

Wissenschaftliche Beiträge
Soziale Arbeit | 5

Thomas Arnold

Zwischen Fachlichkeit und Fremdbestimmung

Eine rekonstruktive Annäherung an
Soziale Arbeit in Suchtberatungsstellen

Wissenschaftliche Beiträge
aus dem Tectum Verlag

Reihe Soziale Arbeit

Wissenschaftliche Beiträge
aus dem Tectum Verlag

Reihe Soziale Arbeit
Band 5

Thomas Arnold

Zwischen Fachlichkeit und Fremdbestimmung

Eine rekonstruktive Annäherung an
Soziale Arbeit in Suchtberatungsstellen

Tectum Verlag

Thomas Arnold

Zwischen Fachlichkeit und Fremdbestimmung

Eine rekonstruktive Annäherung an Soziale Arbeit in Suchtberatungsstellen

Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag,

Reihe: Soziale Arbeit; Bd. 5

© Tectum – ein Verlag in der Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2020

ePDF 978-3-8288-7470-1

(Dieser Titel ist zugleich als gedrucktes Werk unter der ISBN

978-3-8288-4453-7 im Tectum Verlag erschienen.)

ISSN: 2629-2211

Alle Rechte vorbehalten

Besuchen Sie uns im Internet

www.tectum-verlag.de

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation

in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben

sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	VII
Vorbemerkung	IX
1. Einleitung	1
2. Zum Kontext der Institution Suchtberatungsstelle	7
2.1 Was ist Sucht?	7
2.2 Sucht als Krankheit	10
2.3 Soziologische Aspekte der Konstruktion von Sucht als Krankheit	12
2.4 Zur Entwicklung, zum Aufgabenbereich und zum Stellenwert der ambulanten Suchtkrankenhilfe im Rahmen des Systems Suchthilfe im Besonderen und im Rahmen des Systems der sozialen Sicherung im Allgemeinen	15
2.4.1 Zur Entwicklung der ambulanten Suchtkrankenhilfe	17
2.4.2 Zur Rolle, zur Funktion und zum gesellschaftlichen Auftrag von Suchtberatungsstellen im System Suchthilfe	20
2.4.3 Zur Finanzierung der ambulanten Suchtberatung	27

3.	Methodisches Vorgehen	33
3.1	Zur Fragestellung	33
3.2	Sampling	34
3.3	Auswertung	35
4.	Ergebnisse	39
4.1	Der Fall IP3	39
4.2	Der Fall IP1	89
4.3	Der Fall IP5	139
5.	Synthese	185
5.1	Arbeitsethos	185
5.2	Professionalisierung	187
5.3	Implizites Wissen und explizites Wissen	190
5.4	Zur Sozialen Dimension	197
5.5	Interventionen	202
5.6	Das Unausgesprochene oder die Ambivalenz gegenüber den Ambivalenten	203
6.	Fazit	215
	Literatur	221
	Anhang	229
	Anhang 1: Interviewleitfaden	230
	Anhang 2: Interviewtranskription IP3	232
	Anhang 3: Interviewtranskription IP1	258
	Anhang 4: Interviewtranskription IP5	274

Abkürzungsverzeichnis

BAT	Bundesangestelltentarifvertrag
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
FDR	Fachverband Drogen und Rauschmittel
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
ICD	International Classification of Diseases
KDS	Deutscher Kerndatensatz
ÖGDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
PsychKG	Landesgesetz für psychisch kranke Personen
SGB I	Sozialgesetzbuch Erstes Buch - Allgemeiner Teil
SGB II	Sozialgesetzbuch Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitsuchende
SGB III	Sozialgesetzbuch Drittes Buch – Arbeitsförderung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Sozialgesetzbuch Sechstes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch Achtes Buch – Kinder- und Jugendhilfe
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe

Vorbemerkung

Die folgende Auswertung hat qualitative Daten zum Gegenstand, die im Rahmen einer Qualifikationsarbeit an der Hochschule Koblenz erhoben wurden. Die vorgelegte Analyse stellt insofern eine Sekundäranalyse dar, als die Datenerhebung nicht von dem Auswertenden vorgenommen wurde. Dies betrifft auch die Formulierung der Fragestellung, zu deren Bearbeitung die Daten erhoben wurden, das Erhebungsdesign, das Sampling und auch den Leitfaden.

Neben den noch zu benennenden inhaltlichen Thematiken geht es aber auch um eine methodologische Thematik. Es wird hier der Versuch unternommen anhand einer auch für ein qualitatives Design zugegebenermaßen überschaubaren Datenmenge – drei ExpertInnen-Interviews – zu einer Synthese zu gelangen, die sachgemäß als vorläufig zu charakterisieren ist und weiterer empirischer Sättigung und Kontrastierung bedarf. Die Synthese formuliert Hypothesen über das begründet zu vermutende Allgemeine, das aus dem Besonderen des Interview-Materials – unter Rückgriff auf Kontextwissen – rekonstruiert wurde. Es wird weiter neben einem inhaltlichen Erkenntnisgewinn der Zweck verfolgt, anhand des vorhandenen Materials exemplarisch aufzuzeigen, welche Gestalt eine Auswertung von qualitativem Interviewmaterial haben kann. Die Ausarbeitung soll Beispielcharakter haben und soll keine Richtlinie für etwaige Auswertungsstrategien darstellen.

