



Über die Krankheit hinaus: die Rückkehr der Sozialen Arbeit

Soziale Arbeit in der Suchthilfe der französischsprachigen Schweiz

Jean-Félix Savary¹, Ann Tharin², Romain Bach³, Cédric Fazan⁴, Hervé Durgnat⁵
Cédric Periard⁶

1. Einleitung

Die Viersäulenpolitik hat die Schweiz zu einer Pionierin in der Suchthilfe gemacht. Die Einführung der neuen Suchtpolitik hat insbesondere dazu beigetragen, die Anzahl der Drogentoten drastisch zu senken. In den 2000er-Jahren haben mehrere Gesetzesänderungen die Rahmenbedingungen erneut verändert. Die Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) ebenso wie die Änderungen im Bereich der Invalidenversicherung (IV) und des Bundesgesetzes über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG) delegieren die Angebotserbringung der Suchthilfe zunehmend an die Kantone.

Die in den 2000er-Jahren einsetzende Sparphase beim Bund und das abnehmende politische Interesse an der Problematik der illegalen Drogen führen zu einem finanziellen Druck auf die von den Kantonen für die Suchthilfe bereitgestellten Mittel. Die Kantone greifen auf die staatlichen Sozialversicherungen wie die Invaliden- und die Krankenversicherung zurück. Durch die Medizinalisierung der Suchthilfe können zunehmend Leistungen über Versicherungssysteme und deren Leistungskataloge abgerechnet werden. Dank dieser Kostenverlagerung können die Kantone

¹ Secrétaire général, GREA.

² maître d'enseignement, Haute école de travail social et de la santé de Lausanne, HES-SO.

³ Responsable institutions, GREA.

⁴ Directeur, Fondation Le Tremplin.

⁵ Directeur, Association ARGOS.

⁶ Responsable de structure, Fondation Le Levant.

Geld einsparen. Für soziale Einrichtungen hat dies jedoch zunehmend zur Folge, dass sie erst auf ärztliche Verschreibung aktiv werden können.

Mit der Medizinalisierung tritt der Begriff der «Krankheit» in den Vordergrund. Er wird vermehrt verwendet, um die Entkriminalisierung des Konsums zu fördern und er verändert unsere Haltung hinsichtlich der Leistungen der Suchthilfe. Das KVG anerkennt Leistungen an Individuen, jedoch nicht an das Gemeinwesen. Die Netzwerkarbeit, die Arbeit der niederschweligen Kontakt- und Anlaufstellen, aber auch die – aus medizinischer Sicht – nicht therapeutischen Tätigkeiten können nicht abgedeckt werden.

Die Soziale- und Gemeinwesenarbeit haben somit tiefgreifende Veränderungen erfahren. Sie musste sich anpassen, neue Rollen schaffen und den neuen Bedürfnissen nachkommen, die daraus entstanden sind. Die Medizinalisierung der Suchthilfe bringt Lösungen, allerdings führt die Reduzierung der anderen Leistungen auch zu Schwierigkeiten.

Diese Entwicklungen nehmen aufgrund der spezifischen Merkmale in den einzelnen Regionen der Schweiz unterschiedliche Formen an. Die lateinische Schweiz ist geprägt von einer Tradition des Sozialstaates und einem weniger liberalen Verhältnis zu Drogen. Für die Soziale Arbeit in der Suchthilfe zeichnet sich in der Westschweiz eine neue Perspektive ab. Wir versuchen, die Herausforderungen und Praktiken in diesem Beitrag zu beschreiben, um ein neues Modell vorzuschlagen.

2. Kantonalisierung und Interdisziplinarität

Die französischsprachige Schweiz hat sich im Vergleich zur Deutschschweiz erst spät mit der Säule der Schadensminderung befasst, setzt aber mittlerweile eine ganze Palette von Massnahmen um.

2.1 Kantonalisierung der Leistungen und New Public Management

Die Institutionen der Suchthilfe sehen ihre Finanzierungen, Modelle und Leistungen durch die kantonalen Verwaltungen in Frage gestellt, die angehalten werden, die Steuerung in die Hand zu nehmen. Noch vor Inkrafttreten des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG), des Bundesgesetzes über

die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG) und der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) wurde durch das New Public Management (NPM, Osborne 1993) die Idee der Rationalisierung der Behandlung eingeführt. Zur Sicherstellung von Effizienz und Wirtschaftlichkeit muss das Suchthilfesystem eine «steuerbare», sprich einheitliche, koordinierte und standardisierte Verwaltung ermöglichen.

Das Eingreifen eines «starken Staates» wird in der französischsprachigen Schweiz – ganz in der frankophonen Tradition – als legitim erachtet. Der Wunsch nach Regulierung manifestiert sich auch in verschiedenen Massnahmen bezüglich des Tabakkonsums (Verbot des Passivrauchens) oder des Alkoholverkaufs (Nachtregime). Darüber hinaus sind in der deutschsprachigen Schweiz die wichtigsten Verwaltungsbereiche auf Gemeindeebene angesiedelt und nicht – wie in der Westschweiz – auf kantonaler Ebene.

