

Die Soziale Arbeit in einer interprofessionellen Suchthilfe

2019-3
Jg. 45
S. 4-12

Ausgehend von der These, dass es einen Optimierungsbedarf in der interprofessionellen Kooperation in der Suchthilfe gibt, geht der Beitrag der Frage nach, welche konzeptuellen Konsequenzen aus einer ausgereiften biopsychosozialen Theorie des Menschen gezogen werden können. Das Ergebnis ist, dass die konsequente Ausrichtung der Suchthilfe an einem «übergreifenden System» der Person mit ihrem Lebensvollzug unmittelbar die soziale Dimension und ihr salutogenetisches Potenzial aufwertet. Der Sozialen Arbeit käme in einer solchen Konzeption u. a. die Aufgabe der Koordination zu.

PETER SOMMERFELD

Prof. Dr., Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Riggenbachstrasse 16, CH-4600 Olten, Tel. +41 (0)62 957 21 38, peter.sommerfeld@fhnw.ch, www.fhnw.ch/de/personen/peter-sommerfeld

Einleitung und Zielsetzung

Die Suchthilfe ist ein mehrdimensionales Gebilde und sie ist dementsprechend durch die Zusammenarbeit diverser Professionen gekennzeichnet. Dies liegt daran, dass das Phänomen Sucht selbst mehrdimensional ist und daher auf verschiedenen Ebenen analysiert, konzeptualisiert und behandelt werden kann. Bspw. kann man Sucht als medizinisches oder als soziales Problem auffassen (Sommerfeld 2016), oder auch als psychisches oder neurobiologisches. In dem soeben referenzierten Artikel habe ich darauf aufmerksam gemacht, dass eine Tendenz zu beobachten ist, die zu einer Dominanz des medizinischen Paradigmas und damit einhergehend zu einer Engführung der sozialen Dimension geführt hat. Dies hat wiederum damit zu tun, dass Professionen in einem mehrdimensionalen Feld wie der Suchthilfe, das noch dazu von einer Vielzahl von gesetzlichen Grundlagen und damit verbundenen Finanzierungsströmen abhängt (NAS-CPA 2017), nicht nur kooperieren, sondern auch in Konkurrenz zueinander stehen. Und damit, dass die Zusammenarbeit in pragmatischer Hinsicht möglicherweise einfacher zu organisieren ist, wenn eine Profession die Führung hat.

Gleichwohl sind alle Professionen grundsätzlich darauf verpflichtet, die

bestmöglichen Hilfen anzubieten und nicht die pragmatisch einfachsten. Das gilt auch für interprofessionelle Gebilde. Unter rationalen Gesichtspunkten müsste das Organisationsprinzip der interprofessionellen Zusammenarbeit darin bestehen, die funktionalen Komplementaritäten der jeweiligen Professionen und der jeweils hinterlegten Perspektiven möglichst optimal zur Geltung zu bringen. Wenn man daher nicht die Hegemonie einer disziplinären Perspektive mit der damit notwendig einhergehenden Unterbelichtung und funktionalen Engführung der anderen Professionen als Organisationsprinzip wählen wollte, dann benötigt man zunächst ein übergeordnetes Modell, in dem die jeweiligen Perspektiven ihren Platz haben und sinnvoll aufeinander bezogen werden können.

Dieses Modell liegt prinzipiell mit dem allseits bekannten biopsychosozialen Modell vor, das die drei wichtigsten Dimensionen von Gesundheit bzw. Krankheit und somit auch von Sucht bereits im Titel trägt. So konsensfähig dieses Modell und die dahinterliegende WHO-Definition von Gesundheit als ein Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens auf den ersten Blick auch sein mögen, so anspruchsvoll wird es, wenn man

ernsthaft damit arbeiten will. Eine der grössten, wenn nicht die grösste Herausforderung besteht darin, die drei Dimensionen nicht einfach nebeneinanderzustellen, sondern zu verstehen und theoretisch zu fassen, wie sie dynamisch zusammenwirken. Erst mit einem dergestalt theoretisch gefüllten biopsychosozialen Modell lassen sich die funktionalen Komplementaritäten der auf diese Dimensionen abstellenden Professionen in befriedigender Weise klären und für die Gestaltung der interprofessionellen Kooperation nutzen.

Das Hauptziel des vorliegenden Beitrags ist es, die funktionale Komplementarität der Sozialen Arbeit im interprofessionellen Kontext der Suchthilfe herauszuarbeiten. Wie mit den einleitenden Ausführungen dargelegt, ist dazu eine theoretische Tieferlegung des biopsychosozialen Modells notwendig. Das zweite Ziel besteht dementsprechend darin, in Grundzügen darzulegen, wie das biopsychosoziale Modell theoretisch so gefüllt werden kann, dass das Zusammenspiel der Ebenen konzeptuell gefasst werden kann. Und drittens soll beides der zukünftigen Gestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit dienen. Der Beitrag soll einen Austausch und eine Debatte über die Grundlagen der Suchthilfe vorantreiben, mit denen eben

diese Grundlagen transdisziplinär ausgebaut werden können, so dass Entwicklungsschritte darauf bezogen eingeleitet werden können.

Eine biopsychosoziale Theorie des Menschen

Die oben geforderte theoretische Füllung des biopsychosozialen Modells wird mit zwei Ansätzen unternommen, die in Kurzform im Folgenden vorgestellt werden. Der eine kommt aus der Psychiatrie und wurde von Thomas Fuchs insbesondere mit seinem Buch «Das Gehirn – ein Beziehungsorgan» vorgelegt (Fuchs 2017). Der andere ist unser eigener Ansatz. Er kommt also aus der Sozialen Arbeit und wurde in seinen Grundzügen in dem Buch «Integration und Lebensführung» (Sommerfeld et al. 2011) entwickelt und in «Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie» weiter ausgebaut (Sommerfeld et al. 2016). Die beiden, aus völlig unterschiedlichen Perspektiven heraus gebildeten Ansätze, liefern jeweils für sich genommen einen umfassenden Zugang im Hinblick auf die Frage, wie die biologischen, psychischen und sozialen Prozesse zusammenwirken. Sie stimmen darüber hinaus m. E. in vielen grundlegenden Aussagen überein und verwenden denselben zentralen Er-

klärungsansatz für das Zusammenspiel der Ebenen, nämlich denjenigen der «zirkulären Kausalität» (zurückgehend auf Haken, z. B. Haken 1992). Sie können vor allem aber komplementär zueinander verstanden werden und bieten damit dann eine sehr solide theoretische Basis für ein mehrdimensionales Verständnis, u. a. von Sucht.