1. Einleitung

Die vorgelegte Untersuchung verfolgt zweierlei Ziele. Inhaltlich geht es zum einen um eine berufsgruppenbezogene Thematik. Anliegen der Untersuchung ist es, einen weiteren Beitrag zum Selbstverständnis von Fachkräften der Sozialen Arbeit vorzustellen, der die Verschränkung von objektiven Gegebenheiten eines sozialarbeiterischen Handlungsfelds mit den manifesten und latenten Handlungsdispositionen von beteiligten und betroffenen Fachkräften dieses Handlungsfeldes rekonstruktiv bestimmen will. Hierzu wird ein Bereich von Sozialer Arbeit exemplarisch näher betrachtet, um hieraus auf empirischer Basis vertiefende Erkenntnisse zu dieser Berufsgruppe zu gewinnen. Aus pragmatischen Gründen wurde die ambulante Suchtkrankenhilfe ausgewählt. Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit stellen hier vom Fachpersonal weit über 70 % der Mitarbeitenden. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass die dortigen Tätigkeiten und Aufgaben in der Arbeit mit den verschiedenen Zielgruppen, die die Institution der Suchtberatungsstelle hat, von relevanten gesellschaftlichen Akteuren als in hoher Weise kompatibel mit dem expliziten oder impliziten Kompetenzprofil von Fachkräften der Sozialen Arbeit erachtet werden. Dies manifestiert sich u. a. in den Stellenbeschreibungen der freien Träger der Wohlfahrtspflege aber auch in den komplementären Anforderungsprofilen von Geldgebern auf der Ebene der Kommunen und der Bundesländer sowie von ande-

ren Beteiligten wie den Trägern der Gesetzlichen Rentenversicherungen. Dass die fachliche Tätigkeit in Suchtberatungsstellen überwiegend von Fachkräften der Sozialen Arbeit geleistet werden soll und somit ein Handlungsfeld der Angehörigen dieser Berufsgruppe darstellt, dies ist somit vielfach institutionell verankert. Eine Frage, der hier nachgegangen wird, ist, welche subjektiven Entsprechungen auf Seiten der Fachkräfte manifestieren sich zu diesen gesellschaftlichen Zuschreibungen?

Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen deshalb die Analysen, die geäußerten subjektiven Erfahrungen, fachlichen Haltungen und geäußerten Sichtweisen zur eigenen beruflichen Tätigkeit von Fachkräften der Sozialen Arbeit.

Die hier betrachteten Hilfeangebote der Suchtberatungsstellen, soweit es sich nicht um ärztlich-medizinische Aufgabengebiete handelt, können in Deutschland auf eine relativ lange Geschichte zurückblicken. Beginnend mit den verschiedenen Abstinenzlervereinen fand Ende des 19. Anfang und zu Beginn des 20. Jahrhunderts zusammen mit der sozialen Frage das Konzept von „Krankheit Alkoholismus“ zunehmend Resonanz (Nolte 2007, S. 52). Dazu gehörte, dass die Auswirkungen von einem wie auch immer definierten übermäßigen Alkoholkonsums nicht nur bei den Betroffenen selbst, sondern auch in ihrem Umfeld ausgemacht wurden. In der Folge wurden von Ehrenamtlichen Hilfen für die Betroffenen und ihre Familien organisiert, erste Beratungsstellen gegründet.

Im Zuge des Bedarfs nach fachlicher Qualifizierung entwickelte sich über die Zeit die Verberuflichung der Tätigkeit. Fachkräfte waren zunächst staatliche FürsorgerInnen, später AbsolventInnen der Studiengänge für Soziale Arbeit (bzw. deren Vorläufer) an den neu gegründeten Fachhochschulen. Es entstanden die Suchtberatungsstellen, deren Angebot zunächst für Menschen mit „problematischem“ Alkoholkonsum gedacht war. Für die ab den 1970er Jahren

hinzukommende Gruppe der KonsumentInnen illegaler Suchtmittel, hier zunächst vor allem Heroin, bedingt auch Cannabis, entwickelte sich ein eigenes ambulantes Hilfesystem (Schmid 2003). Diese Trennung der Arbeit in den Beratungsstellen nach legalen und illegalen Suchtmitteln hat bis heute Bestand.

Parallel zum quantitativen Aufwuchs der Angebote der Suchtberatungsstellen mit dem Fokus der Tätigkeit auf den Gebrauch von sogenannten legalen Substanzen und der Weiterentwicklungen auf qualitativer Ebene, zum Beispiel um die aufsuchende Arbeit oder um Angebote der Primärprävention, differenzierte sich das Hilfesystem hier weiter aus, z. B. um therapeutische Angebote im engeren Sinne, die vorrangig von Trägern der Gesetzlichen Sozialversicherungen finanziert werden, oder um Angebote der Nachsorge. Bis heute waren und sind Fachkräfte der Sozialen Arbeit an allen Entwicklungsschritten der ambulanten Suchthilfe maßgeblich beteiligt und haben sie entscheidend mitgeprägt. Auch zu dieser Dimension stellt sich die Frage, der hier in Ansätzen nachgegangen werden soll, welchen Niederschlag findet dies bei den Fachkräften, die in diesem Feld tätig sind?

