

Robert Bauer

Sucht zwischen Krankheit und Willensschwäche

Sucht zwischen Krankheit und Willensschwäche

Tübinger Studien zur Ethik
Tübingen Studies in Ethics

2

Herausgegeben vom Internationalen Zentrum
für Ethik in den Wissenschaften (IZEW)

Schriftleitung: Prof. Dr. Regina Ammicht Quinn
Prof. Dr. Friedrich Hermann
Dr. Roland Kipke
Prof. Dr. Thomas Potthast
Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing

Robert Bauer

Sucht zwischen Krankheit und Willensschwäche

francke |
VERLAG

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

© 2014 · Narr Francke Attempto Verlag GmbH + Co. KG
Dischingerweg 5 · D-72070 Tübingen

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne
Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für
Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und
Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem und säurefreiem Werkdruckpapier.

Internet: www.francke.de
E-Mail: info@francke.de

Printed in Germany

ISBN 978-3-7720-8471-3

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	8
2	Einleitung	11
2.1	Eine alte Debatte	12
2.2	Die offizielle Dominanz der Biomedizin.....	13
2.3	Der janusköpfige Umgang mit Abhängigkeit	15
2.4	Verschiedene Ebenen des Suchtverständnisses	16
2.5	Das Suchtverständnis in der deutschen Suchthilfe.....	17
2.6	Zusammenfassung	18
3	Das Suchtverständnis - Grundlegendes	19
3.1	Das Suchtverständnis als Einstellung.....	19
3.1.1	Definition	20
3.1.2	Plausibilität des Suchtverständnisses als Einstellung.....	20
3.1.3	Sozialontologische und professionstheoretische Aspekte.....	22
3.2	Professionelle Mitarbeiter/-innen in der Suchthilfe.....	23
3.2.1	Definition	23
3.2.2	Verteilung der Berufsgruppen	24
3.2.3	Professionen untereinander.....	25
3.3	Stoffgebundene Abhängigkeit im Generellen	27
3.3.1	Definition	27
3.3.2	Einschränkung auf Stoffgebundenheit	28
3.3.3	Plausibilität von Abhängigkeit im Generellen.....	30
3.4	Zusammenfassung	30
4	Das Suchtverständnis - Deskriptives	32
4.1	Forschungsfrage.....	32
4.2	Forschungsstand.....	33
4.2.1	Theorien über das Suchtverständnis	34
4.2.2	Empirische Arbeiten zum Suchtverständnis.....	43
4.2.3	Zusammenfassung.....	54
4.3	Theoretische Forschungsarbeit	55
4.3.1	Suchtbild	56
4.3.2	Ursache.....	57

4.3.3	Verantwortung.....	58
4.3.4	Schuldfähigkeit	60
4.3.5	Norm.....	63
4.3.6	Entlassbereitschaft	64
4.4	Empirische Forschungsarbeit.....	65
4.4.1	Hypothesen.....	66
4.4.2	Methode	68
4.4.3	Resultate.....	77
4.4.4	Diskussion.....	102
4.5	Schluss.....	104
5	Das Suchtverständnis - Ethisches	106
5.1	Forschungsfrage.....	107
5.1.1	Metaethische und begriffsanalytische Vorüberlegungen ..	108
5.1.2	Normative Hypothese.....	108
5.1.3	Falsifizierung.....	110
5.1.4	Begründungstiefe.....	111
5.1.5	Konkretionsbedarf	112
5.1.6	Skepsis gegenüber Ethik und Professionalität.....	114
5.2	Ethische Forschungsarbeit.....	117
5.2.1	Darf Abhängigen für einen Rückfall Schuld zugeschrieben werden?.....	118
5.2.2	Kann Abhängigen für einen Rückfall legitim Schuld zugeschrieben werden?.....	135
5.2.3	Soll Abhängigen für einen Rückfall Schuld zugeschrieben werden?.....	170
5.3	Schluss.....	179
6	Zusammenfassung und Ausblick	181
6.1	Einleitung	181
6.2	Grundlegendes.....	181
6.3	Deskriptives.....	181
6.4	Ethisches	183
6.5	Zusammenfassung	184
6.6	Ausblick.....	185
7	Literaturverzeichnis	188

8 Anhang	213
8.1 Anschreiben Konstrukttest.....	214
8.2 Versendung Konstrukttest	215
8.3 Fragebogen Konstrukttest	216
8.4 Dankschreiben Konstrukttest	222
8.5 Items	223
8.6 Weitere Abbildungen.....	228

1 Vorwort

Sucht ist ein altes Phänomen und die Theorien darüber Legion. Die Hoffnung auf die richtige Theorie, welche Sucht erklärt und sinnvolle Handlungsanweisungen für den Umgang damit gibt, ist wohl fast ebenso alt. Wenig verwunderlich ist es daher, dass mit Beginn der Neuzeit und dem Aufstieg soziologischer und sozialpsychologischer Analysen menschlichen Handelns auch die Reflexion über Sucht auf eine Metaebene gehoben wurde. Die Gründe für den Wechsel oder Fortbestand bestimmter Theorien über Sucht, i.e. Suchtverständnisse, wurden erforscht und begründet und scharf gegeneinander gestellt. Dabei ist aber auffällig, dass eine Trennung deskriptiver von normativen Aspekten kaum stattfindet. Bei aller Brillanz der einzelnen Positionierungen kann dies den Diskurs über Sucht entrationalisieren. Werden die Prämissen der Konstruktion von Suchtverständnissen nicht expliziert und selbst zur Diskussion gestellt, folgen Ideologisierung und Tabubildung. Mit dem Aufstieg der Neuro-Ethik zur philosophischen Teildisziplin beginnt sich dies zu ändern, jedoch wird auch in dieser Richtung Sucht gerne nur als Beispiel zur Untermauerung einer Ansicht zur Willensfreiheit verwendet und dabei simplifiziert gebraucht.