2.2 *Indikation und kantonale Steuerung*

Dies erklärt die zunehmende Bedeutung der Indikationsdispositive in der französischsprachigen Schweiz.⁷ Diese ermöglichen es, Behandlungsanträge nach objektiven Kriterien zu prüfen und auf das lokale Angebot abzustimmen. Damit erleichtern diese Indikationsstellen die Vergabe von Mandaten an die Institutionen, die Übernahme von finanziellen Garantien für stationäre Aufenthalte und Subventionen für ambulante Strukturen, das Platzmanagement und die Anpassung der Leistungen, die Koordination der Akteure, das Monitoring der Profile und der Behandlungsverläufe der Leistungsempfänger. Ihre Aufgabe besteht darin, den «Schweregrad» der Problemlage einer Person zu beurteilen und ihr im Suchthilfenetzwerk Orientierungshilfe zu geben. Diese Instanzen sind für sämtliche Suchterkrankungen zuständig und bringen Fachpersonal für verschiedene suchtrelevante Probleme zusammen.

Die französischsprachige Schweiz verfügt traditionell über ein starkes Gesundheitssystem. Die therapeutischen Leistungen nehmen im öffentlichen wie im privaten Bereich zu, wobei Privatkliniken heute eine

⁷ Vgl. z. B. für Lausanne das Dispositiv Cantonal d'indication et de Suivi en Toxicomanie DCIST: www.tinyurl.com/y2xs6ppf, Zugriff 08.10.2019.

wichtige Rolle für eine wohlhabende Klientel einnehmen. Doch die damit einhergehende Medizinalisierung der Suchthilfe hat nicht zu einem plötzlichen Bruch geführt. So haben im Gegensatz zur deutschsprachigen Schweiz in der Romandie während der letzten 20 Jahre nur wenige Institutionen geschlossen.⁸ Die Westschweizer Kantone unterstützten ihre Institutionen nach dem Rückzug des Bundes aus der Suchthilfe und nach der NFA und gewährten ihnen genügend Zeit für Anpassungen. Allerdings haben zahlreiche Zusammenschlüsse die Institutionenlandschaft verändert. Die Leistungen und Konzepte haben sich teilweise um 180° gewandelt.

2.3 *Die Herausforderungen der Interdisziplinarität*

Der Bereich «Behandlung» wird im Gesundheitssystem neu ausgerichtet, gerechtfertigt durch die Fortschritte in den Neurowissenschaften, in der Psychologie und der Psychopathologie. Eine solche Antwort auf die Krankheit «Sucht» kommt den Erwartungen der kantonalen Bürokratie entgegen. Die neuen kantonalen Rahmenbedingungen und das New Public Management einerseits und das Verständnis der biologischen Mechanismen andererseits machen die Behandlung zu einem biomedizinischen Gesundheitsthema.

Interventionen ausserhalb dieses Rahmens werfen die Frage der Interdisziplinarität auf. Trotz des offensichtlichen Mehrwerts einer gemeinsamen medizinisch-sozialen Intervention bei Suchtproblematiken beeinträchtigen verschiedene Fallstricke (erkenntnistheoretischer, personenbezogener, disziplinärer, strukturell-institutioneller und politischer Art) unsere partnerschaftlichen Handlungslogiken.

Gemäss einer im Kanton Waadt durchgeführten Studie (vgl. Tharin 2015) werden die Ärzte als Garanten für die Diagnose bzw. gar für die Gesamtheit der durchzuführenden Interventionen anerkannt. Auch wenn die Qualität der Arbeit auf sozialer Ebene wahrgenommen wird, scheint die Schwierigkeit, die theoretischen Grundlagen zur Legitimation dieses Ansatzes zu formulieren, beim interdisziplinären Austausch ein Problem dar-

⁸ Eine Liste der geschlossenen stationären Suchthilfeangebote in der Schweiz ist auf den Seiten von Infodrog zugänglich: www.tinyurl.com/rvbopo8, Zugriff 27.12.2019.

zustellen. Viele der von den Sozialarbeitenden eingesetzten Modelle gehören zur «Psychoedukation» (Gira & Morel 2010: 286-294). Bei der Untersuchung des soziokulturellen Kontextes beziehen sie sich auf verschiedenste Disziplinen, darunter die Soziologie, die Anthropologie, das Recht oder auch die Kriminologie.

2.4 *Soziale Arbeit in der französischsprachigen Schweiz – auf zu neuen Horizonten!*

Eine medizinisch-soziale Partnerschaft erweist sich zur Förderung von Recovery als naheliegend, die Hürden für eine gemeinsame Intervention zu überwinden bleibt jedoch eine grosse Herausforderung. Dies ist in erster Linie für die Soziale Arbeit der Fall, die im 20. Jahrhundert die Betreuung der Suchtkranken grösstenteils übernommen hatte. Die veränderten Lebensbedingungen der Konsumierenden – Prekarität⁹ und Erhöhung der Integrationsanforderungen – bringen die Soziale Arbeit weg von der alleinigen Behandlung und hin zu den globalen Dimensionen der Person und ihrer Umgebung. Es geht nicht mehr einfach um den Zusammenhang von Suchtmittelkonsum und den damit verbundenen Schwierigkeiten, die heutzutage im medizinischen Bereich umfassend thematisiert werden, sondern darum, die zahlreichen Dimensionen zu berücksichtigen, die erforderlich sind, um eine würdige Lebensqualität sicherzustellen.

