auch wieder ihre Ressourcen nutzen.

In den drei Interviews wurde die Wichtigkeit der Anschlusslösungen, wie pädagogisch betreute Wohnformen, für eine erfolgreiche Behandlung genannt. Die Organisation von Anschlusslösungen ist elementar, damit die Behandlung nicht abrupt endet. Die Sozialpädagogin in Münsterlingen betonte :

«(...) Also das ist schon sehr wichtig, weil wenn die Jugendlichen nach dem Entzug dann wieder nach Hause ins alte Umfeld kommen, dann ist eigentlich alles umsonst. Weil die fallen, eigentlich dann wieder ins alte Schema zurück (...).»

Auch die Relevanz der Berücksichtigung der Transitionen in der Behandlung, zur Unterstützung der Adressat:innen wurden genannt. Mit spezialisierten Angeboten, die den Übergang miteinbeziehen, entsteht keine Lücke, welche eine Schwierigkeit für die Adressat:innen darstellen könnte.

Risikofaktoren

Die leitende Ärztin in Münsterlingen unterscheidet zwischen risikoarmem und risikoreichem Konsum. Der risikoarme Konsum oder auch das «Ausprobieren», wurde bereits im oberen Abschnitt umschrieben. Sie betonte, dass es bei dieser Altersgruppe wichtig ist zu unterscheiden, ob der Konsum zu den normativen Entwicklungsaufgaben gehört oder nicht.

«Und dann gibt es aber eben diesen Teil, und das sind vor allem die Jugendlichen, die auch grundsätzlich Mühe haben mit anderen Entwicklungsschritten (...). Das kann, weil Traumatisierung stattgefunden hat, sein, oder das kann sein, weil einfach jemand sehr sensibel ist, sehr sensitiv reagiert auf die Einflüsse von aussen. Also es kann verschiedene Ursachen haben, warum das so ist. Aber das führt dann häufig dazu, dass es nicht so erfolgreich ist, man kommt nicht so gut an bei der Peer Group, (...) man hat vielleicht Ausgrenzungserfahrungen gemacht und nicht nur den Schmerz zu betäuben. Nicht nur dafür sind Substanzen gut. Sondern auch um dieses Funktionsniveau zu erreichen, dass zu können,

also viele konsumieren auch um die Coolness zu haben, dann mal jemanden anzusprechen (...). Oder auch mit (...)potenziellen Geschlechtspartnern zu interagieren. Und wenn sich dann da so ein Automatismus einstellt, dann haben wir die Gefahr von der Suchtentwicklung. Deswegen ist Sucht oder beziehungsweise Substanzkonsum im Jugendalter muss man einfach ganz genau hinschauen. Was läuft? Warum macht die Person das? Und ist das im Rahmen von einem sage ich mal, gesunden Ablösungs-Entwicklungsmechanismus (...).»

Die drei Interviews zeigen, dass neben der Sucht weitere Belastungen und Erkrankungen bestehen, wie Traumatisierungen, Bindungs- und Persönlichkeitsstörungen oder Depressionen, welche die Adressat:innen mitbringen. Hier dient der Substanzkonsum der Selbstmedikation, der Veränderung, beziehungsweise der kurzen Verbesserung des aktuellen Befindens. Exemplarisch zeigen dies die untenstehenden Aussagen aus den Interviews:

«Ja, ich würde da als Überbegriff sagen, einfach das es ihnen besser geht. Sei es jetzt die Emotionsregulierung, aber auch sonstige Belastungen im Alltag oder im Leben. Es ist wie eine Selbstmedikation».
(Leiterin Projekte Selhofen)

«Also ich glaube, dass das grösste Problem (...) ist, dass sie nicht wissen, wie sie mit ihren Gefühlen umgehen sollen. (...) Viele haben, fast alle haben traumatische Erlebnisse und keiner hat ihnen gezeigt, wie man mit Gefühlen umgeht und das glaube ich auch der Grund, warum sie konsumieren (...).» (Sozialpädagogin Münsterlingen)

Auch die Sinnlosigkeit wurde von der Sozialpädagogin in Münsterlingen als Herausforderung genannt.

Weiter wurde von allen interviewten Personen erwähnt, dass die Adressat:innen, die früh mit dem Substanzkonsum beginnen, nicht den alterstypischen Entwicklungsstand aufweisen. Unterschiede zwischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden daher kaum wahrgenommen. Auch zeigte sich, dass diese Altersgruppe besonders vulnerabel ist und sich mit vielen Anforderungen zurechtfinden muss:

«Jetzt bei uns in der Betreuung sehe ich nicht so Unterschiede einfach, weil (...) die Entwicklung weniger fortgeschritten ist, als das biologische Alter (...).» (Leiterin Projekte Selhofen)

«Auch bei 19, 20, 21-jährigen, nebenbei bemerkt, ist es nicht unbedingt immer gegeben, gerade bei denjenigen, die lange schon konsumieren. Weil sich unter Konsum natürlich ganz wichtige soziale Skills, die es dafür braucht, nicht ausbilden.» (Leitende Ärztin Münsterlingen)

«Gerade durch (...) die vulnerable Lebensphase, eben Pubertät, Adoleszenz, stehen sie ganz an einem anderen Punkt, haben ganz andere Themen und Bedürfnisse als die älteren Patienten. Also zum Beispiel mit dem ganzen Ablösen von zu Hause, Ausbildung erste Beziehungen und so. Dann, dass die Gehirnentwicklung, die ja eigentlich so bis zum 25. Lebensjahr sagt man, so ungefähr, noch nicht abgeschlossen ist und dadurch sie dann das Risikoverhalten aufweisen und Konsequenzen noch nicht abwägen können, nicht planen können(...).» (Leiterin Projekte Selhofen)

«Nichtsdestotrotz haben wir diese vulnerablen Phase, da rede ich auch vor allem von den rechtlichen Aspekt natürlich, der einfach so gegeben ist, bis 18-jährig (...), ist die Person einfach nicht vollständig, eigenständig und (...) mündig in allen Bereichen und besonders schützenswert, natürlich.» (Leitende Ärztin Münsterlingen)

Auch wurde betont, dass nicht begleitete Übergänge, Herausforderungen für die Adressat:innen darstellen können. Dies zeigt sich beispielsweise dadurch, dass die Verantwortung der Jugendpsychiatrie mit der Volljährigkeit endet. Die Adressat:innen werden danach mit den Erwachsenen behandelt, obwohl ihr Entwicklungsstand nicht identisch ist. Dies zeigt die Aussage der Leiterin Projekte Selhofen:

«Ja, also allgemein in der Schweiz, mit 18 ändert so viel. Jetzt gerade bezüglich Angeboten Psychiatrie. Die Jugendpsychiatrie ist nicht mehr zuständig, genau ab dem 18 Geburtstag. Je nach dem, Beistände oder sozialpädagogische Institutionen sind auch nur bis 18. Es ist so wie ein Einschnitt ja, und dass sie dort nicht so einfach so fallen, nach 18 (...). Das ist schon ein Problem.»

Ein wichtiges Thema, welches sich aus allen drei Interviews gezeigt hat, ist die sinnvolle Freizeitgestaltung. Exemplarisch zeigt sich das durch die Aussage von der Leiterin Projekte in Selhofen:

«(...) Gerade bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen, wenn die Substanz wegfällt, haben sie wieder viel mehr Zeit und sie müssen lernen, was man überhaupt machen kann.»

Weitere besonders belastende Faktoren in der Lebensphase der Adoleszenz, welche die Leiterin Projekte in Selhofen im Interview nannte, sind die Schul- sowie Lehrabbrüche, die Emotionsregulierung oder die Selbstverletzung. Häufig ist das familiäre Umfeld von Streit geprägt und das Vertrauen fehlt. Teilweise ist auch bereits die Justiz involviert:

«Aber sonst so die Belastungen, (...) ist halt oftmals, dass sie schon eine Lehre abgebrochen (...) haben, teilweise auch die Schule nicht ganz abgeschlossen. Dann so die Emotionsregulierung ist jetzt gerade bei den Jugendlichen und jungen Patienten stärker eine Belastung. (...) Die Selbstverletzung ist auch stärker ein Problem. Dann zu Hause mit den Eltern so, (...) halt das Vertrauen ist nicht mehr so da, oder sehr viel Streit. Manchmal ist auch schon die Justiz drin, weil sie schon Delikte begangen haben»

Eine weitere Herausforderung zeige sich durch den Eintritt in die Klinik, welcher bei den Jugendlichen oft nicht intrinsisch erfolgt:

«Also ein grundsätzlicher Unterschied ist oft, dass die Erwachsenen aus dem eigenen Antrieb kommen und sagen ich will mein Leben verändern, ich will das so nicht mehr. Und die Jugendlichen meistens, fremdmotiviert sind.» (Sozialpädagogin Münsterlingen)

4.4.2 Theoretische Verortung

Wie Kapitel 2.2 bereits aufgezeigt wurde, wurden auch durch die drei Interviews die Vielzahl an unterschiedlichen Veränderungen und Herausforderungen in dieser Lebensphase genannt. Abplanalp et al.

(2020) bezeichnen diese Veränderungen und Entwicklungen, auch die kritischen Lebensereignisse als Teil des Lebens (vgl. Kapitel 2.2.1). Es gilt einen gelingenden Umgang mit diesen Ereignissen zu erlernen (vgl. Kapitel 2.2.1).

In den Interviews wurde betont, dass nicht jeder Konsum pathologisch ist, sondern zu den Entwicklungsaufgaben gehört, um die Konsum-, Rausch- und Risikokompetenz zu entwickeln. Wie durch Kirschenbauer (2023) beschrieben, gehört der Umgang mit Substanzen zu den Entwicklungsaufgaben der Adoleszenten (vgl. Kapitel 2.3.1). Gemäss Bachmann (2023) gibt es unterschiedliche Gründe für den Substanzkonsums bei Adoleszenten (vgl. Kapitel 2.3.1). Es wurde der experimentelle Konsum, die Emotionsregulierung, sich berauschen, das «Abschalten» sowie der Partykonsum genannt (vgl. Kapitel 2.3.1).

Gemäss Havighurst (zitiert nach Eschbeck & Knauf, 2018) geht es in der Lebensphase der Jugend unter anderem um Ablösungsprozesse, das Aufbauen und Pflegen von Beziehungen oder um schulische Themen oder die Berufswahl (vgl. Kapitel 2.2.2). Durch die Interviews wurde deutlich, dass Adressat:innen, welche aus unterschiedlichen Gründen Mühe mit diesen Entwicklungsschritten haben, gefährdet sind, eine Sucht zu entwickeln. Nach der Definition von Havighurst (zitiert nach Eschbeck & Knauf, 2018), ist die Lebensphase der jungen Erwachsenen vom Abschluss der Ausbildung beziehungsweise dem Berufseinstieg und dem Führen einer stabilen Beziehung zu Partner:innen geprägt (vgl. Kapitel 2.2.2). In den Interviews wird ersichtlich, dass die jungen Erwachsenen teilweise nicht alterstypisch entwickelt sind und daher der Lebensphase der Jugend zugeordnet werden können. Die Shellstudie 2015 (zitiert nach Eschbeck & Knauf, 2018) fügt den Entwicklungsaufgaben der heutigen Zeit die Nutzung der Konsum-, Medien- und Freizeitangebote hinzu (vgl. Kapitel 2.2.2). Die Interviews bestätigen diese Veränderung der Entwicklungsaufgaben. Dies zeigt auf, dass die Entwicklungsaufgaben von der Gesellschaft und der Zeit, in welcher eine Person lebt, beeinflusst werden.

Durch Niebank et al. (2004) wurde deutlich, dass Entwicklungsübergänge grosse Herausforderungen und ein erhöhtes Risiko für die Entstehung von Erkrankungen darstellen (vgl. Kapitel 2.2.1). Auch die Interviews zeigen die Vulnerabilität während diesen Übergängen auf.

Gemäss Infodrog (2022b) können Risikofaktoren die Entwicklung negativ beeinflussen (vgl. Kapitel 2.2.3). Schutzfaktoren (2022c) wiederum können diese dämpfen und zur psychischen Gesundheit und Bewältigung von schwierigen Situationen beitragen (vgl. Kapitel 2.2.3).

Kirschenbauer (2023) schreibt, dass ein frühes Einstiegsalter, Substanzen zu konsumieren, ein bedeutender Risikofaktor für den negativen Verlauf einer Suchtmittelabhängigkeit darstellt (S. 192). Wie die Interviews zeigen, beginnen viele der Adressat:innen früh mit dem Konsum, was negative Auswirkungen auf die Entwicklung haben kann. Wie Bachmann (2023) umschreibt, kann der Mischkonsum zum Tode führen und dient oft zur Emotions- und Stressregulierung (vgl. Kapitel 1.2). In den Interviews wurde insbesondere die Emotionsregulierung als Herausforderung genannt. Auch wurde betont, dass durch Schwierigkeiten im Alltag oder auch mit der Emotionsregulierung der Substanzkonsum zur Selbstmedikation angewandt werde und die Adressat:innen versuchen «den Schmerz zu betäuben» (*Leitende Ärztin Münsterlingen*).

Die genannten Risikofaktoren von Infodrog (2022b) wie beispielsweise psychische Erkrankungen, Delinquenz oder Schwierigkeiten in der Familie sowie die Schutzfaktoren (2022c), wie eine hohe Emotionsregulierung oder ein unterstützendes Umfeld (vgl. Kapitel 2.2.3), zeigen Ähnlichkeiten mit denen aus den Interviews. In der untenstehenden Tabelle werden die genannten Schutz- sowie Risikofaktoren aus den Interviews aufgeführt:

Schutzfaktoren	Risikofaktoren
<ul style="list-style-type: none"> - Gesunder körperlicher Zustand - Vorhandenes soziales System, welches die Adressat:innen unterstützt - Zusammenarbeit mit dem sozialen System - Lebensfreude - Begleitung und Unterstützung durch Institutionen und Fachpersonen, die sich auf diese Lebensphase spezialisieren (inkl. Berücksichtigung der Übergänge) - Geplante und passende Anschlusslösungen - Positive Erfahrungen mit Peers - Beziehungsaufbau mit Fachpersonen für kooperative Zusammenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> - Vulnerabilität der Lebensphase - Sucht - Weitere Erkrankungen wie Bindungs- oder Persönlichkeitsstörungen oder Traumatisierung - Schul- und Lehrabbrüche - Streit in der Familie - Tiefe Selbstregulation (Emotionsregulierung) - Keine sinnvolle Freizeitgestaltung - Früher Beginn mit Substanzkonsum - Entwicklungsrückstände aufgrund Substanzkonsum - Delinquentes Verhalten - Tiefe Eigenmotivation bezüglich Veränderung des Substanzkonsums - Keine begleiteten Entwicklungsübergänge durch spezialisierte Institutionen

Tabelle 1: Risiko- und Schutzfaktoren Klinik Selhofen und Münsterlingen. Eigene Darstellung.

Abschliessend lässt sich sagen, dass die Adoleszenten vielen Anforderungen und Erwartungen gegenüberstehen, welche sie bewältigen müssen, und sich diese von den Erwachsenen unterscheiden. Dies sollte in der Behandlung berücksichtigt werden. Die unbegleiteten Übergänge stellen eine weitere Herausforderung dar. Es zeigt sich, dass die Aktivierung der Schutzfaktoren und Ressourcen elementar ist, um die Adressat:innen bestmöglich zu unterstützen. Auch zeigt sich die Wichtigkeit eines spezialisierten Angebots in der Suchtbehandlung für diese Altersgruppe.

4.5 Hauptkategorie spezialisiertes Behandlungsangebot

In der dritten Kategorie werden die spezialisierten Behandlungsangebote der Klinik Selhofen und Münsterlingen dargestellt.

4.5.1 Ergebnisse Interviewpassagen

Die Aufenthaltsdauer der jungen Erwachsenen in den Klinik Selhofen und Münsterlingen beträgt zwischen vier bis zwölf Wochen. Dabei betonten beide Kliniken, dass die Jugendlichen maximal zwischen vier bis sechs Wochen stationär behandelt werden. Die kurze Aufenthaltsdauer ist gemäss der leitenden Ärztin in Münsterlingen bedingt durch zugrunde liegenden Erkrankungen, welche durch ein spezialisiertes Team im Bereich der Psychiatrie, nach der stationären Suchtbehandlung behandelt werden müssen.

Die leitende Ärztin in Münsterlingen betonte die Wichtigkeit von spezialisierten Angeboten:

«Wir können den Entzug machen, eine suchtmmedizinische Behandlung, aber wir können nicht Trauma behandeln. Wir können nicht Bindungsstörungen behandeln. Natürlich stabilisieren wir durch unsere Behandlung diese Symptome. Aber an der Wurzel braucht es sehr spezifisch ausgebildete Teams in der Regel (...).»

In Bezug auf die Abgrenzung zum Angebot der Psychiatrie, nannte die Leiterin Projekte in Selhofen die Spezialisierung auf die Sucht und die starken Strukturen und Regeln:

«Die Spezialisierung ist sicher eigentlich der grösste Punkt (...). Unser Fachwissen und unsere Stärke ist sicher dort, auch unsere Erfahrungen und durch das haben wir wirklich SEHR STARKE STRUKTUREN, SEHR STRENGE REGELN.»

Wie alle durchgeführten Interviews zeigten, weisen die Adressat:innen neben der Sucht noch weitere Erkrankungen auf. Die Adressat:innen haben oft einen multiplen Substanzgebrauch. Die häufigsten Substanzen, die genannt wurden, sind Opioiden, Stimulanzien (Kokain), Benzodiazepine, THC, Alkohol und Lean-Getränke. Die Leiterin Projekte in Selhofen betonte die Wichtigkeit der Berücksichtigung des Mischkonsums:

«(...) Und auch bei der medizinischen Behandlung, gerade so dieser Mischkonsum wird dort besonders beachtet (...).»

Die Interviews zeigten auch, dass beide Kliniken bereits seit einiger Zeit junge Erwachsene behandeln. Zum bestehenden Angebot für junge Erwachsene wurden zusätzlich drei Plätze für Jugendliche geschaffen. Es wurde zudem auch betont, dass kein grosser Unterschied in der Behandlung zwischen diesen Altersgruppen wahrgenommen wurde, da die jungen Erwachsenen aufgrund des Substanzkonsums oft ein Entwicklungsdefizit aufweisen. Ein Unterschied in der Behandlung stellt der Einbezug der Erziehungsberechtigten bei den Jugendlichen dar. Falls Bedarf, werden diese auch bei den jungen Erwachsenen einbezogen:

«Wichtig für die Arbeit mit adolescenten Minderjährigen in Bezug auf die Soziale Arbeit ist der Einbezug der Eltern aufgrund der Minderjährigkeit (...).» (Sozialarbeiterin Münsterlingen)

«(...) ist für alle Jugendlichen Pflicht, bis 18 und bei den bis 25-Jährigen, ist es je nach Entwicklungsstand (...).» (Leiterin Projekte Selhofen)

Wie die Aussage der Leiterin Projekte in Selhofen zeigte, brachte die Einführung eines spezialisierten Angebots diverse Veränderungen mit sich, welche laufend adaptiert werden müssen. Eine Anpassung wurde beispielsweise durch die Leiterin bei der Form der Anmeldung genannt:

«Genau, man kann sich online anmelden. Das ist gerade jetzt bei den Jugendlichen halt so, also haben wir auch etwas angepasst letztes Jahr. Die Hemmschwelle ist etwas tiefer als ein Telefonat (...).»

Wie die Aussagen aus den Interviews zeigten, treten die Adressat:innen oft nicht aus Eigenmotivation in die Klinik ein:

«(...) Viele sind halt trotzdem etwas fremdmotiviert bei uns, gerade bei den jungen. Dass sie vor allem, ja wegen der Eltern kommen (...).» (Leiterin Projekte Selhofen)

«Also ein grundsätzlicher Unterschied ist oft, dass die Erwachsenen aus dem eigenen Antrieb kommen und sagen ich will mein Leben verändern (...). Und die Jugendlichen meistens, fremdmotiviert sind.» (Sozialpädagogin Münsterlingen)

Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen haben in beiden Kliniken einen eigenen, spezialisierten Wochenplan und arbeiten mit dem Bezugspersonensystem.

«(...) Jeder hat seinen Grundplan natürlich und da wurde das natürlich auch mit angepasst, dass das für die jungen Menschen speziell auch passt, dass da eben auch mehr Aktivität und mehr begleitete Gruppen noch dabei sind (...).» (Sozialpädagogin Münsterlingen)

«Mhm, genau, ja gerade Sport ist bei jungen schon sehr wichtig, dass sie sich auspowern können, ja.» (Leiterin Projekte Selhofen)

«(...) Eben in der Gesprächsgruppe mit den älteren Patienten, ist für sie schwierig, deshalb haben sie hier Gruppentherapie unter sich, also unter Gleichaltrigen. Wo dann eben Platz ist für all diese spezifischen Themen zu bearbeiten (...).» (Leiterin Projekte Selhofen)

Beide Kliniken arbeiten mit dem Bezugspersonensystem, auf welches im Kapitel 4.6 noch detaillierter eingegangen wird. Wie die leitende Ärztin in Münsterlingen berichtet hat, finden wöchentlich Einzeltherapiegespräche statt. Bei den Jugendlichen werden vermehrt Kurzgespräche durchgeführt. In der Klinik Selhofen haben gemäss Aussage der Leiterin Projekte, die Jugendlichen und jungen Erwachsenen keine Einzelgespräche bei Psychotherapeut:innen. Sie haben das Fallmanagement, welches aus Psycholog:innen, Sozialarbeitenden und einem Coach besteht. Der Auftrag aller Professionen ist der gleiche, jedoch ergeben sich auch Unterschiede. Bei den Psychotherapeut:innen kann Psychotherapie in das Fallmanagement einfließen. Besteht Bedarf, kann auch zusätzlich noch Einzeltherapie in Anspruch genommen werden.

