

RESEARCH

Marcel Krebs · Roger Mäder
Tanya Mezzera *Hrsg.*

Soziale Arbeit und Sucht

Eine Bestandesaufnahme
aus der Praxis

OPEN ACCESS



Springer VS

Soziale Arbeit und Sucht

Marcel Krebs · Roger Mäder
Tanya Mezzera *Hrsg.*

Soziale Arbeit und Sucht

Eine Bestandesaufnahme
aus der Praxis

 Springer VS

Hrsg.

Marcel Krebs
Hochschule für Soziale Arbeit der FHNW
Olten, Schweiz

Roger Mäder
Forum Suchtmedizin Ostschweiz FOSUMOS
St.Gallen, Schweiz

Tanya Mezzera
Suchthilfe ags, Suchtberatung ags
Lenzburg, Schweiz



ISBN 978-3-658-31993-9 ISBN 978-3-658-31994-6 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>

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

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en) 2021. Dieses Buch ist eine Open-Access-Publikation.

Open Access Dieses Buch 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 Buch 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.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Das Kapitel *Raus aus der Isolation durch soziale Integration* 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.

Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	4
Grusswort	
Verstehen, verbinden, vorausschauen. Soziale Arbeit und Sucht aus nationaler Perspektive	5
<i>Mirjam Weber</i>	
Vorwort	
Soziale Arbeit in der Suchtprävention und Suchthilfe der deutschsprachigen Schweiz	11
<i>Toni Berthel</i>	
Vorwort	
Sucht ist (auch) ein soziales Problem	17
<i>Simone Gremminger</i>	
Einleitung	21
<i>Marcel Krebs, Roger Mäder, Tanya Mezzera</i>	
Arbeitsfeld Prävention	
Soziale Arbeit in der Suchtprävention – eine Suche	39
<i>Martina Buchli</i>	
Arbeitsfeld Ambulante Beratung	
Eine Selbstverständlichkeit: Soziale Arbeit in der ambulanten Suchtberatung und Therapie	55
<i>Ruth Rihs</i>	
Arbeitsfeld Entzug und Entwöhnung	
Stationärer Entzug, der Start in ein suchtfreies Leben?	75
<i>Markus Kaufmann</i>	

Arbeitsfeld Teilstationäre Therapie	
Soziale Arbeit: Eine wichtige Profession in der suchtmmedizinischen Tagesklinik	87
<i>Rahel König-Hauri</i>	
Arbeitsfeld Stationäre Sozialtherapie	
Soziale Arbeit: Dreh- und Angelpunkt der stationären Suchttherapie	97
<i>Peter Forster, Fabian Müller, Michel Villard</i>	
Arbeitsfeld Betreutes Wohnen	
Soziale Arbeit in einem stationären therapeutischen Reintegrationsprogramm	113
<i>Fabienne Bingler, Hans Peter Engler</i>	
Arbeitsfeld Tagesstruktur und Soziale Integration	
Raus aus der Isolation durch soziale Integration	127
<i>Andrea Kaspar, Stefan Leimgruber</i>	
Arbeitsfeld Arbeitsintegration	
Soziale Teilhabe durch Arbeitsintegration	143
<i>Martin Stalder, Karin Stoop</i>	
Arbeitsfeld Opioidagonistische Therapie	
Soziale Arbeit als unverzichtbarer Bestandteil in der Opioidagonistischen Therapie	157
<i>Regula Hälg</i>	
Arbeitsfeld Aufsuchende Soziale Arbeit	
Aufsuchende Soziale Arbeit als sozialräumliche und lebensweltorientierte Schadensminderung	175
<i>Mathias Arbogast</i>	
Arbeitsfeld Niederschwellige Arbeit	
Von umstrittenen Pionierprojekten zum Erfolgsmodell	193
<i>Franziska Schicker, Natascha Inauen</i>	

Arbeitsfeld Nightlife
Soziale Arbeit, nach acht 209
Alexander Bücheli

Arbeitsfeld Intervention und Prävention im öffentlichen Raum
**Die SIP der Stadt Luzern als Akteurin der vermittelnden
Sozialarbeit** 231
Christina Rubin, Lucia Sidler

Arbeitsfeld Bewährungshilfe
**Soziale Arbeit bei der Bewährungshilfe - von Wünschen und
Realitäten** 249
Carolin Ospelt, Marcel Müller

Soziale Arbeit in der Suchthilfe der französischsprachigen Schweiz
Über die Krankheit hinaus: die Rückkehr der Sozialen Arbeit 261
*Jean-Félix Savary, Ann Tharin, Romain Bach, Cédric Fazan, Hervé Durgnat,
Cédric Periard*

Gedanken zur Reflexion
**Soziale Arbeit als massgebliche Kraft in der interprofessionellen
Suchthilfe?** 279
Peter Sommerfeld

Anhang 1
**Leitfaden, Orientierung und Ideengeber für die Beschreibung der
Arbeitsfelder**

Anhang 2
Reviewerinnen und Reviewer der Beiträge

Abbildungsverzeichnis

Gesundheitsdeterminanten	47
Chancengerechte Gesundheitsförderung	49
Grundsätze der Beratungs- und Therapiepraxis der Berner Gesundheit	68
Integrierte Suchtbehandlung Suchthilfe Region Basel	122
Stufenmodell Integration	134
Das Lebensführungssystem	291
Idealtypische Gestalt einer lebensverlaufsbezogenen Sozialen Arbeit, Wandel des Lebensführungssystems als handlungsleitendes Ziel der Sozialen Arbeit	297
Systematik des Interventionsmethoden-Pools.....	298

Tabellenverzeichnis

Nightlife-Präventionsangebote in der Schweiz 2020	222
Strukturelle Prävention im Schweizer Nachtleben	223
Sozialräumliche Ansätze im Schweizer Nachtleben.....	225

Verstehen, verbinden, vorausschauen.

Soziale Arbeit und Sucht aus nationaler Perspektive

Mirjam Weber¹

Leiterin Nationale Strategie Sucht, Bundesamt für Gesundheit

1. Soziale Arbeit? Ausgerechnet Sucht?

Die tiefe Überzeugung, dass es uns nur dann gut gehen kann als Gesellschaft und Staat, wenn für das Wohlergehen und für Perspektiven auch für die Verletzlichen unter uns gesorgt ist, brachte mich zur Sozialen Arbeit. Die Präambel unserer Bundesverfassung beinhaltet, dass «...die Stärke des Volkes sich misst am Wohl der Schwachen» – diesem Grundwert mit Taten zu folgen, motiviert mich auch heute noch täglich. Die Thematik Sucht zieht sich durch meinen beruflichen Werdegang. Dies ist dem Bewusstsein geschuldet, dass Brüche in der Biographie, Situationen der lähmenden Überforderung, oder nagende Sorgen bei den allermeisten von uns früher oder später zumindest phasenweise zur Realität werden. Und dass Sucht – so erfuhr ich es in unzähligen Beratungsgesprächen und Begegnungen, aber auch im Austausch mit den in der Suchtarbeit tätigen Fachpersonen – eine mögliche Reaktion auf solche Belastungen sein kann. Eine Suchterkrankung nimmt das familiäre und soziale und berufliche Umfeld von Betroffenen ein, betrifft oft bald die finanzielle Sicherheit und zieht gesundheitliche Probleme, oft auch Stigmatisierung und Erfahrungen von Ausgrenzung nach sich. In der Suchtarbeit tätig zu sein heisst, mit unterschiedlichsten Menschen, in fast allen Bereichen des Alltags in Berührung zu kommen. Ich erinnere mich an die Stärke der 18-Jährigen Luisa, die als Kind einer schwer heroinabhängigen Mutter schon früh selbstständig wurde und in der Beratung jene Gespräche suchte, die sie ihrer

¹ MSc in Sozialer Arbeit.

Mutter nicht auch noch zumuten wollte. An Frau Straub, bei der der Drogenkonsum nebst psychischen Problemen und Gewalterfahrungen nicht das Problemfeld war, das primär behandelt werden musste – hier war vor allem Stabilität und weniger Beschaffungsstress wichtig. Auch an Herrn Murati, dessen Kokainkonsum zwar von seinem Arbeitgeber, einem grösseren Spital, bisher unbemerkt blieb, der aber selbst darunter litt, dass der Konsum seinen Alltag je länger je mehr strukturierte.

Brüche in Biographien zum Thema zu machen oder sie als zum Leben zugehörig zu betrachten, genauso aber ein besonderes Augenmerk dem potentiell Stärkenden – nicht nur beim Individuum, sondern auch in den ihm umgebenden Strukturen – gelten zu lassen, gehört für mich zu den zentralen Aufgaben der Sozialen Arbeit. Gerade im Bereich der Suchthilfe.

2. Verstehen

«Du arbeitest in der Verwaltung? Fehlt dir nicht die Praxis? Ist dir das nicht zu unkonkret? Die Lebenswelt der Klientinnen, Adressaten oder Patienten wird dir fern sein...» Nicht selten bin ich mit solchen Fragen und Vorurteilen konfrontiert. Als ich den Schritt vom Beratungszimmer der Jugend-, Eltern- und Suchtberatungsstelle zuerst in die Kantons- und später in die Bundesverwaltung machte, war es nie eine Bewegung weg von den Themen, die mich zur Sozialen Arbeit geführt hatten. Es war die Überzeugung, dass das Rüstzeug aus meinem Studium sich auch für steuernde oder strategische Tätigkeiten eignet, um komplexe soziale Situationen zu verstehen und mit unterschiedlichsten Anspruchsgruppen zu arbeiten.

3. Verbinden

Auf Bundesebene bedeutet Soziale Arbeit im Suchtbereich insbesondere, an den Schnittstellen unterschiedlicher Themenbereiche und organisationaler Einheiten tätig zu sein. Das Grundthema der Sozialen Arbeit, die Teilhabe der Adressatinnen und Adressaten am sozialen Leben, steht dabei im Zentrum – ganz egal, auf welcher strukturellen Ebene man tätig ist. Sucht betrifft nicht nur Menschen jeglichen Hintergrunds, sie wirkt sich

auch auf das Handeln dieser Menschen in jedem Bereich ihres Lebens aus. Die Integration in die Arbeitswelt, der Zugang zum Gesundheits- und Bildungswesen und die Einbettung in soziale Strukturen werden durch Suchterkrankungen erschwert. Im selben Mass, wie die Interdisziplinarität in der Suchtprävention oder der Therapie von Suchterkrankungen unabdingbar ist, ist es auf Bundesebene zentral, jene Systeme, Institutionen und Organisationseinheiten für die Thematik «Sucht» zu sensibilisieren, denen in der Prävention und der Behandlung von Sucht und deren Folgen eine Rolle zukommt. Sei dies nun in der Finanzierung, Steuerung, Konzeptualisierung, Versorgung, Rechtsetzung oder in der Gestaltung des gesellschaftlichen Diskurses. Die Nationale Strategie Sucht ist ein Teilprojekt der umfassenden Gesundheitsstrategie 2020 des Bundes. Zentrale Aufgabe, die sich in vielen der Massnahmen der Suchtstrategie widerspiegelt, ist die Stärkung der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit. Sucht ist kein Gesundheitsthema allein. Sucht ist auch Sozialpolitik und beschäftigt die Justiz und Verwaltung. Übergeordnete Strategien auf konkrete Ansätze in der Praxis herunterbrechen, auf allen föderalen Ebenen regions- und bereichsübergreifend unterstützende Strukturen schaffen, verschiedenste Stakeholder einbinden und dabei Luisa, Frau Straub und Herrn Murati mitdenken – ein Fall für den multiperspektivischen Blick der Sozialen Arbeit. Ich wünsche mir, dass die Soziale Arbeit noch vermehrt Brücken schlägt und verbindet. Und Auswirkungen politischer Entscheide auf die tatsächliche Lebenswelt der Adressatinnen und Adressaten der Sozialen Arbeit noch prägnanter – und etwas lauter – für Fachleute wie auch für die breite Öffentlichkeit aufzeigt und erklärt.

