

## **Position der DG-SAS**

### **zum „Lübecker Memorandum zur Zukunft der Suchtkrankenversorgung“, herausgegeben von der DG Sucht**

#### **1. Zusammenfassung und Fazit**

Die Autor/innen und Herausgeber des o.g. Papiers gehören überwiegend den Professionen Psychologie und Medizin an, und sie arbeiten schwerpunktmäßig in der Suchtforschung und stationären Rehabilitation.

Sie empfehlen eine „Umgestaltung“ der Suchthilfe (S. 1), vor allem bezüglich des ambulanten Bereichs inklusive der Suchtprävention. Die ambulante Suchthilfe sowie Prävention wird seit den 70er Jahren ganz überwiegend von der Sozialen Arbeit aufgebaut, angeboten und weiterentwickelt.

Diese Umgestaltung soll sich nach den Vorstellungen der Autor/innen umfassend auswirken – im Hinblick auf Folgendes:

- Angebote und deren Fördervoraussetzungen: Angebote müssten im Sinne einer medizinisch-psychologische Kategorisierung, „evidenzbasiert“ sein
- Leistungserbringer / Anbieter: für Prävention seien Hausärzte und Kliniken „besonders geeignet“
- Akteure: die Suchtforschung soll eine steuernde Rolle inne haben
- Strukturen: sogenannte „Kompetenzzentren“ sollen die kommunal verankerte Trägervielfalt ersetzen

Die konkrete Umsetzung dieser Empfehlungen soll durch eine „Kommission zur Zukunft der Suchtkrankenversorgung“ erfolgen. Diese wäre mit großer Macht ausgestattet, denn sie würde künftig über Finanzierung, Angebote und Strukturen entscheiden.

Die DG-SAS sieht in diesem Papier eine berufsständische Vertretungsoffensive. Letztlich geht es um die Definitionshoheit über die Suchthilfeangebote und die damit verbundenen Zuständigkeiten, Finanzierung und Marktanteile.

Eine (drohende) Abhängigkeit ist bio-psycho-sozial begründet. Die DG-SAS plädiert für eine Abbildung dieser drei Ebenen in gleichberechtigter Zusammenarbeit von Medizin, Psychologie und Sozialer Arbeit – zum Nutzen der Klient/innen bzw. Patient/innen.

Die Einrichtung der vorgeschlagenen „Kommission“ lehnen wir entschieden ab. Eine Realisierung der Vorstellungen der Autor/innen würde sich nachteilig für Nutzer/innen des Hilfesystems auswirken. Wir appellieren an politische Entscheidungsträger/innen, den Vorschlag zur Einrichtung der „Kommission“ entsprechend nicht zu verfolgen.

## **2. Die Herausgeber und Autor/innen und wen sie vertreten**

Als Autor/innen werden vier Psycholog/innen und die Teilnehmer/innen der „Lübecker Zukunftswerkstatt“ genannt. Die Arbeit dieser „Zukunftswerkstatt“ sei die Grundlage des Papiers.

Es wirkt höchst irritierend, wenn ein Gremium, fast ausschließlich aus dem Bereich der Forschung, Behandlung, Politik und sonstigen Berufsgruppen besetzt, eine Analyse der gesamten Suchthilfe vornimmt, vor allem der ambulanten Versorgung einschließlich der Suchtprävention, und zudem noch Handlungsempfehlungen ausspricht. Die Autor/innen und der ganz überwiegende Teil des Gremiums sind bezüglich des größten Feldes der Suchthilfe (dem ambulanten Sektor: Beratung und Prävention) fachfremd. Naturgemäß sind in diesem Papier also die Perspektiven sowie Interessen der Suchtforschung sowie des stationären Sektors, der Psychologie und Medizin vertreten.

## **3. Die DG-SAS als Vertreterin der sozialen Dimension im bio-psycho-sozialen Modell der Suchterkrankung und Suchthilfe**

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS) vertritt die am stärksten in der Suchthilfe<sup>1</sup> vertretene Berufsgruppe.