Meine Doktorarbeit verortet sich in diesem Diskussionsspektrum und ist bemüht um eine Rationalisierung der Diskussion über Suchtverständnisse. Dem eiligen Leser sei dabei der ausführliche Schluss empfohlen, indem die Hauptergebnisse und Überlegungen zusammengefasst wurden. Für die Forschungsarbeit war es zuerst nötig, sich in dem Dickicht verschiedener Theorien zum Suchtverständnis zurechtzufinden. Die generellen Anmerkungen sowie das Kapitel zum Forschungsstand wurden zu einem Überblick über Theorien und empirische Befunde zum Suchtverständnis zusammengestellt, wie er bisher in der Literatur noch nicht zu finden ist. Die Zusammenfassung mündet in einem Entwurf für eine integrative Theorie des Suchtverständnisses. Gemeinsam mit Natalie Eppler und Julia Wolf wurde andernorts mit mir als Erstautor ein Überblick über Theorien zum Suchtverständnis publiziert (vgl. Bauer et al. 2009).

Die Doktorarbeit wurde zudem in zwei große Kapitel geteilt, eines zur Empirie des Suchtverständnisses, das zweite zur Ethik des Umgangs mit Rückfälligkeit. Diese explizite Trennung von Ethik und Empirie betont die Eigenständigkeit der jeweiligen Forschungsfragen und unterstützt durch den drastischen Methodenwechsel die angemessene Diskussion der deskriptiven und normativen Seiten des Suchtverständnisses. Gemeinsam mit Sebastian Schleidgen und Michael Jungert wurde andernorts ein allgemein gehaltener Artikel zum Verhältnis von Empirie und Ethik publiziert (vgl. Schleidgen et al. 2009), der als metaethische und begriffliche Begründung

für diese scharfe Trennung zu verstehen ist. Die Begründung wird auch in dieser Arbeit dargelegt und zudem um die Besprechung professionsethischer und -theoretischer Aspekte erweitert. Die Überlegungen zur Bündelung von Entscheidungen bauen zudem auf einen eigenen Vortrag in Utrecht auf.

Die empirische Forschungsarbeit beschäftigt sich mit der Fallstrukturgesetzlichkeit, durch die professionelle Mitarbeiter/-innen in der deutschen Suchthilfe zu Entscheidungen und Urteilen über Abhängigkeit im Generellen kommen. Diese Fallstrukturgesetzlichkeit wurde als Einstellung konzipiert und untersucht. Dazu wurde ein Fragebogen entworfen und an Mitarbeiter/-innen bayerischer Suchthilfeeinrichtungen versendet. Die Antworten wurden mit Methoden der klassischen und probabilistischen Testtheorie ausgewertet sowie deskriptiv-statistisch dargestellt. Damit ist die empirische Arbeit die erste deutsche interprofessionelle Untersuchung zum Suchtverständnis von Suchthilfemitarbeiter/innen. Vorherige deutsche Studien waren auf Allgemein- und Klinikärzte begrenzt. Die empirischen testtheoretischen Befunde lassen sich als Argument gegen das Vorliegen einer Fallstrukturgesetzlichkeit Einstellung verstehen. Stattdessen findet eine explorative Analyse statt und alternative Deutungsmuster werden nahegelegt.

Die ethische Forschungsarbeit beschäftigt sich mit der Zuschreibung von Schuld an Abhängige für einen Rückfall. Dabei orientiert sie sich formal an einer konstruktivistischen, empirienahen Metaethik und positioniert sich dadurch gegen metaphysische Schuldkonzeptionen. Die Zerlegung der Forschungsfrage in Teilfragen (Darf, kann und soll Abhängigen für einen Rückfall Schuld zugeschrieben werden) und deren schrittweise Behandlung ermöglichen ein Maximum an Explikation. Durch diese Herangehensweise unterscheidet sich die Besprechung drastisch von anderen programmatischen Arbeiten, und meiner Ansicht nach durch ein Plus an Rationalität. Sie legt deutlich dar, unter welchen Umständen Abhängigen für einen Rückfall Schuld zugeschrieben werden darf. Sie erörtert, wie sich diese Schuldzuschreibung ausgestalten kann und unter welchen kontextuellen Anforderungen Praktiker/-innen bei der Urteilsbildung über eine Handlungsentscheidung in Reaktion auf einen Rückfall stehen. Dabei mündet die Erörterung in der normativen Forderung nach prinzipienbasierter Abwägung im Einzelfall.

Die Erstellung dieser Doktorarbeit wäre ohne die finanzielle und strukturelle Unterstützung durch ein Stipendium der DFG am Graduiertenkolleg „Bioethik“ am Internationalen Zentrum für Ethik in den Wissenschaften (IZEW) nicht möglich gewesen. Besonderer Dank sei dabei an Prof. Dr. Eve-Marie Engels, PD Dr. Thomas Potthast sowie Dr. Cordula Brand, die als Sprecherin, stellvertretender Sprecher und Koordinatorin die Führung des Graduiertenkollegs innehatten und uns stets mit Rat zur Seite standen.

Die fachwissenschaftliche Betreuung erfolgte durch Prof. Rainer Treptow, PD Dr. Thomas Potthast und Prof. Dr. Michael Diehl, denen ich für ihre geopferte Zeit und Gedankenkraft sowie manchen kritischen Einwand äußerst dankbar bin. Besonders bin ich Prof. Rainer Treptow und PD Dr. Thomas Potthast für die Bereitschaft zur Begutachtung dankbar. Ohne ihren Zuspruch auf den letzten Metern hätte die Arbeit wohl noch länger gebraucht. Prof. Dr. Bühringer und Sarah Forberger bin ich dankbar für die Schaffung der European Post-Graduate School in Addiction Research an der Universität Dresden, an der ich während meiner Doktorarbeit von internationalen Experten auf aktuellem Niveau über Sucht lernen durfte. Prof. Dr. Georg Hörmann und Prof. Dr. Dollinger danke ich für das Anfeuern meines Interesses an disziplinenübergreifender Forschung bereits während meines Studiums und die kritischen Reflexion des gesellschaftlichen Umgangs mit abweichendem Verhalten. Meinen Bürokollegen Sebastian Schleidgen und Michael Jungert bin ich dankbar für die vielen Diskussionen über Feinheiten der Metaethik und ihren analytischen Scharfsinn. Ich danke zudem Natalie Eppler, mit der ich hinsichtlich des Suchtverständnisses in starker Korrespondenz stand sowie Dr. Julia Wolf, deren vor meiner Zeit am IZEW veröffentlichte Dissertation „Auf dem Weg zu einer Ethik der Sucht“ mich vielfältig inspiriert hat (Wolf 2003). Noch immer befindet sich die Ethik der Sucht auf diesem Weg. Ich hoffe, mit dieser Arbeit ein Stück des Wegs ausgeleuchtet zu haben.

