

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 42 (2016)

Heft: 6

Artikel: Sucht : ein medizinisches oder ein soziales Problem?

Autor: Sommerfeld, Peter

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800376>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Sucht – ein medizinisches oder ein soziales Problem?

Die Suchthilfe ist ein interprofessionelles Geschäft. Der derzeit dominanten Strukturierung der Suchthilfe mittels einer hegemonialen medizinisch-(psycho-)therapeutischen Leitorientierung wird der Anspruch entgegengesetzt, Sucht wieder verstärkt auch als soziales Problem zu verstehen und zu behandeln. Eine davon ausgehende Neuverhandlung der Kompetenzen unter dem Dach des bio-psycho-sozialen Modells der WHO könnte eine der psychosozialen Dynamik der Sucht angemessenere Grundlage schaffen, die Komplementarität der interprofessionellen Kooperation schärfen und ihre Potenziale dadurch besser erschliessen. Mit diesem Ansatz geht die Positionierung der Sozialen Arbeit als zuständig für die soziale Dimension einher.

Peter Sommerfeld

Prof. Dr., Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Von Roll-Strasse 10, CH-4600 Olten, peter.sommerfeld@fhnw.ch, www.fhnw.ch/personen/peter-sommerfeld

Schlagwörter:

Suchthilfe | Soziale Arbeit | Theorie | bio-psycho-sozial | Kooperation | Interprofessionalität | Lebensführung |

Einleitung

Der vorliegende Beitrag war ursprünglich als gekürzte schriftliche Fassung eines Vortrages mit dem Titel «Soziale Arbeit und Sucht: Von einer massgeblichen Kraft zu einer vernachlässigbaren Grösse – und wieder zurück?» gedacht und baut nach wie vor auch darauf auf.¹ Er ist nun aber aus gegebenem Anlass zugleich auch eine kritische Reaktion auf das Heft 5/2016 des SuchtMagazin zum Thema «Behandlung». Die Kritik bezieht sich nicht auf die einzelnen Beiträge als solche. Diese wurden ja auch in einer ganz anderen Perspektive geschrieben. Vielmehr soll an ihnen illustriert werden, dass es einerseits einen dominanten medizinisch-therapeutischen Diskurs gibt, den sie eben in unterschiedlicher Weise zum Ausdruck bringen. Und es soll andererseits darauf aufmerksam gemacht werden, dass mit diesem hegemonialen Diskurs eine ideologische, weil die faktischen interprofessionellen Kämpfe verschleiernde Verwendung des Begriffs der «Multiprofessionalität» oder auch der «integrierten Versorgung» einhergeht. Ich habe deshalb die Frage grundsätzlicher und schärfer gestellt, um damit die beiden nach wie vor möglichen Leitorientierungen für die Suchthilfe wieder zu thematisieren und zunächst einmal im Titel polar einander gegenüberzustellen. Es wird sich im Verlauf des Textes zeigen, dass es mir nicht um die Polarität geht, also nicht um ein Entweder-oder, und auch nicht um ein Gegeneinander, sondern ganz im Gegenteil um eine sinnvolle interprofessionelle Kooperation. Professionen haben ihre eigenen Ausrichtungen, die ihre entsprechenden funktionalen Zuschnitte begründen und das Handeln dementsprechend orientieren, oder sie sind keine. Echte interprofessionelle Kooperation braucht daher nicht eine Unterordnung unter die Ausrichtung der dominanten Profession, sondern ein übergeordnetes Modell, mit dem die differenten Ausrichtungen und Funktionen so aufeinander bezogen werden

können, dass eine interprofessionelle Arbeitsteilung damit begründet und gestaltet werden kann. Multiprofessionalität hingegen, die diese funktionalen Komplementaritäten, Abgrenzungen und grundsätzlichen Zuständigkeiten nicht klärt, dient höchstens der oberflächlichen Befriedung der interprofessionellen Konkurrenz. Das wäre an sich ja o.k., wenn nicht unter dieser scheinbar befriedeten Oberfläche die Hegemonie der dominanten Leitorientierung machtvoll wirkte und d.h. wirksam das Verhältnis der Berufsgruppen zueinander sowie den inhaltlichen Zuschnitt der Behandlungen strukturierte.

