



Soziale Arbeit als unverzichtbarer Bestandteil in der Opioidagonistischen Therapie

Arbeitsfeld Opioidagonistische Therapie

Regula Hälg¹

1. Opioidabhängigkeit in der Schweiz

Heroin wurde in der Schweiz in grösseren Mengen ab Mitte der 1970er-Jahre konsumiert. Ab den 1980er-Jahren wurde die Problematik der steigenden Anzahl Heroinkonsumierender zunehmend sichtbar: öffentliche Drogenszenen gekennzeichnet durch Verwahrlosung und Gewalt, eine Zunahme der Drogentoten und von HIV-Ansteckungen resp. Aids-erkrankungen. Zahlen zur Anzahl Konsumierender sind nicht vorhanden. Eine Schätzung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) für das Jahr 2002 kommt auf 18 500 bis 25 500 Heroinabhängige (Sucht Schweiz 2013). Seit-her ist der Konsum stabil oder rückläufig.²

Das Heroin wird injiziert, geraucht und seltener geschnupft. Häufig wird Heroin auch zusammen mit anderen illegalen psychoaktiven Substanzen konsumiert, dies gleichzeitig (z. B. Kokain) oder nacheinander (z. B. Benzodiazepine), oder auch zusammen mit Alkohol (Infodrog 2018).

1.1 Angebote der Schadensminderung

Um Menschen mit einer Heroin- resp. Opioidabhängigkeit zu erreichen, wurden ab Ende der 1980er-Jahre zunehmend Angebote bereitgestellt, ins-

¹ Dipl. Sozialarbeiterin HF, lic. phil. hist. Sozialanthropologin, Geschäftsleiterin Suprax, Ambulante Suchtbehandlung, Biel.

² Zahlen zum Konsum finden sich unter www.suchtmonitoring.ch (Schweizer Berichterstattungssystem 2011-2016 zum Thema Sucht und zum Risiko des Konsums psychoaktiver Substanzen) sowie unter www.monam.ch MonAM – das Monitoring-System Sucht und NCD, seit 2018, Kennzahlen zu nichtübertragbaren Krankheiten und Sucht).

besondere solche mit dem Ansatz der Schadensminderung. Nebst Angeboten wie Konsumräume, Spriztentausch etc. wurden der Zugang zu Ersatztherapien mit Methadon verbessert und im Rahmen einer grossangelegten Studie die heroingestützte Behandlung für sogenannt Schwerstabhängige initiiert. Zu den «Säulen» der Prävention, Therapie und Repression kam somit jene der Schadensminderung hinzu und in der Folge etablierte sich das Vier-Säulen-Modell der Schweizer Drogenpolitik.

2. Die Opioidagonistische Therapie OAT

Unter Opioidagonistischer Therapie versteht man die Verschreibung opioidagonistischer Medikamente (Methadon, Buprenorphin, retardiertes orales Morphin, Diacetylmorphin u. a.) zur Behandlung einer Opioidabhängigkeit. Die Opioidabhängigkeit ist heute als Krankheit anerkannt: Opioidabhängigkeit ist im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in der aktuellen 5. Version (DSM-V) unter den «Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen» beschrieben. Sie ist «in der Regel ein Langzeitgeschehen und erfordert eine entsprechende längerfristige und interdisziplinäre Behandlung» (BAG 2013: 4). Die Opioidagonistische Therapie – insbesondere mit Methadon, Buprenorphin und Diacetylmorphin – gilt als effiziente und effektive Behandlung und erste Wahl bei Opioidabhängigkeit, und wird basierend auf Erkenntnissen des Evidenzgrads I empfohlen (SSAM 2012: 7)³.

2.1 Die Opioidagonistische Therapie im Vier-Säulen-Modell

Im Vier-Säulen-Modell der Schweizer Suchtpolitik lässt sich die Opioidagonistische Behandlung überlappend den beiden Säulen «Therapie», als

³ «Die Opioid-Substitution bei Opioidabhängigkeit ist die einzige therapeutische Massnahme, die sich nach EBM-Kriterien erwiesenermassen längerfristig positiv auf die Abhängigkeit, d. h. auf den Substanzgebrauch und dadurch auf einen Teil der direkten und indirekten Folgeschädigungen auswirkt (harm reduction/Schadensminderung)» (SSAM 2012: 5). Damit soll nicht gesagt werden, dass abstinenzorientierte Ansätze keine sinnvollen Alternativen zur Opioidagonistischen Therapie sein können. Auf abstinenzorientierte Ansätze sowie auf die bisweilen in diesem Zusammenhang geführte Kontroverse wird in diesem Artikel nicht eingegangen.

Hilfe zur Kontrolle oder Überwindung von Sucht, und «Schadensminderung», als niederschwellige Hilfe und Verringerung der negativen Auswirkungen von Suchtverhalten, verorten. Dies widerspiegelt sich auch in den Zielen der Opioidagonistischen Therapie: «[D]ie Reduktion der Mortalität, die Verbesserung der Gesundheitssituation, präventiv die Reduktion des Risikos neuer zusätzlicher Erkrankungen» (SSAM 2012: 10) sind primär schadensmindernde Ziele. «... [D]ie Erhöhung sozialer Kompetenzen und der sozialen Integration und die Steigerung der Lebensqualität» (ebd. 10) sind hingegen eher der Säule Therapie zuzuordnen.⁴

2.2 Die Verschreibung opioidagonistischer Medikamente (OAM)

Die Verschreibung der opioidagonistischen Medikamente erfolgt durch (Haus-)Ärzte (vor allem Methadon) und durch spezialisierte Behandlungszentren. Die Verschreibung von Heroin resp. Diacetylmorphin nimmt dabei eine Sonderstellung ein (vgl. Kapitel 2.4.).