Die Sicherstellung der sozialen Teilhabe als oberstem Ziel von Recovery kann nur durch gemeinsame Verantwortung und einen klaren Blick hinsichtlich unserer partnerschaftlichen Praktiken erreicht werden. Es geht darum, uns nicht nur über unsere Besonderheiten, Kompetenzen und Beschränkungen bewusst zu sein, sondern auch von unserer und der Expertise der anderen im Suchtbereich beteiligten Disziplinen überzeugt zu sein. Erst die Transdisziplinarität (Nicolescu, 1996) bietet die Gelegenheit, zusammen ein Gemeingut aufzubauen, das allen zugutekommt, nämlich das eines grösseren sozialen Zusammenhalts.

⁹ Prekarität, französisch *précarité*, bedeutet soviel wie «schwierige, problematische soziale Lage».

3. Anerkennung und Recovery: Ein Modell

3.1 *Recovery*

Recovery hebt die Bedeutung der Person hervor, indem diese als aktiver Akteur angesprochen wird. Nach Provencher (2002) hat das Recovery-Konzept seinen Ursprung in den nordamerikanischen Patientenverbänden im Bereich der psychischen Gesundheit.¹⁰ Seit Anfang der 1990er-Jahre waren Fachkräfte an der Entwicklung und Kenntnis von Interventionsmodellen interessiert, die den individuellen Ressourcen und Entscheidungen eine besondere Bedeutung einräumen und Interventionen bevorzugen, die auf die Beziehungen zwischen Person und Umwelt ausgerichtet sind und die Möglichkeiten des Individuums in dessen Lebensumfeld optimieren. Das Recovery-Modell von Provencher (2002) besteht aus vier Dimensionen.

3.1.1 Neudefinition und Erweiterung des Selbst

Dank einer grösseren Anerkennung der Stärken, aber auch der Grenzen der Person können mögliche Verluste in neue Chancen umgewandelt werden. Der Einzelne wird dazu gebracht, einen dynamischen Austausch mit seiner Umwelt wiederherzustellen. Mit Unterstützung von Fachpersonen und Angehörigen soll der Klientel ermöglicht werden, die eigenen Ressourcen einzusetzen und die eigenen Kapazitäten und Grenzen zu testen.

3.1.2 Positionierung in Raum und Zeit

Der Austausch über die Rolle von Überzeugungen und Vorstellungen mit seines- oder ihresgleichen geben dem Leben einen Sinn bzw. bieten die Möglichkeit, schwierige Ereignisse positiv umzudeuten. Die Hoffnung wird durch eine optimistische Haltung der Fachpersonen in Bezug auf die

¹⁰ Der Begriff psychische Gesundheit wird hier verstanden als «...ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann» (WHO 2019: 1) oder auch im Sinne der «positiven psychischen Gesundheit», die nach Kovess-Masféty (2010: 20) «auf einen Zustand des Wohlbefindens, ein Gefühl des Glücks und/oder der Selbstverwirklichung [...] einen Zustand der Harmonie und Ausgeglichenheit zwischen den Strukturen des Einzelnen und denen der Umgebung, an die er sich anzupassen hat, verweisen».

Möglichkeiten der Entwicklung der Person gefördert, aber auch durch die Schaffung eines Klimas der Gegenseitigkeit und des Austauschs mit den Angehörigen.

3.1.3 Handlungsfähigkeit

Die Aneignung von Handlungsfähigkeit ist für die betreute Person von zentraler Bedeutung. Sie übernimmt dadurch vermehrt Verantwortung über ihre Lebensgestaltung. Empowerment-Strategien müssen folglich auf der persönlichen, gesellschaftlichen und politischen Ebene umgesetzt werden. Ziel ist dabei immer die Verbesserung der Lebensqualität. Die Positionierung der Fachkräfte ändert sich, da die Person nicht länger auf ihre Krankheit reduziert, sondern als aktiv handelnde Person miteinbezogen wird.

3.1.4 Umweltressourcen

Der Fokus liegt auf dem Beziehungskontext im Zusammenhang mit der Recovery-Erfahrung. Die Zusammenarbeit mit Familienangehörigen und Peers erfordert besondere Aufmerksamkeit und ist bisher nur wenig erforscht. Gerade letztere Gruppe bietet die Möglichkeit, reziproke, nicht-hierarchische Beziehungen zu leben, persönliche Kompetenzen zu validieren und durch Einstehen für gemeinsame Rechte ein Gefühl der Zugehörigkeit zur Gemeinschaft zum Ausdruck zu bringen. Fachleute müssen die ExpertInnenrolle aufgeben und zu ModeratorInnen des Recovery-Prozesses werden.