Ein kritischer Blick auf das Themenheft Behandlung

Es ist nicht das Ziel dieses Beitrags, eine umfassende Diskursanalyse durchzuführen. Deshalb kann ich nur holzschnittartig und mehr zur Illustration einige Elemente zum Beleg der These der Hegemonie des medizinisch-therapeutischen Diskurses aus den Beiträgen der genannten Ausgabe des SuchtMagazin hier anführen. Die Medizinalisierung der Suchthilfe ist darüber hinaus trotz aller multiprofessionellen und multikonzeptionellen Anteile der Suchthilfe und ihrer multimodalen Finanzierung ein Faktum und schreitet seit vielen Jahren fort.² Ebenso ist die interprofessionelle Konkurrenz ein Faktum mit derzeit äusserst handfesten Ergebnissen auf der gesetzlichen Ebene (z.B. Psychotherapiegesetz, KVG, Gesundheitsberufegesetz) und der damit verbundenen Ressourcenallokation (Abrechenbarkeit der Leistungen/Bundesgerichtsurteil zu gemeinwirtschaftlichen Leistungen,³ Kostenverlagerungen zwischen Sozialversicherungen wie IV, KV und Sozialhilfe) und damit der Möglichkeiten, die den einzelnen Berufsgruppe offenstehen bzw. verschlossen werden. Das Interview mit Beatrice Güntert und Ralf Lutz zu «Angebotsplanung und -finanzierung in den Kantonen» reflektiert diese Sachverhalte und die daraus resultierenden Zwänge mind. ansatzweise.⁴ Meury hingegen berichtet von den erfolgreichen Fusionen im Rahmen der integrierten Versorgung und den gelingenden Perspektivenübernahmen, die auch in meiner Perspektive wichtig sind, zieht dann aber doch ein Fazit, das meine These unterstreicht: «Nach wie vor registriere ich einen meist leisen Konkurrenzkampf(...), an welchem sich nebst den klassischen Anbietern von Drogentherapien seit einiger Zeit



auch Kliniken und medizinische Ambulatorien beteiligen.»⁵ Anhand des Beitrags von Schulte-Wefers⁶ kann der Ansatzpunkt meiner Kritik am deutlichsten gezeigt werden. Sie berichtet von einem zweifellos vorzüglichem Behandlungsangebot bei Doppeldiagnosen, selbstverständlich im multiprofessionellen Team. Die beschriebene Diagnostik «umfasst (neuro-)psychologische Abklärungen», die Behandlung «verbindet sucht- und psychotherapeutische Elemente», «(...) wobei keine Disziplin eine dominierende Rolle einnimmt».⁷ Ärztliche TherapeutInnen und Pflege führen die Gespräche mit den PatientInnen, und allfällige Schwierigkeiten werden mit der Pflege besprochen. «Milieu- oder soziotherapeutische Interventionen zur Verbesserung der Lebenssituation»⁸ sind exakt im hier zitierten Umfang abgehandelt. Ambulante TherapeutInnen werden einbezogen, ebenso wie das begleitende System. Wie und durch wen bleibt offen. Die Ziele im Hinblick auf Lebensqualität sind: «Behandlungskontinuität, geringere Drop-out-Rate, Stabilisierung und/oder Verminderung der Psychopathologie sowie des Alkohol- und Drogenkonsums, Verbesserung der somatischen und psychischen Funktionen als auch der Lebensumstände».⁹ Dieses letzte Zitat bringt es auf den Punkt: Lebensqualität wird in therapeutischen Kategorien gefasst, weil davon ausgegangen wird, dass es, sobald die Krankheit geheilt ist oder die Symptome gemildert sind, den Betroffenen besser geht. Die Lebensumstände sind lediglich ein Appendix. Um es schon einmal vorwegzunehmen: Die Lebensqualität steht im Zentrum einer klinischen Sozialen Arbeit,¹⁰ die in der sozialen Problematik einer Sucht ihren Ausgangs- und Endpunkt hat, d. h., dass an den Lebensverhältnissen und der Lebensführung unmittelbar gearbeitet wird, um einen «gelingenderen Alltag» hinzubekommen, wie es Hans Thiersch so treffend formuliert

hat,¹¹ um die Lebensqualität zu steigern, die u. a. in Kategorien der Bedürfnisbefriedigung gefasst wird.