Die Profession der Sozialen Arbeit treibt die Suchthilfe und Suchtprävention seit vielen Jahrzehnten inhaltlich und fachpolitisch voran: Sozialraumorientierung und Quartiersmanagement, professionelles Fallmanagement, alle Ebenen der Suchtprävention, pädagogische (Früh-)Interventionskonzepte, Aufbau und Weiterentwicklung von niedrigschwelligen Hilfen wie Streetwork, Schadensminderung und Überlebenshilfen wie Drogenkonsumräume für Schwerstabhängige.

In den 80er und 90er Jahren haben die Medizin und Psychologie Kooperationsangebote der Sozialen Arbeit weitgehend ignoriert. In den letzten beiden Jahrzehnten haben die Medizin und Psychologie die Suchthilfe sukzessive mehr als Markt entdeckt und widmen sich ihrer. Jedoch überwiegend nicht im Zusammenwirken mit der Sozialen Arbeit, sondern in Abgrenzung und Konkurrenz.

Das bio-psycho-soziale Modell ist in der Suchthilfe handlungsleitend. Die Zuständigkeit der spezialisierten Bearbeitung der sozialen Dimension liegt logischerweise bei der Sozialen Arbeit. Das von der DG-Sucht herausgegebene „Lübecker Memorandum zur Zukunft der Suchtkrankenversorgung“ formuliert Empfehlungen zum Umbau des Suchthilfesystems zu Gunsten der Medizin und Psychologie und zu Ungunsten der Sozialen Arbeit und deren Klient/innen.

---

<sup>1</sup> Vgl. Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS)

#### **4. Zur Analyse der aktuellen Situation der Suchthilfe/-prävention im Papier**

Zu Beginn hebt das Papier auf eine „im Vergleich zu anderen psychischen Störungen noch mal geringere Erreichungsquote Alkohol-Abhängiger zwischen 10-20%“ ab (S. 3). Eine Quelle oder Berechnungsgrundlage dieser Quote ist dabei nicht angegeben. Die Quote wird als zentraler Anlass für die nachfolgende Analyse der Ist-Situation und daraus abzuleitender Konsequenzen gesehen. Im Memorandum wird unter der Überschrift „Wahrnehmen und Begleiten“ auch auf das Erkennen durch Screenings in hausärztlichen Praxen hingewiesen. Die HELPS-Studie stellte zu diesem neuen Behandlungspfad fest, dass keine solche Steigerung erzielt werden konnte und im Rahmen der Untersuchung durch die beteiligten Hausärzte aus Interventions- und Kontrollgruppe keine Patient/innen einer Entwöhnungsbehandlung zugeführt wurde.<sup>2</sup>

Die Autor/innen erklären implizit die Gründe für eine geringere Erreichung mit gesellschaftlicher Stigmatisierung und unzureichender „Humanität“ der ambulanten Beratung.

Da bei der Erreichung der Zielgruppe nicht von einfachen Kausalzusammenhängen auszugehen ist, kann hier lediglich gemutmaßt werden. Die vollständigen Gründe sind nicht bekannt. Einer von ihnen ist sicherlich, dass es in der Natur von Abhängigkeit liegt, die subjektiv empfundene Entlastung durch Alkohol und andere Drogen erst spät oder sogar nie gegen die Anstrengung eintauschen zu wollen, sich mit den hintergründigen seelischen, körperlichen und/oder sozialen Beschwerden auseinanderzusetzen. Der Gang einer Depressiven zur Psychologin und/oder zum Arzt ist subjektiv vielversprechender: Die Linderung der Symptomatik durch Gespräche *und* Medikamente.

Wir wissen auch nicht, wie hoch der Anteil derjenigen Abhängigen ist, die erreicht werden wollen – ein großer Teil der sozial stabil Abhängigen möchte dies möglicherweise schlicht nicht.