3.2 *Abgrenzung zum neoliberalen Individuum*

Wird, wie im Recovery-Ansatz, die zu betreuende Person als AkteurIn betrachtet, wird es darum gehen, «der Tatsache gegenüber aufmerksam zu bleiben, dass Recovery schnell in einen <Kult der Leistung> abdriften kann» (Ehrenberg 1991, in Linder & Bussy, 2014, S. 48-49, eigene Übersetzung). «Diese Sozialität, am Massstab der Autonomie gemessen, verkörpert sich in der Figur des performativen Individuums, das angehalten wird, sich selber als Unternehmer seines eigenen Lebens zu konstruieren, und dessen Schlagschatten das zerbrechliche und verletzliche Individuum ist» (Ehrenberg 2004: 87, eigene Übersetzung). Castel (2005) hebt hervor,

dass die Soziale Arbeit und der Staat an einer gemeinsamen Dynamik teilhaben, indem sie sich einem Projekt der Verwirklichung des «autonomen und verantwortungsvollen» Individuums verschreiben. Die derzeitigen Umstrukturierungen des Staates, dessen Ziel der sozialen Gerechtigkeit durch eine Ausrichtung auf die Autonomie und Verantwortlichkeit der Einzelnen ersetzt wurde, haben eine Soziale Arbeit in den Vordergrund gerückt, die auf den Strategien der «Aktivierung» über Projekte basieren (Keller, 2011).

Der ethische Ansatz von Ricœur (1996: 202) verfolgt jedoch ein Ziel, das die Gerechtigkeit in den Mittelpunkt setzt: «ein qualitativ gutes Leben mit und für andere, in gerechten Institutionen». Die besonders vulnerablen Personen sollen sich auf zwischenmenschliche Beziehungen und *gerechte Institutionen*¹¹ verlassen können, denen die Aufgabe zukommt, die für die Entwicklung der Autonomie erforderlichen Bedingungen zu schaffen: ja, aber wie?

3.3 *Anerkennung*

Der Begriff der Anerkennung (nach Honneth, vgl. 1996) erklärt die Bedeutung der sozialen Beziehungen für die Konstruktion unserer Identität als Subjekte und Akteure. Folgende drei Eckpfeiler der Anerkennung sind für die Konzeption von Wertschätzung, Vertrauen und Selbstwertgefühl erforderlich:

- **Liebende Anerkennung**, in der Freundschaft und der Liebe (einschliesslich mütterlicher Liebe), um psycho-physiologische Beeinträchtigungen zu vermeiden;
- **Rechtliche Anerkennung**, die darauf abzielt, die uns zustehenden Rechte geltend zu machen;
- **Kulturelle Anerkennung**, bestehend aus unserem Beitrag an die Gesellschaft durch unsere individuellen Aktivitäten.

¹¹ Ein erfülltes Leben kommt nicht nur in den zwischenmenschlichen Beziehungen zum Ausdruck, sondern umfasst auch das Leben der Institutionen, das das «Zusammenleben» strukturieren. Auf ethischer Ebene stellt diese Vorrangstellung einer Struktur des Zusammenlebens eine Art gemeinsame Stärke sicher, die sich einer Art der Beherrschung widersetzt, die durch die mit dem Rechtssystem und der politischen Organisation verbundenen Zwänge abgebildet wird.

Angenommen, die Personen, an die sich unsere Institutionen richten, sind Opfer der Verleugnung von einem oder aller dieser Eckpfeiler der Anerkennung – wie sollte die Unterstützung beim Recovery aussehen? Nach Blais (2004: 120-121) lautet die Antwort: «Es ist im Gemeinschaftsleben, dass die Individuen versuchen, einschneidende Erfahrungen wie die einer disqualifizierenden Identität zu verstehen und sich im Prozess der Reparatur und der Wiederherstellung eines Subjekt- und Akteurstatus zu engagieren».

4. Die Soziale Arbeit im Suchtbereich heute

2016 verabschiedete der Bund eine neue «Nationale Strategie Sucht» (2017-2024) (BAG 2015). Diese fordert eine stärkere Ermächtigung der Menschen. Die Einnahme von psychotropen Substanzen wird nicht mehr a priori als Problem betrachtet, sondern als eine soziale und gesundheitspolitische Herausforderung, die es so gut wie möglich handzuhaben gilt, um die Selbstverantwortung, Autonomie und Handlungsfähigkeit jedes einzelnen zu fördern. Diese Sichtweise gibt den Konsumierenden einen Platz als Akteure. Sie steht im Einklang mit den Forderungen der Menschenrechtsbewegung und der Schadensminderung.

Lange Zeit herrschte eine gewisse Unklarheit über die wahre Beschaffenheit der interdisziplinären therapeutischen Arbeit. Heute scheinen sich nun neue Grenzen abzuzeichnen. Mit der Medikalisierung nehmen sich die Institutionen der «Krankheit» Sucht an. Die «Nationale Strategie Sucht» und deren Absicht der Ermächtigung der Konsumierenden geben der Sozialen Arbeit die Zuständigkeit für die sozialen Bedingungen, die es der Person ermöglichen, ihre Handlungsfähigkeit zurückzugewinnen. Die Medizin steht im Mittelpunkt der Behandlung von psychischen und physiologischen Leiden. Sie kümmert sich um die körperlichen und geistigen Probleme, um die manchmal unüberwindbaren Behinderungen zu überwinden. Die Soziale Arbeit ihrerseits steht im Mittelpunkt des Recovery-Prozesses, als Bindeglied zur gesamten Gesellschaft, mit dem Ziel, ein «gutes» Leben (Ricoeur 1996) für uns alle zu fördern. Sie verfügt über die Res-

sources, um das gesamte Netzwerk mit und für andere in gerechte Institutionen umzuwandeln, und sie bietet soziale Anerkennung, die über die Rehabilitation und Behandlung hinausgeht.