«(...) viele haben ja eben als Fallmanagerin schon eine Psychologin, also die Mehrheit. Dann fliesst das so etwas rein. (...). Aber wenn sich dann eben noch irgendwie eine zusätzliche psychiatrische Diagnose

abzeichnet (...), es Bedarf gibt, ja dann haben sie ZUSÄTZLICH zum Fallmanagement noch Psychotherapie.» (Leiterin Projekte Selhofen)

Die Klinik Münsterlingen hat seit dem 01.01.2024 eine Sozialpädagogin angestellt. Die leitende Ärztin Münsterlingen betont, dass die Adressat:innen mehr Begleitung und Unterstützung benötigen als Erwachsene und auch Kenntnisse aus der Pädagogik benötigt wird:

«Ja, wir haben wir haben das schon lange gewollt, weil wir gesehen haben, dass bei der Behandlung, bei den Jugendlichen, mehr Pädagogik eine Rolle spielt als wir das aus dem Erwachsenen psychiatrisches Setting (...). Weil (...) noch nicht so vorausgesetzt werden kann, das so viel Eigenverantwortung übernommen werden kann. Einfach aufgrund von der Reife, die noch nicht so gegeben ist, ja (...).»

Neben der Sozialpädagogin sind bereits seit mehreren Jahren zwei Sozialarbeiterinnen für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen zuständig. Die Sozialarbeiterin in Münsterlingen teilte mit, dass vor dem Stellenantritt der Sozialpädagogin keine Spezialisierung für die Adoleszenten stattfand:

«Vor dem Arbeitsbeginn (...) hat sich die Arbeit nicht unterschieden, abgesehen von der mitwirkenden Entscheidungsgewalt der Eltern bzgl. Anschlusslösung (...).»

Ein Unterschied zwischen den Kliniken besteht im Umgang mit Konsumereignissen:

«Was jetzt bei uns speziell ist (...) diese Nulltoleranz, also bei uns darf man gar nichts konsumieren. Ja, jeder Konsum führt zu einem Austritt.» (Leiterin Projekte Selhofen)

«Also zum Beispiel Konsumereignisse während der Behandlung, das gehört für uns zum Krankheitsbild (...).» (Leitende Ärztin Münsterlingen)

Bei beiden Kliniken werden entwicklungspsychologische Aspekte in die Behandlung einbezogen, beispielsweise die Phasen der Adoleszenz oder die Lebenskompetenzen:

«(...)Weil sich unter Konsum natürlich ganz wichtiges soziale Skills, die es dafür braucht, nicht ausbilden. Das heisst auch da findet eine wichtige Nachreifung letztlich statt, im Rahmen dieses sozialpädagogischen Angebots (...).» (Leitende Ärztin Münsterlingen)

«(...) Es geht hauptsächlich darum, dass wir so diese, Life Skills eigentlich fördern wollen, also die Lebenskompetenzen allgemein.» (Leiterin Projekte Selhofen)

«Ja, und vom Entwicklungsstand haben wir einfach so diese Phasen, (...) die wir berücksichtigen, schauen, wo sich die jugendlichen Person befindet (...).» (Leiterin Projekte Selhofen)

Die Bedeutung des Übertritts vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter wird mit der Aussage der Leiterin Projekte Selhofen deutlich. Zudem betonte sie die Versorgungslücke, welche durch das Angebot abgedeckt wird:

«(...) In der Schweiz, mit 18 ändert so viel. Jetzt gerade bezüglich Angeboten Psychiatrie. Die Jugendpsychiatrie ist nicht mehr zuständig (...). Je nach dem, Beistände (...), sozialpädagogische Institutionen (...). Es ist so wie ein Einschnitt, ja, und dass sie dort nicht so einfach so fallen, nach 18 ja. Das ist schon ein Problem.»

«(...) Und bei uns ist es das Angebot von 16 - 25. Ja genau, deshalb ist diese Lücke bei uns nicht.»

Durch die Interviews wurde zudem die Relevanz der gemeinsamen Planung der Freizeitgestaltung und der Anschlusslösungen betont. Auch der Einbezug des Hilfsnetzes ist elementar. Auf diese werden im Kapitel 4.7 noch detaillierter eingegangen.

4.5.2 Theoretische Verortung

Die Wichtigkeit von spezialisierten Angeboten und der Einbezug der Übergänge der Lebensphase der Adoleszenz wurde durch die Interviews ersichtlich. Dies wurde auch von Arnaud und Thomasius (2022) bestätigt (vgl. Kapitel 2.3.3). Die Bedarfs- und Situationsanalyse von Infodrog (2022) zeigt das Fehlen von passenden Angeboten für Adoleszente im Suchtbereich in der Schweiz auf (vgl. Kapitel 1.1). In den Interviews wird auch deutlich, dass es wenige solche Angebote gibt.

Mit der Volljährigkeit endet, wie durch die Interviews ersichtlich wurde, auch die Zuständigkeit der Jugendpsychiatrie. Ab diesem Zeitpunkt werden die Adressat:innen gemeinsam mit den Erwachsenen behandelt. Das Behandlungsangebot wird der Lebensphase der Adoleszenten nicht gerecht. Diese Erkenntnisse aus den Interviews werden auch durch Andreae et al. (2020) bestätigt (vgl. Kapitel 1.1). Sie betonen zudem, dass sich die Lebensphase der Adoleszenz in die Länge ziehen kann und es dadurch Kenntnisse aus der Jugend- und der Erwachsenenpsychiatrie benötigt. Wie bereits Arnaud und Thomasius (2022) genannt haben, endet mit der Zuständigkeit der Jugendpsychiatrie auch der elementare Einbezug des familiären Umfeldes, pädagogische Massnahmen und Unterstützung der Jugendhilfe, wie betreutes Wohnen oder der Schule (vgl. Kapitel 2.3.3). Die Interviews zeigen die Relevanz und das Fehlen dieser Angebote auf.

Wie Arnaud und Thomasius (2022) besonders betonen, benötigen Adoleszente mit Suchtmittelabhängigkeit insbesondere Unterstützung aufgrund der Komorbiditäten und der Defizite in der Entwicklung (vgl. Kapitel 2.3.3). Durch die Interviews wurde ersichtlich, dass zusätzlich zur Sucht oft auch Begleiterkrankungen sowie Entwicklungsrückstände vorhanden sind. Dies wurde durch Kirschenbauer (2023) genannt (vgl. Kapitel 2.3.1). Er betont auch, dass meist mehrere Erkrankungen vorhanden sind, jedoch nicht immer einfach einzuschätzen sei, welche Erkrankung die Grunderkrankung darstelle (vgl. Kapitel 2.3.1). Wie durch Arnaud und Thomasius (2022) aufgeführt, sollten alle vorhandenen Erkrankungen erfasst und in der Behandlung aufeinander abgestimmt werden im (vgl. Kapitel 2.3.3). Interviews zeigen die Wichtigkeit der Berücksichtigung der Komorbiditäten. Diese können aber nicht spezialisiert behandelt werden, für die Behandlung dieser Krankheiten benötige es spezialisierte Institutionen, gemäss der Aussage der leitenden Ärztin in Münsterlingen.

Der Mischkonsum wurde sowohl in der Praxis, gemäss der durchgeführten Interviews – wie auch der Literatur beobachtet. Wie durch Infodrog (2022a) beschrieben, sollte dieser Konsum nicht unterschätzt werden (vgl. Kapitel 1.2). Bachmann (2023) umschreibt diesbezüglich den Mischkonsum, der zum Tode führen kann (vgl. Kapitel 1.2).

Wie Bilke-Hentsch et al. (2020) umschreiben, soll in der Behandlung der Adoleszenten psychosoziale, medizinische, entwicklungspsychologische sowie auch pädagogische Faktoren miteinbezogen werden (Kapitel 2.3.3). Bei den beiden interviewten Kliniken werden diese Faktoren in der Behandlung berücksichtigt, beispielsweise durch die spezialisierte medizinische Suchtbehandlung, die Psychotherapie, die Sozialarbeit, die Sozialpädagogik und durch den Einbezug der Lebenskompetenzen und der Phasen der Adoleszenz.

Die Relevanz der Sozialen Arbeit im stationären Setting wurde von Lammel (2016) aufgezeigt (vgl. Kapitel 2.3.3). Kurz dargestellt beinhaltet dies folgende Punkte:

- Förderung der Bewegung und Kreativität
- Einbezug der Lebenswelt der Adressat:innen
- Ressourcen finden und aktivieren
- Gemeinsame Gruppenaktivitäten planen und durchführen
- Einbezug und Förderung der Entwicklung der Adressat:innen (vgl. Kapitel 2.3.3).

Diese Punkte zeigen sich sowohl in der Arbeit im Bereich der Sozialpädagogik als auch in der Sozialarbeit. Auch wird dadurch die soziale Dimension und deren Relevanz ersichtlich. Die leitende Ärztin in Münsterlingen betont die Wichtigkeit der Sozialpädagogin im Behandlungsprozess.

Abschliessend lässt sich sagen, dass durch die Literaturrecherche wie auch durch die Interviews deutlich wurde, dass ein spezialisiertes Angebot für Adoleszente in der Suchtbehandlung, inklusive Berücksichtigung der Übergänge elementar ist. Die Kliniken Münsterlingen und Selhofen decken mit der Schaffung der spezialisierten Angebote für Adoleszente eine wichtige Versorgungslücke ab. Auch wird ersichtlich, dass es in der Behandlung verschiedenste Professionen benötigt, welche die verschiedenen Dimensionen gemeinsam bearbeiten, um eine bestmögliche Behandlung anzubieten.

4.6 Hauptkategorie Zuständigkeit und Zusammenarbeit

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Hauptkategorie «Zuständigkeit und Zusammenarbeit» dargelegt, wobei differenziert auf die beiden Unterkategorien «Zuständigkeit Fachpersonal» und «das System der Adoleszenten» eingegangen wird.

4.6.1 Ergebnisse Interviewpassagen

Zuständigkeit Fachpersonal

Wie im Kapitel 4.5 aufgezeigt, ändert die Zuständigkeit der verantwortlichen Personen und Institutionen mit der Vollendung der Minderjährigkeit radikal. Die Zuständigkeit einer Klinik wird durch kantonale Spitalisten geregelt, basierend auf dem Alter und den Bedürfnissen der Adressat:innen, was zu Unterschieden zwischen den Kantonen führt. Die Klinik Selhofen betreut Adressat:innen bis 25 Jahre, Minderjährige werden nur in Ausnahmefällen aufgenommen. Im Kanton Solothurn sind sie nun auch ab 16 auf der Liste. Münsterlingen nimmt ab 16 Jahren Jugendliche auf, mit einer Sonderregelung für Suchterkrankte ab 14 Jahren aus dem Kanton St. Gallen. Die Spitalisten werden alle fünf bis sechs Jahre aktualisiert, was Verzögerungen in der öffentlichen Kommunikation der Zuständigkeiten verursachen kann.

Weiter erklärt uns die Sozialpädagogin in Münsterlingen die konkreten Formen der Zusammenarbeit sowie die Zuständigkeiten innerhalb der Organisation. Die Austauschgefässe sind laut der Sozialpädagogin so aufgebaut, dass es für jede:n Patient:in ein «*Mini-Team*» mit allen interprofessionellen Fachpersonen – namentlich der pflegerischen, therapeutischen, ärztlichen und sozialpädagogischen Fachpersonen – gibt. Hier findet ein regelmässiger und zeitnaher Austausch rund um die Planung des Aufenthaltes der Adoleszenten statt, was von der Sozialpädagogin in dieser Form sehr geschätzt wird. «*Jeder hat seine Begegnungen mit dem Patienten und dokumentiert diese, und wir tauschen uns auch aus dazu. Das ist sehr effektiv und produktiv, wenn jeder seinen Eindruck aus seinem Bereich schildert, und es dann zusammenfügt wird. Das funktioniert, finde ich sehr gut*». In Selhofen heisst dieses interprofessionelle Gefäss «*Behandlungsplanungssitzung*» und findet zweimal wöchentlich statt. Weiter werden von der Leiterin Projekte folgende Gefässe genannt:

«Dann gibt es einmal im Monat eine Fallbesprechung, wie schon gesagt, die Supervision, Intervision, dies dann teamspezifisch. (...) Retraiten haben wir zweimal pro Jahr, (...). Und was auch die Zusammenarbeit fördert, finde ich, ist dieser familiäre Rahmen. Wir sind so klein, man isst hier das Mittagessen, (...)und man kommt so in den Austausch, lernt sich kennen, und das finde ich sehr hilfreich.»

Beide Kliniken arbeiten interprofessionell mit einem Bezugspersonensystem. In der Klinik Selhofen liegt die Zuständigkeit des Fallmanagements bei einer psychologischen Fachperson, einer Person mit Coachingausbildung oder bei der sozialarbeitenden Person. Die Zuständigkeit wird hier nach Kapazität sowie nach bestehenden Kontakten zu Fachpersonen zugeteilt. Die psychotherapeutischen Fachpersonen arbeiten auch ambulant in der Klinik Selhofen, weshalb bei einem stationären Aufenthalt derselben Person, wenn möglich, dieselbe Fachperson zugeordnet wird. Da die sozialarbeitenden ebenso wie therapeutische Fachpersonen das gesamte Fallmanagement übernehmen, liegt ihre Zuständigkeit ebenso bei der Zusammenstellung des Wochenplans, der Ausgangs- und Besuchsregelungen, der Organisation externer Termine und Anschlusslösungen sowie der Koordination mit dem System der Adoleszenten. Darunter fallen etwa die Kontaktaufnahme mit dem Sozialdienst oder Beistandspersonen sowie das Führen von Netzwerkgesprächen. Somit kommt den Sozialarbeitenden in Selhofen eine mehrheitlich beratende und vernetzende Funktion zu, während Sport- und Kunsttherapeut:innen für

Teile der Freizeitgestaltung zuständig sind. Im Unterschied zur Klinik Münsterlingen übernimmt diese erlebnispädagogische Rolle in Selhofen die Sozialpädagogin. Die Leiterin Projekte erklärt, dass bei ihnen neben den Sport-, Kunst- und Kochangeboten der Pflegedienst die begleitende Rolle übernimmt:

«Und weil wir dann die Sozialpädagogik nicht haben, übernimmt hier vieles der Pflegedienst.»

In der Klinik Münsterlingen liegt die Zuständigkeit bei Fachpersonen mit ärztlichem oder therapeutischem Hintergrund. Die Sozialpädagogin wird aber in einer «Sonderrolle» in die Bezugspersonenarbeit involviert:

«(...) die sozialpädagogische Mitarbeiterin, die ein eigenes Angebot macht und auch bei jedem dieser Fälle, insbesondere bei den Jugendlichen und vereinzelt auch für die Adoleszenten, in der Bezugspersonen arbeiten, mitinvolviert ist (...).» (Leitende Ärztin Münsterlingen)

«(...) wir wollen bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen einfach eine ENGERE BETREUUNG UND FÜHRUNG, und durch das wollen wir mehr in Kontakt sein mit ihnen (...).» (Leiterin Projekte Selhofen)

Die Sozialpädagogin erläutert im Interview, dass sie für die wöchentlichen offenen Gesprächsgruppen zuständig sei, in welchen die Adoleszenten eigenständig ihre Themen einbringen können. Der leitenden Ärztin in Münsterlingen zufolge, werden während erlebnispädagogischer Aktivitäten interaktionelle Skills erlernt, aber auch soziale Kompetenzen sowie Sichtweisen auf die eigene Person, auf persönliche Ressourcen und Grenzen. Eine weitere Aufgabe der Sozialpädagogin beschreibt die leitende Ärztin in Münsterlingen so:

«Sie ist die Allianz für die Jugendlichen. Dass sie die Themen und Anliegen der Jugendlichen zu uns in das erwachsenenpsychiatrische Team bringt auf der Station. Sie vertritt ihre Anliegen und besonderen Bedürfnissen, dass sie da auch nicht so untergehen.»

Im Unterschied dazu haben die Sozialarbeitenden in der Klinik Münsterlingen andere Zuständigkeiten. Ihre Stelle ist im Gegensatz zu der Stelle der Sozialpädagogin bereits seit langer Zeit etabliert, jedoch nicht auf die Adoleszenten spezialisiert:

«Alle Sozialarbeitenden der Klinik sind für Beratung und Hilfeleistungen rundum die Themen Wohnen, Arbeit und Beschäftigung, Finanzen, Anschlusslösungen und Rechtsfragen (wenn möglich) zuständig. Die Angebote gelten für Erwachsene wie auch für Adoleszente. (...) Die Sozialpädagogin in Münsterlingen hat seit dem 1.1.2024 die Planung und Koordination der Anschlusslösungen für Adoleszente übernommen.» (Sozialarbeiterin Münsterlingen)

Wie genau diese Aufteilung künftig gestaltet wird, ist noch ausstehend. Sicher ist jedoch, dass die beiden Sozialarbeitenden der Station in Münsterlingen weiterhin Beratung für Adoleszente anbieten werden.

Die Leiterin des Projekts in Selhofen erklärt, dass die Tagesbezugsperson immer eine diplomierte Pflegefachperson ist, welche bei allen Minderjährigen und bei Bedarf auch bei älteren Adressat:innen niederschwellige und regelmässige Austauschgefässe bietet. Um eine engere Begleitung zu gewährleisten, findet täglich je ein morgendliches und ein abendliches Treffen statt, an welchem der Tag vor- oder nachbesprochen und Raum für Fragen geschaffen wird.

Zusammenarbeit mit dem sozialen System der Adoleszenten

In der Zusammenarbeit mit dem System der Adoleszenten hat sich im Interview mit der leitenden Ärztin Münsterlingen ergeben, dass *«ganz andere Auflagen, ganz andere Regulationen in diesem Bereich existieren»*, da die Adoleszenten noch nicht autark Entscheidungen treffen können, beispielsweise in welches Wohnheim sie gerne gehen möchten - wodurch oft viele Personen Teil des Systems sind. Dies verlangt angepasste Formen der Systemarbeit, auch weil *«es sich um eine Gruppe (...) handelt, für die gar kein wirkliches Angebot in dieser Hinsicht bestand und auch heute ist es noch schwierig.»* (Leitende Ärztin Münsterlingen)

Beide Kliniken beschrieben diverse Herausforderungen im Zusammenhang mit der Entscheidungsgewalt der Adoleszenten, welche im Gegensatz zu Erwachsenen nicht vollumfänglich selbständig darüber entscheiden können, welche Anschlusslösung für sie in Frage kommt, weshalb sich die Frage nach der Verantwortung stellt:

«Und wenn sich dann das ganze versorgende System zurückzieht, weil alle froh sind: Jetzt ist diese jugendliche, «schwierige» Person mal dort, und die schauen dann.» (Leitende Ärztin Münsterlingen)

In Relation zu dieser Aussage steht folgende Aussage der Leiterin Projekte in Selhofen:

«Andererseits, was auch eine Ressource ist bei den Jüngeren, was wir feststellen ist, sie haben NOCH ein riesen Netz. Es sind alle bemüht einfach, dass sie eine gute Zukunft haben. Und das ist ein grosser Unterschied, im Vergleich vielleicht zu einem 40-jährigen, der(...) hat je nachdem NIEMANDEN mehr (...).»

Es wird gemäss der Leiterin Projekte in Selhofen deutlich, dass es als grosse Ressource betrachtet werden kann, überhaupt Systemarbeit betreiben zu können, wobei die leitende Ärztin in Münsterlingen darauf aufbauend beschreibt, dass die Zusammenarbeit sowie die Klärung der Verantwortung mit dem System der Adoleszenten während des Aufenthalts eine zentrale Auswirkung auf die Qualität der Behandlung haben. Ohne diese Klärung kann ihr zufolge keine gelingende Therapiearbeit geleistet werden, was sie wie folgt begründet:

«Und wir mussten lernen, dass wir im Vorgespräch sehr genau (...) diese Rahmen definieren müssen und dass wir auch das ambulante System – oder da rede ich von den Eltern, von den Beiständen, von den sorgeberechtigten Personen, gegebenenfalls Wohneinrichtungen, die noch involviert sind – dass wir die auch in die Verantwortung mitnehmen.»

Die Klinik Münsterlingen hat demnach im Laufe der Zeit einen sehr klaren Rahmen für den stationären Aufenthalt definiert, welcher an den Vorgesprächen mit den Bezugspersonen der Adoleszenten besprochen und verbindlich geregelt wird. Eine Auflage ist, dass sich mindestens eine erziehungsberechtigte Person für die Dauer des stationären Aufenthalts der Adoleszenten zuständig fühlt, welche die Adoleszenten jederzeit abholen könnte:

«Also zum einen gibt es die Situation, dass unsere jugendlichen Klientinnen und Klienten sagen: Ich will jetzt nicht mehr, ich will jetzt gehen. Und dann können wir sie auch nicht einfach ziehen lassen, weil sie Jugendliche sind, dann müssen sie wenigstens abgeholt werden oder wir brauchen das Okay, dass wir sie ziehen lassen dürfen.» (Leitende Ärztin Münsterlingen)

Zum anderen kann es nach ihr auch auf Initiative der Klinik zu einem Austritt kommen:

«Das ist zum Beispiel bei massiver Gewalt der Fall, bei massiven Drohungen. Oder (...) dass jugendliche Klientinnen und Klienten übergriffig werden. Dann ist auch da die Behandlung beendet. Das sind Rahmenbedingungen, die wir einfach für unsere Station brauchen.»

Wie bereits erwähnt, wird in beiden Kliniken das soziale System der Adoleszenten in die Behandlung einbezogen. In der Klinik Münsterlingen wird circa alle zwei Wochen, also pro Aufenthalt zwei- bis dreimal, ein Standortgespräch mit Bezugspersonen durchgeführt, wo in einem systemischen Sinne auf die gesamte Lebenssituation Bezug genommen wird:

«Da arbeiten wir eigentlich mit allen, mit dem ganzen System zusammen, soweit es halt zur Verfügung steht.» (Sozialpädagogin Münsterlingen)

Es wird ersichtlich, dass die Intensität der Zusammenarbeit auch immer mit der Verfügbarkeit und der Kapazität des Systems zusammenhängt. Mit Beistandspersonen findet laut der Sozialpädagogin in Münsterlingen ein regelmässiger Austausch und eine enge Zusammenarbeit statt. Insbesondere bezüglich Anschlusslösungen sind diese oft sehr aktiv involviert, indem sie auch bereits Vorschläge für potenziell passende Einrichtungen einbringen. Ebenso wird mit ambulanten Therapeut:innen zusammengearbeitet, welche bei vielen Adoleszenten bereits zum System dazugehören, weshalb hier auch Berichte ausgetauscht werden.