Integration und Lebensführung

Den Ausgangs- und Endpunkt von «Integration und Lebensführung» bildet eine Vorstellung des Menschen, in der dieser radikal und gleichzeitig sowohl als eigenständiges Subjekt (Akteur), als auch als soziales und somit sozial bestimmtes Wesen gedacht wird. Das zusammengehörende Begriffspaar Integration und Lebensführung bringt diesen untrennbaren Zusammenhang begrifflich bereits zum Ausdruck. Der Mensch ist also ein zutiefst soziales Lebewesen (ein Organismus) mit einer besonderen Ausstattung. Er/sie verfügt nämlich über ein Organ (das Gehirn), das aufgrund seiner biologischen Beschaffenheit im tätigen Lebensvollzug in der Auseinandersetzung mit der Welt psychische Qualitäten und Eigenschaften hervorbringt, die sein/ihr Verhalten steuern. Diese Welt ist als Lebenswelt immer schon sozial

überformt, weil dieses so ausgestattete bio-soziale Wesen mit anderen seiner Gattung sozio-kulturelle Systeme bildet, um sein Überleben als Individuum und als Gattung zu sichern, und zwar in der Form der *Lebensführung* innerhalb dieser von ihm selbst geschaffenen sozio-kulturellen Systeme (*Integration*).

Weil Menschen mit dem Gehirn und somit mit dieser spezifischen Form der Erkenntnisfähigkeit ausgestattet sind, müssen sie ihr Leben führen. D. h., dass sie nicht einfach nur in der Welt sind – das sind sie aber auch –, sondern dass sie ein Verhältnis zu dieser Welt, die man mit Plessner in die materielle «Umwelt», die soziale «Mitwelt» und die eigene «Innenwelt» unterteilen kann, herstellen müssen (Plessner 1976).

Wenn man also die menschliche Lebensführung verstehen will, dann sind offenbar mindestens Ordnungsbildungsprozesse auf zwei getrennten «Daseins-Ebenen», nämlich der Ebene des Individuums, in dem die biotischen und psychischen Prozesse vereinigt werden, sowie der «sozialen Konfigurationen» (Elias 1995) zu berücksichtigen. Diese beiden Ebenen sind zwar getrennt, aber sie sind doch zugleich gegenseitig Voraussetzung füreinander. Sie sind in diesem Sinn «strukturell gekoppelt», ohne

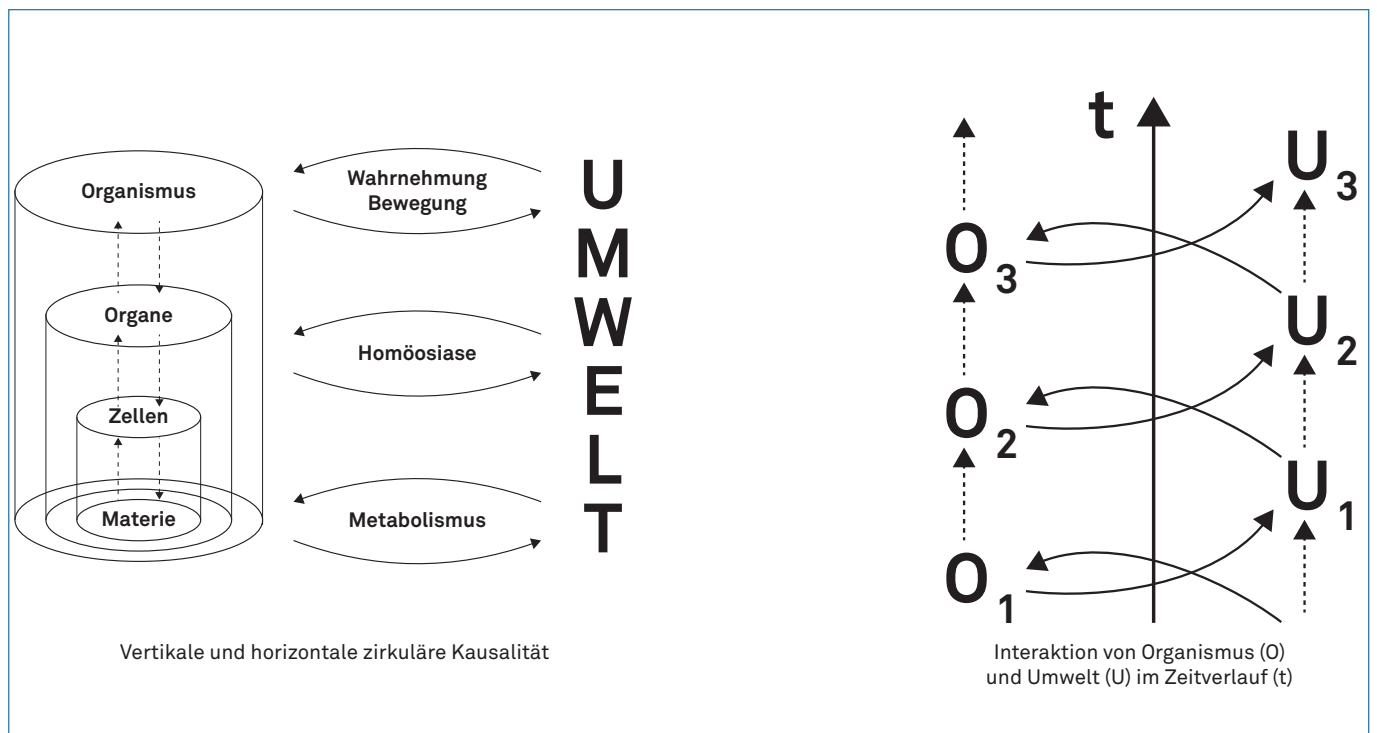


Abbildung 1: Horizontale und vertikale Kausalität und Entwicklung im Zeitverlauf (Fuchs 2017).