Gemäss Bundesamt für Gesundheit (BAG) befinden sich in der Schweiz rund 18 000 Personen in OAT mit Methadon, Buprenorphin, retardiertem Morphin u. a. und etwa 1600 Personen mit Diacetylmorphin (pharmazeutisch hergestelltes Heroin) in Behandlung.⁵

2.3 Behandlungszentren

Die Suprax, als eines dieser Behandlungszentren, beschreibt sich als «ein medizinisch und psychosozial ausgerichtetes Zentrum für ambulante Suchtbehandlung. Sie bietet Opioidagonistische Behandlungen mit Methadon, Subutex® (Buprenorphin), Sevre-Long® (retardiertes orales Morphin), L-Polamidon® und Diacetylmorphin (pharmazeutisch hergestelltes

⁴ Die betäubungsmittelgestützte Behandlung ist im Betäubungsmittelgesetz nur der Säule Therapie zugeordnet (Art. 3e BetmG). Entsprechend beinhalten die in der Betäubungsmittel-suchtverordnung formulierten Ziele im Vergleich zu den SSAM-Empfehlungen weniger schadensmindernde Aspekte: «Ziele der betäubungsmittelgestützten Behandlung sind:

- a. Distanzierung von der Drogenszene;
- b. Verhinderung der Beschaffungskriminalität;
- c. risikoarme Formen des Konsums psychoaktiver Substanzen;
- d. Reduktion und Abstinenz von Substitutionsmitteln». Art. 8 Abs. 1 BetmSV.

⁵ Vgl. www.tinyurl.com/ucr4nyl, Zugriff 18.11.2019 und Hildebrand et al. 2018.

Heroin) an und verfügt über 65 Plätze in der heroingestützten sowie ca. 150 Plätze in den übrigen Opioidagonistischen Behandlungen».

Die Suprax ist damit eines von gut 20 Zentren in der Schweiz, welche diacetylmorphingestützte Behandlungen (Synonym zu heroingestützte Behandlung oder kurz HeGeBe) anbieten.⁶

Die personelle Zusammensetzung in den Fach- oder Behandlungszentren ist vergleichbar; in der Suprax arbeiten Fachpersonen der Bereiche Psychiatrie mit Schwerpunkt Suchtmedizin, Soziale Arbeit, Pflege und Psychologie.

Eine wichtige Orientierung für die Durchführung der Behandlungen geben die medizinischen Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM 2012) und die darauf basierende Zusammenfassung «Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit des BAG, der SSAM und der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte Schweiz (VKS)» (BAG 2013).

Für die tägliche Arbeit sämtlicher Fachpersonen sind zudem die betriebseigenen Konzepte der Institutionen massgebend, welche in Anlehnung an die im Suchtbereich weit verbreitete Qualitätsnorm QuaTheDA häufig als Behandlungs- oder Dienstleistungskonzepte bezeichnet werden.

2.4 25 Jahre HeGeBe

Die heroingestützte Behandlung wurde 1994 eingeführt und beinhaltet eine – nach wie vor – stark reglementierte und kontrollierte Verabreichung von Diacetylmorphin.⁷ Zusätzlich zur Bewilligung des Kantonsarztamtes, welche bei der Opioidagonistischen Therapie für den Patienten oder die

⁶ Behandlungszentren mit einem Angebot an opioidagonistischen Therapien sind unterschiedlich organisiert: als Teil einer Klinik (z. B. Drop-in Luzern), als Teil eines umfassenden Suchthilfeangebotes (z. B. Contact Suchtbehandlung) oder als eigenständige Einheiten (z. B. Suprax oder KODA Bern). Nicht alle bieten diaphingestützte Behandlungen an. Behandlungszentren können unter www.suchtindex.ch gesucht werden.

⁷ Nach positiven Ergebnissen etablierte sie sich als therapeutische Massnahme und wurde bei der Revision von 2011 im Betäubungsmittelgesetz verankert. Aktuell werden rund 1'600 Abhängige in 21 ambulanten Fachzentren und 1 Strafvollzugsanstalt behandelt.

Patientin eingeholt werden muss, ist für die Verschreibung von Diacetylmorphin eine Bewilligung des Bundesamtes für Gesundheit erforderlich. Nebst den Bewilligungen sind auch Aufsicht, Kontrolle und Information zu dieser Behandlung Sache des BAG.

Ein positiver Aspekt der Regulierung sind die regelmässig auf nationaler Ebene stattfindenden Sitzungen, welche den Austausch und Know-how-Transfer zwischen den Behandlungszentren fördern.

3. Soziale Arbeit in der OAT – «Bestandesaufnahme»

In der Praxis ist die Soziale Arbeit in den Behandlungszentren für Opioidagonistische Therapien grösstenteils explizit eingebettet. Der Einbezug von Sozialarbeitenden in die Behandlung ist auf gesetzlicher Ebene verankert. In der Betäubungsmittelsuchtverordnung, Art. 8 Abs. 2 heisst es: «Die betäubungsmittelgestützte Behandlung wird von qualifizierten Personen, namentlich Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern, Pflegefachpersonen, *Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern* sowie Psychologinnen und Psychologen durchgeführt» (Hervorhebung der Autorin).

