

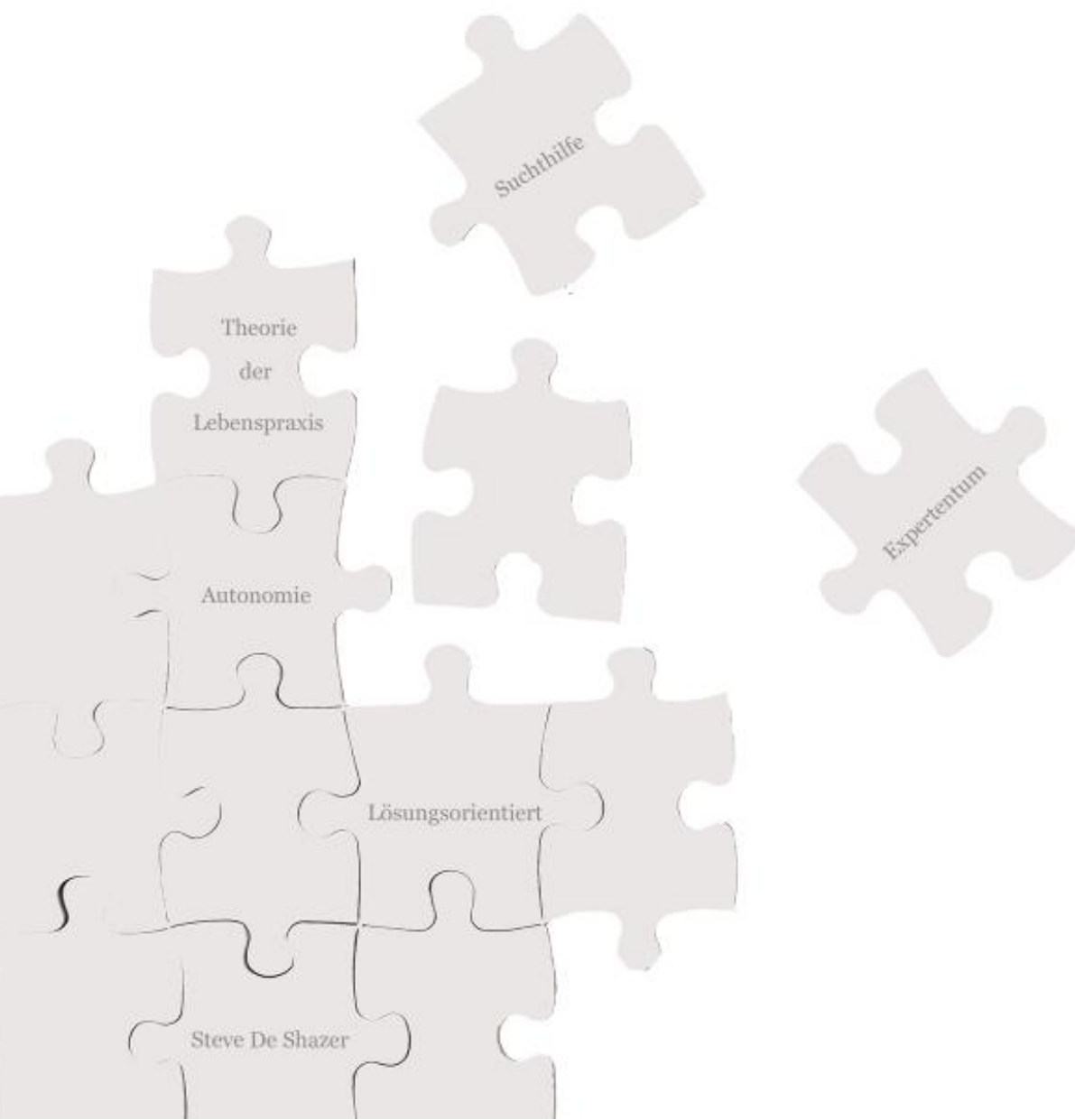
Bachelorthesis zum Erwerb des Bachelors of Science in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule – Departement Soziale Arbeit

Vorgelegt von Michelle Anken und Pascal Reusser

Das Expertentum von Klientinnen und Klienten in der sozialarbeiterischen Suchthilfe

Ein Vergleich kontroverser theoretisch-wissenschaftlicher Modelle und eine bedenkenswerte Alternative



ABSTRACT

Sozialarbeiterisches Handeln bewegt sich kontinuierlich im Tripelmandat, das heisst im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle seitens der Gesellschaft und der Anstellungsträgerinnen und Anstellungsträger, dem impliziten oder expliziten Begehren seitens der Klientinnen und Klienten sowie der Berufsethik, den Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit (Avenir Social, 2010, S. 7). Ausgehend von den Klientinnen und Klienten Sozialer Arbeit stellt sich die Frage, ob, wann und mit welcher Begründung Autonomie eingeschränkt werden darf. Dabei liegt der Fokus auf Klientinnen und Klienten, welche von einer Suchterkrankung psychotroper Substanzen betroffen sind. Anhand der lösungsorientierten Beratung nach Steve de Shazer und der Theorie der Lebenspraxis nach Ulrich Oevermann wird erörtert, ob süchtige Menschen Expertinnen und Experten für ihr Leben sind und inwiefern sie aufgrund von Suchtsteuerung als autonom gelten. Da sich herausstellt, dass die Positionen der lösungsorientierten Beratung und der Theorie der Lebenspraxis bezüglich des Expertentums jeweils sinnvolle, aber nicht kompatible Antworten geben, wird nach einer neuen Auslegung des Expertentums in der sozialarbeiterischen Suchthilfe gesucht. Dabei fällt der Fokus auf konzeptionell-organisatorische Selbsthilfegruppen. Durch Einbezug der Konzeptionen von Selbsthilfegruppen im Suchtbereich wird eine neue Perspektive im Diskurs des Expertentums geschaffen: Alle Individuen verfügen über eine bestimmte Expertise, wobei demnach fraglich wird, ob der Terminus «Expertentum» in der Sozialen Arbeit überhaupt verwendet werden soll.

In Anbetracht der einbezogenen Grundlagen kristallisiert sich im Verlaufe der Bachelor-Thesis ein differenziertes Verständnis von Expertentum heraus. Schliesslich wird dafür plädiert, dass alle durch das Hilfesystem verfügbaren Ressourcen genutzt werden sollen, wobei die Autonomie der Klientinnen und Klienten zu wahren ist. Die Autonomie der süchtigen Klientinnen und Klienten darf jedoch zum Schutz vor Selbstgefährdung von Sozialarbeitenden eingeschränkt werden. Mit Hilfe dieser Erkenntnisse wird erklärt werden, wie nun im Tripelmandat allen Mandaten ethisch und fachlich vertretbar Folge geleistet werden kann.

Um die erwähnten Ressourcen aller nutzbar zu machen, wird zum Schluss der Bachelor-Thesis ein Vorschlag zur lösungs- und einzelfallorientierten Kooperation in der Suchthilfe (LEKS) skizziert, wodurch schliesslich wichtige Aspekte dieser Arbeit aufgegriffen und zusammengeführt werden.

Michelle Anken und Pascal Reusser
Bachelor-Thesis zum Erwerb des Bachelors of Science in Sozialer Arbeit

Das Expertentum von Klientinnen und Klienten in der sozialarbeiterischen Suchthilfe

Ein Vergleich kontroverser theoretisch-wissenschaftlicher Modelle und
eine bedenkenswerte Alternative

Berner Fachhochschule
Departement Soziale Arbeit
Bern, im Dezember 2019

Fachbegleitung
Prof. Dr. Anna Ryser

Zweitgutachten
Prof. Dr. Michael Zwilling

DANKSAGUNG

Wir durften aus unterschiedlichen Quellen Unterstützung während der Erarbeitung unserer Bachelor-Thesis erfahren. Im Austausch mit Mitstudierenden, Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen sowie durch Freunde und Familie wurden wir zu Diskussionen und persönlichen Reflexionen angeregt. Wir danken den eben genannten Personen für diesen informellen Austausch sehr.

Frau Anna Ryser hat uns während unseres Bachelorsemesters begleitet und uns im Arbeitsprozess unterstützt. Auf Frau Ryser ist Verlass – vielen Dank für die fachliche Begleitung. Wir bedanken uns zudem bei weiteren Dozierenden der Berner Fachhochschule, welche sich Zeit für die Beantwortung spezifischer Fragen genommen haben, die sich während der Erarbeitung der Bachelor-Thesis ergaben.

Ein ganz besonderer Dank gilt Frau Anita Patschok und Herrn Klaus Kraimer. Während der Teilnahme an einer Weiterbildung, die von Frau Patschok durchgeführt wurde, stellte sie sich zur Klärung von Fragen hinsichtlich der lösungsorientierten Beratung zur Verfügung. Für Fragen zur Theorie der Lebenspraxis stand uns Herr Kraimer zur Seite. Herr Kraimer ist ehemaliger Gastdozierender der Berner Fachhochschule. Da er in Deutschland wohnhaft ist, fand der Austausch lediglich per Mailverkehr statt. Umso erfreulicher war es, dass er sich ausgesprochen viel Zeit zu unserer Unterstützung genommen hat.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	7
1.1. Ausgangslage	7
1.2. Fragestellung	10
1.3. Vorgehensweise.....	11
1.4. Forschungsstand.....	14
1.5. Erkenntnisinteresse und Hypothese	19
2. Expertinnen und Experten des eigenen Lebens	21
2.1. Die systematische Verortung im methodischen Handeln	21
2.2. Thesen der lösungsorientierten Beratung	28
2.3. Expertinnen und Experten nach Definition der lösungsorientierten Beratung.....	35
2.4. Die lösungsorientierte Beratung in der sozialarbeiterischen Suchthilfe	37
2.5. Suchtklientinnen und -klienten als Expertinnen und Experten: Spezifische Herausforderungen	40
3. Suchthilfe	45
3.1 Definitionen	45
3.1.1 Sucht	45
3.1.2 Suchthilfe.....	46
3.2 Suchtarten.....	48
3.3 Physische, psychische, soziale und kognitive Auswirkungen	49
3.4 Sucht und Selbstgefährdung	51
4. Die Gegenüberstellung von Professionellen und Hilfesuchenden	54
4.1. Oevermanns Theorie der Lebenspraxis.....	54
4.2. Oevermanns Verständnis des Expertentums.....	57
4.3. Die Notwendigkeit der Professionalität im Hinblick auf das Expertentum.....	59
4.4. Vereinbarkeit und Widersprüche der lösungsorientierten Beratung und der Theorie der Lebenspraxis nach Oevermann.....	61
4.5. Sucht als Krise	67
4.6. Suchtkranke als Expertinnen und Experten mit Rückschluss auf Oevermann	70
4.7. Suchtkranke als Expertinnen und Experten mit Rückschluss auf die lösungsorientierte Beratung.....	74
4.8. Zwischenzeitliche Bilanz.....	76
5. Selbsthilfegruppen in der Suchthilfe	78
5.1. Definitionen	78
5.2. Bezug zur Sozialen Arbeit	80
5.3. Bezug zur Suchthilfe	82
5.4. Bezug zur Suchterkrankung	85
5.5. Selbsthilfe in der lösungsorientierten Beratung.....	86

5.6	Selbsthilfe in der Theorie der Lebenspraxis.....	90
6.	Reflexion über Selbsthilfegruppen in der Suchthilfe.....	93
6.1.	Nutzen der Selbsthilfegruppen im Hinblick auf die Suchthilfe	93
6.2.	Notwendigkeit Sozialer Arbeit in der Suchthilfe	96
6.3	Selbsthilfe als Ergänzung	100
7.	Beantwortung der Forschungsfrage	106
7.1	Lösungsorientierte Beratung: Die Klientinnen und Klienten sind die Expertinnen und Experten.....	106
7.2	Theorie der Lebenspraxis: Die Klientinnen und Klienten sind die Hilfesuchenden	109
7.3	Selbsthilfegruppen: Abwendung vom Terminus «Expertentum»	111
7.4	Auswirkungen dieser Perspektiven auf die Soziale Arbeit	112
8.	Diskussion.....	115
9.	Fazit.....	127
10.	Literaturverzeichnis	129
11.	Abbildungsverzeichnis	137

1. EINLEITUNG

1.1. Ausgangslage

In der sozialarbeiterischen Praxis sind Fachpersonen immer wieder mit dem dreifachen Mandat konfrontiert. Das dreifache Mandat, auch Tripelmandat genannt, wurde von Silvia Staub-Bernasconi entwickelt und ausformuliert. Es beschreibt die Verpflichtungen gegenüber der Gesellschaft beziehungsweise der Organisation, in der Fachpersonen tätig sind, gegenüber den Klientinnen und Klienten und die Verpflichtung gegenüber der Profession (zitiert nach Pädagogische Hochschule Freiburg, 2018, S. 3). Im Berufskodex der Sozialen Arbeit wird das dreifache Mandat verdeutlicht: Im fünften Kapitel Absatz zehn wird beschrieben, dass sich «Soziale Arbeit einem dreifachen Mandat verpflichtet: (1) dem Doppelmandat von Hilfe und Kontrolle seitens der Gesellschaft und der Anstellungsträgerinnen und Anstellungsträger, (2) dem impliziten oder offen ausgesprochenen Begehren seitens der Menschen, die Soziale Arbeit nutzen und (3) seitens der Sozialen Arbeit dem eigenen Professionswissen, der Berufsethik und den Prinzipien der Menschenrechte der sozialen Gerechtigkeit» (Avenir Social, 2010, S. 7). Im Nachsatz wird zudem beschrieben, dass das «dritte Mandat Professionelle der Sozialen Arbeit durch mögliche Konflikte zwischen dem ersten und dem zweiten Mandat steuert» (ebd.). Dieser Auszug aus dem Berufskodex zeigt, welchen Instanzen Sozialarbeitende verpflichtet sind und dass damit Konflikte, zum Beispiel in Form von Loyalitätskonflikten oder Interessenskonflikten, einhergehen können. Diese Dilemmata werden aber auch hinsichtlich der Stellung der Klientinnen und Klienten im Hilfeprozess deutlich: Während zum Beispiel die sozialarbeiterische Fachkraft basierend auf ihrem Fach- und Methodenwissen bestimmte Hilfsformen vorsieht, kann die betroffene Person unter Umständen auf ihr Selbstbestimmungsrecht beharren. Die Wahrung der Selbstbestimmung ist zudem ebenfalls im Berufskodex der Sozialen Arbeit verankert, wobei beschrieben wird, dass Klientinnen und Klienten das Anrecht haben, im Hinblick auf ihr Wohlbefinden, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen (ebd., S. 8). Wird dieser Grundsatz der Selbstbestimmung jedoch konsequent verfolgt, entsteht in der sozialarbeiterischen Praxis ein nicht unerhebliches Problem: Wer bestimmt aufgrund welcher Erfahrungen und Wissensstände letztlich die Inhalte, die Ziele und den Ablauf der Interventionen? Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter als fachliche Expertinnen und Experten? Oder die Klientinnen und Klienten als Expertinnen und Experten ihres eigenen Lebens?

Ausgehend von der Methode der lösungsorientierten Beratung nach Steve de Shazer, gelten Klientinnen und Klienten als Expertinnen und Experten ihres eigenen Lebens (De Shazer & Dolan, 2008, S. 221). Anhand dieser These wurden Reflexionen durchgeführt, ob dieses

Prinzip auf alle Klientinnen- und Klientengruppen anwendbar ist. Aus praktischen Erfahrungen entstand Skepsis gegenüber der These. Wenn die Reflexionen der These entlang der sozialarbeiterischen Suchthilfe führen, stellt sich die Frage, ob süchtige Klientinnen und Klienten als Expertinnen und Experten des eigenen Lebens gelten. Anhand von Recherchen, welche im Verlauf der Arbeit dargelegt werden, wird deutlich, dass eine Suchterkrankung diverse negative Folgen mit sich bringt. Ein Beispiel dafür ist die Selbstgefährdung im Hinblick auf physische und psychische Schädigungen. Da jedoch gemäss dem dreifachen Mandat das zweite Mandat beschreibt, dass Bedürfnisse und Absichten von Klientinnen und Klienten respektiert und geachtet werden müssen, scheint es auf den ersten Blick so, dass die Autonomie von Suchtklientinnen und Suchtklienten in vollem Umfang gewahrt werden muss, wobei die Selbstgefährdung zweitrangig ist. Ausgehend davon, dass der Konsum von Substanzen der Prävention und der Verhinderung von Selbstgefährdung vorgeht, ergibt sich ein Konflikt mit der aktuellen Suchtpolitik in der Schweiz. Das Bundesamt für Gesundheit in der Schweiz (BAG) schreibt vor, dass Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Frühintervention in der Suchtprävention wichtige Eckpfeiler sind. Ziel ist es dabei, negativen Folgen vom Substanzkonsum vorzubeugen sowie Abhängigkeit zu verhindern (Bundesamt für Gesundheit, 2019). Gemäss dieser Stellungnahme des Bundes wird versucht, den Konsum von Suchtmitteln zu bekämpfen beziehungsweise einzudämmen. Es liegt somit im Interesse des Staates, aktiv gegen den Konsum von Suchtmitteln vorzugehen und gesundheitliche Schäden zu verhindern. Wenn nun das Prinzip der lösungsorientierten Beratung herangezogen wird, dass alle Klientinnen und Klienten – auch mit Suchtproblemen – Expertinnen und Experten ihres eigenen Lebens sind, scheint die Stellungnahme des Bundes insofern widersprüchlich zu der These der lösungsorientierten Beratung, wenn süchtige Klientinnen und Klienten nicht Abstinenz anstreben, jedoch aufgrund der Zielsetzung des Bundes Abstinenz anstreben müssen und dieses Ziel von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter der Suchthilfe aktiv im Beratungsprozess verfolgt wird.

Aufgrund dieser Ausgangslage wurde nach alternativen Ansätzen der Sozialen Arbeit gesucht, welche den Expertinnen- und Expertenbegriff anders definieren. Dabei wurde die Aufmerksamkeit nach diversen Recherchen unter anderem auf die Theorie der Lebenspraxis nach dem Soziologen Ulrich Oevermann gelenkt. Oevermann beschreibt in seiner Theorie der Lebenspraxis, dass Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit nicht Expertinnen und Experten ihres Lebens sind, da sie in einer Problemlage stecken, die sie selbstständig nicht mehr bewältigen können (2009, S. 114). Damit die Problemlage bewältigt werden kann, sind Fachkräfte nötig. Als Fachkräfte werden Sozialarbeitende aufgefasst, welche die

Problemlagen stellvertretend für die Klientinnen und Klienten lösen. Dadurch gelten die Fachkräfte als Expertinnen und Experten (ebd., S. 121). Insbesondere bei Suchterkrankungen scheint es plausibel und sinnvoll, wenn Fachkräfte in dem Sinne Einfluss nehmen, dass zumindest Selbstgefährdung vermieden werden kann. Die Theorie der Lebenspraxis nach Oevermann lässt sich zudem mit den Standpunkten des Bundesamtes für Gesundheit vereinen, indem aktiv gegen den Substanzkonsum vorgegangen wird. Dadurch kann auch die Verpflichtung gegenüber dem ersten Mandat des Dreifachmandates eingehalten werden, dass die Funktionen und Aufgaben des Staates (explizit die Suchtprävention) eingehalten werden.

Der Begriff des Expertentums zeigt anschaulich, dass durch die unterschiedlichen Auffassungen der verschiedenen Ansätze diverse Konflikte zwischen dem ersten und dem zweiten Mandat entstehen. So zeigt sich ein Konflikt im Hinblick auf die lösungsorientierte Beratung in der Suchtstrategie des Bundes, die Abstinenz als Ziel vorgibt, und der Selbstbestimmung, die aus Sicht der lösungsorientierten Beratung in jedem Fall gewahrt werden soll. Die Theorie der Lebenspraxis nach Oevermann ist mit der Suchtstrategie des Bundes kompatibel, jedoch wird dabei die Absicht der Klientin oder des Klienten nicht berücksichtigt (zweites Mandat). Es entsteht lediglich dann kein Konflikt zwischen dem ersten und dem zweiten Mandat, wenn die Klientin oder der Klient von sich aus Abstinenz anstrebt. Durch Einbeziehung des dritten Mandates, der Verpflichtung gegenüber der Sozialen Arbeit als Profession, kann es möglich sein, diesen umschriebenen Konflikt zwischen dem ersten und dem zweiten Mandat zu lösen. Mit der vorliegenden Bachelorarbeit soll versucht werden zu erläutern, wie der Begriff des Expertentums in den verschiedenen Konzepten, Modellen und Theorien der Sozialen Arbeit ausgelegt wird. Da die Methode der lösungsorientierten Beratung und die Theorie der Lebenspraxis nach Oevermann im Lehrangebot der Berner Fachhochschule, im Fachdiskurs und in der Praxis der Sozialen Arbeit relevant sind, ist es aus wissenschaftlicher Sicht sinnvoll und notwendig, eine einheitliche und kompatible Auslegung zu finden, damit über den Begriff des Expertentums aufgeklärt werden kann. Durch die Erörterungen und Nachforschungen in dieser Bachelorarbeit wird zudem auch der Verpflichtung gegenüber der Sozialen Arbeit als Profession Folge geleistet (drittes Mandat des Dreifachmandates). Durch die Untersuchung und den Nachforschungen wird, wie bereits erwähnt, unter anderem versucht, den Konflikt zwischen dem ersten und zweiten Mandat zu lösen, indem eine einheitliche Auslegung des Terminus Expertentum aus sozialarbeiterischer Sicht gefunden wird.

1.2. Fragestellung

Im vorgängigen Kapitel wurde auf den Konflikt der Sozialen Arbeit zwischen den Aufgaben des Staates (Anstellungsträger) und den Klientinnen und Klienten (Menschen, die Soziale Arbeit nutzen) hingewiesen. Insbesondere mit Hilfe der lösungsorientierten Beratung nach Steve de Shazer und der Theorie der Lebenspraxis nach Ulrich Oevermann konnte der Widerspruch anhand des Begriffes des Expertentums in der Sozialen Arbeit erläutert werden, welcher durch das sozialarbeiterische Dreifachmandat untermauert wird. Diese Problematik zeigt sich dabei nicht nur bei einer gedanklichen Anwendung, sondern täglich in der sozialarbeiterischen Praxis. Die Vorstellung, dass der Konsum von Suchtmitteln in gewisser Weise legitimiert werden kann durch die lösungsorientierte Beratung, wirft zahlreiche Fragen auf. Jedoch ist diese Legitimierung mit der Wahrung der Autonomie jedes Individuums verbunden, das heisst, es liegt in der Entscheidungsfreiheit des Individuums, ob und in welchem Mass Substanzen konsumiert werden oder nicht. Jedoch verfolgt die Suchtprävention das Ziel, Suchterkrankungen vorzubeugen und Folgeschäden gering zu halten. Wenn die Theorie der Lebenspraxis nach Ulrich Oevermann herangezogen wird, scheint das Vorgehen bei einer Problemlage wesentlich direkter zu sein, als es bei der lösungsorientierten Beratung der Fall ist. Dies zeigt sich daran, dass die Klientinnen und Klienten nach Oevermann nicht als Expertinnen und Experten gelten. Diese Absprache des Expertentums bei den Klientinnen und Klienten und die Zuschreibung des Expertentums auf Seite der Fachkräfte haben auf den ersten Blick zur Folge, dass Sozialarbeitende dadurch in eine Machtposition und Klientinnen und Klienten in gewisser Weise degradiert werden. Dies ist in jeglicher Weise zu vermeiden und entspricht nicht dem Berufskodex der Sozialen Arbeit, welcher beispielsweise auch das Prinzip der Ermächtigung von Individuen, Selbstbestimmung und Akzeptanz umfasst und als wichtige Grundhaltung von Fachkräften der Sozialen Arbeit gilt (Avenir Social, 2010, S. 8-9). Die Thematik des Expertentums geht somit auch mit einem Haltungs- und Wertediskurs einher, welcher Hinweise auf die Rollen von Sozialarbeitenden und auch auf die Rollen der Klientinnen und Klienten gibt. Die Untersuchung des Expertentums in der Sozialen Arbeit ist vielschichtig und zieht weitere Fragen nach sich. Es ist jedoch eine Voraussetzung, dass vorerst zu klären ist, wie Expertentum in der Sozialen Arbeit verstanden wird. Dies führt zu folgender Forschungsfrage, welche in der vorliegenden Bachelorarbeit thematisiert und beantwortet wird:

Wie wird das Expertentum von suchtkranken Klientinnen und Klienten in ausgewählten wissenschaftlich-theoretischen Modellen definiert und welche Auswirkungen ergeben sich aus diesen Perspektiven für die Profession Soziale Arbeit im Allgemeinen und für die sozialarbeiterische Suchthilfe im Besonderen?

Die Forschungsfrage beschränkt sich auf das Expertentum von suchtkranken Klientinnen und Klienten, da aufgrund der Sucht häufig andere Handlungsmotive vorliegen, als es bei Klientinnen und Klienten Sozialer Arbeit ohne Suchtprobleme der Fall ist. Wie bereits erwähnt, geht die Untersuchung des Vorhandenseins von Expertentum bei süchtigen Menschen auch mit einer Auseinandersetzung von Werthaltungen und Menschenbildern einher. Wichtige Themen sind dabei die Autonomie der Klientinnen und Klienten, ihr Schutz vor Selbstschädigung sowie die pathologische oder salutogenetische Haltung im Sinne der Werthaltungen gegenüber einer Sucht.

In der Fragestellung wird von wissenschaftlich-theoretischen Modellen gesprochen. Damit sind vorerst konkret die Theorie der Lebenspraxis und die lösungsorientierte Beratung gemeint. Es wurde der Terminus «wissenschaftlich-theoretische Modelle» gewählt, weil mit einer Theorie und einer Methode gearbeitet wird. Mit dem Begriff «wissenschaftlich-theoretische Modelle» können zur Prägnanz der Fragestellung die Theorie und die Methode in einem erwähnt werden. Wie bereits beschrieben, widersprechen sich die Theorie der Lebenspraxis und die Methode der lösungsorientierten Beratung im Hinblick auf das Expertentum. Ziel der Erörterung ist es daher zu ermitteln, wie und mit welcher Begründung Suchtklientinnen und Suchtklienten Expertentum zugeschrieben wird – oder eben nicht – und welche Rolle Sozialarbeitende der Suchthilfe dabei innehaben. Wichtig ist dabei, dass sozialarbeiterische Suchthilfe klar von der Suchttherapie abgegrenzt wird. Sozialarbeitende können keine Suchttherapie leisten, deswegen wird von der sozialarbeiterischen Suchthilfe gesprochen. Die Suchttherapie sowie auch die sozialarbeiterische Suchthilfe wird im Verlaufe der Arbeit noch genauer definiert.

1.3. Vorgehensweise

Die Forschungsfrage beinhaltet die Untersuchung mehrerer Thematiken in der Sozialen Arbeit. Als Ausgangspunkt wird die lösungsorientierte Beratung gewählt, da sie allen Klientinnen und Klienten Expertentum zuspricht. Damit die lösungsorientierte Beratung korrekt im methodischen Handeln Sozialer Arbeit verortet werden kann, wird sie mit Hilfe der Systematik nach Franz Stimmer genauer untersucht. Nach der Verortung werden die für die Bachelor-Thesis relevanten Inhalte dargelegt und der Begriff des Expertentums gemäss der

lösungsorientierten Beratung erläutert. Die Ergebnisse werden danach auf Klientinnen und Klienten übertragen, die im Zusammenhang mit einer Suchtproblematik stehen. Damit jedoch klar wird, was genau der Auftrag der sozialarbeiterischen Suchthilfe ist, wird in einem weiteren Kapitel erklärt, was es bedeutet, süchtig zu sein und welche Suchtarten es gibt. Im Zuge der Bachelor-Thesis wird das Thema Sucht eingegrenzt auf substanzgebundene Süchte, wobei psychotrope Substanzen im Fokus stehen. Tabaksucht wird demnach ausgeschlossen. Beispiele für psychotrope Substanzen sind legale und illegale Drogen, zum Beispiel Alkohol, Cannabis, Kokain oder Opioide. Davon können substanzungebundene Süchte abgegrenzt werden, bei denen ein bestimmtes Verhalten und nicht eine bestimmte Substanz im Vordergrund steht (Laging, 2018, S. 15). Substanzungebundene Süchte sind beispielsweise Internetsucht, Magersucht oder Sportsucht. Bei der vorliegenden Arbeit werden einerseits aufgrund der begrenzten Seitenzahl substanzgebundene Süchte fokussiert, andererseits auch aus dem Grund, dass der Konsum von psychotropen Substanzen schädliche und meistens zeitnahe Auswirkungen auf kognitive, psychische und physische Prozesse haben. Infolgedessen wird die Annahme vertreten, dass dies auch auf das Expertentum von suchtkranken Personen Einfluss nehmen kann.

Nachdem das Thema Sucht aufbereitet und ebenfalls die Erkenntnisse auf den Begriff des Expertentums übertragen wurden, wird mit der Theorie der Lebenspraxis nach Ulrich Oevermann ein Gegenpol herangezogen, der den Klientinnen und Klienten das Expertentum abspricht. Es wird erklärt, wieso das Expertentum den Fachpersonen der Sozialen Arbeit zugesprochen wird und nicht den Klientinnen und Klienten. Ein wichtiger Teil von Oevermanns Theorie ist die Argumentation der Professionalisierungsbedürftigkeit der Sozialen Arbeit. Es wird aufgezeigt, wieso es nach Oevermann unumgänglich ist, dass die Soziale Arbeit als Profession gilt und weiterhin professionalisierungsbedürftig ist. Hier wird der Begriff des professionellen Habitus von Oevermann aufgegriffen, welcher aufzeigt, wieso eine fachliche und professionalisierte Ausbildung im Bereich der Sozialen Arbeit nötig ist. Da der Ausgangspunkt der Frage nach Expertentum die lösungsorientierte Beratung ist und die Theorie der Lebenspraxis aufgrund der Erkenntnisse daraus herangezogen wird, wird auf eine Verortung im methodischen Handeln Sozialer Arbeit nach der Systematik von Franz Stimmer verzichtet. Nachdem auch Oevermanns Position erläutert wurde, folgt eine Gegenüberstellung der lösungsorientierten Beratung und der Theorie der Lebenspraxis. Dabei werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet. Nach der Gegenüberstellung wird versucht, eine Sucht als Krise beziehungsweise als Problem nach dem Verständnis nach Ulrich Oevermann aufzufassen. Danach wird im Hinblick auf die lösungsorientierte Beratung sowie im Hinblick auf die Theorie der Lebenspraxis eingeschätzt, inwiefern süchtige Menschen als Expertinnen und Experten gelten. Zur

Beantwortung, ob nach der Theorie der Lebenspraxis süchtige Menschen als Expertinnen und Experten gelten, wird ein erstes Gedankenexperiment skizziert.

Da sich herausstellt, dass die Theorie der Lebenspraxis und die lösungsorientierte Beratung tendenziell als zwei Extrempositionen im Diskurs über das Expertentum gelten und kaum miteinander kompatibel sind, wird nach einer möglichen Alternative im Diskurs gesucht, bei der Expertentum auf eine weitere Weise definiert wird. Aus der Recherche nach einer Alternative ging die konzeptionell-organisatorische Selbsthilfe in Form von Selbsthilfegruppen hervor. Selbsthilfegruppen liefern ein alternatives Konzept, wie in der Suchthilfe gearbeitet werden kann. In einem ersten Teil wird genauer vorgestellt, was Selbsthilfegruppen in der Suchthilfe überhaupt sind und wie methodisch vorgegangen wird. Daraus ergeben sich zahlreiche Vorteile, welche dafürsprechen würden, dass die Suchthilfe verlagert wird in den Bereich der Selbsthilfegruppen. Anhand eines weiteren Gedankenexperimentes wird versucht zu erörtern, ob eine gänzliche Verlagerung der Suchthilfe in den Kompetenzbereich von Selbsthilfegruppen möglich wäre. Es wird einerseits aufgezeigt, was dafürsprechen würde, die Suchthilfe gänzlich in den Bereich der Selbsthilfegruppen zu verlagern. Andererseits wird auch aufgezeigt, wo die Konzepte von Selbsthilfegruppen Mängel aufweisen und eine gänzliche Verlagerung schwierig werden kann. Dabei wird versucht, konkret die Begriffe des Expertentums und der Professionalität einzubeziehen. Aus dieser Abwägung von Möglichkeiten und Grenzen der Selbsthilfegruppen wird danach ein Vorschlag gemacht, wie die Ressourcen aus Selbsthilfegruppen im Bereich der Suchthilfe im Sinne einer Zusammenarbeit zwischen staatlich subventionierten Trägern aus der Suchthilfe und von der (meist) privatfinanzierten Suchthilfe der Selbsthilfegruppen genutzt werden können. Daraus wird sich eine Einschätzung der Verwendung des Begriffes des Expertentums in der Suchthilfe ableiten lassen, welche schliesslich auch Teil der Beantwortung der Fragestellung dieser Bachelorarbeit sein wird. Nachdem der Begriff des Expertentums von Seiten der lösungsorientierten Beratung, von Seiten der Theorie der Lebenspraxis nach Ulrich Oevermann und von Seiten der Selbsthilfegruppen beleuchtet wurde, wird die Fragestellung der Bachelor-Thesis beantwortet werden können. Nach der Beantwortung werden in Form einer generellen Diskussion allgemeine Erkenntnisse der Bachelor-Thesis sowie weiterführende Gedanken diskutiert. Die generelle Diskussion dient schliesslich dazu, die in der Bachelor-Thesis verwendeten Argumentationsgrundlagen nochmals aufzugreifen und kritisch zu würdigen. Zu guter Letzt wird in einem Fazit der Arbeitsprozess der Bachelor-Thesis beurteilt sowie der persönliche Nutzen der gewählten Thematik abgewogen.

1.4. Forschungsstand

Im Feld der Suchthilfe ist seit den 1970er-Jahren zu beobachten, dass abstinenzorientierte Therapien zunehmend Kritik erfahren. Jedoch orientiert sich die nationale Suchtstrategie der Schweiz nach wie vor an dem Abstinenzparadigma. Das Abstinenzparadigma orientiert sich daran, dass abhängige Menschen nur durch Abstinenz von der Sucht befreit werden können und sich durch Abstinenz die Folgeprobleme einer Sucht von alleine lösen (Laging, 2018, S. 108-109). Gemäss dieser Überlegung würden alternative Behandlungsformen, zum Beispiel der kontrollierte Konsum, lediglich dazu führen, dass die Sucht an sich nicht bearbeitet und somit nicht das Ziel des Ausstieges aus der Sucht verfolgt wird. Kritische Stimmen äussern jedoch, dass es diverse Gründe gibt, weshalb Abstinenz nicht für jede abhängige Person die Lösung ist. Gründe sind zum Beispiel, dass bereits diverse Abstinenzbehandlungen gescheitert sind, dass Süchtige gar nicht abstinenz leben wollen oder dass die Abstinenz überfordert (ebd., S. 109). Aus den kritischen Stimmen der Drogenpolitik, insbesondere aus Stimmen von Fachverbänden liberaler Kreise, entwickelten sich Konzepte der zieloffenen Hilfen, wobei sich diese am kontrollierten Konsum und der Schadensminderung orientieren. Beim Argumentarium der Konzepte der zieloffenen Hilfen zeigt sich, dass das Thema der Selbstbestimmung von zentraler Bedeutung ist. Während den abstinenzorientierten Therapien gemäss den kritischen Stimmen die Selbstbestimmung und Wahlfreiheit gefehlt hat, können zieloffene Hilfen hingegen genau das bieten. Klientinnen und Klienten erfahren dadurch die Möglichkeit, die Form von Suchthilfe zu wählen, die am besten zu ihrer Bedarfslage passt (ebd.). Diese Wahlfreiheit spiegelt auch die Haltung wider, die bei der lösungsorientierten Beratung vertreten wird, dass Klientinnen und Klienten Expertinnen und Experten ihres eigenen Lebens sind und somit – im Hinblick auf zieloffene Hilfen – auch wissen, welchen Bedarf sie an Suchthilfe haben. Die Wahrung und Wiederherstellung der Autonomie ist eines der wichtigsten Ziele der lösungsorientierten Beratung (Bamberger, 2015, S. 17). Durch die Anwendung von zieloffenen Hilfen, wobei Klientinnen und Klienten (mit-)bestimmen können, in welcher Form sie Suchthilfe annehmen, wird Autonomie gewahrt und es werden ihnen keine Interventionen im Hinblick auf Abstinenzorientierung aufgezwungen, die nicht selbst von den Klientinnen und Klienten gewollt sind. Ein interessanter Gedanke dazu verfolgt auch die Soziologin Gundula Barsch, welche das Konzept der «Drogenmündigkeit» skizziert hat. Barsch beschreibt, dass sich das Abstinenzparadigma lediglich auf die zwei Pole Abhängigkeit und Abstinenz stütze (2013, S. 141). Etwas dazwischen gäbe es nicht. Eine Folge davon sei auch, dass Konsummuster nicht genauer analysiert beziehungsweise differenziert werden (Barsch, 2008, S. 16). Mit der Abhängigkeit gehe die Vorstellung einher, dass Süchtige jeglichen Steuer- und Kontrollmechanismen unterliegen und diese nur bei Abstinenz wieder zurückerhalten

(Barsch, 2013, S. 141). Dieses Argument wird auch als Substanzfixierung bezeichnet, wobei lediglich die chemisch-pharmakologische Wirkung der verschiedenen Substanzen betrachtet wird. Dabei betont wird die Förderung von Krankheit durch den Konsum. Das Individuum selbst wird dabei ausgeblendet. Es werden lediglich die Erkenntnisse aus der Medizin beachtet. Das eigensinnige Entscheiden und Handeln eines Individuums bleibt ungeachtet, ebenso wie der jeweilige Kontext (ebd., S. 144). Mit dem Abstinenzparadigma geht die Vorstellung einher, dass Substanzkonsum in Form von genussvollem und selbstkontrolliertem Gebrauch nicht möglich sei. Konsum geschehe unter Zwängen und verlorener Autonomie (Barsch, 2008, S. 15). Diese Auffassung zeigt, dass aus Sicht des Abstinenzparadigmas das Argument gilt, dass Süchtige nicht als Expertinnen und Experten des eignen Lebens gelten, da sie der Suchtsteuerung unterliegen und die eigenen Steuer- und Kontrollfunktionen verloren haben. Sie sind der Sucht in gewisser Weise ausgeliefert und wissen nicht mehr, was gut für sie ist. Fundiert wird diese Sichtweise mit Hilfe von Argumenten aus der Medizin, zum Beispiel der Suchtfixierung, das heisst, dass die Folgen des Konsums so gravierend sind, dass ein vernünftiger und autonomer Mensch keine Substanzen konsumieren würde. Barsch beschreibt, dass diese Haltung jedoch realitätsfremd und diktatorisch sei und dass dadurch keine nachhaltige Suchthilfe in dem Falle geleistet wird, in dem Süchtige nicht abstinent leben wollen (2013, S. 142). Konzepte der zieloffenen Hilfen werden dem Abstinenzparadigma entgegengestellt und eröffnen neue Blickwinkel. Es werden Einblicke in die Lebenswelt von abhängigen Menschen möglich, die nicht den Stereotypen des Abstinenzparadigmas entsprechen. Es wird versucht, das starre zweipolige Denken aufzubrechen, indem Beispiele aufgezeigt werden, bei denen Süchtige durch den Substanzkonsum nicht verelendet oder sozial desintegriert, sondern sozial wie auch beruflich integriert sind (Barsch, 2008, S. 15). Das Konzept der Drogenmündigkeit nach Gundula Barsch setzt bei den Fähigkeiten der Individuen an. Jedem Individuum wird die Fähigkeit zugesprochen, angemessen mit psychotropen Substanzen umgehen zu können (ebd., S. 16). Barsch formuliert den Leitsatz «Akzeptanz statt Abstinenz», wobei Akzeptanz nicht als Resignation interpretiert wird, sondern als Möglichkeit der Suchthilfe. Die Akzeptanz baut auf den Fähigkeiten auf, die Süchtige mit sich bringen und die bei der Drogenmündigkeit genutzt werden. Drogenmündigkeit definiert sich dadurch, dass durch eigene Fähigkeiten, Kenntnisse, Fertigkeiten, Willensbildungen und Bereitschaften Süchtige befähigt werden, sich eigenständig in vielfältigen Alltagssituationen zu orientieren und einen erfolgreichen Umgang mit Drogen zu finden (Barsch, 2013, S. 156). Dies zeigt, dass Süchtigen die Fähigkeit, autonom zu handeln, zugesprochen wird, was beim Abstinenzparadigma nicht der Fall ist. Bei der Anwendung des Konzeptes der Drogenmündigkeit werden Suchtklientinnen und Suchtklienten darin bestärkt, eigene

Entscheidungen zu treffen. Barsch beschreibt in selbstverständlicher Art und Weise, dass Suchtklientinnen und Suchtklienten das Vermögen haben, eigenständige und realistische Entscheidungen treffen zu können und diese nicht durch andere, zum Beispiel Fachpersonen, legitimiert werden müssen (ebd., S 161).

Im Hinblick auf die Methode der lösungsorientierten Beratung lassen sich einige Gemeinsamkeiten mit der Haltung der Drogenmündigkeit feststellen. Wie erwähnt ist eines der Ziele der lösungsorientierten Beratung die Erhaltung und Wiederherstellung der Autonomie jedes Individuums. Durch das Konzept der Drogenmündigkeit wird die Autonomie von Suchtklientinnen und -klienten zu jeder Zeit gewahrt, indem sie ein aktives Mitspracherecht in der von ihnen genutzten Form der Suchthilfe haben. Das Konzept der Drogenmündigkeit basiert auf einer demokratisch-emanzipatorischen Grundhaltung, die davon ausgeht, dass eine Vielzahl von Menschen grundsätzlich richtige Entscheidungen für sich treffen kann – dies auch im Umgang mit psychoaktiven Substanzen (ebd.). Diese Grundhaltung korreliert mit der Grundhaltung der lösungsorientierten Beratung, dass Klientinnen und Klienten Expertinnen und Experten des eigenen Lebens sind und eigenständig Lösungen für ein Problem hervorbringen können, wobei lösungsorientierte Fachpersonen lediglich eine unterstützende Funktion haben. Klientinnen und Klienten bauen Lösungen beziehungsweise Entscheidungen auf ihren eigenen Ressourcen und Erfolgen auf und finden auf diesem Wege einen Umgang mit Problemlagen (De Shazer, 2010, S. 68). Demnach ist aus Sicht der lösungsorientierten Beratung ein Mitbestimmungsrecht der Klientinnen und Klienten in der Suchthilfe zu gewähren. Zudem ist anzumerken, dass aus der Perspektive der lösungsorientierten Beratung aufgezwungene Lösungen gemieden werden müssen. Dies zeigt sich in der Funktion der lösungsorientierten Fachperson, wobei Interventionen auf ein Minimum beschränkt werden und sie lediglich als Begleiterinnen und Begleiter auf dem Weg der Lösungsfindung fungieren. Die Lösung an sich entwickeln jedoch die Klientinnen und Klienten (De Shazer, 1990, S. 63).

Im Hinblick auf die Theorie der Lebenspraxis nach Ulrich Oevermann kann ebenfalls festgehalten werden, dass die Wiederherstellung der Autonomie in jedem Fall verfolgt wird. Oevermann beschreibt zwar, dass Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit in der Problemsituation stellvertretend für die Klientinnen und Klienten Schwierigkeiten bewältigen, jedoch nur so lange, bis Klientinnen und Klienten wieder in der Lage sind, eigenständig die Problemlagen zu bewältigen (zitiert nach Kraimer, 2009, S. 81). Obwohl es aus Sicht der Lebenspraxis nach Oevermann gewisse Ähnlichkeit gibt mit dem Abstinenzparadigma (etwa, dass Fachpersonen in der Problemsituation für die Klientinnen und Klienten agieren), wird dennoch die Wiederherstellung der Autonomie angestrebt, damit Klientinnen und Klienten wieder eigenständig Entscheidungen treffen können. In der Problemsituation ist dies jedoch

im Hinblick auf die Theorie der Lebenspraxis nicht möglich, was somit ein Unterschied ist zum Konzept der Drogenmündigkeit, welches formuliert, dass alle Klientinnen und Klienten zu autonomen Entscheidungen fähig sind. Die Kompatibilität zwischen der Theorie der Lebenspraxis und der lösungsorientierten Beratung mit dem Abstinenzparadigma, der Drogenmündigkeit und allgemeinen zieloffenen Hilfen wird im Verlauf der Arbeit noch genauer eruiert.

Doch bereits anhand dieser kurzen Schilderung der relevanten theoretischen Grundlagen wird deutlich, dass noch immer zahlreiche Widersprüche und Gegensätze bestehen. Diese bleiben vor allem durch das Festhalten an einer traditionellen und abstinenzorientierten Suchthilfe bestehen. Von Seiten der Vertreterinnen und Vertreter der zieloffenen Hilfen in der Drogenpolitik wird daher ein Paradigmenwechsel gefordert: Das Abstinenzparadigma soll abgelöst werden vom Paradigma der Drogenmündigkeit, da der Gegenpol von Sucht nicht Abstinenz ist (Barsch, 2013, S. 143). Barsch bringt unterschiedliche Argumente vor, die untermauern, dass Abstinenz in der Suchthilfe als alleiniges Ziel nicht ausreicht und eine Differenzierung vorzunehmen ist. Eines dieser Argumente ist für die Fragestellung dieser Bachelorarbeit von besonderer Relevanz, nämlich das Argument des Modernisierungsdruckes. Barsch beschreibt, dass in der heutigen Gesellschaft eigenverantwortliches, selbstbewusstes und mündiges Handeln einen hohen Stellenwert habe und in gesellschaftlichen Anliegen vom Staat auch Mitbestimmung gefordert würde (ebd.). Dieses Streben nach Selbstbestimmung zeige sich auch im Bereich der Drogenpolitik, wobei Konsumierende in verschiedenen drogenpolitischen Fragen ein Mitspracherecht fordern (ebd.). Aufgrund fehlender Ressourcen, aktiv süchtige Menschen zu befragen, wie sie ihr Mitspracherecht in der Drogenpolitik einfordern möchten, können im Rahmen dieser wissenschaftlichen Abhandlung diesbezüglich keine exakten Aussagen gemacht werden. Jedoch kann das Mitspracherecht in der Schweiz als eine direkte Demokratie anhand des Legalisierungsdiskurses von Cannabis gezeigt werden. Im Jahr 2008 wurde in der Schweiz über die Hanf-Initiative abgestimmt. Die Initiative wurde abgelehnt und seither kam es zu keiner weiteren Abstimmung (Vimentis, 2018). Aufgrund dessen, dass die Schweiz eine direkte Demokratie ist, ist jedoch jederzeit eine neue Initiative möglich, die eine Legalisierung von Cannabis fordert. Im Januar 2019 wurde ein Trägerverein für eine Volksinitiative zur Regulierung von Cannabis gegründet. Der Verein setzt sich für eine Neuregulierung von Cannabis ein und möchte dies durch eine Volksinitiative gesetzlich neu regeln (Fachverband Sucht, n. d.). Die Form einer direkten Demokratie und das Beispiel der Entwicklung der Legalisierungsdebatte von Cannabis zeigen, dass das Argument des Modernisierungsdruckes von Gundula Barsch für die Drogenmündigkeit seine Gültigkeit hat. Einerseits konnte soeben aufgezeigt werden, dass

aufgrund der direkten Demokratie in der Schweiz jederzeit alle Bürgerinnen und Bürger ihr Mitspracherecht einfordern können, andererseits zeigt sich in den Pro-Argumenten der Legalisierungsdebatte, dass genau auf der Basis der Gedanken des Konzeptes der Drogenmündigkeit argumentiert wird: Legalisierungsbefürworter berufen sich unter anderem auf die Freiheit und die Selbstbestimmung jedes Menschen. Es wird bekundet, dass es in der individuellen Entscheidungsfreiheit aller liegt, ob Drogen konsumiert werden. Der Staat kann Aufklärungsarbeit leisten, indem über Nebenwirkungen und Folgeschäden des Substanzkonsums informiert wird. Jedoch liegt es in der Eigenverantwortung und in der Vernunft jedes einzelnen Individuums, ob Substanzen konsumiert werden (Vimentis, 2018). Hier wird ähnlich argumentiert wie bei dem Konzept der Drogenmündigkeit nach Gundula Barsch. Die Befürworter der Cannabislegalisierung appellieren ebenfalls an die Selbstbestimmung von Menschen.