2 Einleitung

„Suchtmittelkonsum [...] kann zur Abhängigkeit führen. Sucht ist Krankheit, die es zu akzeptieren, zu lindern, zu bessern und zu heilen gilt. [...] Suchtmittelabhängige sind krank“ (DHS 1999, S. 2) stellte die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 1999 emphatisch fest. Andere sehen solcherart Behauptungen kritischer: „addiction cannot be classified as a literal disease [...]”. The person, a moral agent, chooses to use drugs or refrains from using drugs because he or she finds meaning in doing so“ (Schaler 2000, S. 20). Diese mindestens seit den 1920ern andauernde Debatte lässt sich so vor allem als Konflikt zwischen einem moralisch-volitionalen und einem biologisch-pathologischen Verständnis von Sucht begreifen – wobei dazugehörige, aber unausgesprochen bleibende, metaphysische, anthropologische, ethische und politische Vorstellungen im Hintergrund die Weichen stellen. Rauschmittelkonsumenten stehen solchen in ihr Leben wirkenden Beschreibungssystemen relativ hilflos entgegen. Es gibt daher nicht zu Unrecht eine andauernde Debatte über das rechte Verständnis von Sucht und welche Implikationen daraus für den Umgang mit Süchtigen folgen. Ein kurzer Blick auf die Titel solcher akademischer Streitschriften stellt die Kontroverse fest: „Addiction is a choice“ schreibt Jeffrey Schaler (Schaler 2000) als Schüler und in der Tradition von Thomas Szasz stehend, welcher wiederum in „Our right to drugs“ (Szasz 1992) und „Ceremonial Chemistry“ (Szasz 1974) Abhängigkeit allenfalls als Gewohnheit betrachten mag. Dem stehen die Leiter einflussreicher Gesundheitsbehörden entgegen. Diese vertreten die Ansicht: „Addiction is a brain disease, and it matters“ (Leshner 1997) oder „a disease of compulsion and drive“ (Volkow, Fowler 2000) und werden dabei auch von der WHO unterstützt (die ja im ICD explizit die Möglichkeit von Abhängigkeit als Krankheit einräumt) (WHO 2007). Dazu gesellen sich Autoren, die Abhängigkeit als Mythos verstehen: „The myth of addiction“ (Davies 2006) oder einfach behaupten: „Addiction Is Not An Affliction: Addictive Desires Are Merely Pleasure-Oriented Desires“ (Foddy, Savulescu 2007).

Die Doktorarbeit will einen Beitrag zu dieser Diskussion um das „rechte“ Suchtverständnis liefern, indem sie sich einerseits theoretisch mit dem Suchtverständnis auseinandersetzt, das Suchtverständnis von professionellen Mitarbeiter/-innen in der Suchthilfe empirisch untersucht und eine ethische Analyse der Rolle der Schuldzuschreibung im Umgang mit Rückfälligkeit liefert. Das Vorgehen ist dabei interdisziplinär, d.h. es wird auf Wissensbestände verschiedener Disziplinen von Ethik über Sozialwissenschaften und Neurobiologie Bezug genommen.

2.1 Eine alte Debatte

Morse fasst die Hauptargumente der Disputanten zusammen: „Treating people as sick rather than bad can tend to produce kinder, more understanding treatment. The medical model also is likely to spawn research that might identify the causes of undesirable behaviors and the types of ex ante and ex post interventions that may reduce the frequency of such behavior. On the other hand, applying the medical model to intentional behavior can lead to unwarranted demeaning of the dignity and personhood of human agents and unwanted parentalistic treatment. Unless carefully used, it may create injustice by treating responsible agents as not responsible. The moral model has the great virtue of treating people as subjects, as people, rather than as objects and thus endowing them with dignity and respect. Also, if justice demands that people be held responsible, only a moral model can properly do this. On the other hand, moral models can become harshly moralistic or punitive because those who offend morals and the law can be demonized as sinful “others” who deserve whatever harsh treatment they receive. Moreover, their application can blind people to the virtues of more rehabilitative approaches to aberrant behavior“ (Morse 2004, S. 456).

Diese Argumente werden meist nur wiedergesagt und begegnen einem immer wieder in der Debatte, ob von kritischen, gesundheitspolitischen oder neuroethischen Disputanten. Den meisten Professionellen sind die Argumente und Konsequenzen verschiedener Suchtverständnisse wohl bekannt, denn die Argumente dafür und dagegen haben sich im Laufe der mindestens letzten hundert Jahre (also seit dem Aufkommen eines institutionalisierten Suchtverständnisses) kaum geändert. Der Ursprung der Debatte lässt sich, wie Szasz anregt, tatsächlich noch weit hinter Industrialisierung, „Branntwein-Pest“ und „Confessions“ (de Quincey 2009) zwischen dem 18. und 19. Jahrhunderts (vgl. Spode 1993, S. 123, Spode 1997) verschieben. Lange vor der Neubewertung der Sucht durch pietistisch geprägte Mediziner als „einem Mittelding zwischen Laster und Krankheit“ (Spode 1993, S. 127) an denen die akademische Beschäftigung mit Suchtgeschichte üblicherweise ihren Anfang nimmt (vgl. Wiesemann 2000), formulierte Aristoteles bereits treffende Worte über den tadelnswerten Unmäßigen und trifft damit das Phänomen Abhängigkeit: „Sie haben ihre Freude entweder an Dingen, die nicht die rechten, [...] oder wenn man sich auch an dergleichen freuen darf, so tun sie es doch mehr als man darf oder in gemeiner Weise. [...] Der Unmäßige heißt darum so, weil es ihn mehr als recht ist schmerzt, das Lustbringende entbehren zu müssen, so dass die Lust selbst ihm Schmerz verursacht [...]. Der Mäßige [...] begehrt mit Maß und wie es recht ist, [...], soweit es nicht diesem hinderlich oder ungemessend ist oder seine Vermögensverhältnisse übersteigt.“ (Aristoteles 1995,

