

KAPITEL 1: SUCHT – EINE ERKRANKUNG WIE JEDER ANDERE AUCH?

Was Sie in diesem Kapitel lernen können

In diesem Kapitel lernen Sie die Begriffe „Sucht“ und „Abhängigkeit“ kennen und es wird Ihnen nahegebracht, welche grundlegenden Vorstellungen sich mit den Begriffen verbinden. Sie erfahren, welche Implikationen in Hinblick auf Verantwortung, Schuld und Selbstbestimmung mit unterschiedlichen Suchtmodellen assoziiert sind und welche allgemeineren Modelle von Krankheit und Gesundheit dahinterstehen. Abschließend werden Ihnen das Selbstverständnis und die Aufgaben der Sozialen Arbeit und der Klinischen Sozialarbeit innerhalb dieser Diskurse kurz vorgestellt.

1.1 Einleitung

Jeder Betrachtung von Gesundheit und Krankheit liegt ein bestimmtes Menschenbild zugrunde. Menschenbilder implizieren Vorstellungen darüber, wie Menschen krank werden, wie sie wieder gesunden können und welche Anteile sie am Krankheits- und Genesungsprozess tragen. Diese Vorstellungen können explizit oder implizit sein, bewusst oder unbewusst, rational oder irrational. Sie berühren auch immer ethisch-normative Fragen: Sind wir verpflichtet, im Falle einer Erkrankung alles für eine Genesung zu tun? Was ist kranken Menschen zumutbar, was kann man ihnen abverlangen und an welchen Stellen und in welchem Ausmaß sollte die Solidargemeinschaft eintreten? Sucht als eine „Krankheit des Willens“ steht in der Mitte solcher Auseinandersetzungen.

Sucht wurde in Deutschland im Jahr 1968 durch ein Urteil des Bundessozialgerichts als Krankheit mit allen sozialleistungsrechtlichen Folgen und Ansprüchen anerkannt. Trotzdem handelt es sich bei der Sucht für viele Menschen nicht um eine „Krankheit wie jede andere auch“. Sie stellt sich dar als ein schillerndes, herausforderndes Geschehen, das immer wieder durch Medien verschiedenster Art aufgegriffen und inszeniert wird und sich zudem offenbar für Projektionen jeder Art denkbar gut eignet.

In diesem Kapitel soll eine Annäherung an die verschiedenen Sichtweisen, Verständnisse von Sucht vorgenommen werden. Nach einer Auseinandersetzung um die Begriffe Sucht und Abhängigkeit bewegt sich die Auseinandersetzung um die Frage, inwieweit Sucht tatsächlich als eine Erkrankung wie jede andere auch zu verstehen ist und – falls es so sein sollte – welches Modell von Krankheit und Gesundheit dann sinnvoll angewendet werden kann.

1.2 Begriffliche Annäherung

Das Wort „Sucht“ (germ. suhti-, ahd. suht, suft, mhd. suht) geht etymologisch auf „siechen“ (ahd. siuchan, mhd. siechen) zurück, das Leiden an einer Krankheit. Diese Bedeutung findet sich noch heute in vielen Krankheitsbezeichnungen wieder, wie z. B. der Gelbsucht, Schwindsucht oder Wassersucht. Mit dem Begriff „suchen“ ist das Wort Sucht nicht verwandt, obgleich eine Suchtdynamik häufig als erfolglose Suche nach Sinn, nach extremen Erlebnissen, Zuständen oder ähnlichem charakterisiert wird.

In der Alltagssprache hat der Suchtbegriff einen festen Platz erhalten. Sowohl die Abhängigkeit von Substanzen als auch ein als zwanghaft erlebtes Verhalten wird oftmals als „süchtig“ bezeichnet. „Süchtig nach Dir“, „Süchtig nach Schokolade“ oder ähnliche Redewendungen beschreiben ein zwanghaftes Sich-Hingezogen-Fühlen zu Gegenständen, Personen oder auch Verhaltensweisen.

Begriffe wie „Geltungssucht“, „Tobsucht“ beziehen sich eher auf Persönlichkeitsmerkmale von Menschen. In ihnen klingt aber ebenfalls das Merkmal der Übertreibung an und die mangelnde Fähigkeit oder ein Unwille, diese „übertriebenen“ Eigenschaften in gemäßigtere Bahnen zu lenken.