WOLFGANG BOGASCH PRÄSENTIERT

DER MANN, DER DURCH DIE CHINESISCHE MAUER GING

DER MANN, DER DIE FREIHEITSTATUE VERSCHWINDEN LIESS

DER MANN, DER ÜBER DEN GRAND CANYON SCHWEDTE

DER MANN, DER SICH DEN TRAUM VOM FLIEGEN ERFÜLLT

DER GRÖSSTE MAGIER ALLER ZEITEN **DAVID COPPERFIELD**

9.-11. OKTOBER '94
ZÜRICH - HALLENSTADION

VERSTELLUNGEN 17.30 UND 21.00 UHR
BEI ALLEN THEATERTISCHEN BEI 19.00 UHR
BEI DEN THEATERTISCHEN BEI 19.00 UHR
BEI DEN THEATERTISCHEN BEI 19.00 UHR

PREISFÜR DIE KARTENBESTELLUNG
01-3634949

Radio 24

GIANNI VERSACE





sich aber gegenseitig zu determinieren. Sie verhalten sich «zirkulär kausal» zueinander, d. h. sie schaffen die Voraussetzungen füreinander gegenseitig und in zirkulären Prozessen, wie sie typisch für komplexe, dynamische, sich selbst organisierende Systeme sind (Haken & Schiepek 2010).

Einheit von Organismus und Umwelt im Lebensvollzug

Bei Thomas Fuchs lauten die Überlegungen grob zusammengefasst folgendermaßen: Den Ausgangs- und Endpunkt von «Das Gehirn – ein Beziehungsorgan» bildet der Ansatz, dass man Organismen im Allgemeinen (von denen der Mensch eine besondere Art ist) nicht verstehen kann, wenn man sie isoliert und noch dazu reduktionistisch betrachtet. Er wendet sich mit diesem grundlegenden Zugang insbesondere gegen ein neurobiologisch-reduktionistisches Verständnis der Psyche. Umgekehrt und positiv formuliert kann man Organismen nur verstehen, wenn man sie als Ganzes mit ihrem Lebensvollzug fasst. Dieser Le-

bensvollzug findet in der Umwelt statt und ist funktional auf diese bezogen. Die strukturelle Koppelung zwischen Individuum und Umwelt, von der oben die Rede war, beschreibt er mit «horizontaler zirkulärer Kausalität», die in Prozessen «vertikaler zirkulärer Kausalität» innerhalb des Organismus zur Bildung der inneren Struktur und mithin zu Bildung eines Individuums in seiner spezifischen Form und mit seinen spezifischen «Vermögen» führen.

«Beide Funktionskreise (vertikale und horizontale zirkuläre Kausalität, Anm. des Autors) sind in dem Vermögen von Lebewesen ineinander verschränkt. Vermögen bezeichnen die strukturell gegebene Fähigkeit eines Lebewesens, bestimmte Leistungen zu vollziehen. (...) Ein Vermögen wirkt wie ein Schlüssel zu passenden Schlössern in der Umwelt, denn es hat sich – phylo- und ontogenetisch – in und an dieser Umwelt herausgeformt. Das Gehirn dient als zentrales Organ dieser Ausformung, insofern sich wiederholte Erfahrungen des Lebewesens im hochgradig plastischen

neuronalen System niederschlagen, sich «inkorporieren». Tritt nun die geeignete Gelegenheit ein, so kann das Lebewesen sein Vermögen realisieren, wobei sich innerorganismische Teilprozesse (vertikal) ebenso wie Organismus und Umwelt (horizontal) zu einer kooperierenden Einheit «zusammenschließen» (Fuchs 2017: 132). Diesen Gedanken, der Einheit von Organismus und Umwelt im Lebensvollzug, formuliert er an anderer Stelle noch einmal prägnanter. Weil dies unmittelbar mit unserem nachfolgend zu präsentierenden Modell des «Lebensführungssystems» übereinstimmt und auf dieses gewissermaßen aus der anders gelagerten Perspektive von Fuchs hin führt, soll dieser Grundgedanke mit dem folgenden Zitat weiter hervorgehoben werden.

«Lebendige Subjektivität ist verkörpertes, leibliches In-der-Welt-Sein und lässt sich nicht auf ein von der Welt abgeschnürtes, rein «mentales» Bewusstsein reduzieren. Der Organismus seinerseits besteht und erhält sich nur im fortwährenden Austausch mit der

Umwelt, so dass der Lebensprozess insgesamt die Körpergrenzen ständig überschreitet. Damit bilden der Organismus und seine komplementäre Umwelt ein übergreifendes System» (ebd.: 235 Hervorhebung durch den Autor).

Lernen als Modus der Veränderung

Da es in diesem Beitrag ja um die Gestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit geht, also letztlich um die Frage, wie Menschen mit einer Suchtproblematik am besten durch das Zusammenspiel der Professionen geholfen werden kann, ist noch ein letzter Punkt etwas genauer anzuschauen, nämlich die Frage: wie entsteht Veränderung? In den beiden Zitaten oben kommt der dynamische Charakter der Bildung und Reproduktion eines Individuums im Austausch und d. h. in der Beziehung mit und zu der Umwelt bereits markant zum Ausdruck. Als Antwort auf die Frage nach der Veränderung könnte man also in Kurzform sagen, dass der Modus der Veränderung Lernen ist, das durch Erfahrung in der tätigen Auseinandersetzung mit der Umwelt im Lebensvollzug und von dort her sich stellenden funktionalen Anforderungen geschieht. In Bezug auf unsere eigenen Arbeiten habe ich oben formuliert, dass im Falle

des Menschen sich nicht nur ihr Leben vollzieht und sie dadurch lernen, sondern dass sie ein Verhältnis zu ihrem Lebensvollzug und d. h. zu sich selbst, zu der materiellen und sozialen Umwelt sowie, wenn ich das hier ergänzen kann, zum Ergebnis dieses Prozesses, also zur realisierten Lebensqualität, herstellen müssen. Bei Fuchs heisst es dementsprechend: «Doch nicht durch unmittelbare Selbstformung, sondern im wiederkehrenden Durchlaufen des Funktionskreises von Wahrnehmung und Bewegung, von handelnden Interaktionen mit der Umwelt gestalten Personen ihre Entwicklung. Durch ihre Entscheidungen und Handlungen, durch die Wahl einer bestimmten Umgebung, die auf sie wirkt, beeinflussen sie indirekt ihr eigenes Werden. Sie leben nicht nur, sondern sie führen ihr Leben, und damit formen sie sich selbst» (ebd.: 314, Hervorhebung im Original).