S. 69f). Tatsächlich haben das Phänomen Sucht und Reflektion darüber also bereits Jahrtausende hinter sich.

2.2 Die offizielle Dominanz der Biomedizin

Die hohe Stigmatisierung von Abhängigen durch die Bevölkerung (vgl. Angermeyer et al. 1995b, Angermeyer et al. 1995a; Weiner 1995) und die Legitimation einer Finanzierung von Hilfe und Forschung sind die beiden für Professionelle wohl wichtigsten Gründe, um zumindest offiziell für ein Verständnis von Abhängigkeit als Krankheit einzutreten: „Die Vorteile, süchtiges Verhalten als ‚krank‘ zu bezeichnen und anzuerkennen, überwiegen aus meiner Sicht die Nachteile“ (Lexow 1997, S. 145). In Deutschland wurde mit einer Entscheidung des Bundessozialgerichts am 18. Juni 1968 die rechtliche Basis für die Etikettierung von Abhängigkeit als Krankheit geschaffen, indem der „regelwidrige Körper- oder Geisteszustand [...] im Verlust der Selbstkontrolle und in der krankhaften Abhängigkeit vom Suchtmittel, im Nicht-mehr-aufhören-Können“ (Krasney 2005, S. 544) bestehe. Die Finanzierung fast aller Leistungen des deutschen Suchthilfesystems fußt auf dieser Interpretation. Die Anerkennung des Bundessozialgerichts, welche das Fundament für die Finanzierung der Suchthilfe gelegt hat (vgl. Krasney 2005) ist mittlerweile auch zum ethischen Postulat der Suchthilfe geworden: „Sucht ist Krankheit, die es zu akzeptieren, zu lindern, zu bessern und zu heilen gilt. [...] Suchtmittelabhängige sind krank. Für sie gelten dieselben Regelungen wie für jede andere chronische Krankheit“ (DHS 1999, S. 2) formuliert die DHS in ihren „Ethische[n] Prinzipien in der professionellen Suchtkrankenhilfe“.

Diese Position ist aber nicht unumstritten und die Nachteile einer solchen Sicht werden ebenfalls formuliert: „the thesis that addiction is a chronic brain disease [...] secured increased research funding but with costs that are only now becoming apparent“ (Hall et al. 2003, S. 867). Obwohl „die Krankheitsdefinition die Formen der Drogenarbeit erweitert und eine Therapiefinanzierung erst möglich macht, so bleibt sie dennoch verbunden mit nachteiligen Effekten auf die Arbeit, weil sie gerade die Reflexion und Entwicklung einer subjektiven Kontroll- und Entscheidungskompetenz als Element des eigenverantwortlichen (Drogen-)Handelns in Frage stellt“ (Reinl 2008, S. 209). Die Dominanz des Krankheitskonzepts geht soweit, das Abhängigkeit sogar ein entschuldigender Grund für einen Verstoß gegen etwaige Mitwirkungspflichten sein kann und das Bundessozialgericht bisher in allen Entscheidungen davon ausgegangen ist, dass Abhän-

gigkeit keine vorsätzlich zugezogene Krankheit sei (vgl. Krasney 2005).¹ Ein Rückfall ist rechtlich auch kein hinreichender Ausschlussgrund aus einer Behandlung.

Spitz dagegen existieren Gegenpositionen: „we can easily arrive at an absurd conceptualisation of addiction implying that a person can engage in a coherent and carefully-planned sequence of actions such as getting out of bed, phoning a taxi, going into town, stealing a coat from a shop, selling the coat, and finally keeping a rendezvous with an acquaintance who has spare heroin to sell, because he/she has to; whilst all the time he/she is desperately trying not to do any of these things“ (Davies 2006, S. 30). Um das Krankheitskonzept gegen derartige Kritik verteidigen zu können, muss die Schuldfähigkeit von Abhängigen sukzessive eingeschränkt werden. Da die Neurowissenschaften aufgrund ihres Vokabulars ohne jeden Bezug auf Gründe und Intentionen auskommen und dadurch bereits methodisch Handlungen und somit Schuldzuschreibung ausschließen können, werden gerne Befunde aus dieser Disziplin herangezogen, um diese Sichtweise zu untermauern. Die Direktorinnen der US-amerikanischen Drogen- und Alkoholbehörden NIDA und NIAAA, Nora Volkow und Ting-Kai Li schreiben z.B.: „drugs and alcohol can disrupt volitional mechanisms by hijacking the brain mechanisms involved in seeking natural reinforcement and weakening brain mechanisms that inhibit these processes“ (Volkow, Li 2005, S. 1430) und stützen sich dabei auf „remarkable scientific advances [...] emerged in the neuroscience of addiction“ (Volkow, Li 2005, S. 1430). Damit sei Abhängigkeit „a disease of compulsion and drive“ (Volkow, Fowler 2000) beziehungsweise „a pathology of motivation and choice“ (Kalivas, Volkow 2005, S. 1403: 318). In einem Artikel mit dem bezeichnenden Titel „Addiction is a Brain Disease, and it matters“ schreibt Leshner, damaliger Leiter der US-amerikanischen Drogenbehörde: „A metaphorical switch in the brain seems to be thrown as a result of prolonged drug use. Initially, drug use is a voluntary behavior, but when that switch is thrown, the individual moves into the state of addiction, characterized by compulsive drug seeking and use“ (Leshner 1997, S. 46).

1 Eine bemerkenswerte juristische Ausnahme von dieser Praxis: Im Newsletter September 2009 berichtete die DHS von einer Entscheidung des Landgerichts Nürnberg-Fürth (Az.: 8 O 3170/07), nach der ein Krankenpfleger keinen Anspruch auf die Finanzierung einer Methadonbehandlung durch eine private Krankenversicherung habe, weil die Gefahr der Abhängigkeit von Heroin Allgemeinwissen sei, zudem durch die Krankenpflegeausbildung bekannt und somit beim Konsum bewusst in Kauf genommen worden wäre. Nach Ansicht der DHS ist die Entscheidung „blanker Unsinn“, was deutlich die aktuelle Hegemonie entschuldigender Interpretationen für die Suchtentstehung zeigt.