4. Vorausschauen

An Herausforderungen wird es in den kommenden Jahren in der Suchtarbeit nicht mangeln. Die adäquate Behandlung der heterogenen Zielgruppe von suchtbetroffenen Menschen, die langfristige Finanzierung der Angebote von Prävention und Therapie, sowie neue Produkte und Konsumformen, seien hier nur als wenige Beispiele genannt. Der Umgang der Gesellschaft mit der grossen Vielfalt an Lebens-, Arbeits- und Freizeitgestaltung und damit einhergehend auch mit der Balance von Enhancement, Genuss,

selbstverantwortlichem Konsum und Gefährdung wird sich auch auf den Umgang mit dem Konzept «Sucht» auswirken. Sucht als nur einer von mehreren belastenden Faktoren in ohnehin prekären Lebensverhältnissen der Betroffenen, Versorgungslücken für betreuungsaufwändige oder sehr spezifische Zielgruppen und finanzieller Druck durch Kosteneinsparungen werden integrierte Versorgungsmodelle, das heisst, flexiblere Strukturen entlang des Versorgungspfades und ein Zusammenspiel von unterschiedlichen Disziplinen, erforderlich machen. Vor dieser komplexen Ausgangslage werden die Kompetenzen der Sozialen Arbeit in der Suchtarbeit und -politik gefragt sein. Sozialarbeitende sind darin ausgebildet, genau hinzuhören und hinzusehen: Wie stellt sich eine vielschichtige soziale Situation dar? Was unterscheidet genau diesen Fall von Alkoholmissbrauch von einem, der augenscheinlich ähnlich angelegt ist und doch so andere Konsequenzen für die Betroffenen und ihr Umfeld nach sich zieht? Welche Rolle spielen dabei allfällige Zweitdiagnosen, das soziale Umfeld, die Wohn-Umgebung oder die in Zusammenhang stehende Rechtslage? Sozialarbeitende sind fähig, den Blick vom Einzelfall zu lösen und individuelle Geschichten vor dem Hintergrund sozialer Strukturen zu betrachten. Sozialarbeitende können eigene Arbeitsfelds- und Professionstheorien verbinden mit Wissen aus Bezugsdisziplinen wie Psychologie, Pädagogik, Medizin, Ethik, Soziologie, Recht und Politik und den Transfer von Wissenschaft zur Praxis feldbezogen einleiten. Der Aufruf geht gleichermaßen an die Hochschulen, Soziale Arbeit als Profession auf allen Ebenen der Praxis und als (eigene) Wissenschaft zu fördern und spezifisch auch der Aus- und Weiterbildung im Kontext Sucht besondere Beachtung zu schenken. Er richtet sich aber auch an die Praxis der Suchthilfe, der Sozialen Arbeit den Platz zu geben, der ihr gebührt, um wirken zu können. Hier ist insbesondere zu bedenken, dass ein vermehrtes Anbinden der Suchthilfe an medizinische Strukturen nicht das Verdrängen von sozialarbeiterischem Wissen mit sich bringen darf. Sucht ist nur interdisziplinär anzugehen – und hier kommt der Sozialen Arbeit eine wichtige Rolle zu.

Das vorliegende Buch gewährt Einblicke in die vielfältigen Arbeitsbereiche und Methoden der Sozialen Arbeit im Feld der Suchtarbeit. Es zeigt die Herausforderungen auf, die die komplexen Strukturen und Aufgaben im Institutionsalltag mit sich bringen und veranschaulicht, welche

Rollen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern aufgrund der geschilderten Kompetenzen zukommen. Nicht scheuen sollten sich Wissenschaft wie Praxis davor, das Agieren in der Sozialen Arbeit mit der nötigen Offenheit zu reflektieren, um sich in den sich im Wandel begreifenden Strukturen aktiv und effektiv einbringen zu können. Wir sind auch künftig dazu aufgefordert, uns verstehend, verbindend und vorausschauend unseren Raum zu nehmen und in unserem Handeln die Achtung der Würde der Betroffenen in der täglichen Arbeit in Institutionen, Verwaltungen und der Politik hochzuhalten.

Das echte Interesse an Unebenheiten und Brüchen im Verlauf des Lebens macht auch einen Teil des sozialarbeiterischen Könnens und Wirkens aus. Wie der Sänger und Schriftsteller Leonard Cohen sagte: «There is a crack in everything – that's how the light gets in».

Im April 2020

Soziale Arbeit in der Suchtprävention und Suchthilfe der deutschsprachigen Schweiz

Toni Berthel, Dr. med.

*Ehemaliger Präsident der Eidgenössischen Kommission für Suchtfragen
(bis Ende 2019)*

1. Das Verständnis von Sucht wandelt sich stetig

Das Verständnis von Sucht hat sich im Laufe der Jahrzehnte verändert. Jahrhundertlang wurde Sucht, mit grenzenloser Gier und Völlerei gleichgesetzt, als Laster bezeichnet und zu den Todsünden gezählt. Süchtige Menschen wurden aus der Gesellschaft ausgegrenzt und religiöse Puristen bemächtigten sich der Behandlung von Substanzabhängigen. Anfang 20. Jhd. entstanden im Sog tiefenpsychologischer Konstrukte erstmals Ansätze mit denen versucht wurde, Substanzkonsum zu verstehen und psychotherapeutisch zu behandeln. Die gesellschaftlichen Veränderungen der 1960er-Jahre erweiterten den Blick auf die soziale Dimension individueller Probleme, auch von Suchtproblemen. Im Zuge der medizinischen Fortschritte in den 1990er-Jahren – mit Erkenntnissen aus Neurobiologie und Hirnforschung – gerieten biologische Denkansätze ins Zentrum. Philosophen beurteilen Sucht heute als Folge moderner Kultur Tendenzen mit der Entritualisierung vieler Lebensformen, was mit Schwierigkeiten des eigenen Weltaufbaus einhergeht. Neben dem Substanzkonsum wurden in den letzten Jahren auch nicht substanzbezogene Verhaltensweisen den Suchterkrankungen zugeordnet, die mit Kontrollverlust, Craving und Entzugssymptomen einhergehen, wie z. B. Geldspiele oder der Gebrauch neuer Medien. Heute hat das bio-psycho-soziale Modell für die Erklärung, wie Suchtprobleme verstanden werden können, die breiteste Akzeptanz. Dieses geht davon aus, dass biologische, psychische und soziale Faktoren nicht allein oder primär die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten bestimmen, sondern miteinander interagieren und ein komplexes Ganzes bilden.

2. Der bio-psycho-soziale Ansatz

Die Arbeit mit Suchtkranken, Suchtgefährdeten und Abhängigen orientiert sich heute an diesem bio-psycho-sozialen Ansatz. Hier sind wir in den letzten Jahrzehnten einen weiten Weg gegangen. Aus den partikularen, paternalistischen Denk- und Handlungsansätzen mit klaren, von aussen vorgegebenen Abstinenzforderungen, entwickelte sich eine moderne, das Individuum in seiner Einzigartigkeit akzeptierende Grundhaltung. Im Zentrum steht der suchtkranke Mensch und mit ihm die Menschenwürde. Theorien und Modelle orientieren sich heute an der Selbstbestimmung und -verantwortung des Menschen auch im Umgang mit seinem Substanzkonsum. Die Zusammenarbeit zwischen Patient/Klient und Helfern basiert auf Gleichwertigkeit und findet auf Augenhöhe statt. Transparenz und individuelle Ziele bestimmen heute unser Tun. Durch den grossen Paradigmenwechsel vom Abstinenz- zum Schadensminderung-Theorem stehen nun Konzepte wie kontrollierter Konsum, Zieloffenheit und Selbstbefähigung im Zentrum. Die in der Betreuung und Behandlung eingesetzten Interventionstechniken sind vielfältig geworden.

Dabei hat sich gezeigt, dass Methoden, die die Motivation für eine Veränderung unterstützen und die die Verantwortung für die eigene Lebensbewältigung fördern, besonders erfolgreich sind. Neben- oder nacheinander werden spezifische Gesprächstechniken, Medikamente gegen zusätzliche psychische Leiden, schadensmindernde Massnahmen, soziale Unterstützung und in psychosozialen Ansätzen gründende Methoden erfolgreich eingesetzt. Alle diese Behandlungs- und Interventionsansätze sind individualisiert und modular; und die unterschiedlichen Problemstellungen werden in stationärer, teilstationärer und ambulanter Arbeit parallel, miteinander und nacheinander bearbeitet. Diese Interventionstechniken sind sowohl bei legalen, illegalen wie substanzunabhängigen Suchterkrankungen hilfreich. Die frühere Unterteilung der Interventionen nach dem Legalstatus der Substanz ist in Theorie und Praxis längst überholt und in der Alltagsarbeit nicht zielführend.

3. Arbeit im Feld der Sucht ist interprofessionell

Es besteht mittlerweile eine weitgehende Einigkeit: Arbeit mit Suchtkranken geht mit einer Vielzahl von Problemstellungen einher, die in der Regel interprofessionell angegangen werden müssen. Doch obwohl die Komplexität der Arbeit im Feld der Sucht für alle ersichtlich ist, ist die Zusammenarbeit nicht selbstverständlich. Dies hat neben strukturellen Schwierigkeiten auch mit den jeweiligen Berufsgruppen ihrer Berufssozialisation und den einzelnen in die Behandlung, Beratung und Betreuung involvierten Fachleuten aus Medizin, Psychotherapie, Soziale Arbeit zu tun.