#### **Die skizzierte „Vision“ ist längst Realität für die Angebote der Sozialen Arbeit, zumindest in der ambulanten Versorgung**

Das Papier sieht für die Suchtkrankenversorgung Folgendes als „Vision“ an, auf die also hinzuarbeiten sei:

- „Die Menschen werden im Leben nachhaltig unterstützt und gecoacht ...“ (S. 4)
- „Humanisierung der Suchthilfe“ (S. 5)
- „Die Hilfe ist orientiert an den Bedarfen der jeweiligen Zielgruppe und daran ausgerichtet, was das Individuum braucht und möchte.“ (S. 5)

Zumindest für den Bereich der ambulanten Versorgung durch die Soziale Arbeit handelt es sich dabei nicht um eine Vision, sondern um seit Jahrzehnten gelebte Realität. Entsprechend des

---

<sup>2</sup> Fankhänel, Thomas, Klement, Andreas und Forschner, Lukas 2014: Hausärztliche Intervention für eine Entwöhnungs- Langzeitbehandlung bei Patienten mit einer Suchterkrankung (HELPS) in: SuchtAktuell 2/2014 S.55 ff.

Kompetenzprofils der DG\_SAS<sup>3</sup> umfasst die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und der Suchtprävention,

- die Unterstützung und Förderung der sozialen (Re-)Integration in die konkreten sozialen Handlungssysteme einer Klientin/eines Klienten (Familie, soziales Nahfeld, Schule, Arbeitswelt, Hilfesysteme, Kultur, Freizeit, Wohnen etc.),
- die Initiierung und Gestaltung eines individuellen Prozessbogens unter besonderer Berücksichtigung biopsychosozialer Schwierigkeiten aufgrund der Suchterkrankung (Arbeitsbündnis, Hilfeplanung, Casemanagement)
- und die Bearbeitung der suchtspezifischen individuellen Probleme der sozialen Integration (Beratung, (Prozess-)Begleitung, soziale Gruppenarbeit und soziale (Sucht-)Therapie)

Die Soziale Arbeit steht für gelingendes Casemanagement, oft als langjährige Begleitung Betroffener, und auch ihrer Angehöriger.

Die Soziale Arbeit hat die Suchthilfe und die Suchtprävention seit den 70er Jahren kontinuierlich aufgebaut und fachlich weiterentwickelt. Heute schauen wir auf ein Hilfesystem, das zu den differenziertesten der Welt gehört: niedrigschwellige Überlebenshilfen, Substitution, ambulante Beratung sowie Betreuung, ambulante sowie (teil-)stationäre Reha und Suchtprävention. Viele dieser Angebote sind wesentlich durch das fachpolitische Engagement der Sozialen Arbeit ermöglicht worden, vor allem im Bereich der Niedrigschwelligkeit und der Substitution. Das Einstehen für die Belange Betroffener, für die Entstigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen und die Weiterentwicklung fachlicher Haltungen (z.B. die Akzeptanzorientierung als Abkehr vom Abstinenzparadigma) waren immer common sense in der Sozialen Arbeit. Sie wurden durch Einzelpersonen und Fachverbände wie Akzept e.V. oder die AG Drogenarbeit und Drogenpolitik NRW e.V. vorangetrieben, auch gegen vorherrschenden politischen Willen.

Auf den Erfolgen in der ambulanten Suchthilfe und Suchtprävention darf sich die Soziale Arbeit natürlich nicht ausruhen, und sie tut es auch nicht. Auch hier gilt es, wie in anderen Hilfesystemen, die Qualität der Angebote kontinuierlich zu verbessern und stetig neuen Herausforderungen anzupassen. Unter aktuellen Bedingungen ist durch starke Sparmaßnahmen (Abbau von Stellen, Einrichtungen und damit Angeboten) eine Qualitätsverbesserung kaum mehr möglich. Seit dem letzten Jahrzehnt müssen Beratungsstellen kämpfen, um auch nur den Status quo zu erhalten.