Auf konzeptioneller Ebene kommt die sozialarbeiterische Dimension zum Beispiel in den BAG-Empfehlungen (BAG 2013: 4) zum Tragen, wo die Behandlung als Verschreibung von opioidagonistischen Medikamenten «mit flankierenden somatischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen, *sozialarbeiterischen oder sozialpädagogischen* Massnahmen» definiert ist (BAG 2013: 4; Hervorhebung der Autorin). Weitergehende Hinweise zu den sozialarbeiterischen Massnahmen finden sich jedoch in den Empfehlungen nicht.⁸

Im «Handbuch diacetylmorphingestützte Behandlung» (BAG 2015: 11) ist festgelegt, dass pro PatientIn 1,7 Stellenprozent Sozialarbeit zur Verfügung stehen müssen. Solche Vorgaben gibt es jedoch bei den übrigen Opioidagonistischen Therapien nicht, und in der heroingestützten Behandlung hat diese Stellendotierung heute den Charakter einer Empfehlung.

⁸ Auch nicht in den zugrundeliegenden Empfehlungen der SSAM, vgl. auch Fussnote 13.

Zu den konkreten Aufgaben der Sozialarbeitenden gibt es keine Vorgaben oder Präzisierungen. Die Aufgaben und die Gestaltung der Zusammenarbeit mit den anderen Professionen sind in der Regel in den Behandlungs- oder Dienstleistungskonzepten des Behandlungszentrums beschrieben. Eine einheitliche Beschreibung des Stellenwertes und der Aufgaben der Sozialen Arbeit ist daher nicht möglich.

Die folgenden Ausführungen stützen sich auf eine E-Mail-Umfrage⁹ sowie auf die konkrete Praxis in der Suprax.

3.1 *Stellenwert der Sozialen Arbeit*

Die Soziale Arbeit ist in den HeGeBe-Zentren grundsätzlich gut verankert. Für die Betreuung von PatientInnen, welche eine Opioidagonistische Therapie mit Diacetylmorphin erhalten, gelten häufig nach wie vor die empfohlenen 1,7 Stellenprozente pro PatientIn, was in der Regel mehr Stellenprozente sind als für PatientInnen ohne Diacetylmorphin. Die Soziale Arbeit wird in der Institution als gleichberechtigt neben den anderen Professionen wahrgenommen und leistet einen wichtigen Beitrag in der Behandlung. Dieser hohe Stellenwert ist in einigen Institutionen z. B. dadurch gegeben, dass die Sozialarbeitenden zusätzlich zu ihren Aufgaben als FallkoordinatorInnen für die Behandlungsplanung verantwortlich sind. Auch übernehmen sie wichtige, z. T. nicht sozialarbeiterspezifische Aufgaben: In mehreren Behandlungszentren arbeiten sie auch in der «Abgabe» mit; d. h. sie sind zusammen mit den Pflegefachpersonen für die Abgabe der Betäubungsmittel und Medikamente zuständig. In verschiedenen Zentren organisieren Sozialarbeitende für oder mit den PatientInnen Gruppenaktivitäten. In unterschiedlichem Masse sind Sozialarbeitende in projektbezogene Arbeiten, Forschung, Statistik oder Öffentlichkeitsarbeit involviert.

⁹ Die Umfrage erfolgte per E-Mail (2018) unter den Stellenleitenden der HeGeBe-Zentren und genügt nicht wissenschaftlichen Standards. Bei der Umfrage ging es um Eindrücke und Tendenzen. Von 17 angeschriebenen Zentren haben 10 (inkl. Suprax) geantwortet. Die Umfrageergebnisse können bei der Autorin angefragt werden.

3.2 *Aufgaben und Methoden der Sozialen Arbeit*

Die Aufgaben der Sozialarbeitenden sind sehr vielfältig und umfassen ein breites Spektrum an Themen. Exemplarisch sind hier die Aufgaben und Kompetenzen der Sozialen Arbeit der Suprax angeführt, wie sie im Behandlungskonzept (2014) festgehalten sind:

- Moderation der interdisziplinären Fallaufnahmen, inkl. Durchführung einer Sozialanamnese
- Organisation und Teilnahme an Netzgesprächen
- Fallführung und Fallkoordination als Bezugsperson für Klienten, die sich in sozial komplexen Situationen befinden
- Vermittlung von Informationen und Beratung in den Bereichen: Arbeit, Finanzen, Recht und Justiz, Wohnen, Freizeit, Nebenkonsum, Soziale Beziehungen
- Finanzielle Existenzsicherung (Vermittlung zu Sozialdiensten, Erwachsenen- und Kinderschutz, Sozialversicherungen, Vorabklärungen betr. Subsidiaritäten)
- Schuldenberatung, kleinere Schuldensanierungen und/oder Vermittlung an Fachstellen
- Systemisch-lösungsorientierte Beratung bei psychosozialen Themen, zielorientierte Prozesse begleiten
- Triage zu Wohnangeboten
- Vermittlung zu Arbeitsangeboten
- Administrative Unterstützung
- Unterstützung beim Ausfüllen der Steuererklärung und Beratung in Steuerfragen
- Beratung für Anschlussbehandlungen und Nachsorge
- Finanzierungsabklärungen bei Therapien, Zahnarztgesuchen etc. (Sozialdiensten, Versicherungen, Wohnprojekten etc.)
- Mitarbeit bei Kriseninterventionen bei Selbst- und Fremdgefährdung jeweils innerhalb des Behandlungs- oder Gesamtteams
- Begleitung zu Verhandlungen, Arbeitgebern, Gerichtsterminen, Wohnanbietern, Therapiestätten etc.
- Beratung betr. Suchtproblemen und allfälligem Nebenkonsum
- Niederschwellige und proaktive Klientenarbeit
- Beratung bei Partnerschaft und Familie