In der Fachwelt wurde und wird der Begriff „Sucht“ auch kritisch diskutiert: Der Begriff „Sucht“ sei äußerst negativ besetzt und würde die Diskriminierung und Marginalisierung von Betroffenen vorantreiben, Stigmatisierungsprozesse verstärken und einen offenen und unvoreingenommenen Umgang mit dem Problem eher verhindern. Vor dem Hintergrund dieser Argumente hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die das diagnostische Manual der International Classification of Diseases (ICD-10, vgl. Kapitel 11: Diagnostik und Diagnosen in der Suchthilfe) herausgibt, im Jahr 1963 den Begriff „Sucht“ (addiction) durch den Begriff der „Abhängigkeit“ (dependence) bzw. durch das „Abhängigkeitssyndrom“ ersetzt.

Doch auch der Abhängigkeitsbegriff erfuhr Kritik: Er verallgemeinere zu stark und verharmlose das Krankheitsgeschehen. Eine Abhängigkeitserkrankung im Sinne des ICD-10 sei beispielsweise mit der Abhängigkeit des Kleinkindes von seinen Bezugspersonen in keiner Weise vergleichbar und würde dem Leid, das oftmals mit einer Abhängigkeitserkrankung verbunden ist, nicht gerecht werden.

So hat sich in der Fachwelt die durch die WHO vorgenommene Umbenennung von „Sucht“ nach „Abhängigkeit“ nicht vollständig durchsetzen können: Die größte deutsche Fachzeitschrift heißt „Sucht“, eine der bedeutsamsten internationalen Fachzeitschriften „addiction“, die Drogenbeauftragte der Bundesregierung gibt jährlich einen „Sucht- und Drogenbericht“ heraus und die „Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen“ vertritt mit wenigen Ausnahmen sämtliche Träger der ambulanten Beratung und Behandlung, der stationären Versorgung und der Selbsthilfe. Die Beratung abhängiger Menschen findet in der Regel in „Suchtberatungsstellen“ statt.

Heute findet sich dementsprechend meist ein synonymer Gebrauch der Begriffe „Sucht“ und „Abhängigkeit“, dem auch in diesem Buch gefolgt wird. Wenn jedoch der Begriff „Sucht“ manchmal zu überwiegen scheint, so ist dies dem Umstand geschuldet, dass sich manche Konstrukte nicht durch den Abhängig-

keitsbegriff ausdrücken lassen: Es gibt ein Suchthilfesystem in Deutschland, aber kein Abhängigkeitshilfesystem.

Konsequenter ist die Umstellung des Begriffs „Rauschgift“ gelungen: Dieser wurde in den vergangenen Jahren und vor dem Hintergrund der o.g. Argumente durch die wertneutraleren Begriffe „Substanzen“, „psychoaktive Substanzen“ oder „psychotrope Substanzen“ fast durchgängig ersetzt.

1.3 Substanzgebundene und substanzungebundene Süchte

Grundsätzlich kann zwischen *substanzgebundenen* und *substanzungebundenen* Süchten unterschieden werden. Substanzgebundene oder auch stoffgebundene Süchte sind immer mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen verbunden; demgegenüber steht bei den substanzungebundenen bzw. stoffungebundenen Süchten ein bestimmtes Verhalten im Zentrum des Suchtgeschehens.

Die WHO geht davon aus, dass das Abhängigkeitssyndrom als Krankheit nur dann zu diagnostizieren ist, wenn dies mit einem Substanzkonsum verbunden ist. Im Kontext des Konsums folgender Substanzen bzw. Substanzgruppen kann laut WHO eine Abhängigkeit entstehen: Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa und Hypnotika, Kokain, weitere Stimulanzien einschließlich Koffein, Halluzinogene, Tabak, flüchtige Lösungsmittel, andere psychotrope Substanzen (Dilling et al. 2015: 46). Damit sind legale Substanzen (z. B. Tabak), illegale Substanzen (z. B. Cannabinoide) und bestimmte Medikamente (z. B. Sedativa) gleichermaßen im ICD-10 aufgenommen, ohne dass der ICD-10 in Hinblick auf den rechtlichen Status einer Substanz eine Unterscheidung vornimmt. In der Tat gibt es hier auch zahlreiche Überschneidungen: Opioide können beispielsweise sowohl als illegales „Straßenheroin“ als auch legal in Form von bestimmten Medikamenten konsumiert werden und dabei gleichermaßen Abhängigkeitserkrankungen auslösen.