Die verschiedenen involvierten Professionen und Berufe haben jeweils unterschiedliche Aufgaben zu erbringen. Sie wurden in ihren Berufsausbildungen unterschiedlich geschult und sozialisiert und bedienen sich unterschiedlicher, oft divergierender Denkansätze und Denktraditionen. Diese fachlichen Spannungsfelder werden zusätzlich verstärkt durch den (manchmal auch nur phantasierten) unterschiedlichen Status der jeweiligen Berufsgruppen im Selbsterleben und der gesellschaftlichen Wahrnehmung. Das Thema Sucht nimmt in Grundausbildungen und der Weiterbildung nur wenig Raum ein. Zusätzlich gibt es kaum differenzierte Modelle, wie mit der Vielschichtigkeit von Sucht und den damit einhergehenden Problemstellungen umzugehen ist. Und selbst wenn sich in der Fachwelt die Einsicht durchgesetzt hat, dass Sucht mit einem bio-psycho-sozialen Ansatz erklärt und behandelt werden kann, kultivieren die Öffentlichkeit und teilweise die Politik immer noch und immer wieder mittelalterliche, voraufklärerische und mystische Glaubenssätze wie das alleinige Primat der Abstinenz oder den Konsum berauschender Substanzen als sündhaftes Verhalten.

3.1 *Interprofessionelle Zusammenarbeit gründet in einer stabilen Berufsidentität*

Die Basis, damit wir interdisziplinär zusammenarbeiten können, ist eine gut ausgebildete, auf Evidenz und in Kompetenz gründende sowie aus Wissen generierter Berufsidentität, die Bereitschaft und Fähigkeit in einer gemeinsamen Sprache zu kommunizieren. Dafür muss jede Berufsgruppe wissen was sie kann, was ihre Ziele in der Arbeit sind, wie sich ihr Auftrag,

ihre Denkansätze und Interventionen von den anderen involvierten Berufskategorien unterscheiden.

3.2 *Interprofessionelle Zusammenarbeit findet in Netzwerken statt*

Die Beratung, Behandlung und Betreuung von Menschen mit Suchtproblemen ist eine komplexe Aufgabe. Kooperation von unterschiedlichen Anbietern ist notwendig. Ziele und Interventionen müssen mit allen Involvierten – inklusive den PatientInnen oder KlientInnen – formuliert und abgesprochen werden. So können gegenseitige Ressourcen genutzt, Reibungsverluste minimiert und Hilfsangebote aufeinander abgestimmt werden. Kooperation ist mehr als das Wissen, dass andere auch involviert sind. Kooperation verlangt nach verbindlicher Zusammenarbeit, klaren Regeln wie zusammengearbeitet werden soll und der Bereitschaft nach unverkrampfter Kommunikation.

Wir sprechen hier von einem integriert-integrativen Behandlungsmodell. Integrierte Suchtbehandlung meint vernetzte, verbindliche und zielorientierte Zusammenarbeit verschiedener Anbieter unter Koordination und gegenseitiger Abstimmung der Angebote und Interventionen. Integrierte Suchtbehandlung meint das gezielte Zusammenwirken verschiedener wirksamer (nach Möglichkeit evidenzbasierter), sinnvoller Behandlungsmethoden und die Arbeit mit transparenten verständlich kommunizierbaren Erklärungsmodellen.

3.3 *Soziale Arbeit ist für die ganzheitliche Begleitung im Feld der Sucht unerlässlich*

Sucht und risikoreicher Konsum wie risikoreiches Verhalten sind multifaktorielle Phänomene mit vielen bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen. Können mit Substitutionsmitteln die Suchtprozesse im Gehirn beruhigt, mit Medikamenten Infektionen geheilt und comorbide Störungen beeinflusst, mit psychotherapeutischen Methoden innerpsychische, interaktionale und kognitive Prozesse beeinflusst werden, hat die Soziale Arbeit das Wissen wie soziale Hilfssysteme funktionieren, wie sie genutzt werden können, welche hilfreich sind, oder sie hat in der Beratung ihre spezielle Kompetenz. Die in der Sozialen Arbeit Tätigen sind Spezialistinnen und

Spezialisten für die Arbeit mit dem Individuum, der Arbeit an Schnittstellen zur Gesellschaft und deren Institutionen sowie in Netzwerken. Die Soziale Arbeit kann auch ausserhalb der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen oder sozialmedizinischen Ambulatorien aufsuchend und lebensnah tätig sein. Auf diese Kompetenzen sind unsere Klienten/Patienten und wir im Suchthilfenetzwerk dringend angewiesen.

3.4 Die Soziale Arbeit muss sich positionieren

Das vorliegende Werk, das von einer Vielzahl von Autorinnen und Autoren verfasst wurde, ist die Basis dafür, dass sich die Soziale Arbeit im Feld der Sucht und dem Netzwerk der Suchthilfe positionieren kann. Was ist Soziale Arbeit, was kann sie, was sind ihre spezifischen Methoden die hilfreich eingesetzt werden können, wo sind welche Ansätze erfolgreich, wie können sie sich weiter entwickeln? Es sind wichtige Aussagen und Ansätze, damit die Soziale Arbeit auch in Zukunft ihren Platz in der Arbeit mit Abhängigen, mit Menschen die risikoreich psychoaktive Substanzen konsumieren, oder dem Umfeld und Angehörigen behaupten kann. Ich gratuliere den Herausgeberinnen und Herausgebern zu dem Mut, dieses Werk in Angriff genommen zu haben. Gleichzeitig hoffe ich auch, dass es Einsatz findet in der Aus-, Weiter- und Fortbildung an den Hochschulen und Universitäten, in denen die Soziale Arbeit gelehrt und erlernt wird und hilft, Brücken zu bauen zwischen den verschiedenen Fachleuten, die im Netzwerk Sucht tätig sind.

Im Mai 2020

Sucht ist (auch) ein soziales Problem

Simone Gremminger¹

Präsidentin AvenirSocial, Berufsverband Soziale Arbeit Schweiz.

Übermässiger Konsum und Sucht sind Themen, die den Alltag von vielen Menschen in betreffen und doch häufig gesellschaftlich tabuisiert werden.

So sind auch Sozialarbeitende in den verschiedensten Arbeitsfeldern mit dem Thema Sucht konfrontiert, wie in der Schulsozialarbeit, in der Sozialhilfe, in der Jugendarbeit, im Kindes- und Erwachsenenschutz, um nur einige Beispiele zu nennen. Umso wichtiger ist es, dass Sozialarbeitende über genügend Fachwissen verfügen, um Suchtprobleme (frühzeitig) zu erkennen und die Interventionsplanung angemessen auszugestalten.

Zugleich sind die Institutionen der Suchthilfe eines der Arbeitsfelder, in der Soziale Arbeit wirkt, ob im Bereich der Prävention, der Schadensminderung, der Therapie – die Fachpersonen der Sozialen Arbeit sind aus den Angeboten der Suchthilfe nicht wegzudenken. Sie fokussieren auf die sozialen Aspekte von Gesundheit, auf die Lebensverhältnisse, die Lebensqualität und setzen in Zusammenarbeit mit den Klientinnen und Klienten bei der (Wieder-)Erschliessung ihrer Ressourcen an. Basierend auf einer systemischen Denkweise arbeiten sie im gesamten Unterstützungsprozess unter Einbezug des sozialen Umfelds sowie der beteiligten Institutionen und Fachpersonen.

Dennoch werden Fachpersonen der Sozialen Arbeit kaum als Expertinnen und Experten in der Suchthilfe wahrgenommen, zumal *Suchterkrankungen* vorwiegend als medizinisch(-psychiatrisches) Problem und nicht als ein soziales Problem wahrgenommen werden.

Sucht hat längst nicht nur gesundheitliche Auswirkungen, sondern - in ihren oft langjährigen Verläufen - Konsequenzen auf verschiedenste, um nicht zu sagen fast alle, Lebensbereiche. So haben suchtmittelabhän-

¹ MSc in Sozialer Arbeit.

gige Menschen ein grösseres Risiko von Arbeitslosigkeit, Armut, Verschuldung und instabilen Wohnverhältnissen betroffen zu sein. Umgekehrt können aber solche – oft multifaktoriellen - Problemkonstellationen auch in eine Sucht hineinführen.

Oft führen Suchtprobleme zu Spannungen und Konflikten mit dem angestammten sozialen Umfeld, wie Familie und Freundeskreis, und parallel oder infolgedessen zur Veränderung des sozialen Umfelds zu «Gleichgesinnten» bis hin zur sozialen Isolierung. Schliesslich führen Suchtprobleme nicht selten zu Kriminalität, im Kontext von Beschaffung und Konsum illegaler Substanzen, aber auch von Gewaltdelikten und anderen Straftaten unter Suchtmittel einfluss.

Das Wirken der Sozialen Arbeit findet im Spannungsfeld zwischen individuellen Bedürfnissen und gesellschaftlichen Erwartungen statt. Sie begleitet einerseits Veränderungs- und Entwicklungsprozesse, um Individuen und Gruppen maximale Selbständigkeit und Selbstbestimmung und damit Teilhabe und Teilnahme an der Gesellschaft zu ermöglichen. Gleichzeitig wirkt sie auf einen sozialen Wandel auf gesellschaftlicher Ebene hin, «der den Einzelnen die Befriedigung der biologischen, psychischen, sozialen, ökonomischen und kulturellen Bedürfnisse und ihre Entfaltung ermöglicht» (vgl. AvenirSocial 2014).

Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit haben nicht nur auf das Leben der betroffenen Menschen und ihr unmittelbares soziales Umfeld Auswirkungen, sondern stellen auch die Gesellschaft vor verschiedenste Fragen und Probleme, die es zu lösen gilt.

So war in den 1990er Jahren, um ein prominentes Beispiel in der Schweizerischen Suchtpolitik anzuführen, die gesellschaftliche Belastung durch die offenen Drogenszenen und deren Auswirkungen so gross, dass die Politik und die involvierten Fachpersonen neue Wege denken mussten. Dies hatte eine Abkehr von der alleinigen Abstinenzorientierung und die Entwicklung der Angebote der Schadensminderung, wie Kontakt- und Anlaufstellen und Substitutionsbehandlungen, zur Folge. Es gehört zum Selbstverständnis und zum Auftrag der Sozialen Arbeit, solche gesellschaftlichen und politischen Lösungen mitzugestalten.

Deshalb ist AvenirSocial, Berufsverband der Sozialen Arbeit Schweiz, Mitglied der Nationalen Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik (NAS-CPA), in

der verschiedenste InteressenvertreterInnen aus dem Suchtbereich Lösungsvorschläge zu aktuellen Problemstellungen erarbeiten. In diesem Rahmen setzt sich AvenirSocial für verstärkte Massnahmen in der Früherkennung und Frühintervention ein, aber auch für eine Regularisierung illegaler Substanzen im Sinne einer Entstigmatisierung und Entkriminalisierung von Suchtmittelkonsumentinnen und -konsumenten.