- Beratung hinsichtlich therapeutischer Angebote und Triage
- Gruppenangebote

Diese Aufzählung der Aufgaben unterscheidet sich nicht wesentlich von jenen der befragten Behandlungszentren. Einige bieten z. B. auch freiwillige Lohn- resp. Geldverwaltungen an.

Zur Bewältigung dieser Aufgaben stützt sich die Soziale Arbeit auf den Berufskodex der Sozialen Arbeit, auf den Ansatz des Empowerments sowie auf verschiedene Formen der Gesprächsführung und hier insbesondere auf die Motivierende Gesprächsführung (Miller & Rollnick 2002). Weiter kommen Systemische Ansätze und Case Management zum Einsatz.¹⁰

Konzeptuell basieren Sozialarbeitende in den Behandlungszentren ihr professionelles Handeln auf eine Vielfalt unterschiedlicher Modelle (z. B. 5-Säulen-Modell nach Petzold, Verhaltenstherapie, Transtheoretisches Modell).

3.3 *Interprofessionelle Zusammenarbeit*

Interprofessionelle Zusammenarbeit, verstanden als patientenorientierte Versorgung, welche in unmittelbarer und sich ergänzender Zusammenarbeit durch Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen mit verschiedenen Spezialisierungen, beruflichen Selbst- und Fremdbildern und Kompetenzbereichen geleistet wird, ist Teil des alltäglichen Handelns in den Behandlungszentren für Opioidagonistische Therapien.

Dass die Behandlung interprofessionell erfolgen soll, ist auch in den BAG-Empfehlungen festgehalten: «Das 'somato-psycho-soziale' Hilfsangebot beinhaltet die Unterstützung bei den zentralen Bedürfnissen der PatientInnen, seien diese medizinischer, psychiatrischer, psychologischer, sozialer (Wohnen, Arbeit, Lebensunterhalt etc.), juristischer oder anderer Natur» (BAG 2013: 8). Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist entsprechend auch in den Behandlungskonzepten der Fachzentren verankert.

In der Praxis (zumindest in der Suprax) ist das Vorgehen pragmatisch und äussert sich beispielsweise bei der Behandlungsplanung oder beim

¹⁰ Die Angaben in diesem und im folgenden Abschnitt beruhen auf den Angaben aus der oben erwähnten Umfrage, vgl. Fussnote 9.

Lösen von Problemen durch die Suche nach einem Konsens, bei dem die beteiligten Berufsgruppen ihr spezifisches Wissen einbringen und professionsadäquate Teilaufgaben übernehmen. Der Arzt als letztlich Verantwortlicher für die Behandlung muss jedoch mit dem Vorgehen einverstanden sein. Dieses konsensuelle Aushandeln geschieht in der Suprax täglich – im halbstündigen Patientenrapport, in den regelmässigen Fallbesprechungen etc. In der Suprax sind des Weiteren bei den Aufnahmegesprächen sämtliche Berufsgruppen involviert.

3.4 *Soziale Arbeit als eigenständige Profession in der OAT?*

Die fachliche Expertise der Sozialen Arbeit ist konzeptuell bei der Erarbeitung der Behandlungsplanung integriert, die soziale Dimension bei der Suchterkrankung (und allfälliger weiterer psychischer Störungen) ist automatisch in den Hilfeprozess eingebunden.

Die Soziale Arbeit ist jedoch auch in der Opioidagonistischen Therapie keine «eigenständige» Profession¹¹: Die Soziale Arbeit wird zwar durchaus als wichtiger und oftmals auch als gleichberechtigte Akteurin wahrgenommen, aber die Soziale Arbeit tritt nicht mit einer gleichermassen fundierten Expertise auf, wie dies beispielsweise die Ärztinnen und Ärzte tun. Sozialarbeitende stützen sich in ihrem Handeln nicht auf konsolidierte Theorien oder auf eine evidenzbasierte Praxis. Zudem sind letztlich die Ärzte verantwortlich für die Behandlung.

3.4.1 *Medizinische Dominanz*

Die fortschreitende Medizinalisierung in der Suchthilfe ist in Fachkreisen bereits länger Thema. Sommerfeld konstatiert diesbezüglich einen «dominanten medizinisch-therapeutischen Diskurs» (Sommerfeld 2016: 27). Der Sozialen Arbeit gelingt es nicht, gegenüber der Medizin ihre eigenen professionellen Bezugspunkte mit einer fundierten Expertise zur Geltung zu bringen resp. als gleichwertig anerkannte Profession und auf gleicher Augenhöhe mit der Medizin in den Austausch zu treten (vgl. Sommerfeld et

¹¹ Nebst den hier angeführten Belegen beruht diese Einschätzung auf den langjährigen Arbeitserfahrungen der Autorin in der Opioidagonistischen Therapie, unter anderem als Sozialarbeiterin in verschiedenen Behandlungszentren. Vgl. auch Sommerfeld et al. (2016), die für die Psychiatrie aufzeigen, dass Soziale Arbeit keine eigenständige Profession ist.