Und – was an dieser Stelle zu ergänzen ist – auf diese Weise tragen die jeweiligen Individuen zur Reproduktion oder der Veränderung der Umwelt respektive der sozialen Systeme bei, in denen sie ihr Leben führen. Auch dies beinhaltet die Vorstellung der «zirkulären Kausalität».

Das Lebensführungssystem

Die menschliche Lebensführung hat also eine innere bio-psychische und eine äussere soziale und sozio-kulturelle Seite, die miteinander durch Prozesse zirkulärer Kausalität gekoppelt sind und die in diesem Sinn, wie von Fuchs formuliert, ein «übergreifendes System» bilden. Im Hinblick auf die theoretische Gegenstandsbestimmung der Sozialen Arbeit haben wir dieses übergreifende System «Lebensführungssystem» genannt (Sommerfeld et al. 2011: 63).

Die in der Grafik ersichtliche gestrichelte Linie umreisst das Lebensführungssystem eines Menschen. Es setzt sich aus dem als Akteur/in gedachten Individuum mit seiner bzw. ihrer Ausstattung (seinem/ihrer «Vermögen», also seinen/ihrer Ressourcen, Kompetenzen, aber auch Beeinträchtigungen und Problematiken, die sich in Mustern organisieren) und der spezifischen Form seiner/ihrer Integration in diverse konkrete Handlungssysteme zusammen. Integration heisst zunächst einmal, dass dieses Individuum eine soziale Position in einem oder mehreren konkreten Handlungssystemen hat und von da aus mit anderen in diesen sozialen Systemen interagiert und auf diese Weise sein Leben führt. Dabei ist auch der Ausschluss aus

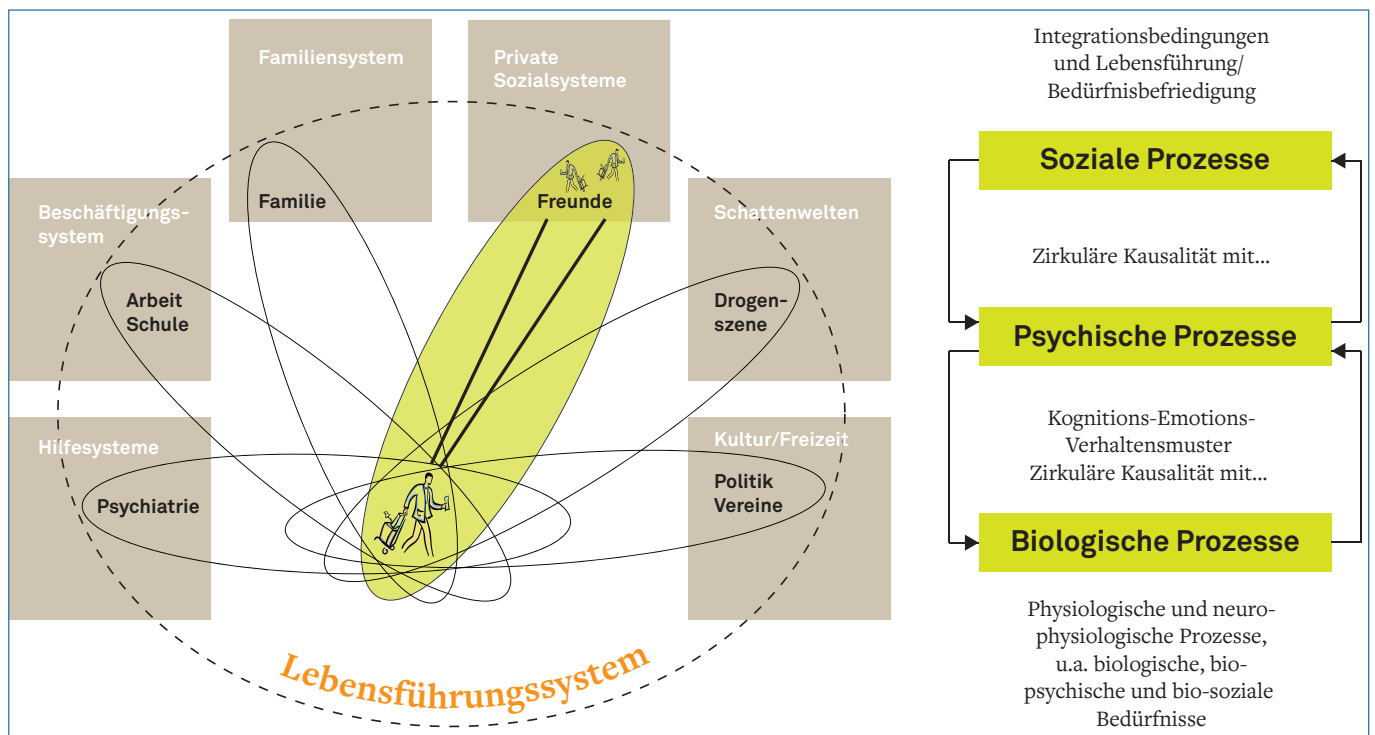


Abbildung 2: Das Lebensführungssystem.

bestimmten sozialen Systemen relevant für die realisierbare Form der Lebensführung eines bestimmten Individuums. Und die Art und Weise der Integration ist ebenso relevant. Unser Integrationsbegriff ist kein Schaltermodell (man gehört dazu oder nicht), sondern mit ihm wird die Frage gestellt, wie genau sich die Integration gestaltet und welche Folgen das für die Lebensführung hat. Schon gleich gar nicht ist deshalb unser Integrationsmodell mit einer normativen Vorstellung verbunden, etwa in dem Sinn, dass Integration immer «gut» ist. Ganz im Gegenteil, spezifische Formen der Integration und spezifische Ordnungsmuster in sozialen Systemen können extrem schädlich für ein Individuum und seine Entwicklung sein (z. B.: häusliche Gewalt als Ordnungsmuster im konkreten Handlungssystem Familie).