AvenirSocial begrüsst zudem die Nationale Strategie Sucht, die einen nationalen Orientierungsrahmen in der Suchthilfe gibt. Insbesondere die Erweiterung vom Vier-Säulen-Modell zum Würfelmodell ermöglicht eine ganzheitliche Sichtweise auf die Komplexität von Suchtproblematiken. Zudem orientiert sich die Nationale Strategie Sucht vermehrt an Ressourcen und schliesst damit an die Methoden der Sozialen Arbeit an. Dennoch machte AvenirSocial bereits in der Vernehmlassung zur Nationalen Strategie Sucht (2015) darauf aufmerksam, dass eine Überbetonung der medizinischen und psychiatrischen Institutionen stattfand und dem sozial-therapeutischen Bereich zu wenig Bedeutung beigemessen wurde.

Dies mag auch mit den komplexen Finanzierungsmodellen in der Suchthilfe zusammenhängen, die geprägt sind von den föderalistischen Strukturen und den Zuständigkeiten der verschiedenen sozialen Sicherungssysteme, wie bereits von Sommerfeld 2016 unter dem Schlagwort «Medizinalisierung der Suchthilfe» angesprochen.

Mit der Etablierung der Vier-Säulen-Politik ist «das Drogenproblem» aus dem Fokus der Gesellschaft geraten. Die Erinnerungen an das sichtbare Elend der offenen Drogenszenen der 1990er Jahre verblassen langsam im kollektiven Gedächtnis. Die geschaffenen Angebote haben in der Tat viel dazu beigetragen, die Lebensqualität von abhängigen Menschen zu verbessern, aber auch die Gesellschaft, vor allem die Jugendlichen, für die Risiken von Suchtmittelkonsum und daraus folgender Abhängigkeit zu sensibilisieren. Dennoch bergen diese Unsichtbarkeit und das vermeintlich gelöste Drogenproblem auch die Gefahr, dass immer weniger öffentliche Gelder in die Suchthilfe fliessen. Es ist jedoch ein Trugschluss anzunehmen, dass mit dem Verschwinden der offenen Drogenszenen auch der Substanzkonsum und die Gefahr von Süchten generell verschwunden wären. Vielmehr sieht sich die Suchthilfe mit immer neuen Substanzen und Süchten, wie Internet- und Spielsüchten oder verschiedensten chemischen

Substanzen konfrontiert, während auch die alt bekannten Substanzen (insbes. Alkohol und Tabak) und Konsumformen nicht verschwunden sind. Deshalb braucht es eine solide Finanzierung: Um gute Präventionsarbeit leisten zu können, neue Tendenzen frühzeitig zu erkennen und adäquate Angebote zu entwickeln, sowie um die Menschen in ihren individuellen Entwicklungsprozessen im Umgang mit ihrer Abhängigkeit zu begleiten. Und deshalb sind die Soziale Arbeit und deren Fachpersonen Schlüsselpersonen in der Suchthilfe: Weil sie die betroffenen Menschen wie auch die Mitbetroffenen begleiten und unterstützen, die Kooperation mit den anderen involvierten Fachpersonen und Professionen suchen und sich auf gesellschaftlicher und politischer Ebene dafür einsetzen, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um eine menschenwürdige und zukunftsorientierte Suchtpolitik zu gestalten.

Ich habe selbst fast zehn Jahre in der niederschweligen Suchthilfe gearbeitet und bin aus diesem Kontext, wie auch als Präsidentin von AvenirSocial überzeugt, dass dieses Buch einen wichtigen Beitrag leistet, die Rolle der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe sichtbar zu machen, sie aber auch zu reflektieren und die Schnittstellen, Kooperationsmöglichkeiten und -notwendigkeiten mit anderen Professionen aufzuzeigen. Letztere, die Selbstreflexion wie die interprofessionelle Kooperation, sind u. a. Kernkompetenzen der Sozialen Arbeit. So könnte dieses Buch auch ein Anstoss sein, in anderen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit eine solche Übersicht und Reflexion vorzunehmen.

Im Mai 2020

Literatur

AvenirSocial (2010): Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.

www.tinyurl.com/s5tkf9c, Zugriff 22.11.2019.

AvenirSocial (2014): Berufsbild der Professionellen Sozialer Arbeit.

www.tinyurl.com/wjy8klh, Zugriff 18.12.2019.

AvenirSocial (2015): Vernehmlassung zur Nationalen Strategie Sucht.

www.tinyurl.com/uq8bnjy, Zugriff: 18.12.2019.

Sommerfeld, Peter (2016): Sucht - ein medizinisches oder ein soziales Problem? SuchtMagazin 42(6): 26-31.



Einleitung

1. Eine Idee entsteht

Begegnungen im Zug haben meist den Vorteil, dass Gespräche entstehen können, die keiner Traktandenliste folgen müssen und keinem Zweck, sondern schlicht der Zufälligkeit zu verdanken sind. Diese Zufälligkeit und das Wissen, eine bestimmte Zeit gemeinsam auf Reisen zu sein, war der Ausgangspunkt des nun vorliegenden Buches. Der Tag lässt sich noch genau bestimmen: Es war der 1. September 2016. Sowohl Roger als auch Marcel waren auf dem Weg nach Bern zum jährlichen Austausch der Koordinations- und Dienstleistungsplattform Sucht KDS des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Zwischen Zürich und Bern begann alsbald eine intensive Diskussion zur Bedeutung der Sozialen Arbeit in der Suchtarbeit. Was es in der Sozialen Arbeit endlich brauche, seien konkrete Leitlinien für die Suchtarbeit. Diese Forderung hatte der Suchtmediziner Robert Hämmig bereits im Oktober 2012 an die Soziale Arbeit gerichtet, anlässlich seines Referates zu den medizinischen Empfehlungen für substituentsgestützte Behandlungen. Im Gegensatz zur Suchtmedizin habe die Soziale Arbeit noch keine solchen Empfehlungen vorzuweisen. Für den aufmerksamen Zuhörer und Sozialarbeiter Roger eine Aufforderung zum Aktivwerden. Die Neugier von Marcel war geweckt, denn auch er hatte schon länger mit einem ähnlichen Gedanken gespielt, nämlich der Herausgabe eines SuchtMagazins zum Thema «Soziale Arbeit in der Suchtarbeit»¹.

Es entstand ein lockerer E-Mail-Austausch und Roger holte Tanya mit ins Boot. Tanya und Roger hatten zu diesem Zeitpunkt seit 15 Jahren gemeinsam Einsitz in die Fachgruppe *Ambulante Beratung* des Fachverbands Sucht gehabt und sich immer rege untereinander ausgetauscht, insbesondere auch über die Aufgaben der Sozialen Arbeit im Suchtbereich. Am 1. Februar 2017 hielten Roger, Marcel und Tanya an der Fachhochschule Nordwestschweiz in Olten ihr erstes Treffen ab, an welchem auch Peter

¹ Diese Ausgabe ist unterdessen erschienen, vgl. SuchtMagazin 3/2019 «Arbeit am Sozialen», www.suchtmagazin.ch

Sommerfeld teilnahm. An dieser Sitzung zeigte sich schnell: Für konkrete Leitlinien und Best-Practice-Empfehlungen bestand in der Schweiz noch zu wenig Forschung und schriftlich niedergeschriebene Expertise. An die Stelle von Empfehlungen trat die Idee einer Publikation, in welcher SozialarbeiterInnen aus der Praxis die verschiedenen Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe vorstellen sollten. Darauf aufbauend sollten dann in einem nächsten oder übernächsten Schritt Empfehlungen erarbeitet werden. Es wurde deutlich, dass ein längerfristiger Prozess entstehen würde. Ebenso wurde deutlich, dass wesentliche Player der Sozialen Arbeit und Suchthilfe ins Boot geholt werden mussten. Wir rannten überall offene Türen ein, offensichtlich hatten wir genau den richtigen Zeitpunkt gefunden.

Roger und Tanya erarbeiteten ein erstes Grobkonzept als Grundlage für die Kickoff-Sitzung vom 12. Juni 2017. Zu dieser waren nebst den HerausgeberInnen dieses Buches auch Avenir Social, der Fachverband Sucht und Infodrog eingeladen. Der zu diesem Zeitpunkt gerade neu entstandene Verein SAGES, der Schweizerische Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, kam später ebenfalls hinzu.

Die Idee begann nun konkrete Gestalt anzunehmen. Es wurde entschieden, eine Projektgruppe mit den oben genannten Playern zu gründen und ein Redaktionsteam zusammenzustellen, welches für die Gestaltung und Herausgabe des Buches zuständig und verantwortlich sein sollte. So kam es, dass wir, ein Jahr nach der Zugreise nach Bern, am 23. August 2017 beim Fachverband Sucht in Zürich unsere erste Redaktionssitzung abhielten. Seither sind mehr als zweieinhalb Jahre vergangen und es ist an über 20 Redaktionssitzungen diskutiert, geplant, gestritten und nicht zuletzt viel gelacht worden.

2. Die soziale Dimension der Suchtarbeit

Die Suchthilfe zeichnet sich durch die Zusammenarbeit verschiedener Professionen aus, was an der Mehrdimensionalität des Phänomens Sucht liegt. Dieses muss auf verschiedenen Ebenen analysiert, konzeptualisiert und behandelt werden (vgl. Sommerfeld 2019, S. 4). Um die verschiedenen

Ebenen und deren Interaktion in den Blick zu bekommen, stehen verschiedene Modelle zur Verfügung. So kann seit Ende der 1960er-Jahre die Drogenproblematik im Rahmen einer Dreiecksbeziehung zwischen den drei Polen Persönlichkeit – Substanz – Gesellschaft analysiert werden, ² heute sprechen wir von «Drug, Set and Setting». Ebenfalls bereits in den 1960er-Jahren kritisierte der Psychiater George E. Engel das engstirnige biomedizinische Denken und setzte diesem ein bio-psycho-soziales Verständnis von Krankheit gegenüber (vgl. Krebs 2020). Bei Entstehung, Verlauf und Heilung von Erkrankungen sind nebst biologisch-organischen Faktoren ebenso psychische und soziale Faktoren relevant (Pauls 2011: 99). Sucht kann demnach nur dann adäquat verstanden, diagnostiziert und behandelt werden, wenn ihre Entstehung, Entwicklung und Chronifizierung in einem bio-psycho-sozialen Modell analysiert wird. Die gedanklichen Wurzeln dieses Modelles finden sich bereits im 19. Jahrhundert, wurden aber erstmals im Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation WHO von 1946 prägnant zum Ausdruck gebracht. Demnach ist Gesundheit «ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens» (WHO 1946). ³

Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit und damit auch von Sucht ist ein transtheoretisches Modell und eignet sich als Grundlage, um verschiedene professionelle Zugänge zu Sucht zu integrieren. Fachdisziplinen haben jeweils ein spezifisches Bezugsproblem, problematisieren Sucht also aus unterschiedlichen Perspektiven. Auf diese Weise lassen sich die Professionen in ihren funktionalen Zuständigkeiten unterscheiden und in einem nächsten Schritt komplementär aufeinander beziehen. In einem ersten Zugang kann festgehalten werden, dass die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit für die soziale Dimension der Sucht zuständig ist (vgl. z. B. Sommerfeld 2016; Laging 2018: 167). Wie es der Sozialen Arbeit gelingt, ihre Zuständigkeit zu begründen, also die Relevanz der sozialen Dimension im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Modelles

² Vgl. zur Geschichte und Wandel dieser Triade Tanner (2019).