Vor diesem Hintergrund ist es erstaunlich, dass für das Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit in der Ambulanten Suchthilfe zwar von den Fachverbänden (hier vor allem die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen – DHS – und der Fachverband Drogen und Rauschmittel – FDR –) ausformulierte Standards, bzw. Mindeststandards für die Arbeit in dieser Institution vorliegen. Wissenschaftliche Analysen sind hingegen aber nur begrenzt zu finden, sieht man von den Ausarbeitungen für die Arbeit mit KonsumentInnen von illegalen Suchtmitteln einmal ab. Zwar gibt es Aussagen zur Expertise der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe wie: „Sie leisten insbesondere im ambulanten Bereich zentrale und wichtige Tätigkeiten“ (Klein 2012, S. 153). Worin genau diese Expertise der Sozialen Arbeit liege, und welche Tätigkei-

ten dazu gehören, bleibt aber im Impliziten und Unbenannten und damit letztlich unklar. Damit in dieser Hinsicht Klärungen erfolgen können, erscheint es als notwendig, „dass Sozialarbeiter ihre Tätigkeiten, sichtbarer machen und ihre Konzepte und Kompetenzen vermehrt in die fachliche Diskussion einbringen“ (Rometsch 2012, S. 152). Hierzu soll die vorliegende Analyse einen Beitrag leisten. Gegenstand ist wie bereits benannt eine Rekonstruktion der Gegebenheiten des Feldes im Spiegel der subjektiven Repräsentationen von Fachkräften der Sozialen Arbeit in der ambulanten Suchthilfe für Menschen, die mit dem „übermäßigen“ Konsum von Alkohol in Verbindung stehen, entweder als Konsumierende oder als betroffene Angehörige. Es soll hier der Frage nachgegangen werden, welche Aufgaben Sozialarbeiterinnen im Kontext ambulanter Suchthilfe subjektiv wahrnehmen und wie sie diese aus ihrer Sicht bearbeiten.

Im weiteren Gang der Darstellung wird zunächst eine Kontextualisierung für die auszuwertenden Daten vorgenommen (Kap. 2). Dabei geht es um Klärungen zu den Konzeptualisierungen von „Sucht“ sowie zu „Sucht als Krankheit“. Ferner wird ein kurzer Abriss zur Stellung der Institution Suchtberatungsstelle im System der sozialen Sicherung vorgestellt. Es folgt die Darstellung des methodischen Vorgehens bei dem (qualitativen) Auswahlverfahren, der Datenerhebung und der Datenanalyse (Kap. 3). Es schließt sich der Teil an (Kap. 4), der die Analyse des Datenmaterials vorstellt. Dabei geht es um eine sequenzanalytische Auswertung der Interviews mit Fachkräften der ambulanten Suchtberatung. Die jeweiligen Interviewanalysen enden mit einem Fazit für das jeweilige Interview. Eine Synthese der Einzelergebnisse wird in Kap. 5 vorgestellt. Hier wird für die Untersuchungsfrage eine Antwort formuliert indem die Schnittmengen aus den drei ausgewerteten Quellen rekonstruiert und die Teilmengen benannt werden. Es werden Hypothesen formuliert, die begründete Annahmen über das Allgemeine im Besonderen des Datenmate-

rials, im Sinne einer Rekonstruktion von Mustern, umreißen. Weiter werden Konsequenzen für ein weiteres forschendes Vorgehen skizziert, um die hier gefundenen Resultate, die nur den Status von ersten Zwischenergebnissen haben können, auf eine breitere empirische Basis zu stellen, und sie dabei bei Bedarf zu modifizieren, mit dem Ziel einer empirischen Sättigung näherzukommen. Die Auswertung der Interviews endet mit einem Fazit (Kap. 6).

2. Zum Kontext der Institution Suchtberatungsstelle

Um die mitgeteilten Erfahrungen, fachlichen Haltungen und geübten Sichtweisen der befragten Fachkräfte des Sozialen Arbeit einordnen und angemessen würdigen zu können, ist es angezeigt wichtige Kontextbedingungen zur Institution „Suchtberatungsstelle“ kurz vorzustellen.

2.1 Was ist Sucht?

Das Wort Sucht leitet sich ab aus dem niederhochdeutschen Wort „siech“ und dies bedeutet „krank“. In der Vergangenheit wurde es zur Klassifizierung von Verhaltensweisen verwendet, die als auffällig, als abweichend etikettiert wurden, gleichzeitig aber die Subsumption unter Krankheit nicht völlig geklärt war, z. B. im Fall der „Fallsucht“, die später zur Epilepsie wurde, oder im Fall der sogenannten Tobsucht oder der Eifersucht.