Wird nun jedoch die aktuelle Drogenpolitik in der Schweiz betrachtet, lässt sich konstatieren, dass sie sich am Abstinenzparadigma orientiert. Gemäss dem schweizerischen Betäubungsmittelgesetz (BetmG) wird das Viersäulenmodell in der Drogenpolitik verfolgt (SR 812.121). Im Verlauf der Arbeit wird das Modell noch genauer erklärt. Obwohl die dritte Säule des Modells die Schadensminderung ist, was grundsätzlich dem Ansatz von zieloffenen Suchthilfen entspricht, lässt sich feststellen, dass in der Schweiz nach wie vor diverse Institutionen abstinenzorientiert arbeiten. Dies lässt sich vermutlich mit dem Betäubungsmittelgesetz der Schweiz begründen. Aus dem Betäubungsmittelgesetz geht hervor, dass Abstinenz gefördert wird und Drogenmissbrauch bekämpft werden soll (Bundesamt für Gesundheit, 2018a). Im schweizerischen Betäubungsmittelgesetz lässt sich nichts finden, was für zieloffene Hilfe sprechen würden. Obwohl sich das Ziel der Schadensminderung aus den zieloffenen Hilfen ableiten lässt, wird dennoch vom Bund als übergeordnetes Ziel die Abstinenz angestrebt. Es nähert sich somit langsam ein Widerspruch bezüglich der Drogenpolitik der Schweiz in sich, welcher auf die Thematik der Selbstbestimmung übertragen werden kann. Einerseits kann aufgrund der direkten Demokratie das Mitspracherecht von allen eingefordert werden – somit auch von suchtkranken Menschen generell sowie von suchtkranken Menschen im Bereich der Drogenpolitik. Andererseits werden durch die Verfolgung des Abstinenzparadigmas, welches durch das Betäubungsmittelgesetz der Schweiz hervorgehoben wird, zieloffene Hilfen im Bereich der Suchthilfe ausgeschlossen. Im Hinblick auf die Frage nach Autonomie und auch auf die Frage, wer die eigentlichen Expertinnen und Experten in der Suchthilfe sind, zeigen sich demnach auch in der schweizerischen Drogenpolitik deutliche Gegensätze. Der Diskurs über den Paradigmenwechsel in der Drogenpolitik spricht auf der Seite der Drogenmündigkeit dafür, dass Klientinnen und Klienten als Expertinnen und Experten ihres

Lebens gelten und auch selbstbestimmte Konsumformen wählen können beziehungsweise eine ihrem Bedarf angepasste Suchthilfe in Anspruch nehmen können. Andererseits zeigt die aktuelle Drogenpolitik in der Schweiz, dass das Ziel der Suchthilfe die Abstinenz ist. Auf die Individualität von Menschen wird nicht eingegangen und es wird unabhängig vom Willen der Suchtklientinnen und Suchtklienten auf Abstinenz hingearbeitet. Wie gezeigt wird, ergibt sich diese Forderung durch die bestehende Gesetzgebung. Das Mitspracherecht wird den Klientinnen und Klienten abgesprochen, da sie gemäss dem Abstinenzparadigma nicht fähig sind, vernünftige Entscheidungen für sich und ihre Gesundheit zu treffen (vgl. S. 15). Sie gelten aus Sicht der schweizerischen Gesetzgebung somit nicht als Expertinnen und Experten ihres Lebens.

Aus diesem Abriss zeigt sich auch aus der Sicht der Forschung, dass es unterschiedliche Standpunkte bezüglich der Frage nach dem Expertentum gibt. Die Frage, wer als Expertin und Experte im Bereich der Suchthilfe gilt, zeigt auch im Diskurs der Drogenpolitik Gegensätze und es können keine eindeutigen Antworten geliefert werden. Es scheint, dass gesetzliche Grundlagen für zieloffene Hilfen im Suchtbereich noch fehlen. Umso wichtiger ist es, dass auf theoretischer und methodischer Ebene mögliche Antworten auf die Frage gefunden werden, wie Expertentum auszulegen ist.

1.5. Erkenntnisinteresse und Hypothese

Eine Klärung dieser Frage wird im Rahmen dieser Bachelorarbeit versucht. Aus den bisherigen Kapiteln geht hervor, dass weder die Soziale Arbeit noch die Drogenpolitik der Schweiz eine einheitliche Antwort darauf hat, ob Suchtklientinnen und Suchtklienten als Expertinnen und Experten ihres Lebens gelten oder nicht. Im Hinblick auf die lösungsorientierte Beratung und auf die Theorie der Lebenspraxis ist ebenfalls unklar, ob denn Fachpersonen der Sozialen Arbeit als Expertinnen und Experten bei dem Vollzug ihrer Arbeit mit Klientinnen und Klienten gelten. Dieser Mangel an eindeutigen Antworten erweist sich als Wissenslücke in der Sozialen Arbeit. Dieses fachliche Defizit soll in der Bachelorarbeit bearbeitet werden. Es ist unklar, ob eindeutige Antworten gefunden werden können, da dies bisher aus dem theoretischen Diskurs über das Expertentum auch nicht möglich war – es handelt sich somit um ein herausforderndes Unterfangen. Gleichwohl ist das Auffinden von möglichst eindeutigen Antworten immens wichtig für die Auseinandersetzung mit der Frage nach dem Expertentum. Wie bereits erwähnt, wird im Studium der Sozialen Arbeit an der Berner Fachhochschule die Sichtweise, dass Klientinnen und Klienten als Expertinnen und Experten gelten, sowie die Sichtweise, dass Sozialarbeitende als Expertinnen und Experten gelten, gelehrt. Es erfordert hohe Selbstkompetenzen, daraus eigene Werthaltungen zu entwickeln. Die Frage, wer als

Expertin oder Experte gilt, kann diese sozialarbeiterischen Werthaltungen stark beeinflussen. Der Grund für diesen Einfluss wird sich mit der Darlegung der lösungsorientierten Beratung, der Theorie der Lebenspraxis sowie der Konzepte der organisierten Selbsthilfe im Laufe der Arbeit zeigen. Das Erkenntnisinteresse liegt somit darin, in Einbezug einer aktuellen Methode und einer aktuellen Theorie der Sozialen Arbeit herauszufinden, wie genau der Expertinnen- und Expertenbegriff in der sozialarbeiterischen Suchthilfe angewendet und interpretiert werden kann. Das Erkenntnisinteresse bezieht sich auf die Suchthilfe, da genau wegen solchen Thesen bezüglich des Verlustes von Kontroll- und Steuermechanismen aus dem Abstinenzparadigma eine Zuschreibung von Expertentum an abhängige Menschen auf den ersten Blick als schwierig erscheint. Mit zusätzlichem Einbezug von anderen Standpunkten, insbesondere der Konzepte der organisierten Selbsthilfe, soll eine Einschätzung für das Zuschreiben von Expertentum möglich werden, damit eine ethisch vertretbare und wissenschaftlich fundierte Antwort möglich wird.

Dabei wird von der Hypothese ausgegangen, dass die in den genannten wissenschaftlich-theoretischen Modellen verwendeten Definitionsversuche des Expertentums für die sozialarbeiterischen Profession und Praxis im Bereich der Suchthilfe nur bedingt geeignet sind. Vielmehr beschreiben sie jeweils nur einzelne Aspekte dieses Phänomens, ohne die Komplexität der sozialarbeiterischen Unterstützungssituation und die individuellen Kompetenzen und Ressourcen der betroffenen Klientinnen und Klienten ausreichend zu berücksichtigen. Daher scheint eine Neubestimmung des Begriffs «Expertentum» für den Bereich der Suchthilfe erforderlich. Dieses Bemühen kann mit dem Stichwort «lösungs- und einzelfallorientierte Kooperation» beschrieben werden. Eine konkrete Ausgestaltung dieses Begriffs erfolgt in Kapitel 8 «Diskussion».

2. EXPERTINNEN UND EXPERTEN DES EIGENEN LEBENS

2.1. Die systematische Verortung im methodischen Handeln

Da die lösungsorientierte Beratung ein Kernstück der vorliegenden Bachelorarbeit darstellt, wird vorerst anhand der Systematik des methodischen Handelns nach Franz Stimmer begründet, wieso die lösungsorientierte Beratung als eigenständige Methode gilt und nicht bloss als Verfahren oder Technik. Zudem wird bestimmt, wie sie im methodischen Handeln der Sozialen Arbeit zu verorten ist.

Diese Kategorisierung dient dazu, einen Überblick zu erhalten und die lösungsorientierte Beratung korrekt in den Inhaltsebenen des methodischen Handelns einzuordnen (Stimmer, 2012, S. 32). Durch die folgende Abbildung wird ersichtlich, welche Inhaltsebenen nach Stimmer unterschieden werden könne.



Abbildung 1. Orientierungsraster: Inhaltsebenen des Methodischen Handelns von der Anthropologie bis zur Technik (und zurück). Nach Stimmer, 2012, S. 32.

Die Gesamtheit aller Inhaltsebenen wird als Orientierungsraster bezeichnet. Die lösungsorientierte Beratung gehört zur Inhaltsebene der Methoden. Methoden beinhalten nach Stimmer unterschiedlich ausdifferenzierte Verfahren und Techniken (ebd., S. 33). Techniken und Verfahren sind jedoch methodenimmanent, das heißt, dass sie bei verschiedenen Methoden Anwendung finden und nicht nur bei der lösungsorientierten Beratung. Als Beispiel für ein Verfahren der lösungsorientierten Beratung gilt die positive Verstärkung beziehungsweise die Fokussierung auf Aspekte, die bisher funktioniert haben. Als Techniken können unterschiedliche Fragetechniken genannt werden, zum Beispiel die Skalierungsfragen oder die Wunderfrage (De Shazer & Dolan, 2008, S. 30-31). Wird nun die lösungsorientierte Beratung in die höheren Inhaltsebenen des methodischen Handelns

eingebettet, gilt die Beratung als Interaktionsmedium. Die Arbeitsform ist meistens mit Einzelnen und als Arbeitsprinzip gilt die Ressourcenorientierung. Die Ressourcenorientierung wird lebenslagenspezifisch umgesetzt, da je nach Lebenslage unterschiedliche Ressourcen vorhanden sind beziehungsweise aufgedeckt werden können. Als handlungsleitendes Konzept gilt das Empowerment. Das Empowerment ist generalistisch ausgerichtet, da in allen Systemen, von denen das Individuum ein Teil ist, nach Ressourcen für das Empowerment gesucht wird. Der Theorie- und Forschungsebene können die Sprachphilosophie von Ludwig Wittgenstein und die Arbeiten des amerikanischen Psychiaters Milton H. Erickson zugeordnet werden. Und schliesslich findet die lösungsorientierte Beratung im Feld der Sozialpädagogik, der Sozialarbeit sowie auch der soziokulturellen Animation Anwendung (ebd., S. 22). Die drei Felder können zusammengefasst werden unter der Profession «Soziale Arbeit», welche wiederum in den Disziplinen Anthropologie, Sozialphilosophie und Ethik verortet werden kann (Stimmer, 2012, S. 32). Wird das Orientierungsraster entlang der lösungsorientierten Beratung erstellt, sieht dies wie folgt aus:

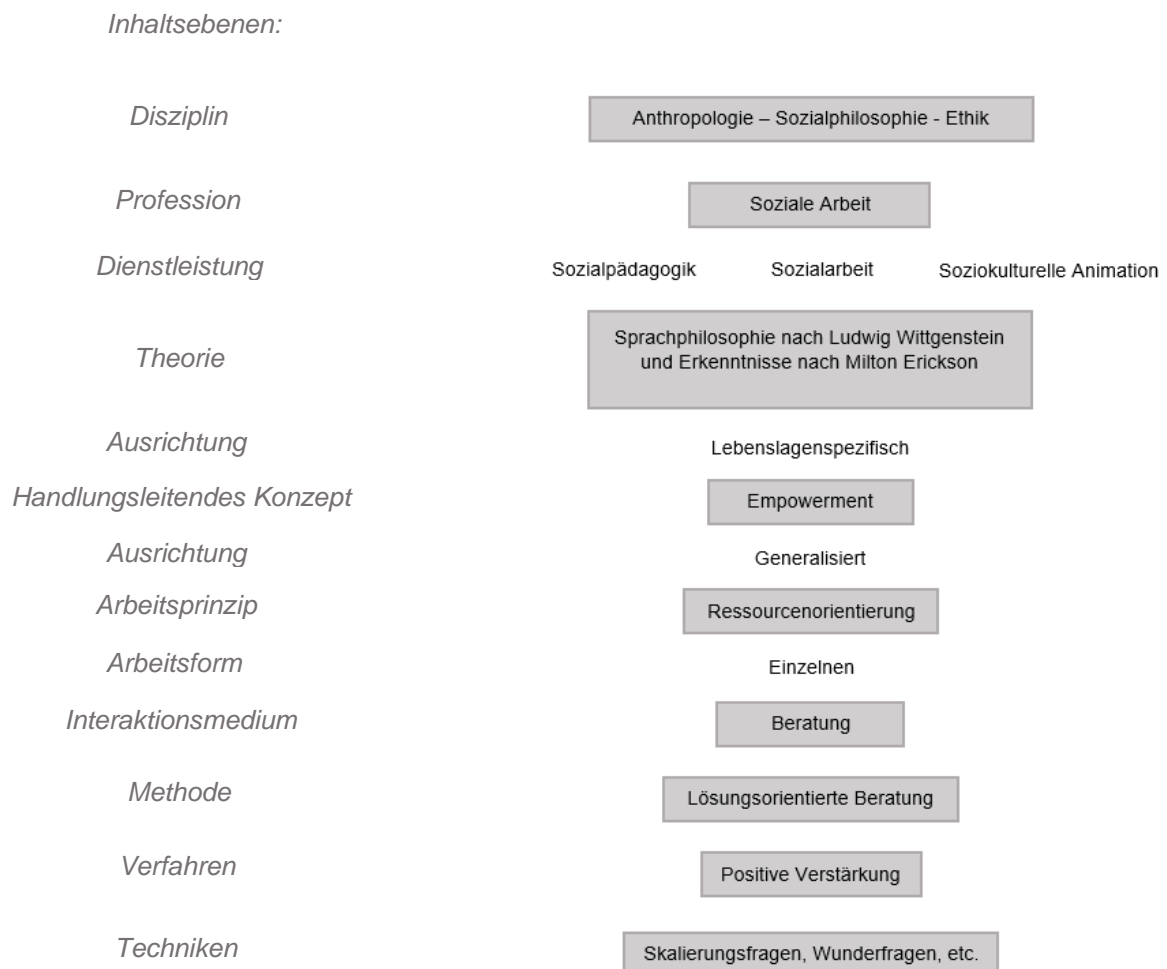


Abbildung 2. Die Verortung der lösungsorientierten Beratung im Orientierungsraster.

Damit spezifische Methoden wie die lösungsorientierte Beratung auch als wissenschaftlich eigenständig gelten, muss eine Differenzierung in axiologischer, theoretischer, praxeologischer und wissenschaftstheoretischer Fundierung möglich sein (ebd., S. 35). Dadurch können sich Methoden und handlungsleitende Konzepte von Verfahren und Techniken abgrenzen. Um diese Fundierung darzulegen, hilft die folgende Abbildung von Stimmer:

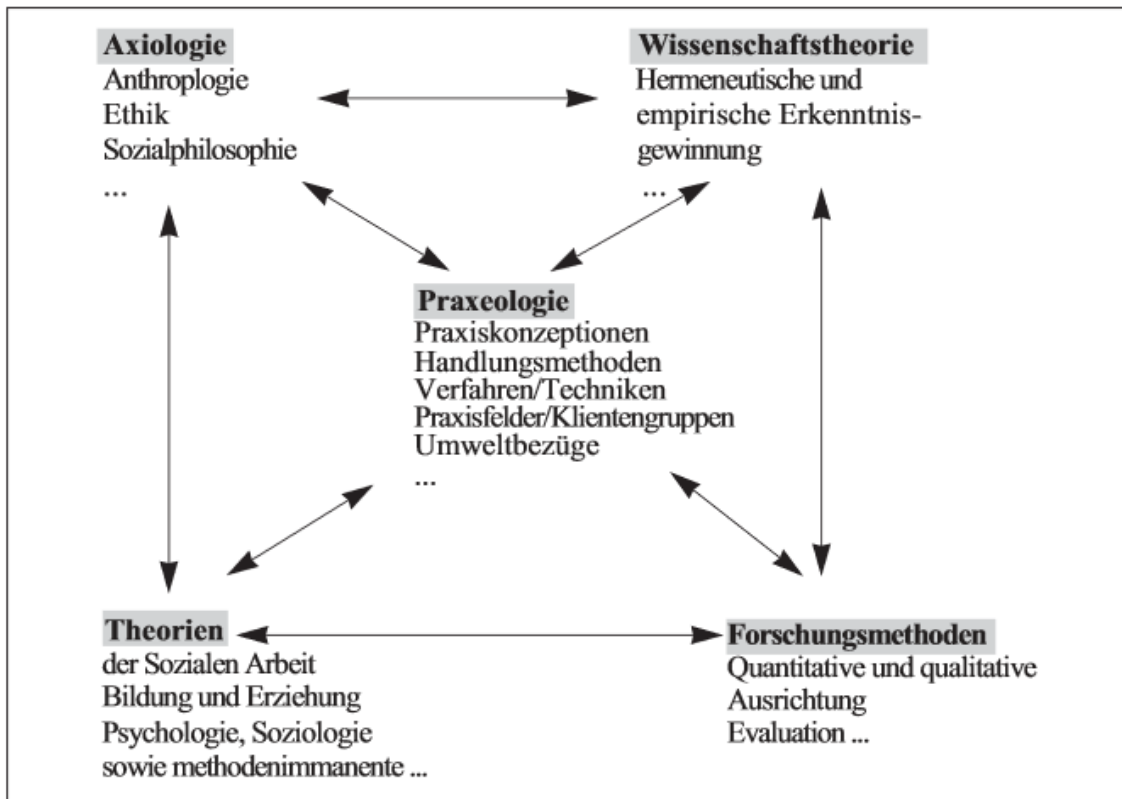


Abbildung 3. Kriterienraster zur Beurteilung von Methoden und Handlungsleitenden Konzepten. Nach Stimmer, 2012, S. 36.

Die fünf ersichtlichen Differenzierungstypen werden auch als Wissenschaftsquintett bezeichnet (Michael Zwilling, pers. Mitteilung, 20.02.2018). Sie liefern Kriterien zur Beurteilung, ob eine Methode oder ein handlungsleitendes Konzept eigenständig ist und somit den Ausdruck «Methode» oder «Konzept» verdient hat. Um zu begründen, dass die lösungsorientierte Beratung als spezifische Methode der Sozialen Arbeit gilt, werden im Folgenden einerseits die Differenzierungstypen des Wissenschaftsquintettes erklärt und andererseits die entsprechenden Fragmente der lösungsorientierten Beratung beschrieben.

- *Praxeologie*: Es geht darum, dass erarbeitete Konzepte in der Praxis umgesetzt und nach der praktischen Erprobung anhand der gemachten Erfahrungen wiederum theoretisch angepasst werden. Es wird versucht, die Praxis kennenzulernen und zu untersuchen, wie in bestimmten Handlungsfeldern gearbeitet wird. Zudem sollen die Konzepte in spezifischen Praxisfeldern angewendet werden können, damit sie adäquat zum jeweiligen Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit passen. In der Praxeologie werden schliesslich auch Zusammenhänge zu den Bezugswissenschaften gemacht, damit eine integrative Vernetzung innerhalb des Arbeitsfeldes systematisch möglich wird (Stimmer, 2012, S. 35). Die lösungsorientierte Beratung verfügt über eine eigenständige Praxeologie. Als Praxeologie gilt die systemische Therapie. Sie entstammt ursprünglich aus den psychotherapeutischen Strömungen der Methodenentwicklung (Michael Zwilling, pers. Mitteilung, 12.08.2019). Die lösungsorientierte Beratung gilt zwar als systemisch, grenzt sich jedoch insofern davon ab, dass nicht das Problem zergliedert wird, sondern direkt eine Fokussierung auf die Lösung beziehungsweise auf die Erarbeitung einer Lösungsstrategie erfolgt (Schweitzer & von Schlippe, 2016, S. 55). Dies wird mit Hilfe von auf die Lösung gerichteten Zielen versucht zu erreichen, die während der Beratung mit der Klientin oder dem Klienten erarbeitet werden (De Shazer & Dolan, 2008, S. 30). Die lösungsorientierte Beratung wird vor allem angewendet, um Ressourcen freizusetzen und Klientinnen und Klienten wieder zur Selbstständigkeit anzuregen (Wendt, 2017b, S. 188).
- *Axiologie*: Die Axiologie einer Methode oder eines handlungsleitenden Konzeptes fragt nach Zielen und der dahintersteckenden Ethik beziehungsweise nach dem Menschenbild (Stimmer, 2012, S. 36). Sie erkundet die Werte und Haltungen. Hinter der lösungsorientierten Beratung steht das konstruktivistische Menschenbild. Grundwerte, die vor dem Hintergrund des konstruktivistischen Menschenbildes vertreten werden, sind unter anderem Respekt, Vertrauen, Gewährung von Autonomie und Eigenständigkeit. Konkret zeigt sich anhand der Annahme, dass sich jedes Individuum die Wirklichkeit selbst kognitiv konstruiert (Nolting & Paulus, 2015, S. 189). Jede Wirklichkeit ist demnach subjektiv. Von dieser These geht auch die lösungsorientierte Beratung aus. Es wird vertreten, dass Realität jeweils subjektiv ist und aus der eigenen Sinneswahrnehmung erschlossen wird (Bamberger, 2010, S. 19). Auch die Probleme der Klientinnen und Klienten sowie der Prozess der Lösungsfindung sind Konstruktionen. Die lösungsorientierte Fachperson leistet Unterstützung darin, dass Klientinnen und Klienten sich einen Weg zur Lösung

konstruieren können und sich dadurch die Problemlage verändert beziehungsweise auflöst (De Shazer & Dolan, 2008, S. 212).

- *Theorie:* Damit eine Methode und ein handlungsleitendes Konzept als solche gelten, müssen sie auf Theorien der Sozialen Arbeit und/oder auf methodenimmanenten Theorien der Bezugswissenschaften aufgebaut werden (Stimmer, 2012, S. 36). Wie bereits erwähnt, ist die Sprachphilosophie nach Ludwig Wittgenstein eine der theoretischen Grundlagen der lösungsorientierten Beratung (De Shazer & Dolan, 2008, S. 10-11). Steve de Shazer, Begründer der lösungsorientierten Beratung, bezog sich auf theoretischer Ebene bei der Entwicklung der Methode laufend auf Wittgensteins Sprachphilosophie (Bamberger, 2015, S. 46). Es können zudem die Arbeiten von Insa Sparrer und Matthias Varga von Kibéd herangezogen werden. Sparrer und Varga von Kibéd versuchten, die Sprachphilosophie Wittgensteins bei der Entwicklung von systemtherapeutischen Instrumenten als theoretischen Rahmen nutzbar zu machen, zum Beispiel bei der Strukturaufstellung (Schweitzer & von Schlippe, 2016, S. 75). Auch die Arbeiten des amerikanischen Psychiaters Milton Erickson sind wichtige theoretische Fragmente in De Shazers Methode. Erickson hatte einen ganzheitlichen Blick und formulierte, dass das eigentliche Problem die Ressource für den Umgang mit der individuellen Lebensführung ist (Betula, n. d., S. 4). Diese Ansicht beeinflusste De Shazer insbesondere bei seinen Ausformulierungen zur Freilegung von Ressourcen. Ein weiteres theoretisches Fundament der Kurztherapie nach De Shazer ist die Systemtheorie (De Shazer, 1990, S. 36). Die Systemtheorie ist schliesslich Ausgangspunkt aller systemischen Beratungen. Der Umstand, dass im Differenzierungstyp ‹Theorie› mehrere theoretische Stränge verortet werden können, ist ein weiterer Hinweis darauf, dass sich Elemente des methodischen Handelns nicht linear verorten lassen, sondern in diversen Kombinationen möglich sind.
- *Wissenschaftstheorie:* Bei diesem Differenzierungstypen geht es darum, zu ergründen, wie Erkenntnisse gewonnen werden. Es wird hinterfragt, woher die Erkenntnisse stammen. Dazu dienen beispielsweise die hermeneutische und empirische Erkenntnisgewinnung (Stimmer, 2012, S. 36). Bei der lösungsorientierten Beratung werden die Erkenntnisse empirisch ergründet. Dies beweisen diverse empirische Befunde aus der Psychologie, beispielsweise die Studie zur Zuversicht in der Psychotherapie von Sara Dürrenberger und Hansjörg Znoj an der Universität Bern (2009). Sie belegt, dass Zuversicht als wichtiger Faktor bei der

Ressourcenaktivierung gilt (Bamberger, 2015, S. 99). Dies steht insofern mit der lösungsorientierten Beratung im Zusammenhang, als die Ressourcenorientierung gemäss dem Orientierungsraster nach Stimmer als Arbeitsprinzip der lösungsorientierten Beratung gilt.

- *Forschungsmethoden:* Forschungsmethoden dienen zur Überprüfung und Evaluation von Methoden und handlungsleitenden Konzepten (Stimmer, 2012, S. 36). Als Forschungsmethode zur Differenzierung der lösungsorientierten Beratung gilt vor allem die qualitative Forschung. So wurden zum Beispiel die Ergebnisse der Studie von Dürrenberger und Znoj (2009) anhand von Fragebögen erhoben (Bamberger, 2015, S. 99). Auch Steve de Shazer arbeitete mit qualitativen Forschungsmethoden. Er verfasste seine Werke basierend auf Beobachtungen und Erkenntnissen aus Beratungsstunden und deren Video-Analysen (De Shazer, 1990, S. 20.).

Es wird ersichtlich, dass die lösungsorientierte Beratung über eine Praxeologie, eine Axiologie, eine Theorie, Forschungsmethoden und Wissenschaftstheorien verfügt. Diese Typen liefern die Grundlage von methodischem Handeln in der Sozialen Arbeit. Nach Stimmers Kriterienraster kann daraus gefolgert werden, dass die lösungsorientierte Beratung somit als eigenständige und wissenschaftlich fundierte Methode in der Sozialen Arbeit gilt. Sie kann in allen Differenzierungstypen nachvollziehbar eingeordnet werden. Trotz der systematischen Verortung der lösungsorientierten Beratung nach Franz Stimmer ist anzufügen, dass sich methodisches Handeln nicht stringent einteilen lässt. Die erwähnte Methodenimmanenz gab bereits den Hinweis darauf, dass sich Methoden unterschiedlich mit anderen Elementen der Inhaltsebenen kombinieren lassen beziehungsweise auch andere Techniken, Verfahren oder Interaktionsmedien kompatibel sind mit bestimmten Methoden. Auch die fünf Differenzierungstypen des Kriterienrasters (Abb. 3) können anders kombiniert werden, als es in dieser Bachelorarbeit gerade vorgenommen wurde. Dies zeigt sich zum Beispiel darin, dass das Empowerment als handlungsleitendes Konzept der lösungsorientierten Beratung gilt, es jedoch axiologisch anders verortet wird als die lösungsorientierte Beratung. Die Axiologie des Empowerments ist das humanistische Menschenbild und nicht wie bei der lösungsorientierten Beratung das konstruktivistische Menschenbild. Trotz unterschiedlicher Axiologie lässt sich das Empowerment als handlungsleitendes Konzept der lösungsorientierten Beratung verorten. Dies zeigt nochmals, dass methodisches Handeln nicht verallgemeinerbar ist beziehungsweise keine lineare Vereinheitlichung möglich ist. Hiltrud von Spiegel bezeichnet deswegen methodisches Handeln als collagenhaft und voller innerer Widersprüche und Zerrissenheit (2018, S. 103).

Nach von Spiegel bedeutet methodisches Handeln, dass Arbeitsweisen, Handlungsschritte und Aufgaben in der Sozialen Arbeit situativ, strukturiert, kriteriengeleitet und in Koproduktion mit den Klientinnen und Klienten bearbeitet werden (ebd., S. 104). Sozialarbeiterisches Handeln muss begründet und besonders ethisch erörtert sein. Dabei kann beispielsweise wiederum die Verortung im Orientierungsraster nach Franz Stimmer hilfreich sein. Es dient als Werkzeug, damit methodisches Handeln strukturiert werden kann. An dieser Stelle kann nochmals die Relevanz der gewählten Fragestellung dieser Bachelor-Thesis betont werden: Hiltrud von Spiegel beschreibt, dass sozialarbeiterisches Handeln begründet und ethisch erörtert sein muss. Der Begriff des Expertentums wird zwar aus Sicht der gewählten Methode und der gewählten Theorie begründet und teilweise ethisch erörtert, jedoch jeweils auf sehr unterschiedliche Weise. In der Bachelor-Thesis soll mit der Auseinandersetzung von Expertentum in der Suchthilfe ebenfalls eine begründete und ethisch erörterte Auslegung entstehen, welche zusätzlich eine möglichst eindeutige und mit anderen Modellen kompatible Antwort liefert.

2.2. Thesen der lösungsorientierten Beratung

Nachdem begründet werden konnte, dass die lösungsorientierte Beratung als eine fundierte und eigenständige Methode gilt, wird nun eine inhaltliche Annäherung vollzogen, indem die für die Bachelor-Thesis relevanten Aspekte dieser Methode erläutert werden.

De Shazers Ansatz der lösungsorientierten Beratung wird in Form von Kurztherapien gestaltet. Kennzeichen der Kurztherapie sind nicht nur die zeitliche Begrenzung, sondern auch die Orientierung an dem, was bisher gut verlief. Es wird gegenwarts- und zukunftsorientiert gearbeitet. Gemäss De Shazer ist es nicht unbedingt notwendig, dass die lösungsorientierten Fachpersonen den genauen Sachverhalt der Problemlage kennen, da es schliesslich um die Lösungsfindung und nicht um die Erörterung der Problemlage geht (De Shazer, 1990, S. 24). Nach De Shazer wird durch die Ergründung eines Problems unbewusst eine Erklärung für das Problem gesucht, da es irrational scheint, eine Lösung finden zu wollen, wenn ein Problem nicht erklärt werden kann. Gemäss De Shazer ist die Lösung selbst die beste Erklärung (De Shazer, 2010, S. 28). Dadurch, dass also nicht das Problem ergründet wird, lässt sich auch die zeitliche Begrenztheit erklären: Die lösungsorientierte Fachperson steigt in der Beratung direkt in den Prozess der Lösungsfindung ein. Die zeitaufwändige Beschreibung und Erörterung des Problems entfallen. De Shazer versteht die Probleme der Klientin oder des Klienten als Konstrukt, für welches bisher keine Lösung gefunden werden konnte und die bisherigen Anstrengungen der Klientinnen und Klienten nicht zum Erfolg führten (1990, S. 12-13). Er bezeichnet

Probleme ausserdem nicht als «Probleme», sondern als «beklagte Sachverhalte» der Klientinnen und Klienten (ebd., S. 38-39).

De Shazer beschrieb die lösungsorientierte Beratung in Form von acht Lehrsätzen, welche als Leitlinien für die Praxis gelten (2008, S. 22). Damit sollte bezweckt werden, dass die Methode in der Praxis einfach und rasch umgesetzt werden kann. Die Lehrsätze bauen teilweise aufeinander auf respektive lassen sich miteinander koppeln. Daher werden sie nachfolgend nicht einzeln aufgeführt, sondern es werden anhand von Gruppierungen einzelne Kernthemen der lösungsorientierten Beratung beschrieben. Darin enthalten sind die Lehrsätze, die zu dem jeweiligen Kernthema passen.

Dem System neue Verhaltensweisen beifügen

Dass die Klientin oder der Klient in einer Beratung ist, zeigt, dass die bisherigen Lösungsversuche nicht zur erhofften Lösung geführt haben oder keine Veränderung herbeigeführt werden konnte. Daraus schliesst sich, dass die betroffene Person etwas anderes tun muss, als sie bisher getan hat. Dazu formuliert De Shazer den Lehrsatz «Wenn etwas nicht funktioniert, sollte man etwas anderes probieren» (1. Lehrsatz) (ebd., S. 23). Wichtig dabei ist, dass das System, von dem die Klientin oder der Klient ein Teil ist, Neues erfährt (De Shazer, 1990, S. 24). Dabei muss unbedingt beachtet werden, dass das Hinzufügen von Neuem im System der Klientin oder des Klienten in dem Ausmass geschieht, wie es die Klientin oder der Klient für richtig hält. Es sollen dem System neue Verhaltensweisen in dem Rahmen beifügt werden, wie sie dem gedanklichen Horizont der Klientin oder dem Klienten entsprechen. Die Verhaltensweisen sind insofern neu, als dass die Klientin oder der Klient sie bisher nicht auf das aktuelle Problem angewendet hat, jedoch die Verhaltensweisen für sie oder ihn selbst denkbar, nachvollziehbar und konstruierbar sind. Die neuen Verhaltensweisen meinen somit nicht Verhaltensweisen, die der Klientin oder dem Klienten gänzlich von aussen zugetragen werden. Eine Überstülpung von aussen zugetragener Verhaltensweisen auf die Problemlage der Klientin oder des Klienten ist aus lösungsorientierter Sicht in jeder Weise zu unterbinden, da schliesslich nur die Klientin oder der Klient für sich alleine weiss, was gut für sie oder ihn ist, da sie oder er ja aus Sicht der lösungsorientierten Beratung als alleinige Expertin beziehungsweise als alleiniger Experte für ihr beziehungsweise sein Leben gilt. Dies bedeutet aber nicht, dass lösungsorientierte Fachpersonen dadurch ihre Funktion verlieren, sondern das genau durch diese Haltung die Funktion der Fachpersonen aus Sicht der lösungsorientierten Beratung definiert wird: Lösungsorientierte Beraterinnen und Berater haben die Funktion, den gedanklichen Fokus der Klientinnen und Klienten auf Ressourcen zu richten bis zu dem Punkt, an dem die Klientin oder der Klient (wieder) fähig ist, mit den freigelegten und nun vorhandenen

Ressourcen eine Lösung zu konstruieren (ebd., S. 128). Dabei spielt es keine Rolle, ob das Verhalten der Klientin oder des Klienten für Aussenstehende irrational erscheint. Nach der Definition von Paul Watzlawick sind alle Teile eines Systems miteinander verbunden und jede kleinste Veränderung beeinflusst das ganze System in sich (zitiert nach De Shazer, 1990, S. 146). Es wird von einem ganzheitlichen System ausgegangen, wobei der Beginn der Veränderung an einem beliebigen Ort liegen kann (De Shazer, 1990, S. 147). Zu dieser Interventionsmöglichkeit formuliert De Shazer die Lehrsätze «Kleine Schritte können zu grossen Veränderungen führen» (2. Lehrsatz) und «Die Lösung hängt nicht zwangsläufig mit dem Problem direkt zusammen» (3. Lehrsatz) (De Shazer, 2008, S. 24). In der lösungsorientierten Beratung sollen Anregungen gegeben werden, ein neues, von der Klientin oder dem Klienten denkbare Verhalten auszuprobieren respektive Ideen für neues Verhalten zu finden. Eine Aufgabe der lösungsorientierten Fachperson ist somit unter anderem auch, den Blick auf Verhaltensalternativen zu öffnen und zu schärfen (Bamberger, 2010, S. 42). Es ist naheliegend, dass Klientinnen und Klienten fokussiert auf Verhaltensweisen sind, die sie bereits ausprobiert haben und verstandesmässig zur Lösung führen sollten. Jedoch taten sie dies nicht und mit Hilfe der lösungsorientierten Fachperson sollen nun innerhalb des gedanklichen Horizontes der Klientin oder des Klienten neue Verhaltensideen entstehen. Eine lösungsorientierte Fachperson agiert somit als Hilfestellung zur Entdeckung von Verhalten, das bereits in der Klientin beziehungsweise im Klienten enthalten ist, jedoch noch aufgedeckt werden muss, im Sinne einer Blickfelderweiterung (ebd., S. 43). Ausserdem ist es während und nach der Erschliessung der Ressourcen Aufgabe der lösungsorientierten Fachperson, positive und erfolgreiche Veränderungen zu festigen (De Shazer & Dolan, 2008, S. 23).

Fokussierung auf das Positive

Wie bereits zu Beginn dieses Unterkapitels erwähnt, wird nicht das Problem ergründet, sondern direkt versucht, eine Lösung zu finden. Erreicht wird dies durch eine Fokussierung auf gute und positive Aspekte. Dabei formuliert De Shazer explizit, dass die Sprache ein wichtiges Werkzeug ist, damit eine Fokussierung auf das Positive vollzogen werden kann. Er formuliert den Lehrsatz «Die Sprache der Lösungsentwicklung ist eine andere als die, die zur Problembeschreibung notwendig ist» (4. Lehrsatz) (ebd., S. 24). Damit wird nochmals betont, welchen Unterschied es macht, zukunftsorientiert oder vergangenheitsorientiert zu arbeiten. Gemäss dem 4. Lehrsatz zeigt sich dies bereits in der Sprache, die in der Beratung verwendet wird. Jedoch ist ein Rückgriff auf die Vergangenheit nicht gänzlich ausgeschlossen. Solch ein Regress kann bei der Fokussierung auf das Positive auch nützlich sein (De Shazer, 1990, S. 114). Jedoch geht es dabei nicht um die

Ursachenforschung der Problemlage, sondern darum, die Ressourcen zu erschliessen, die für die Zukunft nützlich sind. In der Beratung wird erörtert, was in der Vergangenheit gut lief und es wird versucht, dieses Verhalten häufiger zu tun (Schmitz, 2016, S. 18). Der Lehrsatz «Das, was funktioniert, sollte man häufiger tun» (5. Lehrsatz) umschreibt diese These (De Shazer, 2008, S. 23). Dadurch wird ein Verhalten hervorgehoben, welches der Klientin oder dem Klienten möglicherweise gar nicht bewusst war, da der Fokus überwiegend auf dem Negativen liegt. In der Beratung wird versucht, das Positive zu fokussieren, was wiederum die Freilegung von Ressourcen begünstigt. Auch das Suchen nach positiven Ausnahmen im Problemverlauf ist eine Arbeitsform der lösungsorientierten Beratung, die schlussendlich Ressourcen freilegt. De Shazer beschreibt dazu den Lehrsatz «Kein Problem besteht ohne Unterlass, es gibt immer Ausnahmen, die genutzt werden können» (6. Lehrsatz) (ebd., S. 25). Das Suchen nach Ausnahmen ist ein wichtiger Bestandteil der Findung einer Lösung, denn gemäss der lösungsorientierten Beratung lenkt die Fachperson das Denken der Klientin oder des Klienten auf ein Verhalten, welches früher bereits zu einem Erfolg führte (De Shazer, 2010, S. 33). Es können dadurch wiederum Ressourcen freigelegt werden. Eine Technik der lösungsorientierten Fachperson ist demnach das Aufbauen von positiven Zukunftsvisionen, basierend auf den positiven Ausnahmen der momentanen Problemlage (ebd., S. 69). Für die Klientin oder den Klienten ist dieses Konstrukt einer positiven Zukunftsvision nicht utopisch, da die Basis des Konstruktes auf dem liegt, was bisher bereits gut verlaufen ist und innerhalb ihres gedanklichen Horizontes liegt. Das Konstruieren von solchen Zukunftsvisionen wird zum Beispiel durch die Wunderfrage möglich. Die Anwendung der Wunderfrage ist eine der wichtigsten Techniken bei der lösungsorientierten Beratung, da durch deren Anwendung potentielle Lösungsstrategien konstruiert und formuliert werden können. Dabei stellen sich Klientinnen und Klienten eine fiktive Situation vor, beispielsweise, dass das Problem auf wundersame Weise über Nacht verschwunden ist. Mit diesem Gedanken soll die Klientin oder der Klient eine gedankliche Reise unternehmen, wobei die Belastung durch das aktuelle Problem nicht mehr besteht (De Shazer & Dolan, 2018, S. 76-78). Die Reaktion der betroffenen Person auf die Wunderfrage kann wichtige Rückschlüsse über die erreichbaren Ziele im Rahmen des gedanklichen Horizontes der Klientin oder des Klienten liefern. Die Rückschlüsse beschreiben konkret, wie eine Lösung für die Probleme in einem realen Kontext in einer gewünschten Zukunft aussehen könnte (ebd., S. 75). Nach der Konstruktion dieser Zukunftsvisionen wird in der Beratung gemeinsam mit der Klientin oder dem Klienten versucht, diese Visionen real werden zu lassen (ebd., S. 69). Durch diese Visionen kann bezweckt werden, dass die Klientin oder der Klient sein Verhalten so verändert, dass die Visionen real werden und eine Lösung gefunden wird (ebd., S. 68). De Shazer beschreibt diesen Bezug zur Zukunft mit Hilfe des Lehrsatzes

«Die Zukunft ist sowohl etwas Geschaffenes als auch etwas Verhandelbares» (7. Lehrsatz) (2008, S. 25). Durch die Fokussierung auf das Positive und durch das Bewusstmachen von dem, was gut läuft, wird neben der Lösungsfindung auch die Klientin beziehungsweise der Klient darin bestärkt, dass sie oder er etwas verändern kann. Dadurch wird auch die Veränderungsbereitschaft der Klientin oder des Klienten beeinflusst und eine mögliche Resignation aufgrund der Annahme, dass nichts an der Problemlage verändert werden kann, verringert oder sogar gänzlich aufgehoben. Die lösungsorientierte Fachperson hat somit auch die Aufgabe, Hoffnung in der Klientin oder dem Klienten zu wecken und Veränderung greifbar zu machen (De Shazer, 1990, S. 13). Zudem wird der ganze Prozess der Lösungsfindung durch die beratende Person strukturiert. Durch die Strukturierung wird eine abstraktere Sichtweise der Problemlage erkennbar, was schliesslich den Veränderungsprozess vereinfachen kann.

Die Klientin oder der Klient trägt die Lösung in sich

Aus den letzten beiden Abschnitten geht bereits hervor, welche Rolle lösungsorientierte Fachpersonen innehaben. Sie unterstützen Klientinnen und Klienten, indem sie ihnen helfen, den Blick auf das zu richten, was gut läuft und was möglicherweise zur Lösung führt (ebd., S. 128). Dies lässt sich mit folgendem Lehrsatz von De Shazer umschreiben: «Was nicht kaputt ist, muss man auch nicht reparieren» (8. Lehrsatz) (2008, S. 23). De Shazer verwendet zur Rollendefinition die Metapher, dass die lösungsorientierte Fachperson die Person ist, die der Klientin oder dem Klienten den Schlüssel zur Lösung gibt (2010, S. 11). Die Konstruktion der Lösung geschieht in Koproduktion mit der Klientin oder dem Klienten, wobei die lösungsorientierte Fachperson Ressourcen freilegt und der hilfeschuchenden Person geeignete Werkzeuge gibt, um Veränderungen herbeizuführen. Die Interventionen der lösungsorientierten Fachperson sollen neue Verhaltensweisen begünstigen, die schliesslich eine Veränderung im System der Klientin beziehungsweise des Klienten bewirken können (ebd., S. 163). Die Einmischung der lösungsorientierten Fachperson soll so gering wie möglich gehalten werden (ebd., S. 183). Daraus lässt sich folgern, dass Lösungsideen und das Potential zur Lösungsfindung lediglich von den lösungsorientierten Fachpersonen aufgedeckt werden müssen, sie aber bereits in der Klientin beziehungsweise dem Klienten liegen. Die Lösungen lauern im Grunde überall (Bamberger, 2010, S. 43). Durch die lösungsorientierte Beratung soll es gelingen, der Klientin oder dem Klienten aufzuzeigen, welche Möglichkeiten sie oder er hat und welche Teile sie oder er davon bereits genutzt hat (De Shazer & Dolan, 2008, S. 10). Sobald die Ressourcen der Klientin oder des Klienten freigelegt wurden, ist eine Veränderung im Rahmen der Ressourcen und Potentiale der Klientin oder des Klienten möglich. Die Klientin oder der Klient verfügt somit bereits über alle

Ressourcen, die zur Lösung des Problems notwendig sind, die jedoch momentan (noch) nicht genutzt und von der lösungsorientierten Fachperson aufgedeckt werden müssen (Schweitzer & von Schlippe, 2016, S. 210). De Shazer formuliert, dass somit das, was die Klientin oder der Klient bereits mitbringt, für eine Lösungsfindung und für die Erreichung von Zufriedenheit genutzt werden kann (1990, S. 23). Wie bereits erwähnt, sind Überstülpungen von Verhaltensweisen, die von ausserhalb kommen und nicht von der Klientin oder dem Klienten ausgehen, in aller Hinsicht zu vermeiden. Gemäss De Shazers Auffassung sei es für die betroffene Person, aber auch für die lösungsorientierte Fachperson anstrengend und nicht zielführend, wenn der betroffenen Person von aussen Ideen oder Problemlösungen aufgedrängt werden. Die lösungsorientierte Fachperson geht nicht direktiv vor, denn sie kennen das Leben der Klientinnen und Klienten nie so gut, wie die Klientinnen und Klienten selbst. De Shazer stellt fest, dass die Motivation der Klientinnen und Klienten viel höher ist, wenn sie die Lösung der Problemlage und den Weg dazu selbst entwickeln (2008, S. 216). Die Motivation, eine Veränderung herbeizuführen, ist grösser und der Weg dazu naheliegender und einfacher zu erreichen, wenn die Klientin oder der Klient selbst diese Gedanken entwickelt hat. Die betroffene Person muss nicht einen Weg gehen, der die lösungsorientierte Fachperson als den Richtigen ansieht – der Weg oder die Lösung darf ihr nicht aufgedrängt beziehungsweise überstülpt werden (ebd., S. 216). Eine solche aufgezwungene Veränderung ist nicht nachhaltig und führt daher nicht zur längerfristigen Behebung der Problemlage.

Daraus lässt sich ableiten, dass die Klientin beziehungsweise der Klient Expertin oder Experte für ihr oder sein Leben ist (ebd., S. 221). Die lösungsorientierte Beratung baut auf den Kompetenzen und Ressourcen auf, die die betroffenen Personen bereits haben. Es wird ihnen unterstellt, dass sie wissen, was ihnen in ihrer aktuellen Lebenslage guttut. Zudem werden sie darin bestärkt, dass sie eine Lösung für die aktuelle Lage finden, etwa durch einen Rückgriff auf vergangene Situationen, in denen sie eigenständig die Problemlage bewältigt haben (ebd., S. 42). Dadurch kann aufgezeigt werden, dass der hilfeschuchende Mensch bereits andere Problemlagen bewältigt hat und dabei selbst bestimmt hat, was er wann und wie ändern will. Es lässt sich an dieser Stelle auch ein Bezug zur Axiologie des Kriterienrasters nach Franz Stimmer herstellen, wobei konkrete Werte, die hinter dem konstruktivistischen Menschenbild stehen, dargelegt sind, zum Beispiel, dass Lösungen und Probleme konstruiert sind wie auch die Tatsache, dass die Eigenständigkeit und Autonomie respektiert werden (vgl. S. 25). Dies bestätigt die axiologische Verortung im konstruktivistischen Menschenbild. Es ist jedoch von grosser Bedeutung, dass der Wunsch, eine Veränderung herbeizuführen, von der Klientin oder dem Klienten selbst ausgeht und dabei die individuellen Ideen und Gedanken aufgenommen werden (ebd., S. 222-223).

Anhand eines Zitates von Steve de Shazer kann dieses Expertentum von Klientinnen und Klienten sowie die eben beschriebene Funktion der lösungsorientierten Fachpersonen nochmals verdeutlicht werden: «[Expertinnen und] Experten können sich schwer neue Dinge aneignen, weil ihr Geist bereits ausgefüllt ist mit Landkarten von der Welt und Annahmen über ihre Beschaffenheit. Etwas Neues lernen heisst einige lieb gewonnen und vertraute Denkweisen ablegen» (ebd., S. 225).

Das Zitat beschreibt, dass die Klientin oder der Klient die Lösung beziehungsweise eine Vorstellung des Lösungsweges in sich trägt. Eine Veränderung an sich ist bereits mit hohen Anstrengungen verbunden. Eine Veränderung anzustreben, dabei noch gewohnte Denkweisen abzulegen und komplett neue, von aussen zugetragene Denkweisen und Handlungsvorschläge annehmen zu müssen – im Sinne einer Überstülpung –, die nicht teil des gedanklichen Horizontes der Klientin oder des Klienten sind, ist gemäss der lösungsorientierten Beratung nicht klientinnen- und klientenfreundlich und schon gar nicht nachhaltig. Zudem handelt es sich hierbei um ein Vorhaben, dessen Umsetzung kaum realistisch ist. Es geht bei der lösungsorientierten Beratung darum, mit dem zu arbeiten, was vorhanden ist und nicht darum, fundamentale Veränderungen in den Denk- und Verhaltensweisen herbeizuführen. Bereits vorhandene Verhaltens- und Denkstrukturen des Individuums sollen gelenkt werden, wobei das Individuum mehrheitlich bestimmt, in welchem Tempo und in welche Richtung. Aus den bereits vorhandenen Fähigkeiten sollen Ressourcen (wieder) freigelegt respektive bereits vorhandene Fähigkeiten als Ressourcen genutzt werden. Im Hinblick auf die Autonomie der Klientinnen und Klienten kann somit festgehalten werden, dass der Klientin beziehungsweise dem Klienten jederzeit volle Autonomie zugesprochen wird. De Shazer beschreibt dazu, dass die lösungsorientierte Beraterin oder der Berater die Klientin oder den Klienten selbst die Lösung konstruieren lässt (1990, S. 128). Die Beraterin oder der Berater regt den Konstruktionsprozess mit Hilfe der verschiedenen Techniken der lösungsorientierten Beratung an, woraus danach in der Eigenlogik der Klientinnen und Klienten eine Lösung hervorgeht (Bamberger, 2015, S. 32). Die Wahrung und Respektierung dieser Eigenlogik bestätigt wiederum, dass die lösungsorientierte Beratung axiologisch dem konstruktivistischen Menschenbild zugeordnet werden kann. Wie erwähnt, gelten Respekt, Wahrung der Autonomie und Vertrauen als Grundwerte des konstruktivistischen Menschenbildes. Dies trifft auch für die Werte lösungsorientierter Fachpersonen zu, welche die Autonomie der Klientinnen und Klienten in vollem Respekt und in voller Wertschätzung ernst nehmen (ebd., S. 17).