... selbst wenn es um das «Soziale» geht, bleibt der Blick eng

Der verdienstvolle Beitrag von Rindlisbacher, Baumberger & Walker zeigt überzeugend den Bedarf für Angehörigenarbeit.¹² Deren Leiden (eine unmittelbare Folge des sozialen Problems Sucht) ist ein wichtiger Punkt und kommt in den Blick, wenn Sucht als soziales Problem gefasst wird, offenbar jedoch nicht in einer medizinisch-therapeutischen Perspektive, die sich auf die Erkrankung des Individuums konzentriert, denn sonst gäbe es nicht den von den Autorinnen empirisch festgestellten Bedarf. Jenseits der Bedürfnisse der Angehörigen, die in diesem Artikel herausgearbeitet werden, ist es in meiner systemischen und sozialarbeiterischen Perspektive geradezu unvorstellbar, dass die Angehörigen nicht Teil jeder Behandlung eines süchtigen Menschen sind, es sei denn sie würden dies explizit verweigern.¹³ Denn die Angehörigen sind ein zentrales Element der Lebensführung und der Integrationsbedingungen von Menschen und daher eine Quelle der Lebensqualität oder ihrer Beeinträchtigung bis hin zu einer hoch wirksamen Ursache des Suchtverhaltens. Ein Zusammenhang mit der Sozialen Arbeit oder der sozialen Problematik wird von den Autorinnen nicht hergestellt. Auch wenn das Thema im Beitrag von Graber auf das Arbeitsbündnis zugeschnitten ist, so wäre meine Erwartung doch, dass der Sinn des Arbeitsbündnisses im Hinblick auf die Funktionalität der «stationären Sozialtherapie»¹⁴ dargestellt würde, die in Tat und Wahrheit nichts anderes ist als eine traditionelle sozialpädagogische Massnahme, die man eigentlich auch so bezeichnen

könnte (warum eigentlich nicht?). Man könnte das Arbeitsbündnis z.B. in den grösseren Kontext der Lebensbewältigung und der Herstellung subjektiver Handlungsmächtigkeit und der dazu notwendigen Entwicklungsschritte setzen, wie es mit bspw. Böhnisch, einem weiteren grossen Theoretiker der Sozialen Arbeit, dargestellt werden könnte.¹⁵ Damit würde zugleich die Sucht als soziales Problem im Hinblick auf die Integration und Lebensführung eines in Entwicklung befindlichen Menschen und seinen sozialen Lebensbedingungen thematisiert. Stattdessen werden in dem Artikel im Grunde nur technische Aspekte des Arbeitsbündnisses im Hinblick auf die Aufrechterhaltung einer therapeutischen (oder doch pädagogischen?) Beziehung verhandelt, die scheinbar primär von der «intrinsischen Motivation» des Individuums, also dessen Psyche abhängt. Fraglos ein wichtiger Punkt – in therapeutischer wie in pädagogischer Hinsicht – auch wenn die mehr oder weniger Gleichsetzung von Vertrag und Arbeitsbündnis erhebliche Fragen im Hinblick auf das Verständnis professionellen Handelns aufwirft. Es bleibt dabei weitgehend im Unklaren, wie und wofür das Arbeitsbündnis genutzt, und wie es als dynamische Kraft gepflegt wird, vor allem dann, wenn die intrinsische Motivation zu wünschen übrig lässt, also bei den professionell anspruchsvollen Fällen.

Zusammenfassung der Kritik

Mit diesen kurzen Charakterisierungen und Erwiderungen sollte mein zentraler Kritikpunkt deutlich geworden sein, nämlich dass die Perspektive der Sozialen Arbeit fehlt, und zwar bezeichnenderweise auch dann, wenn sie zu Wort kommt (wie in den Beiträgen von Meury und Graber) oder wenn ein bedeutsamer Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit behandelt wird wie im Beitrag von Rindlisbacher, Baumberger & Walker. Genauer gesagt, fehlt die systematische und gleichrangige Perspektive im Hinblick auf die Behandlungsmöglichkeiten, die dann in den Blick kommen, wenn Sucht in ihren Folgen und in ihren Ursachen immer auch als ein soziales Problem angesehen wird. Diese Perspektive wird in den Beiträgen und vor allem in der Praxis der Suchthilfe zunehmend funktional auf das medizinisch-therapeutische Verständnis enggeführt,¹⁶ sodass der Unterschied zwischen den professionellen Perspektiven und deren potenzielle Fruchtbarkeit für die Gestaltung interprofessioneller Kooperation praktisch verschwindet und im multiprofessionellen Ansatz untergeht.

Warum Sucht als soziales Problem?