Laut der Leiterin Projekte in Selhofen besteht bei ihnen das Ziel, mindestens eine Standortbestimmung mit Bezugspersonen zu organisieren, was aufgrund schweizweiter Behandlung sowie Arbeitstätigkeit der Eltern nicht einfach zu koordinieren ist. Auch hier wird aktiv Bezug auf den Alltag zuhause genommen, wobei oft deutlich wird, in welchen belasteten und ermüdenden Verhältnissen sich Eltern, Geschwister und somit ganze Familiensysteme befinden. Beispielsweise kommt es aufgrund fehlenden Vertrauens, wiederkehrenden Streitigkeiten oder der Involviertheit der Justiz aufgrund begangener Delikte zu Erschöpfung, welches an Standortgesprächen thematisiert wird, um unter anderem Triagen an geeignete Angebote vornehmen zu können.

4.6.2 Theoretische Verortung

Die Frage nach der Zuständigkeit und der Ausgestaltung der Zusammenarbeit im interprofessionellen Team sowie mit dem System der Adoleszenten fordert eine gelingende und umfassende Auftragsklärung auf allen Ebenen, was in der Theorie wie in der Praxis bestätigt wurde.

Auf die Soziale Arbeit fokussierend, in welcher es in der Beantwortung der Forschungsfrage und deren Unterfragen dieser Arbeit gehen soll, werden im Kapitel 2.1.1 der klient:innenbezogene Auftrag, der Auftrag der Organisation sowie der Auftrag der Sozialen Arbeit differenziert (Abplanalp et al., 2020, S. 42)

Im Interview mit der leitenden Ärztin in Münsterlingen wird der klient:innenbezogene Auftrag der Sozialpädagogin deutlich. Sie setzt sich für die Anliegen und Bedürfnisse der Adoleszenten ein und bringt somit, wie es Sonja Hug (2022) im Suchtmagazin schreibt, nicht nur wertvolles Methodenwissen in den interprofessionellen Dialog ein, sondern auch ihre Werteausrichtung (S. 23). Weiter beschreibt Hug die Wichtigkeit ethischer Kompetenzen und den Bedarf an Diskursräumen, in welchen Werteabwägungen stattfinden und moralische Problemstellungen interprofessionell gelöst werden können (S. 23). Dies verdeutlicht die Wichtigkeit der regelmässig stattfindenden interprofessionellen Austauschgefässe in beiden Kliniken, etwa in den Miniteams, den Rapporten und Fallbesprechungen während Retraiten sowie Inter- und Supervisionen. Auf die Arbeitsprinzipien der Sozialen Arbeit (vgl. Kapitel 2.1) bezogen, kann somit davon ausgegangen werden, dass die Fachpersonen der Sozialen Arbeit in den Kliniken einen Beitrag leisten zu einem ethisch bewussten Handeln im Team mittels Ausrichtungen an Grundprinzipien. Auch das Einbringen von Mehrperspektivität und Kontextualisierung resultiert daraus, da sie altersspezifische Vorgehensweisen anwenden, um zur Befähigung der Adoleszenten beizutragen, was schlussendlich ihrer Zuständigkeit, die soziale Dimension zu bearbeiten (vgl. Kapitel 4.6), entspricht.

Der Auftrag der Organisation basiert auf strukturellen Vorgaben, welche auf kantonaler Ebene abgehandelt werden und die Zuständigkeitsbereiche der Kliniken sowie Ausnahmeregelungen für die Aufnahme von Jugendlichen mit einer Suchterkrankung festlegen. Demnach bestehen definierte Vorgaben, für welche Adressat:innengruppen die Kliniken zuständig sind und für welche nicht. Dies erklärt auch, weshalb die Aufenthaltsdauer in beiden Kliniken bei minderjährigen Adoleszenten maximal vier bis sechs und bei volljährigen maximal 12 Wochen beträgt, da ansonsten die Behandlung der Grunderkrankung im Vordergrund stehen würde und nicht mehr der eigentlichen Suchtbehandlung nachgegangen werden kann. Der Forderung von AvenirSocial et al. (2024b) einer «fortführenden Begleitung» (S. 70), durch die Soziale Arbeit zu schaffen sowie der von Lammel (2016), Triagen zwischen Institutionen zu meiden und die Kompetenzen der Fachpersonen der Sozialen Arbeit zu nutzen (S. 15–16) kann mit dem eher kurzen und spezialisierten Zuständigkeitsbereich der beiden Kliniken nicht vollumfänglich Rechnung getragen werden.

Innerhalb der Organisation tragen die unterschiedlichen Fachpersonengruppen für intern festgelegte Bereiche Verantwortung, wobei auch immer Überschneidungen festgestellt werden können, in Selhofen etwa in der Fallverantwortung, in Münsterlingen durch das Führen von Gesprächsgruppen. Um zu begründen, weshalb der Sozialen Arbeit neben einer psychologischen Begleitung eine grosse Wichtigkeit

und Zuständigkeit zukommt, wird nun kurz auf das Thema der Abgrenzung von Beratung und Psychotherapie eingegangen. In beiden Settings kommt es zu einer Unterstützung in Veränderungsprozessen hin zu einem «gelingenderen Alltag» (Thiersch, 2016, S. 24). Stimmer und Ansen (2016) halten diese Schnittstellen und Abgrenzungen in einem Beratungskontinuum fest:

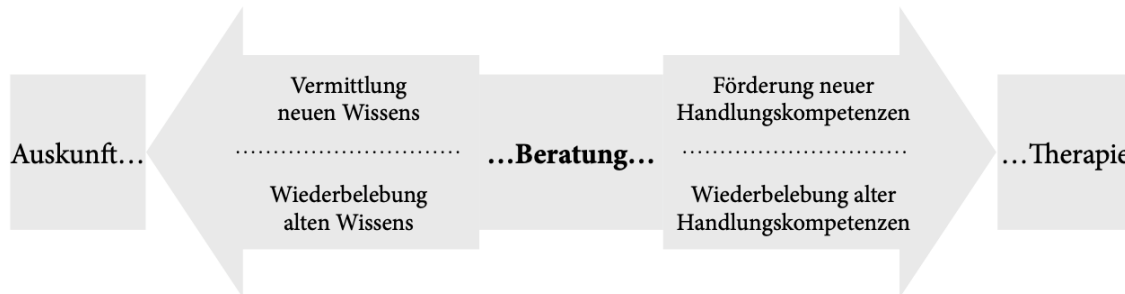


Abbildung 7: Beratungskontinuum zwischen Auskunft und Psychotherapie. *Anmerkung. Übernommen aus «Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern. Grundlagen – Prinzipien – Prozess» (S. 42) nach Stimmer, F. & Ansen, H., 2016. Kohlhammer.*

Von der Informationsweitergabe im Rahmen akzeptanzorientierter (in Münsterlingen) oder abstinentenorientierter (in Selhofen) Behandlungsmöglichkeiten bei einer Suchterkrankung (Stimmer & Ansen, 2016, S. 42) hin zur Bearbeitung bio-psycho-sozialer Problemlagen mit möglicherweise therapeutischen Wirkungen, kann vieles Gegenstand von Beratung sein (Beushausen, 2016, S. 18).

Die Beratung in der Sozialen Arbeit zeichnet sich laut Abplanalp et al. (2020) durch ihre umfassende Betrachtung der Lebenswelt der Adressat:innen aus und bietet Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen an (S. 33–34). Sie ist niederschwelliger und einfacher zugänglich als Psychotherapie (Großmaß, 2007, S. 100), welche meist von Ärzt:innen initiiert wird und eng mit der Medizin in Verbindung steht. Diese konzentriert sich demnach mehr auf die Behandlung von Krankheiten und psychischen Störungen und ist nicht wie die Soziale Arbeit im Sozialwesen zu verorten (Abplanalp et al., 2020, S. 33–34).

Der Auftrag der Sozialen Arbeit besteht also auch darin, zur Ermächtigung und Befreiung von Individuen beizutragen (AvenirSocial 2014a, S. 1). Im Kontext der stationären Suchtbehandlung von Adoleszenten erfolgt dies beispielsweise durch die Zuständigkeit einer engen Begleitung während den Übergängen, die Netzwerkarbeit mit Fachpersonen oder das Erlernen von Konsumalternativen im aktiven Tun und in interaktionellen Skills. Auch dem «sozialen Zusammenhalt» (AvenirSocial, 2014a, S. 1) wird etwa durch die Förderung dieser Skills mittels Gruppenaktivitäten der Sozialpädagogin oder durch Gesprächsgruppen und Netzwerkarbeit mit Fachpersonen und dem System der Adoleszenten Rechnung getragen. Wie bei Lammel (vgl. Kapitel 2.3.3) beschrieben, gibt das soziale System den Adoleszenten Halt, weshalb Fachpersonen der Sozialen Arbeit die Adressat:innen darin unterstützen sollen, ihre Systeme zu stärken und zu fördern (2016, S. 16).

So lassen sich hier Befähigungs- und Beziehungshandeln ebenso wie Kontextualisierung - als drei der sechs Arbeitsprinzipien - als wesentliche Pfeiler der Zuständigkeit der Sozialen Arbeit in der Praxis

erkennen. Die Förderung gesellschaftlicher Veränderungen und Entwicklungen kann hinsichtlich des immer noch vorherrschenden medizinischen Blicks auf Sucht, wie es von Gremmiger, (2021, S. 17) (vgl. Kapitel 1.3) beschrieben wird, durch den Einbezug der Fachpersonen der Sozialen Arbeit ergänzt werden. Da den Fachpersonen der Sozialen Arbeit in beiden Kliniken die Fallverantwortung zukommt, kann davon ausgegangen werden, dass dies zur Sensibilisierung auf die soziale Dimension beiträgt. Dies wiederum kann zu einem umfassenderen Blick auf Sucht sowie auf Adressat:innen mit Suchterkrankungen beitragen, was erneut die Mehrperspektivität fördert. Durch die Interviewbereitschaft findet ein Wissenstransfer von der Praxis zurück zur Theorie statt, wodurch Erfahrungsregeln – als Praxeologie bezeichnet – festgehalten werden können und zur Vervollständigung theoretischer, empirischer und axiologischer Dimensionen von beruflichem und professionellem Handeln beigetragen und die Qualität der Angebote erhöht werden kann (vgl. Kapitel 2.1).

Die im Empfehlungsschreiben für die Soziale Arbeit in der Suchthilfe und -prävention (AvenirSocial et al., 2024b, S. 69–70) festgehaltene Forderung, dass das Potenzial der Sozialen Arbeit genutzt werden soll, etwa indem Soziale Arbeit die Verantwortung für die Analyse und Bearbeitung der sozialen Dimension hat, Fallverantwortungen übernimmt und zuständig ist für die Begleitung der Übergänge, deckt sich teilweise mit den effektiven Zuständigkeiten in den beiden untersuchten Kliniken. Eine vollständige Fallverantwortung ist in Münsterlingen zurzeit nicht gegeben, jedoch werden allen anderen genannten Aspekten Rechnung getragen.

4.7 Hauptkategorie Vorgehensweisen und Methoden

In dieser Kategorie wird aufbauend auf den Zuständigkeiten und Formen der Zusammenarbeit die Vorgehensweisen und Methoden vorgestellt, welche von den befragten Fachpersonen angewendet werden.

4.7.1 Ergebnisse Interviewpassagen

Die Analyse der Interviewpassagen zeigt, dass die Arbeit mit den Adoleszenten gewissen Rahmenbedingungen unterliegt, welche die Vorgehensweisen und Methoden prägen. Dabei wurden von der leitenden Ärztin in Münsterlingen beispielsweise rechtliche Rahmenbedingungen genannt, welche bestimmen, dass die Adoleszenten noch nicht vollständig mündig und demnach noch besonders schützenswert sind, wie im Kapitel 4.5 entnommen werden kann.

«Dem haben wir natürlich schon Rechnung tragen müssen, indem wir dafür ein besonderes Setting aufgezogen haben.» (Leitende Ärztin Münsterlingen).

Dies fordert nach ihr ein Setting, welches - wie bei Erwachsenen auch - möglichst frei von Zwängen ist, damit therapeutisch gearbeitet werden kann. Da laut der Leiterin Projekte in Selhofen bei Adoleszenten jedoch teilweise nicht kongruente Erwartungen der Eltern und Adoleszenten aufeinandertreffen, gleichzeitig jedoch vor allem mit Motivation gearbeitet werden soll, lässt Münsterlingen bei den Vorgesprächen eine Einverständniserklärung der Adoleszenten unterschreiben, um ihr Kommittent zur Therapie verbindlich zu regeln. Die Sozialarbeiterin in Münsterlingen hat hierzu geschrieben:

«Wichtig für die Arbeit mit adolescenten Minderjährigen in Bezug auf die Soziale Arbeit ist der Einbezug der Eltern aufgrund der Minderjährigkeit. Die Themen, welche Adoleszente auf der Station betreffen, wie IV-Antrag und Kontakt, Anschlusslösungen (betreutes Wohnen oder Langzeittherapie), muss in Zusammenarbeit oder Absprache mit den Eltern geschehen. Oftmals haben junge Menschen andere Vorstellungen als ihre Eltern; wollen wieder nach Hause, die Eltern können die Situation jedoch nicht länger tragen. Es entsteht ein Spannungsfeld, das sich teils lösen lässt, teils aber auch nicht. (...) Adoleszente sind, wenn ein Beziehungsaufbau mit dem Behandlungsteam stattfinden kann, auch sehr kooperativ und einsichtig. Dabei spielt aber auch die Aufenthaltsdauer eine Rolle. Früher waren die Adoleszenten länger auf der Station, was teilweise zu Konflikten geführt hat, jedoch auch die Möglichkeit bot, eine passende Anschlusslösung zu finden.»

Die leitende Ärztin in Münsterlingen verdeutlicht die Wichtigkeit dieser Kongruenz der Erwartungshaltungen mit der strukturellen Anmerkung des Bedarfs an spezialisierten Angeboten:

«Aber wenn die Notwendigkeit und der Zwang besteht: Diese Person MUSS bei uns auf der Station bleiben, weil sie keinen anderen Ort hat, wo sie hin kann, dann dreht sich alles nur noch darum.»

Wie im Kapitel 4.5 bereits aufgezeigt, benötigt es gemäss der Aussage der leitenden Ärztin in Münsterlingen spezialisierte Institutionen, welche die Grunderkrankung behandeln. Es gehört zum Vorgehen von Münsterlingen wie auch von Selhofen, weitsichtig zu planen und somit bereits vor oder während des stationären Aufenthalts zu klären, wie es nach dem Klinikaufenthalt mit der Behandlung der zugrundeliegenden Erkrankungen weitergeht, damit alle Erkrankungen von spezialisierten Fachpersonen behandelt werden können.

Diese Rahmenbedingungen prägen die Gestaltung der Vorgehensweisen der spezialisierten Angebote somit massgeblich mit. Die Sozialpädagogin der Klinik Münsterlingen beschreibt, dass sich die Adoleszenten oft auch erst an den Gedanken gewöhnen müssen, dass es nach der Klinik in eine Einrichtung geht, die streng kontrolliert ist. Es sei wichtig, sie in diesem Prozess des weiteren Vorgehens einzubeziehen, gemeinsam im Internet zu schauen, was es an Angeboten gibt, aufkommende Ängste aufzugreifen und die Bereitschaft sowie die Motivation zu fördern, sich auf das Bevorstehende und noch Unbekannte einzulassen. Es braucht laut der Sozialpädagogin in Münsterlingen eine enge Begleitung vom Eintritt bis zum Austritt, welche auch immer Beziehungs- und Koordinations- und Vernetzungsarbeit beinhaltet.

Ein weiterer Punkt, der während des spezialisierten stationären Aufenthalts in Münsterlingen beachtet wird, ist die Berücksichtigung des Alters bei der Zimmerbelegung. Die Adressat:innen, deren Angehörigen und die Mitpatient:innen werden laut der leitende Ärztin in Münsterlingen über die besonderen Bestimmungen der Jugendlichen informiert:

«(...) Nichtsdestotrotz haben wir diese vulnerablen Phasen, da rede ich auch vor allem von den rechtlichen Aspekt natürlich (...) bis 18 jährig (...), ist die Person einfach nicht vollständig eigenständig (...) und mündig in allen Bereichen und besonders schützenswert (...). Dem haben wir natürlich schon Rechnung tragen müssen, indem wir da ein besonderes Setting aufgezoogen haben. Das Setting sieht so aus, dass wir diese Personen in ein Zimmer (...) einquartieren.»

Weiter sagt sie: *«Wir haben eine besondere Sensibilisierung auch beim Team und auch bei den Mitpatient:innen angestrebt und machen das anhaltend, das ganz klar ist, dass Jugendliche auf der Station gibt, dass diese Jugendlichen ganz besonders geschützt werden von uns das ein ganz besonderes Augenmerk von unserer Seite auf den Schutz der Jugendlichen liegt. Zum Beispiel bedeutet das, dass ganz klar kommuniziert wird, wenn jemand mit Jugendlichen gemeinsam konsumiert, also die Jugendlichen zum Konsum anleitet, (...) dass diese Person austreten muss. (...) Also, geschweige denn, (...) noch dramatischere Situationen wie Übergriffe von Erwachsenen an Jugendlichen.»*

In der Klinik Selhofen haben die Adressat:innen Einzelzimmer.

«Damit gar keine Risikosituationen entstehen können», erklärt die leitende Ärztin in Münsterlingen. *«Wir klären in den Vorgesprächen auch die Eltern und die Angehörigen und Erziehungsberechtigten der Jugendlichen und natürlich auch die Klientinnen und Klienten selber sehr dezidiert darüber auf, und wir screenen in den Vorgesprächen gezielt nach Risikofaktoren, die sich für uns gezeigt haben, welche ein übergriffiges Verhalten prädisieren.»*

Während dem Stationären Aufenthalt kann laut der leitenden Ärztin in Münsterlingen durch die Sozialpädagogin - im Unterschied zu Erwachsenenpsychiater:innen - auf Adoleszente spezialisierte Vorgehensweisen und Wissensbestände zurückgegriffen werden, um eine lebensweltnahe Angebotsgestaltung zu unterstützen. Ein grosser Teil ihrer Arbeit besteht aus Vernetzungsarbeit, welche gerade bei der Suche nach einer Anschlusslösung von grosser Bedeutung ist. Die Sozialpädagogin der Klinik in Münsterlingen sagt dazu, dass sie einen Katalog erstellt, in dem Institutionen für Adoleszente aufgelistet sind, wodurch sie einen Überblick hat und wodurch möglichst frühzeitig passende Vorschläge gemacht werden können. Auch in der Klinik Selhofen wurde laut der Leiterin Projekte vom Team eine Liste mit schweizweiten sozialpädagogischen Institutionen erstellt, welche der Fallführung sowie den Eltern als praktisches Tool dienen soll:

«Der Erfolg ist halt schon grösser, wenn sie im Anschluss eine Tagesstruktur haben, die Leerzeiten gefüllt sind», sagt die Leiterin Projekte in Selhofen beispielhaft. *«Was ein Punkt ist bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen, ist die Zukunftsperspektive, die gefördert werden muss. Oftmals haben sie keine. Da gehört auch die Anschlusslösung dazu.»*

Die Sozialpädagogin in Münsterlingen kommt im Alltag der Adoleszenten grundsätzlich einer begleitenden Funktion nach, wodurch sie neben der Organisation der Übergänge auch in die Netzwerkarbeit mit dem System der Adoleszenten massgeblich involviert ist. Dabei betont sie:

«Grundsätzlich ist mir halt immer wichtig, einen ganzheitlichen Ansatz zu haben.»

Auch sagt sie, dass die Arbeit mit Adoleszenten lebensnahe Vorgehensweisen fordert, da die Adoleszenten in ihrer Not nach Handlungsmöglichkeiten Ausschau halten, welche im aktuellen Moment zur Verfügung stehen, weshalb das *«Jetzt»* als zentraler Ausgangspunkt für Beratungsgespräche angewendet wird: *«Wir sind so sehr im Jetzt bei den Gesprächsgruppen: Was jetzt gebraucht wird und was sie jetzt beschäftigt.»*

Es gibt deshalb in Selhofen wie auch in Münsterlingen wöchentliche Angebote. In Selhofen beschreibt die Leiterin des Projekts, dass für alle Adoleszenten gemeinsam mit den Fallverantwortlichen Wochenpläne erstellt werden, damit niederschwellige Fixpunkte im Alltag geschaffen, Leerzeiten vermieden und Struktur entstehen können:

«Gerade die Jugendlichen und jungen Erwachsenen haben, wenn die Substanz wegfällt, wieder viel mehr Zeit und sie müssen lernen, was man überhaupt machen kann. Und gerade in solchen Situationen treten dann häufiger Suchtdruck- oder Abbruchgedanken ein.»

Um dem Entstehen dieser Leerzeiten entgegenzuwirken, wird in der Klinik Selhofen, gemäss der Aussage der Leiterin Projekte mit einem stärker gefüllten Wochenplan als bei den Erwachsenen gearbeitet:

«Wir arbeiten bei den Jugendlichen mit einem Punktesystem in diesem Wochenplan. Sie müssen pro Tag eine Mindestanzahl an Punkten erreichen (...).»

Durch die Begleitung der Tagesbezugspersonen sowie der fallverantwortlichen Person kann laut der Leiterin der Projekte in Selhofen eine enge Betreuung und somit auch ein Beziehungsaufbau stattfinden, was die Adoleszenten in ihrer Alltagsgestaltung unterstützt:

«Wir machen viel Beziehungsarbeit, ES GEHT SEHR VIEL ÜBER BEZIEHUNG. Bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen NOCH EINMAL VIEL MEHR, es ist das A und O.»

Dies ist nach ihr nötig, damit beispielsweise Überforderungen im Klinikalltag – welche laut Befragungen der Adressat:innen unter anderem durch «Ämtlis», wie selbständig Wäsche waschen, entstehen – zeitnah, fortlaufend und ohne Belohnung oder Bestrafung abgefedert werden «können».

«Wir haben bei der Konzepterarbeitung darauf verzichtet, mit Belohnung und Bestrafung zu arbeiten. Wir wollen ihnen auf Augenhöhe begegnen, sie ernst nehmen, sie respektvoll behandeln.»