2.3. Expertinnen und Experten nach Definition der lösungsorientierten Beratung

«Klienten [und Klientinnen] sind Experten [und Expertinnen] ihres Lebens. Sie wissen am besten, wie sie ihr Leben bislang erfolgreich gemeistert haben. Und wenn sie im Augenblick einen Gesprächspartner suchen, um mit ihm zusammen etwas zu klären, dann spricht das ebenfalls für Lebensexpertise» (Bamberger, 2015, S. 17).

Dieses Zitat nach Bamberger weist bereits darauf hin, was in der lösungsorientierten Beratung als Expertentum verstanden wird: Die Klientinnen und Klienten besitzen das nötige Expertentum, um ihr Leben und ihre Probleme, etwa eine Suchterkrankung, meistern zu können. Bei den Expertinnen und Experten in eigener Sache nach der Definition der lösungsorientierten Beratung handelt es sich somit nicht um die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, sondern um die Klientinnen und Klienten. Sie sind selbstbestimmte Expertinnen und Experten für ihr eigenes Leben. Damit liegt die Verantwortung bei der lösungsorientierten Beratung auf der Seite der Klientinnen und Klienten. Durch diese Ausrichtung werden unter anderem gesellschaftliche Veränderungen berücksichtigt, die sich durch die aktuellen Lebensverhältnisse ergeben: Durch Modernisierung und Digitalisierung erhält das Individuum grössere Freiheiten und Gestaltungschancen, aber auch Verantwortlichkeiten. Die Menschen sollen ihr Leben selbstbestimmt und selbstreflexiv meistern. Unabhängig von der Frage, ob sie dazu überhaupt in der Lage sind und ob die bestehenden Rahmenbedingungen dazu geeignet sind, bietet diese Perspektive für die Klientinnen und Klienten grundsätzlich innovative und neue Denk- und Handlungsoptionen (Geiling, 2002, S. 87).

Dieser Expertinnen- und Expertenstatus, der den Klientinnen und Klienten in der lösungsorientierten Beratung zugesprochen wird, lässt sich wissenschaftlich mit dem Expertenmodell aus der Forschungsmethode des qualitativen Interviews begründen: Auch hierbei werden die Akteurinnen und Akteure als Expertinnen und Experten ihrer Lebenswelt angesehen (Froschauer & Lueger, 2003, S. 37). Als Expertinnen und Experten werden Personen bezeichnet, die aufgrund ihrer sozialen und gesellschaftlichen Position, ihrer besonderen Funktion oder ihrer speziellen Kompetenzen und Fähigkeiten die Möglichkeit haben, ihre persönlich präferierten Entscheidungen und Handlungsweisen sowie die Deutungen von Situationen durchzusetzen. Dazu sind diese Personen in der Lage, weil sie einen privilegierten Zugang zu besonderen Informationen oder Wissensbeständen in einem speziellen Kontext haben. Eine Expertin oder ein Experte zeichnet sich somit nicht primär durch ein ausgeprägtes Fachwissen aus, sondern vielmehr durch ein spezifisches Wissen,

welches in bestimmten Situationen auch gegenüber sozialen oder gesellschaftlichen Widerständen eingesetzt werden kann (Littig, 2009, S. 119). Diese Wissens- und Erfahrungskontingente können sich in verschiedenen Ausprägungen zeigen:

Feldinterne Handlungsexpertise

Eine feldinterne Handlungsexpertise zeigt sich vor allem in Form von Erfahrungswissen. Expertinnen und Experten haben sich dieses durch Aktivitäten und reflexiven Beobachtungen in einem spezifischen Bereich angeeignet. Die feldinterne Handlungsexpertise ist an einem implizierten Wissen erkennbar, das sich wiederum in der individuellen Wahrnehmung und Denkweise sowie in den persönlichen Entscheidungen und Handlungen zeigt (soziale Praktiken). Aufgrund der hohen Individualität dieser Faktoren und der subjektiven Erfahrungen sind die feldinternen Handlungsexpertisen relativ heterogen (Trinczek, 2009, S. 228).

Feldinterne Reflexionsexpertise

Die feldinterne Reflexionsexpertise fusst auf besonderen Primär- und Sekundärerfahrungen. Sie formen ein Handlungswissen, welches sich auf komplexe Situationen in grösseren Zusammenhängen anwenden lässt. Diese Expertisenvariante entsteht in erster Linie durch Beobachtungen zweiter Ordnung, konkret durch die Beobachtung von Beobachtungen. Erforderlich hierfür sind komplexe und umfassende Interaktionen, damit die wahrgenommenen unterschiedlichen Teilaspekte auf der relationalen und reflexiven Ebene in das konkrete Handlungswissen eingebunden werden können (ebd.).

Externe Expertise

Die externe Expertise besteht aus einem umfassenden theoretischen Spezialwissen. Es bestehen Kenntnisse zu einem speziellen Problem oder Thema, die durch Beobachtungen zweiter Ordnung und durch Sekundärerfahrungen erworben wurden und sich in vielfältigen intra- sowie interdisziplinären Facetten zeigen (ebd.).

Ausgehend von dem Expertisenmodell, welches bei der Durchführung von qualitativen Interviews eingesetzt wird, ist die Bezeichnung von suchtgefährdeten oder suchtkranken Personen als Expertin oder Experte durchaus angemessen. Denn durch ihre spezielle Lebenserfahrung verfügen sie über eine umfassende feldinterne Expertise bezüglich der Suchtproblematik. Diese Erlebnisse und Wahrnehmungen haben ihre Entscheidungen und

ihr Verhalten in der Vergangenheit stark geprägt. Aus sozialarbeiterischer Perspektive kann daher die feldinterne Expertise durchaus als ein Expertentum für die eigene Sache oder als eine besondere Selbsthilfekompetenz verstanden werden. Diese Bewertung deckt sich mit einem wichtigen Prinzip der Sozialen Arbeit, wonach jedem Menschen eine innere Lösungsfähigkeit zugestanden wird, wodurch erst eine sozialarbeiterische Hilfe zur Selbsthilfe möglich wird. Die Klientinnen und Klienten sollen, aufbauend auf ihrer eigenen Kompetenz, durch die professionelle Hilfe der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zu einer selbstständigen und eigenverantwortlichen Lösung ihrer Probleme befähigt werden (Hill, Kreling & Hönigschmid, 2012, S. 14). Zudem deckt sich diese Auffassung auch mit den Inhalten der lösungsorientierten Beratung: Klientinnen und Klienten gelten als Expertinnen und Experten und können per Definition als Expertinnen und Experten dem Bereich der feldinternen Handlungsexpertisen zugeteilt werden.

Hierbei geht es im Grunde darum, die individuellen Ressourcen und Stärken der betroffenen Personen zu fördern (Empowerment). Erreicht werden soll dies durch die Initiierung von Entwicklungsprozessen, wodurch die Klientinnen und Klienten die Zeit erhalten, die eigenen Kräfte zu sammeln und aufzubauen sowie Selbstbemächtigung und Autonomie zu entwickeln, um ein ihrer persönlichen Bewertung nach besseres Leben führen zu können. Die Ziele von Empowerment sind somit eine bessere Lebensqualität und Autonomie (Herriger, 2014, S. 13). Somit bestätigt sich, dass Empowerment als ein handlungsleitendes Konzept der lösungsorientierten Beratung gilt (von Spiegel, 2018, S. 103).

2.4. Die lösungsorientierte Beratung in der sozialarbeiterischen Suchthilfe

Die lösungsorientierte Beratung orientiert sich, wie bereits erwähnt, an den grundsätzlichen Überlegungen und Erkenntnissen des lösungsfokussierten Kurztherapiemodells, welches in den 1980er-Jahren von Steve de Shazer entwickelt wurde (Baeschlin & Baeschlin, 2008, S. 15). Wichtige Grundlagen für dieses Beratungsmodell waren die bereits erwähnten Beobachtungen von Klientinnen und Klienten in den Therapiegesprächen. Bei der Auswertung der Videos aus der qualitativen Forschungsmethode der lösungsorientierten Beratung zeigte sich, dass sich jede teilnehmende Person ihre eigene Wirklichkeit konstruiert und die entsprechenden persönlichen Schlüsse und Entscheidungen daraus zieht. Aus dieser Beobachtung wurde der Schluss gezogen, dass kein Mensch absichtlich oder aus Bosheit destruktiv handelt. Vielmehr versucht jedes Individuum das aus seiner Sicht Bestmögliche, um ein Problem zu lösen, auch wenn dieses Verhalten unter Umständen doch negative Auswirkungen hat (ebd., S. 16). Auch hier kann wieder auf das konstruktivistische Menschenbild (Axiologie nach Franz Stimmer) verwiesen werden. Es lässt sich feststellen,

dass das konstruktivistische Menschenbild ein positives Menschenbild ist, welches jedem Individuum unterstellt, autonom und lernfähig zu sein.

Mittlerweile wird die Weiterentwicklung dieser lösungsfokussierten Kurztherapie in Form einer lösungsorientierten Beratung auch in der Sozialen Arbeit zunehmend eingesetzt. Bei der Arbeit im Bereich der Suchthilfe werden die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter besonders darauf achten müssen, dass die suchtkranke Person einen Grossteil des Engagements einbringt. Sie soll eine gewisse Achtsamkeit für ihre Lebenssituation und Krise sowie eine ausreichende Motivation zur Umsetzung von Veränderungen entwickeln. Angestrebt wird somit eine Förderung der Selbstwirksamkeit des von einer Suchtproblematik betroffenen Menschen (ebd., S. 33).

Bei der lösungsorientierten Beratung in der Suchthilfe ist zu beachten, dass die Versorgung und Beratung von suchtkranken Personen in drei unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern erfolgen kann:

Erstens findet eine *psychosoziale oder psychiatrische Grundversorgung* statt. Diese Dienste werden im Rahmen der kommunalen Zuständigkeit von den zuständigen Behörden als Pflichtaufgabe angeboten. Sie richten sich an Menschen mit einer chronischen- psychosozialen Mehrfachschädigung. Zweitens besteht eine *medizinische ambulante und stationäre Grundversorgung*, welche durch Ärzte und Krankenhäuser abgedeckt und angeboten wird. Diese konzentriert sich auf die Behandlung der körperlichen Erkrankungen und Folgen einer Suchterkrankung. Drittens besteht die traditionelle *sozialarbeiterische Suchthilfe*, welche im Bereich der Prävention, Beratung, Nachsorge sowie der Förderung der Selbsthilfe aktiv ist (Böhl, Koch, Leune & Redecker, 2010, S. 8-10).

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich im Wesentlichen nur auf den dritten Sektor, die sozialarbeiterische Suchthilfe. Diese wird in Kapitel 3.1.2 noch im Detail vorgestellt. Die Angebote der ambulanten Suchthilfe wenden sich nicht nur an die betroffenen Personen, sondern auch an ihr soziales Umfeld. Das konkrete Handeln im Bereich der ambulanten Suchthilfe umfasst unter anderem die Kontaktaufnahme, die Beratung sowie die Vermittlung einer suchtspezifischen Therapie (Hansjürgens, 2016, S. 34).

In diesem Arbeitsfeld sind überwiegend Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter aktiv. Sie stellen rund 60 % der Fachkräfte, die sich darüber hinaus aus Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen sowie Pädagoginnen und Pädagogen zusammensetzen und somit Teile eines Hilfesystems sein können (ebd.).

Die Suchthilfe ist von der Suchttherapie abzugrenzen: Bei der Suchttherapie werden primär medikamentöse und psychotherapeutische beziehungsweise psychoanalytische Massnahmen mit dem Ziel einer Abstinenz eingesetzt (Bilitza & Schuhler, 2007, S. 485).

Zudem unterscheiden sich Therapie und Beratung darin, dass die jeweiligen Fachpersonen eine andere Ausbildung absolviert haben.

Auch beim Einsatz der lösungsorientierten Beratung in der ambulanten Suchthilfe wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass die Klientinnen und Klienten die Expertinnen und Experten für ihr Leben und somit für ihr Suchtverhalten sind. Dem süchtigen Verhalten der betroffenen Personen wird von Seiten der Sozialarbeitenden vorurteilsfrei und vertrauensvoll begegnet. Die Angaben der Klientinnen und Klienten, etwa bezüglich der Konsummengen oder offensichtlich unglaubwürdiger Aussagen, sollten daher zum Beispiel nicht angezweifelt werden (Berg & Reuss, 1999, S. 21). Darüber hinaus finden die Prinzipien der lösungsorientierten Beratung in der ambulanten Suchthilfe auch Anwendung bei der Wahl der geeigneten Interventionen. Oftmals stellt eine Abstinenz für die suchtkranken Klientinnen und Klienten keine realistische Alternative dar. Sie streben stattdessen einen kontrollierten Konsum an (ebd., S. 47-48).

Zu bedenken ist die Frage nach dem Widerstand, welche sich in der Zusammenarbeit mit Klientinnen und Klienten Sozialer Arbeit grundsätzlich häufig stellt, insbesondere dann, wenn Klientinnen und Klienten Ziele anstreben müssen, die ihnen Aussenstehende auferlegt haben und somit als Zwang fungieren. Aus Einschätzung der lösungsorientierten Beratung entfällt jedoch das Argument, dass Suchtkranke, welche Beratung in Anspruch nehmen, aus Zwang in der Beratung sind. Der Grund, wieso Klientinnen und Klienten nicht unter Zwang stehen, erklärt Steve de Shazer wie folgt: Klientinnen und Klienten kommen aus dem Grund in die Beratung, weil ihre bisherigen, eigenständigen Lösungsversuche der Problemlage nicht funktioniert haben (1990, S. 35). In der Beratung erfahren die Klientinnen und Klienten nun darin Unterstützung, ihre Ressourcen so zu nutzen oder freizulegen, dass auch neue Lösungsideen entstehen. De Shazer beschreibt, dass es kontraproduktiv ist, Klientinnen und Klienten als «unwillig» zu betiteln und dies möglicherweise gerade zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung führt (ebd., 34-35). De Shazer lehnt somit den Begriff in der Methode der lösungsorientierten Beratung in jeder Weise ab.

Ein weiterer Aspekt, der aus Sicht der lösungsorientierten Beratung behandelt wird, ist der Umgang mit Rückfällen in der Suchthilfe. Rückfälle werden grundsätzlich nicht negativ oder als ein Versagen gewertet, sondern als wichtige Informationsquelle für die Entwicklung neuer Lösungsstrategien. Zum Beispiel kann ermittelt werden, was der konkrete Auslöser für den Rückfall war und wie dieser in Zukunft konstruktiv genutzt werden kann, um die Gefahr für einen Rückfall zu verringern (Berg & Reuss, 1999, S. 80-82). Das Erörtern des Auslösers des Rückfalls gilt jedoch nicht als Rekonstruktion oder als Rückgriff auf die Vergangenheit. Der Rückfall fand während der Beratungsperiode statt, bei der lösungsorientiert gearbeitet wurde. Es handelt sich dabei nicht um ein Wühlen in der Zeit vor dem Beginn der Beratung.

In einer Studie (Hansjürgens, 2016) wurde der Stand der Professionalisierung der ambulanten Suchthilfe im Bereich der Sozialen Arbeit in Form einer Arbeitsfeldanalyse untersucht. Die Auswertung ergab insbesondere, dass die Handlungen der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter auf diesem Tätigkeitsgebiet zwar überwiegend dem aktuellen theoretischen Stand entsprachen, dies den sozialarbeiterischen Fachkräften aber nicht bewusst war – oder anders formuliert: sie verhalten sich im beruflichen Kontext angemessen, wissen aber nicht, warum sie in dieser Form agieren. Viele sozialarbeiterische Fachkräfte entscheiden und handeln nicht aufgrund einer konzeptionellen Grundlage, sondern basierend auf einem Erfahrungswissen sowie auf Fallreflexionen (Hansjürgens, 2016, S. 45-46). Aus Sicht der Beziehungen zu den Klientinnen und Klienten könnte die Auffassung vertreten werden, dass diese Vorgehensweise ausreichend und die festgestellten Defizite daher irrelevant seien. Hierbei handelt es sich jedoch um eine Fehleinschätzung: Zwar können die sozialarbeiterischen Fachkräfte ihr professionelles Handeln rekonstruieren, aber nicht konkret benennen. Sollte die betroffene Person die Sozialarbeiterin oder den Sozialarbeiter nach den Gründen für eine bestimmte Intervention oder Lösung fragen, könnte diese keine fundierte Antwort geben. Die vorhandenen sozialarbeiterischen Wissensbestände sind unzureichend, was zu einer Verunsicherung auf Seiten der Klientinnen und Klienten, aber auch auf der Seite der sozialarbeiterischen Fachkräfte führen kann (ebd., S. 77).

Daran wird deutlich, dass es an einer ausreichenden Professionalisierung, einer angemessenen Problemlösungskompetenz sowie einer fundierten Handlungstheorie in der ambulanten Suchthilfe noch mangelt. Die sozialarbeiterische Expertise in der Beratung von suchtkranken oder suchtgefährdeten Personen ist nur teilweise vorhanden und sichtbar (ebd., S. 104). Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sind demnach folglich nur bedingt Expertinnen und Experten.

2.5. Suchtklientinnen und -klienten als Expertinnen und Experten: Spezifische Herausforderungen

Diese beiden Befunde (Befund A: Die Klientinnen und Klienten können nach dem Expertenmodell der Forschungsmethode des qualitativen Interviews durchaus als Expertinnen und Experten ihres eigenen Lebens angesehen werden/Befund B: Die im Bereich der ambulanten Suchthilfe tätigen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter verfügen nur bedingt über eine fachliche Expertise) könnten zu der Einschätzung führen, dass die Suchtklientinnen und Suchtklienten im Rahmen einer lösungsorientierten Beratung als Expertinnen beziehungsweise als Experten für ihre Problemlage geeigneter sind als die

sozialarbeiterischen Fachkräfte. Die Klientinnen und Klienten können aufgrund ihrer feldinternen Expertise bezüglich ihrer Suchtproblematik auf bisherige Erlebnisse, Erfahrungen, Wahrnehmung, Verhaltensweisen und Entscheidungen zurückgreifen. Dieses Wissen und diese Selbsthilfekompetenz sind geeignet, um eine selbstständige und eigenverantwortliche Lösung für die Suchtproblematik zu finden.

Hingegen scheinen die sozialarbeiterischen Fachpersonen aus dem Bereich der Suchthilfe nicht umfassend in der Lage zu sein, entsprechende Lösungsstrategien entwickeln zu können. Darüber hinaus erfolgen ihre fachlichen Entscheidungen nicht auf der Basis einer fundierten Handlungstheorie.

Diese zwei Argumente könnten zu der Vermutung verleiten, dass suchtkranke Menschen wegen ihrer speziellen Erfahrungen und Fähigkeiten tatsächlich als Expertinnen und Experten aufzufassen sind. Bei näherer Betrachtung dieser Einschätzung zeigen sich aus Sicht der lösungsorientierten Beratung aber einige, nicht unerhebliche Probleme und Einschränkungen, welche nun erläutert werden.

Fehlende Verdeutlichung potentieller negativer Effekte

Die Soziale Arbeit agiert in einem Umfeld, welches durch soziale Differenzen und Benachteiligungen auf den individuellen, kulturellen, gesellschaftlichen und ökonomischen Ebenen geprägt ist. Diese Heterogenität bietet aber nicht nur Chancen, sondern auch Risiken, zumal sich die sozialarbeiterischen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen permanent verändern. Daher können durch eine übertriebene selbstbestimmte Bewertung des eigenen bisherigen Lebens, etwa durch eine Fehleinschätzung ihrer bisherigen Erfahrungen und der Wirksamkeit früherer Lösungsstrategien, auf Seiten der Klientinnen und Klienten utopische und unrealistische Lösungsstrategien entstehen. Diese tragen dann aber nicht zur Überwindung einer Problemlage bei, sondern führen zu einer Illusionierung des Alltags. Zwar sollte der Expertise der betroffenen suchtkranken Personen und ihren eigensinnigen Lösungen durchaus positiv begegnet werden, allerdings sollten durch die lösungsorientierten Fachkräfte den Klientinnen und Klienten die unliebsamen Folgen und negativen Nachwirkungen dieser Entscheidungen deutlich gemacht werden. Eine professionelle Soziale Arbeit sollte nicht nur die Notwendigkeit von individuellen Lebensentscheidungen und persönlichen Lösungsvisionen berücksichtigen, sondern auch ethisch verantwortungsvoll mit den möglichen Auswirkungen dieser Wahlprozesse umgehen. Erforderlich ist eine reflexive Lösungsfokussierung, bei der potentielle Risiken und negative Effekte gegenüber den Klientinnen und Klienten explizit thematisiert und problematisiert werden (Geiling, 2002, S. 87).

Soziale Grenzen der Übertragbarkeit

Auch für den Fall, dass die von den Klientinnen und Klienten aufgrund ihrer Expertise gefundenen Lösungen zielführend sind, ist nicht garantiert, dass eine Übertragung und Umsetzung im Alltag gelingt. Durch die bestehenden sozialen Grenzen in der Lebenswelt entsteht eine Differenz zwischen den kognitiv entwickelten Lösungsstrategien und der Möglichkeit, diese im alltäglichen Leben zu kommunizieren. Oftmals wird in der lösungsorientierten Beratung lediglich mit der betroffenen Person gearbeitet, nicht aber mit dem sozialen Umfeld. In diesen Fällen wird der reale Alltag in Form von Freunden, Verwandten oder Familie aber nicht ausreichend berücksichtigt. Durch die Annahme von Expertentum bei den Klientinnen und Klienten entsteht eine eingeschränkte Sichtweise auf die Probleme, der Lösung und vor allem ihre soziale Umsetzung. Es entsteht ein Veränderungsoptimismus, bei dem wichtige Beziehungsaspekte keine Beachtung finden. Dadurch kommt es auf Seiten der betroffenen Person zu einer individuellen Komplexitätsreduktion. Die Abhängigkeit und Angewiesenheit von einer sozialen Lenkung und Hilfe (Solidarität) fällt dieser beschränkten Sichtweise aber zum Opfer. Die Folge: Die biografisch entstandenen sozialen Strukturen und Unterstützungssysteme werden nicht in einem ausreichenden Mass für die Bewältigung der Problemlage eingesetzt. Stattdessen herrscht eine einseitige Fokussierung auf eine persönliche und beschränkte Lösungsstrategie vor (ebd., S. 88).

Verfolgung falscher Ziele

Diese reine Fixierung auf die Lösungsansätze der betroffenen Person kann dazu führen, dass im Rahmen der lösungsorientierten Beratung gänzlich ungeeignete oder unter Umständen sogar schädliche Ziele verfolgt werden. Aufgrund der Annahme, dass die Klientinnen und Klienten die Expertinnen beziehungsweise Experten ihres Lebens sind und am besten wissen, wie sie ihr Leben erfolgreich meistern können, findet keine Überprüfung oder gar Korrektur der Beratungsziele statt. Eine Einmischung in die Intentionen und Lösungsstrategien ihrer Klientinnen und Klienten lehnen viele lösungsorientierte Beraterinnen und Berater (aufgrund der erwähnten These von deren Expertentum) in der Regel ab (Eidenschink, 2006, S. 156).

Wert- und Wirkungslosigkeit der Beratung

Durch diese Haltung der professionellen Beraterinnen und Berater wird die betroffene Person in einer schwierigen Lebenssituation im Grunde alleine gelassen. Es wird nicht kontrolliert, ob die Klientin oder der Klient tatsächlich die nötige Kompetenz und ein explizites

Bewusstsein besitzt, um eine korrekte Zielbestimmung und geeignete Lösungsstrategien zu wählen. Eine reflexive und selbstkritische Selbstbetrachtung wird weder gefordert noch durch die beratende Person unterstützt. Natürlich soll ein hilfeschender Mensch nicht in seinen Entscheidungen entmündigt werden. Doch nun wird das andere Extrem gewählt: Das sich in einer Problemsituation befindende Individuum wird als allwissend und im vollen Masse zuständig angesehen. Die lösungsorientierte Beratung, die in gewisser Art Probleme zumindest nur bedingt wahrnimmt und einseitig nur auf persönliche Veränderungen setzt, stellt die Expertise der Klientinnen und Klienten gar nicht mehr in Frage. Es wird der Eindruck erweckt, als ob sich die beratende Person und die hilfeschende Person auf einer Kompetenzstufe befänden. Dadurch bleibt die lösungsorientierte Fachperson aber im Bezugs- und Bewertungssystem der Klientin beziehungsweise des Klienten gefangen. Eine externe Überprüfung und Korrektur ihrer Ziele und Lösungsansätze findet nicht statt, wodurch die Beratung wert- und wirkungslos wird (ebd., S. 156-157).

Hilfeverweigerung

Eidenschink, welcher sich sehr skeptisch in seinen Texten zur lösungsorientierten Beratung äussert, geht sogar so weit, dass er den lösungsorientierten Fachpersonen eine gewisse Hilfeverweigerung unterstellt (ebd., S. 158). Er begründet seine radikale Kritik damit, dass es sich insbesondere bei suchtkranken oder suchtgefährdeten Menschen, welche sich in einer Problemsituation befinden, um Personen handelt, denen von ihrem sozialen Umfeld bereits in ihrer frühen Kindheit vermittelt wurde, dass sie stark und eigenständig sein müssen, um Wertschätzung zu erfahren. Fehler oder Schwächen seien nicht angemessen. Die Lebensgeschichte solcher Menschen ist durch die Forderung der Eltern und Familie geprägt, (zu) früh erwachsen werden zu müssen. Die frühen Bindungserfahrungen sind dadurch tendenziell negativ. Noch im Erwachsenenalter zeigen diese Personen häufig Bindungsängste und eine Unfähigkeit, fremde Unterstützung anzunehmen (da dies als ein Versagen angesehen wird). Wenn in einer Beratungssituation dieser Person dann ein allwissendes Expertentum zugesprochen wird, kommt es zu einer Reinszenierung der Erfahrungen aus der Kindheit: Das hilfeschende Individuum darf nicht schwach, verletzlich oder bedürftig sein, sondern muss sich selbst helfen. Damit wird ein Verhalten gefördert, welches zur Entstehung der akuten Problemlage erheblich beigetragen hat. Statt ihnen eine aktive Hilfe zu gewähren, werden diese Klientinnen und Klienten in der lösungsorientierten Beratung auf sich selbst verwiesen: Sie, als Expertinnen und Experten für ihr Leben, müssen die Lösungen für ihre Lebensprobleme (erneut) eigenständig finden (ebd.).

Nichtbearbeitung der Probleme

Letztlich besteht durch die Annahme eines Expertentums auf Seiten der Klientinnen und Klienten somit die Gefahr, dass zum Beispiel eine Suchtproblematik nicht angemessen bearbeitet und gelöst wird. Es werden lediglich Symptome kuriert, und die hilfeschuchende Person redet sich selbst gesund. Eine wirklich fundierte Bearbeitung der Probleme findet aber nicht statt (ebd., S. 154).

Selbstgefährdung

Das primäre Ziel der Sozialen Arbeit ist es nicht, soziale Kontrolle auszuüben. Trotzdem erfolgt genau dies auf eine spezifische Art, unter anderen durch gezielte Interaktionen mit den Klientinnen und Klienten (Ziegler, 2018, S. 130).

Erfolgt diese soziale Kontrolle nicht und wird den suchtkranken Menschen zu viel Freiraum und Autonomie gewährt wie dies in der lösungsorientierten Beratung die Regel ist, kann es zu einer akuten Selbstgefährdung der Klientinnen und Klienten kommen (Müller, 2016, S. 271). Gemäss der lösungsorientierten Beratung gelten auch im Hinblick auf die Selbstgefährdung Klientinnen und Klienten als Expertinnen und Experten ihres eigenen Lebens (Anita Patschok, pers. Mitteilung, 19.09.2019). Schliesslich erfüllt auch eine selbstgefährdende Handlung einen Zweck. Drogenkonsum kann beispielsweise als Problemlösungsstrategie fungieren, wodurch sich die Klientin oder der Klient eine eigene Strategie zurechtgelegt hat. Es ist die persönliche Entscheidung jedes Individuums, Suchtmittel zu konsumieren. Sozialarbeitende können bei bevorstehendem Konsum nicht handlungsleitend agieren, da schliesslich die Klientinnen und Klienten die Handlung, also den konkreten Konsum, grundsätzlich eigenständig durchführen. Da das Thema der Selbstgefährdung jedoch noch für weitere Aspekte der Bachelor-Thesis relevant ist, wird es im Kapitel 3.4 vertieft behandelt.

3. SUCHTHILFE

3.1 Definitionen

In diesem Kapitel wird die Suchthilfe mit Hilfe von Definitionen der wichtigsten Begriffe (Sucht und Suchthilfe) erläutert. Zudem werden die verschiedenen Suchtarten und deren Auswirkungen sowie der Zusammenhang zwischen Sucht und Selbstgefährdung dargestellt.

3.1.1 Sucht

Der Begriff der Sucht leitet sich vom althochdeutschen Wort «siech» ab, was «krank» oder «Krankheit» bedeutet (Sack, Petersen & Thomasius, 2009, S. 3). Allgemein wird unter Sucht ein Phänomen der Selbstschädigung oder der Nichtkontrolle bezeichnet, welches sich in der Einnahme von psychotropen Substanzen und den daraus resultierenden Verhaltensweisen zeigt: Durch die Einnahme von psychotropen Substanzen kann es zu Kontrollverlusten sowie Entzugssymptomen kommen (ebd., S. 4).

Trotz dieser vermeintlich eindeutigen Begriffsbestimmung liegt eine allgemein anerkannte Suchtdefinition nicht vor. Um gleichwohl eine Bestimmung vornehmen zu können, wurden diagnostische Kriterien festgelegt, um eine Sucht erkennen zu können (Wendt, 2017a, S. 6). Zu diesen Kategoriensystemen zählen vor allem die ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) sowie das DSM in der fünften Fassung (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder).

Nach der aktuellen ICD-10 zeigt sich eine Sucht anhand folgender Symptome, von denen innerhalb des letzten Jahres mindestens drei Kriterien erfüllt sein mussten (ebd., S. 7):

- starkes und unüberwindliches Verlangen
- verminderte Kontrollfähigkeit hinsichtlich der Dauer und der Menge des Substanzkonsums
- Substanzgebrauch zum Zweck der Milderung oder Vermeidung von Entzugssymptomen
- Entzugerscheinungen bei einer Einschränkung oder Beendigung des Konsums
- Toleranzentwicklung
- fortschreitende Vernachlässigung von anderen Interessen, erhöhter Zeitaufwand für die Sucht
- anhaltender Konsum, obwohl nachweislich schädliche Folgen auftreten
- eingeeengte Verhaltensmuster beim Umgang mit der Suchtsubstanz.

Der Kriterienkatalog des DSM in der fünften Fassung enthält ähnliche Voraussetzungen, die bei einer Sucht teilweise oder vollständig erfüllt sein müssen (Barth, 2016, S. 58):

- wiederholter Konsum, wodurch wichtige Verpflichtungen vernachlässigt werden
- wiederholter Konsum in Situationen, die zu einer körperlichen Gefährdung führen können
- wiederholter Konsum trotz permanenter und häufiger zwischenmenschlicher und sozialer Schwierigkeiten
- Toleranzsteigerung durch eine Erhöhung der Dosis oder eine Verminderung der Wirkung
- Entzugssymptome
- ungeplanter Konsum (länger und häufiger mit grösseren Mengen)
- vergebliche Kontrollversuche trotz anhaltendem Wunsch der Abstinenz
- hoher zeitlicher Aufwand für die Beschaffung, den Konsum und für die Erholung
- Verringerung oder Aufgabe anderer Interessen und Aktivitäten
- Konsum, obwohl körperliche und psychische Probleme erkennbar sind
- starkes Verlangen nach einem Konsum

3.1.2 Suchthilfe

Es wurde bereits erwähnt, dass die Suchthilfe in Form einer psychosozial-psychiatrischen Grundversorgung, einer medizinischen ambulanten und stationären Grundversorgung sowie einer sozialarbeiterischen ambulanten Suchthilfe vorzufinden ist (Böhl et al., 2010, S. 8-10).

Die ambulante Suchthilfe ist in der Regel ein Angebot der psychosozialen Beratungsstellen. Solche Suchtberatungsstellen werden aus unterschiedlichen Quellen finanziert, insbesondere durch öffentliche Zuwendungen, eine Leistungsfinanzierung nach den sozialrechtlichen Bestimmungen und einer Eigenmittelfinanzierung (Preuss-Ruf, 2012, S. 53). Das Ziel dieser Einrichtungen ist es, den Missbrauch beziehungsweise den schädlichen Konsum entsprechender Substanzen zu verhindern oder zumindest einzuschränken, den Betroffenen angemessene Hilfe und Unterstützung zu gewähren sowie die schädlichen Effekte der Sucht zu behandeln und zu reduzieren. Zum Einsatz kommen hierbei wissenschaftlich fundierte Suchtmodelle, um eine fachliche Akzeptanz, eine Ganzheitlichkeit der Hilfeangebote, eine Ausrichtung an der Veränderungsbereitschaft der betroffenen Klientinnen und Klienten sowie Vertraulichkeit im Hilfeprozess herstellen zu können (Leune, 2002, S. 32).

Die zielgerichtete Planung und Lenkung der Unterstützungs-, Beratungs-, Behandlungs- und Versorgungsprozesse erfolgt oftmals nach dem Case-Management-Konzept. Durch diese Mehrebenenstrategie wird es für die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter möglich, auf der klientinnen- und klientenbezogenen, betrieblichen, methodischen und versorgungspolitischen Ebene zugleich agieren zu können. Das Konzept beschreibt einen Handlungsablauf für den konkreten und individuellen Einzelfall. Solch ein konzeptionell-methodisches Vorgehen ist erforderlich, um die Fülle an Problemen, die multiplen Hilfebedarfe sowie die Komplexität der Lebenssituationen der Menschen mit einer Suchtproblematik adäquat meistern zu können (Preuss-Ruf, 2012, S. 56).

Die Suchthilfe in der Schweiz basiert seit den 1990er-Jahren auf dem Viersäulenmodell, welches auch Basis der nationalen Drogenpolitik der Schweiz ist (vgl. Kap. 1.4). Es umfasst mehrere Handlungsfelder und erfuhr aufgrund der erreichten Erfolge in der Suchthilfe im Jahr 2008 eine gesetzliche Verankerung im Betäubungsmittelgesetz (Steber Bächli, 2016, S. 4). Mit dem Viersäulenmodell wird versucht, auf allen Ebenen (Bund, Kantone und Gemeinden) den Konsum von illegalen Drogen durch folgende Massnahmen zu verhindern (Berthel, 2006, S. 25):

Prävention (1. Säule)

Das Handlungsfeld der Prävention umfasst alle Strategien und Interventionen, mit denen ein Einstieg in den Drogenkonsum verhindert werden soll. Dazu zählen zum Beispiel adäquate Präventionsprogramme, mit denen das Verhalten, das soziale Umfeld sowie die Struktur der Zielgruppe beeinflusst werden sollen (Sucht Schweiz, 2013a, S. 1).

Behandlung (2. Säule)

Liegt bereits eine Suchterkrankung beziehungsweise eine Abhängigkeit vor, sollen die Betroffenen eine Behandlung erhalten, um eine nachhaltige Suchtfreiheit oder zumindest einen kontrollierten Konsum zu erreichen (Der Bundesrat, 2015, S. 27). Zu diesem Zweck werden den suchtkranken Personen unter anderem in stationären Therapieeinrichtungen verschiedene Kurz- bis Langzeitbehandlungen angeboten. Angestrebt wird durch diese Interventionen eine Steigerung der Bereitschaft zum Konsumverzicht sowie eine Ausweitung der Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten (Schaaf, 2013, S. 28).

Schadensminderung (3. Säule)

Mit der Schadensminderung sollen die Folgeschäden einer Sucht sowie die Gefahren im Zusammenhang mit einem Risikoverhalten geringgehalten werden (etwa eine Verbreitung von übertragbaren Krankheiten wie zum Beispiel Hepatitis B/C oder HIV) (Der Bundesrat, 2015, S. 21).

Repression (4. Säule)

Bei diesem Handlungsfeld wird durch eine Einschränkung bezüglich der Zugänglichkeit und Attraktivität von psychotropen Substanzen versucht, einen illegalen Handel zu erschweren und zu verhindern. Das primäre Ziel ist es, eine Regulierung hinsichtlich der Suchtsubstanzen und somit einen Schutz der Gesundheit der Bevölkerung zu erreichen (ebd., S. 27). Wie bereits in der Einleitung dieser Bachelor-Thesis erwähnt wurde, wird in der nationalen Drogenpolitik der Schweiz schliesslich Abstinenz angestrebt.

In den letzten Jahren wurde dieses Viersäulenmodell zu einem Würfelmodell erweitert. Es umfasst nicht mehr nur die Handlungsfelder Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression, sondern darüber hinaus auch eine differenzierte Beschreibung der jeweiligen Suchtsubstanzen und Konsummuster sowie einen entsprechenden Umgang mit den sich daraus ergebenden verschiedenen Problemlagen (Steber Büchli, 2016).

3.2 Suchtarten

Die Einteilung der Suchtarten erfolgt nach den jeweiligen Suchtmitteln, die konsumiert werden. Da in dieser Bachelor-Thesis der Fokus auf substanzgebundenen Süchten liegt, werden im Folgenden auch lediglich Suchtarten, welche im Zusammenhang mit Substanzen stehen, beschrieben:

Alkoholabhängigkeit

Bei einer Alkoholabhängigkeit werden alkoholhaltige Getränke wie zum Beispiel Bier, Wein, Whiskey, Branntweine etc. konsumiert. Der Alkohol ist eines der ältesten Rauschmittel und fest in Kultur und Gesellschaft verankert (Wendt, 2017a, S. 51). Alkohol gilt als legale Droge. Die Wirkungen von Alkoholkonsum sind vielfältig: Zum einen werden Hemmungen aufgehoben und die Aggressionsneigung gesteigert. Zum anderen spüren alkoholabhängige Menschen aufgrund ihrer Sucht aber auch Einsamkeit und Schuldgefühle. In geringen Mengen wirkt Alkohol anregend, aktivierend und steigert die Stimmung. Die

Kommunikationsbereitschaft nimmt zu. Bei grösseren Mengen hingegen kommt es zu Gereiztheit, Sprachstörungen, Übelkeit, Schwindel, Desorientierung und zu einer erhöhte Gewaltneigung (ebd., S. 57-59).

Drogenabhängigkeit

Unter einer Drogenabhängigkeit wird ein suchartiger Konsum von illegalen Drogen verstanden. Dazu zählen unter anderem Opiate, Kokain, Ecstasy, LSD und Amphetamine (etwa Crystal Meth). Entgegen der verbreiteten Meinung der Öffentlichkeit handelt es sich bei drogenabhängigen Personen nicht nur um junge Menschen, die ihren Drogenkonsum auf der Strasse oder auf Partys vornehmen, sondern nicht selten auch um ältere und berufstätige Menschen. Ein Grund für diese grosse Altersbandbreite liegt in dem Umstand, dass eine Drogenabhängigkeit in der Regel chronisch verläuft – und somit die betroffenen Personen ein Leben lang begleitet. Oftmals besteht zudem ein gleichzeitiger (kombinierter) Konsum unterschiedlicher Substanzen. Dieser kombinierte Konsum wird in der Fachsprache als «Polytoxikomanie» bezeichnet (ebd., S. 73-75).

Medikamentenabhängigkeit

Eine Medikamentenabhängigkeit entsteht durch eine missbräuchliche Verwendung von Arzneimitteln. Bis zu 6 % der verordneten Medikamente besitzen ein Missbrauchspotential und können somit eine Abhängigkeit auslösen (Schneider, 2013, S. 85).

Aufgrund dieser Ausgangslage ist eine Medikamentenabhängigkeit für Aussenstehende relativ schwer zu erkennen und für die Betroffenen kaum zu akzeptieren, wurde das Arzneimittel ursprünglich doch zur Behandlung von Beschwerden mit entsprechenden Symptomen eingesetzt. Durch den fortgesetzten Missbrauch entstehen Absetzerscheinungen, die sich von den ursprünglichen Symptomen unter Umständen kaum oder gar nicht unterscheiden lassen. Es wird daher zunehmend schwieriger, die (Krankheits-)Ursachen von den (Sucht-)Wirkungen abzugrenzen (ebd., S. 202).

3.3 Physische, psychische, soziale und kognitive Auswirkungen

Physische Auswirkungen

Bei den körperlichen Auswirkungen einer Abhängigkeit sind die direkten und indirekten Folgeschäden zu unterscheiden: Die direkten Schädigungen entstehen durch den Konsum der Suchtmittel, eine indirekte Schädigung wird durch Folgeerkrankungen (etwa eine Leberentzündung) ausgelöst (ebd., S. 230).

Im Wesentlichen trägt eine Abhängigkeit dazu bei, dass sich der Lebensstil in den meisten Fällen negativ verändert. Ernährung, Bewegung oder Körperhygiene werden zunehmend vernachlässigt. Daraus können erhebliche körperliche Schädigungen entstehen, vor allem am Bewegungsapparat, im Verdauungstrakt, im Stoffwechsel oder beim Herz-Kreislaufsystem (ebd.).

Die physischen Auswirkungen eines Alkoholkonsums reichen von einem gesteigerten Antrieb, Schwitzen, erhöhtem Herzschlag, gesteigerter motorischer Unruhe bis hin zur Übelkeit (Wendt, 2017a, S. 56). Bei einem exzessiveren Konsum kann es zu Bewusstseinsstörungen, Schwindel und Sprachstörungen kommen. Es ist zudem bekannt, dass Alkohol eine giftige Wirkung auf die Zellen des menschlichen Körpers hat. Wird nun exzessiv Alkohol konsumiert, führt dies unweigerlich zu einer Schädigung der inneren Organe (ebd., S. 57).

Bei Drogenabhängigkeit können Appetitlosigkeit und langfristig ein erheblicher Gewichtsverlust auftreten. Darüber hinaus sind Magen-, Verdauungs- und Kreislaufprobleme sowie eine Störung der sexuellen Leistung möglich (Heckmann, 2000, S. 124-125).

Psychische Auswirkungen

Durch den Konsum von Alkohol kann es zu einer gehobenen Stimmung, einer allgemeinen Enthemmung, einem Abbau von Ängsten, gesteigerter Kontaktbereitschaft, aber auch zu Selbstüberschätzung, einem eingeschränkten Urteilsvermögen und einer dadurch ausgelösten gesteigerten Risikobereitschaft kommen (Wendt, 2017a, S. 56).

Ferner kann sich eine psychische Abhängigkeit entwickeln. Diese zeigt sich in einem unbezwingbaren Verlangen, den Konsum des Suchtmittels fortzusetzen und dieses unter allen Umständen beschaffen zu wollen (Vetter, 2007, S. 153).

Bei einer Drogenabhängigkeit zeigen sich die psychischen Folgen unter anderem durch eine ausgeprägte Erregbarkeit und Reizbarkeit. Die Urteils- und Leistungsfähigkeit nimmt deutlich ab. Bei einem fortgesetzten Konsum kann es zu gravierenden psychischen Störungen kommen, die von einer Depression über Wahnvorstellungen bis zu einem Verfolgungswahn reichen können (Heckmann, 2000, S. 124).

Soziale Auswirkungen

Durch die Suchterkrankung kommt es zu einer zunehmenden Isolierung und nachlassender Rücksichtnahme gegenüber dem sozialen Umfeld. Die Schule, Ausbildung oder der Beruf werden vernachlässigt. Die familiären oder sozialen Pflichten werden nicht mehr erfüllt, da sich zunehmend eine gewisse Gleichgültigkeit gegenüber der sozialen Umgebung

entwickelt. Ansteigend findet eine ausschliessliche Fixierung auf die Beschaffung und den Konsum des Suchtmittels mit einer damit verbundenen Verschuldung und Kriminalisierung statt, wodurch das familiäre und soziale Umfeld zusätzliche Belastungen erfährt. Die suchtkranke Person fällt nach einiger Zeit aus ihren vertrauten sozialen Lebenszusammenhängen wie etwa Freundschaften, Familie oder Berufsleben (ebd., S. 122-125).

Nach einer gewissen Zeit tritt eine deutliche Wesensveränderung bei der betroffenen Person ein: Die suchtkranke Person zeigt eine erkennbare Persönlichkeitsveränderung. Sie neigt dazu, ihre Suchterkrankung zu bagatellisieren, zu verleugnen oder zu verheimlichen. Es kommt zu einer verminderten Affektsteuerung und Frustrationstoleranz (Küfner, 2019, S. 44). Bei drogenabhängigen Personen können soziale Hemmungen abgebaut werden, wodurch moralische Grenzen überschritten werden (ebd., S. 82).

Kognitive Auswirkungen

Bei einer Alkoholabhängigkeit kann es im Verlauf der Sucht zunehmend zu Gedächtnislücken kommen, da durch den Missbrauch die Informationsverarbeitung des Gehirns gestört werden kann. Es kommt zu einer Behinderung der Auswahlprozesse bezüglich der relevanten Informationen, die das Ultra-Kurzzeitgedächtnis speichern und verarbeiten soll. Der missbräuchliche Konsum von Drogen kann die Konzentrationsfähigkeit einschränken. Es kommt zu Aufmerksamkeitsstörungen und zu einer allgemeinen Einschränkung der Gedächtnisleistung (Schneider, 2013, S. 238).

Darüber hinaus kann eine Schädigung des Langzeitgedächtnisses eintreten. Aufgrund der Persönlichkeitsveränderung kann es zu weiteren kognitiven Störungen kommen, die sich zum Beispiel in Form von Misstrauen oder einem paranoiden Denken zeigen (Soyka, 2019, S. 10).

3.4 Sucht und Selbstgefährdung

Insbesondere bei chronischem Alkoholismus und einer Drogensucht kann es aufgrund der psychischen Veränderungen und Persönlichkeitsstörungen zu ausgeprägten Antriebsstörungen und Depressionen kommen. Diese gehen einher mit fehlender Entschlussbereitschaft, sozialem Rückzug, Teilnahmslosigkeit und Apathie. Diese Entwicklung kann auf der psychopathologischen Ebene dazu führen, dass selbst grundsätzliche Bedürfnisse wie die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit nicht mehr ausreichend befriedigt werden. Die Person verwaht zunehmend und setzt sich einer Selbstgefährdung aus (Payk, 2015, S. 179).

Darüber hinaus kann der Konsum von Suchtmitteln aufgrund der negativen Effekte auf die Körperfunktionen an sich zu einer Selbstschädigung führen und stellt somit im Grunde auch eine Selbstgefährdung dar (Trachsel & Hürlimann, 2015, S. 8).

Wie sind diese Formen der Selbstgefährdung aus rechtlicher und moralischer Sicht der lösungsorientierten Beratung beziehungsweise der Suchthilfe zu bewerten?

Nach den Prinzipien der lösungsorientierten Beratung besitzt die suchtkranke Person eine umfassende Expertise für ihr Leben und für die Meisterung von Problemlagen. Wird dieser Auffassung gefolgt, ist Selbstschädigung ein Teil der individuellen Selbstbestimmung: Die Klientin oder der Klient kann selbst entscheiden, ob und in welchem Ausmass der eigene Körper geschädigt werden soll. In einer aufgeklärten und modernen Gesellschaft müsste urteilsfähigen und volljährigen Personen eine entsprechende Entscheidungsfreiheit zugestanden werden. Diese Maxime gelte nicht nur bei einer Suchterkrankung, sondern zum Beispiel auch für das Rauchen oder bei Übergewicht (ebd.).

Die schweizerischen Gesetzesgrundlagen untermauern diese Sichtweise. Sie enthalten den «Grundsatz der straflosen Selbstschädigung»: Eine Person ist nur vor anderen, nicht vor sich selbst zu schützen. Aufgrund dieser Rechtsauffassung ist zum Beispiel ein Suizidversuch nicht strafbar (ebd.).

Einschränkungen bezüglich einer solchen Selbstschädigung ergeben sich jedoch aus den zivilrechtlichen Bestimmungen. Danach ist das Recht auf körperliche Selbstschädigung eingeschränkt, wenn eine fehlende Urteilsfähigkeit oder eine unmittelbare Selbstgefährdung vorliegt. Beide Voraussetzungen können theoretisch bei einer Suchterkrankung erfüllt sein: Die suchtkranke Person ist nicht mehr in der Lage, die Konsequenzen ihres Handelns und alternative Möglichkeiten abzuwägen. Es fehlt die Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen und zu begründen. Zudem mangelt es unter Umständen auch an der Krankheitseinsicht. Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass auch Menschen mit einer Suchterkrankung normalerweise noch über eine ausreichende Urteilsfähigkeit verfügen, da der Konsum der Suchtmittel nicht ständig und somit seine negativen Auswirkungen nicht permanent bestehen. Die Person hat somit Phasen, in welchen die Abhängigkeit angemessen bewertet werden kann. Um von einer Selbstgefährdung von suchtkranken Menschen ausgehen zu können, müssen eine psychische Störung, eine geistige Behinderung oder eine schwere Verwahrlosung vorliegen. Werden diese Voraussetzungen nicht erfüllt, darf keine fürsorgliche Unterbringung erfolgen. Bis zum Jahr 2012 wurde eine Suchterkrankung im Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) explizit als psychische Erkrankung erwähnt (ebd., S. 9), aktuell aber nicht mehr. Dessen ungeachtet enthält Artikel 16 der aktuellen Fassung des Gesetzbuches den Hinweis, dass ein Rausch oder ein

ähnlicher Zustand zu einer Einschränkung der Urteilsfähigkeit führen kann (SR 210). Diese Voraussetzung könnte bei einer suchtkranken Person durchaus vorliegen.