Es geht im Folgenden also darum zu begründen, warum die Perspektive und die Lektorientierung der Sozialen Arbeit die interprofessionelle Kooperation insgesamt, aber auch unmittelbar im Hinblick auf «Behandlung» bereichern würde. Oder anders formuliert: Es stellt sich die Frage, warum Sucht wieder vermehrt auch als soziales Problem angeschaut werden sollte und warum dementsprechend die Soziale Arbeit als eine massgebliche Kraft auch weiterhin und wieder verstärkt in der interprofessionell organisierten Suchthilfe wirken sollte, und zwar als eigenständige und über ihren ausgewiesenen Zuständigkeitsbereich erkennbare und insofern in ihrer Differenz komplementäre Profession.

Die sozialepidemiologische Evidenz

Über die grosse Bedeutung sozialer Determinanten im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit im Allgemeinen kann es heute keinen Zweifel mehr geben. Im sog. Marmot-Report wurde z.B. der immense Einfluss sozialer Ungleichheit auf Mortalität und Morbidität nachgewiesen: im Durchschnitt 17 Lebensjahre weniger ohne schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung beträgt der Unterschied zwischen dem niedrigsten Einkommensquintil (unterste 20%) und dem höchsten.¹⁷ In Bezug auf Menschen mit psychischen Erkrankungen lässt sich festhalten,

dass die Bedeutung sozialer Merkmale und Einflussfaktoren für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Wiedererlangung psychischer Gesundheit nachgewiesen ist.¹⁸

Neben den sozialen Determinanten, also Faktoren, die als Ursachen für gesundheitliche Probleme wie z.B. Sucht angesehen werden können, werden zumeist die sozialen und gesellschaftlichen Folgen von Sucht thematisiert. Im Vorgriff auf das nächste kleine Unterkapitel sei hier schon einmal angemerkt, dass Folgen und Ursachen erstens statistisch schwer auseinanderzuhalten sind und zweitens, dass im Hinblick auf die jahrelangen Verläufe von Suchterkrankungen soziale Folgen unmittelbar zu sozialen Determinanten des weiteren Prozesses werden. Die sozialen Folgen sind jedenfalls markant: So hält das Bundesamt für Gesundheit der Schweiz in seinem vom Bundesrat verabschiedeten Strategiepapier fest: «Verglichen mit der Gesamtbevölkerung sind abhängige Menschen häufiger arbeitslos, fürsorgeabhängig, verschuldet oder verfügen öfter über eine instabile Wohnsituation, wobei sich diese Faktoren gegenseitig bedingen und verstärken können».¹⁹ Hinzu kommt der ganze Bereich der Kriminalität, nicht nur im Hinblick auf die illegalen Drogen, sondern auch im Hinblick auf Gewalt und andere Straftaten, die unter Einfluss von Suchtmitteln begangen werden. Mit diesen Folgen ist im Grunde der klassische Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit (soziale Probleme im Sinne von Armut, Arbeitslosigkeit, Devianz und Desintegration) bereits umrissen.

Hinzu kommen die folgenden Fakten: Mit der Sucht sind die oben schon erwähnten Angehörigen, ArbeitskollegInnen, Freunde und vor allem Kinder mit betroffen. In der Schweiz sind ca. eine halbe Million nahe Angehörige allein in Bezug auf ein Alkoholproblem mitbetroffen²⁰ und müssen die Beziehung entsprechend gestalten oder aushalten, oftmals begleitet von häuslicher Gewalt. Davon sind ca. 100'000 Kinder mitbetroffen (wieder nur in Bezug auf Alkohol),²¹ deren Entwicklungsoptionen dadurch massiv beeinträchtigt werden. Eine messbare Folge davon ist, dass Kinder aus Familien, die von der Sucht mind. eines Elternteils strukturiert werden, im Vergleich zu anderen Kindern ein 6fach erhöhtes Risiko tragen, selbst süchtig zu werden²² und damit den Kreislauf von Armut, Devianz oder Desintegration eventuell fortzuführen.