In der Klinik Münsterlingen haben auch alle Adressat:innen einen eigenen Wochenplan, welcher nach Beschreibungen der Sozialpädagogin verpflichtend ist und ebenfalls bereits beim Eintritt festgelegt wird. Ein wöchentliches Angebot in Münsterlingen ist beispielsweise die von der Sozialpädagogin geführte offene Gesprächsgruppe für die Adoleszenten, wo sie selbständig Themen einbringen können.

«Und die Themen unterscheiden sich auch nicht wirklich, ob jemand 17 oder 19 Jahre alt ist. Das sind oft eben diese Fragen: Wo stehe ich im Leben, was will ich eigentlich vom Leben? Wer bin ich eigentlich? Und wie sieht ein substanzfreies Leben aus? Wie kann man das überhaupt machen? Und wieder so eine Achtsamkeit für die schönen Momente des Lebens zu bekommen, so. Das ist der Kern dieser Therapie.», beschreibt die leitende Ärztin in Münsterlingen.

Die Sozialpädagogin in Münsterlingen ergänzt, dass sich die Themen in dieser adoleszenten Gruppe sehr stark von den Themen der älteren Patient:innen unterscheiden, da sie an einem ganz anderen Punkt in ihrer Persönlichkeitsentwicklung stehen.

«Da merke ich schon immer, dass da ganz eigene Bedürfnisse da sind.»

Der Einbezug und die Wichtigkeit der Lebenskompetenzen werden hierbei auch ersichtlich:

«Weil sich unter Konsum natürlich ganz wichtige Soziale Skills, die es dafür braucht, nicht ausbilden. Das heisst auch, da findet eine wichtige Nachreifung letztlich statt, im Rahmen dieses sozialpädagogischen Angebots. Und die Idee ist, dass das spezifisch auf Erlebnispädagogik auch mit ausgerichtet ist. Das wir da auch sagen, das braucht es als Raum, um diese, sag ich mal die interaktionellen Skills, die sozialen Kompetenzen, aber auch die Sichtweise, was bin ich, was kann ich und so, eigene Grenzen, aber auch eigene Ressourcen erkennen.» (Leitende Ärztin Münsterlingen)

Um diesen Bedürfnissen nicht nur in Form von Gesprächen Raum zu geben, arbeitet die Sozialpädagogin zum grossen Teil mittels erlebnispädagogischen Vorgehensweisen in Gruppensettings von etwa drei bis sechs Adoleszenten. Sie betont die Wichtigkeit der Erlebnispädagogik, beispielsweise durch die praktischen Erfahrungen, welche die Adressat:innen dadurch machen können:

«(...) Die Tiere zu füttern und (...) dieses Mal rausgehen und das Lebendige und die Natur und eben dieser Kontakt mit den Tieren ist schon UNGLAUBLICH, WAS DAS BRINGT.»

Über erlebnispädagogische Vorgehensweisen können nach ihrer Lebensfreude und weitere Ressourcen erschlossen werden. Erlebnispädagogische Gefässe zur Freizeitgestaltung sind beispielsweise, dass gemeinsam gekocht wird, Ausflüge stattfinden oder auf tiergestützte Vorgehensweisen zurückgegriffen wird. In Selhofen finden sehr ähnlich aufgebaute und erlebnisorientierte Angebote statt. Diese werden jedoch nicht von einer Sozialpädagogin, sondern von Kunsttherapeut:innen, Sportlehrer:innen oder Köch:innen durchgeführt. Als Beispiel eines von ihr angebotenen Gefässes beschreibt die Sozialpädagogin in Münsterlingen das gemeinsame Kochen als Lernort für Selbstorganisation und als Ort der neu erlernten Alltagsgestaltung:

«Und die kochen dann auch immer für alle Patienten. Es sind 22 Patienten, und das sind für Jugendliche schon ganz schön viele, und wenn man dann sieht, was die für eine Freude haben und (...) welcher ELAN und DURCHHALTEVERMÖGEN vorhanden ist (...).» (Sozialpädagogin Münsterlingen)

Sie hat während dieser Vorgehensweisen die Aufgabe, den Rahmen für diese Erfahrungen zu halten, die Begeisterung der Adoleszenten zu fördern und nur bei Bedarf Unterstützung zu leisten. Schlussendlich soll auch der Glaubenssatz *«(...) Ich nehme mein Leben in die Hand und gestalte es (...).»* gefördert werden.

Weitere Gruppenangebote in Münsterlingen sind beispielsweise gestalttherapeutische Angebote, aktive Gruppen wie Boulder-, Nordic-Walking- oder Yogagruppen, welche allesamt mit Bewegung und somit auch mit dem «Rauskommen» aus dem Kliniksetting arbeiten. Sie beschreibt auch, dass im aktiven Tun die Ressourcen der Adoleszenten zum Vorschein kommen und nutzbar gemacht werden können, was ausserhalb von Aktivitäten oft mit Herausforderungen verbunden ist.

«Und wenn man dann so auf die Ressourcen zurückgreifen will, dann fällt es den Jugendlichen sehr schwer, sich daran zu erinnern, was ihnen mal Freude gemacht hat.» (Sozialpädagogin Münsterlingen)

Es geht ihr darum, «dass die Jugendlichen auch selbständig da mit gestalten und sich überlegen, was mache ich denn gern, was hat mir vielleicht früher mal Spass gemacht? Und das üben wir da eben, wie kann man Freizeit gestalten und machen, das dann natürlich auch aktiv.» Durch einen vollständigen Einbezug der Adoleszenten, welche oft jahrelang inaktiv waren, kann so auf das Kochen bezogen, begonnen beim Schreiben eines Einkaufszettels, hin zum gemeinsamen Einkaufen, Kochen und Aufräumen, auf eine praktische und alltagsnahe Weise Selbständigkeit (wieder) erlernt werden.

Die Sozialpädagogin wie auch die leitende Ärztin in Münsterlingen erklären, dass sich die Wirksamkeit der Vorgehensweisen in der Gesprächsführung zwischen Adoleszenten und Erwachsenen nicht unterscheidet, weshalb auch hier auf Grundlage der motivierenden Gesprächsführung gearbeitet wird. Die Sozialarbeiterin in Münsterlingen schreibt noch zusätzlich, dass sie sich in ihrer Beratungstätigkeit neben der motivierenden Gesprächsführung auch auf Empowerment, den Recovery-Ansatz und auf klassische Vorgehensweisen der Einzelfallhilfe bezieht. Von der leitenden Ärztin in Münsterlingen wird der Ansatz der motivierenden Gesprächsführung kurz erläutert:

«Das wäre etwas, was wir herstellen möchten. Die Motivation zur Veränderung, und die soll fundiert sein. Warum denn? Einfach nur, weil die Mutter das will oder der Vater oder der Beistand? Das macht keinen Sinn. Sondern die Person muss selbst zur Überzeugung kommen, dass sie da etwas verändern möchte, und das versuchen wir zu EVOZIEREN.»

Weiter beschreibt sie, dass davon ausgegangen wird, dass diese Motivation zwar da ist, jedoch verdeckt. Diese Motivation herzustellen oder klarer werden zu lassen, ermöglicht es, mit der Erarbeitung von Alternativen, von Skills und Methoden im Umgang mit Stress, mit Anspannung und mit sozialen Interaktionen zu arbeiten. So sollen die sozialen Kompetenzen und somit auch die Autonomie wieder mehr gestärkt werden.

«So, dass die (...)Übernahme von Verantwortung wieder besser möglich ist. Dann entstehen daraus auch Zukunftspläne, Wünsche. Konkret, ich möchte in eine Ausbildung gehen. Das ist eben auch immanent wichtig, dass man auch weiss, warum mach ich das Ganze.» (Leitende Ärztin in Münsterlingen)

4.7.2 Theoretische Verortung

Um die Vorgehensweisen und Methoden theoretisch zu verorten, lässt sich das bereits eingeführte Prozessmodell der Sozialen Arbeit im Suchtbereich (vgl. Abbildung 1, Kapitel 2.1.2) als theoretische Ergänzung zur Datenauswertung beiziehen.

Im Kapitel Zuständigkeiten wurde bereits deutlich, dass Soziale Arbeit sich der sozialen Dimension im Suchtbereich annimmt. Wie sie diese tut, wird im Prozessmodell anhand fünf Phasen beschrieben.

Die erste Phase umfasst die Gestaltung einer Arbeitsbeziehung, wobei das Arbeitsprinzip des «Beziehungshandelns» eine zentrale Rolle spielt. Die Fachpersonen der Sozialen Arbeit streben danach, eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung aufzubauen, die auf Respekt und Empathie basiert. Sie schaffen eine unterstützende und kooperative Atmosphäre, in der die Adressat:innen sich gehört und ernstgenommen

fühlen (AvenirSocial et al., 2024b, S. 16). Die in der Praxis gewonnenen Erkenntnisse betonen ebenfalls die Wichtigkeit dieses Beziehungsaufbaus für den Erfolg der Intervention.

Eine zu berücksichtigende Ausgangslage für die Gestaltung der Arbeitsbeziehung stellt die in den Interviews genannten Spannungsverhältnissen zwischen den Erwartungen der Bezugspersonen der Adoleszenten sowie ihnen selbst dar. «Der Blick auf die Art der ursprünglichen Kontaktaufnahme» (Abplanalp et al. 2020, S. 152) lässt wie bereits in Kapitel 2.1.1 nach Kähler & Gregusch (2015), drei Typen erkennen. Neben der Kontaktaufnahme aufgrund rechtlicher Vorgaben und einer aus eigener Initiative heraus, stellt die von netzwerkangehörigen erzwungene und/oder animierte Kontaktaufnahme eine weitere Ausgangslage dar (Kähler & Gregusch, 2015, S. 29–32). Im Falle der analysierten Kliniken wird deutlich, dass zwischen den Bezugspersonen und den Adoleszenten selbst, immer wieder inkongruente Erwartungen an die Lebensführung der Adoleszenten Spannungsverhältnisse erzeugen, welche die Motivation für den stationären Aufenthalts mitprägen. So scheint es sinnvoll in diesem Fall nicht von einem Zwangskontext, sondern wie Abplanalp et al. (2020) von einem Pflichtkontext oder von Pflichtklient:innen zu sprechen (S. 154).

Im Kapitel 4.4 wurde deutlich, dass die Adressat:innen meist nicht freiwillig, sondern aufgrund ihrer Bezugspersonen eintreten. Da sie jedoch trotzdem selbst für die Behandlung einwilligen müssen, kann nicht direkt von einem Zwang gesprochen werden. Die Tatsache, dass wenig spezialisierte Angebote bestehen und teilweise keine andere Institution oder Person in Aussicht ist, welche die adoleszente Person aufnimmt, entsteht durch diese strukturelle Angebotslücke jedoch trotzdem eine Art Zwang das Angebot in Anspruch zu nehmen, was die Arbeitsbeziehung beeinflussen kann.

Die zweite Phase stellt die Situationsanalyse und Soziale Diagnostik (vgl. Kapitel 1.3) dar, in welcher unter anderem das Arbeitsprinzip der «Kontextualisierung» und des «ethischen Handelns» relevant ist. Fachpersonen der Sozialen Arbeit, betrachten die individuellen Probleme der Adressat:innen in ihrem sozialen System und analysieren die Lebenssituation und Ressourcen ganzheitlich, um passende und reflektierte Interventionsstrategien zu entwickeln (AvenirSocial et al., 2024b, S. 16). In den Interviews lässt sich die Bedeutung einer umfassenden Situationsanalyse für eine zielführende Unterstützung unterstreichen, etwa indem die Wichtigkeit der Vorgespräche und der Systemarbeit beschrieben wurde.

In der dritten Phase geht es um die Entwicklungs- und Interventionsplanung, bei welcher beispielweise die Arbeitsprinzipien «Mehrperspektivität», «Ressourcenorientierung» und «Kontextualität» zum Tragen kommen. In Kooperation mit den Adressat:innen arbeiten die Fachpersonen der Sozialen Arbeit daran, realistische und bedeutsame Ziele zu entwickeln, wobei Ressourcen und die verschiedenen Perspektiven - der Professionen sowie der Adressat:innen, berücksichtigt werden (AvenirSocial et al., 2024b, S. 16–17).

Durch die Interviews wurde beispielsweise die Bedeutung einer partizipativen Planung betont, was beinhaltet, die Adoleszenten in den Prozess der Anschlusslösungen aktiv einzubeziehen, damit sie auch eine Zukunftsperspektive entwickeln können.

Die Intervention als vierte Phase verfolgt das übergeordnete Ziel der (Wieder-)Herstellung der Handlungsfähigkeit und der Befähigung zu einer selbstbestimmten Lebensführung (AvenirSocial et al., 65

2024b, S. 17). Dabei werden verschiedene Arbeitsprinzipien angewendet, darunter «Beziehungshandeln», «Ressourcenorientierung» und «Befähigungshandeln». In Anlehnung an das Recovery-Konzept – welches ebenfalls von der Sozialarbeiterin in Münsterlingen als Ansatz aufgezählt wurde – lassen sich laut den Empfehlungen für die Soziale Arbeit in der Suchthilfe und -prävention (AvenirSocial et al., 2024b) verschiedene Wirkfaktoren identifizieren, die zur Erreichung des gewünschten Ergebnisses beitragen. Dazu gehört unter anderem die Erfahrung von Autonomie, Selbstwirksamkeit, gesellschaftlicher Teilhabe, Bedeutsamkeit und soziale Anerkennung (S. 17). Weitere zentrale Wirkfaktoren umfassen die Schaffung von Stabilitätsbedingungen, Reflexion, Veränderung und Entwicklung von neuen Verhaltensmustern sowie die Entwicklung von Konsumalternativen (S. 17).

Diese Wirkfaktoren sind in den untersuchten Institutionen beispielsweise in alltagsnahen und niederschweligen erlebnispädagogischen Angeboten oder durch das Kennenlernen von Konsumalternativen mittels einem reichhaltigen und abwechslungsreichen Wochenplan mit viel Bewegung und diversen Austauschgefässen, mit Peers, Fachpersonen und dem eigenen sozialen System zu finden. Auch im aktiven Einbezug der Adoleszenten bei der Planung der Anschlusslösungen oder durch diverse Gesprächsführungstechniken, welche die Reflexion der Adressat:innen anregen und die Veränderungsmotivation sowie Ressourcen sichtbar machen, sind die Wirkfaktoren eingebettet.

In der fünften und letzten Phase des Prozessmodell geht es um das Monitoring und die Evaluation des Prozesses (AvenirSocial et al., 2024b, S. 17). Hier kann beispielsweise das Arbeitsprinzip des «Befähigungshandelns» sowie des «ethischen Handelns» erkannt werden, da die Fachpersonen die Adressat:innen dabei unterstützen, ihre Fortschritte zu kontrollieren und zu reflektieren. Ziel dabei ist es, dass die Adressat:innen zunehmend selbstbestimmt und eigenverantwortlich handeln können (S. 17). Die Bedeutung dieser Phase lässt sich in den Forschungsergebnissen aufgrund weniger Informationen hierzu ansatzweise erkennen, wobei in den unterschiedlichen Gefässen von einer laufenden Evaluation der Fortschritte ausgegangen werden kann. Auch kann aufgrund von Interviewpassagen anderer Kategorien (vgl. Kapitel 4.8.1) eine Bereitschaft der Fachpersonen erkannt werden, das Behandlungsangebot mit zusätzlichen spezialisierten Vorgehensweisen weiterzuentwickeln, was eine Evaluation der Prozesse der Adressat:innen sowie der eigenen Vorgehensweisen voraussetzt.

4.8 Hauptkategorie Handlungspotenzial

Die Auswertung der Interviews ergibt diverse Handlungspotenziale in der Praxis, welche im folgenden Kapitel aufgeführt werden. In der theoretischen Verortung der eruierten Handlungspotenziale findet ein fließender Übergang zu dem Kapitel der Schlussfolgerungen, beginnend mit der Diskussion statt, da die hier stattfindende Verknüpfung bereits auf erste Schlussfolgerungen und noch zu diskutierende Aspekte aufmerksam macht.

4.8.1 Ergebnisse Interviewpassagen

Durch die Interviews wurde deutlich, dass der Bedarf an spezialisierten Angeboten zurzeit nicht gedeckt ist und weitere Akteur:innen in diesem Bereich benötigt werden, wie es die leitende Ärztin in Münsterlingen beschreibt. Sie wünscht sich deshalb mehr Awareness für Sucht in Institutionen sowie für die

Lebensphase der Adoleszenz, welche voller Entwicklungsschritte ist, damit dem Potential sowie dem Bedarf, welcher in der Arbeit mit Adoleszenten im stationären Suchtbereich liegt, gerecht werden kann. Dafür braucht es nach ihr mehr Interesse an der Thematik sowie weitere qualifizierte Fachpersonen, um eine auf die sensible Lebensphase angepasste Behandlung, welche nach ihr «tolle Interventionsmöglichkeiten» bietet, umsetzen zu können. So beschreibt die Sozialpädagogin von Münsterlingen etwa, dass sie plant, vermehrt tiergestützt zu arbeiten, wobei sie konkret auf einen Stationshund oder Tierbesuche ausserhalb der Klinik Bezug nimmt. Die Wichtigkeit solcher erlebnispädagogischer Elemente während der stationären Behandlung zeigt sich als Raum des Erlernens von Konsumalternativen, welche den Adoleszenten ermöglichen, im aktiven Tun auf vielfältige Weise wieder Struktur und Sinn zu erleben. Ohne diese breite Palette an Angeboten, welche bereits in vorherigen Kapiteln beschrieben wurde, wären die Adoleszenten laut der Leiterin Projekte in Selhofen mit Leerzeiten konfrontiert, welche das Bedürfnis zu konsumieren erhöhen. Nach allen drei interviewten Fachpersonen braucht es deshalb als Rahmen dieses vielseitigen Programms mehr pädagogische Vorgehensweisen als bei Erwachsenen, was vor allem auch mit einer engeren Begleitung sowie regelmässigeren Austauschgesprächen mit allen Beteiligten einhergeht.

Mit der Anstellung der Sozialpädagogin in der Klinik Münsterlingen ist der Mehraufwand, der bei der Behandlung Adoleszenter dadurch entsteht, aufgrund gleicher Tarife wie für erwachsenenpsychiatrische Behandlungen nicht abgedeckt. Würde der Zuspruch der Wichtigkeit dieses Angebots von Fachpersonen der sozialen Arbeit bestehen, bestände die Möglichkeit, andere Tarife für die Behandlung von Adoleszenten zu machen, welche eine Querfinanzierung überflüssig machen würden.

Um die Qualität der Angebote durch die Mitarbeit von Fachperson der Sozialen Arbeit auch im Rahmen dieser eingeschränkten finanziellen Ressourcen erbringen zu können, finanziert Münsterlingen diesen Aufwand zurzeit quer.

Weiter wird der Qualität laut der leitende Ärztin in Münsterlingen unter Einbezug von Wirkfaktoren (vgl. Kapitel 4.7.2) Rechnung getragen. So erweisen sich nach ihr beispielsweise Gruppensettings als gewinnbringende Angebotsformen, da sich die Reichweite der Angebote erhöhen lässt und sich die Arbeit mit Peers als sehr wertvoll und authentisch zeigt.

Somit wird das Handlungspotenzial deutlich, mittels spezialisierten Vorgehensweisen und auch interprofessionellen Teams die Qualität der Angebote zu erhöhen. Die gemeinsamen Austauschgefässe der Fachpersonen werden in allen Interviews als zentrale Bestandteile einer gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit erachtet, wobei das bereits erwähnte familiäre Setting in der Klinik Selhofen sowie der respektvolle Umgang, welcher von der Sozialpädagogin in Münsterlingen genannt wurde, diese fördern.

Ebenfalls wurde bei der Erarbeitung der spezialisierten Angebote, welche in Münsterlingen weiter zurückliegt als in Selhofen, der Bedarf erkannt, sich mit bereits erfahrenen und spezialisierten Fachpersonen und Institutionen auszutauschen. Dies stellt sich aufgrund fehlender spezialisierter Angebote und Fachpersonen als Herausforderung heraus und verursachte laut der Leiterin Projekte in Selhofen Unsicherheiten im Vorgehen der Fachpersonen sowie hinsichtlich der Spezialisierung:

«Es gibt in der Schweiz nicht viel. Man kann sich nicht einfach schnell einmal austauschen oder(...) etwas übernehmen.»

«(...) dass das Fachpersonal das Gefühl hatte, es habe zu wenig Fachwissen, bezüglich Pädagogik oder allgemein einfach Jugendpsychiatrie, Jugendpsychologie. Dass wir nicht vernetzt sind mit Spezialisten. Dass es sehr hohe Erwartungen gibt an uns als Klinik, die wir gar nicht erfüllen können (...).»

Sie beschreibt, dass aufgrund fehlender Erfahrungswerte Unsicherheiten bei den Fachpersonen entstanden, inwiefern die Verantwortung für diese jungen Menschen übernommen werden kann, etwa weil unklar war, wie sich die Dynamiken mit den älteren Patient:innen entwickeln. Auch die leitende Ärztin in Münsterlingen bezeichnet das Vorgehen, welches zu Beginn der Etablierung von dem der Behandlung der Erwachsenen übernommen wurde, als *«etwas ungeschickt und naiv, möchte ich das vielleicht rückblickend nennen.»* Sie erklärt auch an dieser Stelle, dass das System der Adoleszenten stärker einbezogen werden muss, aufgrund der noch nicht vorhandenen Eigenständigkeit. Diese Unsicherheiten und gemachten Erfahrungen tragen somit dazu bei, dass von beiden Kliniken in Supervisionen, Interventionen oder auch spezifische Workshops investiert wird. Dies, weil der Bedarf, sich Fachwissen in diesem Bereich anzueignen hoch ist, um schlussendlich auch eine qualifizierte Behandlung bereitstellen zu können und als interprofessionelles Team Unsicherheiten in der Arbeit mit den Adoleszenten zu verringern.