al. 2016: 10). Bisweilen wird die Frage gestellt, ob es Soziale Arbeit in der Opioidagonistischen Therapie braucht.¹²

Dieser Eindruck bestätigt sich mit Blick in die einschlägigen Guidelines: Die für die Opioidagonistische Therapie relevanten Empfehlungen der SSAM basieren auf internationalen Guidelines, Metaanalysen und Cochrane-Übersichtsarbeiten (SSAM 2012: 4) und wurden nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin verfasst. Analoge sozialarbeiterische Empfehlungen gibt es nicht.¹³ In den SSAM-Empfehlungen wird durchaus explizit ein Zugang zu einem breiten Angebot an psychiatrischer und sozialer Unterstützung sowie die Koordination dieser Hilfen empfohlen (vgl. SSAM 2013: 11/61). Hinweise zur konkreten Ausgestaltung einer interprofessionellen Zusammenarbeit sind in den Empfehlungen jedoch nicht enthalten.

Ein weiterer Aspekt ist, dass die erbrachten Dienstleistungen in der Opioidagonistischen Therapie über die Grundversicherung der Krankenkasse abgerechnet werden. Im Gegensatz zu den ärztlichen Leistungen sind sozialarbeiterische Leistungen beschränkt abrechenbar und zu einem deutlich tieferen Ansatz.

3.4.2 Fehlen einer fundierten Expertise

Sozialarbeitende orientieren sich in ihrem alltäglichen Handeln in der Regel nicht an einer evidenzbasierten Forschung. Angewendet wird, was in der Ausbildung vermittelt wurde und was an der aktuellen Arbeitsstelle geboten oder in den Behandlungskonzepten gefordert ist. Dies ist häufig ein Mix verschiedener Konzepte, Methoden und Modelle (vgl. 3.2). Es gibt keinen einheitlichen, klar anerkannten «Kanon» an Methoden und Tools.

¹² Der Befund der mangelnden Expertise wird von einem der befragten Behandlungszentren explizit geäußert, wobei hinzugefügt wird: «Daher begrüßen wir die Neuformierung des Fachverband SAGES» (Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen). Dass die Soziale Arbeit zunehmend unter Beschuss gerät, zeigt sich auch daran, dass in der heroingestützten Behandlung die Vorgabe der Stellendotierung von 1,7 Stellenprozent pro PatientIn nicht mehr überall eingehalten wird.

¹³ Die SSAM (2012: 5) äussert sich dazu wie folgt: «Da es sich in dieser Arbeit um medizinische Empfehlungen handelt, wird dem wichtigen sozialarbeiterischen/sozialpädagogischen Aspekt nur so weit Rechnung getragen, wie es für Ärzte zur interdisziplinären Zusammenarbeit wichtig ist. Die Erarbeitung Schweiz weit gültiger Empfehlungen im Umgang mit Opioidabhängigen im Sozialbereich wäre zu begrüßen».

Die der Sozialen Arbeit zugeordneten Aufgaben ergeben eine wenig systematisierte Aufzählung. Zudem wird bei dieser Aufgabenliste weder eine Priorisierung noch der Leistungsumfang einzelner Aufgaben deutlich. Sozialarbeiterisches Handeln wirkt daher bisweilen etwas zufällig. Eine Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis findet nicht (oder nur punktuell, z. B. in praxisorientierten Forschungsprojekten) statt.¹⁴ Somit gibt es auch wenig Wissenstransfer von der Wissenschaft in die Praxis und umgekehrt.

3.4.3 Mangelnde soziale Diagnostik

Eine soziale Diagnostik, verstanden als «(1) Prozess des wissens- und methodengestützten, wertebasierten, multiperspektivischen Erfassens, Erklärens und Verstehens von sozialen Problemlagen und bio-psycho-sozio-kulturellen Problemstellungen mit besonderem Fokus auf die soziale Dimensionen sowie die dialogische Verständigung darüber und (2) dessen Ergebnis: die soziale Diagnose» (Sommerfeld et al. 2016: 267), gibt es in der Opioidagonistischen Therapie ansatzweise. Grundlagen z. B. zu sozialer Diagnostik werden in der Ausbildung der Sozialen Arbeit durchaus vermittelt; die tatsächliche Anwendung in der Praxis scheitert jedoch an fehlenden praktikablen Tools, welche die limitierten zeitlichen und personellen Ressourcen entsprechend berücksichtigen. Dies bedeutet, dass z. B. eine eigenständige theoriegeleitete soziale Diagnostik nicht oder nur rudimentär erfolgt, und somit eine systematische und gleichrangige Perspektive als Grundlagen für die Behandlungsplanung neben einer medizinisch-psychiatrischen sowie pflegerischen¹⁵ Diagnostik eingeschränkt zur Verfügung steht. Eine soziale Diagnostik wäre indes ein wichtiger Beitrag im Hinblick auf eine kontinuierliche Verbesserung der Praxis im Sinne einer Qualitätsentwicklung und einer fortschreitenden Professionalisierung. Zudem ermöglicht eine soziale Diagnostik der Sozialen Arbeit, dass sie sich den Auftrag selbst gibt und diesen nicht von einer anderen Profession zugewiesen erhält (vgl. auch Sommerfeld et al. 2016: 296).