Für die sozialarbeiterischen Fachkräfte im Bereich der Suchthilfe ergibt sich aus diesen Ausführungen das Erfordernis, das Ausmass und die mögliche Schwere einer Selbstgefährdung ihrer Klientinnen und Klienten angemessen abwägen zu müssen. Es ist eine Ausgewogenheit zwischen dem Prinzip der persönlichen Autonomie und Selbstbestimmung dieser Menschen und dem Prinzip des Nichtschadens und der Fürsorge zu erreichen (ebd.). Im Allgemeinen herrscht die Auffassung vor, dass die persönliche Autonomie und Selbstbestimmung zum Zwecke eines Schutzes und einer Obhut suchtkranker Personen eingeschränkt werden dürfen (ebd., S. 10).

4. DIE GEGENÜBERSTELLUNG VON PROFESSIONELLEN UND HILFESUCHENDEN

4.1. Oevermanns Theorie der Lebenspraxis

Das vorherige Kapitel zeigte auf, welche Auswirkungen und Folgen eine Sucht mit sich bringt. Es wurde dargelegt, dass neben den psychischen und physischen Auswirkungen auch der Lebensstil betroffen ist, zum Beispiel durch Vernachlässigung der Körperhygiene und diversen sozialen Verpflichtungen. Insbesondere sind hier auch die berufliche Integration respektive das Nachgehen einer beruflichen Verpflichtung und die Wohnfähigkeit zu nennen. Durch eine Erwerbstätigkeit können die Kosten für den Lebensunterhalt gedeckt werden. Wird keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgegangen, ist die selbstständige Bestreitung des Lebensunterhaltes gefährdet. Somit ist zum Beispiel auch die Deckung des Mietzinses gefährdet. Falls die Wohnungskosten nicht mehr bezahlt werden, droht eine Kündigung des Mietverhältnisses und dadurch folglich Obdachlosigkeit. Falls die Deckung der Wohnkosten gesichert ist, ist dennoch zu erwähnen, dass aufgrund der Vernachlässigung von hygienischen Standards die Wohnfähigkeit beeinträchtigt wird, was möglicherweise auch zu häuslicher Verelendung führt. Diese gravierenden Folgen einer Sucht indizieren den Schluss, dass aufgrund einer Sucht Klientinnen und Klienten nicht als Expertinnen und Experten gelten. Wie auch bereits in Kapitel 2.5 erläutert wurde, bringt die lösungsorientierte Beratung unterschiedliche, nicht zu unterschätzende Herausforderungen mit sich, aufgrund derer lösungsorientierte Fachpersonen verpflichtet sind, diese im Beratungsprozess mit Klientinnen und Klienten zu thematisieren und zu reflektieren (vgl. S. 41). Auch in Anbetracht der Selbstgefährdung kann nicht von Expertentum gesprochen werden, welches auf Seiten der Klientinnen und Klienten liegt. Aufgrund dieser Erkenntnisse wird nun eine Theorie beigezogen, welche explizit ausdrückt, dass Klientinnen und Klienten Sozialer Arbeit generell nicht als Expertinnen und Experten in eigener Sache gelten. Der Soziologe Ulrich Oevermann beschreibt in seiner Theorie der Lebenspraxis den Weg einer Lösungsfindung anders, als dies Steve de Shazer im Hinblick auf die lösungsorientierte Beratung vollzieht. Oevermann erläutert, dass Individuen, die Sozialarbeitende aufsuchen, ihre eigene Lebenspraxis nicht mehr eigenständig bewältigen können. Unter Lebenspraxis ist eine Einheit des Lebendigen, sprich eine Einheit, die handlungsgenerierend fungiert, zu verstehen (Garz & Raven, 2015, S. 47). Durch die Lebenspraxis ist jedem Menschen situationsadäquates, eigensinniges und auch spontanes Handeln möglich. Lebenspraxis bedeutet für jeden Menschen auch Unabhängigkeit, da dadurch Verhalten nicht determiniert ist und alle Menschen freie Handlungsspielräume haben (ebd., S. 27). Menschen werden als autonom handlungsfähige Subjekte beschrieben, die bis zu einem gewissen Grad

selbstständig Probleme bewältigen können (ebd., S. 38). Die autonomen Subjekte entwickeln sich durch das Bewältigen von Problemlagen. Oevermann beschreibt diese Problemlagen als Krisen, die die Menschen bewältigen, und verwendet somit einen anderen Terminus als den Terminus «Problem» (2009, S. 114). Er erörtert, dass das ganze Leben aus Krisen besteht, die bewältigt werden müssen. Das bedeutet, dass der Mensch sich andauernd in Situationen befindet, in der er sich entscheiden muss und in denen er bestimmte Sachlagen zu bewältigen hat. Bereits das morgendliche Aufstehen gilt als Krise, da dieses bewältigt werden muss, und bestimmtes Handeln beziehungsweise bestimmte Aktivität vom Individuum verlangt. Das morgendliche Aufstehen dient jedoch nun als Beispiel, wie sich aus Krisen Routinen entwickeln, welche die Lebenspraxis jedes Einzelnen vereinfachen oder eben zur Routine macht. Routine ist ein wichtiger Bestandteil menschlicher Lebenspraxis und wird definiert als das Wissen, das dem Menschen im Rahmen seiner Erfahrungswerte zur Verfügung steht und auf das in bereits durchlebten Krisen zurückgegriffen werden kann. Situationen, die beim ersten Erleben als Krisen erlebt wurden, können sich bei erfolgreicher Bewältigung zu Routinewissen entwickeln. In diesen Wiederholungen kann auf die Bewältigungsstrategien zurückgegriffen werden, die beim ersten Erleben angewendet wurden und funktioniert haben. Wie der Begriff «Routine» an sich schon in sich trägt, ist routiniertes Handeln durch eingeübte und einverlebte Verhaltensweisen charakterisiert. In Bezug auf das morgendliche Aufstehen kann somit festgehalten werden, dass durch die tägliche morgendliche Aktivität eine Routine entstanden ist, die durch die Jahre verfeinert wurde und durch ganz klare Handlungsabläufe geprägt ist, in denen jedes Individuum kaum mehr nachdenken muss, da die Handlungsabläufe des morgendlichen Aufstehens einverleibt sind. Es ist kaum mehr ein besonders anspruchsvoller Denk- und Handlungsprozess nötig, da das Handeln routiniert abläuft. Das Aufstehen gilt deswegen nicht mehr als Krise, sondern als Routine.

Anhand des morgendlichen Aufstehens wurde dargelegt, wie sich jeder Mensch entwickelt, wie Krisensituationen bewältigt werden und wie daraus Routinen werden. Jedes Individuum ist selbstständig in der Lage, Krisen zu erzeugen und zu bewältigen (Kraimer, 2009, S. 81). Krisen selbstständig erzeugen meint in dem Sinn, dass das Individuum als selbstbestimmt charakterisiert wird und schliesslich autonom entscheidet, dass es am Morgen aufstehen will. Das Streben nach Autonomie gilt als Entwicklungsaufgabe im Leben jedes Menschen und die Unterstützung der Autonomiebildung als Ziel der Sozialen Arbeit. Durch die Autonomiebildung wird zudem die selbsttätige Krisen- und Lebensbewältigung möglich (ebd., S. 74). Eine Krise wird als Lebenssituation eines Individuums beschrieben, in der ein Problem eine Stärke erreicht, in der sich das Individuum bedroht fühlt und die Situation als Krise erlebt. Das Problem kann unterschiedliche Bereiche umfassen, beispielsweise kann es

psychischer, physischer, sozialer oder biologischer Art sein, es sind auch Kombinationen möglich (Obrecht, 2009, S. 70). Es wird von primärer Lebenspraxis und primärer Krisenbewältigung gesprochen, wenn solche Krisen autonom bewältigt werden können. Wenn Individuen jedoch nicht in der Lage sind, Krisen autonom zu bewältigen, ist Hilfe auf sekundärer Ebene der Krisenbewältigung nötig (Garz & Raven, 2015, S. 116). Sind Individuen nicht mehr in der Lage, Krisen autonom zu bewältigen und daraus Routinen zu bilden, sind sie auf fremde Expertise angewiesen (Oevermann, 2009, S. 114). Die Krisensituation übersteigt die Kompetenzen des Individuums und auch durch mehrmalige Bewältigungsversuche gelingt es dem Individuum nicht, aus eigener Kraft die Krise zu bewältigen. Es ist auf externe Hilfe angewiesen, die es von Fachpersonen erhält. Individuen werden dadurch Klientinnen und Klienten und die Krise wird durch eine stellvertretende Krisenbewältigung von Expertinnen und Experten gelöst. Wie bereits erwähnt, gilt die stellvertretende Krisenbewältigung als sekundäre Krisenbewältigung. Es handelt sich dabei grundsätzlich um eine Dienstleistung, die eine Fachperson erbringt. Es geht dabei nicht um die primäre Bewältigung eigener Krisen, sondern um die Bewältigung der Krisen von Klientinnen und Klienten (ebd.). Die Delegation zur stellvertretenden Krisenbewältigung geht einher mit einem Autonomieverlust, der einerseits bereits durch das Nichtbewältigenkönnen der Krise erkennbar ist, andererseits auch dadurch, dass Aussenstehende zur stellvertretenden Krisenbewältigung herangezogen werden (Oevermann, 2002, S. 26). Fachpersonen fungieren so lange als stellvertretende Krisenbewältigende, bis wieder genug Autonomie hergestellt ist, dass Klientin und Klient Krisen durch ihre primäre Lebenspraxis bewältigen können (Kraimer, 2009, S. 81). Autonomie und Krisenbewältigung stehen somit in engem Zusammenhang. Durch die stellvertretende Krisenbewältigung sollen jedoch Klientinnen und Klienten nicht noch mehr Autonomie verlieren. Oevermann beschreibt, dass Klientinnen und Klienten aufgefordert werden, sich mit ihren noch vorhandenen Kräften maximal an der stellvertretenden Krisenbewältigung zu beteiligen (2009, S. 117). Mit einem konstitutiven Arbeitsbündnis zwischen Klientin und Klient und Fachperson wird darauf hingearbeitet, dass die externe Hilfe schliesslich wieder die Selbsthilfe mobilisiert und Krisen wieder eigenständig von der Klientin oder dem Klienten bewältigt werden können. Das Arbeitsbündnis ist ein zentrales Element im Modell der stellvertretenden Krisenbewältigung. Es symbolisiert einen Teil der Eigenleistung der Klientin oder des Klienten, da sie oder er durch Inanspruchnahme professioneller Hilfe etwas an der Krisensituation verändern will (ebd., S. 121). Das Arbeitsbündnis stellt schliesslich aber auch dar, dass Klientinnen und Klienten eigene Krisen nicht mehr selbst lösen können. Ziel des gemeinsamen Arbeitsbündnisses und der stellvertretenden Krisenbewältigung ist die Erzeugung und Aufrechterhaltung von Autonomiepotential (Kraimer, 2009, S. 82).

In diesem Kapitel wurde bereits erwähnt, dass die Fachpersonen als Expertinnen und Experten gelten. Oevermann beschreibt, dass die Klientin oder der Klient Hilfe sucht. Dies wird als der einzig gangbare Weg angesehen, um die volle Autonomie wieder zurückzugewinnen (zitiert nach Garz & Raven, S. 124). Im folgenden Kapitel wird nun noch genau dargelegt, wie nach der Theorie der Lebenspraxis Expertentum definiert und ausgelegt wird.

4.2. Oevermanns Verständnis des Expertentums

Nach Oevermanns Theorie der Lebenspraxis sind es die Fachpersonen Sozialer Arbeit, die in der Rolle als Expertinnen und Experten fungieren. Unter Einbezug der in Kapitel 2.3 herausgearbeiteten Expertisen nach Trinczek, kann Oevermanns Verständnis des Expertentums der «externen Expertise» zugeordnet werden. Bei der Theorie nach Oevermann zeichnet sich das Expertentum durch zwei Komponenten aus: durch fachwissenschaftliche/methodische Kompetenzen (Theorieverstehen und Fachwissen) und fallrekonstruktive/diagnostische Kompetenzen (Fallverstehen/Fallwissen) (Komponente I) sowie durch interventionspraktische Kompetenzen (Komponente II) (Garz & Raven, 2015, S. 117). Dabei kann auch von doppelter Professionalisierung gesprochen werden, denn die Komponente I bedeutet, dass Fachpersonen durch die Aneignung von Wissen, Methoden und Techniken an einer Hochschule ein theoretisches Fundament erarbeiten. Komponente II bedeutet, dass die erlernten Inhalte in der Praxis eingeübt und angewendet werden (ebd., S. 131-132). Komponente II erfordert auch das Erkennen der Nichtstandardisierbarkeit jedes Falles. Das bedeutet, dass das bisherige erworbene Wissen (zum Beispiel durch das Studium an einer Hochschule oder durch andere Praxiserfahrungen) in einer Art modifiziert wird, dass es zumindest theoretisch zum jeweiligen Fall passt (ebd., S. 119). Fachpersonen haben somit nach der Theorie der Lebenspraxis ein spezifisches Wissens- und Handlungsrepertoire, durch welches sie als stellvertretende Krisenbewältigende auftreten können. Mit Hilfe von bestimmten Interventionen, die durch das angeeignete Wissen geleitet werden, wird auf problematische Zustände anderer Systeme eingewirkt, mit dem Ziel, den problematischen Zustand so zu verändern, dass eine erfolgreiche Bewältigung stattfinden kann (Obrecht, 2009, S. 63).

Wie bereits erwähnt, bezeichnet Oevermann die Klientinnen und Klienten als diejenigen, die Hilfe suchen. Er geht sogar noch weiter und bezeichnet die Klientinnen und Klienten als Laien. Er beschreibt das Verhältnis zwischen Fachpersonen und Klientinnen und Klienten dergestalt, dass die Expertinnen und Experten stellvertretend für Laien, das heisst für die primäre Lebenspraxis, Krisen bewältigen (Oevermann, 2002, S. 23). Er spricht von der

professionalisierten Praxis, die die Expertinnen und Experten innehaben und anwenden (im Sinne der oben genannten Komponenten I und II) (Garz & Raven, 2015, S. 111). Die professionalisierte Praxis ist zudem ein Unterscheidungskriterium der primären Lebenspraxis und der stellvertretenden Krisenbewältigung, da die professionalisierte Praxis eben nur Teil der stellvertretenden Krisenbewältigung ist und nicht Teil der primären Lebenspraxis, wenn Klientinnen und Klienten Krisen durch ihre primäre Krisenbewältigung selbstständig bewältigen können. Oevermann unterscheidet drei Wertbezüge (die sogenannten «Foci») der professionalisierten Praxis, die Anlass von Krisen darstellen können und die zudem zur Analyse der Krise dienen (2002, S. 23-25.):

Focus der Erzeugung und Aufrechterhaltung einer somato-psycho-sozialen Integrität der partikularen Lebenspraxis

Bei diesem Focus sind das gesamte Leben beziehungsweise mehrere Lebensbereiche eines Individuums in eine Krise geraten (Garz & Raven, 2015, S. 61). Ein Beispiel dafür kann der Drogenkonsum sein, der den Körper, die Psyche oder die soziale und berufliche Integration in Mitleidenschaft zieht. Lässt sich eine Krise in diesen Focus einordnen, werden in der Beratung mit der Klientin oder dem Klienten seine gesunden und seine kranken Anteile exploriert und benannt (Oevermann, 2002, S. 43). Dazu ist eine rekonstruktive Fallanalyse nötig, damit Bedingungsbeziehungen, konkrete Lebensereignisse und andere mögliche Einflussfaktoren ergründet werden können (Garz & Raven, 2015, S. 118).

Focus der Erzeugung und Gewährleistung von Gerechtigkeit in der professionalisierten Rechtspflege

Durch diesen Focus wird versucht, trotz einer Krise Gerechtigkeit im sozialen Zusammenleben aufrechtzuerhalten. Dazu dienen Gesetze, die bei bestimmten Krisen wegweisend sind (Oevermann, 2002, S. 23). Ein Beispiel dafür kann eine Ehescheidung sein. Durch rechtskräftige Verträge werden Regeln aufgebaut, die zur Bewältigung der Krise dienen.

Focus der Erzeugung und Gewährleistung der Geltung von Wissen

Der dritte Focus wird im Zuge der professionalisierten Praxis herangezogen, wenn die beiden vorherigen Foci ausgeschöpft wurden beziehungsweise die professionalisierte Praxis der beiden oben genannten Foci nicht ausreicht, um eine Krise zu lösen. Da die Krise nicht gelöst werden kann durch die Bearbeitung mit Hilfe der ersten beiden Foci, entsteht eine

Folgekrise, nämlich die Geltungskrise der Professionalität (ebd., S. 24). Dies bedeutet, dass die bisherigen Möglichkeiten, die aus der Profession und der Praxis hervorgehen und sich grundsätzlich bewähren, nicht ausreichen zur Krisenbewältigung. Dies hat zur Folge, dass Fachpersonen die Profession im Sinne einer Metaprofessionalisierung überprüfen müssen (Garz & Raven, 2015, S. 113). Geltungskrisen gelten übrigens als Nährboden für die Forschung (Oevermann, 2002, S. 27).

Die drei Foci machen nach Oevermann professionelles Handeln aus (zitiert nach Garz & Raven, 2015, S. 113). Eine Voraussetzung, dass stellvertretende Krisenbewältigung im Sinne von professionellem Handeln durch Fachpersonen vollzogen werden kann, ist die Bildung eines professionellen Habitus. Durch die Ausbildung des professionellen Habitus werden Wissensbestände und Kompetenzen, die aus den Komponenten I und II hervorgehen (vgl. S. 57), verinnerlicht und ermöglichen das situationsspezifische Handeln in nichtstandardisierbaren Fällen, was Professionalität in der Sozialen Arbeit verlangt (Becker-Lenz, Busse, Ehlert & Müller-Hermann, 2012, S. 10). Im Folgekapitel werden der professionelle Habitus und die Professionalisierungsbedürftigkeit der Sozialen Arbeit genauer beleuchtet.

4.3. Die Notwendigkeit der Professionalität im Hinblick auf das Expertentum

Oevermanns Theorie der Lebenspraxis ist ein wichtiger Teil seiner übergeordneten strukturtheoretischen Professionstheorie. Durch die strukturtheoretische Professionstheorie und der Theorie der Lebenspraxis begründet er nicht nur, dass Fachpersonen der Sozialen Arbeit als Expertinnen und Experten gelten, sondern er begründet dadurch auch die Notwendigkeit, dass Soziale Arbeit als Profession gilt beziehungsweise die Notwendigkeit der Professionalisierungsbedürftigkeit Sozialer Arbeit. Seine strukturtheoretische Professionstheorie gilt als eine der wichtigsten Grundlagen im Professionalisierungsdiskurs Sozialer Arbeit (Kraul, Marotzki & Schweppe, 2002, S. 7). Wie in Kapitel 4.2 beschrieben wurde, lässt sich Expertenwissen gemäss der Komponente II nicht standardisieren. Dies erfordert von Expertinnen und Experten eine Bildung des professionellen Habitus, welcher die Expertin oder den Experten zur stellvertretenden Krisenbewältigung befähigt. Die Habitusbildung meint einerseits das Handeln durch verinnerlichte Routinen und Haltungen, andererseits das situationsadäquate Handeln in nicht vorhersehbaren Situationen (Kraimer, 2009, S. 81). Oevermann definiert den professionellen Habitus als «Automatismus ausserhalb der bewussten Kontrollierbarkeit operierenden und ablaufenden Handlungsprogrammierungen (. . .), die wie eine Charakterformation das Verhalten und Handeln von Individuen kennzeichnen und bestimmen» (zitiert nach Becker-Lenz et al.,

2012, S. 17). Eine interessante Feststellung in Form eines kurzen Exkurses zum professionellen Habitus geht aus der bereits erwähnten Studie nach Hansjürgens hervor, wobei beschrieben wird, dass Sozialarbeitende zwar angemessen handeln, ihr Handeln aber nicht genau begründen können beziehungsweise sich den Handlungsmotiven nicht immer bewusst sind (vgl. S. 40). Dieses Unbewusstsein, welches in der Studie beschrieben wird, liesse sich somit durch den professionellen Habitus der Sozialarbeitenden begründen.

Oevermann begründet die Professionalisierungsbedürftigkeit der Sozialen Arbeit damit, dass ihre Berufspraxis mit dem Handlungsproblem der stellvertretenden Krisenbewältigung zu tun hat (2002, S. 21). Oevermann differenziert jedoch Expertinnen- und Expertenwissen zusätzlich anhand der Standardisierbarkeit von Dienstleistungen und grenzt so ingenieurler Berufe von krisenfähigen Berufen ab (ebd., S. 21-24). Dies meint konkret, dass ingenieurler Berufe auch Expertinnen- und Expertenwissen verlangen, jedoch die Verfahren standardisierbar sind. Ein Beispiel für einen ingenieurler Beruf ist Automechanikerin oder Automechaniker. Die Reparatur eines Autos ist eine standardisierbare Dienstleistung, da nach einem bestimmten Schema vorgegangen werden kann, wie ein bestimmter Schaden behoben werden kann (ebd., S. 34). Die Soziale Arbeit gilt als krisenfähig, da Fachpersonen mit nicht standardisierbaren Krisen konfrontiert werden, die ein nicht standardisierbares Handeln erfordern (Garz & Raven, 2015, S. 118). Das nicht standardisierbare Handeln erfordert den professionellen Habitus der es ermöglicht, dass Fachpersonen auch in schwierigen Situationen handlungsfähig bleiben und souveräne Entscheidungen treffen können, obwohl sie sich nicht auf angeeignetes Wissen beziehungsweise Erfahrungswissen berufen können (Becker-Lenz et al., 2012, S. 17). Somit ermöglicht der professionelle Habitus auch gewisse Spontaneität im sozialarbeiterischen professionellen Handeln. Durch Oevermanns Argumente der Professionalisierungsbedürftigkeit Sozialer Arbeit kann aufgezeigt werden, dass fallspezifische Handlungsweisen hochkomplex sind und deswegen Fachpersonen die Expertinnen und Experten in den Problemlagen der Klientinnen und Klienten sind.

In diesem sowie in den zwei vorgehenden Kapiteln wurde Oevermanns Verständnis des Expertentums mit Hilfe verschiedener Argumente dargelegt. Den vorgehenden Kapiteln ist zu entnehmen, dass Oevermann klar definiert, dass Klientinnen und Klienten Laien sind, die Hilfe von Fachpersonen (Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter) benötigen, die als Expertinnen und Experten gelten und agieren. Es scheint auf den ersten Blick, dass Oevermann die Gegenposition von Steve de Shazer, Begründer der Methode der lösungsorientierten Beratung, vertritt. De Shazers Methode und auch Oevermanns Professionstheorie gelten im Theorie- und Methodendiskurs Sozialer Arbeit als aktuell. Es ist

deswegen ein überraschender Befund, dass sich die beiden Positionen gegenseitig beinahe ausschliessen oder zumindest ein deutlich anderes Rollen- und Aufgabenverständnis haben im System von Klientin/Klient und Beraterin/Berater. Im nächsten Kapitel wird dieses Ergebnis genauer analysiert und untersucht, ob es möglicherweise in den unterschiedlichen Positionen auch Gemeinsamkeiten gibt. Zudem werden Unterschiede herausgearbeitet, die aus den bisherigen Kapiteln hervorgehen.

4.4. Vereinbarkeit und Widersprüche der lösungsorientierten Beratung und der Theorie der Lebenspraxis nach Oevermann

Nach dem vorgängigen Hinweis auf die Unterschiede der lösungsorientierten Beratung und der Theorie der Lebenspraxis, werden nun auch Gemeinsamkeiten aufgezeigt, die sich durch die Erarbeitung des Kapitels 3 und des Kapitels 4 herauskristallisieren. Beide Positionen haben die Wiederherstellung der Autonomie der Klientinnen und Klienten zum Endziel. Bei beiden Ansätzen wird Autonomie über die Fähigkeit, Problemlagen zu bewältigen, definiert. De Shazer beschreibt, dass die Autonomie der Klientinnen und Klienten jederzeit gewahrt und respektiert wird, jedoch durch die Aktivierung der bereits vorhandenen Ressourcen wieder so erhöht werden kann, dass idealerweise keine lösungsorientierten Fachpersonen mehr zur Bewältigung des Lebensalltages nötig sind (zitiert nach Bamberger, 2010, S. 208). Es geht also darum, dass über die Freilegung von Ressourcen, bei der lösungsorientierte Fachpersonen eine unterstützende Funktion einnehmen, ein Autonomiezuwachs bei der Klientin oder dem Klienten stattfinden kann. Autonomie ist jedoch immer gewährt. Als Autonomie wird in der lösungsorientierten Beratung der Umstand verstanden, dass die Wahlvielfalt für unterschiedliche Lebensentwürfe vorhanden ist und diese Lebensentwürfe respektiert werden. In Bezug auf eine Sucht liegt es in der Autonomie der Klientin oder des Klienten, weiterhin Suchtmittel zu konsumieren. Wenn es der Wille ist, Suchtmittel zu konsumieren, dann wird dies im Sinne der lösungsorientierten Beratung respektiert. Oevermann beschreibt dagegen, dass die Autonomie zur Bewältigung der Problemlage fehlt und deswegen Fachpersonen stellvertretend die Krise bewältigen, bis es die Klientin oder der Klient wieder selbstständig kann (zitiert nach Kraimer, 2009, S. 74). Oevermann geht von einer gestörten Autonomie aus, die die Hilfebedürftigkeit von Klientinnen und Klienten zur Folge hat (zitiert nach Garz & Raven, 2015, S. 124). Es zeigt sich, dass zwar das Endziel beider Positionen die Wiederherstellung der Autonomie ist, jedoch wird das Verständnis von Autonomie anders ausgelegt. Die lösungsorientierte Beratung ist stärker auf die Hilfeleistung zur Selbsthilfe ausgerichtet, indem der Klientin oder dem Klienten die Werkzeuge zur eigenständigen Problemlösung mitgegeben werden,

beispielsweise durch die Freilegung von Ressourcen. Bei Oevermanns Theorie der Lebenspraxis wird auch die Hilfe zur Selbsthilfe angestrebt, jedoch wird vorerst Fremdhilfe (durch Expertinnen und Experten) zur Krisenbewältigung in Anspruch genommen. Im Prozess der stellvertretenden Krisenbewältigung wird anschliessend durch das konstitutive Arbeitsbündnis versucht, die Fremdhilfe als eine Hilfe zur Selbsthilfe zu modifizieren (Oevermann, 2009, S. 123). Zudem gehen beide Positionen von der systemischen Denkweise aus. Bei der lösungsorientierten Beratung wird dies vor allem durch den Prozess der Lösungsfindung stark deutlich. Wie bereits zuvor beschrieben, ist ein wichtiger Lösungsansatz das Freilegen von neuen Verhaltensweisen bezogen auf eine bestimmte Problemsituation. De Shazer beschreibt, dass bereits eine kleinste Veränderung Grosses im System bewirken kann. Eine Veränderung im System muss nicht notwendigerweise im Zusammenhang mit dem stehen, was verändert werden soll. Es ist auch möglich, dass lösungsorientierte Fachpersonen nicht erkennen, welche Teile des Systems genau im Zusammenhang mit dem Problem stehen, deswegen kann grundsätzlich eine Veränderung im ganzheitlichen System zu einer Veränderung führen (De Shazer, 1990, S. 146). Bei Oevermann ist die systematische Sichtweise nicht ganz so deutlich verankert wie bei der Methode der lösungsorientierten Beratung nach Steve de Shazer. Jedoch wird die systematische Sicht dadurch erkennbar, dass Oevermann soziale Beziehungen im Rahmen der Sozialisation als systemisch umschreibt. Er beschreibt vor allem die Beziehungen im Familiensystem, die seinem Verständnis nach diffus oder spezifisch sein können (zitiert nach Garz & Raven, 2015, S. 70-71). Da dies vor allem für seine Sozialisationstheorie wichtig ist und nicht für die strukturtheoretische Professionstheorie, wird dieser Gedanke nicht weiter vertieft. Daran kann die weitere Gemeinsamkeit angeknüpft werden, dass beide Positionen von einem konstruktivistischen Menschenbild (vgl. Kap. 2.1) ausgehen. Auch hier lässt sich bei Oevermann der konstruktivistische Gedanke nicht so rasch erkennen wie bei der Methode der lösungsorientierten Beratung, denn den konstruktivistischen Gedanken formuliert Oevermann gerade zu Beginn seiner Theorie der Lebenspraxis: Er beschreibt, dass zum Hilfeprozess zuerst verstanden werden muss, wie sich eine Klientin oder ein Klient seine aktuelle Lebenspraxis konstruiert (ebd., S. 21). Es wird somit davon ausgegangen, dass jede Lebenspraxis konstruiert ist und diese bei jedem Prozess der stellvertretenden Krisenbewältigung vorerst verstanden beziehungsweise von der Fachperson rekonstruiert werden muss. Wie bereits in Kapitel 2.2 erklärt, beschreibt De Shazer Probleme und Lösungen als Konstrukte von Klientinnen und Klienten. Sie sind subjektiv und werden gekennzeichnet durch die unterschiedliche Wahrnehmung jedes Subjektes, was wiederum dazu führt, dass auch Lösungen individuell konstruiert werden müssen, angepasst auf die jeweilige Lage der Klientin oder des Klienten. Eine weitere Gemeinsamkeit lässt sich aus

dem Verständnis von Routinen nach Oevermann ableiten. Dem Unterkapitel 4.1 ist zu entnehmen, dass sich Routinen aus Krisen entwickeln. Routinen gelten als Strategien, die sich bei der Krisenbewältigung bewährt haben. Das heisst, dass sie bei weiteren gleichen oder ähnlichen Krisen wieder Anwendung zur Bewältigung der Situation finden. De Shazer beschreibt dieses Verhalten nicht mit dem Begriff «Routine», sondern mit der Fokussierung auf das Positive (1990, S. 30-32). Es gilt, dass das fokussiert wird, was bisher gut verlaufen ist und wodurch bereits Probleme eigenständig gelöst worden sind. Dabei ist ausnahmsweise auch der Rückgriff auf die Vergangenheit erlaubt. De Shazer beschreibt dies so, dass von dem, was bisher positiv verlaufen ist, mehr gemacht werden soll (ebd., S. 213-214). Beide Positionen gehen davon aus, dass die Klientinnen und Klienten die externe Unterstützung nicht durch Zwang in Anspruch nehmen. De Shazer schreibt deutlich, dass Klientinnen und Klienten in eine Beratung kommen, weil sie etwas verändern wollen, es bisher jedoch alleine nicht geschafft haben. Er deutet die Inanspruchnahme von Hilfe als Wille zur Veränderung. De Shazer beschreibt, dass die Annahme, dass Klientinnen und Klienten unter Widerstand in eine Beratung kommen, falsch ist und Fachpersonen, die davon ausgehen, dass Klientinnen und Klienten Widerstand leisten, lediglich den Widerstand sogar aufwecken beziehungsweise im Beratungsprozess herbeiführen (ebd., S. 35). Auch Oevermann schreibt, dass die Klientin oder der Klient freiwillig Hilfe aufsucht, weil die Krise nicht eigenständig bewältigt werden kann. Durch die Inanspruchnahme von Hilfe lassen sich Klientinnen und Klienten sogleich auf das konstitutive Arbeitsbündnis mit der Fachperson ein, die eine Expertise für die Krisensituation durchführt, wobei sich die Klientin oder der Klient verpflichtet, mit seinen oder ihren vorhandenen Kräften maximal mitzuwirken (Oevermann, 2009, S. 134). Als weitere Gemeinsamkeit lässt sich das Formulieren von Zielen erkennen. Beide Standpunkte formulieren Ziele, mit denen schliesslich die Lösung für die problematische Situation gefunden werden soll. Bei der lösungsorientierten Beratung geschieht die Zielfindung nach dem Kontrakt zwischen Klientin/Klient und der lösungsorientierten Fachperson. Ein Ziel wird gemeinsam gefunden, wobei die Klientin oder der Klient formuliert, was ihr oder sein Endstadium der Beratung sein soll beziehungsweise worauf sie oder er hinarbeiten will (Bamberger, 2015, S. 97). Die Aufgabe der lösungsorientierten Fachperson ist es, ein Problem so zu formen und zu konstruieren, dass Klientinnen und Klienten selbstständig Ziele erkennen können, die sie schliesslich selbst entdeckt haben (De Shazer, 1990, S. 131). Ein Ziel soll dazu führen, dass der Denkprozess von Klientinnen und Klienten so verändert wird, dass eine Lösung durch den veränderten Denkprozess entstehen kann. Dies führt somit zur eigenständigen Lösungsfindung der Klientin oder des Klienten (De Shazer & Dolan, 2008, S. 210). Zudem ist ein Ziel notwendig, um zu bemerken, wann eine Beratung erfolgreich verläuft (De Shazer, 1990, S. 131). Bei der

Theorie der Lebenspraxis wird ebenfalls durch Ziele versucht, eine Veränderung herbeizuführen, jedoch hat die Fachperson nach Oevermann eine direktivere Rolle, da sie auf Fachwissen zugreifen kann, mit dem Ziele adäquat zum Problem formuliert werden können (2009, S. 113). Zustände sollen im Sinne der stellvertretenden Krisenbewältigung so verändert werden, dass ein gemeinsames Ziel erreicht wird (Obrecht, 2009, S. 63). Auch bei der Thematik vom Expertentum haben De Shazer und Oevermann etwas gemeinsam, nämlich, dass es Expertinnen und Experten in der Sozialen Arbeit gibt. Beide gehen von Professionalität aus, legen diese jedoch anders aus. Der Professionalitätsbegriff sowie der Expertinnen- und Expertenbegriff nach Oevermann wurde in den Kapiteln 4.1 und 4.2 bereits erläutert. In Kapitel 2.3 wurde der Expertinnen- und Expertenbegriff nach der lösungsorientierten Beratung erläutert. Es wird deutlich, dass Klientinnen und Klienten bei der Theorie nach Oevermann als Laien bezeichnet werden. Bei der Methode der lösungsorientierten Beratung werden die Klientinnen und Klienten als Expertinnen und Experten in eigener Sache und somit ihres eigenen Lebens verstanden. Diese unterschiedliche Auslegung kann als wichtigste Differenz zwischen der lösungsorientierten Beratung und der Theorie der Lebenspraxis nach Oevermann bezeichnet werden. Dieser Unterschied ist zudem zentral für die vorliegende Bachelorarbeit. Zwei weitere Unterschiede zeigen sich beim Vorgehen der beiden Positionen. Oevermann beschreibt die Lösungsfindung als mäeutisch-sokratischen Prozess. Konkret bedeutet dies, dass der Klientin oder dem Klienten durch konkrete Fragen zu einer Lösung verholfen werden soll (2002, S. 48). Die Fragen sollen gleichzeitig dazu führen, dass das Problem genauer analysiert und eingeschätzt werden kann (Stangl, 2019). Das konkrete Nachfragen unterscheidet sich deutlich von der lösungsorientierten Beratung, wobei jedoch der Gedanke, dass durch das Fragen Denkprozesse angeregt werden, die schliesslich zu einer Lösung führen, wieder eine Ähnlichkeit zur lösungsorientierten Beratung darstellt. Vom sokratischen Dialog wendet sich jedoch De Shazer ab. Im Vorwort von De Shazers Werk *Mehr als ein Wunder* beschreibt Varga von Kibéd, dass «der sokratische Dialog die Beratung in eine bestimmte Richtung lenkt und dabei den Klientinnen und Klienten zu wenig Freiraum gelassen wird» (2008, S. 10). Von Kibéd schreibt, dass die lösungsorientierte Beratung eine Alternative zum sokratischen Dialog ist und dass sie als Erkunden der Lebenswelt der Klientin oder des Klienten verstanden werden kann (ebd.). Der sokratische Dialog sei vorgegeben und erzieherisch. Der weitere Unterschied beim Vorgehen zeigt sich beim Rückgriff auf die Vergangenheit. Bei der Lebenspraxis nach Oevermann ist die Rekonstruktion eines Falles Kernstück, damit ein Fall analysiert werden kann. Durch die Rekonstruktion kann eine Fallstruktur erst begriffen werden (Oevermann, 2009, S. 116). Mit

Hilfe der objektiven Hermeneutik¹ wird die Rekonstruktion eines Falles realisierbar und es wird möglich, ein Leben in verschiedene Sequenzen aufzuteilen (Kraimer & Wyssen-Kaufmann, 2012, S. 223-224). Die Sequenzanalysen erlauben danach eine genaue Einschätzung des Falles und eine Lokalisierung der Schwierigkeiten. Dieses Verfahren unterscheidet sich vom Verfahren der lösungsorientierten Beratung, denn es geht nicht um das Ergründen von Ursachen eines Problems, sondern um das Fokussieren auf die Gegenwart und die Zukunft. Es ist nicht nötig, dass ein Problem genau analysiert wird, da es um die Lösung geht und nicht um das Problem (De Shazer, 1990, S. 24). Es kann an dieser Stelle auch ein Bezug zur Systematik des methodischen Handelns nach Stimmer hergestellt werden, wobei in Kapitel 2.1 beschrieben wurde, dass bei der Wissenstheorie der lösungsorientierten Beratung empirisch gearbeitet wurde. Offensichtlich wird bei der Theorie der Lebenspraxis nicht empirisch, sondern hermeneutisch gearbeitet. Ein weiterer Unterschied ist das Verständnis des Problems. De Shazer beschreibt, dass ein Problem lediglich ein beklagter Sachverhalt ist. Das Problem sei von der Klientin oder dem Klienten konstruiert und kann ebenso von der Beraterin oder dem Berater konstruiert werden (ebd., S. 43-44). Es gibt nun einerseits die Möglichkeit, das Problem zu dekonstruieren oder es umzuformen, oder andererseits die Möglichkeit, eine Lösung dafür zu konstruieren. Das Verständnis des Problems nach De Shazer ist nicht pathologisch angelegt und wirkt bereits durch diese Formulierung als weniger konfrontativ. Oevermann verwendet den Terminus «Problem» für das Problem, wie es auch umgangssprachlich verstanden wird. Er verwendet danach noch eine begriffliche Steigerung, indem er den Begriff «Krise» verwendet. Oevermann beschreibt das Problem beziehungsweise die Krise als etwas, das wirklich vorhanden und nicht konstruiert ist (2009, S. 116). Ein Problem führt dazu, dass die primäre Lebenspraxis nicht mehr selbstständig bewältigt wird, sondern zur Bewältigung Fachpersonen nötig sind. Sogleich kann auch die Lösung nicht konstruiert werden, sondern vorerst tritt eine Fachperson zur stellvertretenden Krisenbewältigung ein. Die Rollen und Funktionen von den Fachpersonen unterscheiden sich ausserdem auch bei der lösungsorientierten Beratung und der Lebenspraxis nach Oevermann. Wie in Kapitel 2.2 erklärt wird, fungieren lösungsorientierte Beraterinnen und Berater als Fachpersonen, die den Klientinnen und Klienten einen Schlüssel reichen, um ein Problem zu lösen: den Schlüssel drehen und das Schloss öffnen vollziehen jedoch die Klientinnen und Klienten (De Shazer, 2010, S. 11). Die Fachperson weckt Zukunftsvisionen in der Klientin oder dem

¹ Die objektive Hermeneutik ist eine von Ulrich Oevermann entwickelte Methodologie, wobei objektive Bedeutungsstrukturen eines Falles ausgewiesen werden. Die objektiven Bedeutungsstrukturen werden danach interpretiert. Ziel ist es, einen Fall beziehungsweise eine Klientin oder einen Klienten besser zu verstehen (Kraimer, 2010, S. 205).

Klienten, die Motivation und Ressourcen fördert, damit die Klientin oder der Klient eigene Lösungen hervorbringt und motiviert wird, eigene Lösungen zu konstruieren (ebd., S. 68). Die lösungsorientierte Fachperson vertritt eine salutogenetische Sichtweise, wobei nicht davon ausgegangen wird, dass mit der Klientin oder dem Klienten etwas nicht stimmt (Bamberger, 2010, S. 39). Zudem ist ein wichtiger Bestandteil der Arbeit der lösungsorientierten Fachpersonen, keine Interpretationen über die Situationen der Klientinnen und Klienten anzustellen. De Shazer beschreibt, dass Nichtwissen sogar ein wichtiger Teil der Professionalität der lösungsorientierten Fachpersonen ausmacht und Interpretationen wiederum Einschränkungen der Freiheit der Klientinnen und Klienten sind (2008, S. 14). Dieser Unterschied hat gewisse Ähnlichkeit zum Unterschied bezüglich der sokratischen und lösungsorientierten Vorgehensweise. Wie beschrieben wurde, gehört zur Methodologie der objektiven Hermeneutik das Interpretieren von Sequenzen eines Lebens, was wiederum wichtig ist zur Rekonstruktion eines Falles. Wie bereits erwähnt, ist das rekonstruktive Vorgehen ein Bestandteil der Lebenspraxis nach Oevermann und demnach sind auch die Interpretationen ein wichtiger Bestandteil davon. Dies unterscheidet sich somit von der Funktion, die die Fachpersonen bei der lösungsorientierten Beratung haben: Interpretationen gelten nach der lösungsorientierten Beratung für die Klientin und den Klienten als einschneidend und müssen von der lösungsorientierten Fachperson unterlassen werden, wobei bei der Lebenspraxis nach Oevermann Interpretationen zentral sind, damit eine Fallstruktur erfasst werden kann. Zudem zeigt sich der Unterschied in der Funktion der Fachpersonen offensichtlich darin, dass sie im Verständnis nach Oevermann aktiv als stellvertretende Krisenbewältigerinnen und Krisenbewältiger agieren. Die Funktion ist demnach aktiver, als sie nach dem Verständnis der lösungsorientierten Beratung ist. Ein weiterer Unterschied zeigt sich zudem in den jeweiligen Werthaltungen (Axiologie), die hinter den beiden Positionen stehen. Im Sinne der Lebenspraxis nach Oevermann wird die Klientin oder der Klient als hilfesuchend beschrieben (2009, S. 139). Sie oder er hat einen Bedarf an Hilfe, weil sie oder er nicht eigenständig Probleme lösen kann. Zur Problemlösung ist eine Expertin oder ein Experte nötig, welcher den Klientinnen oder Klienten hilft. Aus diesen Begrifflichkeiten geht eine Asymmetrie heraus, die die Fachperson gewissermassen auf ein Podest hebt beziehungsweise eine solche Folgerung sehr naheliegend ist. Bei der lösungsorientierten Beratung unterscheidet sich die Werthaltung gegenüber der Klientin oder dem Klienten insofern, dass grundsätzlich jegliche Entscheidungen respektiert werden. Ein Problem wird nicht danach gewertet, dass Klientinnen und Klienten nicht fähig sind, es zu lösen, sondern es wird so gewertet, dass aktuell die Ressourcen nicht da sind, um es zu lösen, sie aber grundsätzlich vorhanden sind (vgl. Kap. 2.2). Klientinnen und Klienten werden auch in ihrem Leid wertgeschätzt. Verhalten wird anerkannt und akzeptiert – dies zeigt sich

schliesslich auch in der These, dass eben Klientinnen und Klienten die Expertinnen und Experten ihres Lebens sind.

4.5. Sucht als Krise

Damit die Theorie der Lebenspraxis zur Bearbeitung der Fragestellung der Bachelor-Thesis herangezogen werden kann, muss jedoch noch eine genauere Definition des Begriffs «Krise» erfolgen, sodass schliesslich bestimmt werden kann, ob Sucht nach der Theorie der Lebenspraxis als Krise gilt. Oevermann präzisiert den Begriff der Krise in seiner Theorie und verwendet den Begriff der «echten Krise» (zitiert nach Garz & Raven, 2015, S. 28). Diese Präzision ist aufgrund der Argumentation nötig, da das Leben als Ganzes krisenhaft ist und sich jedes Individuum durch Krisenbewältigung weiterentwickelt (Kraimer, 2009, S. 82). Jedoch ist nicht jede Situation, die ein Individuum bewältigen muss, eine echte Krise. In Situationen, in denen das Individuum bereits eine Lösung gefunden hat, die sich bei der Bewältigung bewährt, wird nicht von echten Krisen gesprochen. Die bewährte Lösung etabliert sich in veralltäglichte Routine, die vom Individuum als rational und erfolgreich bewertet wird. Wenn jedoch diese veralltäglichte Routine von einer nächsten Krise erschüttert wird, ist ein Individuum aufgefordert, eine neue Lösung zu suchen, die sich bewährt (Oevermann, 2001, S. 2010). In solchen Situationen, in denen neue Lösungen beziehungsweise Bewältigungsstrategien erzeugt werden müssen, wird von echten Krisen gesprochen. Echte Krisen erfordern nicht nur die Erzeugung von neuen Bewältigungsstrategien, sie erfordern auch die Begründung dieser neuen Strategien. Ein neues Verhalten aufgrund einer echten Krise erlaubt eine mehrdeutige Interpretation von Handlungsmotiven. Diese unterschiedlichen Interpretationen können gemäss der Theorie der Lebenspraxis durch eine Begründung unterbunden werden (Garz & Raven, 2015, S. 28). Die Begründungsverpflichtung ist notwendig, damit Handeln in echten Krisen potentiell in die primäre Lebenspraxis jedes Individuums einfließen kann und sich daraus wiederum Routinen entwickeln.

In dem Fall, dass echte Krisen nicht durch jedes Individuum selbstständig bewältigt werden können, wird von der sekundären Krisenbewältigung gesprochen. Die sekundäre Krisenbewältigung definiert sich dadurch, dass echte Krisen nicht mehr selbstständig bewältigt werden können und zur Bewältigung nun Fachpersonen stellvertretend für die Person in der echten Krise nötig sind (Oevermann, 2009, S. 116). Diese Fachpersonen werden dann als Expertinnen und Experten bezeichnet, da sie fachwissenschaftliche, methodische, fallrekonstruktive, diagnostische und interventionspraktische Kompetenzen haben (ebd., S. 48).

Ob Sucht nun als Krise gilt, lässt sich mit Bezug zur weiteren Differenzierung von Krisentypen nach Oevermann beantworten: Oevermann unterscheidet drei Krisentypen unter den echten Krisen. Erstens beschreibt er die *Traumatisierungskrise*. Diese wird durch unvorhergesehene Ereignisse, die ein Individuum überfordern, charakterisiert. Es handelt sich dabei um Ereignisse, die von aussen an das Individuum herangetragen werden und die zukünftige Lebenspraxis beeinflussen. Beispiele dafür sind ein Verlust eines Körperteils durch einen Unfall oder auch ein Lottogewinn (Garz & Raven, 2015, S. 41). Es müssen nicht unbedingt negative Lebensereignisse sein, die zu einer Traumatisierungskrise führen, wie das Beispiel des Lottogewinnes zeigt. Zweitens beschreibt Oevermann den Krisentypus der *Entscheidungskrise*. Dieser Typus wird dadurch charakterisiert, dass im lebenspraktischen Vollzug krisenbewältigende Entscheidungen getroffen werden müssen. Ein Ausweichen der Entscheidung ist nicht möglich (ebd.). Die Entscheidungskrise fordert also eine aktive Entscheidung. Diese Aktivität unterscheidet den zweiten Krisentypus von den anderen beiden, da das Individuum die Krise beziehungsweise den Verlauf der Krise durch die Entscheidung mitbestimmt (ebd., S. 40). Drittens kann der Krisentypus der *Krisen durch Musse*² unterschieden werden. Die Krisen durch Musse hängen nicht direkt mit Ereignissen der Aussenwelt zusammen, sondern damit, dass ein Individuum neue Erkenntnisse über einen bereits bekannten Sachverhalt erfährt. Dies kann beispielsweise durch Eigenreflexion, durch neue Erfahrungen oder Erkenntnisse ausgelöst werden. Durch die Erkenntnisse bewertet ein Individuum den Sachverhalt einer bestimmten Situation neu und bildet sich je nach Erkenntnis eine neue Haltung darüber (Oevermann, 2008, S. 18-19).

Obwohl auf den ersten Blick Sucht nicht sofort einem dieser Krisentypen zugeteilt werden kann, wird bei genauerer Analyse ersichtlich, dass es sich bei einer Sucht um eine Entscheidungskrise handelt. Dies begründet sich damit, dass eine Entscheidungskrise eben eine Entscheidung verlangt. Durch das Sichentscheidenmüssen wird die Krise an sich erzeugt. Da es sich um echte Krisen handelt, kann nicht auf Routinen oder bereits vorhandenes Wissen zurückgegriffen werden. Oevermann beschreibt, dass diese Entscheidung in der Situation einer echten Krise ein Schritt in etwas Ungewisses ist (ebd., S. 19). Wie aufgezeigt wurde, gibt es für die Entscheidung auch noch keine Begründung, wodurch das Individuum in der Entscheidungskrise zusätzlich aufgefordert wird, die Entscheidung zu begründen beziehungsweise eine Begründung für die Entscheidung zu finden. Es scheint, dass eine Entscheidungskrise gar nicht adäquat bewältigt werden kann, da einerseits die Routine fehlt und andererseits die Begründung, wieso denn gerade

² Musse: Meint explizit die inhaltliche Bedeutung des Wortes «Musse». Gemäss dem deutschen Wörterbuch Duden bedeutet es: «etwas in eigenem Interesse tun» (Duden, 2019).