«Ich bin SEHR gespannt auf die erste Evaluation. Einfach so von den ersten Erfahrungen, die wir gemacht haben, und wir haben noch sehr viele Ideen im Hinterkopf, die wir dann auch noch ins Angebot einbauen möchten, aber wir wollten nicht den Wagen überladen für den Start.» (Leiterin Projekte Selhofen)

Nicht nur Fachwissen stellt sich als eine Notwendigkeit für eine qualitativ hochwertige Behandlung heraus, auch schätzt die Sozialpädagogin aus Münsterlingen die Haltung, die den Personen mit einer Suchterkrankung und deren Behandlung zukommt, als relevant ein:

«Ich kann mir aktuell eigentlich nichts Besseres vorstellen, wie man mit diesem Thema Sucht umgehen kann. Also auch spezifisch auf Jugendliche und Erwachsene. Hier klar: Das bringt einiges an Extraaufwand mit sich mit den Jugendlichen. Dessen muss man sich bewusst sein und das wirklich auch so als eigenen Bereich sehen.» Die Sozialpädagogin bezieht sich dabei etwa auf das offene Konzept, mit dem in Münsterlingen gearbeitet wird, wobei zum einen der Rahmen etwas enger gesetzt wird, als bei den Erwachsenen, jedoch die Haltung den Adoleszenten gegenüber stark auf Vertrauen basiert. Weiter sagt sie dazu:

«Und was ich hier auch so besonders finde ist dieses «jeder darf so sein, wie er ist», mit allen Fehlern, die er hat. (...) Und man wird nicht verurteilt, und diese Scham ist auch oft ein grosses Thema in der Sucht, warum auch viele sich nicht helfen lassen. Und deswegen finde ich das hier wirklich sehr, sehr, sehr fortschrittlich und wesentlich erfolgreicher, wie die Methode, jemand einzusperrern.»

Die kurze Aufenthaltsdauer von vier bis zwölf Wochen werden von der Sozialarbeiterin und auch von der Sozialpädagogin in Münsterlingen als Herausforderung genannt, da es schwierig ist innerhalb kurzer

Zeit eine Beziehung aufzubauen oder eine geeignete Anschlusslösung zu finden. Die Situation mit den Anschlusslösungen wird auch von der Leiterin Projekte in Selhofen zurzeit als unbefriedigend wahrgenommen: *«Mein Wunsch wäre ja, dass es mit den Anschlusslösungen, mit den verschiedenen Angeboten, mit den langen Wartezeiten, irgendwie zu einer befriedigenden Situation kommt.»* Dies, weil es nach ihr vermehrt zu Rückfällen kommt, wenn die Übergänge nicht fließend sind, was natürlich vermieden werden möchte. Nicht zuletzt, weil laut ihr die Zuständigkeit der Institutionen und Beistandspersonen mit dem 18. Geburtstag radikal ändert, gerät dieser Übergangsprozess oft ins Stocken, was die Bedeutung einer engen Begleitung dieser Transition verdeutlicht. In Münsterlingen wäre es laut der leitenden Ärztin der Wunsch, dass beim Eintritt bereits eine Anschlusslösung besteht:

«Der Wunsch, dass das immer so ist, und die Realität klaffen teilweise auseinander. Oft genug haben wir Klientinnen und Klienten (...), die keine bestehende Anschlusslösung haben. Und natürlich sagen wir dann nicht, sie dürfen nicht kommen. Wir haben aber dann klar definiert, dass die Suche nach einer Anschlusslösung für uns ein wichtiges therapeutisches Ziel ist (...).»

In diesem Spannungsverhältnis zeigte sich die defizitäre Ausgangslage, in welcher sich die Institutionen bewegen, was die Wichtigkeit einer engeren und somit in kurzer Zeit intensiveren Begleitung der Adoleszenten noch stärker fordert als bei Erwachsenen. Dies wiederum macht den Bedarf an spezifisch qualifizierten Fachpersonen sowie die Vulnerabilität von Übergangsphasen deutlich. Die leitende Ärztin in Münsterlingen sagt hierzu noch: *«Ich denke auch bei den Wohneinrichtungen braucht es noch mehr Kenntnisse (...) und Routine im Umgang mit Substanzkonsum.»* Sie beschreibt auch Erfolge in der Therapie, bei denen Adoleszente nach einer intensiven Behandlung wegkommen von einem risikoreichen Konsumverhalten hin zu einem kontrollierten Konsum, indem sie Konsumkompetenzen entwickeln. Ein Beispiel hierfür wäre, dass Jugendliche nach der Therapie am Wochenende Cannabis konsumieren, jedoch in adäquaten Settings und nicht mehr in riskanten Situationen wie beim Mischkonsum, einer Schwangerschaft oder der Teilnahme am Strassenverkehr. Sie bedauert jedoch, dass trotz solcher Therapieerfolge viele Jugendliche aufgrund von gelegentlichem Konsum nicht den Zugang zu spezialisierten therapeutischen Einrichtungen erhalten, da diese oft eine Abstinenz voraussetzen. Dies führt zu Frustration bei den Jugendlichen und wirft nach ihr die Frage zur Realitätsnähe der Zugangskriterien auf. Die Leiterin wünscht sich daher eine differenziertere Haltung gegenüber Substanzkonsum in Therapieeinrichtungen:

«Und da empfinde ich das als schade und würde mir wünschen, auch von der Vision her, dass man eine andere Haltung hinsichtlich Substanzkonsum auf diesen Therapieeinrichtungen (...) entwickeln könnte.»

Laut allen befragten Fachpersonen stellt eine enge Begleitung der Übergänge hinsichtlich der Anschlusslösung nach dem stationären Aufenthalt einen wesentlichen Aspekt der Behandlung dar. Diese Aufgabe kommt in Münsterlingen vollumfänglich und in Selhofen teilweise den Fachpersonen der Sozialen Arbeit zu. Es wird von allen interviewten Fachpersonen mehrfach betont, dass eine frühzeitige Thematisierung der Anschlusslösungen, eine enge Begleitung im Prozess, diese zu finden, und eine gute Vernetzung mit Anbieter:innen von grosser Bedeutung sind, damit eine nachhaltige Wirkung der stationären Behandlung erzielt werden kann. Auch die Schwierigkeit der Zuständigkeiten, welche in

diversen Institutionen mit der Volljährigkeit endet, wird als Handlungspotenzial gesehen. Mit der Schließung dieser Lücke können die Adressat:innen besser und zielgerichteter, ohne Abbruch behandelt und unterstützt werden.

4.8.2 Theoretische Verortung

Wie bereits in Kapitel 2.1 mit der Definition von AvenirSocial (2014a) dargelegt wurde, fördert Soziale Arbeit als Profession und wissenschaftliche Disziplin neben dem «sozialen Zusammenhalt» und der «Ermächtigung und Befreiung von Menschen» auch «gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen» (S. 1).

Anhand der erhobenen Daten aus den Kliniken manifestierten sich konkrete Handlungspotenziale, welche durch den Abgleich der drei nachfolgend erläuterten Forderungen aus den Empfehlungen für die Soziale Arbeit in der Suchthilfe und -prävention (AvenirSocial et al., 2024b, S. 63–75) Aufschluss darüber geben, wo in Handlungsfelder der Suchthilfe generell – sowie auf den stationären Kontext fokussierend - Entwicklungen und Veränderungen gefördert werden können:

Forderung #1 «Der niederschwellige Zugang zu den Angeboten der Sozialen Arbeit und damit das Bearbeiten der sozialen Dimension ist für alle gesichert. Weil Sucht und Lebensqualität viel zu tun haben mit Alltag, Wohnsituation, Arbeitsleben, sozialen Kontakten, dem Platz in der Gesellschaft.» (AvenirSocial et al., 2024b, S. 65)

Der ersten Forderung zufolge soll die Soziale Arbeit im Bereich der Suchthilfe und -prävention für ihren Beitrag auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells (vgl. Kapitel 1.1; 2.1.2; 2.3.3) anerkannt werden. Dies bedingt einer Verankerung dieses Modells und somit der Bedeutung der sozialen Dimension in den Suchtstrategien (vgl. Kap 2.3.2) auf allen Ebenen. Die Betonung der zentralen Bedeutung der sozialen Dimension bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Bewältigung von Sucht durch Gesellschaft, Politik und Fachpersonen soll zudem zu einem gestärkten Bewusstsein beitragen. Fachpersonen der Sozialen Arbeit auf allen Hierarchiestufen können dabei unterstützend wirken. Konkret wurde zudem festgestellt, dass aufsuchende, niederschwellige und umfassende Angebote, die das soziale Umfeld einbeziehen, besonders wirkungsvoll sind, speziell für mehrfachbelastete Personen. Da es sich bei diesen Angeboten - ebenso wie bei auf Adolozente spezialisierte stationäre Angebote - um eine Lücke handelt, wird die Wichtigkeit betont, dass Soziale Arbeit mit ihren Kompetenzen und Ansätzen eine verankerte Komponente in der Anwendung des bio-psycho-sozialen Modell der Sucht darstellt. Ihre Zuständigkeiten und Vorgehensweisen sollten sich dabei auf die Erhebung und Bearbeitung der sozialen Dimension anhand von Erfolgs- und Wirkfaktoren (Kapitel 4.7.2) beziehen, welche Bestandteil jeder Suchthilfe und -prävention sein sollte. Der gleichwertige Einbezug der sozialen Dimension nebst physischen und psychischen Aspekten erhöht die Chance auf nachhaltige Verbesserungen der Lebensqualität. (S. 66)

Anhand der Auswertungen der Forschungsergebnisse lässt sich erkennen, dass in beiden Kliniken eine möglichst niederschwellige Erhebung und Bearbeitung der sozialen Dimension vorliegt, etwa bei Vorgesprächen oder während erlebnispädagogischer Angebote. In allen Interviews wurde auf biologische,

psychische und soziale Dimensionen von Sucht Bezug genommen, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass das bio-psycho-soziale Modell in beiden Kliniken professionsübergreifend Anwendung findet. Der Wunsch der leitenden Ärztin in Münsterlingen für mehr Awareness hinsichtlich Sucht und der Lebensphase der Adoleszenz, sowie nach mehr Playern in diesem Bereich lässt vermuten, dass sich ein Bewusstsein für die soziale Dimension von Sucht innerhalb der beiden spezialisierten Kliniken entwickelt hat. Dies weist jedoch im Hinblick auf weitere Fachpersonen und Institutionen - und somit auch auf gesellschaftlicher Ebene - noch Potenzial auf. Soweit den Autorinnen der vorliegenden Arbeit bekannt ist, sind zurzeit noch nicht auf allen Hierarchiestufen Fachpersonen der Sozialen Arbeit zu finden, weshalb hier im Sinne der Empfehlungen für die Soziale Arbeit in der Suchthilfe und -prävention ebenfalls noch Potenzial besteht. Weiter ist der Einbezug des Systems der Adoleszenten in beiden Kliniken von zentraler Bedeutung, nicht zuletzt aufgrund der rechtlichen Gegebenheiten (vgl. Kapitel 4.3.2; 4.4.1; 4.7.1). Auch finden die Wirkfaktoren (vgl. Abbildung 1, Kapitel 2.1.2) in diversen Formen Anwendung in den Kliniken. Es kann demnach aufgezeigt werden, dass beiden Kliniken - nicht zuletzt aufgrund ihrer Spezialisierung - ein Bewusstsein für die soziale Dimension zugrunde liegt, welche mehrheitlich von Fachpersonen der Sozialen Arbeit bearbeitet wird.

Andererseits behandelt die erste Forderung (AvenirSocial et al. 2024b) die Bedeutung einer weiterführenden Finanzierung, welche die Bearbeitung der sozialen Dimension in der Suchthilfe und -prävention angemessen berücksichtigt. Dies erfordert Finanzierungssysteme, die neben medizinischer und therapeutischer Unterstützung auch soziale Angebote sicherstellen - auch über längere Begleitprozesse hinweg sowie für die Begleitung und Beratung des sozialen Systems der Menschen mit einer Suchtbetroffenheit oder -gefährdung. Systemangehörige benötigen häufig Unterstützung, unabhängig davon, ob die Suchtbetroffene oder -gefährdete Person selbst Unterstützung in Anspruch nimmt oder nicht. Die unzureichende Finanzierung sozialarbeiterischer Leistungen hängt unter anderem mit einer stärkeren Anknüpfung der Suchthilfe an das medizinische System und der damit einhergehenden «medizinischen Finanzierungslogik» zusammen: «Dies kommt einem Paradigmenwechsel gleich: Von der Finanzierung von Strukturen durch die öffentliche Hand hin zur Finanzierung von Einzelleistungen durch die Krankenkassen oder von Fall- oder Leistungspauschalen» (S.67). Die Verlagerung einer längerfristigen, staatlichen Finanzierung der grundlegenden Infrastruktur hin zu einer Finanzierung individueller Leistungen hat zusammen mit der Tatsache, dass «die fallunspezifische Arbeit (...) in allen Settings nur schwierig zu finanzieren [ist]» zur Konsequenz, dass es grosse Finanzierungslücken gibt. (S. 67)

Die Eidgenössische Kommission für Fragen zu Sucht und Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (EKSN, 2024) stellt diese Finanzierungslücke bei suchtbetroffenen Menschen und ihrem System ebenfalls fest (S.1). Um eine qualitativ hochwertigere Behandlungslandschaft mit ineinandergreifenden Übergängen für Menschen mit einer Suchterkrankung sowie deren Systemangehörigen zu gewähren, benötigt es nach dem EKSN eine intensiviertere Zusammenarbeit der interprofessionellen Fachpersonen – namentlich der medizinisch-therapeutischen mit denen aus dem psychosozialen Bereich und der Sozialen Arbeit (S.1). Ebenso wird die Gefahr einer reinen «Subjektfinanzierung» beschrieben, bei welcher genau diese ganzheitliche Begleitung von Menschen mit einer Suchterkrankung und ihrem System durch interprofessionelle Teams aufgrund unzureichender Finanzen nicht mehr angeboten werden kann - was es dringend zu verhindern gilt (S.1). Das Statement der EKSN ist klar und deutlich:

«Nicht nur Leistungen, die direkt an der suchtbetroffenen Person erbracht werden, sondern auch interprofessionelle Kooperationen und die Arbeit an Schnittstellen sowie die Unterstützung von Bezugspersonen müssen kostendeckend finanziert werden können.» (EКСN, 2024, S. 1)

Der Sozialen Arbeit müssen laut den Empfehlungen für die Soziale Arbeit in der Suchthilfe und -prävention (AvenirSocial et. al., 2024b) explizit Ressourcen zugewiesen werden, beispielsweise durch eine ergänzende «Objektfinanzierung» der kantonalen und/oder kommunalen Sozialhilfeeinrichtungen, über Leistungsverträge und weitere Finanzierungsmechanismen. Es ist wichtig, dass die Finanzierung auch die Beratung und Begleitung des Systems der Person mit einer Suchtproblematik umfasst und dass interne Ressourcen für soziale Leistungen gesichert werden. Dafür ist der Einbeziehung des Finanzierungsbedarfs der Sozialen Arbeit in Betriebskonzepte und Budgetprozesse entscheidend, um die notwendigen Ressourcen sichtbar zu machen (S. 67).

In beiden Kliniken sind seit längerer Zeit Sozialarbeitende angestellt, wobei keine Daten dazu vorliegen, wie sich deren Auslastung, Finanzierung und die Begleitdauer der Adressat:innen nach dem stationären Aufenthalt konkret ausgestaltet. Aufgrund der Tatsache, dass Leistungen der Sozialen Arbeit im Gegensatz zu medizinischen oder psychologischen Leistungen nicht über die Krankenkasse verrechnet werden können (AvenirSocial et al., 2024b, S. 4), lässt sich erahnen, dass diese Stellen von der Klinik selbst oder über Leistungsverträge mit den Kantonen finanziert werden. Hierzu wurden im Rahmen dieser Arbeit jedoch keine Daten erhoben. Die Stelle der Sozialpädagogin in Münsterlingen wird durch die Klinik querfinanziert, da zurzeit keine angepassten Tarife für den Mehraufwand der Behandlungen von Adoleszenten existieren. Bezüglich der Begleitung durch die Soziale Arbeit über einen längeren Zeitraum ist nur bekannt, dass die Adoleszenten nur für eine kurze Aufenthaltsdauer in der Klinik sind und dass beispielsweise in Selhofen nach dem stationären Aufenthalt zwar eine ambulante Begleitung von Therapeut:innen möglich ist, nicht aber durch die Soziale Arbeit. Weiter wird in beiden Kliniken das System der Adoleszenten wenn möglich, und bei Minderjährigen immer in die Behandlung einbezogen, wodurch bei hoher Belastung des Systems auch Triagen an Unterstützungsangebote für Angehörige stattfinden können. Konkrete Angaben zur effektiven Form und Kapazität von deren Begleitung fehlen jedoch.

Forderung #2 «Das Potenzial der Sozialen Arbeit wird genutzt: mit Früherkennung und -intervention, sozialer Analyse, Fallverantwortung und der Begleitung von Übergängen. Weil wirksame Hilfe und Suchtprävention viel zu tun haben mit offenen Türen, kurzen Wegen, Hand-in-Hand-Greifen von Angeboten, langfristigem Gestalten von Lebens- und Erfahrungsräumen und koordinierten Hilfearrangements.» (AvenirSocial et al., 2024b, S. 69)

Hinsichtlich der bereits diskutierten Zuständigkeitsbereiche der Sozialen Arbeit (vgl. Kapitel 4.6) und der Darlegung der hierbei angewendeten Vorgehensweisen und Methoden (vgl. Kapitel 4.7) kann festgehalten werden, dass diese Forderung in beiden Kliniken bereits mehrheitlich umgesetzt werden.

Die Rolle der Sozialarbeiterin als Fallverantwortliche in Selhofen und die «Sonderrolle» der zusätzlichen Fallbegleitung durch die Sozialpädagogin in Münsterlingen bieten das geforderte Potenzial, die Verantwortung für die Analyse und Bearbeitung der sozialen Dimension der Adressat:innen zu übernehmen.

Dies kann mittels einer umfassenden und bedürfnisorientierten Begleitung sowie durch die Koordination diverser Unterstützungsleistungen von Fachpersonen gelingen (AvenirSocial et al., 2024b, S.70). Dabei setzt sich die Soziale Arbeit für die Bedürfnisse der Adressat:innen ein, vermittelt zwischen verschiedenen Interessen (vgl. Kapitel 2.1) und sichert eine kontinuierliche Begleitung in den vulnerablen Übergangsphasen, wie beim Wechsel zwischen verschiedenen Hilfs- und Präventionsangeboten. Dies schafft klare Zuständigkeiten (vgl. Kapitel 4.6) und koordinierte Prozesse, von denen sowohl die Adressat:innen als auch alle weiteren Akteur:innen in und um das System der Adoleszenten profitieren (S.70).

Dies bedingt in der Gestaltung der Versorgungsstrukturen, dass die Fallkoordination und Systemarbeit in interprofessionellen Teams durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit etabliert wird und mit ausreichenden Ressourcen sowie Akzeptanz aller Akteur:innen und Professionen umrahmt wird. Transparenz und eine offene Kommunikation bezüglich Zuständigkeiten (vgl. Kapitel 4.6) und Kompetenzen sowie die Anerkennung unterschiedlicher Perspektiven und Fähigkeiten sind entscheidend, um die Anwendung gemeinsamer Modelle und Zielperspektiven zu fördern. (S.70)

Hinsichtlich der ausgewerteten Forschungsergebnisse lässt sich sagen, dass viele der aufgezählten Aspekte in beiden Kliniken Anwendung finden und thematisiert wurden. Da sich die Zuständigkeiten aufgrund der kurzen Laufzeit der Behandlungsangebote in dieser Form noch am Ausdifferenzieren sind und nur wenige Anhaltspunkte dazu existieren, inwiefern gemeinsame Modelle angewendet werden, lässt sich zu diesen Aspekten keine abschliessende Einschätzung vornehmen.

Bei der Ausgestaltung der Fallverantwortung ist eine proaktive Koordination der Übergänge zentral, welche finanziell abgesichert ist. Es sollte ein «strukturell verankerter Auftrag» mit klaren Prozessen, Aufgaben und Rollen vorliegen, sowie der Zugang zu finanziellen, zeitlichen und fachlichen Ressourcen gesichert sein (AvenirSocial et al., 2024b, S. 70).

Hier stellt sich, wie unter der ersten Forderung bereits beschrieben, heraus, dass eine auf struktureller Ebene abgesicherte Finanzierung der Stelle der Sozialpädagogin in Münsterlingen zurzeit noch nicht gegeben ist, weshalb die Klinik diese querfinanziert. Ebenfalls stellt sich ein «strukturell verankerter Auftrag» noch nicht als vollumfänglich gegeben heraus, da die Aufnahme von Adressat:innen in stationäre Suchtbehandlungsangebote kantonal über Spitallisten geregelt ist, wobei die Zuständigkeit für Minderjährige mit einer Suchterkrankung kantonal unterschiedliche Lücken aufweist.

Forderung #3 Die soziale Dimension wird in Forschung und Entwicklung sowie in Aus- und Weiterbildung stärker berücksichtigt. Weil wirkungsvolle Angebotslandschaften viel zu tun haben mit Fachpersonen und Institutionen, die gestützt auf Forschung verstehen, wie wichtig die soziale Dimension in Bezug auf Suchtfragen ist.» (AvenirSocial et al., 2024b, S. 73)

Diese Forderung erläutert zum einen die bedeutende Rolle der behandelten Schwerpunkte in den Aus- und Weiterbildungen sowie der Errichtung von Netzwerken und Plattformen für die Stärkung der im Suchtbereich tätigen Fachpersonen der Sozialen Arbeit. Studierenden der Sozialen Arbeit wird im Studium unabhängig von späteren Handlungsfeldern ein fundiertes Wissen über Sucht vermittelt, etwa durch Bezug des bio-psycho-sozialen Modells und die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit, um die soziale Dimension der Sucht zu bearbeiten. Auch sollen Bildungsinstitutionen und Verbände grundlegende,

praxisnahe und spezialisierte Weiterbildungen anbieten, um für die Tätigkeit in der Suchthilfe qualifiziert und vernetzt zu sein. So kann der Austausch und die Vernetzung zwischen Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und -prävention gefördert und der Wissensschatz vergrößert werden, was zu einer Erhöhung der Qualität der Sozialen Arbeit in diesem Bereich beiträgt. Weiter sind auch die Institutionen der Suchthilfe und Prävention gefordert, die Teilnahme an Weiterbildungen zu fördern, interne Weiterbildungen für Sucht und auch explizit für Fachpersonen der Sozialen Arbeit anzubieten. (S. 74)

In beiden Kliniken wurde der Bedarf erläutert, sich mit Expert:innen auszutauschen, was sich in der Schweiz als grosse Herausforderung darstelle. Deshalb haben sich beide Kliniken um Zusammenarbeit mit deutschen Kliniken, welche ein spezialisiertes Behandlungsangebot anbieten, bemüht. Diese Austausch- und Vernetzungsgefässe wurden vor allem im Rahmen der Konzepterarbeitung thematisiert, wobei auch deutlich wurde, dass diverse Austauschgefässe auf organisationaler Ebene für die Weiterbildung und Reflexion der interprofessionellen Teams genutzt werden. Inwiefern auf übergeordneter beziehungsweise auf struktureller Ebene oder auf Fachpersonen der Sozialen Arbeit ausgerichtete Gefässe bestehen und genutzt werden, wurde aus den Interviews nicht ersichtlich. Aufgrund der kürzlich erschienenen Forderungen lässt sich jedoch vermuten, dass hier noch Handlungspotenzial besteht.