Das ebenfalls bedeutsame Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen hat in seiner fünften Revision (DSM-5, Falkai und Wittchen, 2015) demgegenüber die Glücksspielsucht als erste stoffungebundene Sucht in die Gruppe der Abhängigkeitserkrankungen mit aufgenommen.

Andere zwanghafte Verhaltensweisen, wie sie z. B. mit den Begriffen Sexsucht und Kaufsucht ebenfalls als Abhängigkeitserkrankung diskutiert werden, gehören aus der Perspektive von ICD-10 und DSM-5 nicht in die Gruppe der Abhängigkeitserkrankungen. Andere Autoren verweisen darauf, dass nicht der Substanzkonsum im Zentrum einer Abhängigkeitsentwicklung steht, sondern dass vor allem die dahinterstehende Psycho-Dynamik relevant sei (vgl. Kapitel 2: Modelle der Entstehung von Sucht) und dass diese bei den substanzungebundenen wie bei den substanzgebundenen Süchten durchaus vergleichbar sei. Sie plädieren dementsprechend dafür, auch die substanzungebundenen Süchte als Süchte zu betrachten.

In diesem Buch wird in den nachfolgenden Darstellungen der Fokus auf die Substanzen und Suchtformen gelegt, die aus der Perspektive der Praxis der Suchtkrankenhilfe relevant sind.

1.4 Sucht als ein Phänomen der Moderne

Dem übermäßigen Konsum von psychoaktiven Substanzen einen „Krankheitswert“ zuzuordnen, ist ein Phänomen der Moderne. Auch wenn es in vormodernen Zeiten übermäßigen und schädlichen Substanzkonsum gegeben hat (z. B. die legendären mittelalterlichen Trinkgelage), so ist eine Verknüpfung von einem bestimmten Konsumverhalten mit einer Krankheitszuschreibung eine neuzeitliche Idee, weswegen auch von der „*Erfindung der Sucht*“ gesprochen wird (Groenemeyer und Laging 2012). Die „Erfindung“ der Sucht fand in einem gesellschaftlichen Zusammenhang statt, in dem die gesellschaftlichen Anforderungen an den Menschen in Bezug auf Rationalität und Selbstkontrolle sehr viel stärker wurden. Damit wurde Trunkenheit erstmals als ein Mangel an Selbstdisziplin und als Verlust von Selbstkontrolle erfahrbar. Benjamin Rush (1745–1813) war der erste, der übermäßigen Alkoholkonsumformen einen Krankheitswert zugeschrieben hat. Seine Krankheitskonzeption nahm bereits zentrale Merkmale vorweg, die 175 Jahre später mit den Arbeiten von Elvin Morton Jellinek (1890–1963) allgemeine Anerkennung erlangten (vgl. auch Kapitel 3: Psychotrope Substanzen: Alkohol). Rush ging davon aus, dass der Liebe zum Alkohol zunächst eine willentliche Entscheidung vorausgeht, die über ein gewohnheitsmäßiges Trinken dann allerdings zu einer Notwendigkeit wird. Diesen Zustand bezeichnet Rush dann als eine „Krankheit des Willens“. Aus diesem bereits als Sucht bezeichneten Verlangen nach Alkohol wird von Rush der ökonomische Ruin und der soziale Abstieg der betroffenen Individuen abgeleitet; eine soziale Komponente findet sich dementsprechend von Beginn der Auseinandersetzung an um das Phänomen Sucht (ebenda).

Aber erst im Juni 1968 stellte das Bundessozialgericht in Deutschland fest, dass Sucht als Erkrankung anzuerkennen sei und damit die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger für die Kosten von Behandlung und Rehabilitation einzutreten haben. Doch ungeachtet dessen gibt es weiterhin Thematisierungen auf unterschiedlichen Ebenen (Fachöffentlichkeit, medial, unter Betroffenen, z. B. Anonymen Alkoholikern) zu der Frage, ob und inwieweit Sucht tatsächlich eine Erkrankung ist, die einen Menschen „treffen“ kann, wie beispielsweise Rheuma oder Parkinson, oder ob es sich bei der Sucht nicht doch zum großen Teil um eine Art moralisches Fehlverhalten handele. Beide Modelle – Sucht als eine Erkrankung im medizinischen Sinne und Sucht als ein Fehlverhalten – sind aber nicht die einzigen diskutierten Modelle, Vorstellungen bzw. Denkstile zu dem Phänomen Sucht (vgl. Wolf 2003). Sie sollen aber hier herausgestellt werden, da sie in einem engen Bezug zu der Frage stehen, inwieweit ein suchtkranker Mensch für seine Sucht persönlich zur Verantwortung zu ziehen ist und dementsprechend auch, welche Haltung suchtkranken Menschen im Kontext der jeweiligen Modelle zuteilwerden sollte.