5. Arbeit im Feld

Die Soziale Arbeit fördert Recovery-Prozesse, indem sie auf die Umwelt und die Rahmenbedingungen einwirkt, um die in der Nationalen Strategie Sucht geforderte Autonomie zu ermöglichen.

5.1 *«Housing first» bzw. «D'abord chez soi!» bei der Stiftung Le Levant*

In der Gruppe der Personen ohne festen Wohnsitz sind diejenigen mit Abhängigkeitsproblemen besonders vulnerabel und von gesellschaftlichem Ausschluss bedroht. Das von Sam Tsemberis ausgearbeitete Modell «Housing first» (Tsemberis et al. 2004) fördert ihre Rückkehr in eine Wohnung und deren Beibehaltung. Durch den niederschweligen Zugang und die Wohnsicherheit zusammen mit einer angepassten Betreuung erweist sich dieses Modell als ein Hebel der Integration.

Mit ihrem Projekt «D'abord chez soi!» übernimmt die Stiftung Le Levant in Lausanne das Modell des «Housing first»: ein dauerhafter und stabiler Zugang zu einer Wohnung ohne Vorbedingungen. Die Zielgruppe von «D'abord chez soi!» sind sowohl Menschen in einer Krisensituation als auch mit einer chronischen Erkrankung. Die Betreuung sollte sich an den Zielsetzungen, Bedürfnissen und Wünschen der Bewohnenden orientieren. Es geht z. B. darum, an den sozialen Kompetenzen und angemessenen Beziehungen zur Nachbarschaft zu arbeiten.

«D'abord chez soi!» sieht sich als Teil der Schadensminderung, die die Grundvoraussetzung für einen Zugang zu und die Erhaltung einer Wohnung für Personen mit aktivem Konsum ist. Darüber hinaus ist die Schadensminderung ein Mittel zur Erhaltung der Gesundheit der konsumierenden Mieter und Mieterinnen. Im Rahmen der Schadensminderung verschreiben sich die Fachpersonen von «D'abord chez soi!» der Interdisziplinarität und Komplementarität der verschiedenen Hilfsangebote. Seit dem Beginn des Projektes suchten die Verantwortlichen die interinstitutionelle

Verankerung in den verschiedenen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen, die Teil des bestehenden kantonalen Hilfsangebots sind.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil ist die Zusammenarbeit mit Hauseigentümern und -verwaltungen. Die von der Stiftung Le Levant angebotene Auslagerung der Risiken – Mietverträge auf Namen der Stiftung, soziale und administrative Betreuung der MieterInnen – bietet für einige Verwaltungen ausreichende Sicherheiten, um ihren Wohnungsbestand für die Zielgruppe von «D'abord chez soi!» freizugeben. Mittels Mediationsarbeit wird behutsam interveniert, ohne die Problematik der BewohnerInnen offenzulegen (dies, um die Stigmatisierung zu vermeiden).

Ein wesentliches Ziel ist auch, dass sich der Mieter oder die Mieterin seine oder ihre Wohnung zu eigen machen kann. Aus dieser Perspektive eröffnet der Zugang zu und der Erhalt von Wohnraum die Möglichkeit, die eigene Identität als *citoyen*¹² zu rekonstruieren und an der Gesellschaft teilzunehmen. Auch wenn der Zugang zu einer angemessenen und erschwinglichen Wohnung die Umstände und/oder die Möglichkeit für den Zugang zu anderen formellen und informellen Unterstützungen (Baillergeau & Morin 2008) schafft, ist es dennoch erforderlich, dass der Mieter/die Mieterin sich dies zuvor zu eigen machen möchte oder kann.

5.2 *Citoyenneté*¹³ als zentraler Arbeitsschwerpunkt bei Rel'aids (Waadt)

Die Soziale Arbeit spielt eine bedeutende Rolle bei der Strukturierung kollektiver Räume, die die Schaffung und Stärkung einer gemeinsamen kollektiven Identität ermöglichen. Ihre Klientel ist einer stigmatisierenden moralischen Beurteilung ausgesetzt, die sie in die Marginalisierung drängen kann. Die Bereitstellung von Räumen für den Austausch unter gleich Betroffenen ermöglicht die Stärkung der Gruppe sowie die Anerkennung und Wiedererlangung der eigenen Identität. Es liegt in der Verantwortung der Behörden, die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, die es den Betroffenen ermöglichen, ihrer Existenz einen Sinn zu geben und so ihre Handlungsfähigkeit zu stärken.

¹² «Citoyen» oder «Citoyenneté» sind nicht nur als Staatsbürgerschaft zu verstanden, sondern im weiteren Sinn als aktive Teilhabe und Verantwortungsübernahme für das demokratische Zusammenleben.

¹³ Vgl. Fn. 11.