Vor ca. 100 Jahren setzte sich der Begriff Sucht als Bezeichnung für die Abhängigkeit von Alkohol später aber auch von anderen psychoaktiven Substanzen wie Kokain, Cannabis oder Heroin durch. In den 1980er Jahren wurde dies um sogenannte nicht stoffgebundene Süchte (z. B. Glücksspiel) erweitert. Ab den 1990er Jahren wurde der Begriff

„Abhängigkeitserkrankung“ favorisiert. Umgangssprachlich wird aber wieder zunehmend der Begriff „Sucht“ benutzt. Auch Fachleute verwenden ihn wieder zunehmend. So gehen Überlegungen dahin, den Begriff „Abhängigkeit“ wieder durch den Begriff „Sucht“ zu ersetzen. Dabei spielt die Überlegung eine Rolle, die körperliche Abhängigkeit beispielsweise von behandlungsnotwendigen Medikamenten von der Abhängigkeit abzugrenzen, die als umfassenderes bio-psycho-soziales Phänomen verstanden wird (O’Brian et al. 2006, S. 765). „Sucht“ wird inzwischen überwiegend als bio-psycho-soziales Phänomen verstanden, das eine Betrachtung und Würdigung des Einzelfalls nahelegt, vorschnelle Verallgemeinerungen erscheinen nicht als sachangemessen (Kemper 2008, S. 212). Für die aktuelle Betrachtung von Sucht ist kennzeichnend, auf eine Ätiologie zu verzichten. In der Weiterentwicklung der Diagnosekriterien für Sucht wurden Kriterien (oder Symptome) eher als eine Art Konvention festgelegt (ebd., S. 218). So sieht die „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ in der 10. Auflage (ICD-10)¹ folgende Kriterien vor:

- Der starke Wunsch bzw. Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
- Vorliegen einer verminderten Kontrollfähigkeit im Umgang mit der Substanz, den Substanzen.
- Vorliegen eines körperlichen Entzugssyndroms, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch

¹ Die ICD wird von der World Health Organisation herausgegeben. Sie gilt als einer der wichtigsten Diagnoseklassifizierungssysteme der Medizin. In Deutschland sind alle Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder als ärztliche Leitungen in Einrichtungen arbeiten (z. B. in Einrichtungen der Entgiftung oder der Rehabilitation) nach SGB V verpflichtet, Diagnosen nach ICD zu verschlüsseln.

die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.

- Toleranzentwicklung, d. h. Dosissteigerung, um den gewünschten Substanzeffekt zu verspüren.
- Vernachlässigung sozialer und beruflicher Aktivitäten.
- Schädlicher Konsum, d. h. einen anhaltenden Substanzgebrauch trotz Nachweis eindeutiger Schäden. (Dilling 2011, S. 431)

Als diagnostische Leitlinie ist dabei festgelegt, dass eine Diagnose Sucht sinnvoller Weise nur gestellt werden kann, wenn irgendwann während des zurückliegenden Jahres mindestens drei oder mehrere der genannten Kriterien gleichzeitig vorhanden waren. (vgl. ebd.).

Dem Verzicht bei der Diagnose ätiologische Gesichtspunkte hinten an zu stellen steht hingegen die Erfahrung gegenüber, wonach für die Art und Weise der Behandlung das Erklärungsmodell von Sucht von großer Bedeutung sei. Relative Einigkeit besteht dahingehend, bei der Entstehung von Sucht von einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge auszugehen, welches mindestens die betroffene Person, ihr näheres und weiteres soziales Umfeld sowie substanzbezogene Spezifika berücksichtigen will. Nur fallbezogen kann das jeweilige Gewicht der genannten Dimensionen rekonstruiert werden, bzw. dynamische Wechselwirkungen zwischen ihnen. Weiter wird davon ausgegangen, dass soziale Konstruktionen bei dem Phänomen „Sucht“ schon immer eine Rolle gespielt haben und bis heute spielen. (Legnaro 1991, Scheerer 1995; Spode 1993). Über lange Zeit wurde die Entstehung der Abhängigkeit als individuelles Versagen konzipiert (moralisches Modell). Erst relativ spät (siehe unten) wurde Sucht als Krankheit anerkannt. Hiermit wurde der Zugang zum Versorgungssystem der gesetzlichen Sozialversicherungen (insbesondere der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland) ermöglicht (siehe unten). Die Umwelt wurde so auch in Verantwor-

tung genommen (Krankheitsmodell). Aktuell besteht ein Verständnis von Sucht, wonach der Betroffene nicht für die Entstehung der eigenen Sucht verantwortlich gemacht wird, wohl aber für die Inanspruchnahme von Hilfe (Kemper 2008, S. 224).