2.3 Der janusköpfige Umgang mit Abhängigkeit

Analog zu der in Deutschland zwischen Philosophen, Juristen und Neurobiologen geführten Debatte um Willensfreiheit und Schuld im Strafrecht, gibt es auch in der Fachliteratur zur Sucht eine Diskussion, ob alleine mit neurobiologischen Argumenten die Schuldfrage abgewehrt werden kann (vgl. zum Stand der Diskussion z.B. Geyer 2004; Heinze et al. 2006b): „Despite somewhat different views of mechanism, all current mainstream formulations agree that addiction diminishes voluntary behavioral control. At the same time, none of the current views conceives of the addicted person to be devoid of all voluntary control and thus absolved of all responsibility for self-control“ (Hyman 2007, S. 9). Das Problem, ob Abhängigkeit Krankheit oder Willensschwäche ist, ist also trotz starken gesellschaftlichen Drucks und Tabubildung noch unentschieden.

Vielmehr erscheinen momentan moralisch-volitionale und biologisch-pathologische Position integriert. Dies kann „auch den zweideutigen und oft widersprüchlichen Umgang mit den Begriffen der Sucht und süchtigen Menschen erklären helfen“ (Wolf 2003, S. 84). Exemplarisch für derartige Paradoxien stehen aktuelle politische Kampagnen. So arbeitet selbst die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit ethischem Vokabular. In Bremen existiert ein Aktionsbündnis „Alkohol - Verantwortung setzt die Grenze“ und in Niedersachsen ein „Bündnis für Verantwortung - weniger Alkohol, mehr Genuss“. (BZgA 15.06.2000). Diese janusköpfige Doppelstrategie erscheint aus etikettierungstheoretischer Perspektive als besonders trickreiche Methode sozialer Kontrolle durch „modulierende Maßnahmen“ im Sinne Foucaults (vgl. Dollinger 2002). Diese Möglichkeit entsteht durch die unklare Faktenlage, d.h. einen Mangel der Verweismöglichkeit auf objektive Tatbestände: „Either of these positions make sense. What makes less sense - what is confusing in principle and chaotic practice - is to treat people [...] as free and unfree, as sane and insane. Nevertheless, this is just what social authorities throughout history have done“ (Szasz 1974, S. 176).

Eine Diskussion metaphysischer und ethischer Prämissen ist notwendig zur Klärung dieser Widersprüche. Der Rückfall ist das ideale Objekt für eine dazu dienende philosophische Analyse, da er einerseits eine Stellvertreterfunktion für Abhängigkeit erfüllt und weil beim Rückfall anders als beim Konsum nur Abhängige betroffen sind. Daher findet in dieser Arbeit eine Analyse der Schuld am Rückfall statt.

2.4 Verschiedene Ebenen des Suchtverständnisses

Gemeinsam mit Natalie Eppler und Julia Wolf habe ich argumentiert, dass die Implikationen von Suchtverständnissen auf drei verschiedenen Ebenen analysiert werden können (Bauer et al. 2009):

1. Gesamtgesellschaftliche Diskurse
2. Ansichten der Konsumenten
3. Ansichten innerhalb des professionellen Hilfesystems

Eine Analyse auf der ersten Ebene untersucht gesellschaftliche, politische oder historische Prozesse. Dabei kann sich das Forschungsinteresse auf die Fragen richten, zu welchem Zweck oder aus welchen Gründen eine bestimmte Kultur oder historische Epoche bestimmte Konsumhandlungen als Sucht bezeichnet und welche politischen Forderungen damit verbunden sind. Moderne Vertreter solcher Ansätze sind z.B. in den Reihen des „Labeling Approach“ oder der kritischen Kriminologie zu finden (z.B. Dollinger et al. 2007; Frohnenberg 2000). Auch historische (z.B. Spode 1993; Wiesemann 2000) und kulturvergleichende Untersuchungen (z.B. Völger 1982; Room 2001) würden auf dieser Ebene ansetzen. Aber auch Untersuchungen kultureller Artefakte, wie z.B. Analysen des Rechtssystems (z.B. Holzinger 1998; Fischer, Rehm 1998) oder diagnostischer Manuale (z.B. Room 1998), finden auf dieser ersten Ebene statt. Auf der zweiten Ebene richtet sich das Forschungsinteresse meist auf die Frage, wie Selbstbeschreibungen von Konsumenten deren weiteres Verhalten strukturieren. Empirische Untersuchungen finden sowohl qualitativ (z.B. Hanninen, Koski-Jannes 1999; Eppler 2008), quantitativ (z.B. Seneviratne, Saunders 2000) als auch mit gemischten Methoden (z.B. Rinckens 2003) statt. Neben einer in der Interpretation der Ergebnisse psychologisch verankerten Linie gibt es aber auch mit der ersten Ebene verbundene Ansätze einer soziologischen Auswertung solcher Selbstbeschreibungen, durchaus wiederum mit Anleihen am Labelling Approach (z.B. Dollinger 2002). Auf der dritten Ebene richtete sich das Forschungsinteresse auf die Frage, welche Ansichten über Abhängigkeit innerhalb des professionellen Suchthilfesystems vertreten werden und wie sie deren Entscheidungen beeinflussen. Das professionelle Suchthilfesystem ist einerseits eine soziale Institution mit eigener Historie, Artefakten und Regeln, andererseits hat die Interaktion mit Professionellen bedeutenden Einfluss die Selbstsicht abhängiger Konsumenten. Professionelle als soziale Gruppe haben zudem eine gesellschaftliche Schlüsselposition inne. Sie sind nicht nur direkt in der Behandlung oder Beratung tätig, im Verband oder einzeln informieren sie die interessierte Öffentlichkeit und beziehen in Debatten Stellung zu sachlichen, aber auch suchtpolitischen und forschungspolitischen Fragen. Damit hat die dritte Ebene eine Mittlerfunktion zwischen den beiden ersten und

eine Deutungshoheit über Sachbetrachtungen. Literatur zu Suchtverständnissen aus oder über die professionelle Suchthilfe sind daher sowohl politische Streitschriften oder Stellungnahmen (z.B. DHS 1999; Schaler 2000), die für und/oder gegen ein bestimmtes Suchtverständnis argumentieren als auch empirisch orientierte Studien und Theorien über die Bedeutung von Suchtverständnissen.

2.5 Das Suchtverständnis in der deutschen Suchthilfe

Während die oft medial geführte Debatte sich im wesentlichen als ein Kampf um Forschungs- und Behandlungsgelder, die öffentliche und politische Meinung oder als Methode sozialer Kontrolle darstellt, will sich diese Doktorarbeit konkret der Rolle des Suchtverständnisses in der dritten Ebene, d.h. der professionellen Suchthilfe widmen. Innerhalb einer derart konkreten Gruppe kann das Suchtverständnis als ein aufeinander bezogener Komplex von Attributionen, Inferenzen und Entscheidungen gegenüber Abhängigkeit im Generellen verstanden werden. Diese Sichtweise wird herausgearbeitet und empirisch untersucht.