Sie können deshalb extrem schädlich sein, weil die vertikalen zirkulären Prozesse im Individuum einen Funktionskreis mit den Umweltbedingungen bilden. Sich bspw. wiederkehrender, aber nicht kalkulierbarer Gewalt ausgesetzt zu sehen, wie es z. B. mit einer Alkoholsucht häufig einhergeht, muss intern verarbeitet werden und hat Folgen für die Persönlichkeitsbildung und d. h. für die Bildung des persönlichen «Vermögens». Die Wahrscheinlichkeit, dass sich in diesem Beispiel «Vermeidungsmuster» bilden (Grawe 2004), die in Bezug auf den Gewalt ausübenden Vater unmittelbar funktional sind, im weiteren Verlauf der Entwicklung und in anderen Kontexten aber dysfunktional werden können, ist gross. Die Möglichkeit der Resilienz bleibt aber stets gegeben. Es ist an dieser Stelle nicht möglich, im Detail weiter auf diese interne Strukturbildung einzugehen. Der Verweis, dass hier sehr viel psychologisches Wissen vorliegt, zusammen mit insbesondere dem Verweis auf die Arbeiten von Grawe und von Fuchs, die beide Modelle vorgelegt haben, die bis hinunter auf die physiologischen und insbesondere neurophysiologischen Prozesse gehen, muss hier zusammen mit den Ausführungen oben zum Modell von Fuchs genügen.

Zusammenfassend kann im Hinblick auf die Organismus-internen Ordnungsbildungsprozesse noch ein-

mal festgehalten werden, dass sich die körperliche und «psychische Potenziallandschaft» (Beirle & Schiepek 2002) in der tätigen Lebensführung in dem einem Individuum zugänglichen sozialen Raum bildet. Und umgekehrt ist die individuelle Lebensführung Ausdruck dieser inneren Ordnungsstruktur, die wiederum eine wichtige Komponente für die konkrete Ausgestaltung des Lebensführungssystems ist. Der Begriff der Potenziallandschaft beinhaltet das Gesamt der individuellen Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster und in einem umfassenden Sinne das «Vermögen» eines Individuums. Er verweist auf zwei Bedeutungsgehalte, die hier und für die Soziale Arbeit insgesamt von hoher Relevanz sind: Zum einen weist der Begriff darauf hin, dass möglicherweise Potenziale vorhanden sind, die aber im gegebenen Integrationsarrangement des Lebensführungssystems nicht realisiert werden können. Zum anderen weist er darauf hin, dass durch eine Variation in der Lebensführung auch neue Potenziale gebildet werden können, neues Vermögen erworben werden kann.

Zur Gestaltung der interprofessionellen Kooperation in der Suchthilfe und der Beitrag der Sozialen Arbeit

Wenn wir die nunmehr umrissene biopsychosoziale Theorie des Menschen mit den beiden zentralen Aussagen, dass Organismus/Individuum und Umwelt ein «übergreifendes System» bilden und dass Entwicklung durch das «wiederkehrende Durchlaufen des Funktionskreises» (Fuchs 2017) darin entsteht, dann lassen sich einige leitende Postulate für die Gestaltung der interprofessionellen Kooperation sowie für die Beschreibung der Funktionalität der Sozialen Arbeit ableiten. Ich begrenze mich an der Stelle auf die folgenden drei:

- Das übergreifende System oder in unserer Begrifflichkeit: das «Lebensführungssystem» müsste grundsätzlich den geteilten Bezugspunkt aller beteiligten Professionen der Suchthilfe bilden. Dabei kommt es nicht darauf an, ob man mit dem Modell des Lebensführungssystems arbeitet oder eine andere Modellierung des

Sachverhaltes des «übergreifenden Systems» wählt. Unsere Modellierung steht jedenfalls zur Verfügung und damit zur Diskussion.

- So wie die vertikalen und horizontalen Prozesse bei der Problemgenese ineinanderlaufen, müsste nach rationalen Gesichtspunkten eine optimierte Suchthilfe so aufgestellt sein, dass die Hilfen, die auf unterschiedlichen Ebenen des «übergreifenden Systems» / des «Lebensführungssystems» ansetzen, in ähnlicher Weise zusammenspielen oder genauer gesagt: synchronisiert werden.
- Und schliesslich: In dieser Perspektive ist Sucht ein Ausdruck der gewordenen Lebensführung eines Menschen in seinen sozialen Verhältnissen. D. h., dass die Sucht und Verhaltensweisen, die mit ihr assoziiert sind, neben den schädigenden Aspekten immer auch funktional für die betreffenden Menschen und für Menschen in ihrem sozialen Umfeld sind. Die (ausschliessliche) Kodierung von Sucht als Krankheit verfehlt diesen Sachverhalt, zumindest in Bezug auf die Signifikanz der sozialen Dimension.

Die Umsetzung dieser drei Postulate wird im Folgenden aus unserer Perspektive dargestellt, also aus einer Perspektive der Sozialen Arbeit. Wir gehen dabei grundsätzlich davon aus, dass interprofessionelle Zusammenarbeit eine Differenz voraussetzt. Nur wenn eine solche Differenz gegeben ist und sie zugleich in Bezug auf ein übergeordnetes Modell als funktional und komplementär ausgewiesen werden kann, ist der Aufwand einer interprofessionellen Zusammenarbeit sinnvoll und legitimierbar.

Der Beitrag der Sozialen Arbeit besteht also zunächst darin, dass sie eine andere Perspektive hat und einbringen kann, die mit ihrer allgemeinen Funktion zusammenhängt. Grob verkürzt besteht diese allgemeine Funktion darin, Menschen zu unterstützen, deren gesellschaftliche Integration beeinträchtigt ist oder bedroht wird und zwar in dem Sinn, dass ihre Lebensführung in einem hohen Masse von psychosozialen Problemen belastet ist, die mit eingeschränkter Teilhabe und Ressourcenausstattung

einhergehen und letztlich eine unterprivilegierte oder randständige Lebenslage konstituieren. Den Gegenstand der Sozialen Arbeit bilden also im Hinblick auf die gesellschaftliche Integration problematisch gewordene oder werdende Lebensführungssysteme. Das entscheidende Kriterium dafür, dass die Soziale Arbeit Hilfen in solchen Fällen anbietet bzw. aktiv wird, ist, dass Menschen darin und an diesen gewordenen Verhältnissen leiden, nicht herrschende normative Vorstellungen, wie man sein Leben zu führen hat.