1.5 Sucht: Krankheit oder Fehlverhalten?

In einem Aufsatz von Morse (2004) finden sich zusammenfassend die zentralen Argumente der beiden o. g. Perspektiven. Dabei ist wichtig, sich zunächst die Implikationen eines *bio-medizinisch geprägten Krankheitsmodells* zu vergegenwärtigen.

Der bio-medizinische Blick auf Sucht als Erkrankung hat weitreichende Implikationen: Die Medizin geht im Allgemeinen bei einer Erkrankung von einer zugrundeliegenden Störung und darauf bezogenen Symptomen aus, so wie beispielsweise eine Grippeinfektion die Symptome Schnupfen, Husten und Fieber hervorbringt. Zudem wird davon ausgegangen, dass der Erkrankte weder für die zugrundeliegende Störung noch für die jeweiligen Symptome und Anzeichen verantwortlich ist und dass grundsätzlich Erkrankungen als unwillkommene und unangenehme Zustände von Menschen erlebt werden. Die Anzeichen und Symptome unterliegen nicht der willentlichen Steuerung, sondern sie sind lediglich mechanische, biophysische Effekte bzw. Ausdrucksformen der darunterliegenden Pathologie.

Insofern sind die meisten Krankheitsanzeichen und Symptome nicht intentional; Menschen erleiden sie, ohne sie durch willentliche Anstrengung vermeiden zu können. In dieser Logik ist der Suchtkranke nicht verantwortlich für sein Craving (Craving umschreibt das kontinuierliche und nahezu unbezwingbare Verlangen eines Suchtkranken, sein Suchtmittel zu konsumieren, und ist eines der zentralen Momente des Abhängigkeitssyndroms, vgl. Kapitel 11: Diagnostik und Diagnosen in der Suchthilfe) und für die Verhaltensweisen, die er zeigt, um das Craving zu beeinflussen oder zu beenden. Moralisch (und ebenfalls juristisch) kann der Mensch nur für das Verhalten verurteilt werden, bei dem er selber eine Chance hatte, es zu steuern. In diesem Kontext ist eine medizinisch orientierte Antwort nicht wertend, nicht bestrafend und stattdessen therapeutisch ausgerichtet.

Ein zentraler Vorteil der bio-medizinischen Perspektive liegt dementsprechend darin, dass sich hieraus ein akzeptierender, freundlicher, wertschätzender, verständnisvoller und auf Hilfe und Unterstützung ausgerichteter Umgang mit betroffenen Menschen ableiten und begründen lässt (Morse 2004).

Dies ist ein ebenso starkes wie erforderliches Moment in einer Gesellschaft, in der Menschen mit Suchtverhalten immer noch starker *Diskriminierung* und *Stigmatisierung* ausgesetzt sind – der eben skizzierte bio-medizinische Blick in der Bevölkerung also nicht zu dominieren scheint. Room (2005) konnte in einer Übersichtsarbeit zeigen, dass Drogen- und Alkoholabhängigkeit zu den Merkmalen von Menschen zählen, die die stärkste soziale Missbilligung erfahren – und das international. Stigmatisierung und Marginalisierung findet statt in Familien, aber auch in sozialen Institutionen und im öffentlichen Leben. Bei drogen- und alkoholabhängigen Menschen wird oftmals verallgemeinernd davon ausgegangen, dass sie in den wichtigen sozialen Rollen (vor allem in der Familie und im Berufsleben) versagen, dass sie gewaltbereit sind und weitgehend unfähig sind, Verantwortung zu übernehmen (Room 2005). So kann man davon ausgehen, dass sich das oben skizzierte bio-medizinische Modell bislang nicht durch-

setzen konnte und verurteilende Haltungen gegenüber abhängigen Menschen nach wie vor hochprävalent sind. Hierin wird einer der Hauptgründe für die häufig vorfindbaren Verleugnungstendenzen von suchtkranken Menschen gegenüber ihrer eigenen Erkrankung gesehen, mit der Folge, dass Unterstützung oftmals nur sehr spät im Krankheitsverlauf in Anspruch genommen wird und mögliche Genesungs- und Bewältigungsprozesse erschwert oder verunmöglich werden (vgl. Lloyd 2013; Palamar 2013).