2.2 Sucht als Krankheit

Einen markanten Einschnitt vor allem bei der sozialrechtlichen Würdigung von Sucht bildete das Urteil des Bundessozialgerichts vom 16.6.1968 (BSGE 28, S. 114ff). Nach Auffassung des Gerichts und der sich der Entscheidung anschließenden ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bildet die Sucht selbst einen regelwidrigen Körper- und Geisteszustand, der sich im Verlust der Selbstkontrolle und in der krankhaften Abhängigkeit vom Suchtmittel, im nicht mehr aufhören können, äußert. Im Unterschied zu früheren Entscheidungen ist es bei der sozialrechtlichen Einordnung von Sucht nicht mehr erforderlich, dass die Sucht in fortgeschrittenem Stadium besteht. Die Ausführungen des Bundessozialgerichts gelten für jede Sucht, unabhängig von der Art des Suchtmittels (Krasney 1984, S. 45). Demnach gilt die Sucht als solche als Krankheit im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und nicht erst die regelmäßig auftretenden Sekundärschäden. Auch gilt fortan Sucht als regelwidriger Körper- oder Geisteszustand im Sinne der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV).

Ein zentraler Einwand gegen die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts war, dass es eine Abkehr vom Versicherungsprinzip sei, wenn die Kosten eines gesundheitlichen Fehlverhaltens der Gemeinschaft der Versicherten auferlegt werde. In diesem Zusammenhang wird von den Befürwortern der Maxime „Sucht ist Krankheit“ argumentiert, dass die sozialpolitische Entwicklung der letzten Jahrzehnte

den Versicherungsschutz nach Art und Umfang immer mehr erweitert habe. So kommt der Frage, ob von den Versicherten als Gegenleistung nicht ein stärkeres gesundheitliches Wohlergehen im Sinne der Mitwirkungspflicht (z. B. nach den §§ 60ff SGB I) zu fordern sei ein besonderer Stellenwert zu. Gleichwohl ist festzuhalten, dass ein entsprechendes Prinzip nicht nur im Bereich der Sucht sondern darüber hinaus auch in anderen Fragen der Finanzierung von Maßnahmen und Behandlungen zu institutionalisieren wäre. So erscheint es als rechtlich äußerst zwiespältig, die finanziellen Folgen eines nicht-süchtigen gesundheitlichen Fehlverhaltens (z. B. Rauchen oder Übergewicht), bei dem die Selbstkontrolle augenscheinlich nicht verloren ist, weiterhin der Versichertengemeinschaft aufzuerlegen, die Fälle aber, in denen der Kontrollverlust eingetreten ist, von der Leistungspflicht auszunehmen (Krasney 1984, S. 46). Relevant ist hier, dass die SGBen V und VI den Begriff der Krankheit nicht auf den schuldlosen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand beschränken. „Die Frage, ob eine Krankheit vorliegt, ist nicht davon abhängig, ob sie auf einem Fehlverhalten oder einem sonstigen Verschulden des Versicherten beruht“ (Krasney 1984, S. 46).

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen veröffentlicht Schätzungen², wonach in Deutschland zwischen 1,5 und 2 Millionen Menschen eine Abhängigkeit von Alkohol entwickelt haben und zwischen 1,4 und 1,9 Millionen Menschen einen sogenannten missbräuchlichen Konsum von alkoholischen Getränken vorweisen. Die jährlichen volkswirtschaftlichen Kosten hierfür werden dort auf 40 Milliarden Euro beziffert. Die Krankheit „Sucht“, soweit sie mit Alkohol in Verbindung steht, betrifft demnach eine sehr große Zahl von Personen – nicht berücksichtigt sind hier mitbetroffene Angehörige – und stellt kein Phänomen dar, von dem nur Wenige betroffen sind.

² <https://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html>, letzter Zugriff am 25.11.2019.

2.3 Soziologische Aspekte der Konstruktion von Sucht als Krankheit

Als nächstes soll hier unter einer soziologischen Perspektive der Konstruktion von Sucht als Krankheit nachgegangen werden. Dabei wird auf die Gemeinsamkeiten und die Unterschiede der Krankenrolle im Allgemeinen und der Rolle des Süchtigen im Besonderen verwiesen. Bei der Darstellung der Krankenrolle und der Funktion von Krankheit in modernen Gesellschaften wird vor allem auf die Handlungstheorie von Talcott Parsons zurückgegriffen (Parsons 1951).

Demnach wird Krankheit allgemein als ein Zustand der Störung des Funktionierens bezeichnet, das im jeweiligen sozialen Kontext als normal empfunden wird. Dies umfasst sowohl den Zustand des Organismus als biologischem System als auch die individuellen und sozialen Anpassungsprozesse. Der Begriff der Krankheit ist demnach sowohl biologisch als auch sozial bestimmt. Die hier relevante Verflechtung in das soziale System ist potentiell für den Krankheitszustand bedeutsam und dies sowohl in Hinblick auf die Verursachung als auch in Hinblick auf die Bedingungen erfolgreicher Überwindung der Krankheit, evtl. mit Hilfe von therapeutischer Unterstützung (vgl. Parsons 1951, S. 431).

Alltägliche Deutungsmuster mögen gewisse Vorbehalte haben, ob Krank-Sein überhaupt als soziale Rolle formulierbar ist. Die Frage ist hier, ob es nicht einfach ein faktischer Zustand ist, in den man gerät. Entscheidendes Abgrenzungskriterium für die Parsonsche Handlungstheorie ist das Vorhandensein eines Komplexes von institutionalisierten Erwartungen und der entsprechenden Emotionen und Sanktionen (vgl. Parsons 1951, S. 436).