³ Allerdings geriet dieser Zusammenhang in Vergessenheit und wurde erst in den 1960er- und 1970er Jahren im Kontext verschiedener sozialer Bewegungen «wiederentdeckt», indem diese den engen Zusammenhang von Umwelt, sozialen Rahmenbedingungen und Gesundheit thematisierten (vgl. Prümel-Philippsen 2020; Ruckstuhl 2016).

von Sucht zu benennen, hängt dann u. a. von ihrem eigenen theoretischen Rüstzeug ab. Sucht hat einen Einfluss auf die Lebensführung von Menschen. Vor allem aber kann die Lebensführung in der modernen Gesellschaft wesentlich zur Entstehung von Suchterkrankungen und Suchtmittelmissbrauch beitragen. Wir haben es mit einer *zirkulären Bedingungskonstellation* (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 8) zu tun: Soziale Faktoren haben einen Einfluss auf die Entstehung einer Suchterkrankung und eine Suchterkrankung ist wiederum Ursache für gesellschaftliche Ausschlussprozesse und für einen «social drift» in unterprivilegierte Inklusionskonstellationen, die wiederum einen Einfluss auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Sucht haben.

Die Bedeutung der sozialen Dimension für die Entstehung und den Verlauf von psychischen Erkrankungen ist unbestritten, auch scheint ein weitgehender Konsens zu bestehen, wonach die Soziale Arbeit für diese Dimension zuständig ist. Trotzdem ist es der Sozialen Arbeit bisher nicht gelungen, sich in der Suchthilfe auf Augenhöhe mit den anderen Professionen (v. a. Medizin und Psychotherapie) zu positionieren. Einer der Gründe liegt sicherlich darin, dass die soziale Dimension «seltsam unterbelichtet» und damit nur rudimentär ausgearbeitet erscheint (vgl. ebd.: 6f.). So liegen nach unserer Kenntnis für die Schweiz kaum konsolidierte Wissensbestände vor, noch gibt es Arbeitsfeldanalysen, die sichtbar machen, was die Soziale Arbeit in der Suchthilfe konkret leistet, was also «Arbeit am Sozialen» in der Praxis bedeutet und wie diese Dimension adäquat erfasst werden kann.⁴

Gerade vor dem Hintergrund der Medizinalisierung der Suchthilfe und durch die vermehrten Sparmassnahmen gerät die Soziale Arbeit zunehmend unter Druck. Medizinalisierung bedeutet, dass in der klinischen Suchttherapie zunehmend nur noch Leistungen angeboten werden, die im

⁴ Für Deutschland liegen erste Analysen vor. Vgl. für die Soziale Arbeit in der ambulanten Suchtberatung Hansjürgens (2013, 2018) und Bayer (2019). Für Methoden der Sozialen Arbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe Gastiger & Abstein (2012) und Stöver (2012). Eine Publikation zu den Kompetenzprofilen der Sozialen Arbeit für die verschiedenen Arbeitsfelder der Suchthilfe hat jüngst die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (vgl. DG-SAS 2015) herausgegeben. Und in Kürze erscheint ein Buch, welches verschiedene Tools vorstellt, die in verschiedenen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe zum Einsatz kommen (vgl. Hansjürgens/Schulte-Derne 2020).

Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten sind (Subjektfinanzierung pro geleistete Therapiestunde) und in der Suchtbehandlung werden zunehmend PsychotherapeutInnen eingesetzt, weil diese ärztlich delegiert arbeiten und dadurch ihre Leistungen über die Krankenkasse abrechnen können. Im Gegensatz dazu werden die Leistungen der Sozialen Arbeit über öffentliche Gelder abgegolten (Objektfinanzierung via Globalbudget) und laufen damit aktuell Gefahr, weggespart zu werden.⁵

Darum ist die Soziale Arbeit im Suchtbereich gefordert, deutlicher sichtbar zu machen, was ihr spezifischer Beitrag in der Suchthilfe ist. Dazu muss es ihr gelingen, sich den anderen Professionen im Suchtbereich fachlich offensiv zu präsentieren und ihre spezifischen, wissenschaftlich gestützten Diagnose- und Hilfsangebote zu benennen,⁶ übrigens eine Forderung, die auch andere Professionen an die Soziale Arbeit richten. So steht in den soeben erschienenen medizinischen Empfehlungen für Opioidagonistentherapie beim Opioidabhängigkeits-Syndrom: «Die Erarbeitung schweizweit gültiger Empfehlungen im Umgang mit Personen mit Opioidabhängigkeit im Sozialbereich wäre zu begrüßen» (SSAM 2020, S. 5). Eine Empfehlung, welche die Gesellschaft für Suchtmedizin SSAM direkt an die Soziale Arbeit richtet.

3. Ziel und Zweck dieses Buches

Gegenwärtig ist es noch nicht möglich, Empfehlungen für eine «best practice» der Sozialen Arbeit im Suchtbereich festzulegen. Dazu fehlt es an der

⁵ Der Sozialen Arbeit ist es im Kontext des neuen Bundesgesetzes über die Gesundheitsberufe (GesBG) nicht gelungen sich als Gesundheitsberuf zu etablieren. Eine Mehrheit der Akteure aus der Sozialen Arbeit haben sich dafür ausgesprochen (u. a. Avenir Social und SAGES), nur Savoiresocial nahm dagegen Stellung (vgl. *Bericht über die Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens zum Vorentwurf zu einem GesBG*, August 2014, <https://tinyurl.com/t8maxoh>, Zugriff 21.02.2020.). Das Gesetz trat per 1. Februar 2020 in Kraft.

⁶ Mit Blick auf Deutschland zeigen sich ähnliche Schwierigkeiten. Auch dort gilt die Soziale Arbeit nicht als Gesundheitsberuf. Eine Studie der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen kommt zum Schluss, dass für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen die Voraussetzung für eine Anerkennung als Heilberuf im Sinne der Heilberufsgesetzgebung nicht erfüllt sind. Dies insbesondere deshalb, weil die Soziale Arbeit oft nur diffus wahrgenommen wird und mit ihr kein spezifisches, prägnantes Bild verbunden ist, wie es etwa beim Arzt oder beim Krankenpfleger der Fall ist (vgl. Ortmann, 2015, S. 16).

entsprechenden Forschung und v. a. fehlt noch eine Darstellung der Aufgaben und Funktionen, welche die Soziale Arbeit in den verschiedenen Arbeitsfeldern der Suchtarbeit und Suchtprävention übernimmt. Der adäquate Forschungsbedarf an der Nahtstelle zur Praxis kann nur in Rücksprache und in Zusammenarbeit mit der Praxis erhoben werden. Die konkreten Fragestellungen und Herausforderungen ergeben sich im Praxisalltag der Profession, also in der Arbeit mit der Klientel, in den Institutionen und in der interdisziplinären Kooperation. Bevor Empfehlungen formuliert werden können, braucht es eine Bestandesaufnahme der Praxis und eine darauf aufbauende Forschung.

Das vorliegende Buch ist somit der erste Schritt eines mehrstufigen Prozesses. Es geht darum, die Vielfalt der Arbeitsfelder vorzustellen, mit denen es die Soziale Arbeit im Suchtbereich und in der Prävention zu tun hat. Die Grundidee ist, dies in Form von *Selbstbeschreibungen* aus der Praxis zu leisten. Professionelle der Sozialen Arbeit reflektieren in ihren Beiträgen ihre eigene Praxis. Auf diese Weise soll zu jedem relevanten Arbeitsfeld ein Beitrag entstehen. Ziel der vorliegenden Publikation ist damit, eine aktuelle Bestandesaufnahme für die deutschsprachige Schweiz zu erhalten, ergänzt durch je eine Reflexion aus der Romandie und aus dem Tessin.

Mit dieser Idee begannen die HerausgeberInnen mit der Planung. Wir erarbeiteten ein Konzept und sicherten in einem ersten Schritt die Finanzierung der Publikation. Anschliessend begannen wir mit der Auswahl der AutorInnen. Dies geschah unter Nutzung der fachlichen Netzwerke der HerausgeberInnen und durch Nachfragen bei Fachpersonen und Verbänden. Dabei sollten auch die verschiedenen Regionen der Deutschschweiz berücksichtigt werden. Last but not least war es uns aber auch – soweit möglich – wichtig, Sozialarbeitende anzufragen, die Erfahrung im Publizieren hatten. Die jetzige Auswahl darf aber nicht als ein «Best-of» der Praxis verstanden werden. Dies hätte eine vorgängige Analyse vorausgesetzt.

Selbstbeschreibungen von AkteurInnen aus der Praxis sind Reflexionen über die eigene Tätigkeit und dürfen nicht mit der Praxis an sich verwechselt werden. So zeigt z. B. eine Studie aus Deutschland, dass das, was

die Professionellen der Sozialen Arbeit leisten und wie sie es leisten, weitgehend den Fachstandards entspricht (vgl. Hansjürgens 2013, S. 98). Allerdings gelingt es den Fachpersonen nicht, diese Leistungen auch explizit zu machen. Es handelt sich um implizites Wissen, welches *on the job* erlernt wurde. Es fehlt eine gemeinsame Fachsprache und an wissenschaftlicher Forschung, die implizites Wissen explizit macht. Selbstbeschreibungen sind nicht eindeutige Abbilder, sondern Reflexionen über die eigene Praxis.

Dieser Sachlage begegneten wir auf viererlei Weise. Wir entschieden, einen Leitfaden in Form eines strukturierten Fragekatalogs zu erstellen, der als Orientierung und Ideengeber für die Reflexion über das Arbeitsfeld dienen sollte. Folgende zentralen Aspekte standen dabei im Vordergrund: (a) Beschreibung des Arbeitsfeldes, (b) Soziale Arbeit in diesem Arbeitsfeld, (c) Interprofessionelle Zusammenarbeit, (d) Stand der Professionalisierung der Sozialen Arbeit in diesem Arbeitsfeld, (e) Strukturelle Aspekte und Rahmenbedingungen sowie (f) Herausforderungen im Arbeitsfeld und Ausblick.⁷

Zweitens durchliefen alle Beiträge ein Peer-Review. Die ReviewerInnen hatten ebenfalls einen sozialarbeiterischen Hintergrund und waren in der Praxis tätig oder hatten zumindest einen direkten Bezug zur Praxis der Sozialen Arbeit. Mit diesem zweiten Blick auf die Praxis sollten fehlende Aspekte und regionale oder institutionelle Unterschiede eingebracht sowie kritische Anregungen für die Überarbeitung gegeben werden.