Zum anderen thematisiert die dritte Forderung das durch Forschung vertiefte Verständnis der sozialen Dimension von Suchtproblemen und -gefährdungen. Gestützt auch auf theoretisches, empirisches und ethisches Wissen (vgl. Kapitel 2.1) werden Interventionen systematisch auf ihre Wirkungen hin untersucht und unter Kooperation mit den Adressat:innen geplant. Das Zusammenwirken von Praxis und Wissenschaft, in Form des Einbezugs von Erfahrungen der Lebenswelten der Adressat:innen, der Praxiserfahrungen der Fachpersonen der Sozialen Arbeit und dem Anschluss an die Forschung, trägt zu einem eigenständigen und professionellen Wissensstand der Sozialen Arbeit bei. Um die Praxis zu verbessern, sind Forschungsprojekte und deren Finanzierung notwendig, die in enger Kooperation zwischen Praxisinstitutionen und Hochschulen durchgeführt werden. Dabei sollte die Evaluation durch die Forschung nicht nur darauf abzielen, was eine Organisation tut, sondern diese soll auch mit der sozialarbeiterischen Brille betrachtet werden, beispielsweise welche Ergebnisse im Hinblick auf die Lebensqualität oder Integration der Adressat:innen angestrebt werden. Sozialarbeiterische Forschung in der Suchthilfe ist zudem kontextsensibel, multiperspektivisch und adressat:innenorientiert (vgl. Kapitel 2.1), wobei praxisrelevante Ergebnisse für die Praxis verständlich und zugänglich gemacht werden. (AvenirSocial et al., 2024b, S. 75)

In beiden Kliniken stützen sich die Fachpersonen der Sozialen Arbeit gemäss den Interviews auf Wissen aus der Theorie, Empirie und Axiologie, sowie aus der Praxis, wobei bei den Behandlungsplanungen, etwa beim Zusammenstellen der Wochenpläne oder der Gestaltung der Anschlusslösung die Adressat:innen miteinbezogen werden. Da die Autorinnen der vorliegenden Arbeit bei einer Weiterbildung in einer Suchtklinik, welche von der leitenden Ärztin in Münsterlingen vorgestellt wurde, auf die Klinik Münsterlingen und ihre spezialisierten Vorgehensweisen aufmerksam wurden, lässt sich ein Beitrag zum Wissenstransfer erkennen. Ebenso zeigt die Interviewbereitschaft eine Form der Kooperation mit Studierenden der Berner Fachhochschule für Soziale Arbeit, wobei eine weitere Zusammenarbeit oder Forschungsprojekte zur Evaluation der Behandlungsangebote nicht thematisiert wurden. Es lässt sich demnach nur vermuten, dass aufgrund der relativ kurzen Laufzeit des Projekts in Selhofen sowie der

neu geschaffenen Stelle der Sozialpädagogin noch keine sozialarbeiterisch geprägte und umfassende Evaluation stattgefunden hat. Da jedoch in beiden Kliniken bereits vorher mit sehr jungen beziehungsweise adoleszenten Adressat:innen gearbeitet wurde und beide auch schon zuvor Sozialarbeitende – wenn auch in anderer Form - im Team hatten, stellt dies eine reine Spekulation der Autorinnen der vorliegenden Arbeit dar. In beiden Kliniken wurde hingegen deutlich, dass die Arbeit mit Adoleszenten spezialisierte Settings und Vorgehensweisen erfordert, weshalb Fachpersonen der Sozialen Arbeit Teil des interprofessionellen Teams sind und als qualifizierte Fachpersonen anerkannt werden.

5 Schlussfolgerung

Im Kapitel «Schlussfolgerungen» werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zu Beginn in Ergänzung zu der theoretischen Verortung zur Kategorie «Handlungspotenziale» diskutiert und die Forschungsfrage sowie ihre Unterfragen beantwortet, was konkrete Handlungsempfehlungen für die Praxis beinhaltet. Im Anschluss folgt die Beantwortung der Forschungsfrage durch die Unterfragen, gefolgt von einem Ausblick, der einen Überblick über mögliche zukünftige Entwicklungen und Forschungsperspektiven auf diesem Gebiet gibt.

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse aus der Theorie und der Praxis beleuchten wichtige Aspekte der spezialisierten Suchtbehandlung für Adoleszente unter dem Blickwinkel der Sozialen Arbeit. Aufgrund des Schwerpunktes der Arbeit konnten einige Aspekte nur angeschnitten werden, andere wurden stärker vertieft. Das vorliegende Kapitel bietet in Ergänzung zur theoretischen Verortung der Kategorie Handlungspotenziale die Möglichkeit, den Blick auf das behandelte Thema nochmals zu erweitern und – wo als relevant erachtet – einzutauchen. So werden angetönte und unbehandelte Aspekte hinsichtlich der vorliegenden Arbeit benennt und weiterführende Aspekte vertieft und diskutiert.

Es fällt auf, dass im empirischen Teil nur wenige Erkenntnisse zur finanziellen Ausgestaltung in den Kliniken generiert wurden, was darauf zurückzuführen ist, dass diesbezüglich weder explizite Fragen in die Interviews einfließen noch die interviewten Expert:innen ausführlich darauf zu sprechen kamen. Die Aussage der leitenden Ärztin in Münsterlingen, dass die Sozialpädagogin querfinanziert wird, untermauert diese zumindest theoretisch behandelte Unterfinanzierung der Sozialen Arbeit (vgl. Kapitel 4.8.2), weshalb sich hier bereits die Wichtigkeit und der Gehalt des Zusammenspiels von Theorie und Praxis ergibt. Auch wurde deutlich, dass eine Berücksichtigung der sozialen Dimension und somit einer Gleichgewichtung der bio-psycho-sozialen Dimensionen nur unter Einbezug der Sozialen Arbeit stattfinden kann, was (gesicherte) finanzielle Mittel voraussetzt. Da diese in gesicherter Form zurzeit nicht gegeben sind (EKSN, 2024, S. 1) bestehen diverse Lücken, etwa in der Finanzierung von interprofessioneller Kooperation, längerfristigen Begleitungen, beispielsweise in Form von ambulanter Sozialer Arbeit, sowie von Begleitungen von Systemangehörigen (EKSN, 2024, S. 1–2).

Daran anschliessend wird der Zugang zu ambulanten Angeboten der Suchthilfe gerade für Minderjährige als sehr zentral erachtet, wobei auch schadensmindernde Angebote bedarfsgerecht zur Verfügung gestellt werden sollten (EKSN, 2024, S. 2). Dies konnte hinsichtlich des Fokus auf stationäre Angebote nicht thematisiert werden. Es wird für stärkere sozialtherapeutische und arbeitsintegrative Angebote mit «zielgruppenspezifischen» Zugängen plädiert, da Menschen in vulnerablen und benachteiligten Verhältnissen – worunter auch Adoleszente fallen – beispielsweise vermehrt niederschwellige, kostenfreie, aufsuchende und auch mehrsprachige Zugänge zu Angeboten der Suchthilfe erhalten sollten (S. 2). Im Bewusstsein der Vulnerabilität von Übergängen (vgl. Kapitel 2.2.1) und der Zuständigkeit der Sozialen Arbeit (vgl. Kapitel 4.6) diese zu begleiten, kann das Thema der ambulanten Behandlungsangebote als Teil der Anschlusslösungen verortet werden. Fließende Übergänge zu organisieren in einer wenig auf Sucht spezialisierten Angebotslandschaft mit teils strengen Zugangsvoraussetzungen wie

Abstinenzorientierung, stellt sich als herausfordernd heraus. Dies dann noch in Kooperation mit den Adressat:innen in einer Zeitspanne von vier bis zwölf Wochen bei jungen Erwachsenen und bei Minderjährigen innerhalb von vier bis sechs Wochen zu erreichen, scheint anspruchsvoll. Im Hinblick auf die Forderung für längerfristige Begleitungen wird deutlich, dass diese in den untersuchten Kliniken aufgrund einer strukturell bedingten Unterfinanzierung der Sozialen Arbeit zurzeit nicht möglich ist (vgl. Kapitel 4.8.2). Fachpersonen der Sozialen Arbeit sollten auch in ambulanten Bereichen mitwirken können (AvenirSocial et al., 2024b, S. 32), um die Vulnerabilität der Übergänge zu minimieren. Durch Lammel (2016, S. 15–16) wurde diesbezüglich auch deutlich, dass Triagen zwischen den Institutionen ebenfalls vermieden, Weiterbildungen zu Sucht gefördert (vgl. Kapitel 2.3.3) und die ebenfalls von Lammel (2016) aufgezeigte Relevanz von Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Suchtbehandlung von Adoleszenten erkannt und eingesetzt werden sollte (vgl. Kapitel 4.5.2).

Bezüglich der Abstinenzorientierung stellt sich die Frage nach den Regeln und Strukturen von stationären Institutionen, welche mit Konsumereignissen und Rückfällen während und vor dem Aufenthalt – wie im Beispiel von Münsterlingen und Selhofen zu sehen ist – unterschiedlich umgehen. Zugangsvoraussetzungen mit einer Abstinenzorientierung in stationären Einrichtungen oder Wohneinrichtungen können, wie es die leitende Ärztin in Münsterlingen aufzeigt, zu Frust führen bei den Adoleszenten, da dem bisherigen Therapieerfolg von einem risikoreichen Konsum hin zu erlernten Konsumkompetenzen zu wenig Rechnung getragen wird, was auch zu Drehtüreffekten (vgl. Kapitel 4.3.1.) beitragen kann. In der Theorie wurde deutlich, dass in Psychiatrien oft eine Abstinenz als Ziel festgelegt wird, wobei eine schrittweise Reduktion betont wird (vgl. Kapitel 2.3.3). Hinsichtlich der Perspektive der Sozialen Arbeit sollten weder Rückfälle noch Abstinenz die Indikatoren für den Erfolg oder die Wirkung eines stationären Aufenthalts darstellen. Vielmehr sollten sich stationäre Behandlungsangebote an dem Erwerb von Lebenskompetenzen (vgl. Kapitel 2.2.4) und somit an der Erlangung «gesellschaftlicher Teilhabe und Handlungsfähigkeit» (AvenirSocial et al., 2024b, S. 41), orientieren, etwa in Anwendung des Capability Approach (S. 12–13).

Im Bereich der Prävention (vgl. Kapitel 2.3.2) und der Gesundheitsförderung findet eine Stärkung der Resilienz und der Lebenskompetenzen (vgl. Kapitel 2.2.4) neben dem Einbezug von Kenntnissen um Wechselwirkungen zwischen Risiko- und Schutzfaktoren bereits seit längerer Zeit Anwendung. Die Lebenskompetenzen als Grundlage für Präventions- und Interventionsprogramme (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2019, S. 79), welche auch laut der Leiterin Projekte in Selhofen im Stationsalltag Anwendung finden – wurden aufgrund ihrer Wichtigkeit thematisiert, jedoch nicht vertieft. Dies, obwohl diese Aspekte für Fachpersonen der Sozialen Arbeit hinsichtlich ihres Gegenstands neben dem Bewältigen sozialer Probleme auch zur Verhinderung dieser beizutragen (vgl. Kapitel 2.1), relevant erscheinen. Ein umfassendes Verständnis der Wechselwirkungsmechanismen von Schutz- und Risikofaktoren sowie der Kenntnisse um Anwendungen von Resilienzprogrammen kommt aus professioneller Perspektive auch hinsichtlich stationärer Behandlungsmöglichkeiten von Adoleszenten grosser Bedeutung zu.

In Bezug auf das von Abderhalden (2022) formulierte «Handlungspotenzial» in der Suchtprävention, welches einen «Verbesserter [sic] Zugang zu benachteiligten Adressat:innengruppen» (S. 42) fordert, wird die Kompetenz und somit die Relevanz von Fachpersonen der Sozialen Arbeit beschrieben. Zum einen zeichnet sie sich laut Abderhalden (2022) dadurch aus, dass sie mittels ihrer Sensibilisierung auf

Fragen der herrschenden Ungleichheitsverhältnisse und ihrem Verständnis der «Deutungs- und Handlungsmustern [sic], welche die Adressat:innen dem Umgang mit Suchtmitteln zuschreiben» (S. 42) berücksichtigen kann. Zum andern kann sie in Anwendung ihrer niederschweligen, lebensweltorientierten und partizipativen Vorgehensweisen Zugänge zu benachteiligten Menschengruppen erschliessen (S. 42), weshalb sie übergeordnet schreibt: Der «spezifische Beitrag der Sozialen Arbeit in der Suchtprävention» kann eine «konsequentere Ausrichtung an der Chancengleichheit» (S. 43) sein.

Es soll durch diesen kurzen Exkurs in die Prävention und den ambulanten Bereich deutlich werden, inwiefern sich die Relevanz von Fachpersonen der Sozialen Arbeit in den verschiedenen Handlungsfeldern der Nationalen Suchtstrategie (vgl. Kapitel 2.3.2) zeigt. Auch wird die Bedeutung einer Vernetzung des stationären und ambulanten Settings ersichtlich, damit die Adoleszenten umfassend und möglichst lückenlos Unterstützung erhalten.

Weiter kommt jedoch nicht nur der Sozialen Arbeit, sondern auch den Beiträgen der anderen Professionen sowie deren Zusammenspiel als interprofessionelle Teams eine grosse Bedeutung zu, um ganzheitlich und qualitativ hochwertig arbeiten zu können.

An dieser Stelle soll dem Personal der Pflege mit Solidarität begegnet werden, indem auf den sich immer weiter zuspitzenden Missstand im Gesundheitssystem aufmerksam gemacht wird. In dem Interview mit der Leiterin Projekte in Selhofen wurde in einem scheinbaren Nebensatz betont, dass der Pflegedienst im Alltag viel übernimmt, da Selhofen im Gegensatz zu Münsterlingen keine Sozialpädagogin im Team hat (vgl. Kapitel 4.6.1). Hinsichtlich einer professionellen und qualifizierten Begleitung scheint es zentral, auf diese Situation aufmerksam zu machen. Es darf nicht davon ausgegangen werden, dass Pflegepersonal die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit übernehmen kann, wie es auch umgekehrt nicht der Fall sein sollte. Der Schweizerische Verband des Personals öffentlicher Dienste (vpod) informiert auf seiner Website über die Eröffnung der Vernehmlassung der zweiten Etappe der Pflegeinitiative. Viola Hösli (2024) – Verfasserin des Artikels – macht dabei auf den Fachpersonenmangel, die nicht bedarfsgerechten Arbeitsbedingungen und ständigen Sparmassnahmen aufmerksam. Seit der Pflegeinitiative im Jahr 2021 (Der Bundesrat, 2021) kommt diesem Thema eine grössere Beachtung, nach Hösli (2024) jedoch eine ungenügende und zu späte Bearbeitung zu. In dieser Arbeit kann aufgrund des thematischen Fokus und des Umfangs keine vertiefte Auseinandersetzung folgen.

Es soll nach den Autorinnen dieser Arbeit jedoch deutlich werden, dass der Einbezug von Fachpersonen der Sozialen Arbeit in das Gesundheitswesen auch Auswirkungen auf die Belastungen und Arbeitsbedingungen von anderen Professionen, etwa der Pflege, haben könnte, weshalb sich ein stärkerer und flächendeckender Einbezug sowie sich eine gesichertere Finanzierung auch aus dieser Perspektive lohnen würden.

5.2 Beantwortung der Fragestellung und Fazit

Das Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit war es die spezialisierte Angebotsgestaltung in der stationären Suchtbehandlung von Adoleszenten aus der Perspektive der Sozialen Arbeit zu untersuchen. Die Ergebnisse aus den Interviews wurden in den jeweiligen Kapiteln mit der Theorie verknüpft. Nun sollen in diesem Kapitel die Forschungsfragen beantwortet werden. Die übergeordnete Forschungsfrage lautet:

«Was muss aus der Perspektive der Sozialen Arbeit bei der Ausgestaltung einer auf Adoleszente spezialisierten Suchtbehandlung berücksichtigt werden?»

Davon ausgehend wurden die Unterfragen gebildet:

- *«Wie gestaltet sich eine auf Adoleszente spezialisierte stationäre Suchtbehandlung?»*
- *«Welchen Auftrag hat die Soziale Arbeit in einer auf Adoleszente spezialisierten stationären Suchtbehandlung?»*
- *«Was kann die Soziale Arbeit in einer auf Adoleszente spezialisierten stationären Suchtbehandlung konkret beitragen?»*

Wie gestaltet sich eine auf Adoleszente spezialisierte stationäre Suchtbehandlung?

Diese Unterfrage ist für die Beantwortung der übergeordneten Forschungsfrage relevant, weil sich gezeigt hat, dass es wenig Angebote und Erfahrungswissen in diesem Bereich gibt. In der Behandlung existieren aber wichtige altersspezifische Unterschiede, denen Beachtung geschenkt werden sollte. Durch die Beantwortung dieser Unterfrage soll deshalb aufgezeigt werden, wie ein passendes Angebot für Adoleszente aussehen könnte. Sie soll einen umfassenden Einblick gewähren, welche Empfehlungen aus der theoretischen sowie empirischen Auseinandersetzung für die Gestaltung von passenden Angeboten für Adoleszente gewonnen werden konnten. Darauf aufbauend können die beiden anderen Unterfragen beantwortet werden.

Die theoretische und empirische Auseinandersetzung in dieser Arbeit haben gezeigt, dass;

- die Jugendlichen in der Jugendpsychiatrie nicht suchtspezifisch behandelt werden und die Psychiatrien nicht über das suchtspezifische Wissen verfügen für eine adäquate Behandlung.
- mit dem Eintritt der Volljährigkeit die Adressat:innen in der Erwachsenenpsychiatrie oder der stationären Suchtbehandlungen für Erwachsene behandelt werden. Dadurch kann ein Unterbruch in der Behandlung der minderjährigen Adressat:innen, welche volljährig werden, entstehen.
- es wenig spezialisierte Suchtbehandlungen für Adoleszente gibt.

Angebote, welche den Übergang von der Minder- in die Volljährigkeit abdecken, erweisen sich als besonders relevant (vgl. Kapitel 2.3.3). In der Lebensphase der Adoleszenz und auch im Übergang von der Minder- in die Volljährigkeit werden die Adressat:innen vor viele unterschiedliche Herausforderungen gestellt, wie Entwicklungsverzögerungen, Komorbiditäten oder Schul- oder Lehrabbrüche (vgl. Kapitel 2.3.3). Daher sollten sie durch den Einbezug von pädagogischen und

entwicklungspsychologischen Aspekten sowie auch im Bezug zur Ausbildung und Arbeit gezielt Unterstützung erhalten (vgl. Kapitel 2.3.3). Adoleszente stehen an einem anderen Punkt in ihrer Entwicklung als Erwachsene und benötigen daher eine auf sie spezialisierte Behandlung (vgl. Kapitel 2.3.3). In der untenstehenden Tabelle wird ausgehend von den Ergebnissen aus den Interviews und den Empfehlungen aus der Theorie dargestellt, worauf bei einem auf Adoleszente spezialisierten Angebot geachtet werden sollte:

Empfehlungen aus der Literatur	Erkenntnisse aus den Interviews mit den Kliniken Münsterlingen und Selhofen
<ul style="list-style-type: none"> - Einbezug der psychosozialen, medizinischen, entwicklungspsychologischen und pädagogischen Dimensionen - Zugang zu psychologischen und psychosozialen Therapien (vgl. Kapitel 2.3.3, Bilke-Hentsch et al., 2020) 	<ul style="list-style-type: none"> - Spezialisierte Behandlung im Entzug sowie Entwöhnung (Medizin) - Psychosoziale Beratung durch Psychotherapeut:innen, Sozialarbeiter:innen, Sozialpädago:innen und Coaches - Einbezug der Entwicklung durch die Berücksichtigung der Phasen der Adoleszenz und der Förderung der Lebenskompetenzen - Pädagogische Unterstützung durch Sozialpädagog:innen - Sport- und Kunsttherapie
<ul style="list-style-type: none"> - Einbezug der Familie und der Bezugspersonen in die Behandlung (vgl. Kapitel 2.3.3, Bilke-Hentsch et al., 2020) 	<ul style="list-style-type: none"> - Einbezug der Erziehungsberechtigten bei den minderjährigen Personen und bei Bedarf auch bei den jungen Erwachsenen
<ul style="list-style-type: none"> - Individuelle Behandlungspläne (vgl. Kapitel 2.3.3, Bilke-Hentsch et al., 2020) 	<ul style="list-style-type: none"> - Eigene Gefässe für die Gruppentherapien
<ul style="list-style-type: none"> - Besuch einer klinikinternen Schule (vgl. Kapitel 2.3.3, Bilke-Hentsch et al., 2020) 	<ul style="list-style-type: none"> - Eine klinikinterne Schule ist nicht vorhanden
<ul style="list-style-type: none"> - Engmaschige Wochenplänen und Begleitung (vgl. Kapitel 2.3.3, Bike-Hentsch et al., 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> - Stark strukturierte Wochenpläne und regelmässige Gespräche mit den Bezugspersonen
<ul style="list-style-type: none"> - Gemeinsame Arbeit an der Motivation, da Eintritte oft extrinsisch motiviert erfolgen (vgl. Kapitel 2.3.3, Bike-Hentsch et al., 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> - Einsatz der motivierenden Gesprächsführung (professionsübergreifend)

<ul style="list-style-type: none"> - Relevanz der Förderung der Bewegung und der Kreativität - Gemeinsam geplante Gruppenaktivitäten, welche alltagsnah sind - Systemisch Arbeiten (vgl. Kapitel 2.3.3, Lammel, 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> - Überwiegend sportliche Aktivitäten vorhanden, wie Bouldern, Nordic Walking etc. - Erlebnispädagogische Gruppen - Einbezug der gesamten Lebenswelt in die Behandlung
--	---

Tabelle 2: Übersicht Empfehlungen für spezialisierte Angebote für Adoleszente aus der empirischen und theoretischen Auseinandersetzung.