Entscheidung X getroffen wird. Oevermann definiert die Entscheidungskrise demnach so, dass eine Wahl zwischen verschiedenen Handlungsoptionen getroffen werden muss und dabei noch keine bewährte Begründung vorhanden ist (ebd.). Die Lebenspraxis erfordert demnach eine widersprüchliche Einheit zwischen Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung. Oevermanns Verständnis der Entscheidungskrise lässt sich nun in zwei Weisen auf das Thema der Sucht adaptieren. Einerseits kann der Konsum von Substanzen als Bewältigungsstrategie in einer Entscheidungskrise fungieren. Durch den Substanzkonsum kann die Entscheidung aufgeschoben werden und liefert kurzfristig die Lösung der Entscheidungskrise. Mit dieser Ausgangslage könnte Sucht somit nicht als Entscheidungskrise definiert werden, sondern als Bewältigungsstrategie der Entscheidungskrise. Wenn jedoch andererseits der Vollzug von Konsum genauer reflektiert wird, gilt dieser als Entscheidungskrise. Ausgehend von der Definition, dass eine echte Krise eine Situation ist, die ein Individuum nicht mehr selbstständig bewältigen kann, liegt im Hinblick auf Sucht eine Entscheidungskrise vor, denn einem Individuum gelingt es alleine nicht mehr, die Sucht zu bewältigen. Es gelingt dem Individuum nicht, die Entscheidung zu fällen, keine Substanzen mehr zu konsumieren, da es der Suchtsteuerung unterliegt. Durch die Sucht ist eine aktive, reflexive und unbeeinflusste Entscheidung nicht mehr möglich. Die Entscheidungskrise Sucht ist somit eine langandauernde Krise, wobei nicht ohne Einflüsse des Substanzverlangens entschieden werden kann, den Konsum zu reduzieren oder sogar zu beenden. Die Entscheidung, keine Substanzen mehr zu konsumieren, kann somit durch das Individuum nicht mehr autonom gefällt werden, da es dem Verlangen unterliegt. Eine autonome Entscheidung ist demnach nicht mehr möglich.

Nebenbei ist ein grundsätzliches Indiz zu erwähnen, das bestätigt, dass Sucht eine Krise ist: die fehlende Routine. Die Tatsache, dass jemand süchtig ist, begründet in sich, dass ein erfolgreicher endgültiger Entzug bisher nicht stattgefunden hat. Es kann somit nicht auf bereits vorhandenes Wissen zurückgegriffen werden, welches den Substanzentzug erleichtern würde. Um die Krise der Sucht zu bewältigen, sind neue Strategien notwendig. Die Erzeugung der neuen Strategien wird zusätzlich durch das Wesen der Entscheidungskrise erschwert, nämlich, dass keine bewährten Begründungen vorliegen und jede Entscheidung in dieser Hinsicht ein Schritt in etwas Ungewisses ist (Stichwort: Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung).

Damit die Entscheidungskrise Sucht beendet werden kann, sind Fachpersonen nötig. Das Unvermögen einer Klientin oder eines Klienten, eine autonome Entscheidung zu treffen, ist Anlass zur sozialarbeiterischen Intervention. Die Expertinnen und Experten intervenieren in Form der stellvertretenden Krisenbewältigung für die Suchtklientinnen und -klienten. Die Interventionen werden so lange vollzogen, bis Klientinnen und Klienten ihre Autonomie in

einem Masse zurückerlangt haben, dass Entscheidungen wieder ohne das Unterliegen der Suchtsteuerung gefällt werden können. In Anbetracht der drei Foci der professionalisierten Praxis, welche Oevermann beschreibt, lässt sich eine Sucht dem «Focus der Erzeugung und Aufrechterhaltung einer somato-psychischen Integrität der partikularen Lebenspraxis» zuschreiben. Dies ist ein weiteres Indiz dafür, dass Sucht eine Krise ist, denn durch eine Sucht gerät mindestens ein Lebensbereich, der Lebensbereich Gesundheit, in eine Krise. Denkbar ist auch, dass die Lebensbereiche Wohnen, Finanzen und berufliche Integration in eine Krise geraten. Das würde heissen, dass die Klientinnen und Klienten aus ihrer Praxis heraus die Krise nicht bewältigen können und deswegen professionalisierte Praxis, welche durch Fachpersonen Sozialer Arbeit gewährleistet wird, beigezogen werden muss. Konkret wird danach versucht, die somato-psychische Integrität der Klientinnen und Klienten herzustellen, welche bei einer Sucht gefährdet ist.

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass Sucht nach Oevermanns Verständnis eine Krise ist. Sucht weiter kann differenziert werden als Entscheidungskrise, da erstens eine autonome Entscheidung bezüglich der Einstellung des Konsums des Individuums aufgrund der Suchtsteuerung nicht mehr möglich ist. Zweitens gilt Sucht als Krise, da die Sucht nicht mehr eigenständig bewältigt werden kann und zur Bewältigung professionelle Hilfe von Expertinnen und Experten nötig ist. Dies führt zum dritten Grund, weshalb Sucht eine Krise ist, nämlich den fehlenden fachwissenschaftlichen, methodischen, fallrekonstruktiven, diagnostischen und interventionspraktischen Kompetenzen, die zur Bewältigung der Sucht nötig sind. Viertens gilt Sucht als echte Krise, da auf keine Routine zurückgegriffen werden kann, die zu einer erfolgreichen Bewältigung führen würde.

4.6. Suchtkranke als Expertinnen und Experten mit Rückschluss auf Oevermann

Aus den vorgängigen Kapiteln lässt sich rasch ableiten, dass generell Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit aus Sicht der Theorie der Lebenspraxis nach Ulrich Oevermann allgemein nicht als Expertinnen und Experten gelten. Ebenso gilt dies für abhängige Menschen. Oevermann bezeichnet Klientinnen und Klienten als Laien, die von ausgebildeten Expertinnen und Experten – in unserem Fall von Sozialarbeitenden – Unterstützung benötigen, da sie sich in einer echten Krise befinden. Um nochmals zu untermauern, dass süchtige Menschen nicht als Expertinnen und Experten nach Oevermann gelten, wird auf die eben beschriebene Lebenspraxis verwiesen. In Unterkapitel 4.1 wird die Lebenspraxis so umschrieben, dass situationsadäquates, eigensinniges und spontanes Handeln möglich ist. Als primäre Lebenspraxis wird die Fähigkeit verstanden, ein situationsadäquates, spontanes und individuelles Handeln zu zeigen. Dies vermag auch bei abhängigen Menschen noch der

Fall zu sein, jedoch wird bei weiterer Differenzierung der primären Lebenspraxis nach Oevermann in Bezug auf nicht determiniertes Verhalten und Autonomie nachvollziehbar, dass dies im Falle einer Sucht gefährdet ist. In Kapitel 3 wird beschrieben, dass sich als psychische Auswirkungen unbezwingbares Verlangen zeigt sowie eine abnehmende Urteilsfähigkeit (vgl. S. 50). Im Hinblick auf die Selbstgefährdung ist zudem ebenfalls aus Kapitel 3 anzufügen, dass eine Ausgewogenheit zwischen dem Prinzip der persönlichen Autonomie und dem Prinzip des Nichtschadens gefunden werden muss. Es ist erlaubt, dass zum Zweck des Eigenschutzes die persönliche Autonomie einer suchtkranken Person eingeschränkt werden kann. Gestützt auf diese Erkenntnisse lässt sich die Hypothese aufstellen, dass das Verhalten von Suchtklientinnen und -klienten in gewisser Weise determiniert ist durch die Suchtsteuerung. Diese Determination ist unter anderem ein Beleg dafür, dass süchtige Menschen nach der Theorie der Lebenspraxis nicht als Expertinnen und Experten gelten. Ferner beschreibt Oevermann Menschen als autonome Subjekte, welche Problemlagen beziehungsweise echte Krisen selbstständig bewältigen können. Wie im vorherigen Kapitel beschrieben wurde, gilt Sucht als eine echte Krise und es ist offensichtlich, dass Suchtklientinnen und -klienten diese echte Krise nicht selbstständig bewältigen können, was wiederum ein Beleg dafür ist, dass Süchtige im Hinblick auf Oevermann nicht als Expertinnen und Experten gelten und fremde Expertise benötigen, wobei dann von sekundärer Krisenbewältigung gesprochen wird. Im Hinblick auf die Autonomie kann so weit gegangen werden, dass Suchtklientinnen und -klienten Autonomie einerseits durch die fremde Expertise in Form der stellvertretenden Krisenbewältigung verlieren, andererseits ebenso Autonomie durch die Suchtsteuerung und der in Zusammenhang stehenden Determination verlieren. Die sekundäre Krisenbewältigung wird so lange in Anspruch genommen, bis Suchtklientinnen und -klienten wieder über eine ausreichende Autonomie verfügen, um die Krise durch eine primäre Lebenspraxis bewältigen können (Kraimer, 2009, S. 81). An der Wiederherstellung der Autonomie wird in der Beratung mit den Fachpersonen gearbeitet, wobei sich die Klientinnen und Klienten maximal an der Wiederherstellung ihrer Autonomie beteiligen. Es stellt sich nun die Frage, ab welchem Zeitpunkt abhängige Menschen wieder als voll autonom gelten und ob sie dazu abstinent sein müssen oder ob die Theorie der Lebenspraxis kompatibel ist mit zieloffenen Hilfen, wie sie im Unterkapitel 1.4 beschrieben wurden. Wird von einer Klientin oder einem Klienten ausgegangen, welche beziehungsweise welcher eine Sucht überwunden hat und nun abstinent lebt, gilt sie oder er wieder als voll autonom, vorausgesetzt, er oder sie benötigt keine Fachpersonen aus unterschiedlichen Professionen mehr (zum Beispiel Sozialarbeitende, Ärztinnen oder Ärzte, Wohnbegleiterinnen oder Wohnbegleiter etc.). Aus Sicht der Theorie der Lebenspraxis nach Oevermann gelten Klientinnen und Klienten dann

wieder als vollumfänglich autonom, wenn kein Hilfesystem mehr nötig ist und dadurch Krisen in der primären Lebenspraxis wieder eigenständig bewältigt werden können. Um die Frage nach vollumfänglicher, wiederhergestellter Autonomie bei zieloffener Suchthilfe aus Sicht der Theorie der Lebenspraxis zu beantworten, ist ein Gedankenexperiment nötig:

Es wird angenommen, dass sich eine Klientin oder ein Klient im Rahmen einer Suchttherapie bewusst für ein Substitutionsprogramm oder für den kontrollierten Substanzkonsum im Sinne von zieloffenen Hilfen und der Drogenmündigkeit entscheidet. In der Suchttherapie wurde sie beziehungsweise er im Hilfesystem vernetzt und konnte alle Kompetenzen, welche durch die Sucht beeinträchtigt wurden, wiederaufbauen (vgl. Kap. 3.3). Aufgrund dieses Erfolges konnte das Hilfesystem Schritt für Schritt verkleinert werden, bis zu dem Punkt, wo jegliche Hilfe im Sinne der stellvertretenden Krisenbewältigung überflüssig wurde. Die Klientin oder der Klient entspricht (wieder) der gesellschaftlichen Norm: Sie oder er ist wohnfähig, geht einer Arbeitstätigkeit nach und kann den Lebensunterhalt eigenständig bestreiten, hat keine finanziellen Schwierigkeiten, nimmt Verpflichtungen zuverlässig wahr etc. Es wird nun angenommen, dass sich diese Klientin oder dieser Klient während der Suchttherapie für den kontrollierten Konsum oder für die Substitution im Sinne von zieloffener Suchthilfe entschieden hat. Die Klientin beziehungsweise der Klient nimmt nun routinemässig die Substitutionsmedikamente oder konsumiert beispielsweise zweimal monatlich eine Substanz. Dabei ist jedoch keine Fachperson mehr involviert, ausser einer Ärztin oder einem Arzt, welche beziehungsweise welcher das Substitutionsmedikament verschreiben muss. Die Medikation verläuft also so, wie sie auch bei anderen Krankheiten verläuft, nämlich so, dass lediglich eine Ärztin oder ein Arzt Medikamente verschreibt und den Gesundheitsverlauf regelmässig kontrolliert. Dies lässt zu, dass die medikamentöse Substitutionstherapie verglichen werden kann mit anderen Krankheiten wie zum Beispiel mit Diabetes. Wird dieser Vergleich gemacht und dabei die Frage gestellt, ob Diabetikerinnen und Diabetiker auf stellvertretende Krisenbewältigung im Sinne der Theorie der Lebenspraxis angewiesen sind, würde die Antwort tendenziell so lauten, dass Diabetikerinnen und Diabetiker Krisen in ihrer primären Lebenspraxis ohne stellvertretende Krisenbewältigung überwinden können. Übertragen auf Klientinnen und Klienten, welche nun substituiert sind oder auch kontrolliert Substanzen konsumieren, würde dies somit dasselbe bedeuten, nämlich, dass keine stellvertretende Krisenbewältigung mehr notwendig ist und im Rahmen der Suchttherapie die volle Autonomie zur primären Krisenbewältigung wiederhergestellt wurde.

[Gedankenexperiment Ende].

Dem ist jedoch nicht so. Oevermann beschreibt, dass auch Ärzte stellvertretend für ihre Patientinnen und Patienten Krisen bewältigen. Die Medizin gilt aus Sicht von Oevermann als traditionelle, professionalisierte Disziplin. Die Soziale Arbeit hingegen gilt als

professionalisierungsbedürftige Disziplin. Trotz der unterschiedlichen Professionalisiertheit aus Sicht von Oevermann haben beide Disziplinen die expertinnen- und expertenhafte stellvertretende Krisenbewältigung in der primären Lebenspraxis von Patientinnen und Patienten beziehungsweise Klientinnen und Klienten gemeinsam (Oevermann, 2002, S. 24). Der Grund dafür liegt in der Nichtstandardisierbarkeit der bestimmten Fälle und gelten somit nicht als ingenieurler Berufe (vgl. Kap. 4.3). Somit liegt auch bei ärztlichen Behandlungen nach Oevermann immer stellvertretende Krisenbewältigung durch die Ärztin oder den Arzt als Fachperson vor in der primären Lebenspraxis einer Patientin oder eines Patienten. Wenn diese Auffassung nun auf das Gedankenexperiment der substituierten Person übertragen wird, gilt sie trotz erfolgreicher Wiederherstellung verschiedener Kompetenzen in der Suchttherapie nicht als wieder gänzlich autonom. Die im Gedankenexperiment umschriebene Person ist also aus Sicht der Theorie nach Ulrich Oevermann nicht autonom und benötigt nach wie vor stellvertretende Krisenbewältigung durch eine Fachperson, nämlich durch die Ärztin oder den Arzt. Dies bedeutet auch, dass Menschen mit einer anderen Krankheit, zum Beispiel eben Diabetes, ebenfalls nicht als vollständig autonom gelten, da sie Medikamente benötigen, die eine Ärztin oder ein Arzt verschreibt. Bei der Person aus dem Gedankenexperiment gab es somit «nur» eine Reduzierung der Fachpersonen im Hilfesystem. Die Ärztin oder der Arzt bleibt erhalten und bildet somit alleine das Hilfesystem. Das konstitutive Arbeitsbündnis zwischen Fachperson und Klientin oder Klient bleibt somit im Zuge der stellvertretenden Krisenbewältigung in Kraft, wodurch auch die Autonomie eingeschränkt bleibt (Klaus Kraimer, pers. Mitteilung, 19.11.2019). Wenn somit der Logik der Professionstheorie von Ulrich Oevermann gefolgt wird, gilt dies für alle Personen, welche in ärztlicher Behandlung sind. Der Grund für die ärztliche Behandlung spielt keine Rolle. Begründen lässt sich dies damit, dass sich Patientinnen oder Patienten, Klientinnen oder Klienten nicht selber helfen können bei gesundheitlichen Einschränkungen, da sie über keine Expertise in der Medizin verfügen. Um nochmals Oevermanns Verständnis der Expertise zu rekapitulieren, kann auf Kapitel 4.2 verwiesen werden. Damit jemand Expertin oder Experte ist, sind fachwissenschaftliche, methodische, fallrekonstruktive und diagnostische Kompetenzen nötig. Diese werden durch ein Hochschulstudium und entsprechende Übung in der Praxis erworben. Da nun Menschen, welche eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen, über diese Kompetenzen in aller Regel nicht verfügen, gelten sie nicht als vollumfänglich autonom und sind auf die stellvertretende Krisenbewältigung durch die Fachperson angewiesen.

Aus diesen Überlegungen geht hervor, dass somit aus Sicht der Theorie der Lebenspraxis nach Oevermann die Substanzabstinenz der einzige Weg ist, wieder vollumfänglich autonom zu werden. Die volle Autonomie ist dann wieder erreicht, wenn keine fremde Hilfe

beziehungsweise keine fremde Expertise mehr nötig ist (Klaus Kraimer, pers. Mitteilung, 12.11.2019). Dies bedeutet somit auch, dass die Theorie der Lebenspraxis nach Oevermann nicht mit Konzepten der zieloffenen Suchthilfe kompatibel ist. Es wird keine Differenzierung dahingehend vorgenommen, ob eine Sucht als problematisch oder unproblematisch gilt und somit wird ein abhängiger Mensch, dessen Kompetenzen durch die Sucht massiv eingeschränkt sind und der deswegen ein umfangreiches Hilfesystem nötig hat, gleichgesetzt mit einem Menschen, der sich zum Beispiel für eine Substitutionstherapie oder für den kontrollierten Konsum entschieden hat – wie die Person aus dem durchgeführten Gedankenexperiment dieses Kapitels.

Auch im Hinblick auf das Konzept der Drogenmündigkeit nach Gundula Barsch, welches in Kapitel 1.4 erläutert wurde, zeigt sich, dass Oevermanns Verständnis von Expertentum und Autonomie lediglich mit dem Abstinenzparadigma vereint werden kann. Barsch beschreibt, dass es beim Abstinenzparadigma lediglich die Pole Abhängigkeit und Abstinenz gibt (2013, S. 141). Wie erwähnt wurde, gibt es nichts anderes zwischen diesen beiden Polen. Wird diese Zweipoligkeit des Abstinenzparadigmas auf die Theorie der Lebenspraxis übertragen, stimmt sie mit dem Aspekt der Rückgewinnung der Autonomie süchtiger Menschen überein. Zudem deckt sich Oevermanns Verständnis von Sucht und Autonomie mit dem Abstinenzparadigma, denn abhängige Menschen unterliegen gemäss dem Abstinenzparadigma der Suchtsteuerung und verlieren eigene Kontroll- und Steuerungsmechanismen. Wie in diesem Kapitel aufgezeigt wurde, ist die Autonomie süchtiger Menschen nach dem Verständnis von Oevermann auch bei kontrolliertem Konsum oder bei Substitution eingeschränkt. Sie ist lediglich bei Abstinenz wieder vollumfänglich hergestellt und es schliesst sich daraus die Zweipoligkeit des Autonomiebegriffes nach Oevermann bezüglich Suchterkrankungen: Abhängig, substituiert oder kontrollierter Konsum bedeuten die eingeschränkte Autonomie, abstinente bedeutet die volle Autonomie.

4.7. Suchtkranke als Expertinnen und Experten mit Rückschluss auf die lösungsorientierte Beratung

Im Hinblick auf die lösungsorientierte Beratung kann die Frage danach, ob süchtige Klientinnen und Klienten Sozialer Arbeit Expertinnen und Experten in eigener Sache sind, eindeutig beantwortet werden. Die Kernaussage der lösungsorientierten Beratung hinsichtlich der Suchtkranken als Expertinnen und Experten lautet: Suchtkranke Menschen besitzen ein Expertentum für ihr Leben. Sie wissen aufgrund ihrer Lebenserfahrung am besten, wie sie ihre Probleme lösen und ihr Leben meistern können (Bamberger, 2015, S. 17).

Begründet wird diese Annahme mit dem Bemühen der lösungsorientierten Beratung, die Ressourcen und Kompetenzen, über die alle suchtkranken Menschen in unterschiedlicher Ausprägung verfügen, zu aktivieren. Den Klientinnen und Klienten wird unterstellt, dass sie ein Kenntnis davon besitzen, was sie in einer aktuellen Problemlage konkret unternehmen müssen, um eine Verbesserung ihrer persönlichen Situation zu erreichen. Diese Fähigkeit wurde unter anderem durch ihre bisherigen Erfahrungen mit ähnlichen Problemlagen entwickelt (De Shazer & Dolan, 2008, S. 14). Sie haben bereits in der Vergangenheit gezeigt, dass sie in der Lage sind, die durch ihre Suchtgefährdung oder Suchterkrankung ausgelösten Schwierigkeiten eigenständig zu überwinden (ebd., S. 42). Daher hat die Klientin oder der Klient eine Vorstellung davon, was in welcher Weise in ihrem oder seinem Leben geändert werden muss, um die angestrebte Veränderung zu erreichen. Strebt die betroffene Person solch eine Verbesserung an, ist es erforderlich, ihre Vorstellungen, Gedanken und Ideen im Rahmen der lösungsorientierten Beratung aufzunehmen (ebd., S. 222-223). In der Beratung wird mit bereits vorhandenen Denk- und Verhaltensstrukturen gearbeitet mit dem Ziel, verdeckte Ressourcen hervorzubringen. Die Art, der Umfang und die Geschwindigkeit dieser Steuerung legt der suchtkranke Mensch fest. Aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen sowie ihrer vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen ist es ihnen möglich, eigenständig eine Lösung für ihre Krise zu finden. Sie sind in der Lage, ihr Leben und die durch eine Suchterkrankung entstandenen sozialen, psychischen, physischen und emotionalen Herausforderungen zu meistern. Sie tragen damit die Verantwortung für ihre Entscheidungen und Handlungen. Die Begründung dafür, dass aus der Perspektive der lösungsorientierten Beratung alle Klientinnen und Klienten als Expertinnen und Experten in eigener Sache gelten, wurde bereits in den Kapiteln 2.3 und 2.5 erklärt. Die Begründungen lassen sich nochmals dadurch verdeutlichen, dass Klientinnen und Klienten aus Sicht der lösungsorientierten Beratung nicht von aussen instruierbar sind. Klientinnen und Klienten können sich nur selber instruieren. Sozialarbeitende haben bei diesen Instruktionen lediglich eine unterstützende Funktion (Bamberger, 2015, S. 32). Der Grund dafür, dass Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit nicht instruierbar sind, liegt in der Eigenlogik aller Menschen. Alle haben eine Eigenlogik, welche sich aus Erfahrungen und eigenem Wissen zusammensetzt. Da Erfahrungen und Wissen aller Menschen individuell sind, entsteht auch eine ganz individuelle Eigenlogik eines jeden. Aufgrund dieser individuellen Eigenlogik kann nur jeder Mensch selbst genau wissen, was für sie oder ihn selbst gut ist. Dieser Eigenlogik bedient sich die lösungsorientierte Beratung, indem festgehalten wird, dass nur Klientinnen und Klienten wissen, was ihnen gut ist (ebd.). Aufgrund dessen gelten sie als Expertinnen und Experten. Dies kann ebenso auf Klientinnen und Klienten mit einer Suchtabhängigkeit übertragen werden.

Die Einschätzung der lösungsorientierten Beratung, dass Klientinnen und Klienten als Expertinnen und Experten für ihr eigenes Leben gelten, kann mit dem Expertenmodell des qualitativen Interviews untermauert werden (vgl. Kap. 2.3), da sie in Form von Erfahrungswissen über spezielle Kompetenzen in ausgewählten Situationen verfügen (Littig, 2009, S. 119). Suchtklientinnen und -klienten verfügen über eine ausgeprägte Fähigkeit, um in einer durch die Suchterkrankung ausgelösten Krisensituation adäquat entscheiden und agieren zu können. Sie verfügen über eine umfassende feldinterne Handlungsexpertise (Trinczek, 2009, S. 228). Diese besteht in Form von Erfahrungswissen, welches sich aufgrund früherer Erlebnisse, Wahrnehmungen und Erfahrungen gebildet hat. Somit verfügen Klientinnen und Klienten über eine innere Lösungsfähigkeit und somit über eine ausgeprägte Selbsthilfekompetenz: Es ist ihnen möglich, eigenverantwortlich und selbstständig geeignete Lösungen für ihre Probleme im Zusammenhang mit ihrer Suchtproblematik zu finden.

4.8. Zwischenzeitliche Bilanz

Obwohl aus dem Kapitel 4.4 hervorgeht, dass die lösungsorientierte Beratung nach Steve de Shazer und die Theorie der Lebenspraxis nach Ulrich Oevermann Gemeinsamkeiten aufweisen, lässt sich eindeutig feststellen, dass die Auslegung des Expertentums keine solche Gemeinsamkeit ist. Die Definitionen des Expertentums nach der lösungsorientierten Beratung und der Theorie der Lebenspraxis sind auch nach genauer Untersuchung nach wie vor nicht miteinander kompatibel. Diese Erkenntnis reicht zur Beantwortung der gewählten Fragestellung der Bachelor-Thesis nicht aus, da keine eindeutige oder zumindest kombinierbare Antwort darauf gegeben werden kann, wer inwiefern Expertin und Experte in der sozialarbeiterischen Suchthilfe ist. Zur Frage, welche Auswirkungen diese Erkenntnis für die Soziale Arbeit hat, kann wiederum auf Hiltrud von Spiegel verwiesen werden. Von Spiegel beschreibt methodisches Handeln als collagenhaft und voller innerer Widersprüche (2018, S. 103). Die bisherigen Erkenntnisse der Bachelor-Thesis bestätigen dies.

Da der Eingangsgedanke dieser Arbeit jedoch darin lag, genau aufgrund dieser Widersprüche in der Thematik der Auslegung von Expertentum eine kompatible, sinnvolle und eindeutige Antwort auf den Diskurs des Expertentums zu finden, um somit womöglich Widersprüche zu verringern, wurde nun nach einer weiteren Auslegung von Expertentum gesucht. Es wurde nach einer Auslegung gesucht, welche mehr oder weniger in der Mitte der lösungsorientierten Beratung und der Theorie der Lebenspraxis liegt. Ziel ist es nach wie vor, eine sinnvolle und eindeutige Auslegung des Expertentums in der Suchthilfe zu finden,

jedoch nun nicht mehr nur anhand der zwei gegenüberliegenden und kontroversen Pole innerhalb des Diskurses.

Durch die Recherchen zu weiteren Auslegungen des Expertentums in der Suchthilfe wurde die Aufmerksamkeit auf die Selbsthilfe in der Suchthilfe gerichtet. Konkret wurden konzeptionell-organisatorische Selbsthilfegruppen genauer im Hinblick auf das Expertentum beleuchtet. Es liess sich feststellen, dass durch das Heranziehen von konzeptionell-organisatorischer Selbsthilfegruppen eine neue Perspektive im Diskurs des Expertentums in der Suchthilfe geschaffen wird. Im folgenden Kapitel werden nun konzeptionell-organisatorische Selbsthilfegruppen dargelegt, sodass eine weitere Bearbeitung der Fragestellung der Bachelor-Thesis möglich wird.

5. SELBSTHILFEGRUPPEN IN DER SUCHTHILFE

5.1. Definitionen

Mit dem Begriff der Selbsthilfe wird eine spezielle Form des bürgerschaftlichen Engagements bezeichnet, welches durch eine Vielzahl an Selbsthilfeaktivitäten gekennzeichnet ist. Das primäre Ziel der Selbsthilfe ist eine Bewältigung von persönlichen und privaten Problemlagen und Aufgaben durch individuelle Hilfeformen. Im Bereich des Gesundheitswesens hat die Selbsthilfe mittlerweile einen hohen Stellenwert (Hartnuss, 2019, S. 48).

In der Schweiz wird die Selbsthilfe durch eine nationale Dachorganisation unterstützt. Die *Selbsthilfe Schweiz* möchte die Idee und gesellschaftliche Akzeptanz der (gemeinschaftlichen) Selbsthilfe aktiv fördern. Dazu stellt sie in ihren 19 regionalen Selbsthilfekontaktstellen spezielle Dienstleistungen für Menschen zur Verfügung, die solch eine bürgerschaftliche Einsatzbereitschaft besitzen. Darüber hinaus agiert die Institution als Interessenvertretung für die Selbsthilfe, etwa bei der Formulierung von Gesetzesvorlagen mit einer gesundheitspolitischen Relevanz, bei der Organisation der Selbsthilfe und der Selbsthilfegruppen in der Schweiz sowie beim Aufbau einer landesweiten Selbstidentität (Corporate Identity) zur Selbsthilfe (Stefano & Kellner, 2012, S. 29).

Die Selbsthilfe in der Schweiz ist überwiegend in Form von Selbsthilfegruppen organisiert (Gibis, 2013, S. 167). Darunter werden freiwillige und in der Regel lose Zusammenschlüsse von Menschen verstanden, deren Aktivitäten einer gemeinsamen Bewältigung von Problemlagen, Krankheiten oder psychischen beziehungsweise sozialen Problemen dienen, von denen die Person selbst oder Angehörige betroffen sind. Dieser Tätigkeit wird in der Regel ehrenamtlich und ohne eine Gewinnerzielungsabsicht nachgegangen (Matzat, 2012, S. 282).

Ableitend von dieser Definition können konkrete Kriterien für eine Selbsthilfegruppe bestimmt werden (StremLOW & Knüsel, 2016, S. 3):

1. *Selbstbetroffenheit*

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Selbsthilfegruppe sind direkt oder indirekt von dem gemeinsamen Problem betroffen.

2. *Wechselseitige Hilfe*

Durch Gespräche und Informationen wird versucht, eine wechselseitige Hilfe bei der Bewältigung des gemeinsamen Problems zu geben.

3. *Regelmässigkeit*

Zu diesem Zweck treffen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer regelmässig.

4. *Eigenverantwortlichkeit*

Die Verantwortung für Entscheidungen und für die soziale Gruppe wird alleine von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern getragen.

5. *Gleichberechtigte Zusammenarbeit*

Innerhalb der Gruppe wird eine gleichberechtigte Zusammenarbeit angestrebt.

6. *Ehrenamtlichkeit*

Es besteht keine Gewinnerzielungsabsicht.

Im Jahr 2015 gab es in der Schweiz ungefähr 2'500 Selbsthilfegruppen zu rund 280 verschiedenen Problemfeldern, hauptsächlich aus dem Gesundheitsbereich (75 %) und aus dem Sozialbereich (25 %) (ebd., S. 4).

Die durchschnittliche Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer pro Gruppe betrug dabei 17 Person, was insgesamt circa 43'000 Menschen ergibt, die in der Schweiz in Selbsthilfegruppen aktiv sind. Überdurchschnittlich häufig handelt es sich hierbei um weibliche Personen, die eine gute Bildung besitzen oder zur älteren Generation gehören (ebd.).

Somit kommen auf 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner 32 Selbsthilfegruppen – bei allerdings deutlichen regionalen Unterschieden. So ist die Quote in Zürich am höchsten (55 Selbsthilfegruppen pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner). Hingegen sind die Werte unter anderem in Aarau, Bern, Graubünden, Luzern, Neuenburg, St. Gallen, Schwyz, Wallis und Genf unterdurchschnittlich (21 bis 26 Selbsthilfegruppen pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner). Die niedrigste Verbreitung haben die Selbsthilfevereine in der Region Tessin (13 Selbsthilfegruppen pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner) (ebd.). Erklären lassen sich diese Unterschiede nicht nur durch die unterschiedlichen politischen und finanziellen Rahmenbedingungen und den uneinheitlichen Urbanisierungsgrad der Regionen, sondern vor allem auch durch den ausgeprägten Föderalismus (ebd.). Dieser führte zu heterogenen historischen Entwicklungen auf dem Gebiet der Selbsthilfegruppen. Entsprechend uneinheitlich und unübersichtlich ist die Situation im Bereich der Selbsthilfe in der Schweiz (Gibis, 2013, S. 167).

5.2. Bezug zur Sozialen Arbeit

Das Prinzip der ‹Hilfe zur Selbsthilfe› hat eine hohe Relevanz für das traditionelle sozialarbeiterische Handeln. Entsprechend wichtig ist die Selbsthilfe für den Bereich der Sozialen Arbeit. Die Klientinnen und Klienten sollen befähigt werden, ihre persönlichen Probleme möglichst selbstständig und ohne Unterstützung der Sozialarbeitenden lösen zu können. Allerdings führt diese Ausrichtung in der praktischen Umsetzung schnell zu einer Überforderung der betroffenen Personen (Hill et al., 2012, S. 14).

Die Selbsthilfe in der heutigen Ausprägung hat sich über viele Jahrzehnte entwickelt. Ausgehend von alternativ-sozialen Bewegungen entstanden spezielle Gruppierungen, in denen bestimmte Themen und Problembereiche bearbeitet wurden, zum Beispiel eine stärkere Mitbestimmung bei politischen Entscheidungen, die Gleichstellung der Geschlechter oder gesundheitliche Schwierigkeiten. Geprägt ist diese Selbsthilfe durch einen problembezogenen Pragmatismus, der sich im Wesentlichen auf die Bewältigung eines konkreten Problems oder einer speziellen Erkrankung richtet, und mit dem weniger ein gesellschaftlicher Wandel angestrebt wird (ebd., S. 15).

Aufgrund der gesteigerten gesellschaftlichen Akzeptanz der Selbsthilfe gewinnt diese auch in der Sozialen Arbeit an Bedeutung. Gefördert wird diese Entwicklung zudem durch den Umstand, dass Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter unter einer zunehmenden Arbeitsbelastung, fehlenden finanziellen Mitteln, festen Strukturen und einer effizienteren Strukturierung leiden. Dies erschwert aber aufgrund der geringen Handlungsmöglichkeiten die pragmatische Bearbeitung der sozialen oder gesundheitlichen Probleme der betroffenen Personen (ebd.).

Daraus ergeben sich zwei Probleme: Zum einen stehen nur bedingt zeitliche und personelle Ressourcen zur Verfügung, um die Selbsthilfe der Klientinnen und Klienten gezielt fördern zu können. Zwar wird eine Unterstützung dieser Selbsthilfe immer öfters als ein Teil des Arbeitsauftrages in den Konzepten der sozialarbeiterischen Fachstellen genannt. Aufgrund der hohen allgemeinen Arbeitsbelastung stellt die Umsetzung dieses Ziels aber einen nicht unerheblichen Mehraufwand dar (ebd., S. 16). Zum anderen zweifeln gemäss Hill et al. viele sozialarbeiterischen Fachkräfte daran, dass ihre Klientinnen und Klienten zu solch einer Selbsthilfe überhaupt fähig sind (ebd.). Aus Sicht der sozialarbeiterischen Fachkräfte bedarf es eines speziellen Fachwissens und einer ausgeprägten methodischen Kompetenz, über welche die betroffenen Personen normalerweise nicht verfügen. Sie müssten in einem bestimmten Problemfeld in einer akuten Krisensituation adäquate Lösungen finden – was aus Sicht der sozialarbeiterischen Fachkräfte nicht zu realisieren ist. Diese weit verbreitete Einschätzung beruht vor allem auf der zunehmenden Professionalisierung im Bereich der

Sozialen Arbeit. Durch die Einführung und Etablierung der akademischen Ausbildung wurde den Studierenden eine immer bessere professionelle Expertise vermittelt. Obwohl eine solche fachliche Qualifizierung erstrebenswert ist und sicherlich auch das Niveau des sozialarbeiterischen Handelns verbessert, führt sie doch zu einer gewissen Voreingenommenheit bezüglich der Ressourcen und Potentiale der Klientinnen und Klienten: ihnen wird nur bedingt die Bewältigung ihrer Lebensprobleme zugetraut (ebd., S. 14-16). Im Ergebnis kommt es verstärkt zu einer Entmündigung, Bevormundung und Instrumentalisierung der betroffenen Personen. Diese grundsätzliche Überzeugung ist noch immer in der Sozialen Arbeit weit verbreitet, auch wenn zum Beispiel durch das Empowerment-Konzept versucht wurde, die vorhandenen Stärken und Ressourcen der Klientinnen und Klienten wieder stärker in das sozialarbeiterische Handeln zu integrieren. Aber letztlich handelt es sich hierbei nur um einen Ansatz von vielen, die in der Sozialen Arbeit verwendet werden (ebd.).

Die Bedeutung der Selbsthilfe in der Sozialen Arbeit wird darüber hinaus durch die Vielfältigkeit und Komplexität der zu behandelnden Themen gefährdet. Aufgrund der erwähnten Professionalisierung kam es zugleich zu einer thematischen Ausdifferenzierung und Unübersichtlichkeit – worunter auch der Stellenwert des Prinzips der Hilfe zur Selbsthilfe gelitten hat. Statt mögliche Wege zu einer Förderung der Selbsthilfe zu entwickeln, findet seitdem im Bereich der Sozialen Arbeit eher eine Konzentration auf theoretische und methodische Fragen und Probleme statt (ebd., S. 16-17).

Diese kurzen Ausführungen zum Verhältnis der Selbsthilfe zur Sozialen Arbeit verdeutlichen bereits, dass dieses in einem hohen Masse durch Unstimmigkeiten, Unklarheiten und Widersprüche geprägt ist. Viele Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sprechen ihren Klientinnen und Klienten grundsätzlich die Fähigkeit zur Selbsthilfe ab. Zusätzlich sind die Handlungsmöglichkeiten beider Akteursgruppen eingeschränkt, sei es aufgrund der beruflichen Rahmenbedingungen (fehlende zeitliche, personelle oder finanzielle Ressourcen für eine Förderung der Selbsthilfe sowie eine eher methodisch-theoretische Ausrichtung) oder der akuten Lebenssituation (eine Selbsthilfe ist in einer Problemsituation kaum zu realisieren). Entsprechend erfährt das Prinzip der Selbsthilfe in der Sozialen Arbeit deutliche Grenzen (ebd., S. 14).

5.3. Bezug zur Suchthilfe

Die Selbsthilfe hat auf dem Gebiet der Suchthilfe in der Schweiz einen relativ hohen Stellenwert. Dies wird zum Beispiel anhand eines Zitats aus einer Fachveröffentlichung von Franziska Eckmann, der Leiterin der Schweizerischen Koordinations- und Fachstelle Sucht (Infodrog), deutlich: «Viele suchtbetroffene Personen beteuern, dass es ihnen ohne Selbsthilfe nicht gelungen wäre, ihr selbstschädigendes Verhalten zu verändern und langfristig Stabilität zu erlangen» (2018, S. 4).

Es ist bekannt, dass viele suchtkranke oder suchtgefährdete Personen ihr Suchtverhalten durch eine Selbsthilfe und somit ohne professionelle Unterstützung verändern können, etwa durch ein individuelles Selbstmanagement (ebd., S. 10). Aus diesem Grund sind diese Angebote der Suchtselbsthilfe mittlerweile bedeutsame Bestandteile des Sozialwesens beziehungsweise des Gesundheitswesens (ebd., S. 5). Die Selbsthilfe im Bereich der Suchthilfe umfasst im Wesentlichen zwei Unterstützungsformen:

Gemeinschaftliche Selbsthilfe

Unter der gemeinschaftlichen Selbsthilfe werden die eigentlichen Selbsthilfegruppen sowie Selbsthilfeorganisationen verstanden. Es handelt sich hierbei um selbstorganisierte Zusammenschlüsse von suchtkranken oder suchtgefährdeten Menschen. Die gemeinschaftliche Selbsthilfe entfaltet sich unter anderem in Form einer gegenseitigen Information und Unterstützung sowie eines thematischen Austausches der Teilnehmerinnen und Teilnehmern in Gruppengesprächen (ebd.).

Diese Art von Hilfe ist gekennzeichnet durch die persönliche Betroffenheit der Akteurinnen und der Akteure und durch ein freiwilliges, gegenseitiges sowie gleichberechtigtes Miteinander. Die wesentliche Funktion der gemeinschaftlichen Selbsthilfe im Bereich der Suchthilfe sind die gemeinsame Hilfe und Unterstützung, wobei eine solidarische und aktive Mitverantwortlichkeit gezeigt wird. Dadurch erfahren die teilnehmenden Personen in der Gemeinschaft ein Gefühl von Nähe, Ehrlichkeit, Zusammenhalt und Offenheit (ebd., S. 9). Die gemeinschaftliche Selbsthilfe richtet sich nach den konkreten Bedürfnissen der Gruppenmitglieder, etwa der gemeinsamen Bewältigung der durch eine Suchterkrankung ausgelösten Begleiterscheinungen. Diese Betroffenenkompetenz umfasst daher nicht nur reine Informationen, sondern beinhaltet auch eine emotional-psychologische Unterstützung (ebd., S. 10).

Wesentliche Aktivitäten der gemeinschaftlichen Selbsthilfe im Bereich der Suchthilfe sind somit (ebd.):

1. Erfahrungsaustausch zur praktischen und alltäglichen Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik.
2. Etablierung und Sicherstellung der hilfreichen Kontakte und Beziehungen zu anderen suchtkranken Personen.
3. Modellhaftes Lernen durch den Austausch mit anderen Suchtkranken.

Individuelle Selbsthilfe

Bei der individuellen Selbsthilfe wird versucht, eine selbstständige und individuelle Veränderung im Umgang mit Suchtmitteln zu erreichen. Zu den eingesetzten Methoden und Programmen zählen unter anderem Selbsttests, Trinktagebücher, Selbsthilfeprogramme und Manuals (etwa das *10-Schritte-Programm zum selbständigen Erlernen des kontrollierten Trinkens*) (ebd., S. 7).

Die individuelle Selbsthilfe ist in der Regel anonym und niedrigschwellig, damit sie von den betroffenen Personen in einem individuellen Rhythmus genutzt werden kann (ebd.).

Im Bereich der gemeinschaftlichen und individuellen Selbsthilfe haben sich zwei Angebote als besonders effektiv erwiesen:

Online-Selbsthilfe

Die zunehmende Digitalisierung und Technisierung haben dazu geführt, dass umfangreiche Informationen zur Suchtproblematik im Internet zu finden sind. Oftmals informieren sich suchtkranke oder suchtgefährdete Menschen zunächst online über ihre Problematik, bevor sie einen Arzt beziehungsweise eine sozialarbeiterische Beratungsstelle aufsuchen oder den Weg der Selbsthilfe einschlagen (ebd., S. 19).

Die Anzahl der Online-Angebote zur Selbsthilfe für suchtkranke oder suchtgefährdete Menschen hat sich in den letzten Jahren deutlich erhöht. Ihre Besonderheit besteht darin, dass sie einen niederschweligen und unkomplizierten Zugriff ermöglichen – unabhängig von Ort, (Öffnungs-)Zeit oder der Bereitschaft, sich einer Selbsthilfegruppe vor Ort anzuschließen. Durch die Möglichkeit der Anonymität und des Gebrauchs von Pseudonymen wird der Austausch mit anderen Betroffenen und eine Überwindung der Gefühle von Angst und Scham erleichtert (ebd., S. 19-20).

Die gemeinschaftliche Online-Selbsthilfe kann via Gruppenchat, persönlichen Nachrichten oder der Teilnahme an einem Forum erfolgen (ebd., S. 20).

Bei der individuellen Online-Selbsthilfe zur Suchtberatung kommen verschiedene Online-Programme, Selbsttests, Tools und Lernmodule zum Einsatz, etwa zu den Themen

«Rückfälle» oder «Verhalten in Risikosituationen». Nach der Teilnahme erhält die Nutzerin oder der Nutzer eine fundierte Rückmeldung. Diese erleichtert es, den eigenen Suchtkonsum und das Ausmass der Suchtproblematik einschätzen zu können. Solch ein automatisches Feedback wird, im Gegensatz zu einer persönlichen Rückmeldung, häufig als weniger belastend und konfrontierend empfunden (ebd., S. 21).

Angehörigenhilfe

Von einer Suchtproblematik sind nicht nur die suchtkranken Personen betroffen, sondern ebenso das soziale Umfeld. Neben der Partnerin oder dem Partner zählen dazu auch die Eltern, Kinder, Geschwister, Verwandte, Freundinnen und Freunde oder Nachbarn. Auch wenn die Belastung durch die Suchtproblematik bei diesen Angehörigen unterschiedlich ausgeprägt sein kann, leiden sie gleichwohl erheblich unter den negativen Auswirkungen der Suchterkrankung. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Personen aus dem sozialen Umfeld nur selten wissen, dass ihnen Hilfe zusteht. Oftmals nehmen sie diese Hilfe gar nicht oder zu spät in Anspruch, zum Beispiel, wenn bereits deutliche Überforderung und Überlastung besteht. Aus diesem Grund wird im Rahmen der Selbsthilfe im Bereich der Suchthilfe ein entsprechendes Hilfsangebot für die Angehörigen zur Verfügung gestellt. Sie erhalten fachliche Informationen, zum Beispiel über den oftmals chronischen Verlauf bei Suchterkrankungen, sowie Unterstützung zur Entlastung (ebd., S. 26, S. 28).

In einer Studie von Stremlow und Knüsel (2016) wurde untersucht, wie effektiv die gemeinschaftliche Selbsthilfe in der Schweiz ist. Aus Sicht der Probandinnen und Probanden trug die Teilnahme vor allem zu einem besseren Gefühl bei. Die Schuldgefühle verringerten sich. Es wurden praktische Lösungen gefunden, die aktiv umgesetzt werden konnten. Zudem verbesserte sich das Verhältnis zu den Angehörigen (Stremlow & Knüsel, 2016, S. 5).

Aus anderen empirischen Untersuchungen ist weiterhin bekannt, dass die gemeinschaftliche Selbsthilfe zu positiven Verhaltensänderungen, einer persönlichen Entwicklung und zu einer Entlastung und Stärkung der sozialen Netzwerke beitragen kann. Dies gilt insbesondere für suchtkranke Personen (Borgetto, 2013, S. 21).

Begrenzt wird die Wirksamkeit der Selbsthilfe bei einer Suchtproblematik aber durch gruppeninterne Probleme, zum Beispiel ein Mangel an neuen Teilnehmerinnen und Teilnehmern oder einer zu geringen Motivation. Ebenso kann eine stark ausgeprägte Individualität zu Einschränkungen führen, indem Regeln nicht mehr eingehalten werden. Ein weiteres Hindernis sind Probleme der Selbsthilfegruppe bei der Aussendarstellung und bei der Koordination der Informationen (Stremlow & Knüsel, 2016, S. 5).

5.4. Bezug zur Suchterkrankung

Die Selbsthilfe als Unterstützungsform für Betroffene ist nicht für jede Erkrankung oder Problemlage gleichermassen geeignet. Positive Effekte zeigen sich insbesondere bei Diabetes und bei einer substanzgebundenen Suchterkrankung (Borgetto, 2013, S. 21). Bei einer akuten Suchtproblematik kann es durch die Selbsthilfe zu einer Bewältigung oder gar Verringerung des gesundheitsschädigenden Verhaltens kommen. Die suchtkranke Person hat weniger Depressionen. Das subjektive Wohlbefinden und die allgemeine Lebensqualität verbessern sich. Die mit der Suchterkrankung einhergehenden Krankheiten und psychische Störungen werden besser bewältigt (ebd., S. 22).

In einigen Studien wurde die Effektivität der Selbsthilfe bei einer Alkoholerkrankung gezielt anhand der Anonymen Alkoholiker (AA) untersucht. Ein Ergebnis war, dass die AA-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer ihren Alkoholkonsum deutlich verringerten, ebenso wie die Abhängigkeitssymptome, die Anzahl der Tage im Alkoholrausch, das Ausmass der depressiven Stimmungen sowie die negativen Folgen der Sucht. Die Effekte waren ähnlich stark wie bei einer professionellen ambulanten und sogar stationären Behandlung (ebd., S. 22 u. S. 24). Lediglich bei der Reduzierung des Alkoholmissbrauchs und bezüglich der Rückfallprävention zeigte sich eine stationäre Behandlung effektiver als eine alleinige Teilnahme an den AA-Treffen (ebd., S. 24). Erklären lassen sich diese positiven Wirkungen der Selbsthilfe bei einer Alkoholerkrankung durch eine Erhöhung der Motivation und des Engagements. Die Selbstwirksamkeit, also die individuelle Überzeugung, die Suchtkrise aus eigener Kraft erfolgreich meistern zu können, wächst ebenso an. Der Substanzmissbrauch wird als wesentlicher Verursacher für die psychischen, emotionalen und körperlichen Schädigungen und für das persönliche Leid erkannt. Durch die soziale Unterstützung durch die anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer der AA-Treffen lernt die betroffene Person positive Rollenmodelle kennen. Sie bauen soziale Kontakte auf, die auf der Basis einer Alkoholabstinenz geknüpft werden, und der suchtkranke Mensch kann selbst als helfende Person für andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer agieren (ebd.).

Für eine Suchterkrankung, vor allem bei Alkoholismus, stellt die Selbsthilfe somit eine geeignete Unterstützungsform dar. Nach dem basierend auf einer Studie (Stremlow, 2006) entwickelten Modell der Klassifikation der Gesundheitsrelevanz können drei Qualitätsniveaus bei Selbsthilfegruppen unterschieden werden: Erstens die Treffen in Selbsthilfegruppen, in denen weder Gesundheitsprobleme bearbeitet noch eine Verringerung der Belastungen für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erreicht werden (keine Gesundheitsrelevanz), zweitens, jene Selbsthilfegruppen, deren Bezugsprobleme sich nicht als eine Krankheit identifizieren lassen, auch wenn bei den betroffenen Personen durchaus gravierende gesundheitliche

Einschränkungen sowie bei den Angehörigen erhebliche Belastungen vorliegen können (mittlere Gesundheitsrelevanz), und drittens jene Selbsthilfegruppen, deren Ausgangsprobleme nach der ICD-10-Klassifikation als eine Krankheit oder als eine Behinderung aufzufassen sind und somit eine körperliche Erkrankung, ein psychisches Leiden, eine Behinderung oder eine Suchterkrankung bestehen (hohe Gesundheitsrelevanz) (Stremlow, 2006, S. 7).