## **5. Zu den im Papier abgeleiteten Empfehlungen zum Umbau der Suchthilfe**

Neben der Bewertung der aktuellen ambulanten Suchthilfe und Prävention - vornehmlich der Sozialen Arbeit durch vornehmlich Psycholog/innen und Mediziner/innen - formuliert das Papier Empfehlungen zum Umbau der Suchthilfe.

Eine Umsetzung dieser Empfehlungen würde massive Nachteile für Klient/innen nach sich ziehen: Verlust von Angebotsvielfalt, Ende der Wahlfreiheit zwischen unterschiedlichen Trägern, Ende

---

<sup>3</sup> Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DG-SAS) 2015: Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention. Münster

eigenständiger und im Quartier vernetzter sozialer Angebote, spezialisiert auf unterschiedlichste Zielgruppen. Im Folgenden nehmen wir zu diesen Empfehlungen Stellung.

- „... entscheidend, den Zielgruppen eine geeignete, ggf. auch langfristige Begleitung gemäß entsprechenden Behandlungspfaden anzubieten“ (S. 4)

„Behandlungspfad“ ist ein klassischer Begriff aus der Medizin und Psychologie, der auch in medizinischen Leitlinien verwendet wird. Laut Definition stellt ein Behandlungspfad den Ablaufplan einer medizinischen Behandlung dar. Hier (wie in anderen Stellen des Papiers) zeigt sich die einseitige Fokussierung auf die bio- und psycho-, nicht aber auf die soziale Dimension einer Suchterkrankung. Diese Schwerpunktsetzung ist so nicht zu akzeptieren.

- „Neue Strukturen (...) z.B. in Form von regionalen Kompetenzzentren“ (S. 4)

Die Forderung von regionalen Kompetenzzentren legt die Vermutung nah, dass die Existenz der vorhandenen Angebote gänzlich in Frage gestellt wird. Es bleibt im Papier fraglich, was sich hinter dieser Empfehlung verbirgt. Bei der DHS Fachkonferenz am 09.10.2017 äußerte sich einer der Autoren des Papiers klarer, was gemeint ist. Er schlug die Angliederung ambulanter Beratungsstellen (nun „Kompetenzzentren“) an Psychiatrische Institutsambulanzen vor, also an psychiatrische Kliniken. Im Zusammenhang mit der bereits einseitigen Fokussierung (bio-psycho *versus* sozial) wäre eine Ausgrenzung oder zumindest Abwertung der Sozialen Arbeit die Folge.

Auch wenn – wie in den meisten Hilfesystemen - strukturell Verbesserungspotential vorhanden ist, zählt die Suchthilfe mit Abstand zu den am besten vernetzten Hilfesystemen. Die Auflösung der vorhandenen Strukturen wäre kontraproduktiv.

- „Neue Strukturen“ (...) mit einer „Vereinfachung der Finanzierungssysteme“ (S. 4)

Die Autor/innen bleiben höchst vage, wie sie sich eine „Vereinfachung der Finanzierungssysteme“ vorstellen. In der Logik der Psychiatrischen Institutsambulanzen würden Beratungsgespräche als SGB V-Leistung über die Krankenkasse abgerechnet. Falls Ratsuchende ihre Anonymität nicht preisgeben möchten, müssten sie privat zahlen.

Aktuell werden ambulante Beratungsstellen im Wesentlichen als Daseinsvorsorge von den Kommunen finanziert – zu gering und zu unsicher, jedoch denkbar einfach und bürgernah. Die knappe, fast lapidare Ausführung des Papiers zu diesem absolut grundlegenden Aspekt stellt seine Seriosität in Frage.