Der Großteil der Fachliteratur zum Suchtverständnis in der Suchthilfe kreist um Vermutungen über die Folgen solcher Einstellungen für die Entscheidungen in der Praxis. Die Folge sind Trainingskurse und Fortbildungen und darauf basierende psychologische Fragebögen, um Professionelle auf aktuelle Linie zu trimmen (vgl. 4.2.2). In Konfrontation mit derartigen kritiklosen Strategien des „Modifying“ (Karam-Hage et al. 2001) von Suchtverständnissen erarbeite ich eine ausführliche theoretische Auseinandersetzung und empirische Untersuchung der Fallstrukturgesetzlichkeit. Dabei stellt sich auch die Frage, ob nicht vielmehr die Erfahrungen und Ansichten von Praktikern in die akademische Diskussion um das „rechte“ Verständnis von Sucht einzubeziehen sind anstatt sie sozialtechnologisch kontrollieren zu wollen. Die jeweilige Positionierung hat Folgen für Professionstheorie wie für Professionsethik. In Deutschland fand aber bisher noch keine systematische Untersuchung der Suchtverständnisse von professionellen Mitarbeiter/-innen in der Suchthilfe statt. Um empirisches Argumentationsmaterial zu erhalten, widmet sich die Doktorarbeit primär der Untersuchung der Frage, welche „Fallstrukturgesetzlichkeit“ das Suchtverständnis eigentlich ist und erst sekundär der Erfassung der Meinungen professioneller Mitarbeiter/-innen in der Suchthilfe.

2.6 Zusammenfassung

Es gibt eine alte Debatte um das richtige Verständnis von Abhängigkeit, das einen janusköpfigen Umgang mit Abhängigen ermöglicht. Die professionelle Suchthilfe als eine von drei möglichen Untersuchungsebenen ist dabei intensiv sowohl in die akademische und politische Debatte als auch in weichenstellende Entscheidungen für individuelle Abhängige eingebunden.

In dieser Arbeit wird das Suchtverständnis innerhalb der deutschen Suchthilfe theoretisch und empirisch untersucht. Weiterhin wird der Umgang mit der Schuld am Rückfall ethisch analysiert. Die Doktorarbeit ist somit interdisziplinär zwischen zwei Disziplinen angesiedelt: den Sozialwissenschaften sowie der angewandten Ethik.

Die Doktorarbeit wird Grundlegendes zum Suchtverständnis festhalten (vgl. Kapitel 3) sowie erkunden, wie professionelle Mitarbeiter/-innen in der Suchthilfe über Abhängigkeit denken, werten und entscheiden (vgl. Kapitel 4). Sie wird zudem einen Beitrag zu der ethischen Debatte liefern, i.e. wie professionelle Mitarbeiter/-innen in der Suchthilfe über die Schuldfrage am Rückfall denken, werten und entscheiden sollen (vgl. Kapitel 5).

3 Das Suchtverständnis - Grundlegendes

Wie in der Einleitung dargestellt, lässt sich das Suchtverständnis auf drei Ebenen untersuchen. In dieser Doktorarbeit sollen alleine die Ansichten innerhalb des professionellen Hilfesystems untersucht werden. Das Suchtverständnis wird dabei verstanden als *Einstellung von professionellen Mitarbeiter/-innen in der Suchthilfe gegenüber stoffgebundener Abhängigkeit im Allgemeinen*. Im Folgenden soll diese Konzeptualisierung und die Einschränkung auf dieses Konzept plausibel gemacht werden. Dabei werden die Begriffe Einstellung (vgl. 3.1), Professionelle Mitarbeiter/-innen in der Suchthilfe (vgl. 3.2) sowie Stoffgebundene Abhängigkeit im Allgemeinen (vgl. 3.3) geklärt.

3.1 Das Suchtverständnis als Einstellung

In der persönlichkeitspsychologischen Tradition erscheint es prinzipiell plausibel, dass menschliches Empfinden, Denken und Handeln durch Einstellungen geprägt ist. Die Erklärung von Verhalten durch Einstellungen hat fast axiomatische Geltung. Dieses Axiom sollte aber diskutiert werden. So merkt Dawes kritisch an: „Die Verwendung von Einstellungsvariablen ohne theoretische Legitimation und der Einsatz von Einstellungsskalen als Lückenbüßer für nicht reflektierte Probleme wird [...] ein Konzept zusehends verwässern, auf das sozialwissenschaftliche Forschung nicht verzichten kann, solange sie an Bewertungsprozessen sozialer Realität interessiert ist“ (Dawes, Six 1977, S. 62). Diese Lückenbüßerfunktion entsteht durch das unklar gelassene Verhältnis der Einstellung zu anderen sozialwissenschaftlichen Begriffen wie z.B. Meinung, soziales Deutungsmuster, Ideologie, Interessenlage, Motiv, Habitus, Sozialcharakter, Lebensstil (Oevermann 2001), Denkstil, Paradigma (Wolf 2003), Präferenz oder Bewertung (Rohwer et al. 2002). Diese sind als prozessual verwandte, jedoch unterscheidbare Formen einer „Fallstrukturgesetzlichkeit“ zu begreifen. Im Sinne Oevermanns bezeichne ich daher mit „Fallstrukturgesetzlichkeit“ den Gegenstand, welcher den Prozess der Handlungsauswahl aus einem Reservoir objektiv gegebener Handlungsmöglichkeiten regelt (Oevermann 2002). Das primäre Interesse der Doktorarbeit dient daher dem Aufschluss der Fallstrukturgesetzlichkeit. Dabei wird heuristisch davon ausgegangen,

dass diese eine Einstellung ist, diese Ansicht jedoch einer empirische Überprüfung unterzogen.¹