¹⁴ Dies zeigt sich auch in der Umfrage der Autorin bei den HeGeBe-Zentren, vgl. Fussnote 9.

¹⁵ Auf eine allenfalls mangelhafte Positionierung der Pflege als eigenständige theoriegeleitete Profession wird hier nicht eingegangen.

4. Quo vadis – welche Soziale Arbeit in der OAT?

Soziale Arbeit in der Opioidagonistischen Therapie sollte sich als Profession auf gleicher Augenhöhe wie die Medizin positionieren, wenn sie sich als wichtige Akteurin *weiterhin* behaupten will. Gestützt auf evidenzbasierte Praxis soll sie sich eigenständig in die Suchtbehandlung einbringen und deren soziale Dimension bearbeiten.

4.1 Sucht ist (auch) ein soziales Problem

Die Anerkennung der Sucht als medizinisches Problem hat für Betroffene viel gebracht. Für die Bearbeitung einer Suchtproblematik sollte jedoch die soziale Dimension nicht ausser Acht gelassen werden.¹⁶ Soziale Determinanten wie Einkommenssituation, (Schul-)Bildung, soziale Ungleichheit sind als Ursachen von Sucht relevant. Und Folgen einer Suchterkrankung bringen soziale Probleme, wie Arbeitslosigkeit, Armut, Devianz etc. mit sich. Sucht ist oft auch Ursache für gesellschaftliche Ausschlussprozesse (Sommerfeld 2016). Ursachen und Folgen sind zudem nicht immer eindeutig unterscheidbar (Sommerfeld 2016: 29).

In ihren Forschungsarbeiten in der Psychiatrie zeigen Sommerfeld et al. (2016) auf, dass soziale Prozesse eng mit psychischen Prozessen verzahnt sind und sich gegenseitig bedingen; sie sprechen von einer «strukturellen Koppelung» (ebd. 7; vertiefter: 97ff).¹⁷ Das bedeutet unter anderem, dass bei der Behandlung von psychischen Krankheiten mit Psychotherapie alleine – insbesondere bei ungünstigen Lebensbedingungen – keine nachhaltige Verbesserung des Zustands erreicht werden kann (vgl. ebd. 161). Die Soziale Arbeit ist prädestiniert, mit einer gleichzeitigen

¹⁶ Sommerfeld (2016) plädiert dafür, dass eine Polarisierung bei der Frage, inwieweit Sucht ein medizinisches oder soziales Problem ist, nicht zielführend ist. Zur erfolgreichen Bewältigung suchtbezogener Problemlagen braucht es sowohl die medizinische als auch die soziale Perspektive.

¹⁷ Sommerfeld et al. (2016: 130ff) versuchen dabei, Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungs-/Gesundungsprozessen und ihrer sozialen Dimension nicht nur zu beschreiben, sondern auch zu erklären. In ihrer Theorie der Integration und Lebensführung versuchen sie der Komplexität dieser Prozesse gerecht zu werden, indem sie Forschungserkenntnisse auf allen drei Ebenen des bio-psycho-sozialen Modells ein- und aufeinanderbeziehen.

Bearbeitung der sozialen Dimension zu einer Verbesserung der Lebenssituation beizutragen.

4.2 *Handlungstheoretisches Wissen*

Sozialarbeitende sollen sich von Nicht-Professionellen darin unterscheiden, dass sie bessere Problemlösungen liefern. Diese gesteigerte Problemlösefähigkeit, die der Profession ihre Legitimität verleiht, beruht auf dem Anspruch, berufliches Handeln mit wissenschaftlichem Wissen zu verknüpfen. Damit die Soziale Arbeit mit einer fundierten Expertise auftreten kann, benötigt sie eine solide handlungstheoretisch fundierte Wissensbasis.

Als allgemeine Theorie der Sozialen Arbeit postulieren Sommerfeld et al. die von ihnen entwickelte Theorie von Integration und Lebensführung (vgl. Sommerfeld et al. 2011; 2016: 50ff; 70). Sie gehen davon aus, dass die gesellschaftliche Funktion der Sozialen Arbeit in der Bearbeitung des – gesellschaftlich induzierten – Integrationsproblems liegt. Die Aufgabe eines jeden Menschen ist es, sich in die Gesellschaftsstruktur einzufügen (ebd. 67). Das Erfordernis, Integration selbst und aktiv mithertzustellen, macht deutlich, dass diese immer auch vom Scheitern bedroht ist, z. B. durch Arbeitslosigkeit, durch eine psychische Krise oder Suchterkrankung etc.

Soziale Arbeit hat unter anderem die Aufgabe, Menschen mit eingeschränkter Teilhabe und Ressourcenausstattung beim Erreichen der für sie geeigneten «Integrationsarrangements» zu unterstützen. Bei dieser Aufgabe ist für Sommerfeld et al. (2016: 71ff) die soziale Gerechtigkeit als Leitmotiv wichtig: Jeder Mensch soll ein «'gutes', das heisst menschenwürdiges Leben entlang einiger objektiver Kriterien» führen können.

5. **Arbeitsfeld Sucht und Opioidagonistische Therapie**

Mit ihrem Modell plädieren Sommerfeld et al. (2016) dafür, dass ihre Theorie für die jeweiligen Arbeitsfelder nutzbar gemacht werden sollte, indem arbeitsfeldspezifisches Beschreibungs- und Erklärungswissen erarbeitet wird. Im Folgenden werden lediglich einzelne Elemente beschrieben oder

skizziert, die bei der Entwicklung einer Handlungstheorie spezifisch für die Opioidagonistische Theorie zu berücksichtigen wären.