1.6 Sucht, Kontrolle und Verantwortung

Aber auch wer eine zugewandte, nicht verurteilende und unterstützende Haltung gegenüber Menschen mit Suchtverhalten in unserer Gesellschaft erreichen möchte, muss anerkennen, dass es Situationen gibt, in denen es unübersehbar wird, dass auch im ausgeprägten Suchtverhalten Elemente von individueller *Steuerungsfähigkeit* enthalten sind: Die Suche und der Gebrauch von Drogen sind intendierte Handlungen; die Willkürmotorik ist beteiligt. Das ist etwas anderes, als bei Masern einen Ausschlag zu bekommen – der Drogenkonsum ist dann eher dem Kratzen vergleichbar. Von daher ist es mehr als nur plausibel anzunehmen, dass der Erkrankte in der Lage ist, zu einem gewissen Grad intentionale Kontrolle über den Drogenkonsum auszuüben bzw. zu erlangen. Darüber hinaus ist es ein hilfreiches und bewährtes Schlüsselement in der Beratung und Behandlung von suchtkranken Menschen, wenn Suchtberater und -beraterinnen suchtkranke Personen ermutigen können, „Verantwortung für das eigene Verhalten zu übernehmen“, sie also genau auf ihre (verbliebene) Steuerungsfähigkeit ansprechen und diese positiv herausheben. Gleiches gilt für die Betonung der Entscheidungsfähigkeit und Autonomie der abhängigkeitskranken Menschen in beratenden und behandelnden Kontexten, der ebenfalls entscheidende Bedeutung für die Bewältigung und Genesung zukommt (vgl. Kapitel 12: Profil und ausgewählte Arbeitsansätze der Sozialen Arbeit im multidisziplinären Feld, Motivierende Gesprächsführung).

Es kann zu Verwerfungen kommen, wenn verantwortliche Menschen nicht als verantwortlich gesehen und behandelt werden. Wenn die bio-medizinische Perspektive in ihrer puristischen Ausprägungsform auch auf intentionales Handeln angewendet wird, führt dies zu einer Objektivierung des Menschen, zu einer bevormundenden, demütigenden Umgangsweise und Herabwürdigung (Morse 2004). Wenn der Wille eines Menschen zur Disposition steht, dann ergeben sich kaum noch Mitspracherechte, z. B. in Hinblick auf Hilfeformen und Behandlungsarten. In aller Regel bringt paternalistisches Verhalten Widerstand hervor, der als Ausdruck des Willens nach Selbstbestimmung zu deuten ist und der die Beziehung zwischen abhängigem Menschen und Berater beeinträchtigen und die Arbeit am „eigentlichen Thema“ und eine Krankheitsbewältigung erschweren kann.

Dies ist insbesondere in der Suchthilfe – in der Kontrollaspekte der Sozialen Arbeit eine besondere Rolle spielen – von hervorgehobener Bedeutung. Einen Ausweg aus diesem Dilemma bietet hier zum einen eine konsequente Trennung

von Person und Verhalten. Das Suchtverhalten darf diskutiert und kritisch hinterfragt werden, auch in Hinblick auf die dadurch hervorgerufenen Risiken und Schäden bei der suchtkranken Person und in ihrem Umfeld. Die Person ist aber dabei immer als unverletzbares Subjekt zu betrachten, dem in jeder Situation uneingeschränkt Würde und Respekt zukommt. Zum anderen gewinnt in der Suchtkrankenhilfe nach langen Jahren der Dominanz der abstinenzorientierten Hilfen das Paradigma der „zieloffenen Hilfen“ zunehmend an Bedeutung, das den Selbstbestimmungsrechten von abhängigen Menschen Rechnung trägt (vgl. Kapitel 8: System der Suchtkrankenhilfe).