Zur Komplexität psychosozialer Dynamik – z.B. bei Sucht

Psychische und soziale Prozesse sind strukturell gekoppelt. D.h., das eine ist Voraussetzung für das andere. Wir haben diese strukturelle Koppelung und die damit in den Blick kommende komplexe Dynamik bei Re-Integrationsprozessen mit unserer eigenen Forschung nachgewiesen.²³ Dieser Befund wird durch den Teil der neurowissenschaftlichen Forschung, der sich mit der menschlichen Sozialität befasst, breit und erdrückend bestätigt. Cozolino z.B. bezeichnet das Gehirn als «soziales Organ».²⁴ Damit bringt er zum Ausdruck, dass sich sowohl in phylo-, als auch ontogenetischer Hinsicht das Gehirn mit und in sozialen Prozessen formt und zugleich die historisch je aktuelle Form menschlicher Sozialität (Gesellschaft) ebenso ermöglicht wie die individuelle Lebensführung in sozialen Verhältnissen. Es gibt diverse gute Erklärungsmodelle, wie sich diese strukturelle Koppelung gestaltet, die hier nicht ausgeführt werden können.²⁵ Ein sehr bekanntes stammt von Klaus Grawe, der aufgrund seiner Modellierung des Zusammenhangs im Hinblick auf die Reichweite von Psychotherapie zu folgendem Schluss kommt: «Dies (die sozialen Lebensbedingungen, P.S.) sind Inkongruenzquellen, auf die die Psychotherapie in der Regel keinen oder sehr begrenzten Einfluss hat. Sind diese ungünstigen Lebensbedingungen sehr ausgeprägt, wird man den Zustand des Patienten alleine mit Psychotherapie kaum nachhaltig verbessern können».²⁶ Wir haben die Ausrichtung der Sozialen Arbeit an sozialen

Problemen mit unserer Begrifflichkeit von Integration und Lebensführung im Hinblick auf diese hier nur kurz angerissene komplexe psychosoziale Dynamik theoretisch weiter entwickelt und mit dem Modell des Lebensführungssystems operationalisiert.²⁷ Sucht ist eine der Problematiken, die ein Lebensführungssystem mit all seinen darin gefassten sozialen Beziehungen und Interaktions- und Integrationsarrangements sozusagen in Schräglage bringen können, mit den oben ansatzweise skizzierten Folgen für die Integration und Lebensführung der Süchtigen und der signifikanten anderen AkteurInnen, mit denen die betroffene Person in Beziehung steht. Weil diese Modellierung nicht nur die Schnittstelle von Individuum und Gesellschaft differenziert beschreibt, sondern auch den Wissensstand zu psychosozialen Prozessen verarbeitet, bildet es eine geeignete Grundlage psycho-therapeutische und sozio-therapeutische Massnahmen fallbezogen aufeinander abzustimmen und zugleich mit dem klassischen Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit zu verknüpfen.

Handlungsbedarf

Sowohl der oben genannte Marmot-Report, als auch die Akademien der Wissenschaften Schweiz kommen zu dem Schluss, dass die zentralen Herausforderungen für die Gesundheit der Bevölkerung und das Gesundheitssystem auch und gerade in einem nicht-medizinischen Bereich liegen.²⁸ In der oben bereits zitierten «Nationalen Strategie Sucht» wird im Kapitel «Handlungsbedarf» festgehalten, dass u.a. zur Reduktion der hohen Folgekosten von Suchterkrankungen «sich die Herausforderung [stellt], Menschen gesundheitlich zu rehabilitieren und für ihre soziale (Wieder-) Eingliederung zu sorgen (...). Auf der Ebene der Suchthilfe gilt es zum einen, die eher medizinisch-psychiatrisch ausgerichteten Leistungserbringer und jene aus dem sozialmedizinischen und psychosozialen Bereich enger zu vernetzen und eine effiziente Kooperation aufzubauen, damit trotz unterschiedlicher finanzieller und gesetzlicher Rahmenbedingungen die Qualität und Wirksamkeit des Suchthilfesystems und der Suchtprävention nachhaltig sichergestellt werden kann. Hierfür muss zukünftig auch die Finanzierung dieser Koordinationsleistungen geklärt werden. Zum andern gilt es, die Zusammenarbeit mit weiteren involvierten Leistungserbringern ausserhalb des Suchthilfesystems zu stärken und zu verbessern, damit die Betroffenen und ihr Umfeld gesundheitliche und soziale Unterstützung finden».²⁹ Im Grundsatz wird mit dieser impliziten Kritik an der bestehenden Suchthilfe und dem ausgewiesenen Handlungsbedarf auch ein strukturelles Problem angesprochen, nämlich dass die Suchthilfe zwischen den Politikfeldern Gesundheit und Soziales angesiedelt ist. Daraus resultiert u.a. die Frage nach der Finanzierung von Koordinationsleistungen und deswegen ist sowohl die medizinisch-therapeutische Leitorientierung als auch die Orientierung an sozialen Problemen nach wie vor bedeutsam.