5.1 *Theorien zu Sucht*

Theorien zu Sucht gibt es viele: psychologische, biologische, soziologische, ökonomische, bio-psycho-soziale etc. Oft sind diese Theorien in der Lage, bestimmte Aspekte des Phänomens Sucht zu erklären, wogegen andere Aspekte unterbelichtet oder in den Erklärungsansätzen unbeachtet bleiben (vgl. West & Brown 2013: 1). Für die Opioidagonistische Therapie ist eine Theorie, welche zu erklären versucht, weshalb Menschen trotz besseren Wissens an einem selbstschädigenden Verhalten festhalten, von zentraler Bedeutung. Daher ist beispielsweise die Theorie zu Sucht interessant, wie sie West & Brown entwickeln. Ihrer Arbeitsdefinition nach ist Sucht als ein Geschehen zu verstehen, bei welchem ein starker Drang zum Konsum von psychoaktiven Substanzen trotz einer allfälligen Selbstschädigung besteht: «Addiction is a chronic condition involving a repeated powerful motivation to engage in a rewarding behaviour, acquired as a result of engaging in that behaviour, that has significant potential for unintended harm» (West & Brown 2013: 15).

5.2 *Besonderheiten der Opioidagonistischen Therapie*

Suchterkrankte Personen, insbesondere jene in der Opioidagonistischen Therapie, sind nach wie vor von Stigmata, Ausschluss und Diskriminierung betroffen. Diese Aspekte beeinflussen massgeblich das Hilfesuchverhalten (vgl. Paylor et al. 2012: 38). Es bleibt eine Herausforderung, betroffene Personen zu einer Behandlung resp. zum Verbleib in einer Behandlung zu motivieren (vgl. Paylor et al. 2012, Hildebrand et al. 2018).

Von besonderer Relevanz in der Opioidagonistischen Therapie ist das Thema der Komorbidität. Gut belegt ist dies bei der Behandlung mit Diacetylmorphin (Hildebrand et al 2018): Es zeigt sich, dass gut 40 % der Personen beim Austritt eine weitere psychiatrische Störung aufweisen, bei gut 10 % sind es zwei psychische Störungen; am häufigsten sind Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie affektive Störungen. Auch somatische Erkrankungen sind bei dem zunehmend älter werdenden Klientel

häufig. Die Prävalenzen für HIV und Hepatitis sind höher als bei der Gesamtbevölkerung. Besonders häufig ist Hepatitis C.

5.3 *Aufgaben der Sozialen Arbeit in der OAT*

Sommerfeld et al. (2016: 179f) identifizieren für den Bereich der Psychiatrie im Wesentlichen vier Aufgaben, welche Sozialarbeitende in der Betreuung von psychisch erkrankten Menschen zu leisten haben. Es sind dies (1) die Sicherung von Anschlussversorgung und Aktivierung der sozialstaatlichen Sicherungssysteme, (2) sozialarbeiterische Interventionen in die psycho-sozialen Verläufe, (3) die Koordination und Vernetzung und (4) die Prävention. Eine analoge Systematisierung der Aufgaben ist auch für den Bereich der Opioidagonistischen Therapie sinnvoll:

Zur Sicherung der materiellen Existenz (1) erbringen die Sozialarbeitenden oft in Zusammenarbeit mit den verschiedensten Akteuren eine Vielzahl sozialarbeiterischer Leistungen und unterstützen die PatientInnen in einer sehr konkreten Weise in ihrer Lebensführung und Integration hin zu einem guten bzw. menschenwürdigen Leben. Die meisten der im Kapitel 3.2 genannten Aufgaben sind diesem Bereich zuzuordnen. Auf die sozialarbeiterischen Interventionen (2) und die Koordination und Vernetzung (3) wird im Folgenden expliziter eingegangen. Die «Prävention» (4) ist im Bereich der Opioidagonistischen Therapie nicht als klassische Suchtprävention, also die Verhinderung des Suchtmittelkonsums (= Primärprävention) zu verstehen. Im Sinne der Gesundheitsförderung oder Tertiärprävention kann Soziale Arbeit z. B. durch psychoedukative Ansätze einen Beitrag zum Verhindern weiterer Krankheiten leisten.

5.3.1 *Schaffen von Erfahrungsräumen*

Innerhalb der Opioidagonistischen Therapie wäre das Schaffen und Gestalten von Erfahrungsräumen zu prüfen, in denen Lernprozesse stattfinden können (Sommerfeld et al. 2006: 204). So sollen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen gestärkt und eine progressive Verantwortungsübernahme ermöglicht werden (ebd. 207). Die einmal wöchentliche bis zweimal tägliche Verabreichung der verschriebenen (opiodagonistischen) Medikamente ist geprägt von einem Mix verschiedenster Elemente: geregelte Öff-

nungszeiten, Wartezeiten, Suchtdruck, Hausregeln, strukturierte (mitunter stark ritualisierte) Abläufe, Interaktionen zwischen PatientInnen und Pflegefachpersonen etc. Diese Situation könnte vermehrt als Lernfeld genutzt und durch soziale Interventionen gestaltet werden.