Anonyme Alkoholiker und ihr Suchtverständnis

Eine besondere, radikale Position in dieser Debatte um die Steuerungsfähigkeit des Menschen bei einer Suchterkrankung nehmen die Anonymen Alkoholiker ein. Sie folgen strikt dem bio-medizinischen Krankheitsmodell und gehen davon aus, dass der „Alkoholiker sein Trinken nicht kontrollieren kann“ (Anonyme Alkoholiker: <https://www.anonyme-alkoholiker.de/was-ist-alkoholismus/>).

Die Erkrankung im Verständnis der Anonymen Alkoholiker ergreift die körperliche, geistige und seelische Dimension des Menschen, ist fortschreitend, und vollständige Genesung und Gesundheit ist nicht mehr erreichbar. Alkoholismus trifft damit einen Menschen wie der Verlust eines Beines. Anonyme Alkoholiker bestreiten jede eigene Steuerungsfähigkeit über den Alkoholkonsum momentan und für die Zukunft: „Der Wahn, dass wir wie andere sind oder je wieder sein können, muss zerschlagen werden“ (Anonyme Alkoholiker 2016: 35). Dabei muss aber trotzdem die Frage beantwortet werden, wie es sein kann, dass auf der einen Seite der Kontrollverlust und die Aufgabe der Selbstbestimmung als total beschrieben werden, auf der anderen Seite aber zugleich doch zumindest Linderung in Aussicht gestellt wird und diese für viele Menschen offensichtlich auch schon erreichbar war.

Dieses Problem wird im Konzept der Anonymen Alkoholiker derart gelöst, dass die eigene fehlende Steuerungskraft externalisierend spirituellen Kräften zugeschrieben wird: „Unser heutiges Dasein basiert auf der absoluten Gewissheit, dass unser Schöpfer auf eine wunderbare Art den Weg zu unseren Herzen gefunden hat und in unser Leben eingetreten ist. Er hat für uns Dinge vollendet, die wir aus eigener Kraft nie zustande gebracht hätten“ (Anonyme Alkoholiker 2016: 30). So gelingt es, radikal am Konzept der permanent und unwiderrufbar aufgelösten eigenen Steuerungsfähigkeit festzuhalten und gleichzeitig Genesung möglich zu machen und zu erklären.

1.7 Ein bio-psycho-soziales Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Sucht

Vor dem Hintergrund eines Wandels im Krankheitspanorama wurde in den 1970er Jahren ein Perspektivwechsel von der bio-medizinischen Perspektive zur

bio-psycho-sozialen Perspektive eingeläutet. Die Bedeutung der Infektionskrankheiten nahm durch die breite Verfügbarkeit von Antibiotika und durch verbesserte hygienische Bedingungen ab; hingegen gewannen die chronischen und chronisch-degenerativen Erkrankungen (z. B. Herz-Kreislaufstörungen) im Gesamtspektrum der Erkrankungen an Bedeutsamkeit, ebenso wie die psychischen Störungen, zu denen auch die Suchterkrankungen zählen. Das bio-medizinische Modell, das im Hintergrund der großen medizinischen Fortschritte des vergangenen Jahrhunderts stand (z. B. bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten) und einen weitgehend „moralfreien“ und damit entlastenden Blick auf Erkrankungen und Erkrankte erlaubt hatte (s. o.), stand nun zunehmend in der Kritik (Pauls 2013: 98). Die Einwände zielen zum einen darauf, dass im Rahmen des bio-medizinischen Modells der erkrankte Mensch zum Erduldenden und Erleidenden passiviert wird und ihm Subjektivität, Gestaltungswille und -kraft abgesprochen werden. Zum anderen sind im bio-medizinischen Modell die biografischen und sozialen Komponenten aus Krankheitsentwicklung, Krankheitsgeschehen und Krankheitsbewältigung ausgeblendet, Krankheit wird „entpersonalisiert“ und „entsozialisiert“ (Pauls 2013: 96).