Parsons sieht vier Aspekte des Systems institutionalisierter Erwartungen, die sich auf die Rolle des Kranken beziehen:

1. Die Befreiung von den normalen Rollenverpflichtungen,
2. die Gesundung ist nicht nur vom guten Willen des Betroffenen abhängig,
3. Kranksein ist unerwünscht,
4. Verpflichtungserwartung, sich sachkundiger Behandlung zu unterziehen.

Zu 1: Die Befreiung von den normalen Rollenverpflichtungen erfordert eine Legitimation von und eine Legitimation gegenüber den verschiedenen sozialen Handlungspartnern. Es sei darauf verwiesen, dass die Legitimation krank genug zu sein, um von anderen sozialen Verpflichtungen entlastet zu sein, nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten des Erkrankten im Gefolge hat.

Zu 2: Dass die Gesundung nicht über einen reinen Willensakt erreichbar sei, dies verweist auf eine Befreiung von Handlungsverpflichtungen des Betroffenen. D. h., man muss sich seiner und der Situation annehmen. Demnach muss sein Befinden und nicht nur seine Einstellung geändert werden. Solange die Krankheit dauert „kann er/sie nichts dafür“. Dieser Aspekt ermöglicht eine Brücke für die Annahme von „Hilfe“.

Zu 3: Parsons geht davon aus, Krankheit werde nur solange legitimiert, wie eindeutig anerkannt wird, dass sie ihrem Wesen nach ein unerwünschter Zustand ist, von dem man sich so rasch wie möglich erholen muss (Parsons 1967, S. 79). Die beiden erstgenannten Elemente der Legitimation der Krankenrolle sind somit in einem äußerst folgenreichen Sinn an die Bedingung geknüpft, den entsprechenden Willen „gesund zu werden“ zu haben, bzw. zu zeigen. Die Legitimation der Krankenrolle ist somit nur bedingt gültig, insofern der Kranke sich anerkanntermaßen in einem unerfreulichen Zustand befindet, von dem er hofft, dass er so schnell wie möglich überwunden ist.

Zu 4: Mit der Verpflichtungserwartung, sich fachkundige Hilfe, d. h. in der Regel ärztliche Hilfe, zu holen ist auch die Erwartung verbunden, mit den Behandelnden zu kooperieren. So fügt sich in diese Sicht, dass die Rolle des Patienten in einer komplementären Rollenstruktur zu der der Behandelnden steht (vgl. Parsons 1951, S. 437).

Aus der beschriebenen Perspektive zeichnet sich die institutionalisierte Krankenrolle in hohem Maße durch Motivationskomponenten aus, die die Bedeutung der Rolle erhöhen können. Soziale Kontrolle muss sich so nicht nur auf die Feststellung bestimmter Sachverhalte sowie auf mögliche Abweichungen von diesen fokussieren. Die Krankenrolle kann für die Betroffenen gewisse Privilegien und Freistellungen mit sich bringen (sog. sekundäre Krankheitsgewinne), die sie sichern und erhalten möchten. Die soziale Forderung nach einer ausgleichenden, kompensierenden Motivierung, die sich im erkennbaren Genesungswillen zeigt, erhält so besonderes Gewicht. Solche „Motivationsausgleiche“, die für das soziale System von großer Bedeutung sind, unterliegen in der Regel einer institutionellen Kontrolle, Krank-Sein bildet davon keine Ausnahme (vgl. Parsons 1951, S. 438).

Relevant ist weiter, bei der sogenannten Krankenrolle handelt es sich um eine kontingente Rolle, das heißt, sie markiert eine Situation, in die im Prinzip jeder geraten kann, gleichgültig welcher sozialer Status in anderen Umfeldern eingenommen wird. Damit wird der Kranke als nicht verantwortlich für seine Lage betrachtet (vgl. Parsons 1951, S. 440), es gilt die Maxime „er/sie kann nichts dafür“. Dies gilt auch für Missgeschicke oder Unfälle. Entscheidend ist, dass er/sie den Krankheitszustand nicht allein durch Willenskraft beheben kann. Zur sozialen Dimension von Krankheit gehört aus dieser Sichtweise, dass sie ein Zustand ist, der entweder spontan – „von selbst“ – wieder in Ordnung kommt oder bei dessen Eintreten der/die Betroffene etwas zur Überwindung etwas unternehmen muss.

Es wird davon ausgegangen, dass der Patient in die Lage geraten ist, die gesellschaftlich als nicht selbst verschuldet definiert ist. Die oben ausgeführten sozialrechtlichen Gegebenheiten legen aber nahe, dass dies im Fall der Suchterkrankung nicht umstandslos vorausgesetzt werden kann. Bezieht man die oben aufgeführten Gesichtspunkte von Parsons auf die Sucht als Krankheit, so fällt auf, dass der Aspekt „Kranksein ist unerwünscht“ und „Erwartung an die Betroffenen sachkundige Hilfe aufzusuchen“ sich mit den Handlungsorientierungen von vielen Suchtkranken nicht ohne weiteres in Einklang bringen lassen. Die geforderte Krankheitseinsicht und der geforderte Genesungswille ist für die Betroffenen aber auch für ihr soziales Umfeld oft über längere Zeiträume, z. T. Jahre, nicht erkennbar. Entsprechend verzögert sich die Inanspruchnahme fachkundiger Hilfe. Suchtkranke Menschen sind deshalb häufig in der Situation, dass ihnen, obwohl sie krank sind, aufgrund der Spezifik dieser Erkrankung der sie entlastende Status „Krank-Sein“ abgesprochen wird oder dies zumindest als Drohung im Raum steht, mit allen negativen Konsequenzen.