Sucht kann ebenso eine Ursache eines solchermaßen belasteten Lebensführungssystems sein wie deren Folge. An der Stelle jedenfalls, nämlich wenn die Sucht ein Ausmass annimmt, das sich im soeben skizzierten Sinn negativ auf das Lebensführungssystem auswirkt, wird Sucht zu einem Problem, für das die Soziale Arbeit zuständig ist – Sucht wird zu einem sozialen Problem. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit besteht dementsprechend darin, die Veränderung des Lebensführungssystems eines Individuums so zu unterstützen, dass von dem betreffenden Subjekt ein befriedigenderes Leben für sich selbst und damit assoziierte relevante Personen

realisiert werden kann. Angesichts dieser Aufgabe und angesichts der biopsychischen Bedingungen einer (schweren) Sucht geht es um ein langfristiges Re-Arrangement des Lebensführungssystems und der darin eingebetteten psychosozialen Problemdynamik. Dies soll mindestens ein gesellschaftlich und subjektiv akzeptables Leben mit der Sucht im Sinne eines «gelingenderen Alltags» (Thiersch 2014)¹ ermöglichen und im besten Fall dazu beitragen, dass das neue Integrationsarrangement über die zirkulären «horizontalen» und «vertikalen» Regelkreise auf das Gehirn und damit verbundene biopsychische Prozesse wirkt und einen positiven Einfluss auf den Verlauf der Sucht bis hin zu ihrer möglichen Überwindung hat.

Der professionelle Prozessbogen

Wenn man diese anspruchsvolle Aufgabe der Sozialen Arbeit in systematischer Absicht modelliert, dann kann das Ergebnis mit der folgenden Grafik dargestellt werden. Wir haben diese Systematik im Hinblick auf die Soziale Arbeit in der Psychiatrie entwickelt (Sommerfeld et al. 2016: 229ff). Sie kann aber problemlos auf die Suchthilfe übertragen werden.

Die Grafik zeigt (zunächst tendenziell von links nach rechts im oberen Teil) Folgendes: Der Gegenstand ist das Lebensführungssystem eines Menschen, in dem eine Veränderung angestrebt wird und das als behandlungsbedürftig kodiert wird, im Idealfall von der betroffenen Person (und nahen Bezugspersonen) selbst. Dieses Lebensführungssystem hat zu einem bestimmten Zeitpunkt eine gewordene Gestalt, Struktur und Dynamik. Es beinhaltet spezifische Formen der Integration und das Individuum verfügt über ein spezifisches «Vermögen». Wenn diese Ausgangssituation verändert werden soll, dann stellt sich die Frage, wie es denn in der Zukunft aussehen soll (Vision oder kleiner: Zieldefinitionen). Von da aus stellen sich dann spezifische Bewältigungsaufgaben, deren Bearbeitung die neue Form des Lebensführungssystems zum Ergebnis hat, die in sozialarbeiterischer Perspektive wie oben bereits erwähnt mindestens einen «gelingenderen Alltag» ermöglichen sollte. Der mit dem Begriff der «Bewältigungsaufgaben» zusammenhängende Begriff der (Wiederherstellung der) «subjektiven Handlungsfähigkeit» (Böhnisch 2016)² markiert den grundlegenden Unterschied zur auf Heilung

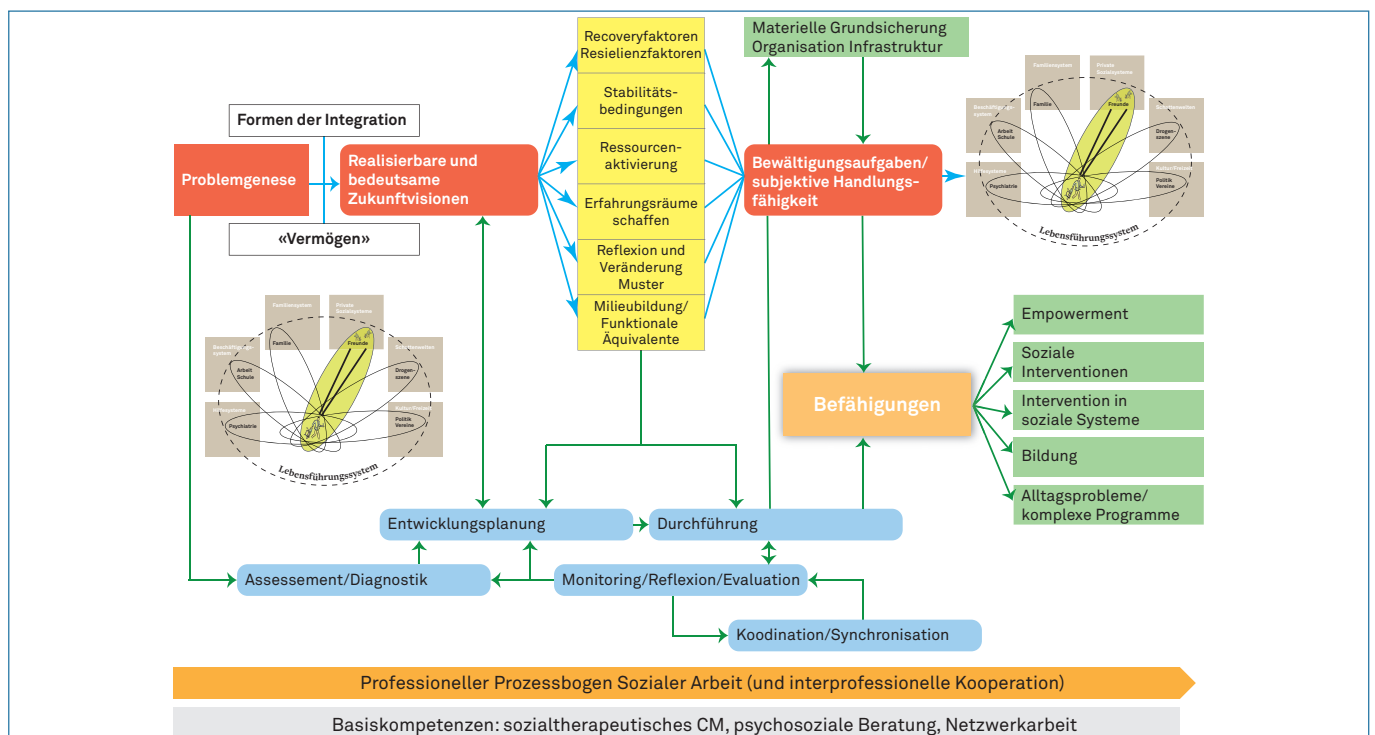


Abbildung 3: Der professionelle Prozessbogen: Veränderung des Lebensführungssystems und Interventionen der Sozialen Arbeit.