Der Psychiater Engel legte im Jahr 1977 (Engel 2012) ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell vor, das neben den somatischen auch psycho-soziale Faktoren zur Erklärung von Erkrankungen heranzog. Damit wurde das Modell des Menschen als einer Art komplexen Maschine abgelöst von einem Modell des Menschen als einem körperlich-seelischen Wesen in seiner ökosozialen Lebenswelt. Die grundlegende Idee dieses Modells besteht darin, dass drei große Bedingungsgefüge von Krankheitsentwicklung existieren – biologisch-organisch, psychisch und sozial –, die in einem sich kontinuierlich ändernden Wechselverhältnis zueinanderstehen (Pauls 2013: 98f). Soziale Faktoren sind in diesem Modell als kausale Faktoren für die Krankheitsentwicklung bedeutsam. Eine grobe Adaptation dieses Modells findet sich in dem multifaktoriellen Modell zur Suchtentwicklung von Kielholz und Ladewig wieder (vgl. Kapitel 2: Modelle der Entstehung von Sucht), in dem die Ursachen einer Suchtentwicklung den drei großen Bedingungsfaktoren Mensch – Umwelt – Drogen zugeordnet werden. Die Bedeutsamkeit sozialer Faktoren für Suchtentwicklung und Suchtbewältigung gilt mittlerweile als gut belegt (vgl. Kapitel 5, 6, 7: Sucht und soziale Ungleichheit, Sucht und Migration, Sucht und Geschlecht).

1.8 Die salutogenetische Perspektive

Eine Erweiterung des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells wurde mit dem Konzept der Salutogenese von Antonovsky vorgelegt: Die *Salutogenese* fragt nicht danach, was den Menschen krankmacht, sondern versucht zu ergründen, warum Menschen trotz Belastungen und Risiken aus dem bio-psycho-sozialen Spektrum gesund bleiben. Neben diesem Blick auf Gesundheit hat die Salutogenese den entscheidenden Beitrag geleistet, Menschen nicht dichotom in gesund und krank zu klassifizieren, sondern ihre jeweiligen Zustände auf einem multidimensionalen *Gesundheits-Krankheits-Kontinuum* zu lokalisieren (Pauls 2013: 98).

103). Damit ergeben sich auch entscheidende neue Perspektiven für die Betrachtung einer Suchterkrankung und ihrer Bewältigungs- und Genesungsmöglichkeit: Es mag sein, dass der Wille und die Steuerungsfähigkeit eines Menschen zu großen Teilen beschädigt sind, aber es gilt, die gesunden Anteile zu identifizieren, dem Bewusstsein zugänglich zu machen und diese zu stärken. Damit wird die *Ressourcenorientierung* zu einem zentralen Anknüpfungspunkt für eine Genesung.

Mit der dichotomen Festsetzung von Gesundheit und Krankheit als zwei sich gegenseitig ausschließende Zustände werden auch zugleich bestimmte Normwerte für Gesundheit und Krankheit festgelegt und kommuniziert. Wenn Krankheit als Abnormität definiert wird, wird damit zugleich Gesundheit als Normalität festgesetzt. Gleichzeitig manifestieren sich diese Normwerte in den diagnostischen Systemen des ICD-10 und DSM-5 (vgl. Kapitel 11: Diagnostik und Diagnosen). Dass die Festlegung dieser Normwerte gesellschaftlichen Einflüssen unterliegt und auch als ein Ergebnis gesellschaftlicher Macht- und Aushandlungsprozesse verstanden werden muss, wurde bereits im ersten Abschnitt dieses Kapitels unter dem Stichwort „Erfindung der Sucht“ hervorgehoben.

1.9 Das soziale Modell von Behinderung

Der Begriff der Behinderung ist im Kontext von Abhängigkeitserkrankungen insofern äußerst relevant, da eine Suchterkrankung als „seelische Behinderung“ im Sinne des SGB IX gilt.

„Behinderung“ ist im Kontext des *sozialen Modells von Behinderung* kein Merkmal einer Person, sondern lässt sich beschreiben als ein komplexes Geflecht von Bedingungen, von denen viele vom gesellschaftlichen Umfeld geschaffen werden. Die Bewältigung dieses Problems obliegt von daher auch nicht dem Gesundheitssystem, sondern es erfordert die gemeinschaftliche Verantwortung der Gesellschaft in ihrer Gesamtheit, die Umwelt so zu gestalten, wie es für eine volle Partizipation der Menschen mit Behinderung an allen Bereichen des sozialen Lebens erforderlich ist (DIMDI 2005: 24f).

Im Rahmen des bio-medizinischen Modells ist der zentrale Anknüpfungspunkt die medizinische Versorgung, und vom politischen Standpunkt aus gesehen geht es grundsätzlich darum, die Gesundheitspolitik zu reformieren. Im Rahmen des sozialen Modells wird dieses Thema zu einer Frage der Menschenrechte. Für dieses Modell ist Behinderung ein politisches Thema (ebenda).