5.3.2 Kooperation

Koordination und Kooperation betreffen verschiedene Ebenen und Systeme. Die Wichtigkeit und der Bedarf der Vernetzung über die Institution hinaus ist auch in der Nationalen Strategie Sucht (2015: 43) erkannt: «Auf der Ebene der Suchthilfe gilt es zum einen, die eher medizinisch-psychiatrisch ausgerichteten Leistungserbringer und jene aus dem sozialmedizinischen und psychosozialen Bereich enger zu vernetzen und eine effiziente Kooperation aufzubauen, damit trotz unterschiedlicher finanzieller und gesetzlicher Rahmenbedingungen die Qualität und Wirksamkeit des Suchthilfesystems und der Suchtprävention nachhaltig sichergestellt werden kann». Die Vernetzung auf Ebene der psychosozialen Betreuung, also die Zusammenarbeit und Aufgabenteilung zwischen den Behandlungszentren, Sozialdiensten, Arbeits- und Wohnangeboten sowie weiteren spezialisierten psychosozialen Angeboten wie z. B. der Schuldensanierung, funktionieren im Bereich der Opioidagonistischen Therapie grundsätzlich gut. Handlungsbedarf besteht im somatisch-psychiatrischen Bereich. Wenn Personen in Opioidagonistischer Therapie oft gleichzeitig psychiatrische und/oder z. T. mehrere somatische Behandlungen benötigen, ergeben sich häufig sehr komplexe Situationen. Erforderlich wäre eine Gesamt- sicht und jemand, der eine führende Rolle einnimmt, um die Behandlungen unter Einbezug des Patienten und seiner Autonomiebedürfnisse zu koordinieren und aufeinander abzustimmen. Könnte dies Aufgabe der Sozialen Arbeit sein?

6. Ausblick

Sommerfeld et al. (2016) haben mit ihren Arbeiten einen wichtigen Grundstein für eine verbesserte Positionierung der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe gelegt. Mit dem vorliegenden Artikel wurde auf das Arbeitsfeld der Opioidagonistischen Therapie bezogen versucht, einige zentrale Aspekte

sozialer Arbeit in diesem Bereich, wie z. B. die Koordination, zu nennen, die bei der weiteren Theoriebildung zu berücksichtigen sind. Für den Aufbau eines konsolidierten Wissenskorpus inkl. arbeitsfeldbezogener Theorien müssen jedoch geeignete Formen der Zusammenarbeit, des Know-how-Transfers und/oder des Austauschs zwischen Theorie und Praxis entwickelt und gefunden werden. Diese fehlen heute weitgehend. Nur wenn es der Sozialen Arbeit gelingt, die soziale Dimension (der Suchtproblematik) aufgrund evidenzbasierter Praxis zu bearbeiten, wird sie sich längerfristig in der Opioidagonistischen Therapie behaupten können. Hierzu sollten auch Empfehlungen analog zu jenen der SSAM erarbeitet werden. Damit PatientInnen in der Opioidagonistischen Therapie beim Erstreben eines 'guten' und gelingenderen Lebens unterstützt werden, braucht es auch den Beitrag der Sozialen Arbeit.

Literatur

- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2015): Nationale Strategie Sucht 2017-2024. Bern. www.tinyurl.com/y3ys9crl, Zugriff 22.10.2019.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2015): Handbuch Diacetylmorphingestützte Behandlung. Richtlinien und Erläuterungen zu den gesetzlichen Bestimmungen. Bern. www.tinyurl.com/yyafbogo, Zugriff 22.10.2019.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2013): Substitutionsgestützte Behandlung bei Opioidabhängigkeit. Empfehlungen. Revision 2013 des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM), der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte Schweiz (VKS). Bern. www.tinyurl.com/y6nd7wkw, Zugriff 22.10.2019.
- Hiltebrand, D./Dey, M./Bolliger, H./Schaub, M. (2017): Heroingestützte Behandlung in der Schweiz. Resultate der Erhebung 2017. Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF. Zürich. www.tinyurl.com/y2pzw4k, Zugriff 22.10.2019.
- Infodrog (2018): Monitoring des Substanzkonsums in den Kontakt- und Anlaufstellen. Jahresbericht 2018. Ein Projekt der Kontakt- und Anlaufstellen Schweiz und von Infodrog. Bern. www.tinyurl.com/y6mk57mj, Zugriff 22.10.2019.
- Miller, W./Rollnick, S. (2002): Motivational interviewing: preparing people for change. New York: Guildford Press.
- Paylor, I./Measham, F./Asher, H. (2012): Social Work and Drug Use. Maidenhead.
- Pompidou Group (2017): Opioid Agonist Treatment. Guiding principles for legislation and regulations. Expert group on the regulatory framework for the treatment of opioid dependence syndrome and the prescription of opioid agonist medicines. Strasbourg. www.tinyurl.com/yxboc4zw, Zugriff 22.10.2019.
- Sommerfeld, P. (2016): Sucht – ein medizinisches oder ein soziales Problem? SuchtMagazin (42)6: 27-31.

- Sommerfeld, P./Dällenbach, R./Rüegger, C., Hollenstein, L. (2016): *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Sommerfeld, P./Hollenstein, L./Calzaferri, R. (2011): *Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- SSAM – Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (2012): *Medizinische Empfehlungen für substitions-gestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit 2012*. www.tinyurl.com/m9tofcx, Zugriff 22.10.2019.
- Sucht Schweiz (2013): *Im Fokus – Heroin*. Lausanne.
- West, R./Brown, J. (2013): *Theory of addiction*. Chichester: Wiley Blackwell.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