Handlungsoptionen: Zur Gestaltung der interprofessionellen Kooperation aus Sicht einer handlungswissenschaftlichen Theorie der Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit ist traditionell im Bereich der Sozialpolitik angesiedelt, 20 bis 25% ihrer Workforce arbeiten aber im Bereich des Gesundheitssystems.³⁰ Die Soziale Arbeit ist also rein schon auf der strukturellen Ebene prädestiniert, die Brücke zwischen Gesundheitssystem und dem System der sozialen Hilfen zu bauen und diese Schnittstelle professionell zu bedienen, was u.a. heisst, die notwendigen Koordinationsleistungen zu erbringen. Es wurde eingangs erwähnt, dass die interprofessionelle Kooperation (und nur diese erfordert die Koordination der Leistungen) ein übergeordnetes Modell benötigt, auf das bezogen die Diskurse und die Kooperation organisiert werden können. Ansonsten genügt auch das Delegationsverfahren. Ein solches Modell

existiert im Grundsatz, nicht aber in der praktischen Umsetzung: die Rede ist vom sog. bio-psycho-sozialen Modell, das die WHO seit vielen Jahrzehnten propagiert und das als allgemein bekannt vorausgesetzt werden kann.³¹ Die praktische Umsetzung leidet daran, dass die soziale Dimension im Hinblick auf konkrete Interventionen systematisch unterbelichtet ist, ausserdem zumeist unterkomplex konzipiert wird (z. B. als Appendix). Wenn man die Soziale Arbeit als zuständig für die Bearbeitung von sozialen Problemen ansieht, und wenn Krankheit im Allgemeinen und Sucht im Speziellen soziale Determinanten (Stichwort soziale Ungleichheit) und soziale Folgeprobleme aufweisen, dann lässt sich daraus unschwer eine mögliche Zuständigkeit der Sozialen Arbeit für die Behandlung der sozialen Dimension begründen. Damit könnte die soziale Dimension des WHO-Modells systematisch professionell ausgebaut werden. Daraus speist sich die These, dass die Soziale Arbeit (wieder) eine massgebliche Kraft in der Suchthilfe werden kann bzw. sollte.

Es ist an dieser Stelle nicht möglich, auf die methodischen Einzelheiten einzugehen, aber das grobe Bild kann immerhin skizziert werden:³² Die Soziale Arbeit, wie wir sie verstehen, setzt an den sozialen Lebensbedingungen, an den sozialen Integrationsarrangements an, in und mit denen die Individuen ihr Leben führen, und zwar unmittelbar, und nicht erst, wenn die Sucht geheilt ist. Es geht dabei um «Befähigungen» und «Verwirklichungschancen», um die Realisation eines «subjektiv guten Lebens», wenn man es mit Nussbaum und Sen und ihrem «Capabilities Approach» formuliert.³³ Es geht um einen «gelingenderen Alltag», wie oben schon erwähnt. Und zwar nicht als Appendix, sondern im Kern ihrer Aufgabenstellung. Es geht um die Realisierung gesellschaftlicher Teilhabe unter den beeinträchtigenden Bedingungen einer schweren Sucht, heruntergebrochen auf die Formen der Integration in die konkreten Handlungssysteme und die psychosozialen Dynamiken, die sich darin ereignen, die mehr oder weniger förderliche oder hinderliche Formen annehmen können, die ggf. sozialtherapeutisch (oder sozialpädagogisch?) zu bearbeiten sind. Es geht um die Begleitung und Beratung von individuellen Coping- und Recovery-Prozessen im Alltag und diese unterstützende Massnahmen. Es geht um die Entwicklung und Sicherung einer veränderten Form der Lebensführung, die ein höheres Mass an Lebensqualität erschliessen und von der ein sozialtherapeutischer Effekt auf die Suchterkrankung ausgehen kann. Es geht insofern um die Realisierung eines mittel- oder langfristigen Hilfeplans, der bei den Perspektiven der Betroffenen und ihren Möglichkeiten ansetzt. Es braucht dafür ein «sozialtherapeutisches Case Management», wie wir die Kernkompetenz der Sozialen Arbeit im Gesundheitssystem genannt haben, mit dem die Soziale Arbeit inhaltlich-methodisch füllen kann, was strukturell dadurch angelegt ist, dass sie an der Schnittstelle von Gesundheits- und Sozialpolitik angesiedelt ist, wie oben kurz erwähnt, und mit dem die anspruchsvolle Aufgabe der Koordination bewältigt werden kann.