Drittens wurden alle Beiträge von den HerausgeberInnen gegenlesen, die weitere Anregungen zur Reflexion gaben. Wichtig waren uns dabei v. a. die Fragen, was das spezifisch Sozialarbeiterische im jeweiligen Arbeitsfeld ist, wie die Funktion der Sozialen Arbeit beschrieben wird und auf welches Wissen und welche Methoden sich die Soziale Arbeit in ihrem Arbeitsfeld jeweils bezieht.

Viertens entschieden wir uns für ein Lektorat, welches nebst sprachlichen Korrekturen auch inhaltliche und fachliche Rückmeldungen einbringen konnte. Dadurch wurden gerade implizite und alltägliche Selbstverständlichkeiten der Praxis «aufgedeckt» und der expliziten Reflexion zugänglich gemacht.

⁷ Der Leitfaden findet sich im Anhang.

Auf diese Weise hat der Grossteil der Beiträge mehrere Überarbeitungsschleifen durchlaufen und an Tiefe gewonnen. Natürlich blieb aber jede Autorin und jeder Autor selbst verantwortlich für ihren/seinen Beitrag. Inwiefern sie auf Rückmeldungen und Anregungen von uns eingingen resp. diese als sinnvoll erachteten, lag im Ermessen der jeweiligen Autorin und des jeweiligen Autors.

4. Die Beiträge

Die Struktur des Buches folgt der Logik der schweizerischen Suchtpolitik der vier Säulen. Es sind dies (1) Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung, (2) Therapie und Beratung, (3) Schadensminderung und Risikominimierung und (4) Regulierung und Vollzug (BAG 2015, S. 5). Ergänzt werden die 14 Beiträge durch einen Artikel aus der Romandie und eine theoretische Reflexion von Peter Sommerfeld.

Die erste Säule – Prävention – umfasst einerseits Massnahmen der Gesundheitsförderung, welche die Stärkung von individuellen gesundheitliche Ressourcen zum Ziel haben und somit u. a. der Prävention von Suchtproblemen dienen. Andererseits werden unter dieser Säule Massnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention zusammengefasst, die das Gesundheitsverhalten der Menschen betreffen oder v. a. auch spezifisch auf Suchtfragen ausgerichtet sind (vgl. ebd., S. 26).

Der Beitrag von Martina Buchli zum Arbeitsfeld *Prävention* hat den Fachbereich Gesundheitsförderung und Prävention der Stiftung Berner Gesundheit zum Gegenstand. Die Autorin zeigt auf, dass die Prävention sich zunehmend als eigene Fachrichtung zu verstehen beginnt und die unterschiedliche disziplinäre Herkunft der Fachpersonen an Bedeutung verliert. Entsprechend ist bei der Autorin auch von einer «Suche» die Rede, nämlich eine Suche danach, was der spezifisch sozialarbeiterische Fokus und Beitrag der Prävention ist.

Ein weiterer Beitrag zum Thema *Früherkennung & Frühintervention* (F&F) aus Sicht der Sozialen Arbeit war geplant. Es gelang uns aber nicht, eine Fachperson der Sozialen Arbeit zu finden, die diese Thematik aus ei-

ner sozialarbeiterischen Perspektive reflektieren konnte. Was für die Prävention gilt, scheint in einem stärkeren Sinne auch für F&F zuzutreffen: Die disziplinäre Herkunft tritt in den Hintergrund und es findet eine Identifizierung mit dem Handlungsfeld statt, bei welcher die Differenzierung und die unterschiedlichen Bezugsprobleme und Funktionen der Professionen aus dem Blick geraten.⁸

Die Säule der Therapie und Beratung richtet sich an Menschen, die Probleme mit dem Konsum haben. Das Ziel von Beratung und Therapie sind die Verbesserung der Lebensqualität und der körperlichen und psychischen Verfassung der Betroffenen sowie deren soziale und berufliche Integration (vgl. ebd.).

Der Beitrag von Ruth Rihs, ebenfalls von der Berner Gesundheit, weist deutlich darauf hin, dass es der Sozialen Arbeit im Bereich *ambulante Beratung* nicht um eine Suchttherapie im engeren Sinne geht. Vielmehr liegt der Fokus auf der Ermöglichung von Lebensqualität. Entsprechend ist auch von einer zieloffenen Grundhaltung die Rede. Aber auch Rihs betrachtet die Kernfrage der Sozialen Arbeit, nämlich die, was ihr genuiner Beitrag in der ambulanten Beratung ist, als noch nicht ausreichend beantwortet: «Eine der grössten Herausforderungen der Sozialen Arbeit ist bestimmt jene der Bestimmung ihrer Identität» (S. 70).

Der Beitrag von Markus Kaufmann nimmt das Arbeitsfeld *Entzug und Entwöhnung* in den Blick und reflektiert die sozialarbeiterische Praxis im Sozialdienst der Klinik Zugersee. Er zeigt die Bedeutung der sozialen Lebenslage einer Person für eine erfolgreiche Behandlung auf. Um diese soziale Situation adäquat berücksichtigen zu können, führt der Sozialdienst in der ersten Woche nach Eintritt in die Klinik ein soziales Kurzassessment durch, auf dessen Grundlage die Interventionen in der sozialen Dimension geplant werden können.

Rahel König-Hauri widmet sich dem Arbeitsfeld *Teilstationäre Therapie* und reflektiert die Soziale Arbeit im Sozialdienst der Tagesklinik Lenzburg, die zur Klinik im Hasel AG gehört. Das Setting einer Tagesklinik ist

⁸ Eine andere Frage, die sich bei dieser Säule stellt, ist, in wie fern hier eine eigene Fachrichtung am Entstehen ist. Der neue Bachelorstudiengang «Gesundheitsförderung und Prävention» am Departement Gesundheit der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW ist dafür zumindest ein Indiz. Vgl. <https://tinyurl.com/wuz426z>, Zugriff 25.02.2020.

für eine Klientel vorgesehen, die einen wesentlichen Teil ihres Alltags in ihrem privaten Umfeld verbringt. Dies ist mit Herausforderungen in der Lebensführung verbunden, die zum typischen Arbeitsgebiet der Sozialen Arbeit gehören.

Die *Stationäre Sozialtherapie* ist Thema im Beitrag von Peter Forster, Fabian Müller und Michel Villard, die von der männerspezifischen Suchttherapie in der Casa Fidelio in Niederbuchsiten berichten. Wie in den zwei vorangehenden Beiträgen ist hier die Soziale Arbeit auch im internen Sozialdienst tätig und für die soziale Dimension zuständig. Auffallend ist bei diesen drei Beiträgen die Fokussierung der Sozialen Arbeit auf ihre klassischen Themen: Arbeit, Alltagsgestaltung, Finanzen, Wohnen, Sozialversicherung, institutionelle Vernetzung u. a. m.

Für das Arbeitsfeld *Betreutes Wohnen* berichten Fabienne Bingler und Hans Peter Engler aus der teilstationären Reintegration Stadtlärm der Suchthilfe Basel. Im Gegensatz zu eher behandlungsfokussierten Arbeitsfeldern steht in diesem Arbeitsfeld nicht mehr die Suchttherapie i. e. S. im Fokus, sondern vermehrt lebensweltliche Themen wie soziale und berufliche Integration oder auch Wohnungssuche. Entsprechend rückt die Soziale Arbeit deutlich ins Zentrum der Hilfe. So übernimmt sie im Rahmen des Case Managements die Fallführung aller KlientInnen.

Das Arbeitsfeld *Tagesstruktur und Soziale Integration* ist Thema im Beitrag von Andrea Kaspar und Stefan Leimgruber. Sie stellen den niederschweligen Treffpunkt Azzurro in Bern vor, welcher vom Blauen Kreuz betrieben wird. Hierbei handelt es sich um ein Angebot, das sich v. a. als Anschlusslösung an eine Therapie versteht. Auch dieses Angebot setzt sich zum Ziel, einen Beitrag zur sozialen Integration und zur Stabilisierung der psychosozialen Gesundheit zu leisten und versteht sich als ein spezifisches Angebot der Sozialen Arbeit.

Das gleiche gilt auch für das Arbeitsfeld *Arbeitsintegration*. Der Beitrag von Martin Stalder und Karin Stoop reflektiert die Herausforderungen und rechtlichen Rahmenbedingungen, die sich bei der Arbeitsintegration von suchtmittelabhängigen Menschen ergeben. Am Beispiel der Perspektive in Solothurn zeigen sie verschiedene Formen der Arbeitsintegration auf, von Beschäftigungs- bis hin zu Teillohnprogrammen. Auch hier zeigt

sich, und dies scheint somit für Angebote der «Nachsorge» und «Reintegration» typisch zu sein, dass der Hilfeprozess ein sozialarbeiterischer ist, der oft im Rahmen eines Case Managements geleistet wird.

Soziale Arbeit als Bestandteil der *Opioidagonistischen Therapie*⁹ ist Thema im Beitrag von Regula Hälgi vom Zentrum für Suchtbehandlung Suprax in Biel. Der Einbezug der Sozialen Arbeit in die Behandlungen mit u. a. Methadon und Diacetylmorphin (künstlich hergestelltes Heroin) ist explizit gesetzlich verankert, ohne dass aber konkrete sozialarbeiterische Massnahmen empfohlen werden. Entsprechend, so Hälgi, tritt die Soziale Arbeit «nicht mit einer gleichermassen fundierten Expertise auf, wie dies [...] die Ärztinnen und Ärzte tun. Sozialarbeitende stützen sich in ihrem Handeln nicht auf konsolidierte Theorien oder auf eine evidenzbasierte Praxis» (S. 165). Entsprechend wird die Legitimation der Sozialen Arbeit bisweilen in Frage gestellt. Hälgi reflektiert einige wichtigen Massnahmen der Sozialen Arbeit und macht auf die Notwendigkeit einer weiteren Professionalisierung aufmerksam.

Die Säule der Schadensminderung und Risikominimierung fokussiert auf den Erhalt der Lebensqualität der Betroffenen, damit diese trotz aktuellem Risiko- und Suchtverhalten ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen können (vgl. BAG 2015, S. 27).