3.1.1 Definition

Was ist eine Einstellung? „Einstellung wird [...] als durch eine kognitive, affektive und konative Komponente charakterisiert aufgefasst [...] - zur Einstellung gehören demnach eine kognitive Beschäftigung mit dem Einstellungsgegenstand [...], eine gefühlsmäßig eher *positive* oder *negative* Stellungnahme zum Einstellungsgegenstand [...] und schließlich eine Tendenz, sich in bestimmter Weise gegenüber dem Einstellungsgegenstand zu verhalten“ (Mummendey, Grau 2008, S. 26f). Einstellungen haben also affektive, behaviorale und kognitive Komponenten und werden als „als komplexe intervenierende Variable verstanden, die zwischen situativen Reizen (Personen, Situationen, soziale Sachverhalte etc) einerseits und den meßbaren abhängigen Variablen [...] andererseits vermitteln. Dabei wird davon ausgegangen, daß alle drei Komponenten in einem mehr oder minder hohen Maße korrespondieren“ (Fischer, Wiswede 2002, S. 221). Zudem werden Einstellungen „durch das Merkmal relativer *Stabilität* von eher akuten, flüchtigen, weniger überdauernde Zustände beschreibenden Konzepten abgehoben“ (Mummendey, Grau 2008, S. 27). Wichtig ist weiterhin, dass es in der Einstellungsforschung nicht um den sachlichen Gehalt der Antworten auf die gestellten Fragen geht. „Bei der Ermittlung von Einstellungen geht es [...] um die »psychische Verfassung« der Befragungspersonen“ (Rohwer et al. 2002, S. 97)

3.1.2 Plausibilität des Suchtverständnisses als Einstellung

Das Verständnis des Suchtverständnisses als Einstellung erscheint dabei hochgradig plausibel. So fällt es leicht, die drei typischen Anteile von Einstellungen (affektive, behaviorale, kognitive Komponente) bei Suchtthilfemitarbeiter/-innen zu finden. Bei Personen, die akademisch, d.h. wissensbezogen, für die Arbeit mit Abhängigen ausgebildet wurden und dem Arbeitsfeld täglich ausgesetzt sind, ist es schwer vorstellbar, dass sie sich nicht kognitiv mit Abhängigkeit beschäftigen.² Zudem lässt sich davon ausgehen, dass auch emotionale Prozesse vorhanden sind.³ Denn ohne

-
- 1 Diese theoretische Differenzierung ist sinnvoll, da ansonsten dem Sozialwissenschaftler nur die von Dawes zu Recht kritisierte verwässerten „Einstellungen“ oder eine „mystifizierende Rhetorik“ (Rohwer et al. 2002, S. 220) bleiben.
 - 2 Zumindest mit zunehmender Berufserfahrung sollte auf einen anwachsenden Wissensbestand über Abhängigkeit zurückgegriffen werden können.
 - 3 Körkel & Wagner konnten z.B. zeigen, dass Rückfälle intensive emotionale Prozesse bei professionellen Mitarbeiter/-innen in der Suchthilfe anstoßen (Körkel, Wagner 1995). Phänomene wie Burnout als emotionale Überlastung sind in sozialen Berufen

einen Wissenbestand und eine positive motivationale Grundhaltung wäre die Planung und Durchführung von Handlungen nicht möglich. Für die langfristige Planung von Interventionen ist ein "mentales Arbeitsmodell" (Vogel, Schulte 1991) notwendig, dass sich auf Berufserfahrung, professionellen Konsensus oder manualisierte Behandlungsprogramme gründet und damit für konkrete Situationen bestimmte Reaktionen bevorzugt.

Das Suchtverständnis als Einstellung geht auf „in Form von deduktiv-nomologischen oder statistischen Erklärungen im *physikalistischen Vokabular*“ (Detel 2009, S. 13). Dies gilt auch, wenn man akzeptiert, dass es nur eine *erklärende Variable* unter vielen ist.⁴ Doch widerspricht dies nicht der Konstruktion als Einstellung, denn auch auf das Suchtverständnis trifft dann eben wie für fast alle anderen latenten psychologischen Konstrukte zu, dass weitere Faktoren das Verhalten mitbestimmen. Einstellungen, als derartige Tendenz verstanden, sind dann die Bedingung von manifesten Verhalten im Einzelfall: „grundsätzlich dürften Einstellungen [...] ein *gerichtetes, gut koordiniertes und konsistentes Handeln* gegenüber einem Einstellungsobjekt [...] ermöglichen“ (Fischer, Wiswede 2002, S. 256).

Das Suchtverständnis als Einstellung lässt sich zudem funktionalistisch plausibilisieren.⁵ Dazu geht man davon aus, dass Einstellungen vier wesentliche psychische Funktionen erfüllen (Katz 1960, S. 170): Wissen; Ich-Abwehr; Wert-Ausdruck und Instrumentelle Anpassung. Relativ plausibel erscheint das Suchtverständnis als Wissensspeicher über Abhängigkeit. Auch ist in Analogie zur Tendenzinterpretation das Suchtverständnis stimmig verstehbar als ein fortlaufender „Bearbeitungsprozeß“ von auf- und absteigenden Prozessen der Aktivierung relevanter Situations- und Erfahrungsschemata“ (Vogel, Schulte 1991, S. 163). Das Suchtverständnis kann zudem aufgrund von Routinisierung und als Basis für Exkulpationen in Krisensituationen entlastend wirken. Beispiele sind eine ritualisierte selbstentlastende Schuldzuweisung an Abhängige nach einem Behandlungsmisserfolg; ein Vertrauensverlust gegenüber einzelnen Klienten, der sich auf Abhängige generalisiert; oder auf Abhängige projizierte Versa-

ein rekurrendes Thema (vgl. z.B. Schramme 2003b). Emotionale Balance zwischen Nähe und Distanz ist ein klassisches Thema klientenbezogener Arbeitsfelder.