abstellenden medizinisch/therapeutischen Perspektive, die auf Behandlung zielt. Der gravierende und im interprofessionellen Zusammenspiel einen Mehrwert generierende Unterschied liegt somit darin, dass die Soziale Arbeit auf «Befähigung» und insofern auf Hilfe zur eigenständigen Lebensbewältigung abstellt. Die in der Grafik an Befähigung anschliessenden Begriffe sind Sammelbegriffe, unter denen diverse Verfahren der Sozialen Arbeit subsumiert werden.³ Es gibt hier eine reiche, bereits bestehende Vielfalt in den aktuellen Praxen. Diese Verfahren gründen in Wissen über Faktoren und Bedingungen, von denen einige in der Grafik zwischen der Vision und den Bewältigungsaufgaben genannt sind. Insbesondere das Schaffen von Stabilitätsbedingungen, die Bereitstellung von Erfahrungsräumen, in denen neue Muster stabilisiert werden können, und schliesslich das Schaffen von funktionalen Äquivalenten für die Sucht und die damit zusammenhängende Milieubildung verweisen auf die soziale Dimension, die schwerpunktmässig von der Sozialen Arbeit bearbeitet wird und sich dann in den methodischen Sammelbegriffen «Materielle Grundsicherung», «Soziale Interventionen», «Interventionen in soziale Systeme» und «Alltagsbewältigung» wiederfinden.

Darunter sind die allgemeinen Prozessschritte professionellen Handelns dargestellt, nämlich Diagnose, Entwicklungsplanung, die Durchführung der Massnahmen sowie deren Evaluation. Die Koordination kommt bei interprofessioneller Kooperation hinzu. Synchronisation steht für eine so fein aufeinander abgestimmte Koordination der Hilfen, dass sie im Veränderungsprozess unmittelbar dynamisch ineinanderwirken. Zu all diesen Prozessschritten bestehen in den verschiedenen Professionen wiederum Verfahren, sodass auch diese Begriffe als systematische Sammelkategorien dienen können. Auch hier besteht sehr viel Kompetenz und Wissen und auch hier müssen wir keineswegs bei null beginnen. Der Punkt ist nun aber: Wie wird die interprofessionelle Kooperation organisiert? Wie werden diese unterschiedlichen Verfahren aufeinander bezogen, sodass eine im Sinne der bio-

psychosozialen Theorie des Menschen optimierte interprofessionelle Kooperation zustande käme?

Koordination als Aufgabe der Sozialen Arbeit

Zunächst bleibt festzuhalten, dass alle beteiligten Professionen grundsätzlich die allgemeinen Prozessschritte für sich vollziehen können müssen, wenn ihr jeweiliges Potenzial erschlossen werden soll. Sodann müsste die jeweilige Entwicklungsplanung aufeinander abgestimmt werden, und zwar strukturiert durch die subjektiv bedeutsame Vision oder Zieldefinition des Menschen mit einem Suchtproblem (und evtl. relevanter Personen in seinem/ihrem Umfeld). Die jeweilige Durchführung obliegt ganz der Hoheit der durchführenden Profession. Das Monitoring, die Reflexion und die Evaluation müssten gemeinsam erfolgen, die Koordination müsste sinnvollerweise von einem der Prozessbeteiligten übernommen werden. Die Frage ist, wer bzw. welche Profession sollte dies sinnvollerweise tun?

Mit dem hier präsentierten professionellen Prozessbogen der Sozialen Arbeit wird die Antwort im Prinzip bereits gegeben, zumindest für alle Fälle, in denen die Soziale Arbeit involviert ist, und das sind alle schweren Fälle von Sucht, die einen jahrelangen Hilfeprozess notwendig machen. Wenn die Hilfen konsequent die betroffene Person und das «übergreifende System» bzw. deren «Lebensführungssystem» ins Zentrum stellen, wie es die vorgestellte biopsychosoziale Theorie und die daraus abgeleiteten Postulate nahelegen, dann wird diejenige Profession sinnvollerweise die Koordination übernehmen, die die Gesamtentwicklung des übergreifenden Systems im Blick behalten kann und das beinhaltet bei Suchtverläufen, dass sie eine längerfristige Begleitung gewährleisten kann. Drittens sollte diese Profession über geeignete Methoden verfügen, kurzfristig und langfristig die Koordination oder sogar die Synchronisation der Hilfen sicherzustellen.

In der Grafik zum Prozessbogen sind ganz unten die dafür notwendigen Basiskompetenzen aufgeführt. Sozialtherapeutisches Case Management,

Methoden der psychosozialen Beratung und Netzwerkarbeit sind notwendig, um einen solchen Prozess der langfristigen Begleitung in der Lebenswelt der Suchtbetroffenen und die darauf bezogene interprofessionelle Koordination zu gewährleisten. Es sind Kompetenzen, die zur Grundqualifikation von Sozialarbeitenden gehören, zumindest wenn sie im Suchtbereich arbeiten. Hinzu kommen Verfahren der Diagnostik, die in der Sozialen Arbeit entwickelt wurden, die das übergreifende System mit einem starken Einbezug der sozialen Dimension erfassen und daher auch als Grundlage für die Koordination geeignet sind, wie z. B. der «person-in-environment-Ansatz» (PIE) (Karls & Wandrei 1994), die «multiperspektivische Fallarbeit» (Müller 2006) oder die Diagnostik des Lebensführungssystems (Hollenstein et al. 2018). Ausserdem sind interessante Weiterentwicklungen im Hinblick auf die Bedarfsermittlung auf der Basis der «funktionalen Gesundheit» und des ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) zu erwähnen (Oberholzer 2013).