Durch die obenstehende Tabelle wird erneut die Relevanz eines spezialisierten Angebotes und die soziale Dimension ersichtlich. Damit die Behandlung möglichst umfassend und erfolgreich ist, ist der Einbezug der biologischen, der psychologischen und der sozialen Dimension elementar (vgl. Kapitel 2.3.3.). Auf diese Thematik wird bei der Beantwortung der nächsten Unterfragen eingegangen.

Welchen Auftrag hat die Soziale Arbeit in einer auf Adoleszente spezialisierten stationären Suchtbehandlung?

Durch die empirische und theoretische Auseinandersetzung wurde ersichtlich, wie zentral die Rolle der Sozialen Arbeit bei der Bearbeitung der sozialen Dimension ist. Die Entstehung von Sucht kann unterschiedliche biologische, psychologische und soziale Gründe haben (vgl. Kapitel 2.3.1). Die Adressat:innen sind häufig von diversen Herausforderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen betroffen (vgl. Kapitel 2.2; 2.3). In der Behandlung Adoleszenter wird in der Theorie (vgl. Kapitel 2.3.3), sowie auch durch die Interviews bestätigt, dass diese Adressat:innengruppe Unterstützung in biologischen, (entwicklungs-)psychologischen, sozialen und pädagogischen Bereichen benötigt. Derzeit liegt der Fokus auf der biologischen und psychologischen Dimension (vgl. Kapitel 2.3.1). Die Medizin und Psychologie richten ihren Blick auf die Behandlung der Erkrankungen (vgl. Kapitel 2.3.1). In Ergänzung dazu unterstützt die Soziale Arbeit Adressat:innen bei multidimensionalen Problemlagen und richtet ihren Blick auf die gesamte Lebenswelt, die gesellschaftlichen Bedingungen sowie die Ressourcen der Betroffenen (vgl. Kapitel 2.1; 4.6.2). Hier wird die Bearbeitung und die Relevanz der sozialen Dimension ersichtlich.

Die Bearbeitung der sozialen Dimension ist ein wichtiger Auftrag der Sozialen Arbeit (vgl. Kapitel 2.1.2). Eine Auftragsklärung ist elementar, um die Zuständigkeiten und die sich teils widersprechenden Erwartungen aller Beteiligten klären zu können (vgl. Kapitel 2.1.3). Die Relevanz dieser Auftragsklärung wurde beispielsweise durch das Interview mit der leitenden Ärztin in Münsterlingen ersichtlich. Sie betonte, dass die Zuständigkeiten und die Zusammenarbeit mit den Adressat:innen sowie den Angehörigen im Vorgespräch klar thematisiert und geklärt werden müssen. Dazu gehört beispielsweise die Besprechung des eng begleiteten Rahmens der Behandlung und die Vereinbarung, dass die Erziehungsberechtigten die Minderjährigen bei einem Therapieabbruch abholen müssen. Ohne diese Klärung sei es schwierig, eine erfolgreiche Behandlung zu gewährleisten.

Die Klärung der Aufträge der Sozialen Arbeit kann zu Spannungen zwischen den verschiedenen Auftragsebenen, dem Auftrag der Adressat:innen, der Organisation und der Sozialen Arbeit führen (vgl. Kapitel 2.1.3). Beide Kliniken bieten regelmässige Austauschgefässe an, wie die Super- und Intervision. Dadurch können die interprofessionelle Zusammenarbeit und die drei oben erwähnten Auftragsebenen besprochen und geklärt werden. Wie im Kapitel 2.3.3 ersichtlich wurde, ist eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit entscheidend für die erfolgreiche Behandlung. Davon kann auch abgeleitet werden, dass eine gute Auftragsklärung zwischen den unterschiedlichen Professionen erfolgen sollte, um eine qualitativ hochwertige Behandlung zu gewährleisten.

Gemäss des Interviews mit Selhofen liegt die Fallverantwortung bei Sozialarbeiter:innen, bei Psychotherapeut:innen und einer Person mit einer Coaching-Ausbildung. Der Auftrag ist unabhängig von dem professionellen Hintergrund der gleiche, wobei betont wurde, dass beispielsweise bei den Psychotherapeut:innen auch Psychotherapie in die Beratung einfließen kann. Dadurch zeigt sich das Behandlungskontinuum von Stimmer und Ansen (vgl. Kapitel 4.6.2). Die Beratung und Psychotherapie weisen Ähnlichkeiten auf, sind aber dennoch unterschiedlich (vgl. Kapitel 4.6.2).

Der Auftrag der Sozialarbeitenden in der Klinik Münsterlingen kann als beratend und vernetzend umschrieben werden. Dazu gehören beispielsweise die Organisation von Anschlusslösungen, die Zusammenarbeit mit dem Umfeld der Adressat:innen, die Regelung der Besuche und des Ausgangs der Adressat:innen, die Zusammenarbeit und die Vernetzung mit Institutionen und anderen Fachpersonen sowie auch das Führen von Standort- und Vernetzungsgesprächen.

Wie den Interviews mit der Klinik Münsterlingen entnommen werden konnte, haben die Sozialarbeitenden auch einen beratenden und vernetzenden Auftrag in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Finanzen, Freizeitgestaltung, Anschlusslösungen und Fragen zu rechtlichen Angelegenheiten. Durch die Anstellung der Sozialpädagogin wurden Aufgaben, wie die Organisation der Anschlusslösungen an die Sozialpädagogin übertragen. Die Auftragsklärung zwischen der Sozialpädagogik und der Sozialen Arbeit ist noch nicht vollständig abgeschlossen, sondern werde laufend adaptiert. Der Sozialpädagogin kommt neben der beratenden Funktion besonders die begleitende und vernetzende Funktion zu. Sie ist die Expertin im Bereich der Erlebnispädagogik. Sie arbeitet vor allem im Gruppensetting aktiv mit den Adressat:innen zusammen, wie beim gemeinsamen Kochen, bei Aktivitäten in der Natur und mit Tieren. Das praktische Erleben, welches die Adressat:innen dabei sammeln können, steht im Mittelpunkt. Ihr Fokus liegt auf der Entwicklung der Lebensphase der Adoleszenten, sie fördert die Lebenskompetenzen der Adressat:innen (vgl. Kapitel 2.2.3). Beispielsweise durch die gemeinsame Planung des Einkaufens und des anschliessenden Kochens (vgl. Kapitel 2.2.3). Damit kann die Selbständigkeit, die Interaktion unter den Adressat:innen, das Treffen von Entscheidungen oder die Kreativität gefördert werden (vgl. Kapitel 2.2.3). Auch ist sie für offene Gesprächsgruppen für Adoleszente zuständig. Der Auftrag der Sozialpädagogin beinhaltet beispielsweise auch die Teilnahme an den Vor- sowie Standortgesprächen, wobei wenn möglich das ganze soziale System in die Behandlung einbezogen werden soll. Im Kapitel 2.3.3 wurde die Bedeutung der Sozialen Arbeit umschrieben und welchen grundlegenden Aufgaben sie nachkommt, wie zum Beispiel die Planung und Durchführung von Gruppenaktivitäten, die Aktivierung von körperlichen Tätigkeiten, die Berücksichtigung der Entwicklung der Adressat:innen, die Einbindung des lebensweltlichen Ansatzes und der Einbezug in die Zusammenarbeit. In der Klinik Münsterlingen

liegt die Fallverantwortung bei Fachpersonen aus der Medizin oder Psychologie. Die Sozialpädagogin wird in die Fallverantwortung einbezogen.

Das Empfehlungsschreiben für Soziale Arbeit in der Suchthilfe fordert, dass auch der Sozialen Arbeit der Auftrag der Fallverantwortung zukommen und dieser finanziell verankert werden soll (vgl. Kapitel 4.8.2). Zurzeit sind die Kosten der Sozialen Arbeit nicht von der Krankenkasse anerkannt (vgl. Kapitel 4.8.2), wodurch ihr weniger Bedeutung im Behandlungsprozess zu kommt. Die Soziale Arbeit koordiniert und vernetzt sich mit unterschiedlichen Personen und Institutionen, plant und begleitet Übergänge, wodurch sie zu einer umfassenden Begleitung im Behandlungsprozess beitragen kann (vgl. Kapitel 4.8.2.).

Ein weiterer Auftrag, welcher durch die Interviews mit Münsterlingen eruiert werden konnte, ist das Vertreten der Anliegen der Adressat:innen. Hier kann der Bezug zum dritten Mandat des Tripelmandates gemacht werden. Beim dritten Mandat, der eigenen Profession der Sozialen Arbeit, geht es unter anderem um das ethische Handeln und um die Begründung des professionellen Handelns (vgl. Kapitel 2.1.3). Die Soziale Arbeit soll zwischen den drei Mandaten vermitteln (vgl. Kapitel 2.1.3). Wie die leitende Ärztin in Münsterlingen betonte, ist die Aufgabe der Sozialpädagogin, sich für die Anliegen und Bedürfnisse der Adoleszenten einzusetzen und zwischen den verschiedenen Fachpersonen und Systemen zu vermitteln. Im Kapitel 2.1.3 wurde auch die Relevanz der Befähigung, welche die Soziale Arbeit zum Ziel hat, aufgezeigt. Dadurch kann eine selbständige Lebensführung der Adressat:innen (wieder) ermöglicht werden (vgl. Kapitel 2.1.3).

Abschliessend stellt sich heraus, dass die Soziale Arbeit je nach Institution einen unterschiedlichen Auftrag haben kann. Sie kann die Fallverantwortung innehaben oder nicht, sie kann beratend oder auch begleitend im Alltag wirken. Dabei kann und soll sie auch immer auf ihr eigenes Professionswissen zurückgreifen. Neben der Unterstützung der Adressat:innen soll sie auf gesellschaftliche Ungleichheiten aufmerksam machen und diese bearbeiten (vgl. Kapitel 2.1.2). Dadurch findet eine Annäherung an die dritte Unterfrage statt, was die Soziale Arbeit im stationären Setting beitragen kann.

Was kann die Soziale Arbeit in einer auf Adoleszente spezialisierten stationären Suchtbehandlung konkret beitragen?

Wie weiter oben entnommen werden kann, ist die Bearbeitung der sozialen Dimension ein wichtiger Auftrag im gesamten Behandlungsprozess. Nachfolgend soll aufgezeigt werden, wie die Soziale Arbeit ihren Beitrag in der stationären Suchtbehandlung leisten kann.

Wie im Kapitel 2.1 aufgezeigt wurde, sind die vier Dimensionen, Praxeologie, Theorie, Empire und Axiologie zentral, um professionelles Handeln zu begründen. Demnach lassen sich die sechs Arbeitsprinzipien (ethisches Handeln, Kontextualisierung, Mehrperspektivität, Beziehungshandeln, Ressourcenorientierung und Befähigungshandeln), welche professionelles Handeln mitgestalten, mit diesen Dimensionen verknüpfen (Kapitel 2.1).

Die Dimension der Praxeologie zeigt sich beispielsweise bei den erlebnispädagogischen Vorgehensweisen der Sozialpädagogin in Münsterlingen beim (Wieder-)finden von Ressourcen durch die

praktischen Aktivitäten in der Natur oder mit den Tieren. Die Sozialpädagogin hat die Wirkung dieser Vorgehensweise besonders betont. Es ist bereits geplant, vermehrt solche Angebote anzubieten. Die Sozialpädagogin schafft ausserdem alltagsnahe Angebote, wie das gemeinsame Kochen, welche nahe an der Lebenswelt der Adressat:innen zu verorten sind. Wie die Interviews gezeigt haben, sind diese gemeinsam gestalteten alltagsnahen Angebote auch Möglichkeiten das Selbstmanagement zu verbessern und zu üben, mit dem Ziel auch die Freizeitgestaltung zu verbessern.

Die Dimension der Theorie wird durch den Einbezug des Wissens zu entwicklungspsychologischen Aspekten in beiden Kliniken ersichtlich. Die Fachpersonen der Sozialen Arbeit beziehen bei der Begleitung und Beratung der Adoleszenten in beiden Kliniken Theoriebestände zu den Lebenskompetenzen oder der Phase der Adoleszenz ein. Weiter verfügen sie über Kenntnisse zu suchtspezifischem Wissen. Sie analysieren nicht nur die altersspezifischen Besonderheiten der Adressat:innen, sondern versuchen, die gesamte Lebenswelt der Adressat:innen zu verstehen und damit einen Kontext zu schaffen, wie diese in die Gesellschaft, das soziale System etc. eingebettet sind und welche nachhaltigen Interventionen geplant werden können.

Bei der Dimension der Empirie stützt sich die Soziale Arbeit auf Forschungen und untersucht, welche Auswirkungen das eigene Handeln hat (vgl. Kapitel 2.1). Durch die Interviews zeigt sich zum einen, dass das Wahrnehmen der fehlenden Angebote und dass altersspezifische Arbeitsweisen durchaus erforderlich sind. Zum anderen betont die Sozialpädagogin, dass die erlebnispädagogischen Aktivitäten eine grosse Wirkung bei den Adoleszenten zeigen und daher vermehrt Anwendung finden sollten.

Bei der Dimension der Axiologie geht es um Wert- und Normenausrichtungen sowie den Einbezug ethischer Prinzipien (vgl. Kapitel 2.1). Die Sozialpädagogin untermauerte die Wichtigkeit einer toleranten und unvoreingenommenen Haltung gegenüber den Adoleszenten in Bezug auf die Sucht, Konsumergebnisse und das Fehlermachen.

Auf der Ebene der sozialen Dimension ist die Soziale Arbeit die Expert:in. Die Empfehlungen für Fachpersonen der Suchthilfe unterteilen diese Dimensionen in zwei Schwerpunkte (vgl. 2.1.2). Der erste Fokus der sozialen Dimension wird auf die Befähigung der Adressat:innen gelegt (vgl. 2.1.2). Die eigenständige Lebensführung der Adressat:innen ist das Ziel der Sozialen Arbeit (vgl. 2.1.2). Die Adressat:innen sollen befähigt werden, ihr Leben selbständig zu führen und zu gestalten (vgl. 2.1). Wie das Interview mit der Sozialpädagogin zeigte, unterstützt sie die Adressat:innen, immer dann, wenn Bedarf besteht. Ein weiteres Ziel sei die selbständige Lebensführung nach dem Aufenthalt.

Wie durch die Sozialpädagogin in Münsterlingen betont wurde, sind passende Anschlusslösungen wichtig für die nachhaltige Veränderung der Lebensführung der Adoleszenten. Gehen die Adoleszenten nach dem kurzen Aufenthalt in der Klinik zum Beispiel wieder in das instabile Familiensystem, kann womöglich keine positive Veränderung stattfinden. Dadurch zeigt sich die Relevanz der sozialen Dimension, bei welcher die Soziale Arbeit das Ziel einer nachhaltigen Integration in die Gesellschaft anstrebt (vgl. Kapitel 2.1.2). Die Soziale Arbeit bezieht das gesamte soziale System in die Beratung mit ein und arbeitet vernetzend (vgl. 2.1.2). Die Vernetzung mit den erziehungsberechtigten, weiteren Angehörigen und Fachpersonen, wie Beiständ:innen und die Organisation von Anschlusslösungen wurden

als weitere Aufgaben durch die Interviews ersichtlich. Die Interviews zeigen, dass der Auftrag der Organisation von Anschlusslösungen fundamental für eine nachhaltige Behandlung ist. Durch die vernetzte Arbeitsweise mit unterschiedlichen Personen und Institutionen leistet die Soziale Arbeit einen wichtigen Beitrag für diese nachhaltige Verbesserung der Lebensführung der Adressat:innen.

Der zweite Fokus wird auf die gesellschaftlichen und sozialräumlichen Bedingungen gelegt (vgl. Kapitel, 2.1.2). Die Soziale Arbeit soll soziale Ungleichheiten feststellen und sich Einsetzen, diese zu verändern (vgl. Kapitel 2.1.1). So zum Beispiel das Feststellen der Angebotslücken für Adoleszente in der Suchtbehandlung mit anschließender Veränderung. Die Finanzierung der Sozialen Arbeit ist jedoch nicht im Behandlungsprozess verankert (vgl. Kapitel 4.8.2). Sie ist nicht von der Krankenkasse anerkannt (vgl. Kapitel 4.8.2). Dadurch kann angenommen werden, dass ihre Position weniger stark verankert ist, als bei anderen Professionen und ihr möglicherweise demzufolge auch eine weniger starke Gewichtung in der Mitsprache der Ausgestaltung und Veränderung von Angeboten zukommt.

Um die Bearbeitung der sozialen Dimension durch die Soziale Arbeit aufzuzeigen, wurde das fünf Phasen Prozess Modell der Empfehlungen für Fachpersonen in der Suchthilfe beigezogen (vgl. Kapitel 4.7.2). Die erste Dimension, die Arbeitsbeziehung (vgl. Kapitel, 2.1.2), wurde bei den Interviews ersichtlich. So zeigte sich, dass sofern eine vertrauensvolle Beziehung zu den Adressat:innen aufgebaut werden kann, eine Verbesserung der Arbeitsbeziehung und der Bearbeitung der Problemlage erfolgen kann. Als Herausforderung wurde der oft nicht freiwillige Eintritt in die Klinik der Adressat:innen genannt und dass der Aufenthalt meist von den Eltern gewünscht wurde. Durch den bereits genannten Einbezug der gesamten Lebenswelt und die systemische und vernetzende Arbeitsweise der Sozialen Arbeit können Spannungen, auch mit Hilfe des Tripelmandates (vgl. Kapitel 2.1.3), durch die Soziale Arbeit verstanden, thematisiert und abgebaut werden. Wie die Interviews zeigten, wird ausserdem die motivierende Gesprächsführung durch die unterschiedlichen Professionen, wie auch der Sozialen Arbeit angewendet. Das Ziel ist die intrinsische Motivation zur Veränderung zu erzeugen (vgl. Kapitel 2.3.3).

Daran anschliessend zeigt sich in der zweiten Phase die soziale Diagnostik (vgl. Kapitel 2.1.3). In dieser geht es um die Mehrperspektivität (vgl. Kapitel 2.1.3), welche durch den ganzheitlichen Ansatz der Sozialpädagogin verkörpert wird. Es wird dabei die gesamte Lebenswelt der Adressat:innen umfassend berücksichtigt und analysiert. Darauf aufbauend werden passende Interventionen geplant und durchgeführt.

In der dritten Phase geht es um die Planung von Zielen und Interventionen (vgl. Kapitel 2.1.3). Gemeinsam mit den Adoleszenten plant die Sozialpädagogin beispielsweise gemeinsame Aktivitäten, welche auch die Förderung der Lebenskompetenzen zum Ziel haben oder die Eruiierung sowie Planung von passenden Anschlusslösungen. Dabei ist das Befähigungshandeln elementar.

In der vierten Phase werden die Interventionsmöglichkeiten angewendet (vgl. Kapitel 2.1.3), wie beispielsweise das gemeinsame Kochen in der Klinik Münsterlingen. Dadurch kann laut der Befragten, die Lebensfreude gemeinsam mit den Adressat:innen (wieder-)gefunden und gleichzeitig eine sinnvolle Freizeitgestaltung nach dem Austritt erarbeitet werden. Durch die erlebnispädagogischen Aktivitäten

versucht die Sozialpädagogin die Ressourcen der Adressat:innen zu erschliessen, um sie anschliessend (wieder) nutzen zu können.

Die fünfte Phase sichert die Qualität (vgl. 2.1.3). Der Prozess der Qualitätssicherung soll regelmässig reflektiert und geprüft werden (vgl. 2.1.3). Die Qualität kann anhand von Forschungen und Auswertungen sichergestellt werden (vgl. 2.1.3). Wie sich herausgestellt hat, sind Forschungen und der Austausch von Erfahrungen in diesem Bereich noch unzureichend. In beiden Kliniken wird der Prozess laufend überprüft und Veränderungen vorgenommen. So differenziert sich beispielsweise die Zuständigkeit der Sozialpädagogin und der Sozialarbeiterin hinsichtlich Anschlusslösungen im weiteren Verlauf noch weiter aus. Die Klinik Selhofen steht bei der Einführung des Angebots noch am Anfang, da dieses erst am 01.01.2024 eingeführt wurde. Jedoch gab es bereits viele Inter- und Supervisionen, um mittels Qualifikation der interprofessionellen Teams den spezifischen Bedürfnissen von Adoleszenten gerecht zu werden. Es sind laufend weitere Evaluationen angedacht.