Unter dem Stichwort „Evidenzorientierte Förderung“ empfehlen die Autor/innen, zukünftig lediglich Angebote zu finanzieren, die „evidenzbasiert“ sind:

- „Der Wirksamkeitsnachweis (Evidenzbasierung) von Prävention ist gesichert.“ (S. 4)
- „ein Gremium etablieren, das den Etat für Suchtforschung verwaltet und entsprechende Entscheidungen für die Förderung von Forschungsprojekten trifft“ (S. 6)
- „Ziel ist, dass die angebotenen Hilfen und Behandlungen evidenzbasiert und effektiv ausgerichtet sind.“ (S. 6)

„Evidenz“ ist ein Begriff vor allem aus Medizin und auch Psychologie, fest verankert im SGB V. An dieser Stelle fordern die Autor/innen die Definitionshoheit darüber, was „wirksam“ sei und was nicht. „Evidenz“ ist mit quantitativen Studien und Metaanalysen verknüpft, also typischerweise Forschungsmethoden der Medizin und Psychologie. Die Soziale Arbeit hingegen forscht ganz vornehmlich mit qualitativen Methoden, nicht quantitativen. Die Aussagekraft ihrer Forschungsmethoden stärkt sich durch Triangulation. Ebenso erfolgt sozialpädagogische Diagnostik anders als medizinisch-psychologische. Aus der Perspektive der Sozialen Arbeit existieren wertfreie Urteile nicht. „Evidenz“ spielt daher eine Objektivität vor, die niemals objektiv sein kann.

Würde die Forderung nach evidenzbasierter Förderung realisiert, müsste die Soziale Arbeit ihre Ansätze mit überwiegend professionsfremden Forschungsmethoden legitimieren oder ihre Angebote erhielten keine finanzielle Förderung mehr.

Im ersten Schritt geht es also um die grundsätzliche Definitionshoheit, was genau evidenzbasiert und förderungswürdig ist. Im zweiten Schritt schlagen die Autor/innen ein neu zu gründendes Gremium vor, „das den Etat für Suchtforschung verwaltet und entsprechende Entscheidungen für die Förderung von Forschungsprojekten trifft“ (S. 6). Medizinisch-psychologische Handlungsansätze sollen dabei in Abgrenzung gegenüber sozialen legitimiert und positioniert werden. Medizinisch-psychologisch ausgerichtete Forschung und Praxis könnten sich auf diese Weise fortlaufend gegenseitig Folgeaufträge generieren.

Die DG-SAS steht demgegenüber für eine qualitätsgesicherte und breite Palette von Angeboten ein, die vielfältigen Bedarfen, Werten und Lebensanschauungen der Nutzer/innen gerecht wird.

Die Macht zur Steuerung und Finanzierung der Suchthilfe soll sich nach Vorstellung der Autor/innen noch weiter konzentrieren:

- Es soll eine „Kommission zur Zukunft der Suchtkrankenversorgung“ eingerichtet werden, um „eine konkrete Umsetzung der Impulse dieses Memorandums zu erarbeiten (...).“ (S. 7)

Es soll also eine Kommission gegründet werden, die für die Umsetzung der oben dargestellten Forderungen zuständig ist, also den Umbau von Strukturen und Finanzierungssystemen der Suchthilfe. Entsprechend der Ausführungen im Papier ist damit eine Bevorzugung der Medizin sowie Psychologie und eine Ausgrenzung bzw. Abwertung der Sozialen Arbeit verbunden - und eine Angebotseinschränkung für Nutzer/innen.

Offen bleibt das Papier, durch wen und wie die genannten Forderungen zunächst legitimiert werden sollen. Ebenso, wie sich die „Kommission“ konstituieren und wer diese kontrollieren sollte.

Das „Memorandum“ zielt ganz offen auf einen vollständigen Umbau der Suchthilfe und Suchtprävention. Diese Umgestaltung würde das Ende von gleichberechtigten Angeboten der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe, wie wir sie heute erfolgreich anbieten, bedeuten.

Die Fragwürdigkeit des Papiers spiegelt sich in der fachlich einseitig von Medizin und Psychologie dominierten Zusammensetzung des Gremiums. Die fehlende Kompetenz der Gruppe im „Sozialen“ bezogen auf das bio-psycho-soziale Modell, schließt ihre Position als Grundlage einer Verbesserung der Angebote von Suchthilfe und Suchtprävention aus.

Vorstandsbeschluss vom 18.01.2018