In dieser Säule hat sich die *Aufsuchende Soziale Arbeit*, so Mathias Arbogast, unterdessen als eigenes Arbeitsfeld etabliert. Arbogast zeichnet diesen langen Weg zur Professionalisierung nach. Die Notwendigkeit dieses Arbeitsfeldes sieht er v. a. darin, dass die «Komm-Struktur» der bestehenden Angebote für einen Teil der Klientel zu hochschwierig ist. Darauf antwortet die aufsuchende Soziale Arbeit mit einer «Geh-Struktur», die zu einer Umkehrung bei der Kontaktaufnahme führt. Auf diese Weise gelingt es ihr u. a., «eine Brücke von den bestehenden Angeboten zu potentiellen Klientinnen und Klienten zu schlagen» (S. 189). Wie Hälgi sieht auch Arbogast einen zunehmenden Legitimationsdruck auf die Soziale Arbeit zukommen und empfiehlt dem Arbeitsfeld, sich mit Fragen der Wirkung und mit Wirkungsforschung auseinanderzusetzen.

⁹ Dieser Begriff löst zunehmend jenen der «substitutionsgestützten Behandlung bei Opioidabhängigkeit» ab.

Im Bereich der niederschweligen Sozialen Arbeit sind die *Kontakt- und Anlaufstellen* (K&A) so etwas wie die Pioniere der Schadensminderung. In den Konsumräumen kann die Klientel im geschützten Rahmen Substanzen konsumieren und weitere niederschwellige Angebote (z. B. Beratung, Kleidertausch, Duschmöglichkeiten, Essmöglichkeiten) in Anspruch nehmen. Franziska Schicker und Natascha Inauen reflektieren in ihrem Beitrag die sozialarbeiterische Praxis in den K&A in Zürich. Diese Praxis orientiert sich am Profil der klassischen Sozialarbeit und weniger an jenem der Sozialpädagogik. Die Soziale Arbeit ist zuständig für die beratungsorientierte Klientelarbeit und tritt, z. B. im Rahmen des Case Managements, als Schnittstellenkoordinatorin zu anderen Fachstellen auf. Was der Sozialen Arbeit teilweise fehlt, ist der «theoretische Bezugsrahmen, was die professionelle Sozialarbeit in diesem Arbeitsfeld angreifbar macht».

Das Arbeitsfeld *Nightlife und Freizeitdrogenkonsum* ist Thema im Beitrag von Alex Bücheli. Dieser Bereich beinhaltet sowohl präventive als auch schadensmindernde Aspekte. Im Fokus steht die Gesundheit der Gäste und hier v. a. die Frage, wie ein Konsum von psychoaktiven Substanzen möglichst risikoarm gestaltet werden kann (z. B. durch Safer-Use-Regeln, Drug Checking, Safer-Clubbing). Grundlage der Sozialen Arbeit ist hier eine akzeptanzorientierte Haltung. Eine weitere Tätigkeit liegt in der Öffentlichkeitsarbeit und damit in der Ermöglichung einer friedlichen Ko-Existenz von PartygängerInnen und Anwohnenden. Es geht um die Anerkennung des Nachtlebens als eigenständiger Sozialraum.

Die friedliche Ko-Existenz verschiedener Bedürfnisse im öffentlichen Raum ist auch Thema des Beitrags von Christina Rubin und Lucia Sidler zum Arbeitsfeld *Intervention und Prävention im öffentlichen Raum*. Die Autorinnen reflektieren aus ihrer Praxis bei Sicherheit, Intervention, Prävention (SIP) Luzern. Diese Form der Intervention, die es in verschiedenen Städten der Schweiz in ähnlicher Form gibt, ist an der Schnittstelle zwischen Sozialer Arbeit und Polizei angesiedelt. Daraus ergibt sich das Dilemma, dass Menschen mit Suchtproblemen einerseits ein Recht darauf haben, sich im öffentlichen Raum zu bewegen und diesen zu nutzen. Andererseits kann eine übermässige Ansammlung konsumierender Menschen

bei der Bevölkerung zu Unsicherheit führen. Mittels Sensibilisierung, Vermittlung aber auch mit der Einleitung ordnungspolitischer Massnahmen bewegt sich hier eine uniformierte Soziale Arbeit in einem deutlich sichtbaren Spannungsfeld zwischen Sozialer Arbeit und der vierten Säule der Schweizer Suchtpolitik, der Repression (Regulierung und Vollzug). In dieser Säule geht es um die Umsetzung der bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen und um die Verfolgung und strafrechtliche Ahndung des illegalen Konsums (vgl. BAG 2015, S. 27).

Ebenfalls im Kontext der Säule Repression ist das Arbeitsfeld der *Bewährungshilfe* zu finden. Dieses Arbeitsfeld wird von Carolin Ospelt und Marcel Müller von der Bewährungshilfe St. Gallen diskutiert. Die Bewährungshilfe als Soziale Arbeit hat das Ziel, straffällig gewordene Personen bei der Integration in die Gesellschaft zu unterstützen. Auch die Bewährungshilfe hat es mit dem oben erwähnten Dilemma zu tun und sieht sich zunehmend mit der gesellschaftlichen Erwartung konfrontiert, den Fokus verstärkt auf Sicherungsmassnahmen zu legen.

Mit diesen vierzehn Beiträgen wird die Situation der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe der Deutschschweiz reflektiert. Unser Ziel war es, aus der *Romandie* und dem *Tessin* ebenfalls einen Beitrag ins Buch aufzunehmen, um die Situation der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe in den jeweiligen Sprachregionen zu reflektieren. Für den Kanton Tessin hatten wir zu Beginn eine feste Zusage, welche von den Autoren leider nicht eingehalten werden konnte. Die knappe Zeit ermöglichte es daraufhin nicht mehr, einen neuen Artikel zu organisieren.

Der Beitrag aus der *Romandie* von Jean-Félix Savary, Ann Tharin et al. ist zugleich ein Plädoyer *für* und eine Reflexion *über die* Soziale Arbeit. In einem ersten Schritt zeichnet der Artikel die Veränderungen politischer Rahmenbedingungen nach, welche die Medizinalisierung der Suchthilfe begünstigten. Dies hat aufgrund von spezifischen Eigenheiten der Romandie – z. B. der frankophonen Tradition des «starken Staates» – zu einem grossen Umbau der Konzepte und Leistungen in der Suchthilfe geführt, welche die Suchtbehandlung zu einem biomedizinischen Gesundheitsthema machen. Vor diesem Hintergrund ist es für die AutorInnen entscheidend, dass die Soziale Arbeit die soziale Dimension in den Blick

nimmt: «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» (S. 265). Es geht um Recovery und damit um eine Ermöglichung einer positiven sozialen Integration, in welcher der oder die Einzelne wieder als selbstbestimmtes Individuum in der Gesellschaft partizipieren kann. Mit diesem Fokus findet die Soziale Arbeit auch in der *Nationalen Strategie Sucht* (vgl. BAG 2015) ihre Fürsprecherin, indem ein Ziel der Strategie ebenfalls in der Ermöglichung von Autonomie liegt. Im zweiten Teil des Beitrages wird anhand von verschiedenen Praxisbeispielen gezeigt, wie die Soziale Arbeit Recovery-Prozesse fördern kann.

Die komplementäre Ergänzung von medizinischer Behandlung einerseits und Ermöglichung von sozialer Integration andererseits verlangt nach einem integrativen Modell, mit dem beides aufeinander bezogen und untereinander abgestimmt werden kann. Dieser Gedanken aus der «Romanie» findet im Beitrag von Peter Sommerfeld seine Fortsetzung. Ziel seines Beitrages ist, die Bedeutung der sozialen Dimension für die Thematik Sucht aufzuzeigen und darauf aufbauend Grundlagen für die Schärfung des Profils der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe zu liefern. Sommerfeld betont vor dem Hintergrund des transdisziplinären bio-psycho-sozialen Modells ebenfalls die Komplementarität der Sozialen Arbeit zur medizinisch-(psycho-)therapeutischen Orientierung. Die Soziale Arbeit kann ihre Zuständigkeit für die soziale Dimension aber nur durchsetzen, wenn sie im Behandlungsprozess als massgebliche Kraft im Sinne einer eigenständigen Profession auftritt. Die Soziale Arbeit muss Behandlungen anbieten, «die ihrer Zuständigkeit entsprechen, die dem Stand ihrer fachlichen Entwicklung entsprechen und die ihr zugerechnet werden, und das heisst, dass sie nicht im Meer der medizinisch-therapeutisch strukturierten Multiprofessionalität oder ihrer eigenen Diffusität verschwimmen» (S. 286). Die Wichtigkeit der Sozialen Arbeit im Suchtbereich ist unbestritten. Die Frage ist aber, wie weit es ihr gelingt, eine massgebliche Profession in der Suchthilfe zu sein, d. h. ihre Zuständigkeit durchzusetzen und die dafür notwendigen Ressourcen für sich zu reklamieren. Zentral dafür ist, wie Sommerfeld

mit Verweis auf den Professionssoziologen Abbott hervorhebt, das Wissen inkl. Handlungswissen. Folgende Fragen – so Sommerfeld – ergeben sich daraus für die in diesem Buch abgedruckten Texte: Beziehen sich die Beiträge auf eine sozialarbeiterische Wissensbasis (zum Thema Sucht, Theorien, Methoden) und dementsprechend auf Literatur aus ihrem Fachbereich? Gelingt es den Beiträgen, die soziale Dimension mit Inhalt zu füllen und sie in einen grösseren Zusammenhang zu integrieren, wie z. B. in ein bio-psycho-soziales Modell? Definieren sich die AutorInnen auch inhaltlich als der Profession der Sozialen Arbeit zugehörig oder nicht, und macht dies einen wesentlichen Unterschied? Wird die Soziale Arbeit in einem interdisziplinären Feld sichtbar gemacht und wird ihre fachliche Positionierung deutlich?

Sommerfeld stellt hier gewichtige Fragen, welche die künftige Positionierung der Sozialen Arbeit im Feld betreffen. Sie sollen zum Reflektieren beim Lesen der Beiträge anregen. Dabei geht es nicht darum, ob die Soziale Arbeit eine Zukunft in der Suchthilfe hat. Es geht darum, wie diese aussehen soll.

5. Ausblick und Dank

Wie bereits eingangs erwähnt, soll mit diesem Buch der erste Schritt für einen längeren Prozess lanciert werden. Die aufgeworfenen Fragen geben erste Hinweise, vor welchem Hintergrund und in welcher Hinsicht die aktuelle Praxis analysiert werden kann. Das Buch will Fachleute aus Forschung, Lehre und Praxis der Sozialen Arbeit animieren, sich genau diesen Themen anzunehmen und sie breit zu diskutieren. Geplant ist eine Tagung, die mithilfe der vorliegenden Bestandesaufnahme den Handlungs- und Forschungsbedarf thematisieren und konkretisieren soll.¹⁰ Längerfristiges Ziel ist die Formulierung von Empfehlungen für eine professionelle Praxis der Sozialen Arbeit in den verschiedenen Arbeitsfeldern der Suchthilfe.