Eine Überprüfung der Selbsthilfegruppen ergab, dass rund 65 % von ihnen eine hohe Gesundheitsrelevanz zu attestieren ist. Diese Angebote leisten bei einer Suchterkrankung einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der schweizerischen Bevölkerung. Sie ermöglichen den suchtkranken oder suchtgefährdeten Menschen einen intensiven Erfahrungsaustausch, insbesondere über die alltäglichen Auseinandersetzungen mit der Suchtproblematik. Dadurch gewinnt die Selbsthilfe bei einer Suchterkrankung für die betroffenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine hohe Relevanz für die Lebensbewältigung im Alltag. Darüber hinaus helfen die Treffen, die eigenen Emotionen wahrzunehmen und zu verbalisieren, um die individuellen Schicksalsschläge oder die Suchtkrise verarbeiten zu können (ebd., S. 7). Es findet ein reger Austausch von Informationen statt, zum Beispiel über den praktischen Umgang mit der Suchterkrankung, über Behandlungsformen oder über Anlaufstellen. Dadurch kommt es zu einer Erweiterung der Fachkenntnisse im Sinne der reflexionsinternen Expertise. Neue Verhaltensweisen im Umgang mit der Sucht werden unter anderem in gemeinsamen Freizeitaktivitäten eingeübt (ebd., S. 8).

5.5 Selbsthilfe in der lösungsorientierten Beratung

Die bisherigen Ausführungen können unter Umständen den Eindruck erweckt haben, dass das Prinzip der Selbsthilfe ein wesentlicher Bestandteil der lösungsorientierten Beratung sei. Bei einer näheren kritischen Analyse zeigt sich jedoch, dass dies nicht der Fall ist. Zum Beispiel wird der Begriff «Selbsthilfe» in zwei bedeutsamen Werken zur lösungsorientierten Beratung (De Shazer & Dolan, 2008; Bamberger, 2010) an keiner Stelle verwendet. Dieser Befund erscheint auf den ersten Blick zunächst einmal überraschend, da nach der Beschäftigung mit den konzeptionellen und theoretischen Grundlagen der lösungsorientierten Beratung durchaus die Ansicht vorherrschen könnte, dass die Förderung der Selbsthilfe ihr zentrales Ziel sei.

Um diese Irritation aufklären zu können, muss zunächst das sozialarbeiterische Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe näher betrachtet werden. Dieser Ansatz der Selbsthilfe hat in der Sozialen Arbeit (auch in der Schweiz) eine lange Tradition. Schon immer gab es in diesem Bereich diverse Bemühungen, soziale Missstände oder Bedrohungslagen durch eine

Aktivierung der betroffenen Personen und Gruppen abzumildern oder sogar zu beseitigen: Die Klientinnen und Klienten sollen befähigt werden, ihre Probleme und Krisen selbstständig meistern zu können (Stefano & Kellner, 2012, S. 29).

Einige Fachleute bezeichnen die Leitidee der Sozialen Arbeit sogar als einen relativ inhaltsleeren oder sogar widersprüchlichen Begriff, wird bei solch einer aktivierenden Hilfe die Zielorientierung doch von den agierenden Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern festgelegt (Anhorn, 2012, S. 249). Ihre Handlungsimplicationen können sich, aufgrund ihres angenommenen Expertenstatus, grundlegend von den Interessen und Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten unterscheiden. Mit der Einleitung eines Prozesses der Hilfe zur Selbsthilfe wird das Ziel verfolgt, eine individuelle (Selbst-)Veränderung der hilfeschuchenden Person zu erreichen, um deren ‹Unabhängigkeit› zu fördern (ebd.). Dieser Vorgang stellt aber alles andere als eine unabhängige Entscheidung oder ein autonomes Handeln der Klientinnen und Klienten dar, da dieser von den sozialarbeiterischen Fachkräften initiiert und gelenkt wird. Hierbei handelt es sich eben nur sehr beschränkt um eine wirkliche sozialarbeiterische Beratung, bei der durch eine zwischenmenschliche Interaktion adäquate Bewältigungsstrategien und eine Verbesserung der Problemlösefähigkeiten der Klientinnen und Klienten angestrebt werden (Warschburger, 2009, S. 16).

Ein Vergleich dieses sozialarbeiterischen Prinzips der Hilfe zur Selbsthilfe mit den Zielen der lösungsorientierten Beratung veranschaulicht diese fundamental unterschiedlichen Sichtweisen. Bei den nachfolgenden Ausführungen ist zwischen traditionell intervenierenden Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern mit dem Ziel einer ‹Hilfe zur Selbsthilfe› und den lösungsorientierten Fachkräften zu unterscheiden.

Nach den Vorstellungen lösungsorientierter Fachkräfte sind die Klientinnen und Klienten qualifizierte Expertinnen und Experten ihres Lebens – und somit auch ihrer Selbsthilfe. Sie verfügen über das Wissen, wie sie Selbsthilfe aktivieren und sinnvoll einsetzen können, um ein Problem lösen oder einen beklagten Sachverhalt meistern zu können. Diese bereits vorhandene Fähigkeit ist Teil der vielfältigen Ressourcen und der Lebensexpertise, über die die betroffene Person verfügt. Entsprechend benötigen diese Menschen keine externe Unterstützung bei der Aktivierung ihrer Selbsthilfe, sondern lediglich beim (Wieder-)Auffinden des individuellen Zugangs zu dieser Form der Eigenunterstützung. Die Aufgabe der lösungsorientierten Fachkräfte ist es nicht, basierend auf den eigenen Zielen und fachlichen Überzeugungen, bei der betroffenen Person einen Prozess der Hilfeaktivierung einzuleiten, sondern ihr Optionen für eine autonome Selbstaktivierung zu verdeutlichen (Bamberger, 2015, S. 17).

Während die Soziale Arbeit eine externe Aktivierung der Hilfe zur Selbsthilfe im Jetzt anstrebt (da ansonsten die bestehenden individuellen Probleme gar nicht gelöst werden

können), ist die lösungsorientierte Beratung eher positiv und zukunftsorientiert ausgerichtet. Ihr Bestreben ist die Schaffung einer Vision, wodurch spontane Formen der Selbsthilfe und der Lösungsfindung entstehen können (De Shazer & Dolan, 2018, S. 76).

Ein weiterer Unterschied zwischen der sozialarbeiterischen Hilfe zur Selbsthilfe und der lösungsorientierten Beratung besteht in der grundsätzlichen Bewertung des Ausmasses und der Qualität der selbsthilfebezogenen Kompetenzen der Klientinnen und Klienten.

Währendem dass Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter von der Annahme ausgehen, dass die selbsthilfebezogenen Kompetenzen bei der hilfesuchenden Person nicht ausreichend sind, um die akute Problemlage meistern zu können, sind lösungsorientierte Fachpersonen davon überzeugt, dass diese Fähigkeit generell bei allem Menschen und somit auch bei den Klientinnen und Klienten vorhanden ist.

Die Fähigkeit zur Selbsthilfe der hilfesuchenden Person ist somit intakt. Eine Intervention würde daher ein Verstoss gegen einen wichtigen Lehrsatz der lösungsorientierten Beratung darstellen: «Repariere nicht, was nicht kaputt ist». Damit ist gemeint, dass (externe) Interventionen überflüssig und eher hinderlich sind, wenn sich die ratsuchende Person bereits im Prozess der Problemlösung befindet (ebd., S. 23). Dies mag ein selbstverständliches Prinzip der Lösungsorientierten Beratung sein, welches in der sozialarbeiterischen Praxis aber gleichwohl nicht immer beachtet wird: In diesem Bereich gibt es durchaus eine Tendenz, das Wachstum der Klientinnen und Klienten zu fördern - etwa durch Hilfe zur Selbsthilfe.

In der lösungsorientierten Beratung wird somit keine pauschale Förderung der Selbsthilfe angestrebt. Es sollen lediglich die bereits vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen der Klientinnen und Klienten für eine persönliche Selbsthilfe identifiziert und offengelegt werden. Der Unterschied zur Sozialarbeit ist somit: Die Selbsthilfe wird nicht von den lösungsorientierten Fachkräften aktiviert, sondern unmittelbar von der hilfesuchenden Person. Sie alleine legt ihre Selbsthilfe-Ziele und -Aktivierungsmethoden fest.

Übertragen auf die Suchthilfe bedeuten diese Erkenntnisse, dass die Selbsthilfe von suchtkranken Personen nicht aktiviert oder gefördert werden muss und dies im Grunde auch nicht möglich ist. Erreichbar ist lediglich eine Wiederherstellung von Autonomie, mit der dann die Klientinnen und Klienten erst eigenständig eine individuelle Selbsthilfe durchführen können. Ein Mensch mit einer Suchtproblematik verfügt bereits über die notwendigen Ressourcen für eine problembezogene Eigeninitiative. Angestrebt wird nicht eine Förderung der Lösungskompetenz, sondern die Ermittlung und Realisierung einer praktikablen Lösung. Diese könnte aus Sicht der betroffenen Person zum Beispiel in einem reduzierten Konsum von Suchtmitteln bestehen. Eine traditionell intervenierende Sozialarbeiterin beziehungsweise Sozialarbeiter würde in diesem Fall unter Umständen den Versuch

unternehmen, durch eine Förderung der Hilfe zur Selbsthilfe bei der Klientin oder dem Klienten eine vollständige Abstinenz zu erreichen – anders als lösungsorientierte Fachpersonen, die auch Entscheidungen und Lösungen der hilfeschuchenden Person akzeptieren, selbst wenn jene Entscheidungen und Lösungen, aus fachlicher Sicht nicht aller Zweifel erhaben sind.

Ein professionelles Streben nach einer Stärkung der Selbsthilfe der Klientinnen und Klienten ist in der lösungsorientierten Beratung nicht oder lediglich indirekt zu erkennen. Eine direkte Aktivierung der Selbsthilfe ist nicht möglich, sondern lediglich eine indirekte Aktivierung über die Wiederherstellung von Autonomie. Die lösungsorientierten Fachpersonen geben sich, trotz natürlich vorhandener fachlicher und methodischer Kompetenzen, hinsichtlich möglicher Lösungsansätze nicht wissend und unvoreingenommen. Sie können daher keine Hilfe zur Selbsthilfe leisten, da sie nicht über die notwendige Expertise verfügen, um die dafür notwendigen Prozesse zu initiieren und Interventionen durchzuführen. Das Angebot einer aktivierenden Hilfe setzt nämlich eine Festlegung ihrer konkreten Ziele und Funktionen basierend auf ein professionelles Fach- und Methodenwissen voraus. Über diese Kompetenzen verfügen die beratenden Personen nach der lösungsorientierten Beratung aber nicht beziehungsweise sie setzen diese bewusst nicht ein. Dies bedeutet: selbst wenn die lösungsorientierte Beraterin beziehungsweise der lösungsorientierte Berater eine Vorstellung davon hätte, wie der betroffene Mensch seine Suchtproblematik lösen könnte, hält sie/er diese aber aufgrund ihrer lösungsorientierten Ansicht absichtlich zurück. Über dieses Wissen verfügt einzig und allein die Klientin oder der Klient und diese Kenntnisse oder Fähigkeiten müssen auch nicht durch einen externen Eingriff aktiviert oder ausgebaut, sondern lediglich offengelegt werden. Nach den Prinzipien der lösungsorientierten Beratung müssen (und können) nur die suchtkranken Personen diese Aufgabe bewältigen.

Anhand dieser Beschreibung des Stellenwertes der Selbsthilfe in der lösungsorientierten Beratung wird deutlich, dass eine ‹Hilfe zur Selbsthilfe› bei diesem Beratungsansatz in einer unmittelbaren und manipulativen Art und Weise nicht vorgesehen und nicht angestrebt wird. Denkbar wäre allerdings eine indirekte Förderung der Selbsthilfe der suchtkranken Personen durch eine stellvertretende Krisenbewältigung oder durch eine fachliche und organisatorische Unterstützung der Selbsthilfegruppen im Bereich der Suchthilfe. Erforderlich dafür wäre aber eine umfassende Gesamtkompetenz, mit der eine Förderung der Selbstbestimmung und der Eigeninitiative von den Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Selbsthilfegruppen erreicht werden kann (Stefano & Kellner, 2012, S. 30). Dies setzt allerdings ein gänzlich anderes Rollenverständnis und angepasste Routinen der lösungsorientierten Beraterinnen und Berater voraus: Anzustreben sind fachliche Kooperationen, bei denen die Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen als

gleichwertige und gleichgestellte Partner angesehen werden, die eine wichtige Klärungs-, Lösungs- und Feedback-Funktion im Bereich der Suchthilfe übernehmen (ebd., S. 31).

5.6 Selbsthilfe in der Theorie der Lebenspraxis

In dem Hauptwerk zur Theorie der Lebenspraxis nach Oevermann (Garz & Raven, 2015), wird der Begriff «Selbsthilfe» lediglich an drei Stellen verwendet. Zuerst im Zusammenhang mit der subjektiven beziehungsweise der objektiven Identität der Klientin oder des Klienten: Die subjektive Identität bildet sich durch ein Bewusstwerden der eigenen Entscheidungen und Handlungen und deren Bedeutung für das eigene Leben und Wohlergehen. Über einen längeren Entwicklungszeitraum entsteht daraus ein ausgeformtes Selbstbild im Sinne einer subjektiven Identität auf der Grundlage dieser individuell rekonstruierten Lebensgeschichte. Eine objektive Identität hingegen entsteht durch eine sachliche und vorurteilsfreie Rekonstruktion der verschiedenen Ausprägungen einer Lebenspraxis. Eine Hilfe zur Selbsthilfe kommt zu tragen, wenn die betroffene Person ihre aufgrund einer Lebenskrise in Frage gestellte subjektive Identität zum Gegenstand der Hilfe beziehungsweise des Arbeitsbündnisses macht (ebd., S. 54).

Die zweite Textstelle behandelt dieses Arbeitsbündnis als den Ort einer professionalisierten Praxis. In diesem Kontext wird betont, dass die Klientin oder der Klient in der Krisensituation eine ausgeprägte Professionalisierungsbedürftigkeit zeigt, die von den sozialarbeiterischen Fachkräften aufgrund der fehlenden Professionalisierung aber nicht gestillt werden kann. Die Sozialarbeiterin oder der Sozialarbeiter agiert lediglich als eine Art «Geburtshelfer»: Durch geschicktes Nachfragen wird versucht, dass die in der hilfeschuchenden Person schlummernden, aber noch nicht bewussten Einsichten und Lösungen wahrgenommen werden. Dieser pädagogische und sozialarbeiterische Prozess kann als eine Hilfe zur Selbsthilfe verstanden werden (ebd., S. 121).

Die dritte und wichtigste Textstelle findet sich im Kapitel über die Wiederherstellung der Autonomie der Lebenspraxis bei den Klientinnen und Klienten. Diese erneute Eigenständigkeit des betroffenen Individuums entsteht in einem Prozess, bei dem prophylaktisch Ressourcen und Potentiale für eine zukünftige Krisenbewältigung aktiviert beziehungsweise erzeugt werden, und zum anderen durch eine Wiederherstellung der gestörten Autonomie durch eine Re-Sozialisation. Dieser Prozess wird als eine therapeutische Hilfe zur Selbsthilfe aufgefasst (ebd., S. 114).

Insgesamt fällt auf, dass der Selbsthilfebegriff in der Theorie der Lebenspraxis keinen hohen Stellenwert besitzt. Dies ist bei näherer Betrachtung der theoretischen Grundlagen und

Modelle dieses Ansatzes allerdings auch nicht weiter erstaunlich, wird doch davon ausgegangen, dass eine Klientin oder ein Klient in einer akuten Lebenskrise die eigene Lebenspraxis nicht mehr selbstständig meistern kann (ebd., S. 47). Eine von zum Beispiel einer Suchterkrankung betroffene Person ist zwar grundsätzlich zu einem situationsadäquaten und spontanen Handeln und zur Bewältigung von Problemen in der Lage – und somit auch zur Selbsthilfe (ebd., S. 27). Diese Kompetenz steht in Krisensituation aber nicht mehr zu Verfügung. Die eingeschränkte Handlungsfähigkeit der Klientin oder des Klienten führt dazu, dass das Prinzip der Selbsthilfe an seine Grenzen stösst (Hill et al., 2012, S. 14).

Eine Hauptursache für diese Beschränkung ist das Fehlen adäquater Routinen. Hierbei handelt es sich um ein spezielles theoretisches und praktisches Wissen, wie alltägliche Krisen gemeistert werden können. Um solche Bewältigungsstrategien aber entwickeln und später anwenden zu können, muss ein spezielles Problem aber in der Vergangenheit tatsächlich gelöst worden sein. Erforderlich ist ein Rückgriff auf eindeutige und etablierte Entscheidungs- und Handlungsprozesse, die sich bisher bewährt haben. Über dieses spezielle Routinewissen verfügen suchtkranke Personen aber offensichtlich nicht, da sie ansonsten in früheren Lebensphasen gelernt hätten, ihr Suchtverhalten zu kontrollieren oder sogar abstinenz zu leben.

Es mangelt der suchtkranken Person an geeigneten Routinen für eine Aktivierung der Selbsthilfe. Stattdessen müssen die Klientinnen und Klienten in solchen Krisen diese Aufgabe an externe Fachleute abgeben, um durch den Umweg einer stellvertretenden Krisenbewältigung wieder die Fähigkeit zu erlangen, sich selbst helfen zu können. Diese Verantwortungsverlagerung geht einher mit einem gewissen Verlust an Autonomie, was die Durchführung von Selbsthilfe zunächst weiter erschwert (ebd., S. 117). Aber nur durch solch ein konstitutives Arbeitsbündnis zwischen der hilfeschuchenden Person und der sozialarbeiterischen Fachkraft in Form einer externen Hilfe kann eine Mobilisierung der Selbsthilfe überhaupt erreicht werden (Oevermann, 2009, S. 121). Die Einbeziehung der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter bei einer akuten Suchtkrise stellt nach der Theorie der Lebenspraxis für Klientinnen und Klienten die einzige Möglichkeit zur erneuten Erlangung einer vollständigen Autonomie dar – und zur Aktivierung der persönlichen Selbsthilfe. Somit sind die betroffenen Personen in solchen Problemsituationen weder Expertinnen oder Experten für ihr eigenes Leben, für ihre Suchtproblematik oder für die Aktivierung ihrer Selbsthilfe – im Gegenteil: sie sind in diesen Lebensphasen Laien ihrer Selbsthilfe (Oevermann, 2002, S. 23). Um die Fähigkeit zur Eigenunterstützung zurückzuerlangen, bedarf es der fachwissenschaftlichen, methodischen, diagnostischen und fallrekonstruktiven Kompetenzen der sozialarbeiterischen Fachkräfte (Garz & Raven, 2015, S. 115). Erst diese

doppelte Professionalisierung trägt letztlich dazu bei, dass eine erfolgreiche Krisenbewältigung stattfindet, dass problematische Zustände überwunden werden können und dass die Klientinnen und Klienten wieder zu einer Selbsthilfe fähig werden (Obrecht, 2009, S. 63).

6. REFLEXION ÜBER SELBSTHILFEGRUPPEN IN DER SUCHTHILFE

6.1. Nutzen der Selbsthilfegruppen im Hinblick auf die Suchthilfe

Aus dem vorgängigen Kapitel geht hervor, dass Selbsthilfegruppen eine bedenkenswerte Alternative zur sozialarbeiterischen Suchthilfe darstellen. Durch den Ansatz der Selbsthilfegruppen lassen sich diverse Herausforderungen im Bereich der Suchthilfe überwinden, die sich im Verlauf der Bachelorarbeit gezeigt haben. In Kapitel 5 wurde der themenbezogene Pragmatismus in der Sozialen Arbeit beschrieben. Diesem kann entwichen werden, wenn Suchthilfe durch Selbsthilfegruppen geleistet wird, denn im Zentrum steht lediglich die Sucht. Dadurch entsteht ein anderer Rahmen als in der sozialarbeiterischen Suchthilfe, denn es herrscht kein Zeitdruck aufgrund hoher Arbeitsbelastung vor. Zudem ist die Rollen- und Funktionsaufteilung in Selbsthilfegruppen anders, denn alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind direkt oder indirekt betroffen – was Fachpersonen der Sozialen Arbeit grundsätzlich nicht sind – und alle leisten einen Beitrag für die Gruppe. Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind in einer Doppelrolle: einerseits in der Rolle als Sucherinnen und Sucher von Unterstützung in ihrem Suchtproblem, andererseits in der Rolle als Beraterin oder Berater. Ihre Erfahrungen und Strategien im Zusammenhang mit der Sucht können an Gleichbetroffene weitergegeben werden (Vogelsanger, 1995, S. 22). Durch diese Doppelrolle und -funktion wird zudem ein besonderer Zugang zu Personen im Hilfesystem (als Hilfesystem gilt die Selbsthilfegruppe) erreicht, was in der sozialarbeiterischen Suchthilfe nicht möglich ist. Es wird eine hohe Authentizität erreicht aufgrund dessen, dass sich Süchtige von Gleichbetroffenen oft besser verstanden fühlen. Dies führt wiederum zu einem anderen Zugang auf der Beziehungsebene zwischen den Individuen im Hilfesystem (Wienstroer, 1999, S. 172-173). Zudem zeichnen sich Selbsthilfegruppen auch durch mehr Niederschwelligkeit aus als die Suchthilfe in der Sozialen Arbeit. Selbsthilfegruppen sind offen für alle, die von Sucht betroffen sind und einen Umgang damit finden oder die Sucht überwinden wollen. Dabei bleiben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Regel anonym und müssen keine bürokratischen Hürden überwinden. Dadurch wird der Ansatz der Selbsthilfegruppen um einiges leichtfälliger, da keine Formulare ausgefüllt werden müssen und die Arbeit der Selbsthilfegruppen nicht an Öffnungszeiten von Suchthilfeorganisationen oder Verwaltungen gebunden ist (Matzat, 1986, S. 10). Selbsthilfegruppen unterliegen auch nicht dem dreifachen Mandat wie es bei der Suchthilfe in der Sozialen Arbeit der Fall ist. In der Einleitung der vorliegenden Bachelorarbeit wurde das dreifache Mandat dahingehend erläutert, dass Konfliktpotential zwischen den Anstellungsträgern und der Gesellschaft sowie den Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit besteht. Da bei Selbsthilfegruppen keine

staatlichen Aufträge erfüllt werden und Teilnehmerinnen beziehungsweise Teilnehmer der Selbsthilfegruppen keine vorgegebenen Ziele erreichen müssen, löst sich der Konflikt zwischen dem Doppelmandat von Hilfe und Kontrolle und dem Begehren der Betroffenen auf. Auch der dritte Bestandteil des dreifachen Mandates löst sich auf, da kein Anspruch der Profession Sozialer Arbeit erfüllt werden muss. Selbsthilfegruppen orientieren sich alleine am gemeinsamen Problem, wobei keine Fachpersonen aus verschiedenen Professionen involviert sind (ebd., S. 13). Da somit keine Ziele oder Aufträge seitens Dritter erfüllt werden müssen, haben Selbsthilfegruppen mehr Spielraum zur Massschneiderung von Hilfen im Suchtbereich. Die Hilfen werden basierend auf Erfahrungswissen von Teilnehmerinnen und Teilnehmern gestaltet. Es liegt somit eine feldinterne Handlungsexpertise vor, wodurch gefolgert werden kann, dass Süchtige als Expertinnen und Experten gelten (vgl. S. 36). Wie erwähnt, haben Süchtige, welche Teil einer Selbsthilfegruppe sind, auch die Rolle der Beraterin und des Beraters inne. Dadurch wird eine neue Dimension geschaffen im Diskurs vom Expertentum, der in dieser Arbeit in Anlehnung an die lösungsorientierte Beratung und die Theorie der Lebenspraxis nach Ulrich Oevermann behandelt wird. Die Ausrichtung daran, dass Süchtige einerseits als Expertinnen und Experten für sich und andere gelten, jedoch andererseits auch Hilfesuchende im gleichen System sind, eröffnet dem Diskurs neue Perspektiven. In dieser Ausrichtung vom Expertentum sind somit Teile von Oevermanns Theorie der Lebenspraxis enthalten, dass Süchtige Hilfe benötigen, weil sie aus eigener Kraft die Sucht als Krise nicht bewältigen können. Zudem sind auch Teile der lösungsorientierten Beratung vorhanden, nämlich, dass Suchtklientinnen und Suchtklienten als Expertinnen und Experten gelten, da sie mit Erfahrungswissen ausgestattet sind. Es scheint nun so, dass ein Mittelweg gefunden werden konnte für die Frage, wer Expertin oder Experte ist im Hinblick auf die lösungsorientierte Beratung und die Theorie der Lebenspraxis. Durchaus könnte nun die Forschungsfrage der Bachelorarbeit dahingehend beantwortet werden, dass Süchtige aufgrund ihrer feldinternen Handlungsexpertise als Expertinnen und Experten gelten und ihr Expertentum in Selbsthilfegruppen weitergeben können an Gleichbetroffene. Jedoch wird durch die Rolle, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer gleichzeitig auch Hilfesuchende sind, das Expertentum begrenzt. Aufgrund der bestehenden Suchtproblematik sind die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Selbsthilfegruppe nicht gänzlich Expertinnen und Experten und benötigen Hilfe zum Umgang mit der Sucht oder zur Überwindung der daraus resultierenden Folgeprobleme. Die Hilfe erhalten sie demnach von Gleichbetroffenen, die wiederum auch als Expertinnen und Experten mit feldinterner Handlungsexpertise gelten. Es kann so weit gegangen werden, dass die feldinterne Handlungsexpertise in der Selbsthilfegruppe zur feldinternen Reflexionsexpertise wird, da Erfahrungswissen in der Selbsthilfegruppe reflektiert wird und Teilnehmerinnen und

Teilnehmer das für sich verwenden können, was vor dem Hintergrund ihrer eigenen Reflexion für sie als Hilfe in der Suchtproblematik fungieren könnte. Aus dieser Perspektive liesse sich schlussfolgern, dass es Soziale Arbeit in der Suchthilfe nicht braucht, da Hilfen durch Gleichbetroffene geleistet werden und somit das Hilfesystem durch Selbsthilfegruppen bereitgestellt ist. Externe Hilfe durch Sozialarbeitende sind nicht nötig. Auch die Frage nach der Autonomie lässt sich einfach damit klären, dass Suchtklientinnen und Suchtklienten aus Sicht von Selbsthilfegruppen jederzeit ihre volle Autonomie besitzen. Die Autonomie wird nicht eingeschränkt durch Einschätzungen Dritter im Sinne der externen Expertise, denn wie die Hilfen gestaltet werden wird in der Selbsthilfegruppe, von denen die Betroffenen Teil sind, bestimmt und geht von der Realität der Betroffenen aus. Im Hinblick auf die Wahrung der Autonomie, das Mitspracherecht der Gestaltung innerhalb der Gruppe und die feldinterne Handlungsexpertise, welche Grundlage ist in einer Selbsthilfegruppe, lässt sich hintergründig die Haltung der Drogenmündigkeit und mit zieloffenen Hilfen erkennen (vgl. Kap. 1.4). Dem anzufügen ist jedoch, dass nicht alle Selbsthilfegruppen das Ziel des kontrollierten Konsums anstreben, sondern es auch Selbsthilfegruppen gibt, welche Abstinenz anstreben (zum Beispiel die Anonymen Alkoholikerinnen und Alkoholiker). Es liegt in der individuellen Ausrichtung jeder Selbsthilfegruppe, was das Ziel der Selbsthilfe ist. Wie genau die Hilfe gestaltet werden soll, ist jedoch den Betroffenen überlassen. Zudem liegt es im Ermessen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche Hilfen sie aus der Selbsthilfegruppe auswählen und welche zu ihren Bedürfnissen passen. Aufgrund des offenen Gestaltungsrahmen und den flexiblen Zeitpunkten, an denen sich die Selbsthilfegruppen treffen, kann bedürfnisgerecht interveniert werden und Betroffene unterliegen nicht fremdbestimmter Fachlichkeit (Steiner, 1999, S. 183).

Bei genaueren Recherchen über die Professionalität und das Expertentum in der Literatur von Selbsthilfegruppen lässt sich erkennen, dass Selbsthilfegruppen jedoch keinen Anspruch auf Expertentum oder Professionalität haben und demnach diese Begrifflichkeiten im Vergleich zur lösungsorientierten Beratung und der Theorie der Lebenspraxis nicht als fundamental für die Problemlösung erachtet werden. Der Begriff wird sehr differenziert verwendet, wobei sich Selbsthilfegruppen aufgrund jahrelanger gebündelter Erfahrung als Expertinnen- und Expertengremien beschreiben, jedoch als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Fachleute und Behörden fungieren (Vogelsanger, 1995, S. 72). Aus diversen Recherchen geht hervor, dass Selbsthilfegruppen nicht ein Entweder-oder vorschlagen, sondern eine Zusammenarbeit zwischen Personen mit externer Expertise (Sozialarbeitende, Therapeuten etc.). Es wird der Frage nachgegangen, wie Fachpersonen Selbsthilfegruppen unterstützen können und wie gemeinsame Beratung im Sinne einer Kooperation gestaltet werden könnte (Matzat, 1986, S. 19). Durch Kooperation und

Zusammenarbeit sollen Kräfte gebündelt werden, wobei ausser Frage steht, dass Selbsthilfegruppen an sich und auch Fachpersonen mit externer Expertise einen wertvollen Beitrag zur Suchthilfe leisten können. Durch Zusammenarbeit könnten auch die drei unterschiedlichen Expertisentypen des qualitativen Interviews vereint werden, denn es würden dadurch externe Expertise, feldinterne Handlungsexpertise und feldinterne Reflexionsexpertise genutzt werden können. Somit ist keine Bestimmung mehr nötig, wer in der Suchthilfe als Expertin oder Experte gilt, da sich durch die Differenzierung verschiedener Expertisen herausstellt, dass alle Beteiligten im System der Suchthilfe als Expertinnen und Experten gelten und ihren spezifischen Beitrag leisten können. Aus der Literatur von Selbsthilfegruppen geht hervor, dass durch eine Zusammenarbeit die Wirksamkeit der Suchthilfe sehr wünschenswert ist, da die Wirksamkeit verstärkt und die Vernetzung innerhalb der Suchthilfe verbessert würde (Plauth & Rohrmann, 1999, S. 48). Wie eine Zusammenarbeit aussehen könnte, bleibt ungeklärt. Es stellt sich zudem die Frage, ob eine Zusammenarbeit zwischen sozialarbeiterischer Suchthilfe, welche nach wie vor einem staatlichen Auftrag unterliegt, und Selbsthilfe so gestaltet werden könnte, dass die Charakteristik der Selbsthilfegruppen beibehalten werden kann. Gemäss der Charakteristik der Selbsthilfegruppen sollen Schwerfälligkeit und Bürokratie vermieden werden. Jedoch ist gerade bei Suchthilfen mit staatlichem Auftrag der bürokratische Aufwand sehr hoch. Wie aufgezeigt wurde, sind Selbsthilfegruppen im Setting der Suchthilfe eine bedenkenswerte Alternative mit durchaus sehr sinnvollen Interventionen. Es stellt sich die Frage, wieso sozialarbeiterische Hilfen im Suchtbereich noch nötig beziehungsweise sogar legitimiert sind. Im nächsten Kapitel soll dies bearbeitet und zudem kritisch begutachtet werden, ob Selbsthilfegruppen das Potential hätten, die Soziale Arbeit in der Suchthilfe zu ersetzen.

6.2. Notwendigkeit Sozialer Arbeit in der Suchthilfe

Im vorgängigen Kapitel wurde aufgezeigt, dass Selbsthilfegruppen eine mögliche Alternative zur sozialarbeiterischen Suchthilfe darstellen. Dabei wurde bisher nicht untersucht, welche Schwierigkeiten Selbsthilfegruppen in der Suchthilfe haben, was eine mögliche Begründung dafür liefert, dass bis heute die Suchthilfe vor allem durch die Soziale Arbeit gestaltet wird. Vermutlich die wichtigsten Argumente sind die finanziellen Mittel und die fehlende Kontrollfunktion der Selbsthilfegruppen. Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen ist kostenlos und der Ansatz erfordert keine Fachpersonen, die bezahlt werden müssen. Selbsthilfegruppen sind somit finanziell nicht von Geldgebenden abhängig (Vogelsanger, 1995, S. 84). Es ist auch möglich, dass Selbsthilfegruppen in der Rechtsform eines Vereines aufgebaut sind, was zur Folge hat, dass die Mitglieder des Vereines einen Beitrag zur Mitgliedschaft bezahlen müssen. Zudem ist auch die Rechtsform einer Stiftung möglich,

wobei Selbsthilfegruppen meistens durch Privatpersonen in Form von Spenden finanziert werden. Dabei wird jedoch kein Auftrag verfolgt, wobei Nachhaltigkeit und Erfolg ausdrücklich nachgewiesen werden müssen. Dies unterscheidet die Finanzierungsform der Selbsthilfegruppen von der sozialarbeiterischen Suchthilfe. Die Suchthilfe in der Schweiz hat einen Auftrag des Staates, welcher in der Einleitung bereits beschrieben wurde. Die Suchthilfe kann durchaus auch in der Rechtsform einer Stiftung oder eines Vereins aufgebaut sein, jedoch sind diese grösstenteils vom Staat subventioniert. Die Finanzierung erfolgt dabei durch Steuergelder beziehungsweise durch finanzielle Mittel des Staates. Der Staat als Auftraggeber verlangt deswegen auch den Nachweis, dass erstens der Bedarf an einer Suchthilfe besteht und dadurch ein Angebot finanziert wird und zweitens den Nachweis, dass das Angebot einer spezifischen Organisation auch eine Wirksamkeit vorweisen kann. Staatlich finanzierte Angebote in der Suchthilfe sind somit finanziell nicht unabhängig und müssen dem Staat als Geldgeber ausweisen, wofür das Geld verwendet wird. Somit unterliegt die sozialarbeiterische Suchthilfe auch der Kontrollfunktion des Staates. Dieser Kontrollfunktion unterliegen Selbsthilfegruppen nicht. Da subventionierte Angebote in der Suchthilfe auch immer eine Antwort auf den Bedarf innerhalb des Staates sind, ist je nach Ausweisung des Bedarfes auch jederzeit ein Ausbau der Suchthilfe möglich. Bei der Privatisierung der Suchthilfe, wie es bei nicht subventionierten Angeboten wie den Selbsthilfegruppen der Fall ist, ist ein Ausbau aufgrund der finanziellen Möglichkeiten nicht immer möglich. Die finanziellen Möglichkeiten von Selbsthilfegruppen sind wesentlich beschränkter als die finanziellen Möglichkeiten von subventionierten Angeboten. Insbesondere im Hinblick auf Schwerstabhängige, welche aufgrund der Sucht auch auf Hilfe in anderen sozialen Bereichen angewiesen sind, zum Beispiel im Bereich Wohnen, sind umfangreiche finanzielle Mittel nötig. Denkbar ist die Finanzierung von (begleitetem oder betreutem) Wohnraum, die Finanzierung von Medikationen im Zusammenhang mit Sucht oder auch die Finanzierung von ambulanten oder stationären Therapien. Der Staat hat die finanziellen Mittel, um süchtigen Personen ein umfangreiches Hilfesystem in diversen Bereichen bereitzustellen, was Selbsthilfegruppen nicht haben. Beispielsweise schreibt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) der Schweiz, dass die direkten Kosten im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch im Jahr 2010 bei 864 Mio. CHF lagen (Bundesamt für Gesundheit, 2018b). Im Bereich der illegalen Drogen beliefen sich die direkten Kosten im Jahr 2000 auf 1.4 Mrd. CHF (Jeanrenaud, Widmer & Pellegrini, 2005, S. 2). Auch auf Anfrage des Bundesamts für Gesundheit konnten keine aktuelleren Zahlen zu den direkten Kosten des Drogenkonsums gefunden werden. Die Höhe der Beträge zeigt, welche finanziellen Mittel notwendig sind, um Suchtklientinnen und Suchtklienten nicht nur auf Beratungsebene zu unterstützen, sondern auch auf den

Ebenen Wohnen, Integration, Gesundheit und wenn möglich Arbeit. Es ist zu bezweifeln, dass Selbsthilfegruppen durch private Finanzierung derart hohe Beträge bereitstellen können, was für eine Verstaatlichung der Suchthilfe spricht und gegen eine Privatisierung.

Auch in der Literatur zu Selbsthilfegruppen finden sich zahlreiche Hinweise darauf, dass Selbsthilfegruppen über zu wenig finanzielle Mittel verfügen. So schreiben beispielsweise Eckhard Rohrmann und Rolf Plauth, dass die Leistungen von Selbsthilfegruppen von der Politik und der Öffentlichkeit zu wenig anerkannt werden und auch zu wenig finanzielle Unterstützung erfahren (1999, S. 40). Neben den fehlenden finanziellen Mitteln der Selbsthilfegruppen lässt sich auch feststellen, dass momentan die Vernetzung zur adäquaten Triage fehlt. Gerade bei Fällen, in denen mehrere Institutionen Teil des Hilfesystems sind, ist die Koordination von Handlungen und Interventionen Aufgabe der Sozialen Arbeit. Die Koordination dient zur systematischen Verknüpfung von Hilfeleistungen der unterschiedlichen Institutionen (Laging, 2018, S. 172). Wie in Kapitel 3 aufgezeigt wurde, führt eine Sucht zu mehrdimensionalen Herausforderungen, insbesondere in den Bereichen der sozialen und beruflichen Integration, der psychischen und physischen Gesundheit und möglicherweise auch im Bereich Wohnen. Daraus resultiert, dass gerade bei süchtigen Klientinnen und Klienten mehrere Institutionen im Hilfesystem sind, denkbar sind zum Beispiel Anlaufstellen für Suchthilfe, Ärztinnen und Ärzte zur Abgabe von Medikamenten, Wohnbegleitung zur Unterstützung der Wohnfähigkeit und Sozialarbeitende im Bereich der Sozialhilfe, damit die Kosten im Zusammenhang mit Sucht durch die Sozialhilfe gedeckt werden können, insofern die Betroffenen die Kosten nicht selbstständig tragen können. Dies ist nur ein Bruchteil der Institutionen, die möglicherweise zur Unterstützung von abhängigen Menschen bereitstehen. Im Hinblick auf die Selbsthilfegruppen stellt sich nun die Frage, ob genügend zeitliche Ressourcen vorhanden sind, um das komplexe Hilfesystem zu koordinieren, da schliesslich Selbsthilfe auf ehrenamtlicher Basis durchgeführt wird. Es müssten zudem diverse bürokratische Fragen geklärt werden, zum Beispiel die Regelung im Bereich des Datenschutzes, der Bevollmächtigungen und der Schweigepflichtentbindung. Neben der Frage der Koordination stellt sich auch die Frage, wie gut Selbsthilfegruppen mit potentiellen Institutionen des Hilfesystems vernetzt sind, für den Fall, dass das Hilfesystem noch aufgebaut werden muss. In der subventionierten Suchthilfe ist in aller Regel die Zusammenarbeit zwischen einzelnen Situationen vertraglich geregelt. Über solche vertraglichen Regelungen verfügen Selbsthilfegruppen grundsätzlich nicht. Die Gründe dafür lassen sich aus den bereits erwähnten Charakteristika der Selbsthilfegruppen ableiten, nämlich, dass der Zugang zu Selbsthilfegruppen niederschwellig ist, keine bürokratischen Hürden überwunden werden müssen und dass sie finanziell unabhängig sind. Durch vertragliche Regelungen mit Institutionen eines potentiellen Hilfesystems würden diese

Charakteristika verloren gehen. Deswegen ist es fraglich, ob es überhaupt in dem Sinn von Selbsthilfegruppen liegt, sich vertraglich zu binden. Somit bleibt aber die Feststellung erhalten, dass adäquate Triage und Vernetzung durch Selbsthilfegruppen allein schwierig sind. Eine weitere Schwierigkeit beim Gedanken, dass Selbsthilfegruppen die sozialarbeiterische Suchthilfe ersetzen könnte, liegt darin, dass Selbsthilfegruppen reaktiv auf ein Problem agieren und nicht präventiv (Plauth & Rohrmann, 1999, S. 43). Die Entstehung einer Selbsthilfegruppe ist somit immer mit einem bestehenden Problem verbunden. Es fragt sich, wie und ob Selbsthilfegruppen Prävention für Suchterkrankungen durchführen können. Die Prävention im Suchtbereich ist derart wichtig, dass sich ein eigenes Arbeitsfeld mit eigenen Expertisen entwickelt hat (Laging, 2018, S. 115). Da jedoch Selbsthilfegruppen nicht mit externen Expertisen arbeiten, sondern auf Basis der Erfahrungen der einzelnen Mitglieder, kann grundsätzlich auch nicht auf die Erkenntnisse aus der staatlichen Suchtprävention zurückgegriffen werden. Die Frage, wie und ob Prävention von Selbsthilfegruppen durchgeführt wird beziehungsweise ob es überhaupt als einen Auftrag von Selbsthilfegruppen gesehen werden kann, bleibt offen. Die Wichtigkeit von Prävention in der Suchthilfe soll die Problematik, dass Selbsthilfegruppen eine Reaktion auf ein Problem sind, nochmals verdeutlichen: Suchtprävention wird in unterschiedlichen Institutionen und an unterschiedlichen Orten durchgeführt, zum Beispiel in Schulen, am Arbeitsplatz, in der Öffentlichkeit durch Werbekampagnen etc. Dadurch können eine grosse Anzahl an Personen sowie unterschiedliche Zielgruppen erreicht werden. Zudem können durch Suchtprävention direkte und indirekte Kosten, die mit der Sucht in Zusammenhang stehen, eingespart werden (Sucht Schweiz, n. d.). Durch Suchtprävention können Risikofaktoren identifiziert und entsprechende Massnahmen zur Prävention getroffen werden. Diese Massnahmen werden auch Schutzfaktoren genannt, welche die Risikofaktoren vermindern sollen (Sucht Schweiz, 2013b, S. 2). Die ganze Suchtprävention fehlt bei Selbsthilfegruppen, was schliesslich zur endgültigen Erkenntnis führt, dass Selbsthilfegruppen gemäss heutigem Stand nicht als Ersatz für sozialarbeiterische Suchthilfe, zu der auch Prävention gehört, gelten kann. Es ist zudem auf das bereits in Kapitel 3 erklärte Viersäulenmodell in der Suchthilfe zu verweisen, auf dem die schweizerische Suchtstrategie basiert (Bundesamt für Gesundheit, 2018c). Wie bereits erklärt, ist die erste Säule des Modells die Prävention, was zeigt, dass erstens die Selbsthilfegruppen, welche reaktiv funktionieren, nicht dem etablierten Viersäulenmodell der Suchthilfe entsprechen und zweitens, dass sie das suchtpolitische Konzept der Schweiz nicht erfüllen. Eine Verlagerung der Suchthilfe in den Auftragsbereich von Selbsthilfegruppen würde somit auch zur Notwendigkeit der Anpassung der nationalen Suchtstrategie führen, was eine sehr hohe und tendenziell utopische Forderung ist.

Die aufgezeigten Schwierigkeiten, die sich beim Gedankenexperiment der kompletten Verlagerung von Suchthilfe in den Bereich der Selbsthilfegruppen ergeben, führen zu der Erkenntnis, dass eine komplette Verlagerung zum heutigen Stand nicht möglich ist. Es fehlen finanzielle Mittel, fundierte Suchtstrategien, Qualitätsmanagement und Regelungen zur Zusammenarbeit mit anderen Institutionen im Sinne der Triage. In Kapitel 6.1 wurden jedoch auch diverse Vorteile, die Selbsthilfegruppen im Suchtbereich mit sich bringen, thematisiert. Die Leistungen, welche Selbsthilfegruppen erbringen, sind durchaus anzuerkennen und zu würdigen. Dementsprechend folgt im nächsten Kapitel ein Vorschlag, wie auch die Ressourcen aus Selbsthilfegruppen im subventionierten Suchtbereich genutzt werden können.

6.3 Selbsthilfe als Ergänzung

Die Ausführungen in den vorherigen Kapiteln haben gezeigt, dass auch eine stärkere Berücksichtigung der Selbsthilfe beziehungsweise der Selbsthilfegruppen nicht dazu führen würde, dass die Klientinnen und Klienten eine fundierte Expertise bezüglich ihrer Suchtproblematik besitzen und auf eine professionelle Suchthilfe verzichtet werden könnte. Gleichwohl haben die Aktivitäten der Selbsthilfegruppen für suchtkranke oder suchtgefährdete Personen durchaus einen nicht geringen Wert. Ein Vorteil an diesen Treffen ist, dass die Gespräche, die Unterstützung oder der Informationsaustausch, anders als in einer sozialarbeiterischen Beratungssituation, nicht unter Zeitdruck erfolgen, niederschwellig sind und keine hohe Arbeitsbelastung erzeugen. Die Doppelrolle der betroffenen Gruppenmitglieder als zugleich beratende und hilfesuchende Personen trägt dazu bei, dass ein umfassender Austausch von Lösungsstrategien und Erfahrungen bezüglich der durch eine Suchterkrankung ausgelösten Probleme stattfindet (Vogelsanger, 1995, S. 22). Die betroffenen Menschen erhalten dadurch einen besonderen Zugang zu einem speziellen Hilfesystem. Auch unterliegen Selbsthilfegruppen nicht einem dreifachen Mandat. Daher fehlt ein Grossteil eines möglichen Konfliktpotentials. Eine Kontrolle oder Steuerung findet nur innerhalb der Selbsthilfegruppe auf der sozialen Ebene statt, kaum aber in fachlich-methodischen Fragen, da der Anspruch der sozialarbeiterischen Profession nicht zu erfüllen ist (Matzat, 1986, S. 13).

Einschränkend ist aber anzumerken, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Treffen der Selbsthilfegruppen ihre Doppelfunktion de facto nur beschränkt ausüben können. Sie können zwar andere Betroffene beraten und auch von ihnen Hilfe und Beistand erhalten. Das Ausmass und die Qualität dieser Unterstützung sind jedoch aus der Perspektive professioneller Suchthilfe nicht ausreichend. Die teilnehmenden Personen verfügen zwar über eine gewisse feldinterne Handlungsexpertise, die durch die in den Selbsthilfegruppen

stattfindende Interaktion zu einer feldinternen Reflexionsexpertise wird. Aber sie verfügen nicht über die erforderliche professionelle (externe) Expertise. Darüber hinaus betreiben Selbsthilfegruppen keine Prävention, sondern reagieren lediglich auf eine bereits bestehende Suchtproblematik. Ebenso fehlt es an einer fundierten Öffentlichkeits- oder Bewusstseinsarbeit. Fraglich ist zudem, wie eine Unterstützung durch Selbsthilfegruppen funktionieren soll, wenn die betroffene Person keinerlei Motivation zu einer Teilnahme an den Treffen hat. Ausserdem verfügen solche Selbsthilfegruppen oftmals nicht über eine ausreichende Organisation, die finanziellen Ressourcen und eine ausreichende interne Kontrollfunktion. Und Selbsthilfegruppen müssen unabhängigen Stellen nicht ihre Effektivität und Effizienz belegen, da sie keiner sachbezogenen staatlichen Kontrolle oder Überwachung unterliegen. Zudem wird nicht mit wissenschaftlichen Methoden überprüft, ob die gegenseitige Unterstützung und Beratung hinsichtlich der Suchtproblematik wirklich erfolgreich und nachhaltig ist.

Diese Einschränkungen der Selbsthilfegruppen im Bereich der Suchthilfe zeigen sich vor allem bei Schwerstabhängigen, denn diese Personengruppe benötigt nicht nur Beratung und einen sozialen Austausch, sondern konkrete Unterstützung bei vielfältigen Problemlagen (etwa im finanziellen Bereich oder bezüglich einer Wohnmöglichkeit). Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass die Selbsthilfe und die Selbsthilfegruppe in der Suchthilfe durchaus eine relevante Funktion haben. Allerdings können diese Angebote eine professionelle sozialarbeiterische Suchthilfe nicht ersetzen, sondern lediglich in einem begrenzten Ausmass ergänzen.

Nach diesem Befund stellt sich die Frage, wie solch eine Ergänzung der Selbsthilfe im Bereich der Suchthilfe gestaltet werden müsste. Es ist offensichtlich, dass für eine Realisierung zunächst zahlreiche Aspekte zu klären und Zuständigkeiten (neu) zu regeln wären, insbesondere die Folgenden:

- Wie kann eine Ergänzung gestaltet werden, ohne die berufsethischen und professionellen Standards der Sozialen Arbeit zu verletzen (Hill et al., 2012, S. 19)?
- Welchen Stellenwert nehmen bei solch einer Ergänzung die wesentlichen Prinzipien der Sozialen Arbeit nach Selbstbestimmung und Selbstorganisation ein (ebd.)?
- Wie würde sich durch solch eine ergänzende Eingliederung das Selbstverständnis von Selbsthilfe in den Selbsthilfegruppen und in der Gesellschaft verändern (ebd.)?
- Welche Kompetenzen benötigen die sozialarbeiterischen Fachkräfte und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Selbsthilfegruppen für die Realisierung solch einer Ergänzung (ebd.)?