Schluss

Es sollte deutlich geworden sein, dass die Soziale Arbeit nicht zufällig eine massgebliche Kraft in der Suchthilfe war, weil Sucht faktisch in ihren Folgen und teilweise in ihrer Verursachung eine soziale Problematik darstellt. Die Perspektive der Sozialen Arbeit und ihre Ausrichtung auf die Bearbeitung von sozialen Problemen sind grundsätzlich komplementär zur medizinisch-(psycho-)therapeutischen Orientierung und ergänzen sie sinnvoll. Die Differenz zwischen den Ausrichtungen kann deutlich bezeichnet werden und sie eignet sich im Rahmen des bio-psycho-sozialen Modells, eine eigene Zuständigkeit der Sozialen Arbeit zu begründen, die im Kontext neuerer Erkenntnisse und politischer Strategien eine bedeutende Rolle spielen

kann. Aus den genannten strukturellen und inhaltlichen Gründen ist die patientenorientierte Koordination der Leistungen z. B. eine ihrer Kernkompetenzen. Die Soziale Arbeit kann diese Funktionalität aber nur realisieren, wenn sie die Differenz und die funktionale Komplementarität stark machen kann. Dazu muss sie eine massgebliche Kraft im Sinne einer eigenständigen Profession sein, die sich Gehör verschaffen kann und die Behandlungen anbietet, die ihrer Zuständigkeit entsprechen, die ihr zugerechnet werden, und die nicht im Meer der medizinisch-therapeutisch strukturierten Multiprofessionalität oder ihrer eigenen Diffusitäten verschwimmen. ●

Literatur

- AWS – Akademien der Wissenschaften Schweiz (2014): Ein nachhaltiges Gesundheitssystem für die Schweiz. Bern: Akademien der Wissenschaften Schweiz.
- Bachmann, A. (2016): Onlinebehandlung: Wirksamkeit, Erfolge und Potenziale.
- Baer, N./Schuler, D./Füglistler-Dousse, S./Moreau-Gruet, F. (2013): Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2015): Nationale Strategie Sucht 2017-2024. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG. www.bag.admin.ch/sucht, Zugriff 23.11.16.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2013): Auswertung Erwerbstätige Berufsgruppe 831 und ausgewählten Branchen (Gesundheitswesen). Bern: Bundesamt für Statistik.
- Böhnisch, L. (1994): Gespaltene Normalität: Lebensbewältigung und Sozialpädagogik an den Grenzen der Wohlfahrtsgesellschaft. Weinheim: Juventa.
- Calzaferri, R. (2014): Real-Time Monitoring in der Suchtarbeit. SuchtMagazin 40(5): 14-17.
- Calzaferri, R./Haunberger, S. (2015): Real-Time Monitoring als Werkzeug zur Wirkungsmessung. SuchtMagazin 41(6): 21-25.
- Cozolino, L. (2007): Die Neurobiologie menschlicher Beziehungen. Kirchzarten bei Freiburg: VAK.
- DGSAS – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (2016): Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention. Münster: Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe. www.tinyurl.com/jxyeqej, Zugriff 23.11.16.
- Fuchs, T. (2009): Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart: Kohlhammer.
- Graber, G. (2016): Arbeitsbündnis in der stationären Sucht- und Sozialtherapie. SuchtMagazin 42(5): 35-38.
- Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen/Bern: Hogrefe.
- Güntert, B./Lutz, R. (2016): Angebotsplanung und -finanzierung in den Kantonen (Gespräch). SuchtMagazin 42(5): 39-43.
- Homfeldt, H.G. (2012): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. S. 489-504 in: W. Thole (Hrsg.), Grundriss Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag.
- Marmet S./Gmel G. (2015): Suchtmonitoring Schweiz - Alkohol- und Drogenprobleme im Umfeld im Jahr 2013. Lausanne: Sucht Schweiz. www.tinyurl.com/qdp65ka, Zugriff 27.11.2016.
- Marmot, M. (2013): Fair society, healthy lives. Firenze: Leo S. Olschki.
- Meury, W. (2016): Suchtbehandlung: Interdisziplinär? Sozialtherapeutisch? Integriert... SuchtMagazin 42(5): 5-9.
- Nussbaum, M.C. (1999): Gerechtigkeit oder Das gute Leben. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Obsan (Hrsg.) (2015): Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe.
- Rindlisbacher, S./Baumberger, P./Walker, H. (2016): Unterstützung von Angehörigen: Status quo und Optimierungsbedarf. SuchtMagazin 42(5): 24-27.
- SFA – Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme 2007: Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Eine Zusammenfassung des Forschungsstandes. Lausanne: SFA. www.tinyurl.com/nu849xf, Zugriff 27.11.2016.