2.4 Zur Entwicklung, zum Aufgabenbereich und zum Stellenwert der ambulanten Suchtkrankenhilfe im Rahmen des Systems Suchthilfe im Besonderen und im Rahmen des Systems der sozialen Sicherung im Allgemeinen

Der Teil des Systems der sozialen Hilfen, der die Aufgabe hat die Krankheit Sucht zu vermeiden, zu überwinden oder ihre Folgen zu lindern ist nicht nur vielgliedrig, sondern auch fragmentiert. Wie in anderen Teilen des Systems der sozialen Sicherung, soweit sie soziale

Dienstleistungen vorhalten und realisieren, finden sich unterschiedliche Akteure, unterschiedliche sozialrechtliche Zuständigkeiten, unterschiedliche Träger und somit unterschiedliche Verantwortlichkeiten für die Finanzierung und für die Versorgung mit entsprechenden Hilfen.

Soweit es sich um verberuflichte Angebote und Hilfen handelt, d. h. soweit sie jenseits der Selbsthilfeangebote angesiedelt sind, wird zwischen sehr unterschiedlichen Ansätzen unterschieden (DHS 2000, S. 22ff). So wird zunächst der Bereich der niedrigschwelligen Angebote und der Schadensreduzierung erwähnt. Die hier in Rede stehenden Suchtberatungsstellen schließen in ihrer Motivations- und Vermittlungsarbeit an diese an. Die Betroffenen können sich aber auch direkt an diese wenden. Typischerweise soll sich die Entgiftungs- oder Entzugsbehandlung hieran anschließen. Ihr folgt die Entwöhnungsbehandlung. Hier soll die in der Entgiftung erreichte temporäre Abstinenz stabilisiert und die Abhängigkeit langfristig überwunden werden (ebda. S. 24). Sie kann ambulant, teil-stationär oder stationär durchgeführt. Diesem schließt sich die Weiterbehandlung und die Nachsorge an. Für die Angebote der Nachsorge sind wieder die Suchtberatungsstellen zuständig.

Von besonderem Stellenwert sind hier aber neben den rein therapeutischen Angeboten, die Bereiche Wohnen und Arbeit. Diese, der sozialen Dimension des Reha-Prozesses zurechenbaren Bereiche, sind nach allen vorliegenden Erkenntnissen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit z. B. Sommerfeld u. a. 2011, Sommerfeld u. a. 2016, Rügger 2011, Arnold u. a. 1993) für die Stabilisierung des Erfolgs von zentraler Bedeutung. Allerdings liegen sie nicht mehr im Verantwortungsbereich der Träger der GKV und GRV. Die sich hier abzeichnenden Aufgaben verlangen nach umfassenden Kooperationen. Insofern ist die Arbeit der Suchtberatungsstellen in einen ebenso umfassenden wie komplexen Hilfeprozess eingebunden, wozu unter dem Gesichts-

punkt der Teilhabe am Arbeitsmarkt auch die Kooperation mit den sogenannten Jobcentern (gem. SGB II) gehört.

2.4.1 Zur Entwicklung der ambulanten Suchtkrankenhilfe

Die ambulante Suchthilfe gründete historisch auf die Arbeit der überwiegend ehrenamtlich tätigen Abstinenzvereine. Deren Angebote wurden von den Betroffenen nach einem Aufenthalt in einer Heilanstalt oder anstatt eines Aufenthalts von den Betroffenen in Anspruch genommen (Spode 2012, S. 158).

Bis zum zweiten Weltkrieg, gab es in Deutschland keine spezifische, für Sucht zuständige Berufsgruppe. Soweit es sich um Fürsorgetätigkeiten handelte wurde diese von Beamten und ehrenamtlichen Helfern geleistet. Bei der Gesundheitsfürsorge stand die Bekämpfung von Volkskrankheiten im Mittelpunkt. Hierzu zählte auch der sogenannte Alkoholismus (Weber 1926, S.118f). In Zusammenarbeit mit diesen staatlichen Fürsorgestellen wurden z. B. von Seiten der protestantischen Abstinenzbewegung (z. B. Guttempler und Blaukreuz) „Trinkerheilstalten“ gegründet. Ihre ehrenamtlichen HelferInnen führten auch Hausbesuche durch (Spode 2012, S. 159). Die ebenfalls zum Teil ehrenamtliche Arbeit in den Abstinenzvereinen war zunächst durch die Berufsgruppen von Theologen, Diakonen, aber auch zum Teil von Ärzten geprägt. (vgl. Helas, 1997, S. 158), aber „seit der Nachkriegszeit strömten immer mehr Sozialarbeiter und Sozialpädagogen in das nun verberuflichte Feld der Suchtkrankenhilfe. Sie wurden zu wesentlichen Trägern der Professionalisierung ...“ (ebd.).