Genau das versucht das Team von Rel'aids in Lausanne mit dem Projekt «Maman de chocs» (Super-Mama), das sich an drogenkonsumierende Mütter richtet. Diese werden stigmatisiert und sind zahlreichen administrativen und sozialen Hindernissen ausgesetzt. Durch Mediation und vertrauensbildende Arbeit ist es den Sozialarbeiterinnen von Rel'aids gelungen, von diesen Frauen akzeptiert zu werden und einen Raum für Austausch zu schaffen. Das Angebot ist ein wichtiger Teil des Suchthilfedispositivs und fördert den Recoveryprozess der Mütter.

Ein weiteres erfolgreiches Gemeinschaftsprojekt ist die Realisierung von Radio FM-R. Alles fing damit an, dass Rel'aids eine Gruppe von Konsumierenden motivieren konnte, 2014 an der Konferenz «Harm Reduction International» teilzunehmen und dort Interviews mit Fachpersonen durchzuführen. Sie stellten eine Sendung zusammen, in der sie den Standpunkt der Konsumenten und Konsumentinnen darlegten. Das Experiment wurde weitergeführt und hat zur Produktion von mehreren Dutzend Sendungen zu verschiedenen Themen geführt.¹⁴ Mit zunehmender Bekanntheit wird Radio FM-R für Sendbeiträge in Schulen für Soziale Arbeit, in den Medien und für Fachtagungen angefragt. Radio FM-R wird inzwischen von den Behörden unterstützt.

5.3 *Stärkung der Handlungsfähigkeit mit Trampoline*

Die niederschwellige Kontakt- und Anlaufstelle «Au Seuil» der Stiftung Le Tremplin in Freiburg hat den Auftrag der sozialen Integration und der Schadensminderung beim Konsum.¹⁵ Vor kurzem wurde der kontrollierte Alkoholkonsum in der Einrichtung eingeführt.

«Au Seuil» hat dazu auch eine eigene Bierproduktion lanciert. Gemeinsam mit einem Bierbrauer wird unter Beteiligung der Konsumenten und Konsumentinnen das Leichtbier Trampoline gebraut. Für viele hat sich dadurch die Art des Alkoholkonsums verändert. Einige zeigen eine Verbesserung ihres Selbstbildes und eine Steuerung ihres Konsums durch

¹⁴Die Sendungen (französischsprachig) sind online abrufbar: www.radio-fmr.ch.

¹⁵Das Bundesgesetz über die Betäubungsmittel autorisiert unter anderem die Nutzung von gesicherten Konsumräumen. Die Einführung derselben erfolgt auf kantonaler Ebene. Freiburg zählt zu den Kantonen, die auf dieses Hilfsmittel nicht zurückgegriffen hat und den Schwerpunkt auf die soziale Schadensminderung gelegt hat.

das Abwechseln zwischen Trampoline und stärkeren Bieren. Über die Auseinandersetzung mit dem Thema «Genuss» entsteht eine andere Ebene der Diskussion mit den KonsumentInnen. Das Trampoline wird auch von den Kontaktstellen wie etwa sozialen Bistros oder soziokulturellen Zentren bestellt. Auf diese Weise wurden aus den KonsumentInnen von Au Seuil sogenannte «Consom'acteurs» (Konsum'akteure), die sowohl für den Eigenkonsum brauen als auch als «echte» Produzenten auf dem freien Markt auftreten.

Dieses Projekt hinterfragt unsere Werte in Bezug auf Citoyenneté und Ethik, Ausgrenzung und Integration, Menschenrechte und Schadensminderung. Das *Trampoline* fordert uns heraus, unsere Interventionen gegenüber den Behörden, unseren institutionellen Partnern und der Öffentlichkeit zu verantworten, indem wir über falsche Überzeugungen und manchmal moralisierende Gewissheiten hinausgehen.

5.4 Ein «outreach» Sozialdienst im Tremplin (Freiburg)

Die Illegalität des Drogenkonsums hindert die KonsumentInnen daran, ihre Rechte einzufordern. Suchtmittelkonsumierende Personen erfüllen nicht immer alle für eine Leistungszuteilung erforderlichen rechtlichen und administrativen Kriterien bzw. weisen vielleicht sogar Kriterien auf, die einen Zugang zu Dienstleistungen erschweren (z. B. einen Hund zu haben oder nicht das nötige Sozialkapital zu besitzen, um die richtige Person auf die richtige Weise anzusprechen). Sie fallen somit in eine für schutzbedürftige Personen unverständliche Angebotslücke, die eine zusätzliche Marginalisierung zur Folge haben kann.

Um auf diese Problematik – die in den letzten Jahren noch zugenommen hat – adäquat zu antworten, haben die Fachkräfte von Service Social du Tremplin (kurz SST, Sozialdienst der Stiftung Le Tremplin) das Angebot «outreach» entwickelt. Im Zentrum stehen Konzepte wie Unterstützung ohne Diskriminierung, Betreuung, Netzwerkarbeit und parteiliche Vertretung der Rechte. Es geht darum, Leistungen vor Ort zu erbringen und die Zugangsschwelle zu senken. Die Fachpersonen arbeiten draussen, treffen die Leistungsempfänger bei den drei wöchentlichen Informations- und Sozialberatungsgesprächen und sind aktiv in allen Netzwerken tätig, in denen vulnerable Personen unterstützt werden.