1.10 Soziale Arbeit und Klinische Sozialarbeit

Vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen und des salutogenetischen Modells von Gesundheit und Krankheit öffnet sich – neben der Medizin – das Feld der Bearbeitung von Erkrankungen für weitere Disziplinen und Professionen. Der Sozialen Arbeit kommen im Kontext der Gesundheit und Krankheit von Menschen wichtige Funktionen und Aufgaben zu. Sie sollen an dieser Stelle kurz

skizziert werden. Eine ausführliche Besprechung findet sich im Kapitel 12: Profil und ausgewählte Arbeitsansätze der Sozialen Arbeit im multidisziplinären Feld der Suchthilfe.

Als Expertin für die Soziale Dimension macht sich die Soziale Arbeit für die angemessene Berücksichtigung der sozialen und psycho-sozialen Faktoren in der Krankheitsentstehung, Krankheitsbewältigung und Gesunderhaltung stark. Vor dem Hintergrund der engen Zusammenhänge von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit setzt sie sich für mehr *Chancengerechtigkeit in den Feldern von Gesundheit und Krankheit* ein. So fragt sie z.B. bei der Entwicklung und Einführung neuer Programme in der Suchtprävention, -beratung und -behandlung danach, welche Bevölkerungsgruppen voraussichtlich besonders profitieren und inwieweit neue Programme und Angebote einen Beitrag leisten können zur Verminderung von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. Die Frage des Zugangs und der Zielgruppenspezifität von Angeboten erfährt unter dieser Perspektive besondere Relevanz.

Die Soziale Arbeit bringt darüber hinaus eine *kritische Reflexivität in Hinblick auf normative Zuschreibungen* ein und sucht hier grundsätzlich die Spielräume von Normalität zu erweitern, statt diese zu verkürzen. Die oben angesprochene weit verbreitete Stigmatisierung von Suchtkranken ist nach wie vor ein großes soziales Hindernis der Krankheitsbewältigung, und eine anwaltschaftliche Vertretung von marginalisierten Gruppen der Gesellschaft – auch in der öffentlichen Wahrnehmung – gehört zum Aufgabenspektrum der Sozialen Arbeit.

Zudem macht sich die Soziale Arbeit stark für einen Umgang mit Erkrankung, der nicht nur auf Heilung zielt, sondern ihre Aufgabe auch darin sieht, Menschen auf dem *Kontinuum von Gesundheit und Krankheit zu begleiten* und sie in den einzelnen Phasen entsprechend zu beraten und zu unterstützen. Dabei sind der Respekt und die Achtung vor der Autonomie des Menschen – gerade auch im Bereich der Suchterkrankungen – zentral. Dazu gehört auch ein akzeptierender Umgang mit Lebensentwürfen, die gesundheitsbewusstes Handeln nicht zum Maßstab der Dinge erklären, sondern andere Prioritäten setzen. Er bildet sich auch ab in einer Breite der zur Verfügung stehenden Hilfs- und Unterstützungsangebote für suchtkranke Menschen und für ein System der „zieloffenen“ Hilfen (vgl. Kapitel 8: System der Suchtkrankenhilfe).

Innerhalb der Sozialen Arbeit hat sich seit einigen Jahren die „*Klinische Sozialarbeit*“ etabliert, die sich als eine Fachsozialarbeit insbesondere in den Feldern des Gesundheitswesens versteht (Pauls 2013: 17). Als eine spezialisierte Form der Sozialen Arbeit zeichnet sich die Klinische Sozialarbeit durch einen deutlichen Problembezug aus; sie sieht ihr Gegenüber als hilfebedürftige Klienten und Klientinnen, zu denen auch Drogen- und Alkoholabhängige zählen (Pauls 2013: 18). Klinische Sozialarbeit ist spezialisiert auf beratende und behandelnde Soziale Arbeit in den Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens. Sie betont die subjektive Erfahrung von Krankheit im Gegensatz zur Krankheit als einer objektiv vermessbaren Störung und sieht ihre Aufgaben vor allem in der Krankheitsbewältigung (Ningel 2011: 68). Jedoch wird ebenfalls an dem doppelten Auftrag der Sozialen Arbeit – Hilfe für den Einzelnen und Änderung der Lebensbedingungen – festgehalten (Pauls 2013: 19f). Der Bezug zur Lebens-