- Schulte-Wefers, H. (2016): Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT) in Den Haag. SuchtMagazin 42(5): 10-13.
- Sommerfeld, P./Dällenbach, R./Rüegger, C./Hollenstein, L. (2016): Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer VS.
- Sommerfeld, P./Hollenstein, L./Calzaferri, R. (2011): Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS.
- Sommerfeld, P./Rüegger, C. (2013): Soziale Arbeit in der Sozialen Psychiatrie. S. 396-406 in: W. Rössler/W. Kawohl (Hrsg.), Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Thiersch, H. (1986): Die Erfahrung der Wirklichkeit. Weinheim und München: Juventa.
- Tretter, F./Sonntag, G. (2001): Ansätze zur Systemanalyse der Suchthilfe. Das Gesundheitswesen 63(4): 212-220.

Endnoten

- 1 Der Vortrag wurde am Bundeskongress der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DGSAS) am 20.10.2016 in Münster gehalten und kann als Podcast angeschaut werden: www.dgsas.de/buko.dgsas2016.html, Zugriff 27.11.2016.
- 2 Vgl. Tretter/Sonntag 2001.
- 3 Vgl. für die Psychiatrie das Urteil vom Bundesverfassungsgericht vom 5. Mai 2015, www.links.weblaw.ch/BVGer-C-1632/2013, Zugriff 27.11.2016.
- 4 Vgl. Güntert/Lutz 2016.
- 5 Meury 2016: 9.
- 6 Vgl. Schulte-Wefers 2016.
- 7 Ebd.: 11.
- 8 Ebd.
- 9 Ebd.: 13.
- 10 Vgl. Sommerfeld/Dällenbach et al. 2016.
- 11 Vgl. Thiersch 1986.
- 12 Vgl. Rindlisbacher/Baumberger et al. 2016.
- 13 Der Beitrag von Bachmann (Bachmann 2016) in demselben Heft zeigt, dass über Onlineberatung mehr Angehörige erreicht werden können, was noch einmal auf den Bedarf verweist. Und was systematisch aufgearbeitet werden könnte, wenn die soziale Dimension gleichrangig mit der bio-psychischen gedacht und konzipiert würde.
- 14 Vgl. Graber 2016.
- 15 Vgl. Böhnisch 1994.
- 16 Vgl. für die Psychiatrie Sommerfeld/Rüegger 2013.
- 17 Vgl. Marmot 2013: 25. Zu Gesundheit und soziale Ungleichheit für die Schweiz vgl. z. B. Obsan 2015.
- 18 Vgl. Baer/Schuler et al. 2013.
- 19 BAG 2015: 40.
- 20 Vgl. Marmet/Gmel 2015.
- 21 Vgl. Themenseite «Suchtbelastete Familien» von Sucht Schweiz: www.tinyurl.com/gvceyef, Zugriff 27.11.2016.
- 22 Vgl. SFA 2007: 3.
- 23 Vgl. Sommerfeld/Hollenstein et al. 2011.
- 24 Vgl. Cozolino 2007.
- 25 Vgl. z. B. Fuchs 2009.
- 26 Grawe 2004: 412.
- 27 Vgl. Sommerfeld et al. 2011. Vgl. zur Operationalisierung auch die Beiträge von Calzaferri 2014 und Calzaferri/Haunberger 2015 im SuchtMagazin.
- 28 Vgl. AWS 2014.
- 29 BAG 2015: 43.
- 30 Vgl. Homfeldt 2012 für Deutschland, ähnlich in der Schweiz: BFS 2013.
- 31 Das bio-psycho-soziale Modell geht auf die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation WHO von 1946 zurück, die 1948 in der Schweiz in Kraft getreten ist und mit einem Gesundheitsverständnis zusammenfällt, das im folgenden Zitat zum Ausdruck kommt: «Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen». Vgl. Verfassung der WHO: www.tinyurl.com/zufkpxz, Zugriff : 28.11.2016.
- 32 Vgl. Sommerfeld et al. 2016; Hansjürgens in DGSAS 2016: 49-54.
- 33 Vgl. z. B. Nussbaum 1999.