- Welche Rahmenbedingungen fördern und behindern die Etablierung der Selbsthilfegruppen als Teil der professionellen Suchthilfe (ebd.)?
- Welche Chancen und Grenzen bestehen bezüglich dieser Ergänzung der Sozialen Arbeit um Aspekte der Selbsthilfe (ebd.)?
- Welche konkrete Funktion sollen die Selbsthilfe und die Selbsthilfegruppen im Rahmen einer professionellen sozialarbeiterischen Suchthilfe erfüllen (ebd.)?

Darüber hinaus wäre zu klären, wie und von wem dieser Ergänzungsprozess gesteuert und finanziert werden soll (ebd., S. 23). Neben diesen eher strukturellen und organisatorischen Facetten müsste von den beteiligten Akteurinnen und Akteuren weiterhin zuvor definitorisch und inhaltlich geklärt werden, was unter ‚Ergänzung‘ zu verstehen ist: lediglich eine Erweiterung der sozialarbeiterischen Suchthilfe? Eine spezielle Form der Kooperation? Eine Vernetzung? Oder die Übernahme von Teilaufgaben durch die Selbsthilfegruppen in eigener Verantwortung?

Sicherlich wäre es sinnvoll, durch eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen der Sozialen Arbeit und den Selbsthilfegruppen eine Bündelung der Kräfte zu erreichen. Es ist erkennbar, dass beide Seiten über eine wertvolle Expertise im Bereich der Suchthilfe verfügen. Durch eine durchdachte Ergänzung der Sozialen Arbeit um Inhalte und Ziele der Selbsthilfe dürfte es gelingen, diese verschiedenen Expertisentypen zu verbinden. Dieser Vorgang hätte zudem praktisch als Nebeneffekt die Wirkung, dass die Frage nach dem Expertentum und seiner Differenzierung zumindest teilweise überflüssig würde. Denn durch die Berücksichtigung der unterschiedlichen Ressourcen und Kompetenzen können alle beteiligten Personen, sowohl die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter als auch die suchtkranken Menschen der Selbsthilfegruppen, als Expertinnen und Experten aufgefasst werden. Jede am Hilfeprozess beteiligte Person trägt somit einen Teil zur Lösung zur Überwindung der Suchtproblematik bei.

Ohne an dieser Stelle eine detaillierte Beschreibung dieses Ergänzungsprozesses vornehmen zu können, wird dieser jedoch notwendigerweise mit einer stärkeren Professionalisierung der Sozialen Arbeit einhergehen müssen. Eine Erweiterung der professionellen sozialarbeiterischen Handlungen im Bereich der Suchthilfe um Aspekte und Ziele der Selbsthilfe dürfte den üblichen Rahmen des Hilfesystems sprengen. Dies bedeutet, dass nicht nur die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie die Klientinnen und Klienten von den Auswirkungen dieser Erweiterung betroffen wären, sondern alle in der Suchthilfe relevanten Organisationen und Fachkräfte. Diese agieren aber auf der Grundlage verbindlicher Rahmenvorgaben und etablierter Handlungsempfehlungen. Der

Ergänzungsprozess fände somit nicht in einem freien und unregelmäßigen sozialen Raum statt, sondern müsste in die bestehenden Strukturen der Suchthilfe integriert werden (Hansjürgens, 2016, S. 91).

Um die dadurch entstehende Gefahr eines Scheiterns des Erweiterungsprozesses zu minimieren, müssten einerseits die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ihr Professionswissen zum Thema «Sucht» stärker in die multiprofessionellen Fachdiskurse einbringen. Andererseits müssten die Erfolge der sozialarbeiterischen Suchthilfe als das Ergebnis von fachlichen Kooperationen und Vernetzungen beschrieben werden – und nicht als die Folge der Handlungen einzelner sozialarbeiterischer Fachkräfte. Der Öffentlichkeit und den wissenschaftlichen Forscherinnen und Forschern ist das Problemlösungspotential der Suchthilfe zu verdeutlichen. Erst wenn eine allgemeine Überzeugung besteht, dass die Soziale Arbeit in der Lage ist, die Probleme suchtkranker oder suchtgefährdeter Menschen lösen zu können, würde den zuständigen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern entsprechende Kompetenzen, Zuständigkeiten sowie eine Definitions- und Gestaltungsmacht über die Rahmenbedingungen einer professionellen Suchthilfe zugesprochen werden (ebd., S. 92).

Die Berücksichtigung der Selbsthilfe in der sozialarbeiterischen Suchthilfe darf jedoch nicht zu einer unklaren Allzuständigkeit der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter führen. Mit dem geschilderten Ergänzungsprozess wird im Gegenteil eine Verteilung der Verantwortung auf mehrere Akteurinnen und Akteure angestrebt. Das Ziel ist somit nicht, der Sozialen Arbeit eine explizite Zuständigkeit für die Suchthilfe im Allgemeinen und für die Entscheidungen und Handlungen der Klientinnen und Klienten zu übertragen. Stattdessen sollte mit der Integration von Aspekten der Selbsthilfe eine Profilschärfung der Sozialen Arbeit erfolgen. Zum Beispiel könnte bei dieser Neustrukturierung der Suchthilfe zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren festgelegt werden, dass die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter für die Initiierung und Gestaltung des kooperativen Hilfeprozesses verantwortlich sind, an dem neben den Klientinnen und Klienten und den Fachleuten der Selbsthilfegruppen weitere externe Fachkräfte beteiligt werden. Die primäre Aufgabe der Sozialen Arbeit könnte es sein, im Rahmen dieses Prozesses vorhandene Ambivalenzen bezüglich der Hilfestellung oder der Vermittlung weiterführender medizinischer, sozialer oder psychologischer Angebote durch eine multiproblemzentrierte Beratung zu klären und abzubauen. Ein weiteres mögliches Aufgabengebiet der sozialarbeiterischen Fachkräfte könnte die Planung und Realisierung von Reintegrationsprozessen nach erfolgreicher Überwindung der Suchtproblematik sein. Zudem könnten sie sich der Entwicklung und Lenkung von regionalen Suchthilfenetzwerken zur Verbesserung der Versorgung im Bereich der Suchthilfe oder der

Erarbeitung von innovativen Ansätzen der sozialarbeiterischen Suchthilfe widmen (ebd., S. 94).

Bei dieser Umschreibung des Ergänzungsprozesses und der damit verbundenen Aufgaben der Sozialen Arbeit handelt es sich um eine idealtypische Darstellung. Aktuell sind die fachlichen und rechtlichen Vorgaben für eine Kooperation und Vernetzung mit anderen Fachorganisationen, zum Beispiel Selbsthilfegruppen, nur unzureichend und unklar. Aus diesem Grund wäre die Einleitung und Steuerung eines Ergänzungsprozesses zurzeit noch vom Engagement einzelner sozialarbeiterischer Fachkräfte abhängig. Auch sind viele kommunale Strukturen der Suchthilfe im Moment noch nicht für solch eine Ausweitung um Aspekte der Selbsthilfe geeignet (ebd., S. 42). Damit Selbsthilfegruppen als ein ergänzendes und unterstützendes Hilfsangebot in die sozialarbeiterische Suchthilfe integriert werden könnten, müsste zudem eine stärkere Zusammenarbeit zwischen der professionellen Suchthilfe und den Einrichtungen der Selbsthilfe erreicht werden. Dazu bedarf es aber einer geeigneten Strategie, wie folgendes Zitat aus einer Veröffentlichung zur Nationalen Strategie «Sucht» bezüglich einer wirksamen Suchtpolitik beschreibt:

«Im föderalistischen System der Schweiz sind zahlreiche [Akteurinnen und] Akteure im Bereich der Suchtprävention und Suchthilfe engagiert, sei es im Gesundheits- und Sozialwesen, auf Gemeinde-, Kantons- oder Bundesebene, bei den Kranken- und Unfallversicherungen, in diversen medizinischen, psychologischen und sozialen Berufsgruppen, in Suchthilfeeinrichtungen und Sozialverbänden, in Erziehungs- und Familienberatungen, in der Selbsthilfe – aber auch in den Schulen, in Angeboten und Institutionen von und für Migrantinnen und Migranten, in den Betrieben und in der Wirtschaft. Diese grosse Vielfalt der [Akteurinnen und] Akteure erfordert eine wirksame Koordination und Kooperation» (Wüthrich, Maertens & Salveter, 2015, S. 14).

Notwendig ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung der verschiedenen Anbieter im Bereich der Suchthilfe (ebd., S. 54). Die Selbsthilfe müsste dabei als eine Ergänzung zur professionellen sozialarbeiterischen Suchthilfe gefördert werden (ebd., S. 55). In einem nächsten Schritt könnte dann auf Basis dieser Erweiterung ein gänzlich neues Konzept der Suchthilfe im Bereich der Sozialen Arbeit entwickelt werden. Wie die bisherigen Analysen gezeigt haben, bietet keines der untersuchten theoretisch-wissenschaftlichen Modelle eine umfassende Antwort, weder bezüglich des Expertenstatus der Klientinnen und Klienten noch der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Zu entwickeln wäre daher ein sozialarbeiterischer Ansatz, bei dem eine stärkere Berücksichtigung der Einzelfälle sowie der

Vernetzung und Kooperation (etwa mit den Selbsthilfegruppen) erfolgen sollte. Der Versuch einer ersten skizzenhaften Beschreibung solch eines lösungs- und einzelfallorientierten Konzeptes der Suchthilfe wird in Kapitel 8 unternommen.

7. BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGE

7.1 Lösungsorientierte Beratung: Die Klientinnen und Klienten sind die Expertinnen und Experten

Nach der lösungsorientierten Beratung sind die Klientinnen und Klienten die Expertinnen und Experten für ihr Leben – und somit auch für ihre Suchtproblematik.

Begründet wird in diesem Modell das Expertentum von suchtkranken Klientinnen und Klienten mit der Annahme, dass die betroffenen Personen aufgrund ihrer Erfahrungen, Kompetenzen und Ressourcen grundsätzlich über eine innere Lösungsfähigkeit verfügen (Hill et al., 2012, S. 14). Zudem sind die Klientinnen und Klienten auch in einer durch eine Suchterkrankung ausgelösten akuten Problemsituation in der Lage, geeignete Massnahmen zur Lösung der Probleme zu finden. Die lösungsorientierten Fachpersonen der Suchthilfe begegnen den betroffenen Personen daher vorurteilsfrei und offen. Ihre Vorschläge zur Überwindung der Krise und ihre Entscheidungen werden ernst genommen und akzeptiert. Die lösungsorientierten Fachpersonen unterstützen ihre Klientinnen und Klienten lediglich bei der Lösungsfindung. Hierbei lenken sie die Gedanken der Klientinnen und Klienten auf Ressourcen hin und formulieren, wenn nötig, alternative Handlungsvorschläge, die möglicherweise ein Schritt in Richtung Lösung sind. Diese alternativen Handlungsvorschläge können von den Klientinnen und Klienten angenommen, aber auch abgelehnt werden können (De Shazer & Dolan, 2018, S. 219). Weiterhin versuchen die lösungsorientierten Fachpersonen durch geeignete Interventionsformen die bereits vorhandene Lösungskompetenz der suchtkranken oder suchtgefährdeten Personen zu fördern. Das Ziel ist dabei aber stets, dass die Klientinnen und Klienten eigenständig neue Strategien für ihre Suchtproblematik finden (Berg & Reuss, 1999, S. 47-49).

Grenzen erhält dieses an sich unbeschränkte Expertentum von suchtkranken Klientinnen und Klienten aber unter anderem durch die fachliche und moralische Pflicht der lösungsorientierten Fachpersonen, auf das Wohlergehen ihrer Zielgruppe zu achten. Die vollständige Überlassung der Deutungs- und Entscheidungsmacht kann nicht nur positive Auswirkungen haben, sondern ebenso gravierende Probleme auslösen. Unterläuft der Klientin oder dem Klienten zum Beispiel eine Fehleinschätzung hinsichtlich der persönlichen Erfahrungen, Ressourcen und Kompetenzen, besteht die Gefahr der Entwicklung von unrealistischen Lösungen. Diese führen jedoch nicht zu einer Überwindung der Suchtkrise, sondern zu einer Verschärfung. Daher müssen die lösungsorientierten Fachpersonen die betroffenen Personen vor einer Illusionierung ihres Alltags schützen. Sie müssen zumindest auf die nachteiligen Folgen und negativen Nachwirkungen der konkreten Entscheidung hinweisen. Es reicht daher nicht aus, das Expertentum der Klientinnen und Klienten pauschal

anzunehmen und ihre Entscheidungen ohne kritische Überprüfung zu akzeptieren. Die individuellen Lebensentscheidungen sowie die persönlichen Lösungsvisionen sind zumindest ansatzweise zu reflektieren und zu diskutieren. Es ist zu hinterfragen, ob sich die von der Klientin oder dem Klienten entwickelte Lösung tatsächlich in ihrer konkreten Lebens- und Krisensituation realisieren lässt, handelt es sich dabei doch zunächst nur um kognitive Konstrukte, deren Alltagstauglichkeit noch nicht bewiesen ist. Dem Veränderungsoptimismus der betroffenen Personen, ausgelöst durch eine individuelle Komplexitätsreduktion, ist von Seiten der lösungsorientierten Fachkräfte durch eine Erweiterung der Sichtweise sowie eine Schilderung der möglichen Konsequenzen entgegenzuwirken (Geiling, 2002, S. 88). Zu vermeiden ist die Verfolgung offensichtlich ungeeigneter oder sogar schädlicher Ziele. Dies lässt sich durch eine Vermeidung von Einmischung und kritischer Reflexion aber nicht erreichen (Eidenschink, 2006, S. 156). Kritisch zu hinterfragen ist, dass lösungsorientierte Fachpersonen demnach keine wirklichen und konkreten Lösungsvorschläge machen, die die Klientin oder der Klient nutzen könnte. Insbesondere in akuten Problemlagen wäre es aber teilweise nützlich, wenn Klientinnen und Klienten vorläufig eine Lösung von aussen zugetragen erhalten, da zu bedenken ist, dass akute Problemsituationen mit hoher psychischer und emotionaler Belastung verbunden sind. Es ist denkbar, dass in akuten Problemlagen keine Zeit bleibt, eine Lösung im Prozess der lösungsorientierten Beratung zu finden und lediglich gehandelt werden muss. In solchen Fällen wäre es sinnvoll, wenn die lösungsorientierten Fachpersonen konkrete Lösungsvorschläge machen, die der Klientin oder dem Klienten vorübergehend in der Akutsituation helfen. Gerade in Akutsituationen benötigen Klientinnen und Klienten grosse Unterstützung. Bietet die lösungsorientierte Fachperson aufgrund des beschriebenen Lösungsfindungsprozesses nach der lösungsorientierten Beratung Lösungen nicht in brauchbarer und konkreter Form an, kann sogar von Hilfeverweigerung gesprochen werden. Klientinnen und Klienten fühlen sich demnach in der Akutsituation allein gelassen (ebd., S. 158).

Diese fachliche und moralische Notwendigkeit einer Beschränkung des Expertentums der Klientinnen und Klienten in der Suchthilfe ist insbesondere bei einer akuten oder drohenden Selbstgefährdung vorzunehmen und dient schliesslich gerade dem Schutz vor sich selber. Zu grosser Entscheidungs- und Verantwortungsspielraum durch die vollumfänglich gewährte Autonomie kann die betroffenen Personen unter Umständen auch überfordern. Diese zusätzliche Belastung in einer bereits bestehenden akuten Problemsituation erhöht die Gefahr der Selbstgefährdung (Müller, 2016, S. 271). Schon aufgrund der rechtlichen Vorgaben können die lösungsorientierten Fachpersonen in diesen Situationen nicht passiv bleiben. Sie müssen aktiv das Expertentum der Klientinnen und Klienten (erkennbar an ihrer persönlichen Autonomie und Selbstbestimmung auch bezüglich einer Selbstverletzung) mit

dem sozialarbeiterischen Fürsorge-Prinzip abwägen (Trachsel & Hürlimann, 2015, S. 9). Die Einschränkung der Autonomie bei lösungsorientierter Beratung kann mit dem Berufskodex legitimiert werden, denn wird der Grundsatz der Selbstbestimmung im Berufskodex vollumfänglich betrachtet, wird genau die Einschränkung der Autonomie zur Verhinderung von Selbstgefährdung beschrieben:

«Die Professionellen der Sozialen Arbeit gründen ihr Handeln auf der Achtung der jedem Menschen innewohnenden Würde sowie den Rechten, welche daraus folgen (. . .). Das Anrecht der Menschen, im Hinblick auf ihr Wohlbefinden, ihre eigene Wahl und Entscheidung zu treffen, genießt höchste Achtung, vorausgesetzt, dies gefährdet weder sie selbst noch die Rechte und legitimen Interessen Anderer» (Avenir Social, 2010, S. 8).

Wie in der Arbeit dargelegt wurde, liegt bei einer Suchterkrankung Selbstgefährdung vor. In welchem Ausmass Selbstgefährdung vorliegt, ist abhängig von dem Schweregrad einer Sucht (vgl. Kap. 3.4). Wie es nun im Berufskodex ausformuliert ist, kann Autonomie, Ermächtigung und Entscheidungsfreiheit legitim zum Schutz der eigenen Person eingeschränkt werden. Somit erfährt die These der lösungsorientierten Beratung, dass Klientinnen und Klienten Expertinnen und Experten ihres Lebens sind und deswegen als voll autonom gelten, dann Grenzen, wenn sich eine Klientin oder ein Klient selbst gefährdet.

Bezüglich der Forschungsfrage bedeuten diese Befunde: In der lösungsorientierten Beratung wird den suchtkranken Klientinnen und Klienten Expertentum zugesprochen. Diese Unbedingtheit unterliegt jedoch fachlich-professionellen, moralischen und rechtlichen Einschränkungen, welche dringend zum Selbstschutz der Klientin oder des Klienten wahrzunehmen ist. Somit lässt sich feststellen, dass vollumfängliche Entscheidungsautonomie aufgrund des zugeschriebenen Expertentums eingeschränkt werden kann und muss, damit Selbstgefährdung verhindert werden kann.

7.2 Theorie der Lebenspraxis: Die Klientinnen und Klienten sind die Hilfesuchenden

Nach der Theorie der Lebenspraxis sind die suchtkranken Klientinnen und Klienten keine Expertinnen und Experten für ihr Leben – und somit auch nicht für ihre Suchtproblematik. Begründet wird in diesem Modell die Verneinung mit der Annahme, dass in einer durch eine Suchtgefährdung oder Suchterkrankung ausgelösten Krise die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter die Personen sind, die eine entsprechende Expertise und Fähigkeit zur Lösung der Krise besitzen. Sie verfügen über die dafür notwendigen fachwissenschaftlich-methodischen, fallrekonstruktiv-diagnostischen und interventionspraktischen Kompetenzen (Garz & Raven, 2015, S. 117). Dadurch steht ihnen ein spezifisches Wissens- und Handlungsrepertoire zur Verfügung. Dieses können sie fachlich fundiert, aktiv und zielgerichtet für eine Beeinflussung des problematischen Zustandes der hilfesuchenden Person in Form einer stellvertretenden Krisenbewältigung einsetzen (Obrecht, 2009, S. 63). Die Klientinnen und Klienten werden in der Theorie der Lebenspraxis als Hilfesuchende angesehen. Sie sind bezüglich der Lösung ihrer Suchtproblematik im gewissen Sinne lediglich Laien (Oevermann, 2002, S. 23). Aus diesem Grund müssen die sozialarbeiterischen Fachkräfte für die hilfesuchenden Personen eine stellvertretende Krisenbewältigung durch ein professionelles Handeln vollziehen (Garz & Raven, 2015, S. 29). Diese Professionalität in der Sozialen Arbeit ist zwingend erforderlich, um die negativen Auswirkungen einer Suchterkrankung beschränken zu können – darüber verfügen nur die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, nicht aber die Klientinnen und Klienten. Einschränkungen erhält diese Verneinung eines Expertentums von suchtkranken Klientinnen und Klienten aber unter anderem durch den Umstand, dass die betroffenen Personen durchaus über gewisse Ressourcen und Kompetenzen verfügen. Aufgrund ihrer Biografie haben sie vielfältige Erfahrungen hinsichtlich möglicher Lösungsansätze zur Überwindung der Suchtproblematik gesammelt. Diese dienen zur Bewältigung von Krisen in ihrer primären Lebenspraxis. Zu unterscheiden sind jedoch die echten Krisen. In einer echten Krise gelingt es den Klientinnen und Klienten nicht mehr, ein Problem eigenständig zu bewältigen. Auch wenn es ihnen in einer akuten Krisensituation nicht gelingt, diese zu meistern, bedeutet dies nicht zwangsläufig, dass ihnen keinerlei Wissen und Expertise hinsichtlich ihrer Lebenssituation zur Verfügung stehen. Eine Bezeichnung als «Laien» ist demnach lediglich in der Situation der echten Krise angemessen. Es ist eine Tatsache, dass Menschen, welche zur Bewältigung ihres Lebens ein Hilfesystem benötigen, ihre Krisen nicht eigenständig bewältigen können. Wie in Kapitel 4.6 beschrieben wurde, gelten alle Menschen, welche zur Bewältigung bestimmter Probleme Fachpersonen benötigen, als beschränkt autonom. Im Grundsatz stimmt diese Auslegung der beschränkten Autonomie, denn es verfügen alle

Menschen über unterschiedliche (fachliche) Kompetenzen, welche sie sich im Sozialisationsprozess aneignen. Somit gibt es Menschen, welche in bestimmten Gebieten grosse Kompetenzen haben, zum Beispiel auf dem Gebiet der Medizin. Es macht Sinn, diese spezifischen Kompetenzen zu nutzen, insbesondere dann, wenn ein Individuum selbst zwar über andere Kompetenzen verfügt, jedoch nicht über diese spezifischen im Bereich der Medizin. Es lässt sich somit nicht abstreiten, dass alle Menschen in unterschiedlichen Bereichen über Kompetenzen verfügen. Einige spezifische Kompetenzen haben jedoch nur Individuen, welche diese über einen bestimmten Zugang, zum Beispiel durch ein Hochschulstudium, erworben haben. Da sie deswegen einen Wissensvorsprung auf andere Individuen haben, die ihre Kompetenzen nicht in einem bestimmten Gebiet über ein Hochschulstudium erworben haben, ist die Formulierung zulässig, dass sie die Expertinnen und Experten auf ihrem Gebiet sind. Mit Hilfe ihrer spezifischen Kompetenzen wird es möglich, anderen Individuen, die Kompetenzen auf anderen Gebieten haben, in Problemlagen zu helfen. Es ist deswegen mehr als sinnvoll, verfügbare spezifische Kompetenzen auch zu nutzen.

Obwohl der Begriff «Laie» tendenziell abwertend ist, beschreibt er im Spannungsfeld der Kompetenzen jedoch den äussersten Pol sehr gut. Der gegenüberliegende Pol ist demnach das Expertentum. Werden die Begriffe «Laien» und «Expertentum» demnach in einem Spannungsfeld unterschiedlicher Kompetenzen betrachtet, werden zwar Oevermanns Begriffe beibehalten, jedoch wird das doch eher markante Verständnis von Expertentum dahingehend erweitert, dass allen Individuen Kompetenzen zugeschrieben werden. Einige Individuen konnten sich sehr spezifische Kompetenzen aneignen und stellen diese nun anderen Individuen, welche keine solchen ganz besonderen, spezifischen Kompetenzen haben, zur Verfügung. Dabei ist nochmals zu betonen, dass alle Individuen über Kompetenzen verfügen. Die Kompetenzen können dann in bestimmten Bereichen soweit ausdifferenziert werden, dass die Pole «Laien» und «Expertinnen und Experten» entstehen.

Bezüglich der Forschungsfrage bedeuten diese Befunde: In der Theorie der Lebenspraxis wird den suchtkranken Klientinnen und Klienten grundsätzlich Expertentum in der Thematik Sucht abgesprochen. Die Gründe dafür sind erstens, dass die spezifischen Kompetenzen zum Thema Sucht fehlen beziehungsweise die Kompetenzen, einen gesunden Umgang mit der Suchthematik zu finden. Der zweite Grund ist, dass die Tatsache, dass Suchtklientinnen und -klienten Hilfe brauchen und in Anspruch nehmen, dafürspricht, dass sie überfordert sind mit der Krisensituation Sucht. Eine eigenständige Bewältigung, welche vor den Auswirkungen der Sucht schützt, ist nicht möglich.

7.3 Selbsthilfegruppen: Abwendung vom Terminus «Expertentum»

Nach dem Verständnis der Selbsthilfegruppen sind die Klientinnen und Klienten vor allem betroffene Menschen, die anderen Betroffenen helfen und die selbst Hilfe erfahren. Die Bezeichnungen «Expertin» oder «Experte» sind daher in diesem Kontext relativ irrelevant.

Begründet wird diese Auffassung in den Konzepten der Selbsthilfegruppen mit der Annahme, dass sich die Probleme, welche durch eine Suchterkrankung hervorgerufen werden, am besten durch einen pragmatischen und niedrighschwelligen Ansatz lösen lassen. In den Gruppensitzungen bestehen keine förmlich-bürokratischen Rahmenbedingungen. Die Teilnahme ist freiwillig und zeitliche Begrenzungen existieren nicht. Dieses spezielle Umfeld trägt dazu bei, dass in den Interaktionen ausgeprägte Authentizität und Offenheit erreicht werden kann. Die betroffenen Personen erhalten einen anonymen und niedrighschwelligen Zugang auf persönlicher Ebene, um über ihre Problemlage zu berichten oder andere bei der Bewältigung zu unterstützen (Wienstroer, 1999, S. 172-173).

Die pragmatische Ausrichtung der Selbsthilfegruppen zeigt sich unter anderem an einer ausschliesslichen Orientierung an der gemeinsamen Suchtproblematik der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Matzat, 1986, S. 13). Dadurch wird eine konzentrierte Beschäftigung mit den persönlichen Problemen möglich, da keine weiteren oder gegensätzlichen Aufträge oder Ziele bestehen (ebd., S. 23).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Selbsthilfegruppen besitzen eine feldinterne Handlungsexpertise. Aus diesem Grund können sie durchaus als Expertinnen und Experten für ihre Suchtproblematik sowie für die der anderen betroffenen Personen bezeichnet werden (ebd.). Allerdings spielen diese Begriffe oder Kategorisierungen im Bereich der Selbsthilfe aufgrund ihrer pragmatischen Ausrichtung keine bedeutsame Rolle. Daher erheben Selbsthilfegruppen auch keinen Anspruch auf solch ein Expertentum oder eine vorhandene Professionalität, obwohl die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgrund ihrer gebündelten Lebenserfahrung auf dem Gebiet der Suchtproblematik über vielfältige Kenntnisse und Ressourcen verfügen (Vogelsanger, 1995, S. 72).

Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass diese Kompetenzen in einem unprofessionellen organisatorischen Umfeld mit zahlreichen interpersonalen Problemen eingesetzt werden. Viele Selbsthilfegruppen aus dem Suchtbereich leiden unter gruppeninternen Schwierigkeiten. Das Engagement vieler Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist, auch aufgrund der negativen Auswirkungen der Sucht, nur schwach ausgeprägt. Die zunehmende Individualität behindert die Gruppenprozesse und die Funktionsweise. Es fehlen oftmals geeignete Räumlichkeiten und finanzielle Ressourcen. Die Aussenwirkung ist häufig suboptimal (StremLOW & Knüsel, 2016, S. 5).

Bezüglich der Forschungsfrage bedeutet dies: In den Konzepten der Selbsthilfegruppen werden die suchtkranken Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht als Expertinnen und Experten beziehungsweise als Laien bezeichnet. Ein entsprechender Anspruch wird nicht erhoben. Gleichwohl verfügen viele Betroffene über ein gewisses Expertentum, welches aber durch organisatorische und zwischenmenschliche Probleme innerhalb der Selbsthilfegruppe eingeschränkt wird.

7.4 Auswirkungen dieser Perspektiven auf die Soziale Arbeit

Nachdem nun geklärt ist, inwiefern welches Modell Expertentum wie definiert, gilt es, eine annähernd eindeutige Antwort auf die Frage zu finden, wie Expertentum unter Einbezug aller erläuterten Modelle, zugeschrieben werden kann und wie dabei der Berufskodex befolgt wird.

Einerseits ist klar, dass die Auslegungen der Theorie der Lebenspraxis und der lösungsorientierten Beratung hinsichtlich von Expertentum nicht kompatibel sind. Ein guter Mittelweg kann sein, den Begriff des Expertentums gar nicht mehr zu verwenden, so wie es Selbsthilfegruppen vorschlagen. In der Sozialen Arbeit geht es schliesslich nicht unbedingt darum, Termini zu bestimmen. Dies macht durchaus Sinn und es stellt sich die Frage, welcher Nutzen überhaupt entsteht, wenn bestimmt wird, wem Expertentum zugeschrieben wird. Somit ist eine Antwort auf die Frage nach Expertentum in der Sozialen Arbeit, den Begriff des Expertentums gar nicht mehr zu verwenden.

Wie aufgezeigt wurde, haben Sozialarbeitende aufgrund ihrer Ausbildung spezifische Kompetenzen im Bereich Sozialer Arbeit. Die Kompetenzen erfahren aber dadurch Grenzen, dass Sozialarbeitende selten persönlich in der Lage von Klientinnen und Klienten waren. Die Sozialarbeitenden haben nur eine Vorstellung davon, wie es sich anfühlt, Klientin oder Klient zu sein. Bezogen auf die Suchthilfe kann angefügt werden, dass Sozialarbeitende nur eine Vorstellung davon haben können, wie es ist, süchtig zu sein. Das Wissen darüber, wie es wirklich ist, süchtig zu sein, haben nur die Betroffenen selber. Die Betroffenen verfügen somit über Erfahrungswissen in Bezug auf Sucht, welches Sozialarbeitende nicht haben.

Klientinnen und Klienten sowie Sozialarbeitende sind also auf ihre eigene Weise Expertinnen und Experten. Eine eindeutigere Antwort lässt sich in dieser Hinsicht nur unter dem Aspekt der Selbstgefährdung finden. Wie aufgezeigt wurde, haben süchtige Menschen Expertentum inne. Dieses Expertentum darf und muss von Sozialarbeitenden aufgrund des Berufskodexes eingeschränkt werden, wenn sich die Klientinnen und Klienten selbst gefährden. In Situationen der Selbstgefährdung übersteigt das Expertentum der Klientinnen und Klienten Grenzen, die zu wahren sind. In solchen Situationen der Selbstgefährdung

kann deswegen aus sozialarbeiterischer Hinsicht nicht mehr von Expertentum auf Seiten der Klientinnen und Klienten gesprochen werden. Trotz der Tatsache, dass Sozialarbeitende nicht genau wissen, wie es wirklich ist, in der expliziten Selbstgefährdungssituation der Klientin oder des Klienten zu sein, kann davon ausgegangen werden, dass das Expertentum der Sozialarbeitenden ausreicht, um in Gefährdungssituationen die Autonomie der Betroffenen einzuschränken. Genau für solche akuten Situationen, welche im Zusammenhang stehen mit Selbst- oder auch Fremdgefährdung, ist das Expertentum der Sozialarbeitenden dringend nötig. Es kann somit festgestellt werden, dass das Expertentum der Sozialarbeitenden zwar nicht ausreicht, um zu wissen, was genau einer Klientin oder einem Klienten in einer bestimmten Problemlage helfen würde, jedoch reicht das Expertentum aus, um einschätzen zu können, wann sich jemand selbst oder andere gefährdet. Dieses Expertentum haben Klientinnen und Klienten nicht, denn wenn sie dies hätten, ist anzunehmen, dass sie die Handlung, welche in Zusammenhang mit der Gefährdung steht, nicht durchführen.

Wird diese Ansicht nun auf das Tripelmandat der Sozialen Arbeit übertragen, so lässt sich feststellen, dass durch die Abschwächung beziehungsweise durch die Abkehr vom Begriff des Expertentums eine Konfliktreduzierung innerhalb des ersten und des zweiten Mandates möglich wird: Die Wünsche und Bedürfnisse der süchtigen Menschen werden geachtet und in die Suchthilfe einbezogen (zweites Mandat). Es steht den Klientinnen und Klienten frei, welche Art von Suchthilfe sie in Anspruch nehmen, sei es nun das Ziel der Abstinenz, der Substitution, des kontrollierten Konsums, der Verbesserung der Wohnfähigkeit oder der Körperpflege etc. Somit werden ihre Autonomie und auch ihre Entscheidungsfreiheit respektiert. Dabei erhalten sie flankierende Unterstützung von den Sozialarbeitenden. Das Vorhaben der Klientinnen und Klienten wird aber nur dann unterstützt, wenn es keine sozialarbeiterischen Pflichten des Berufskodexes verletzt. Wird durch die gewählte Art von Suchthilfe zum Beispiel jemand gefährdet, ist von Seiten der Sozialarbeitenden sofort einzugreifen. Mit der Einhaltung von sozialarbeiterischen Verpflichtungen wie sie zum Beispiel durch den Berufskodex oder auch durch gesetzliche Grundlagen vorgegeben sind, wird auch dem ersten Mandat, nämlich der Hilfe und Kontrolle zwischen Gesellschaft und Anstellungsträger Folge geleistet. Gerade auch durch die Wahrung und Anwendung sozialarbeiterischer Prinzipien, die zum Beispiel der Berufskodex vorgibt, erhält auch das dritte Mandat ausreichend Beachtung. Sozialarbeiterische Prinzipien müssen jedoch nicht nur durch den Berufskodex vorgegeben sein, es können auch durch Einbezug wissenschaftlich-theoretischer Modelle wichtige sozialarbeiterische Leitplanken entstehen. Dies zeigt sich an den Darlegungen der Theorie der Lebenspraxis und der lösungsorientierten Beratung. Unter Beachtung dieser wurde die Forschungsfrage

beantwortet, somit wird auch dem Mandat gegenüber der Sozialen Arbeit als Profession Folge geleistet. Der Konflikt bezüglich des Expertentums im Hinblick auf das Tripelmandat kann somit durch Eingrenzung von Expertentum gelindert werden.

8. DISKUSSION

Die Beantwortung der Forschungsfrage hat ein Dilemma offenbart: Keines der analysierten theoretischen Modelle beantwortet die Frage nach dem Expertentum der Klientinnen und Klienten in der sozialarbeiterischen Suchthilfe befriedigend. Entsprechend konnte die zuvor aufgestellte Hypothese im Wesentlichen bestätigt werden: Die in den untersuchten wissenschaftlich-theoretischen Modellen verwendeten Definitionen des Expertentums für die sozialarbeiterische Profession und Praxis im Bereich der Suchthilfe im Allgemeinen und der von einer Suchterkrankung betroffenen Klientinnen und Klienten sind zumindest teilweise unzureichend. Sie beschreiben jeweils nur einzelne Aspekte des Expertentums. Seine gesamte Komplexität und Mehrdimensionalität wird von keinem Modell umfassend berücksichtigt und erklärt. Weder die Klientinnen und Klienten sowie ihre Selbsthilfegruppen noch die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter können daher im vollen Umfang als Expertinnen und Experten der Suchthilfe angesehen werden:

Bei den Klientinnen und Klienten liegt aufgrund ihrer bisher gemachten Erfahrungen, entwickelten Lösungsstrategien und erworbenen Fähigkeiten im Zusammenhang mit ihrer Suchtproblematik durchaus eine feldinterne Expertise vor. Ihre Ressourcen und Kompetenzen sind durchaus geeignet, um die negativen Auswirkungen einer Sucht zu mindern – aber nur in einem stark begrenzten Rahmen. Denn insbesondere in einer akuten Krisensituation, geprägt durch vielfältige und zum Teil gravierende soziale, körperliche und psychische Suchtsymptome, werden die betroffenen Personen kaum in der Lage sein, einen vernünftigen und vor allem auch realisierbaren Ausweg aus der Problemsituation zu finden. Es ist daher fatal, den Klientinnen und Klienten, wie in der lösungsorientierten Beratung üblich, die alleinige Deutungs- und Entscheidungsmacht zu überlassen. Aufgrund der Belastungen und Umstände durch die Suchtkrise dürften die betroffenen Personen zu nicht unerheblichen Fehleinschätzungen bezüglich ihrer aktuellen Lebenssituation und realistischer Lösungsstrategien neigen. Oftmals werden sie ihre bisherigen Erfahrungen und Erfolge (sofern überhaupt vorhanden) hinsichtlich der Problemlage völlig falsch einschätzen und bewerten. Sie kommen zu Entscheidungen, die sich nicht positiv, sondern im Gegenteil eindeutig negativ auf ihr Leben auswirken – und somit zu einer Verlängerung und Verschärfung der Krise führen können. Gleichwohl verfügen die Klientinnen und Klienten in einem bestimmten Teilbereich durchaus über ein Wissen, welches hilfreich für die Überwindung einer Krisensituation sein kann. Um ‹Laien ihres Lebens› handelt es sich sicherlich nicht. Nur müssen diese Ideen, Lösungen und Entscheidungen (selbst-)kritisch hinterfragt werden, um weitere emotionale, finanzielle, psychische oder körperliche

Schädigungen zu verhindern. Alles andere wäre aus Sicht einer professionellen sozialarbeiterischen Suchthilfe schlicht fahrlässig.

Bei den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern besteht allerdings auch nur eine beschränkte Expertise im Bereich dieser Suchthilfe. Diese Begrenzung entsteht insbesondere durch das Tripelmandat: Die sozialarbeiterischen Fachkräfte sind in ihren Entscheidungen und Handlungen nicht nur ihrer Einrichtung und der Gesellschaft gegenüber verpflichtet, sondern auch gegenüber ihren Klientinnen und Klienten sowie gegenüber ihrer Profession (Pädagogische Hochschule Freiburg, 2018, S. 3). Daraus ergeben sich zahlreiche Dilemmata und Spannungsfelder in der Sozialen Arbeit, etwa aufgrund der unterschiedlichen Erwartungen, der Loyalität (sowohl gegenüber der sozialarbeiterischen Einrichtung als auch gegenüber den Klientinnen und Klienten), des Selbstbestimmungsrechts und der Unfähigkeit zur Wahrnehmung bei den betroffenen Personen oder der gegensätzlichen Ziele von Selbstbestimmung und Fürsorge (Avenir Social, 2010, S. 7). Diese Einschränkungen hinsichtlich der sozialarbeiterischen Expertise können auch in der Suchthilfe gefunden werden. Sie führen unter anderem dazu, dass eine (zu) geringe Einflussnahme auf die suchtkranken oder suchtgefährdeten Personen erfolgt. Aus einem vermeintlichen Schutzbedürfnis oder einer unangemessenen Schonung werden den Klientinnen und Klienten eventuell Interventionen oder Lösungen unterschlagen, da diese zwar effektiv, aber mit für die Zielgruppe unangenehmen Folgen verbunden sind. Statt eines fachlich-ethischen Handelns agieren die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in diesen Fällen primär emotional-solidarisch. Ferner berücksichtigen diese Fachkräfte bei der sozialarbeiterischen Suchthilfe nicht ausreichend genug das soziale Umfeld der betroffenen Personen. Die Interventionen werden oftmals lediglich auf der Basis der unmittelbaren Wahrnehmung der Zielgruppe ausgewählt und umgesetzt, ohne die Auswirkungen auf die Familie und den Freundeskreis der suchtkranken Menschen zu berücksichtigen. Dies kann dazu führen, dass ungeeignete oder sogar schädliche Ziele verfolgt werden. Es mangelt an einer umfassenden Integration der externen Hilfesysteme (etwa der Familie) und an einer angemessenen fachlichen Reflexion. Das Ergebnis ist dann: die Suchthilfe ist wirkungslos und kommt einer Hilfeverweigerung gleich. Anstatt das vorhandene methodische und fachliche Wissen strukturiert und umfassend einzusetzen, beschränken sich die sozialarbeiterischen Fachkräfte auf punktuelle Interventionen, ohne deren Wirkungen ausreichend zu bedenken. Würden die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter tatsächlich über eine ausreichende Expertise verfügen, dürften solche Fehlentwicklungen nicht vorkommen. Stattdessen ist aus einer Studie (Hansjürgens, 2016) bekannt, dass die Professionalisierung (und somit auch das Expertentum) von den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern nur theoretisch, nicht aber praktisch fundiert werden kann. Dies bedeutet:

ihre Entscheidungen und Handlungen im Bereich der Suchthilfe sind zwar in der Regel angemessen, aber nicht begründet. Sie basieren lediglich auf dem Konzept der Einrichtung und auf einem Erfahrungswissen – nicht aber auf einer professionellen und belegbaren Expertise (Hansjürgens, 2016, S. 45-46). Diese zahlreichen Argumente sprechen somit gegen ein absolutes Expertentum der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter.

Bei den Selbsthilfegruppen hingegen wird grundsätzlich kein Anspruch auf eine Expertise erhoben. Die Klientinnen und Klienten gelten in erster Linie als betroffene Menschen, die Hilfe erfahren und anderen geben wollen. Diese Sichtweise beruht auf der Annahme, dass sich eine Suchtproblematik nicht durch ein theoretisch-professionelles, sondern vor allem durch ein pragmatisch-niedrigschwelliges Vorgehen überwinden lässt. Entsprechend irrelevant ist für diese Gruppen die Idee eines Expertentums (da dies dem theoretisch-professionellen Umfeld zugerechnet wird). Daher spielen in den Gesprächen zwischen den betroffenen Personen fachliche oder methodische Aspekte kaum eine Rolle. Vielmehr wird die gemeinsam geteilte Suchtproblematik und der persönliche Umgang mit ihr thematisiert (Matzat, 1986, S. 13). Aufgrund ihrer Erfahrungen besitzen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zwar eine ausgeprägte feldinterne Handlungsexpertise bei suchtbefunden Problemen. Wie aber erläutert, haben diese Begrifflichkeiten im Kontext der Selbsthilfevereine keine grosse Relevanz. Eine Einschränkung würde solch ein Expertentum zudem durch die oftmals unprofessionelle Organisation vieler Selbsthilfegruppen ergeben. Ihnen fehlt es häufig an finanziellen Mitteln, geeigneten Räumen für die Abhaltung ihrer Treffen sowie einer effektiven Aussenwerbung. Dies führt zu strukturellen und personalen Problemen, die die gezielte Nutzung der Kenntnisse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erschweren – unter denen ausserdem zwischenmenschliche Spannungen, etwa aufgrund fehlender Mitarbeiter, einer zu geringen Motivation oder Egoismus, auch keine Seltenheit darstellen.

Es hat sich somit gezeigt, dass kein theoretisches Modell ein umfassendes Expertentum begründen kann und keine Akteursgruppe über eine entsprechende Expertise verfügt. Was bedeuten diese Befunde für die sozialarbeiterische Suchthilfe? Zunächst einmal müsste von den zuständigen Fachleuten anerkannt werden, dass in diesem Bereich ein theoretischer und konzeptioneller Handlungsbedarf besteht. Die im Rahmen dieser Ausarbeitung festgestellten Defizite und Schwierigkeiten müssten wissenschaftlich fundiert ermittelt und analysiert werden. In einem zweiten Schritt könnten dann von den Fachleuten Überlegungen zu einer Optimierung der Suchthilfe vorgenommen werden. Diese müssten von der Annahme ausgehen, dass eine Zusammenführung der verschiedenen Expertisen der am Hilfeprozess beteiligten Akteurinnen und Akteure (Klientinnen und Klienten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an

Selbsthilfegruppen) zu einer Verbesserung der Angebote in diesem sozialarbeiterischen Tätigkeitsfeld führt. Die konkreten Ressourcen und Kompetenzen dieser drei Akteurinnen- und Akteursgruppen sind zu erfassen und zu bewerten, um durch eine Kombination der feldinternen Handlungsexpertise, der externen Expertise, der feldinternen Reflexionsexpertise mit dem Pragmatismus der Selbsthilfegruppen eine theoretische und methodische Weiterentwicklung der sozialarbeiterischen Suchthilfe zu erreichen. Durch diese Verschmelzung dürfte sich die Wirksamkeit der einzelnen Interventionen erhöhen. Weiterhin ist anzunehmen, dass sich in diesen Prozessen deutliche Synergieeffekte zeigen würden – allerdings sicherlich auch neue Konflikte und Widersprüchlichkeiten. In den folgenden Abschnitten wird versucht, ein solches Konzept einer **Lösungs- und Einzelfallorientierten Kooperation in der Suchthilfe (LEKS)** in Grundzügen zu skizzieren. Dazu werden im Anschluss relevante Aspekte und Prinzipien, die solch eine modernisierte sozialarbeiterische Suchthilfe umfassen müsste, fragmentarisch beschrieben.

Prinzip A: Keine Akteurin und kein Akteur besitzt ein absolutes Expertentum

Wie die durchgeführte Analyse ergeben hat, besitzt keiner der Akteurinnen und Akteure eine vollständige Expertise für eine Suchtproblematik. Diese Tatsache sollte die Leitidee für ein Konzept der lösungs- und einzelfallorientierten Kooperation in der Suchthilfe sein. Stattdessen wird den verschiedenen Beteiligten im Hilfeprozess (Klientinnen und Klienten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Selbsthilfegruppen sowie weitere externe Fachleute) der Status von Spezialisten zugesprochen. Dieser Begriff ist ebenso vom Professionsbegriff zu unterscheiden: hierbei handelt es sich im Grunde ebenfalls um Expertinnen und Experten, deren Berufstätigkeit an spezielle Zertifikate, Wissenszugänge oder Zeugnisse gebunden ist und die sich mit bestimmten Handlungs- und Wissensproblemen beschäftigen. Eine Profession wird somit in Form einer professionellen beruflichen Tätigkeit ausgeübt. Die Aneignung des dabei eingesetzten Spezialwissens erfolgte durch eine institutionelle Ausbildung, etwa einem Studium (Schützeichel, 2007, S. 549-550). Dadurch wird den Professionsträgerinnen und -trägern ein Handeln möglich, welches auch eine Bereitstellung und Anwendung von Problemlösungen und von elementaren sozialen und zwischenmenschlichen Werten sowie eine Reflexion und Erweiterung der Wissensbasis erlaubt (Hansjürgens, 2016, S. 13).

Eine Spezialistin beziehungsweise ein Spezialist hingegen besitzt ein eindeutig abgegrenztes Wissen. Dieses existiert eigenständig, was bedeutet, dass es keine Orientierung bezüglich der Frage benötigt, über welches Wissen andere Spezialistinnen und Spezialisten verfügen oder verfügen müssen. Es besteht zwischen ihnen keine funktionale

Verbindung. Eine Expertin oder ein Experte kann im Gegensatz dazu aufgrund eines grösseren Deutungsmonopols auch konkrete Probleme lösen (Schützeichel, 2007, S. 549). Wie verdeutlicht wurde, sind dazu im Bereich der Suchthilfe aber weder die Klientinnen und Klienten noch die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter oder die Teilnehmerinnen und Teilnehmern von Treffen von Selbsthilfegruppen fähig. Sie erfassen aufgrund ihres persönlichen Erfahrungs- und Deutungskontextes jeweils nur bestimmte, isolierte Teilaspekte der Suchtproblematik. Eine planmässige Zusammenführung dieser verschiedenen Sichtweisen, Kompetenzen und Ressourcen im Sinne einer funktionalen Verbindung erfolgt jedoch nicht.

Prinzip B: Zielfestlegung durch die Klientinnen und Klienten

Ein weiteres wichtiges Prinzip in Anlehnung an die lösungsorientierte Beratung ist, dass die suchtkranke Person die konkrete Zielsetzung festlegt. Diese Bestimmung kann durchaus unter Mitwirkung und Mithilfe der Sozialarbeitenden erfolgen, etwa um unrealistische oder kontraproduktive Ziele zu vermeiden. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass die Klientinnen und Klienten letztendlich die Entscheidungen treffen. Damit wird in diesem Ansatz eine stärkere Betonung der impliziten oder offen formulierten Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Personen im Kontext des sozialarbeiterischen Tripelmandats angestrebt. Den Klientinnen und Klienten wird ein umfassendes Selbstbestimmungsrecht als Ausdruck ihrer unverletzlichen Menschenrechte zugestanden. Den hilfeschuchenden Menschen muss gestattet werden, aus ihren individuellen Bedürfnissen und Wünschen einen konkreten Willen bilden und diesen im Lebensalltag umsetzen zu dürfen (Rosch, 2015, S. 217). Dies gilt auch in Lebensphasen, in denen die selbstständige Wahrnehmung dieses Rechtes eingeschränkt ist. Auch dann sollen die Klientinnen und Klienten im Rahmen ihrer aktuellen Möglichkeiten aktive Gestalterinnen und Gestalter ihrer Selbstbestimmung sein – sie dürfen nicht zum Spielball der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter beziehungsweise der Fachkräfte anderer Behörden und Institutionen werden (ebd., S. 218).