Abschliessende Reflexion

Mit den Ausführungen oben wurde der Beitrag der Sozialen Arbeit in der interprofessionellen Kooperation stark gemacht. Suchthilfe von dem «übergreifenden» biopsychosozialen System aus zu denken, also konsequent von der betroffenen Person und ihrem Lebensvollzug/ihrer Lebensführung aus zu denken, führt unmittelbar zu einer Aufwertung der Bedeutung der sozialen Dimension im Vergleich zu einer Konzeption, die Sucht als individuelle Krankheit kodiert. Denn in einer solchen Perspektive, also einer Perspektive, die ernsthaft von einer der Komplexität und Dynamik menschlicher Lebensführung angemessenen Theorie ausgeht, wird es evident, dass individuelle Entwicklungen sich in der Lebenswelt bewähren müssen, wenn eine nachhaltige Veränderung angestrebt wird. Zugleich wird mit dieser Perspektive das salutogenetische Potenzial der sozialen Dimension betont und erschlossen, deren Einfluss auf Krankheit und auf Sucht in der sozialepidemiologischen Forschung eindrücklich nachgewiesen ist

(Berkman et al. 2014; Marmot 2013). Veränderungen auf der sozialen Dimension können sowohl brachliegendes «Vermögen» zur Geltung bringen, als auch biopsychische Entwicklungen auf der individuellen Ebene unterstützen und sogar hervorbringen.

Im Hinblick auf die interprofessionelle Kooperation ist zunächst einmal festzuhalten, dass hier zwar das Schwergewicht auf die Funktionalität der Sozialen Arbeit gelegt wurde, dass aber selbstverständlich – und daher explizit zu betonen – zum «übergreifenden System» die psychischen und biotischen Prozesse dazugehören. Dies wurde mit der biopsychosozialen Theorie des Menschen ausgeführt. Therapeutische Massnahmen auf diesen Ebenen sind daher ebenso selbstverständlich wichtige Komponenten und oftmals überhaupt die Voraussetzung, dass sich im Lebensführungssystem einer Person etwas ändern kann. Stationäre Therapien, deren Wirksamkeit zu grossen Teilen auf dem Ausser-Kraft-Setzen der lebensweltlichen Zusammenhänge und Dynamiken beruht, sind selbstverständlich nicht wegzudenkende Komponenten der Suchthilfe. Allerdings würde ich aufgrund der vorliegenden Ausführungen argumentieren, dass von Anfang an und sehr viel stärker als bisher, die therapeutische und die lebensweltliche respektive soziale Perspektive aufeinander bezogen und miteinander abgestimmt sein müssten. Das genau ist eine der Optimierungsoptionen, für die ich plädiere und zu deren Realisierung eine verbesserte interprofessionelle Kooperation und Koordination beitragen könnte.

Literatur

Beirle, G./Schiepek, G. (2002): Psychotherapie als Veränderung von Übergangsmustern zwischen «States of Mind». Einzelfallanalyse einer systemisch-ressourcenorientierten Kurzzeittherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 52: 214–225.

Berkman, L.F./Kawachi, I./Glymour, M.M. (Hrsg.) (2014): *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.

Böhnisch, L. (2016): *Lebensbewältigung: Ein Konzept für die Soziale Arbeit*. Weinheim: Beltz Juventa.

Elias, N. (1995): *Menschen in Figurationen: Ein Lesebuch zur Einführung in die Prozess- und Figurationssoziologie von Norbert Elias*. Opladen: Leske & Budrich.

Fuchs, T. (2017): *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan: Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption*. 5. aktualisierte und erweiterte Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.

Grawe, K. (2004): *Neuropsychotherapie*. Göttingen/Bern: Hogrefe.

Haken, H. (1992): Synergetik. O. S. in: A. Scheunpflug/K. Seitz (Hrsg.), *Selbstorganisation und Chaos*. Tübingen und Hamburg: Schöppe und Schwarzenbart.

Haken, H./Schiepek, G. (2010): *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. 2. korr. Aufl., Göttingen: Hogrefe.

Hollenstein, L./Calzaferri, R./Dällenbach, R./Rüegger, C./Sommerfeld, P. (2018): Systemisch-biografische Diagnostik des Lebensführungssystems. S. 183–195 in: P. Buttner/S.B. Gahleitner/U. Hochuli Freund/D. Röh (Hrsg.), *Handbuch Soziale Diagnostik. Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit*. Berlin: Verlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Karls, J.M./Wandrei, K.E. (Hrsg.) (1994): *Person-in-environment system: The PIE classification system for social functioning problems*. Washington D.C.: NASW press.

Marmot, M. (2013): *Fair society, healthy lives*. Firenze: Leo S. Olschki.

Müller, B. (2006): *Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit* Freiburg i.Br.: Lambertus.

NAS-CPA – Nationale Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik (2017): *Synthesepapier Finanzierung in der Suchthilfe in der Schweiz*. www.tinyurl.com/y2d8xrbk, Zugriff 8.5.2019.

Oberholzer, D. (2013): *Möglichkeiten und Grenzen der ICF für die Soziale Diagnostik*. S. 107–120 in: S. Gahleitner/G. Hahn/R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik*. Köln: Psychiatrie Verlag.

Plessner, H. (1976): *Die Frage nach der Conditio Humana – Aufsätze zur philosophischen Anthropologie*. Frankfurt: Suhrkamp.

Sommerfeld, P. (2016): *Sucht – ein medizinisches oder ein soziales Problem? SuchtMagazin* 42(6): 27–31.

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: Springer VS.

Thiersch, H. (2014): *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit: Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel* (9. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.

Endnoten

¹ Der Begriff «gelingenderer Alltag» steht für die Theorie von Hans Thiersch, auf die wir uns in der grundlegenden Ausrichtung beziehen. Die epochale Bedeutung seiner Arbeit und dieses unscheinbaren Begriffs besteht darin, dass er theoretisch den Lebensweltbezug der Sozialen Arbeit begründet hat.

² Beide Begriffe repräsentieren die Theorie der Sozialen Arbeit von Lothar Böhnisch, auf die wir uns ebenfalls im Grundverständnis abstützen. Böhnisch hat die Lebensweltorientierung von Thiersch einerseits sozialpolitisch, aber auch gerade mit diesen beiden Begriffen handlungstheoretisch weitergedacht.

³ Was darunter genau zu verstehen ist, kann in Sommerfeld et al. 2016: 236 ff. nachgelesen werden.