Diese Haltung hat ihren Ursprung in den Konzepten «Recovery» und «Schadensminderung». Als ausgewiesene Kenner der verschiedenen Netzwerke und Ressourcen sind die Sozialarbeitenden gefordert, das zu tun, was andere nur wenig tun. In diesem Abenteuer in der Grauzone nehmen sie dann symbolische Identitäten als Kuriere und Vermittler an. Auf struktureller Ebene passen sie die Leistungen bestmöglich an die jeweilige komplexe Situation der KlientInnen an, im Hinblick auf eine höhere Handlungsfähigkeit und die Verbesserung von Menschenwürde, Zusammenleben und Lebensqualität.

5.5 *Wiederentdeckung verwaister Leistungen bei Argos (Genf)*

Die in Genf tätige Organisation Argos bietet zwei verschiedene stationäre Einrichtungen an. Die eine bietet KlientInnen kurze stationäre Aufenthalte, um eine Abstinenz auszuprobieren und sich neu zu orientieren. Die andere bietet längerfristige stationäre Aufenthalte zur Entwöhnung oder zur Festigung eines kontrollierten Konsums. Zudem verfügt die Organisation über ein Tageszentrum, in dem jegliche Anfragen nach Beratung, Unterstützung und Workshops entgegengenommen werden. Sämtliche Aktivitäten der Organisation erfolgen in einem kantonalen medizinischen, strafrechtlichen und sozialen Netzwerk. Der Bereich «Arbeit» unterstützt Personen mithilfe von Workshops. Ziel ist die Förderung und Mobilisierung von Kompetenzen, damit die Klientel sich in der Arbeitswelt oder der Berufsausbildung neu orientieren kann. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit allen betroffenen Diensten oder Institutionen.

Die derzeit wichtigste Herausforderung ist die Aufrechterhaltung dieses sozialen Angebots in Konkurrenz mit den medizinischen Leistungen. Die «interdisziplinäre» Organisation müsste hinsichtlich eines gemischten Finanzierungssystems überdacht werden. Den Betroffenen sollte die Möglichkeit geboten werden, die gesamte Palette an ärztlichen, psychologischen und sozialen Angeboten zu nutzen, die zu ihrer Genesung erforderlich sind.

Argos bietet allen suchtkranken Personen in prekären Verhältnissen Unterstützung im administrativen Bereich an. Dieser wird bei massiven Rückfällen von den KlientInnen zuerst vernachlässigt, was ihre Situation

zusätzlich verschlechtert. Das Thema ist umso wichtiger, als dass die Betroffenen ihre Administrativaufgaben immer mehr vernachlässigen, um ihre ganze Energie auf das Überleben zu konzentrieren. Die Aufgabe von Argos ist es, administrative, juristische oder finanzielle Verhältnisse zu entwirren und damit zur Stärkung der Selbstachtung beizutragen.

Das Angebot von Argos entlastet damit auch die vielfach überlasteten sozialen Dienste der Gemeinden. Dies ermöglicht, Aufgaben zu erledigen, welche sonst aus wirtschaftlichen, politischen oder administrativen Gründen liegen blieben. Es ist Aufgabe der Sozialen Arbeit, dafür Sorge zu tragen, dass die Institutionen als «gerechte Institutionen» erlebt werden. Sie trägt keine direkte Verantwortung für die Genesung der KlientInnen, kann aber einen wertvollen Beitrag dazu leisten, indem sie für eine Verbesserung der Rahmenbedingungen und die Einhaltung der Menschenrechte einsteht. Die Soziale Arbeit ist damit auch eine Garantin dafür, dass alle hilfsbedürftigen Personen die Unterstützung erhalten, die sie benötigen.

6. Fazit

Im Hinblick auf die Suchtbehandlung hat der Einzug der Medizin und der Psychiatrie die Praktiken der letzten Jahrzehnte erschüttert. Die daraus folgende Neugestaltung hat zu robusteren Angeboten geführt, z. ◉ durch die Finanzierung der Leistungen über die Grundversicherung, was zweifelsohne ein grosser Erfolg ist. Allerdings hat sich dadurch auch der Charakter der Sozialen Arbeit im Suchtbereich grundlegend verändert. In der französischsprachigen Schweiz, wo die medizinischen Institutionen stark sind und es eine bedeutende Tradition der öffentlichen Gesundheit gibt, sind zahlreiche neue Angebote entstanden. Parallel dazu kann sich die Region auf eine ehrgeizige Sozialpolitik stützen. Dadurch konnte bei der Umstrukturierung in der Säule «Behandlung» ein bürgernahes Angebot seitens der Sozialhilfe beibehalten werden und diese so ihren Platz in einem erneuerten Netzwerk finden.

Die Medizin heilt. Sie bietet Konsumierenden die Möglichkeit, ihre physische und psychische Gesundheit zu stärken. Die Soziale Arbeit bearbeitet die Verbindung zwischen Individuum und Gesellschaft. Sie mobilisiert die Ressourcen für ein «erfülltes Leben» und «für und mit anderen

Menschen» (Ricoeur 1996). Damit ein Mensch sich ausdrücken kann, muss er körperlich und mental dazu in der Lage sein. Aber er muss dazu auch seinen Platz in der Gesellschaft finden, und zwar im Rahmen von «gerechten Institutionen» (vgl. ebd.), und genau da setzt die Soziale Arbeit an. Beide Professionen sind erforderlich und in der Hilfeleistung untrennbar miteinander verbunden, dennoch dürfen sie nicht miteinander verwechselt werden.