Als Meilenstein im gesellschaftlichen und institutionellen Umgang mit Menschen mit substanzbezogenen Problemen kann sicherlich die schon erwähnte Anerkennung der Alkoholsucht als Krankheit im

Jahr 1968 gesehen werden. Nach dem wegweisenden Urteil des Bundessozialgerichtes war eine Entwicklung zu beobachten, die unterschiedlichen, historisch gewachsenen Angebote weg von einzelnen Versorgungssträngen hin zu einem Versorgungssystem zu entwickeln. Gleichzeitig gab es aber auch Differenzierungen und Erweiterungen (vgl. Landesstelle für Suchtfragen Rheinland-Pfalz, 2012: 5). So wurde in den 70er Jahren aufgrund des zunehmenden Konsums von illegalen Suchtmitteln eine Erweiterung des Hilfeangebots für Drogenabhängige als nötig erachtet, die als Parallelstruktur zu den Angeboten für Alkoholabhängige eingerichtet wurde (vgl. Schmid 2003).

Eine weitere Markierung bedeutete die sogenannte Suchtvereinbarung vom 20. November 1978, bei der die Rentenversicherungsträger (GRV) und die Krankenversicherungsträger (GKV) eine Vereinbarung zur Kostenübernahme für die Entgiftungs- und die Rehabilitationsbehandlung trafen. Diese sah zunächst vor, dass für die Entgiftungs- oder Entzugsbehandlung die Träger der GKV die Zuständigkeit haben und die Verantwortung tragen. Die Zuständigkeit und die Verantwortung für die sogenannte Rehabilitationsbehandlung liege demnach bei der GRV. Hierdurch wurde eine Regelversorgung für Abhängigkeitskranke für diese beiden Versorgungsbedarfe möglich, gleichzeitig wurden die Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche der zu diesem Zeitpunkt als notwendig erachteten Hilfen benannt. Diese erfolgten im Rahmen der Selbstverwaltung der zuständigen Träger der Sozialversicherungen und beruhten nicht auf gesetzgeberischen Maßnahmen.

Projiziert man diese Konstellation auf den Dreiklang für Wohlbefinden der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der eine biologische, eine psychische und eine soziale Dimension vorweist, die auch bei der Vermeidung oder Überwindung der Krankheit Sucht eine wichtige Rolle spielt, so wird schnell offenbar, dass die soziale Dimension bei der Empfehlungsvereinbarung zunächst keine Rolle spielen sollte. In späteren Jahren wurde das Angebotsspektrum um verschiedene

Hilfeformen der sogenannten Nachsorge erweitert. Hierfür trägt die GRV die Verantwortung. Ein systematischer Einbezug der Dimension „Arbeit“, etwa dadurch, dass auch die Träger der SGBen II und III (bzw. ihrer Vorläufer) in eine Empfehlungsvereinbarung einbezogen wurden, unterblieb. Ganz zu schweigen von der Dimension „Wohnen“. Daran wollte der Gesetzgeber auch scheinbar nichts ändern und so ist es, zumindest was die Gesetzeslage angeht, auch bis zum heutigen Tag geblieben. So hat die Kritik am Status quo des Systems der sozialen Hilfen, soweit sie sich auf die Krankheit Sucht bezieht, ihre Berechtigung, wenn sie darauf verweist, dass von einer proportional gesehen zu starken Ausrichtung des Hilfesystems an psychotherapeutischen und medizinischen Hilfen auszugehen sei. Sozialtherapeutische Hilfen gebe es demgegenüber in viel zu geringem Ausmaß und keineswegs bedarfsadäquat (Frietsch 2000, S. 199). Als ein Indikator (unter anderen) wird die große zahlenmäßige Diskrepanz zwischen der Zahl der sogenannten Entwöhnungsbehandlungen pro Jahr und der Zahl an Plätzen in sogenannten Arbeitsprojekten angesehen (ebda. S. 190).

Eine andere Facette der Gestaltung der Helfelandschaft, die die Institution der Suchtberatungsstelle tangiert, sind die gerichtlichen Auseinandersetzungen, bei denen die Ziele der Rehabilitationsbehandlung, soweit sie in der Verantwortung der GRV steht, im Mittelpunkt standen. Dabei standen sich die Zielvorstellungen „Arbeitsfähigkeit“ einerseits, „Arbeitstätigkeit“ andererseits gegenüber. Durch zwei höchstrichterliche Entscheidungen des Bundessozialhilfegerichts in Kassel wurde schon 1994 festgelegt (Aktenzeichen 13 RJ 49/93 und 13 RJ 79/93), dass die berufliche Wiedereingliederung in eine Dauerarbeitsstelle das zentrale Ziel des Rehabilitationsprozesses zur sozialen Integration und zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sei. Die Gesamtverantwortung liege danach bei dem zuständigen Träger der Gesetzlichen Rentenversicherung. Die Beschlüsse legten „Arbeitstä-