Die drei beantworteten Unterfragen bilden die Grundlage für die Beantwortung der übergeordneten Forschungsfrage: *«Was muss aus der Perspektive der Sozialen Arbeit bei der Ausgestaltung einer auf Adoleszente spezialisierten Suchtbehandlung berücksichtigt werden?»*

Durch die Beantwortung der ersten Unterfrage wurde aufgezeigt, wie ein stationäres Angebot für Adoleszente ausgestaltet werden kann. Dabei wurde bereits die Relevanz der Sozialen Arbeit durch ihre lebensweltorientierte, vernetzende, niederschwellige Arbeitsweise und den Einbezug von entwicklungspsychologischen und pädagogischen Aspekten ersichtlich. Durch die Beantwortung der zweiten Unterfrage wurde der Auftrag der Sozialen Arbeit und die Wichtigkeit der sozialen Dimension zur Bearbeitung der Problemlagen der Adressat:innen aufgeführt. Mit der Beantwortung der letzten Unterfrage, was die Soziale Arbeit konkret in diesem Setting beitragen kann, wurde das professionelle Handeln und die konkrete Unterstützung, welche die Soziale Arbeit leisten kann, beleuchtet. In diesen drei Unterfragen wird teilweise beantwortet, was aus Sicht der Sozialen Arbeit bei der Ausgestaltung von spezifischen Angeboten berücksichtigt werden sollte. Zur abschliessenden Beantwortung der übergeordneten Forschungsfrage sollen nun nochmals die wichtigsten Punkte aufgeführt werden:

- Fachpersonen der Sozialen Arbeit sollten über entwicklungspsychologisches, pädagogisches sowie suchtspezifisches Wissen – auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells – verfügen.
- Einer klaren Zuständigkeits- und Auftragsklärung kommt eine grosse Bedeutung zu.
- Der Einbezug der Adressat:innen, der Lebenswelt sowie des sozialen Systems ist elementar.
- Die Angebote sollten alltagspraktische sowie beratende Elemente beinhalten.
- Die Förderung der Ressourcen, des Wohlbefindens sowie der gesellschaftlichen Teilhabe ist wichtig.
- Eine gelingende und wertschätzende interprofessionelle Zusammenarbeit ist grundlegend für eine umfassende und qualitativ hochwertige Behandlung.
- Die Soziale Arbeit soll für ihre Zuständigkeit, die soziale Dimension zu bearbeiten und zu gewichten, stärker eintreten, da ihr Relevanz im Behandlungsprozess zukommt.
- Die Verbindung von Sozialer Arbeit und Sozialpädagogik scheint eine wirkungsvolle Möglichkeit zu sein, um die Adressat:innen auf unterschiedlichen Ebenen zu erreichen und zu unterstützen.

- Auf der Basis des dritten Mandats kann die Soziale Arbeit Handlungsfragen und Sichtweisen der Sozialen Arbeit in das interprofessionelle Team bringen.
- Die Soziale Arbeit soll zwischen den verschiedenen Mandaten vermitteln und Spannungsverhältnisse abbauen.

5.3 Ausblick

Die Wichtigkeit und Aktualität der lückenhaften Angebotslandschaft im stationären Bereich der Suchtbehandlung von Adoleszenten konnte anhand diverser Bezüge, beispielsweise kürzlich veröffentlichten Zahlen, Fakten und Berichten, der Betrachtung von Theorie sowie der selbständig generierten Daten, untermauert werden. Durch die Einführung des neuen Angebots in Selhofen und die sich stetig weiter differenzierende Spezialisierung in der Pionierinstitution Münsterlingen wurde ein Zeichen gesetzt: Es benötigt mehr spezialisierte Angebote für Adoleszente. Auch die Anstellung der Sozialpädagogin in Münsterlingen per 01.01.2024 sowie der Einbezug der Sozialen Arbeit in die Fallverantwortung in Selhofen machen auf eine sich entwickelnde Anerkennung der Sozialen Arbeit sowie der von ihr bearbeiteten sozialen Dimension in den beiden untersuchten Kliniken aufmerksam.

Die Klinik Selhofen und Münsterlingen leisten einen wichtigen Beitrag zur Verkleinerung der genannten Versorgungslücke in der stationären Suchtbehandlung. Wie die Interviews gezeigt haben, war die Konzipierung und Etablierung eines solchen Angebots herausfordernd, da es kaum Erfahrungswissen und Austauschmöglichkeiten gab. Angesichts der Angaben der leitenden Ärztin in Münsterlingen, nach welcher in der Klinik bereits im Jahr 2010 ein Bedarf festgestellt wurde, ein spezialisiertes Angebot für Adoleszente zu konzipieren, bedarf es realistischerweise noch etwas Geduld, bis der Bedarf gedeckt ist. Neben Geduld ist es jedoch auch erforderlich, auf der individuellen sowie strukturellen Ebene auf die aktuelle Situation aufmerksam zu machen, sich zu vernetzen und am Austausch von spezifischem Erfahrungs-, Fach-, Methoden- und Wertewissen teilzunehmen. In der Folge kann so zur Sensibilisierung von Personen rund um Sucht beigetragen werden. Übergeordnet können Fachpersonen der Sozialen Arbeit in ihrem Alltag zusätzlich auf die Bedeutung der sozialen Dimension zur Entstigmatisierung von Sucht und der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen beitragen. Aufgrund der festgestellten Unterfinanzierung der Sozialen Arbeit ist es nötig, auch auf struktureller Ebene die Bedeutung der sozialen Dimension im Kontext von Sucht zu betonen und den politischen Diskurs mit dem Einbringen der professionellen Perspektiven der Sozialen Arbeit mitzugestalten.

Auf institutioneller Ebene entstand die Erkenntnis, dass Fachpersonen der Sozialen Arbeit massgeblich zur umfassenden Qualität der Behandlungsangebote beitragen, weshalb der Evaluation der (Aus)Wirkung der neu geschaffenen Stelle der Sozialpädagogin in Münsterlingen sowie des neuen Projekts in Selhofen ein grosses Interesse zukommt. Die Frage, nach welchen Indikatoren die Evaluationen ausgewertet werden, wurde nicht erfasst. Die vorgestellte Forderung von AvenirSocial et al. (2024b, S. 75), dass eine Auswertung im Sinne der Sozialen Arbeit angestrebt werden sollte, bietet einen konkreten Ausblick. So könnten etwa eine gelingende gesellschaftliche Teilhabe oder eine subjektive Erhöhung der Lebensqualität der Adressat:innen in der Evaluation fokussiert werden. Damit könnte der sozialen Dimension in der stationären Suchtbehandlung von Adoleszenten professionell Rechnung getragen werden. Diese wertvolle Erkenntnis könnte wiederum zu einem umfassenderen,

lebensweltorientierteren und niederschwelligeren Vorgehen in der Zusammenarbeit mit den Adressat:innen, ihrem System und den interprofessionellen Teams führen. Auf Basis dieser Erkenntnisse lässt sich für die Soziale Arbeit ein weiterer Forschungsbedarf ableiten, welcher sich sowohl auf die stationäre als auch auf andere Bereiche, etwa die ambulante Suchtbehandlung von Adoleszenten, bezieht. Um einen nachhaltigen und konstruktiven Umgang mit generierten Ergebnissen anzustreben, bedarf es eines stetigen Austauschs zwischen Theorie und Praxis. Dieser kann sicherstellen, dass Erkenntnisinteressen der Praxis bearbeitet und theoretische Grundlagen kontinuierlich weiterentwickelt werden. Mittels dieser wechselseitigen Beziehung können innovative und praxisnahe Herangehensweisen entstehen, die auch zur Qualität einer professionellen Suchtbehandlung für Adoleszente beitragen können.

6 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Abderhalden I., Krebs M. & Rohrbach W. (2022). Editorial. SuchtMagazin. *Interdisziplinäre Fachzeitschrift der Suchtarbeit und Suchtpolitik. Soziale Arbeit und Sucht.* (3/2022), S. 3-4. <https://www.suchtmagazin.ch/magazin/soziale-arbeit-und-sucht-2022-03>
- Abderhalden, I. (2022). Der spezifische Beitrag der Sozialen Arbeit in der Suchtprävention: Konsequente Ausrichtung an der Chancengleichheit. In Sommerfeld, P., Barsch, G., Hug, S., Deloie, D., Abderhalden, I., Hansjürgens, R., Sucht Schweiz, Schertenleib, B., Krebs, M. & Rohrbach, W.. *Soziale Arbeit und Sucht. Soziale Diagnostik*, 3–4 (S. 42).
- Abplanalp, E., Cruceli, S., Disler, S., Pulver, C. & Zwilling, M. (2020). *Beraten in der Sozialen Arbeit. Eine Verortung zentraler Beratungsanforderungen.* Haupt.
- Andreae, A., Chew Howard, E., Haemmerle, P., Passalacqua, S., Schneebeli, L. & von Wyl, A. & Wade-Bohleber, L. (2020). *Stationäre und tagesklinische Angebote der psychiatrischen Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle des Jugend- und Erwachsenenalters in der Schweiz: Eine Bestandesaufnahme bestehender Angebote im Auftrag des BAG.* https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/22136/4/2020_ZHAW_Bericht_Transitionspsychiatrie_DE.pdf
- Arnaud, N. & Thomasius R. (2019). Substanzmissbrauch und Abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen. Kohlhammer.
- Arnaud, N. & Thomasius, R. (2022). Substanzbezogene Störungen und Transitionspsychiatrie. *Nervenarzt* 2022, 93 (S. 341–350). <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01266-6>
- AvenirSocial, Fachhochschule Nordwestschweiz, Fachverband Sucht, & schweizerischer Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. (2024a). *Medienmitteilung. Damit die soziale Dimension in der Suchthilfe und Suchtprävention nicht ins Abseits gerät.* <https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2024/01/2023-01-18-Medienmitteilung-Lancierungsanlass-Soziale-Arbeit-und-Sucht.pdf>
- AvenirSocial, Fachhochschule Nordwestschweiz, Fachverband Sucht, & schweizerischer Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. (2024b). *Empfehlungen für die Soziale Arbeit in der Suchthilfe und -prävention.* <https://www.mas-sucht.ch/empfehlungen/>
- AvenirSocial. (2014a). *IFSW-Definition der Sozialen Arbeit von 2014 mit Kommentar.* <https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/IFSW-IASSW-Definition-2014-mit-Kommentar-dt.pdf>
- AvenirSocial. (2014b). *Berufsbild der Professionellen Sozialer Arbeit.* https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/AS_Berufsbild_DE_def_1.pdf
- Bachmann, A. (2023). *Medikamenten(misch)konsum bei Jugendlichen: Situations- und Bedarfsanalyse Empfehlungen.*

https://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjT71Ctr--FAxVsgP0HHek5DO4QFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.bag.admin.ch%2Fdam%2Fbag%2Fde%2Fdokumente%2Fnpp%2Fkad-rii%2Fkad_2023%2FKAD_Jugendliche_Mischkonsum_Infodrog_2023.pdf.download.pdf%2FKAD_Jugendliche_Mischkonsum_Infodrog_2023.pdf&usg=AOvVaw0rubrRu7tjdC0g_x-oyLSg&opi=89978449

Balsiger, N., Delgrande Jordan, M. & Schmidhauser, V. (2023a). *Konsum psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen*. <https://www.suchtschweiz.ch/publication/konsum-psychoaktiver-substanzen-bei-jugendlichen/>

Balsiger, N., Delgrande Jordan, M. & Schmidhauser, V. (2023b). *Gesundheit und Wohlbefinden bei Jugendlichen*. <https://www.suchtschweiz.ch/publication/gesundheit-und-wohlbefinden-bei-jugendlichen/>

Batra, A. & Bilke-Hentsch, O. (2022). Diagnostik und Klassifikation. In A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht* (3. Aufl., S. 15–23) Thieme.

Bengel, J., Meinders-Lücking, F. & Rottmann, N. (2009). *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. BZgA. <https://shop.bzga.de>

Berner Gesundheit. (2017). *Lebenskompetenzen*. Abgerufen am 15.05.2024 von <https://www.berner-gesundheit.ch/themen/lebenskompetenzen/>

Beushausen, J. (2016). *Beratung lernen. Grundlagen Psychosozialer Beratung und Sozialtherapie für Studium und Praxis*. Barbara Budrich.

Bilke-Hentsch, O., Bischof, G., Diestelkamp, S., Geyer, D., Hannak-Zeltner, R., Hoch, E., Hoffmann, S., Hösselbarth, S., Jückstock, J., Kiefer, F., Klein, M., Kramer, D., Lieb, B., Mann, K., Reis, O., Sack, P., Scherbaum, N., Thomasius, R., Vogt, I., Winkler, K. & Wolter, D. (2020). ALTERS- UND GESCHLECHTSSPEZIFISCHE POPULATIONEN. In Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF], Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN] & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. [DG-SUCHT] (Hrsg.), *Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen* (S. 27–31). Fischer.

Bilke-Hentsch, O., Melchers, P., Reis, O., Roosen-Runge, G., Schimansky, G., Thomasius, R., Thoms, E. (2016). SUCHT. Anforderungen an die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen, 62(2), 107–111. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=973750ce-fca7-4916-9430-a18ddac922df%40redis>

Bundesamt für Gesundheit. (2015). *Nationale Strategie Sucht 2017–2024*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>

- Bundesamt für Gesundheit. (2023). *Alkoholkonsum in der Schweiz: Zahlen und Fakten*.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-sucht/zahlen-fakten-zu-alkohol.html>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2022). *ICD-10-GM Version 2022: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*.
<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/>
- Der Bundesrat. Das Portal der Schweizer Regierung. (2021, 28. November). *Pflegeinitiative*.
<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/abstimmungen/20211128/pflegeinitiative.html>
- Eder, M., Knecht, D., Stremlow, J., & Wyss, S. (2023). *Grundlagen der (inter-)kantonalen Steuerung der Suchthilfe. Schlussbericht*.
https://ch-sodk.s3.eu-west-1.amazonaws.com/media/files/f9507263/68ee/44ee/98da/1415b35cd09c/2023.11_HSLU_KKBS_Schlussbericht_DE_Publication.pdf
- Eidgenössische Kommission für Fragen zu Sucht und Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (EКСN). (01.02.2024). *Verbesserung der Suchthilfe und -versorgung dringend nötig. Medienmitteilung der EКСN*.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/eidgenoessische-kommission-sucht-praevention-ncd-eksn.html>
- Eschbeck, H. & Knauf, R. (2018). *Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung*. In A. Lohaus (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des Jugendalters* (S. 24–47).
<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-55792-1>
- Farrenberg D. & Schulz, M. (2020). *Handlungsfelder Sozialer Arbeit. Eine systematisierende Einführung*. Belz Juventa.
https://content-select.com/media/moz_viewer/5e623530-38a0-4be8-b3bc-4a1db0dd2d03/language:de
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnaу-Böse, M. (2019). *Resilienz* (5. aktualisierte Aufl.). Ernst Reinhardt.
- Gabriel, T. & Keller, S. (2015). Krisen und Transitionen im Lebenslauf. In A. M. Riedi, M. Zwillig, M. Meier Kressig, P. Benz Bartoletta & D. Aebi Zindel (Hrsg.), *Handbuch Sozialwesen Schweiz* (2., überarb. und erg. Aufl., S. 48-49). Haupt.
- Gerdig, D. & Goldberg, D. (2010). Soziale Arbeit in der Schweiz. In Werner THOLE (Hrsg.). *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (3. Aufl., S. 405). Springer VS.
<http://hdl.handle.net/11654/21667>
- Gmel, C., Gmel, G., Kuendig & H., Notari, L. (2017). *Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016*.
https://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/gmel_5l5bj5rqv9y5i.pdf

- Gmel, G. & Labhart, F. (2022). *Changements des habitudes de consommation et d'achat d'alcool durant la première année de la crise du COVID-19 et facteurs de risque associés*. https://www.addiction-suisse.ch/wp-content/uploads/2023/10/Changements_habitudes_consommation-alcool_covid-19.pdf
- Gremminger, S. (2021). Sucht ist (auch) ein soziales Problem. In T. Mezzera, R. Mäder & M. Krebs (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht. Eine Bestandsaufnahme aus der Praxis* (S. 17–20). Springer VS.
- Großmaß, R. (2007). Psychotherapie und Beratung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung* (2. Aufl., S. 100). dgvt.
- Grundwald, K. & Thiersch, H. (2016) Lebensweltorientierung. In K. Grundwald & H. Thiersch (Hrsg.), *Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern* (3., vollst. überarb. Aufl., S. 24). Beltz Juventa.
- Havighurst, R. J. (1953). *Human development and education*. David McKay.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education* (3. Aufl.; 1. Aufl. 1948). Longman.
- Helferich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews (4. Aufl.). VS Verlag.
- Hermann, C., Pernegger, M. & Sigl, E. (2006). *Stress bei Jugendlichen. Aus der Lehre... Entwicklungspsychologie*. <https://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/PSYCHOLOGIEENTWICKLUNG/ARTIKEL/stress.shtml>
- Holtmann, M. & Schmidt, M. H. (2004). *Resilienz im Kindes- und Jugendalter. Kindheit und Entwicklung*, 13(4), S. 196. <https://doi.org/10.1026/0942-5403.13.4.195>
- Hösli, V. (2024, 8. Mai). *Placebo für das Pflegepersonal!* Vpod. Abgerufen am 15. Mai von <https://vpod.ch/news/2024/05/placebo-fuer-das-gesundheitspersonal/>
- Hug, S. (2022). Zwischen Bereichs- und Professionsethik: normative Zielhorizonte Sozialer Arbeit im Suchtbereich. In Sommerfeld, P., Barsch, G., Hug, S., Deloie, D., Abderhalden, I., Hansjürgens, R., Sucht Schweiz, Schertenleib, B., Krebs, M. & Rohrbach, W.. *Soziale Arbeit und Sucht. Soziale Diagnostik*, 3–4 (S. 23).
- Infodrog (Hrsg.). (2022a). *Jugendliche mit Medikamenten- und Mischkonsum: Situations- und Bedarfsanalyse*. https://www.infodrog.ch/files/content/ff-de/Bericht_Jugendliche%20Mischkonsum%20Situationsanalyse%20und%20Empfehlungen.pdf
- Infodrog.(2022b). *Risikofaktoren. Präventionslexikon*. <https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/risikofaktoren.html>

- Infodrog. (2022c). *Schutzfaktoren. Präventionslexikon*. <https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/schutzfaktoren.html>
- Kähler, H. D. & Gregusch, P. (2015). *Erstgespräche in der fallbezogenen Sozialen Arbeit* (6., überarb. und erw. Aufl.). Lambertus.
- Kaufmann, M. (2021). Stationärer Entzug, der Start in ein suchtfreies Leben? Arbeitsfeld Entzug und Entwöhnung. In T. Mezzera, R. Mäder & M. Krebs (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht. Eine Bestandsaufnahme aus der Praxis* (S. 17–20). Springer VS.
- Keller, V. & Schmocker, B. (2015). Zur Unterscheidung von Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Soziokultureller Animation in der Schweiz. In A. M. Riedi, M. Zwilling, M. Meier Kressig, P. Benz Bartoletta & D. Aebi Zindel (Hrsg.), *Handbuch Sozialwesen Schweiz* (2., überarb. und erg. Aufl., S. 381–388). Bern: Haupt.
- Kirschenbauer, H.J. (Hrsg.) (2023). *Kinder- und Jugendpsychiatrie für Pädagogik und Soziale Arbeit: Ein Handbuch für die Praxis* (2. Aufl.). Hogrefe.
- Klinik Selhofen (o. D.). *Programm switch-on*. <https://selhofen.ch/behandlung/stationaere-behandlung/programm-switch-on>
- Konrad, K. & König, J. (2018). Biopsychologische Veränderungen. In A. Lohaus (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des Jugendalters* (S. 1–20). Springer Verlag.
- Krebs, M., Mäder, R., & Mezzera T. (2021). Einleitung. In M. Krebs, R. Mäder, & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandsaufnahme aus der Praxis* (S. 21–38). Springer VS.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Aufl.). Beltz Juventa.
- Laging, M. (2020). *Soziale Arbeit in der Suchthilfe: Grundlagen – Konzepte – Methoden* (2. Aufl.). Kohlhammer.
- Lammel, U. (2016). *Suchtgefährdung im Jugendalter und die Suche nach Identität. Klinische Sozialarbeit: Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 12 (4), S. 12–16. https://www.dgsa.de/fileadmin/Dokumente/Sektionen/Klinische_Sozialarbeit/KlinSA_2016_12-4_Kinder-und-Jugendhilfe.pdf
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2015). *Motivational Interviewing* (3. Aufl.). Lambertus-Verlag.
- Niebank, K., Petermann, F., & Scheithauer, H. (2004). *Entwicklungswissenschaft: Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie*. Springer.
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (2. Aufl.). Beltz Juventa.

- Psychiatrische Dienste Thurgau. (o. D.). Drogenentzug & Therapie. <https://www.stgag.ch/fachbereiche/psychiatrische-klinik/psychiatrische-klinik-muensterlingen/abhaengigkeitserkrankungen/drogenentzug-therapie/>
- Pucci-Meier, L. (2020). *Transitionspsychiatrie: Stationäre und tagesklinische Angebote der psychiatrischen Versorgung an der Schnittstelle des Jugend- und Erwachsenenalters in der Schweiz*. https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Mitgliederanlass/2020/10_Bundesamt_fuer_Gesundheit.pdf
- Reis, O. (2022). Suchtentwicklung: Einflussfaktoren, Entwicklungsdynamik. In A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht* (3. Aufl., S. 27–34) Thieme.
- Schwarz, Beate. (09.11.2022). *Stichwort Adoleszenz*. Dorsch. *Lexikon der Psychologie*. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/adoleszenz>
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.). (2020). *Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene: Nationaler Gesundheitsbericht 2020*. <https://www.gesundheitsbericht.ch/de/media/6/download%3Fattachment>
- Sonneck, G., Kapusta, N., Tomandl, G. & Voracek, M. (Hrsg.). (2016). *Krisenintervention und Suizidverhütung* (3., aktual. Aufl. S. 33-38). facultas.
- Staub-Bernasconi, S. (2018). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität* (2., vollst. überarb. und aktual. Ausgabe). Barbara Budrich.
- Stimmer, F. & Ansen, H. (2016). *Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern. Grundlagen – Prinzipien – Prozess*. Kohlhammer.
- Walther, C. & Deimel, D. (2023). Theorien und Konzepte Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie. In J, Bischof, D, Deimel., C, Walther & R, Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie: Lehrbuch* (1. Aufl., S. 41-42). Psychiatrie Verlag.
- Widulle, W. (2020). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit* (3. Aufl.). Springer VS.
- World Health Organisation (WHO). (1994). *Life Skills Education in schools*. WHO. <https://www.orientamentoirreer.it/sites/default/files/materiali/1994%20OMS%20lifeskills%20edizione%201994.pdf>
- Wunderer, E. (2015). *Praxishandbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen*. Beltz Juventa.