Die Anerkennung dieses Selbstbestimmungsrechts, auch bezüglich der anzustrebenden Ziele im Suchthilfeprozess, darf aber nicht nur auf einer theoretisch-konzeptionellen Ebene wirken, sondern muss im konkreten sozialen Entscheiden und Handeln der Sozialarbeitenden erkennbar werden. Die betroffene Person muss dazu als individuelle Persönlichkeit wahrgenommen und vor allem gewürdigt werden. Ihre <innenwohnenden Werte> sind zu achten. Im Einzelnen bedeutet dies, dass die Soziale Arbeit eine Verantwortung für die Einhaltung der Menschenrechte im Allgemeinen und des Selbstbestimmungsrechts der Klientinnen und Klienten im Besonderen übernimmt. Denn die individuellen Menschenrechte können nur im sozialen Mit- und Füreinander wirken. Ein

Einstehen für diese Rechte bedarf daher der Unterstützung auf allen Ebenen des sozialarbeiterischen Tuns (Avenir Social, 2014a, S. 2). Dieses Prinzip deckt sich mit einem wesentlichen Ziel der Sozialen Arbeit:

„Sie [die Sozialarbeitenden] achten auf grösstmögliche Selbstbestimmung und vermeiden neue Verletzungen der Menschenwürde und der Prinzipien von Gerechtigkeit und Gleichheit aller Menschen (. . .). Die Professionellen der Sozialen Arbeit streben für ihre KlientInnen die grösstmögliche Autonomie (maximale Selbstständigkeit und Selbstbestimmung) an, welche ihnen erlaubt, an gesellschaftlichen Prozessen teilzuhaben, um sich besser zu integrieren und um bessere Entwicklungsmöglichkeiten in allen Belangen zu erhalten. Damit wird bezweckt, dass alle Menschen ihre Bedürfnisse befriedigen und selbstbestimmt Verantwortung für das eigene Handeln und für andere Menschen übernehmen können“ (Avenir Social, 2014b, S. 2-3).

Die Zielsetzung im Hilfeprozess der Suchthilfe durch die Klientinnen und Klienten ist somit ein elementares, sozialarbeiterisch gelebtes und realisiertes Menschenrecht – unabhängig davon, ob und in welchem Ausmass die suchtkranke Person in der akuten Krisensituation zur Selbstbestimmung fähig ist.

Prinzip C: Führung und Steuerung durch die Sozialarbeitenden

Eine Einschränkung erfährt das Prinzip der Zielsetzung durch die suchtkranken Personen aber durch den Umstand, dass der Hilfeprozess durch die Sozialarbeitenden der Suchthilfe gesteuert wird, allerdings unter deutlicher Beachtung des Selbstbestimmungsrechts der Klientinnen und Klienten. Dieses Vorgehen erscheint aus mehreren Gründen erforderlich: Zum einen ist das heutige Verständnis von Selbstbestimmung stets in einem sozialen Kontext zu sehen. Sie ist keine kategorische Eigenschaft einer Person, sondern unterliegt moralischen, rechtlichen und gesellschaftlichen Einschränkungen (Rössler, 2017, S. 27-28). Zum anderen kann in einer akuten Krisensituation die Gefahr einer Selbstgefährdung bestehen. Die sozialarbeiterischen Fachkräfte haben daher die moralische und rechtliche Pflicht, nach ihren professionell-ethischen Grundsätzen zu handeln (Avenir Social, 2010, S. 10). Dazu zählt zwingend auch der Schutz von suchtkranken und suchtgefährdeten Personen.

Um eine angemessene Balance zwischen dem Selbstbestimmungsrecht der Zielgruppe und dem Führungsanspruch der sozialarbeiterischen Fachkräfte der Suchthilfe erreichen zu

können, erscheint eine Orientierung an den Grundprinzipien der Sozialen Arbeit in der Schweiz lohnend:

«Die Professionellen der Sozialen Arbeit sind sich ihrer Positionsmacht bewusst und gehen damit sorgfältig um (. . .). Die Professionellen der Sozialen Arbeit achten bei aller beruflichen Routine darauf, durch reflektierte und zugleich kontrollierte empathische Zuwendung die Persönlichkeit und Not des oder der Anderen eingehend wahrzunehmen und sich gleichwohl gebührend abzugrenzen (. . .). Die Professionellen der Sozialen Arbeit stellen an ihre Klientinnen und Klienten nur fachlich adäquate und ethisch begründete Anforderungen» (ebd, S. 11f.).

Bezüglich der Positionsmacht und des Zuständigkeitsprimats der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im Hilfeprozess ergibt sich aus diesen Vorgaben, dass sie diese sorgsam und reflektiert wahrnehmen müssen. Erreicht werden kann diese zum Beispiel durch eine schwache Führung: Hierbei erfolgt die Steuerung im Wesentlichen durch eine Moderation von Prozessen und weniger in Form von Entscheidungen, wodurch es zu einer Abflachung der Hierarchien und zu einer Verringerung des Machtgefälles zwischen den beteiligten Akteuren kommen kann (Schmid, 2019, S. 17-20).

Prinzip D: Abkehr vom Abstinenzparadigma

Aufgrund der Anwendung des zweiten Prinzips (Zielfestsetzung durch die Klientinnen und Klienten) muss unter Umständen eine Abkehr vom Abstinenzparadigma vorgenommen werden. Darunter werden Bemühungen verstanden, die auf eine totale Enthaltbarkeit bezüglich Suchtmittel abzielt. Dieses Ziel basiert auf der (diskussionswürdigen) Annahme, dass nur durch eine lebenslange Abstinenz eine endgültige «Heilung» einer Sucht erreicht werden kann. Aus Sicht des Abstinenzparadigmas reicht daher auch jahrelanger Nichtkonsum nicht aus. Ein Rückfall wird mit einem Versagen begründet, entweder der suchtkranken Person oder der Therapie. In der Realität erreicht aber nur ein Bruchteil der suchtkranken Personen die dauerhafte Abstinenz. Eine Abkehr vom Abstinenzparadigma wird daher zum Beispiel erforderlich sein, wenn die suchtkranke Person lediglich das Ausmass oder die Häufigkeit des Suchtkonsums reduzieren, aber nicht völlig abstinent leben möchte (Wendt, 2017a, S. 271).

Zu verfolgen ist somit nicht das Abstinenzparadigma, sondern ein Akzeptanzpostulat: es werden von den Sozialarbeitenden auch Lösungen der Klientinnen und Klienten unterstützt,

mit denen lediglich eine Verringerung der Suchtdosis, nicht aber eine vollständige Abstinenz oder Entwöhnung verfolgt werden. Das Ziel einer gesellschaftlichen und individuellen Suchtfreiheit wird dabei als ein kaum zu erreichender Zustand angesehen. Stattdessen werden die suchtkranken Menschen als zur Selbstverantwortung und Selbstbestimmung fähig angesehen. Das allgemeine Recht auf Menschenwürde umfasst auch den Anspruch auf professionelle Hilfe, ohne dass ein angepasstes oder abstinentes Verhalten als Voraussetzung erfüllt sein muss. Die Klientin oder der Klient muss selbst aus subjektiver Sicht über einen Konsum von Suchtmitteln entscheiden können. Eine Suchterkrankung liegt nicht am vermeintlich schwachen Charakter des Individuums. Solch eine Suchthilfe ist daher nicht direktiv, sondern freiwillig und akzeptierend. Auf Appelle zu sofortigen Verhaltensänderungen und auf pädagogisch-instruktive Anweisungen wird verzichtet. Stattdessen erfolgt eine Anerkennung des persönlichen Selbstbestimmungsrechtes. Angestrebt wird Schadensminimierung sowie eine Verbesserung der Lebensbedingungen, um einen menschenwürdigen Alltag zu formen (Müller, 2013, S. 52-54).

Prinzip E: Mehrdimensionalität als Chance, nicht als Problem

Anhand des ersten Prinzips («Keine Akteurin und kein Akteur besitzt ein absolutes Expertentum») wird ersichtlich, dass mit dem hier beschriebenen Konzept einer optimierten sozialarbeiterischen Suchthilfe (nicht nur) hinsichtlich des Expertentums eine mehrdimensionale Sichtweise eingenommen wird: Alle am Hilfeprozess beteiligten Personen verfügen über eine spezielle, aber begrenzte Expertise bezüglich der Suchtproblematik. Diese Mehrdimensionalität stellt für die Soziale Arbeit zunächst einmal ein grundsätzliches Problem dar. Erkennbar wird dieses zum Beispiel am bereits beschriebenen Tripelmandat. Eine weitere Schwierigkeit in diesem Zusammenhang ergibt sich durch die Mehrdimensionalität der vorliegenden Problemlagen. Diese tritt auf, wenn Sozialarbeitende in verschiedenen Tätigkeitsfeldern auf mehreren Organisationsstufen gleichzeitig agieren müssen. Zu einer Komplexitätssteigerung durch die notwendige Berücksichtigung mehrerer Dimensionen kann es ebenfalls kommen, wenn die individuellen und kollektiven Problemlagen von Einzelpersonen und von sozialen Gruppen zur gleichen Zeit bearbeitet werden müssen. Zudem können sich daraus Widersprüchlichkeiten, Loyalitätskonflikte und Interessenkollisionen in der sozialarbeiterischen Praxis ergeben, die eine Vereinfachung erschweren: «Aus der Mehrdimensionalität der Problemlagen und der gemeinsamen Lösungsrealisierung mit Individuen, Gruppen und Gemeinwesen ergibt sich die Komplexität des Auftrags der Sozialen Arbeit. Der Umgang mit Interessenkollisionen und Widersprüchen und das Zurechtfinden in Loyalitätskonflikten ist Teil Sozialer Arbeit» (Avenir Social, 2010, S. 7).

Die Aussage aus diesem Zitat impliziert aber auch, dass diese Mehrdimensionalität nicht nur eine Herausforderung, sondern zugleich eine Chance für den Hilfeprozess sein kann. In Bezug auf das Expertentum der beteiligten Akteurinnen und Akteure können deren spezifische Expertisen zu Lösungen führen, die bei einer eindimensionalen Problembetrachtung nicht hätten gefunden werden können. Zwar ist der Umgang sowie die sinnvolle Kombination und Abwägung der individuellen Erfahrungen, Ressourcen und Kenntnisse, etwa der Sozialarbeitenden sowie der Klientinnen oder Klienten, eine anspruchsvolle Aufgabe, diese dürfte sich aber hinsichtlich einer effektiven Suchthilfe durchaus lohnen.

Prinzip F: Lebensweltorientierung

Diese Mehrdimensionalität sollte auch bezüglich der Besonderheiten des Alltags sowie der im sozialen Umfeld vorhandenen Hilfesysteme der sozialarbeiterischen Suchthilfe angestrebt werden. Die traditionelle Suchthilfe in der Sozialen Arbeit konzentriert sich fast ausschliesslich auf die suchtgefährdete oder suchtkranke Person. Ihr soziales Umfeld, zum Beispiel die Familie oder der Freundeskreis, werden kaum berücksichtigt und integriert. Aus fachlicher Sicht zum Expertentum stellt dieses Vorgehen ein professionelles Versäumnis dar, verfügen diese sozialen Gruppen als Teil der Lebenswelt der Betroffenen doch unter Umständen ebenfalls über eine spezielle Expertise (etwa hinsichtlich des persönlichen Umgangs mit der Klientin oder dem Klienten oder über frühere erfolgreiche Lösungen, die die betroffene Person bereits eingesetzt hat), welche für die Wirksamkeit der Suchthilfe eine gewisse Relevanz besitzen können.

Angemessen erscheint daher eine ausreichende Lebensweltorientierung. Aufgrund der Globalisierung, Digitalisierung und modernen Gesellschaften verlieren traditionelle Formen der Lebensführung (zum Beispiel die Ehe oder Haushalte mit lediglich einer berufstätigen Person) zunehmend an Bedeutung. Dadurch steigen zwar die Individualität und die Selbstbestimmung der Menschen, aber zugleich wird die Organisation des Alltags komplexer. Die Lebensplanung und -realisierung wird immer mehr zu einer individuellen Aufgabe, deren Lösung komplex und riskant ist (Lambers, 2015, S. 104). Die Bewältigung der alltäglichen sozialen, zwischenmenschlichen und beruflichen Herausforderungen nehmen mittlerweile viele Menschen als ein nicht unerhebliches Spannungsfeld wahr. Es umfasst Ungerechtigkeiten, Leistungsanforderungen, Konkurrenzen, Ungleichheiten und heterogene Partizipationschancen (Reinl, Füssenhäuser & Stumpp, 2008, S. 175).

Bezogen auf die Suchthilfe bedeutet dies, dass die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter den tatsächlichen Alltag der suchtgefährdeten oder suchtkranken Personen erfassen, verstehen und analysieren müssen. Die Lebenswelten der Zielgruppe können sich

fundamental unterscheiden. Pauschale Konzepte der Suchthilfe sind daher unzureichend. Vielmehr müssen sozialarbeiterische Interventionen gewählt werden, die sich an der individuellen Lebensrealität der betroffenen Menschen orientieren (Lambers, 2015, S. 105). Eine lebensweltorientierte sozialpädagogische Ausrichtung fokussiert daher weder auf die einzelnen Suchtstoffe noch auf das Erreichen von Abstinenz. Stattdessen steht die Selbstbestimmung und der Alltag im Fokus der sozialarbeiterischen Bemühungen. Die Suchterkrankung wird als ein individuelles Deutungs- und Handlungsmuster aufgefasst, mit dem sich der Mensch sein Leben gestaltet. Das Ziel der Suchthilfe sollte es sein, dass die Klientin oder der Klient sich mit den Anforderungen seines persönlichen Alltags erfolgreich auseinandersetzen kann (Laging, 2018, S. 31-32).

Prinzip G: Zieloffene geplante Einzelfallhilfe

Für eine adäquate Berücksichtigung der unterschiedlichen Expertisen in der Suchthilfe wird letztlich eine **zieloffene** und **geplante** Einzelfallhilfe erforderlich sein:

Aspekt A (Zieloffenheit): Bei der zieloffenen Suchthilfe streben die Sozialarbeitenden gemeinsam mit den suchtkranken Personen eine Veränderung ihres problematischen Umgangs mit Suchtmitteln an, wobei aber die Klientinnen und Klienten die konkreten Ziele festsetzen (Körkel, 2014, S. 167). Aus Sicht der Sozialen Arbeit wird der Suchtmittelkonsum thematisiert und nicht verschwiegen – aber auch nicht dämonisiert. Diese Thematisierung dient als Einstieg in eine Bearbeitung des problematischen Konsums, etwa durch entsprechende Programme oder Behandlungen. Es findet somit eine (Arbeit am Konsum) mit dem Ziel einer Veränderung des Konsumverhaltens statt. Diese Entwicklung kann zu einer Abstinenz, einer Verringerung des Konsums oder zu einem Wechsel der Suchtmittel führen. Welches Ziel verfolgt werden soll, entscheiden die Klientinnen und Klienten (Körkel & Nanz, 2016, S. 199).

Aspekt B (Hilfeplanung): Bei dieser zieloffenen Suchthilfe handelt es sich um einen geplanten und strukturierten Prozess im Sinne einer Hilfeplanung:

In der ersten Phase findet eine Analyse der (Lebens-)Situation der Klientin beziehungsweise des Klienten statt. Dazu ist zunächst zu klären, ob die hilfeschende Person überhaupt Suchthilfe benötigt. Ist dies der Fall, muss die sozialarbeiterische Fachkraft deren Alltag im Allgemeinen und im Kontext der Suchtproblematik erfassen und verstehen. Die Gründe für die Suchtproblematik und der Bedarf nach einer professionellen Hilfe sind unter anderem abzuklären (Schallberger, 2017, S. 5). In Form einer persönlichen Bestandsaufnahme kann dann im Anschluss ermittelt werden, über welche Expertise die Klientin oder der Klient

hinsichtlich der Suchtproblematik verfügt. Zudem wird ermittelt, welche Kenntnisse und Ressourcen der betroffenen Person tatsächlich zur Verfügung stehen.

In der zweiten Phase legt die betroffene Person im Rahmen der Zielbestimmung die konkreten Ziele für die Suchthilfe fest (zum Beispiel eine Reduzierung der Alkoholmenge um 50 %). Von Seiten der Sozialarbeitenden wird überlegt, welche Massnahmen zu unternehmen sind, um diese Zielsetzung erreichen zu können. Die einzelnen Schritte zur Zielerreichung werden festgelegt und dokumentiert (ebd., S. 7). An diesem Zielfestlegungsprozess beteiligen sich weitere Personen, die aus der Lebenswelt der hilfeschuchenden Menschen stammen und die über eine entsprechende Expertise hinsichtlich der Suchtproblematik der Klientin oder des Klienten verfügen (zum Beispiel Familie oder Freunde). Ihre Einschätzungen und Bewertungen stellen wichtige Informationen für die Planung und Umsetzung der individuellen Suchthilfe dar.

In der dritten Phase werden die von allen Expertinnen und Experten festgelegten Interventionen umgesetzt. Zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren mit ihren speziellen Expertisen entsteht ein Arbeitsbündnis (ebd., S. 10).

In der vierten Phase wird durch Reflexion und Evaluation überprüft, ob die angestrebten Ziele erreicht wurden und wirksam sind. Falls erforderlich, werden notwendige Modifikationen der Interventionen durchgeführt (ebd., S. 11).

Aspekt C «Einzelfallhilfe»: Diese zieloffene Planung und Realisierung der Suchthilfe erfolgt als Einzelfallhilfe im Sinne eines Case-Managements. Im Vergleich zur Einzelfallhilfe weist das Case-Management einige Vorteile auf: Zum einen werden die Klientinnen und Klienten stärker als Partnerinnen und Partner einer Arbeitsbeziehung angesehen. Ihre Ressourcen finden im Hilfeprozess eine stärkere Berücksichtigung. Zum anderen wird bei einem Case-Management der sozialarbeiterische Schwerpunkt nicht auf eine permanente Überprüfung und Steuerung der Verhaltensänderungen der Zielgruppe gelegt, sondern auf die Koordination und transparente Abstimmung mit ihnen (Schu, 2001, 33-34). Dadurch wird es den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter möglich, mehrdimensionale Lösungsstrategien bei einem multiplen Hilfebedarf für ihr Klientel entwickeln zu können, die der Komplexität ihrer Lebenswelt gerecht werden (Preuss-Ruf, 2012, S. 56).

In der konzeptionellen Gesamtschau kann die zuvor in Ansätzen beschriebene lösungs- und einzelfallorientierte Kooperation in der Suchthilfe wie folgt beschrieben werden: Keine der am Hilfeprozess beteiligten Personen besitzt hinsichtlich der Suchtproblematik eine umfassende und absolute Expertise – weder die Klientinnen und Klienten noch die Sozialarbeitenden oder weitere Fachkräfte. Um zu einer Überwindung oder zumindest Abschwächung der

durch das Tripelmandat der Sozialen Arbeit hervorgerufenen Probleme zu gelangen, sollten die Zuständigkeiten und die Arbeitsbeziehung zwischen den beteiligten Akteuren klar geregelt werden. Aufgrund ethischer, rechtlicher und professioneller Gründe muss die Zielfestsetzung im Verantwortungsbereich der betroffenen Person liegen. Falls sie keine Abstinenz anstrebt, sondern lediglich eine Reduzierung des Konsums von Suchtmitteln, ist dies von allen Beteiligten zu akzeptieren (Abkehr vom Abstinenzparadigma und Hinwendung zum Akzeptanzpostulat). Da die Sozialarbeitenden über das grösste Fach- und Methodenwissen von allen Akteurinnen und Akteuren verfügen, steuern sie den Hilfeprozess in Gestalt einer «weichen Führung». Die durch diese Festlegungen entstehende Mehrdimensionalität wird als eine Chance und nicht als ein Problem angesehen. Ihre Beachtung fördert unter anderem eine stärkere Berücksichtigung des Alltags und der Lebenswelt inklusive der dort verfügbaren sozialen Hilfesysteme der Klientinnen und Klienten. Die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung der Interventionen erfolgt in Form einer zieloffenen und geplanten Einzelfallhilfe im Sinne eines auf die Expertise der beteiligten Akteure ausgerichteten Case-Managements.

9. FAZIT

Wie zu Beginn der Bachelorarbeit formuliert wurde, bestand das Ziel darin, eine eindeutige Antwort darauf zu finden, ob in der sozialarbeiterischen Suchthilfe die Klientinnen und Klienten oder die Sozialarbeitenden Expertinnen und Experten sind. Wie sich herausgestellt hat, lässt sich diese Frage nicht auf einfache Weise beantworten. Eine eindeutige Antwort liess sich zudem nicht finden. Jedoch liess sich eine Antwort finden, die unterschiedliche Betrachtungsweisen in einem Konsens mehr oder weniger zusammenbringt. Die gewählten Modelle der Bachelorarbeit konnten kritisch gewürdigt werden, wobei beide hilfreiche Standpunkte zum Diskurs über das Expertentum lieferten. Aufgrund dieser hilfreichen Standpunkte wurde klar, dass es eben keine eindeutige Antwort gibt.

Niederschwellig ist spürbar, dass Zweipoligkeit nicht unbedingt erstrebenswert ist. Die in Kapitel 1.4 beschriebene Zweipoligkeit des Abstinenzparadigmas und die in Kapitel 4.6 beschriebene Zweipoligkeit des Autonomiebegriffs nach Ulrich Oevermann zeigten, dass Zweipoligkeit kein Spannungsfeld zulässt. In der Arbeit wurde darauf verwiesen, dass ein Spannungsfeld zwischen den zwei Polen jedoch durchaus Sinn machen würde. Übertragen auf das Ziel, eine eindeutige Antwort auf das Expertentum in der Suchthilfe zu finden, stellt sich nun die Frage, ob dies nach den Erkenntnissen dieser Arbeit erstrebenswert ist oder ob damit eine weitere Zweipoligkeit geschaffen worden wäre. Da sich aber keine eindeutige Antwort finden liess, kann Expertentum nun in einem Spannungsfeld beschrieben werden, wobei jegliche Einbezüge unterschiedlicher Perspektiven zulässig sind. Dies spricht schliesslich für Offenheit, Akzeptanz und einen konstruktiven Umgang in der Sozialen Arbeit.

Gerade als junge Sozialarbeiterin und als junger Sozialarbeiter ist die Erkenntnis, dass sozialarbeiterische Sachverhalte mehrschichtig, komplex und anspruchsvoll sind, von zentraler Bedeutung. Wie dargelegt wurde, liess sich keine eindeutige Antwort auf die gewählte Forschungsfrage finden, obwohl wir der Überzeugung waren, diesen Widerspruch zwischen der lösungsorientierten Beratung und der Theorie der Lebenspraxis hinsichtlich des Expertentums lösen zu können. Durch eine vertiefte Auseinandersetzung mit dieser Thematik wurden wir eines Besseren belehrt. Doch genau dies macht unserer Ansicht nach die Soziale Arbeit aus. Es besteht ein Sachverhalt, der von den Sozialarbeitenden bearbeitet wird. Dieser Sachverhalt ist aber nicht statisch, denn durch Gespräche mit Klientinnen und Klienten, durch Telefonate mit anderen Akteurinnen und Akteuren des Hilfesystems oder schliesslich auch im Austausch mit Familienmitgliedern der Klientinnen und Klienten setzt sich der Sachverhalt immer wieder neu zusammen. Während der Bearbeitung eines Sachverhaltes scheint plötzlich nichts mehr so, wie wir es als Sozialarbeitende zu Beginn aufgefasst haben. Daraufhin folgen zahlreiche Reflexionsprozesse, möglicherweise auch

Intervisionen oder Supervisionen. Schliesslich konnte der bestimmte Sachverhalt von unserer Seite her wieder mehr oder weniger erfasst werden. Was ist dabei jedoch mit «unseren» Klientinnen und Klienten? Waren sie sich dessen bereits bewusst und konnten sich uns gegenüber bloss nicht mehr öffnen? Führen sie uns in die Irre? Waren sie sich dessen bereits bewusst, weil es aus ihrer höchstpersönlichen, expertinnen- und expertenhaften Perspektive glasklar scheint? Hinken wir ihnen lediglich in der Erfassung des Sachverhaltes nach?

Wie es gedreht und gewendet wird, Soziale Arbeit ist ein facettenreiches und komplexes Arbeitsfeld, das ein Arbeitsbündnis zwischen den Sozialarbeitenden und der Klientel fordert. Wer wie viel und was beiträgt, hängt immer mit der Individualität der beteiligten Menschen zusammen und ist demnach nie eindeutig.

10. LITERATURVERZEICHNIS

- Anhorn, Roland. (2012). Wie alles anfing... und kein Ende findet. Traditionelle und kritische Soziale Arbeit im Vergleich von Mary E. Richmond und Jane Addams. In Roland Anhorn, Frank Bettinger, Cornelis Horlacher & Kerstin Rathgeb (Hrsg.), *Kritik der Sozialen Arbeit - kritische Soziale Arbeit* (S. 225–270). Wiesbaden: Springer VS.
- Avenir Social. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Avenir Social.
- Avenir Social. (2014a). *IFSW-Definition der Sozialen Arbeit von 2014 mit Kommentar*. Bern: Avenir Social.
- Avenir Social. (2014b). *Berufsbild der Professionellen Sozialer Arbeit*. Bern: Avenir Social.
- Baeschlin, Marianne & Baeschlin, Kaspar. (2008). *Einfach, aber nicht leicht. Leitfaden für lösungsorientiertes Arbeiten in sozialpädagogischen Organisationen*. Winterthur: Verlag Zentrum für Lösungsorientierte Beratung.
- Bamberger, Günter G. (2010). *Lösungsorientierte Beratung* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Bamberger, Günther G. (2015). *Lösungsorientierte Beratung* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Barsch, Gundula. (2008). *Lehrbuch Suchtprävention. Von der Drogennaivität zur Drogenmündigkeit*. Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft mbH.
- Barsch, Gundula. (2013). Von der Suchtprävention zur Drogenmündigkeit. In Maria A. Marchwacka (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Setting Schule* (S. 141–170). Wiesbaden: Springer VS.
- Barth, Volker. (2016). *Sucht und Komorbidität* (2. Aufl.). Landsberg am Lech: Ecomed Medizin Verlag.
- Becker-Lenz, Roland, Busse, Stefan, Ehlert, Gudrun & Müller-Hermann, Silke. (2012). Einleitung: Wissen, Kompetenz, Habitus und Identität als Elemente von Professionalität im Studium Sozialer Arbeit. In Roland Becker-Lenz, Stefan Busse, Gudrun Ehler & Silke Müller-Hermann (Hrsg.), *Professionalität Sozialer Arbeit und Hochschule. Wissen, Kompetenz, Habitus und Identität im Studium Sozialer Arbeit* (S. 9–31). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Betula. (n.d.). *Basisdokumentation. Grundlagen der lösungsorientierten Gesprächsführung* [PDF]. Abgerufen von <https://www.betula.ch/methoden-ansaeetze.html>
- Berg, Insoo & Reuss, Norman H. (1999). *Lösungen – Schritt für Schritt. Handbuch zur Behandlung von Drogenmissbrauch* (Systemische Studien, Band 19). Dortmund: Verlag modernes lernen.
- Berthel, Toni. (2006). Das Würfelmodell der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen. Instrument für die Suchtpolitik oder Hilfe für die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem komplexen Problemfeld? *Abhängigkeiten*, 12 (3), 25–31.

- Bilitza, Klaus & Schuhler, Petra. (2007). Sucht. In Wolfgang Senf & Michael Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (5. Aufl.) (S. 473–490). Stuttgart: Thieme.
- Böhl, Hans, Koch, Andreas, Leune, Jost & Redecker, Thomas. (2010). *Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund. Bestandsaufnahmen und Entwicklungsperspektiven*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Borgetto, Bernhard. (2013). Wirkungen gemeinschaftlicher Selbsthilfe bei Suchterkrankungen. *SuchtMagazin*, 4(13), 20–24.
- Bundesamt für Gesundheit. (2015). *Nationale Strategie Sucht 2017 – 2024. Vom Bundesrat verabschiedete Version, November 2015* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/strategie-sucht/strategiedokumente/stategie-sucht.pdf.download.pdf/Nationale%20Strategie%20Sucht.pdf>
- Bundesamt für Gesundheit. (2018a). *Das Betäubungsmittelgesetz* [Website]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-mensch-gesundheit/gesetzgebung-betaeubungsmittel.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (2018b). *Gesellschaftliche Kosten von Alkoholmissbrauch* [Website]. Abgerufen von
- Bundesamt für Gesundheit. (2018c). *Ziele und Schwerpunkte der Strategie Sucht* [Website]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht/ziele-schwerpunkt-strategie-sucht.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (2019). *Suchtprävention* [Website]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtpraevention.html>
- De Shazer, Steve. (1990). *Wege der erfolgreichen Kurztherapie* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- De Shazer, Steve. (2010). *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie* (11. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- De Shazer, Steve & Dolan, Yvonne. (2008). *Mehr als ein Wunder. Lösungsfokussierte Kurztherapie heute*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- De Shazer, Steve & Dolan, Yvonne. (2018). *Mehr als ein Wunder. Lösungsfokussierte Kurztherapie heute* (6. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Duden. (2019). *Die Musse* [Website]. Abgerufen von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Musze>
- Eckmann, Franziska. (2018). Einleitung. In Infodrog (Hrsg.), *Kooperation zwischen Selbsthilfe und Suchthilfe* (S. 4). Bern: Infodrog.

- Eidenschink, Klaus. (2006). Der einäugige Riese: «Lösungsorientiertes Coaching». Vom Unsinn einer problematischen Fokussierung. *Organisationsberatung – Supervision – Coaching*, Heft 2/2006, 153–164.
- Fachverband Sucht. (n.d.). *Cannabispolitik* [Website]. Abgerufen von <https://fachverbandsucht.ch/en/politik-medien/politische-dossier/cannabispolitik>
- Froschauer, Ulrike & Lueger, Manfred. (2003). *Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Wien: Facultas WUV-UTB Verlag.
- Garz, Detlef & Raven, Uwe. (2015). *Theorie der Lebenspraxis. Einführung in das Werk Ulrich Oevermanns*. Wiesbaden: Springer VS.
- Geiling, Wolfgang. (2002). Möglichkeiten und Grenzen lösungsorientierter Beratung und Therapie: Eine kritische Methodenreflexion. *Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, 1/32, 77 – 93.
- Gibis, Sebastian (2013). Die Situation der Selbsthilfe in der Schweiz. In Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.), *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2013* (S. 162 – 169). Berlin: DAG SHG.
- Hansjürgens, Rita. (2016). *Soziale Arbeit in der ambulanten Suchthilfe*. Weitramsdorf-Weidach: ZKS-Verlag.
- Hartnuss, Birger (2019). *Bürgerschaftliches Engagement und Soziale Arbeit: Ein Studienbuch für die Praxis* (2. Aufl.). Bremen: Apollon University Press.
- Heckmann, Wolfgang. (2000). *Suchtkrankenhilfe. Lehrbuch zur Vorbeugung, Beratung und Therapie*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Herriger, Norbert. (2014). *Empowerment in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung*. (5. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Hill, Burkhard, Kreling, Eva & Hönigschmid, Cornelia (2012). Selbsthilfe und Soziale Arbeit – Das Feld neu vermessen. In Burkhard Hill, Eva Kreling, Cornelia Hönigschmid, Gabriela Zink, Erich Eisenstecken & Klaus Grohte-Bortlik (Hrsg.), *Selbsthilfe und Soziale Arbeit* (S. 14–25). Weinheim: Beltz Juventa.
- Jeanrenaud, Claude, Widmer, Gaele, Pellegrini, Sonia. (2005). *Le coût de la consommation de drogues illégales en Suisse. Rapport final* [PDF]. Abgerufen von <https://www.suchtmonitoring.ch/de/5/8.html?kokain-gesellschaftliche-kosten-und-folgen>
- Eckmann, Franziska. (2018). Kooperation zwischen Selbsthilfe und Suchthilfe. In Infodrog (Hrsg.), *Kooperation zwischen Selbsthilfe und Suchthilfe* (S. 4-28). Bern: Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht.
- Körkel, Joachim. (2014). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder. *Suchttherapie*, 15(4), 165–173.
- Körkel, Joachim & Nanz, Matthias. (2016). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit. In Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.), *3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016* (S. 196–204). Lengerich: Pabst Science Publishers.

- Kraimer, Klaus. (2009). Soziale Arbeit im Modus autonomer Erfahrungsbildung. In Roland Becker-Lenz, Stefan Busse, Gudrun Ehlert & Silke Müller (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (S. 73–88). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kraimer, Klaus. (2010). Objektive Hermeneutik. In Karin Bock & Ingrid Miete (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit* (S. 205–213). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Kraimer, Klaus & Wyssen-Kaufmann, Nina. (2012). Die fallrekonstruktive Forschungswerkstatt – eine Option zur Förderung von Professionalität in der Sozialen Arbeit. In Roland Becker-Lenz, Stefan Busse, Gudrun Ehlert & Silke Müller-Hermann (Hrsg.), *Professionalität Sozialer Arbeit und Hochschule. Wissen, Kompetenz, Habitus und Identität im Studium Sozialer Arbeit* (S. 219–233). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kraul, Margret, Marotzki, Winfried & Schweppe, Cornelia. (2002). Biographie und Profession. Eine Einleitung. In Margret Kraul, Winfried Marotzki & Cornelia Schweppe (Hrsg.), *Biographie und Profession* (S. 7–16). Bad Hilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Küfner, Heinrich. (2019). Psychologische Grundlagen der Sucht. In: Michael Soyka, Anil Batra, Andreas Heinz, Franz Moggi & Marc Walter (Hrsg.), *Suchtmedizin* (S. 35-64). München: Elsevier.
- Lambers, Helmut. (2015). *Theorien der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich* (2. Aufl.). Opladen: Budrich Verlag.
- Laging, Marion. (2018). *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen – Konzepte – Methoden*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Leune, Jost. (2002). Ambulante Einrichtungen. In Jörg Fengler (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung* (S. 32–35). Landsberg am Lech: Ecomed Medizin Verlag.
- Littig, Beate. (2009). Interviews mit Eliten - Interviews mit ExpertInnen: Gibt es Unterschiede? In Alexander Bogner, Beate Littig & Wolfgang Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung* (3. Aufl.). (S. 117–136). Wiesbaden: Springer VS.
- Matzat, Jürgen. (1986). Zum Verständnis von Profession, Laienhilfe und Selbsthilfe. In Harald Klingemann (Hrsg.), *Selbsthilfe und Laienhilfe. Alternativen eine Gesundheitspolitik der Zukunft?* (S. 7–21). Lausanne: ISPA-Press.
- Matzat, Jürgen. (2012). *Ansprechpartner Selbsthilfe. Was Betroffene für Betroffene leisten können*. Berlin: Springer.
- Müller, Jessica. (2013). *Drogenabhängigkeit und Soziale Arbeit. Nutzen und Nutzungsprozesse niedrigschwelliger, akzeptanzorientierter Drogenhilfeangebote*. Hamburg: Disserta Verlag.
- Müller, Hermann. (2016). *Professionalisierung von Praxisfeldern der Sozialarbeit*. Rekonstruktive Forschung in der Sozialen Arbeit (Band 17). Opladen: Verlag Barbara Budrich.

- Nolting, Hans-Peter & Paulus Peter. (2015). *Psychologie lernen. Eine Einführung und Anleitung* (13. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Obrecht, Werner. (2009). Die Struktur professionellen Wissens. In Roland Becker-Lenz, Stefan Busse, Gudrun Ehlert & Silke Müller (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (S. 47–72). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Oevermann, Ulrich. (2001). Die Philosophie von Charles Sanders Peirce als Philosophie der Krise. In Hans-Josef Wagner (Hrsg.), *Objektive Hermeneutik und Bildung des Subjekts* (S. 209–246). Weilerwist: Velbrück Wissenschaft.
- Oevermann, Ulrich. (2002). Professionalisierungsbedürftigkeit und Professionalisiertheit pädagogischen Handelns. In Margret Kraul, Winfried Marotzki & Cornelia Schweppe (Hrsg.), *Biographie und Profession* (S. 19–63). Bad Hilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Oevermann, Ulrich. (2008). «Krise und Routine» als analytisches Paradigma in den Sozialwissenschaften (Abschiedsvorlesung) [PDF]. Abgerufen von <https://www.kuwi.europa-uni.de/de/lehrstuhl/vs/polsoz/Lehre-Archiv/lehre-ss08/interviewtechniken/index.html>
- Oevermann, Ulrich. (2009). Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses. In Roland Becker-Lenz, Stefan Busse, Gudrun Ehlert & Silke Müller (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (S. 113–142). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pädagogische Hochschule Freiburg. (2018). *Auszug aus: Silvia Staub-Bernasconi (2017): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft – Auf dem Weg zu kritischer Professionalität* [PDF]. Abgerufen von <https://www.ph-freiburg.de/ew/paedagogische-werkstatt/angebote-der-paedagogischen-werkstatt/expertinnengespraech/material-zu-den-expertinnengespraechen.html?key=1-11>
- Payk, Theo R. (2015). *Psychopathologie* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Plauth, Rolf & Rohrmann, Eckhard. (1999). Selbsthilfe im Suchtbereich. In Peter Günther & Eckhard Rohrmann (Hrsg.), *Soziale Selbsthilfe. Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit?* (S. 37–49). Heidelberg: Edition S.
- Preuss-Ruf, Ulrike (2012). Ambulante Suchthilfe in Psychosozialen Beratungsstellen. In Sigmund Gastiger & Hans J. Abstein (Hrsg.), *Suchthilfe. Methoden und Konzepte der Sozialen Arbeit in verschiedenen Arbeitsfeldern* (S. 53–70). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Reinl, Heidi, Füssenhäuser, Cornelia & Stumpp, Gabriele. (2008). Drogentherapie aus lebensweltorientierter Perspektive. In Klaus Grunwald & Hans Thiersch (Hrsg.), *Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern* (2. Aufl.) (S. 173–232). Weinheim: Juventa Verlag.
- Rössler, Beate. (2017). *Autonomie. Ein Versuch über das gelungene Leben*. Berlin: Suhrkamp Verlag.

- Rosch, Daniel. (2015). Selbstbestimmung im revidierten Erwachsenenschutzrecht. *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz* 3/2015, 215–225.
- Sack, Peter-Michael, Petersen, Kay & Thomasius, Rainer. (2009). Der Suchtbegriff. In Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner & Peter Riedesser (Hrsg.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 3–7). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Schaaf, Susanne. (2013). Stationäre Suchttherapie heute und morgen – Chancen und Herausforderungen. *SuchtMagazin*, 39(6), 27–32.
- Schallberger, Peter. (2017). *Methodisches Handeln in der sozialen Arbeit. Ein Orientierungsraster* [PDF]. Abgerufen von <https://www.peterschallberger.ch/lehre.html>
- Schmid, Peter. (2019). Hierarchieumkehr in Sozialen Organisationen? *SozialAktuell* 6/2019, 17–20.
- Schmitz, Lilo. (2016). *Lösungsorientierte Gesprächsführung. Richtig beraten mit sparsamen und entspannten Methoden* (3. Aufl.). Dortmund: Verlag modernes lernen Borgmann GmbH & Co. KG.
- Schneider, Ralf. (2013). *Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit* (17. Aufl.). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Schu, Martina. (2001). Case Management und Hilfeplanung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. *SuchtAktuell* 1/2001, 33–37.
- Schützeichel, Rainer. (2007). Laien, Experten, Professionen. In Rainer Schützeichel (Hrsg.), *Handbuch Wissenssoziologie und Wissensforschung* (S. 546–578). Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Schweitzer, Jochen & Von Schlippe, Arist. (2016). *Lehrbuch der systematischen Therapie und Beratung I. Das Grundlagenwissen* (3. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Soyka, Michael. (2019). Diagnostische Kriterien für Suchterkrankungen. In: Michael Soyka, Anil Batra, Andreas Heinz, Franz Moggi & Marc Walter (Hrsg.), *Suchtmedizin* (S. 4-11). München: Elsevier.
- Stangl, Werner. (2019). *Mäeutik – Maieutik* [Website]. Abgerufen von <https://lexikon.stangl.eu/7898/maeutik-maieutik/>
- Steber Büchli, Diane. (2016). *Die nationale und internationale Drogenpolitik der Schweiz* [Website]. Abgerufen von <http://www.spectra-online.ch/spectra/themen/die-nationale-%20und-internationale-drogenpolitik-der-schweiz-492-10.html>
- Stefàno, Daniela & Kellner, Désirée (2012). Professionelle Hilfe zur Selbsthilfe. Die Förderung von Selbsthilfegruppen – eine wirksame Strategie Sozialer Arbeit. *SozialAktuell*, 9, 8/2012, 29–31.
- Steiner, Gusti. (1999). Experten in eigener Sache. In Peter Günther & Eckhard Rohrmann (Hrsg.), *Soziale Selbsthilfe. Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit?* (S. 181 - 189). Heidelberg: Edition S.

- Stimmer, Franz. (2012). *Grundlagen des methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit* (3. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Stremlow, Jürgen (2006). *Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen in der deutschen Schweiz*. Neuchâtel Obscan.
- Stremlow, Jürgen & Knüsel, René (2016). *Gemeinschaftliche Selbsthilfe in der Schweiz*. Basel: SelbstHilfeSchweiz.
- Sucht Schweiz. (2013a). *Verhältnisprävention: Strukturorientierte Suchtprävention* [PDF]. Abgerufen von http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Verhaeltnispraevention.pdf
- Sucht Schweiz. (2013b). *Theoretische Grundlagen der Suchtprävention* [PDF]. Abgerufen von <https://www.suchtschweiz.ch/ueber-uns/praevention>
- Sucht Schweiz. (n. d.). *Was ist Suchtprävention?* [Website]. Abgerufen von <https://www.suchtschweiz.ch/ueber-uns/praevention/>
- Trachsel, Manuel & Hürlimann, Daniel. (2015). Selbstschädigung durch Suchtmittel aus ethischer und rechtlicher Sicht. *SuchtMagazin* 4/2015, 8 – 11.
- Trinczek, Rainer (2009). Wie befrage ich Manager? Methodische und methodologische Aspekte des Experteninterviews als qualitative Methode empirischer Sozialforschung. In Alexander Bogner, Beate Littig & Wolfgang Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung* (3. Aufl.) (S. 225–238). Wiesbaden: Springer VS.
- Vetter, Brigitte. (2007). *Psychiatrie*. (7., überarb. und akt. Aufl.). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Vimentis. (2018). *Legalisierung von Cannabis und die allgemeine Drogenpolitik in der Schweiz* [Website]. Abgerufen von <https://www.vimentis.ch/d/publikation/642/Legalisierung+von+Cannabis+und+die+allgemeine+Drogenpolitik+in+der+Schweiz.html>
- Vogelsanger, Vreni. (1995). *Selbsthilfegruppen brauchen ein Netz. Selbsthilfegruppen und ihre Kontaktstellen in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein*. Zürich: Seismo Verlag.
- Von Spiegel, Hiltrud. (2018). *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit* (6. Aufl.). München: Ernst Reinhard Verlag.
- Warschburger, Petra. (2009). *Beratungspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin.
- Wendt, Kai. (2017a): *Suchthilfe und Suchttherapie*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Wendt, Peter-Ulrich. (2017b). *Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa Verlag.
- Wienstroer, Gabriele Naxina. (1999). Peer Counselling. Das neue Arbeitsprinzip emanzipatorischer Behindertenarbeit. In Peter Günther & Eckhard Rohrmann (Hrsg.), *Soziale Selbsthilfe. Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit?* (S. 165–180). Heidelberg: Edition S.

Wüthrich, Astrid, Maertens, Valérie & Salveter, Roy. (2015). *Nationale Strategie Sucht 2017–2024*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Ziegler, Holger. (2018). Der Capabilities Ansatz (und andere Elemente einer materialistisch-emanzipatorischen Theorie Sozialer Arbeit). In Michael May & Arne Schäfer (Hrsg.), *Theorien für die Soziale Arbeit* (S. 127–146). Baden-Baden: Nomos Verlag.

11. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Stimmer, Franz. (2012). *Grundlagen des methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit* (3. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer.

Abbildung 3: Stimmer, Franz. (2012). *Grundlagen des methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit* (3. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer.



Bachelor-Thesis (Gruppenarbeit)

Angaben zur Autorenschaft der einzelnen Kapitel

Diese Erklärung ist von allen Studierenden der jeweiligen Gruppe separat auszufüllen.

Studierende/r:
(Name, Vorname)

Anken Michelle

Bachelor-Thesis:
(Titel)

Das Expertentum von Klientinnen und Klienten in der sozialarbeiterischen Suchthilfe.
Ein Vergleich kontroverser theoretisch-wissenschaftlicher Modelle und eine bedenkenswerte Alternative.

Fachbegleitung:
(Dozent/in)

Prof. Dr. Anna Ryser

Ich habe von der obgenannten Bachelor-Thesis die folgenden Teile (Kapitel-Angabe) verfasst.

Abstract

Kapitel 1: 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5

Kapitel 2: 2.1, 2.2

Kapitel 4: 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.8

Kapitel 6: 6.1, 6.2

Kapitel 7: 7.4

Kapitel 9: Vollumfänglich.

Bei den folgenden gemeinsam verfassten Teilen der Bachelor-Thesis (Kapitel-Angabe) bin ich Mitverfasser / Mitverfasserin:

Kapitel 4: 4.7

Ort, Datum:

Bern, 09.12.2019

Unterschrift:



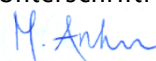
Eigenhändige Erklärung zur Bachelor-Thesis (gemäss Art. 25 Abs. 2 ZulStudR SA BSc)

„Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche gekennzeichnet. Mir ist bekannt, dass andernfalls schriftliche Arbeiten gemäss Artikel 23 Absatz 1 KNR mit der Note 1.0 bewertet werden.“

Ort, Datum:

Bern, 09.12.2019

Unterschrift:





Bachelor-Thesis (Gruppenarbeit)

Angaben zur Autorenschaft der einzelnen Kapitel

Diese Erklärung ist von allen Studierenden der jeweiligen Gruppe separat auszufüllen.

Studierende/r:
(Name, Vorname)

Reusser Pascal

Bachelor-Thesis:
(Titel)

Das Expertentum von Klientinnen und Klienten in der sozialarbeiterischen Suchthilfe.
Ein Vergleich kontroverser theoretisch-wissenschaftlicher Modelle und eine bedenkenswerte Alternative.

Fachbegleitung:
(Dozent/in)

Prof. Dr. Anna Ryser

Ich habe von der obgenannten Bachelor-Thesis die folgenden Teile (Kapitel-Angabe) verfasst.

Kapitel 2: 2.3, 2.4

Kapitel 3: 3.1, 3.1.1, 3.1.2, 3.2, 3.3, 3.4

Kapitel 5: 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6

Kapitel 6: 6.6

Kapitel 7: 7.1, 7.2, 7.3

Kapitel 8: Vollumfänglich.

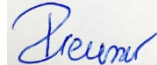
Bei den folgenden gemeinsam verfassten Teilen der Bachelor-Thesis (Kapitel-Angabe) bin ich Mitverfasser / Mitverfasserin:

Kapitel 4: 4.7

Ort, Datum:

Bern, 09.12.2019

Unterschrift:



Eigenhändige Erklärung zur Bachelor-Thesis (gemäss Art. 25 Abs. 2 ZulStudR SA BSc)

„Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche gekennzeichnet. Mir ist bekannt, dass andernfalls schriftliche Arbeiten gemäss Artikel 23 Absatz 1 KNR mit der Note 1.0 bewertet werden.“

Ort, Datum:

Bern, 09.12.2019

Unterschrift:





Einwilligung zur Aufnahme der Bachelor-Thesis in die Bibliothek des Departements Soziale Arbeit

Studierende/r: Anken Michelle
(Name, Vorname) _____

Studierende/r: Reusser Pascal
(Name, Vorname) _____

Bachelor-Thesis: Das Expertentum von Klientinnen und Klienten in der
(Titel) sozialarbeiterischen Suchthilfe.
Ein Vergleich kontroverser theoretisch-wissenschaftlicher Modelle
und eine bedenkenswerte Alternative.


Fachbegleitung: Prof. Dr. Anna Ryser
(Dozent/in) _____

Bachelor-Thesen mit Note 5.5 und 6.0, welche nicht unter eine Geheimhaltungsvereinbarung fallen, werden als Papierversion in die Bibliothek des Departements Soziale Arbeit aufgenommen.

Ziffer 2.5 der Politik der Berner Fachhochschule bezüglich Immaterialgüter¹ besagt, dass Immaterialgüter aus einer studentischen Arbeit (z.B. Projektarbeit, Bachelor- oder Masterthesis) der/dem Studierenden gehören.
Nach Art. 26 des Zulassungs- und Studienreglements (ZulStudR SA BSc)² liegt das Recht auf Veröffentlichung einer studentischen Arbeit bei der Verfasserin oder dem Verfasser³.

In begründeten Fällen kann die Fachbegleitung gegen die Aufnahme der Bachelor-Thesis in die Bibliothek ein Veto einlegen.

Die Verfasserin / der Verfasser erklärt sich einverstanden, dass die vorliegende Arbeit in die Bibliothek des Departements Soziale Arbeit aufgenommen wird (mit Note 5.5 oder 6.0).

Ort, Datum: Bern, 09.12.2019
Unterschrift: 

Ort, Datum: Bern, 09.12.2019
Unterschrift: 

Das ausgefüllte und unterzeichnete Formular wird als letzte Seite in die Bachelor-Thesis eingebunden.

¹ Siehe <https://www.bfh.ch/de/ueber-die-bfh/rechtliche-grundlagen/> (zuletzt besucht am 29. Oktober 2019).

² Siehe <https://www.bfh.ch/de/ueber-die-bfh/rechtliche-grundlagen/> (zuletzt besucht am 29. Oktober 2019).

³ Möchte die Verfasserin oder der Verfasser die Bachelor Thesis veröffentlichen und zwar mit dem Hinweis, dass es sich um einen Text der Berner Fachhochschule Soziale Arbeit handelt, braucht es die Genehmigung der Studiengangleitung (gemäss Art. 26 ZulStudR SA BSc).