- 4 So lässt sich z.B. argumentieren, dass „Berufserfahrung, Umgang mit Spaltungsprozessen, Entscheidungshierarchien, angemessene Dosierung von Zuwendung und Sanktionen [...] Auswirkung auf die Patientengruppe, ausreichende Dokumentation (Atem-/Blutalkoholkonzentration)“ (Lauer, Richter 1995, S. 95f) oder die Größe der Einrichtung, deren regionale Lage, die geschlechtsspezifische Belegungspraxis sowie das therapeutische Konzept (Brünger, Martin 1995) ebenfalls Einfluss auf die manifesten Entscheidungen hat.
- 5 Eine funktionalistische Interpretation basiert darauf, dass das Suchtverständnis „eine hinreichende Bedingung für einen weiteren Systemzustand ist, der seinerseits eine notwendige Bedingung dafür ist, dass das System in einem seiner Normalzustände verbleibt“ (Detel 2008, S. 124).

gensängste bei subjektiver Überforderung oder im Vergleich zu erfolgreichen Kollegen. Suchtverständnisse können auch Werte ausdrücken, indem sie z.B. expressiv das professionelle Selbstverständnis stützen. Dieser Wert-Ausdruck kann durch die Konkurrenz unterschiedlicher Professionen um Finanzen und Anerkennung befördert werden, aber ebenso Folge gemeinsamer interprofessioneller Interessen sein, z.B. die andauernde gesellschaftliche Finanzierung von Suchthilfemaßnahmen durch die Stärkung eines Verständnisses von Sucht als Krankheit.⁶ Es spricht also auf den ersten Blick nichts dagegen, das Suchtverständnis als Einstellung zu verstehen.

3.1.3 Sozialontologische und professionstheoretische Aspekte

Dem professionstheoretisch vorgebildeten Leser erscheinen die beiden zuletzt plausibilisierten Funktionen (Ich-Abwehr und Wert-Ausdruck) aber eventuell bereits als zu vermeidende Fehlentwicklung, Resultat unzureichend professionalisierter Praxis oder von Eigeninteressen der Professionellen. Das Suchtverständnis erscheint dann als Methode der Systemstabilisierung in Krisensituationen, die nicht erfolgreich durch andere soziale Bedingungen wie Supervision oder professionellen Habitus abgedeckt werden konnten (Oevermann 1996; Bauer 2004). Dadurch erscheint einzel-fallbasiertes Urteilen als statistische Ausnahme, das nur noch aus Zufall dabei helfen kann, kreative „Antworten auf bisher nicht berücksichtigte oder unbekannte Probleme zu finden“ (Vogel, Schulte 1991, S. 163). Damit sind Einstellungen aus professionsethischer Perspektive eigentlich ungeeignete Systemzustände. Professionen konstituieren sich zwar durch das Verfügen über einen Wissenskorporus (vgl. Stichweh 1996), und Wissen ist „als Wissen eine Routine par excellence“ (Wagner, Oevermann 2001, S. 201). Ein derartiges Primat von Routinisierung ist aber aus professionsethischer Perspektive als problematisch zu erachten, da es in der Professionalität um einen dynamischen Bezug auf den Einzelfall geht, also nicht um einen statistischen (Oevermann 1996).⁷ Die Fallstrukturgesetzlichkeit Suchtverständnis zieht als Einstellung sozialontologische Folgeannahmen mit Potential für Konflikte mit Professionstheorie und -ethik nach sich. Eine kritische Haltung und Herangehensweise an das Suchtverständnis als Einstellung ist daher von fundamentaler Bedeutung.

6 Interessant ist hier die Ähnlichkeit von funktionalen Interpretationen von Einstellungen zu Interessenlagen und Ideologien (Oevermann 2001).

7 Dies schließt eine Rekonstruktion von Sinnstrukturen mithilfe quantitativer Verfahren nicht aus.

3.2 Professionelle Mitarbeiter/-innen in der Suchthilfe

Im Folgenden wird der Begriff Professionelle Mitarbeiter/-innen in der Suchthilfe definiert. Weiterhin werden Annahmen über die Verteilung der verschiedenen beteiligten Professionen innerhalb der Einrichtungsarten der deutschen Suchthilfe berechnet und dargestellt. Anschließend werden Überlegungen zum Verhältnis der Professionen innerhalb der Suchthilfe zueinander dargelegt.

3.2.1 Definition

Die deutsche Suchthilfe ist ein Teilbereich der Sozial- und Gesundheitsversorgung, deren Aufgabe die Beratung, Betreuung, Behandlung, medizinische Rehabilitation und Integration von Süchtigen und davon bedrohten Menschen ist. Zur Erfüllung dieser Aufgaben verfügt die Suchthilfe über eine Vielzahl von differenzierten ambulanten bis stationären Angeboten im psychosozialen und medizinischen Bereich, der von ambulanter Hilfe über Krankenhausversorgung, medizinische Rehabilitation, Beschäftigungsmaßnahmen und Wohnhilfe reicht (vgl. Deutscher Bundestag 30.04.2009, S. 180f). Idealtypisch erfolgt die Versorgung dabei im Vierschritt Kontakt – Entgiftung – Entwöhnung – Nachsorge. Der Kernbereich der Tätigkeiten der professionellen deutschen Suchthilfe liegt dabei vor allem in der ambulanten Beratung, der Entgiftung und Rehabilitation (meist stationär) mit anschließender ambulanter Nachsorge (vgl. Tretter 2000, S. 36f).

Der Begriff professionelle Mitarbeiter/-innen in der Suchthilfe (Abk. PMSH) soll bezeichnen sämtliche Mitarbeiter/-innen in der Suchthilfe soweit sie direkt in einem dieser Schritte in der Versorgung von Abhängigen tätig sind. Dadurch sind Mitarbeiter in Verwaltung oder Technik von der Erhebung ausgenommen. Grund für diesen Ausschluss ist die Annahme, dass sich nur bei direkt mit Abhängigen arbeitenden Mitarbeiter/-innen eine ausreichend strukturhomologe Einstellung entwickeln konnte. Professionelle unterscheiden sich als „Berufsstände mit funktionaler Zuständigkeit“ (Stichweh 1996, S. 52) zudem in mehreren Punkten von anderen Berufsgruppen.⁸ Die Bezeichnung PMSH soll daher folgende Berufe nach der Nomenklatur des Kerndatensatzes der deutschen Suchthilfe umfassen: Ärzte, Psychologen, Pädagogen, Soziologen, Sozialwissenschaftler, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Erzieher, Fachkräfte für soziale Arbeit, Krankenschwester / Krankenpflege(helfe)r, Ergo-/ Beschäftigungs-/ Arbeits-/ Kunst-/ Musik-/ Sport-/ Bewegungs-/ und Physiotherapeuten sowie

8 Dabei sind öffentliche Amtsinhaberschaft, ein Professionsethos und das Verfügen über einen Wissenskorpus konstituierende Merkmale. Eine Profession steht zudem in einer „strategischen Stellung, die die Tätigkeit der anderen Berufe im System kontrolliert“ (Stichweh 1996, S. 60).