Das Recovery-Modell eröffnet neue Perspektiven, auf denen unsere Praktiken heute basieren. Wir müssen uns von einer linearen Vision verabschieden, die Sucht als Prozess mit aufeinander folgenden Etappen sieht. Recovery gestaltet sich als fortwährender Weg, der uns alle betrifft, Konsumierende, nahestehenden Personen oder Fachkräfte. Alle Dimensionen müssen gemeinsam angegangen werden und keine kann sich über die anderen stellen.

Es ist an der Zeit, zu einer neuen Vision zu wechseln, die globaler ist und diese Veränderungen widerspiegelt. Stellen wir die Frage der konzeptuellen Erneuerung, um die Besonderheit und die zentrale Stellung der Sozialen Arbeit hervortreten zu lassen. Wie ein Taxifahrer begleitet der Sozialarbeiter den Klienten zu den verschiedenen Ressourcen in der Stadt. Ohne diese Begleitung können die Strecken unüberwindbar werden. Die Soziale Arbeit ist die Garantin der Kohärenz des gesamten Prozesses, und obgleich wir sie nicht unbedingt als erste wahrnehmen, ruht doch die gesamte Last auf ihren Schultern. Es ist an der Zeit, ihr gerecht zu werden und unserem Modell eine fünfte Säule hinzuzufügen: Die Säule der Autonomie, die dem Einzelnen ermöglicht, in würdigen, Recovery begünstigenden Bedingungen zu leben und eine gewisse Lebensqualität zu genießen. Diese fünfte Säule sollte es uns ermöglichen, die Tendenz zu überwinden, Menschen in Schubladen zu packen, um in jedem Einzelnen die Handlungsfähigkeit zu fördern. Wir müssen dabei helfen, die erforderlichen Ressourcen zu mobilisieren, damit die Betroffenen wieder ein Gefühl des sozialen Nutzens und der gemeinsamen Citoyenneté erlangen, die dem Anderssein Raum bietet und die Handlungsfähigkeit aller verstärkt. Die diesbezügliche neue Politik, die von der Nationalen Strategie Sucht propagiert wird, muss diesen entscheidenden Beitrag der Sozialen Arbeit in den Mittelpunkt stellen. Dann gäben wir uns die Mittel, das definierte Ziel umzusetzen: die Autonomie der Menschen zu fördern.

Literatur

- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2015): Nationale Strategie Sucht 2017–2024. Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft. www.tinyurl.com/y3v99crl, Zugriff 24.10.2019.
- Baillergeau, É./Morin, P. (2008): L'habitation comme vecteur de lien social. Québec: PUQ.
- Blais, L. (2004): Construire l'Autre comme semblable. S. 105-124 in: F. Saillant/M. Clément/C. Gaucher (Hrsg.), *Identités, vulnérabilités et communautés*. Québec: Nota Bene.
- Castel, R. (2005): Devenir de l'État providence et travail social. S. 27-49 in: J. Ion (Hrsg.), *Le travail social en débat(s)*. Paris: La Découverte.
- Ehrenberg, A. (2004): Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. *Revue française des affaires sociales* 1: 77-88.
- Gira, E./Morel, A. (2010): Psycho-éducation. Les thérapies psycho-éducatives, cognitives et émotionnelles. S. 286-294 in A. Morel (Hrsg.), *L'aide-mémoire d'Addictologie*. Paris: Dunod.
- Honneth, A. (1996). Reconnaissance. S. 1640-1647 in M. Canto-Sperber (Hrsg.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. Paris: P.U.F.
- Keller, V. (2011): Défendre le travail social ou défendre la justice sociale. *Actualité Sociale* 30: 2-4.
- Kovess-Masféty, V. (2010): *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*. Paris: La Documentation française.
- Linder, A./Bussy, Y. (2014): «Guérison et dynamique du rétablissement». *Santé mentale* 191: 44-49.
- Nicolescu, B. (1996): *La Transdisciplinarité. Manifeste*. Paris: Éditions du Rocher.
- Osborne, D. (1993): Reinventing government. *Public Productivity & Management Review* 16(4): 349–356.
- Provencher, H. (2002): L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques. *Santé Mentale au Québec* 27(1): 35-64.
- Ricoeur, P. (1996): *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil.
- Salignon, B. (2010): *Qu'est-ce qu'habiter?* Paris: Éditions de la Villette.
- Tharin, A. (2015): Complémentarité et articulation des approches médico-sociales dans le champ des addictions: analyse des pratiques de 9 intervenants du réseau vaudois et de leurs perceptions du rapport de partenariat. Lausanne: EESP.
- Tsemberis, S./Gulcur, L./Nakae, M. (2004): Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis. *American Journal of Public Health* 94(4): 651-656.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (2019): *Psychische Gesundheit – Faktenblatt*. www.tinyurl.com/y3htq7x3, Zugriff 24.10.2019.

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.