¹⁰ Hinweise zur Tagung vom 2. Juni 2021 unter www.suchthilfeplus.ch

Dieses Buch ist nur dank einer Vielzahl von Personen und Institutionen möglich geworden. Für die Finanzierung und Ermöglichung einer Open Access Publikation bedanken wir uns ganz herzlich bei den verschiedenen Geldgebern. Es sind dies die Kantone Aargau, Appenzell Innerrhoden, Graubünden, Nidwalden, St. Gallen und Solothurn mit ihren Beiträgen aus dem Alkoholzehntel sowie der Swisslos-Fonds des Kantons Obwalden. Die Finanzverwaltung und viele Aufgaben rund um das Thema Book-Management übernahm Monika Ammann vom Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit ISAGE der Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW. Herzlichen Dank! Sitzungsräume und wertvolle administrative Unterstützung stellte uns immer wieder der Fachverband Sucht zur Verfügung. Ein weiterer grosser Dank geht an Lea Huber vom ISAGE. Sie fügte die verschiedenen Dokumente in ein einheitliches Layout zusammen. Ein spezieller Dank geht an alle Reviewerinnen und Reviewer der Beiträge. Die Liste der ReviewerInnen ist im Anhang zu finden.

Ein riesiger Dank gebührt Marianne König von Infodrog. Sie lektorierte nahezu alle Beiträge und mit ihren Rückmeldungen und Reflexionsanregungen hat sie einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen dieses Buches geleistet.

Ein grosser Dank geht an unsere Arbeitgebenden. Die Aargauische Stiftung Suchthilfe ags, die FHNW, das Forum Suchtmedizin Ostschweiz FOSUMOS und die Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht Infodrog stellten zeitliche Ressourcen und räumliche Infrastrukturen zum Gelingen dieses Buches zur Verfügung.

Der grösste Dank geht an die Autorinnen und Autoren. Viele von ihnen haben einen langen Prozess bei der Erstellung ihres Beitrages durchgemacht, wurden von uns immer und immer wieder angeschrieben mit der Bitte, diesen Aspekt noch zu vertiefen oder dort noch etwas zu ergänzen. Wir haben sie strapaziert und viele von ihnen mussten auch in der Freizeit an ihren Beiträgen arbeiten. Umso mehr hoffen wir nun, dass sie mit dem vorliegenden Resultat zufrieden sind und das Buch für ihre Praxis wertvolle Dienste leisten kann.

Die Herausgeber und die Herausgeberin
Marcel Krebs, Roger Mäder und Tanya Mezzera

Literatur

- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2015): Nationale Strategie Sucht. www.tinyurl.com/y3ys9crl, Zugriff 02.03.2020.
- Bayer-Mai, B. (2019): Eine Systematisierung der Ambulanten Suchtberatung durch das Lebensbewältigungskonzept nach Lothar Böhnisch. Bachelor Thesis, FH Münster.
- DG-SAS – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (2015): Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention. www.tinyurl.com/yx3leu9x, Zugriff 02.03.2020.
- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2020): Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland. Analyse der Hilfen und Angebote und Zukunftsperspektiven. Update 2019. www.tinyurl.com/tjmgpa5, Zugriff 13.03.2020.
- Gastiger, S./Abstein, H. J. (Hrsg.) (2012): Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Hansjürgens, R. (2013): «Zwischen den Stühlen...» – Soziale Arbeit in der ambulanten Suchthilfe. Eine explorative Arbeitsfeldanalyse anhand von Experteninterviews. Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen. www.tinyurl.com/ubf9fo6, Zugriff 02.03.2020.
- Hansjürgens, R. (2018): In Kontakt kommen: Analyse der Entstehung einer Arbeitsbeziehung in Suchtberatungsstellen. Marburg: Tectum Wissenschaftsverlag.
- Hansjürgens, R./Schulte-Derne (Hrsg.) (2020): Soziale Diagnostik in der Suchthilfe. Leitlinien und Instrumente für Soziale Arbeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Krebs, M. (2020): Das biopsychosoziale Modell. In: O. Schmid & T. Müller (Hrsg.), Die Sucht-Enzyklopädie – Addictionary. Lengerich: Papst. (im Erscheinen)
- Laging, M. (2018): Soziale Arbeit in der Suchthilfe: Grundlagen – Konzepte – Methoden. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ortmann, K. (2015): Ist Sozialarbeit (k)ein Gesundheitsberuf? SiO - Soziale Arbeit in Österreich, 4: 13–17.
- Pauls, H. (2011): Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim: Juventa.
- Prümel-Philippson, U. (2020): Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung - Entstehungshintergründe, Konzept, Umsetzung in Deutschland, Entwicklungsperspektiven. S. 25-34 in: C. Rummel & R. Gassmann (Hrsg.), Sucht: Bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen. Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ruckstuhl, B. (2016): Ottawa-Charta: Geschichte einer neuen gesundheitspolitischen Konzeption. SuchtMagazin, 42(3): 21–25.
- Sommerfeld, P. (2016): Sucht: Ein medizinisches oder ein soziales Problem? SuchtMagazin 42(6): 27-31.
- Sommerfeld, P. (2019). Die Soziale Arbeit in einer interprofessionalen Suchthilfe. SuchtMagazin 45(3): 4-12.
- Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rügger, C., & Hollenstein, L. (2016): Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer VS.

- SSAM – Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (2020): Medizinische Empfehlungen für Opioidagonistentherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeits-Syndrom 2020. In Vorbereitung.
- Stöver, H. (2012): Konzepte und Arbeitsmethoden der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe. Suchttherapie, 13: 162-166.
- Tanner, J. (2019): Subjekt – Substanz – Gesellschaft. S. 159-172 in: R. Feustel, H. Schmidt-Se-misch & U. Bröckling (Hrsg.), Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- WHO - Weltgesundheitsorganisation (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. www.tinyurl.com/ubcuakd, Zugriff 02.03.2020.

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.





Soziale Arbeit in der Suchtprävention – eine Suche

Arbeitsfeld Prävention

Martina Buchli¹

1. Einleitung

Der Frage nach dem Stellenwert der Sozialen Arbeit in der Suchtprävention geht die Frage voraus, welche Aufgaben die Soziale Arbeit in der Suchtprävention überhaupt übernimmt. Was ist ihr Beitrag, ihre Expertise und ihre Legitimation. Der folgende Text bezieht sich auf den Fachbereich Gesundheitsförderung und Prävention (nachfolgend GuP genannt) der Stiftung Berner Gesundheit. Die Berner Gesundheit ist eine Stiftung, die im Auftrag der Gesundheits-, Sozial- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern zuständig für Gesundheitsförderung, Prävention, Sexualpädagogik sowie Suchtberatung und Suchttherapie ist. Der Auftrag des Fachbereichs GuP zielt auf die Förderung der Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Kanton Bern. Die Berner Gesundheit bietet Beratung, Schulung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit an (Berner Gesundheit 2016).

2. Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention sind der ersten der vier Säulen der Schweizer Suchtpolitik zuzuordnen. Gesundheitsförderung möchte den Menschen Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen. Gesundheitsförderung befähigt Individuen, Gruppen und Organisationen, die Voraussetzungen ihrer Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern – mittels Veränderung der Lebensstile und Gestaltung der Lebensbedingungen (vgl. Altgeld &

¹ Fachmitarbeiterin im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention bei der Berner Gesundheit, MA Soziale Arbeit.

Kolip 2014). Im Bereich der Gesundheitsförderung erarbeitet die Berner Gesundheit gesundheitsfördernde Konzepte und setzt Massnahmen zur Förderung von Lebenskompetenzen und psychischer und sexueller Gesundheit um (Berner Gesundheit 2016). So berät und unterstützt sie beispielsweise Schulen, Organisationen des Freizeitbereichs und auch ganze Gemeinden.

Mit Prävention sind alle gezielten Massnahmen gemeint, die ergriffen werden, um ein Gesundheitsproblem oder eine ungewollte Entwicklung zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern. Die Präventionsmassnahmen der Berner Gesundheit umfassen die Themen Suchtprävention, Prävention von risikoreicher Nutzung von digitalen Medien, Prävention von Gewalt und Mobbing, Prävention von depressiven Verstimmungen und Suizidalität sowie Prävention von sexueller Gewalt (Berner Gesundheit 2016). Der Auftrag des Fachbereichs geht damit über die reine Suchtprävention hinaus.

Dies prägt den Arbeitsalltag der Fachmitarbeitenden. Ebenso die zentrale Orientierung an MultiplikatorInnen und Settings. Leitend ist für die Berner Gesundheit ein bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis sowie die Gesundheitsdefinition der WHO: «Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: Dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und leben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt wird, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglicht» (WHO 1986).

3. Arbeiten mit MultiplikatorInnen und Settings

Die Fachmitarbeitenden des Fachbereichs GuP der Berner Gesundheit arbeiten im Auftrag des Kantons nach dem MultiplikatorInnen-Ansatz. Unter MultiplikatorInnen werden Personen verstanden, welche empfangene Informationen und vermittelte Kompetenzen an andere Personen und Institutionen weitergeben und dadurch vervielfachen bzw. multiplizieren.

Im Fachbereich GuP sind MultiplikatorInnen die Hauptzielgruppe der Interventionen. Die Endzielgruppe der Interventionen, also dort wo über MultiplikatorInnen Wirkung erzielt werden soll, sind Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. MultiplikatorInnen mit welchen der Fachbereich zusammenarbeitet sind beispielsweise Eltern, Kitamitarbeitende, Lehrpersonen, Schulleitungen, Schulsozialarbeitende, SozialpädagogInnen, Jugendarbeitende und SporttrainerInnen. Aus Sicht des Fachbereichs GuP kommt MultiplikatorInnen die wichtige Aufgabe zu, bei Kindern und Jugendlichen zur Stärkung von Schutzfaktoren und Reduktion von Belastungsfaktoren beizutragen. Sie können in ihrem Wirkungsbereich eine wesentliche Übersetzungsfunktion ausüben, indem sie die Botschaften und Massnahmen zielgruppengerecht und den Settings und Lebenswelten angepasst weitergeben, umsetzen und verankern (Berner Gesundheit 2016). Dies können einmalige Interventionen durch Präventionsfachmitarbeitende nicht leisten.

Ein weiterer bedeutender Aspekt der Arbeit des Fachbereichs ist die Ausrichtung an Settings. Unter Settings werden bei der Berner Gesundheit Lebenswelten verstanden, in welchen sich Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und deren Bezugspersonen aufhalten. Setting oder Lebenswelten sind Orte oder soziale Zusammenhänge, in denen sich der Alltag von Menschen abspielt, denen sie sich zugehörig fühlen und die einen Einfluss auf ihre Gesundheit haben. Dazu gehören beispielsweise der Lehrbetrieb, die Wohnsiedlung, Bildungsinstitutionen oder Freizeiteinrichtungen.

Auf den Settingansatz als bedeutender Ansatz der Prävention wird weiter unten nochmals eingegangen.

3.1 *Professionelle der Gesundheitsförderung und Prävention*

Die Soziale Arbeit mit ihren Bezügen, Handlungsfeldern, Arbeitsprinzipien und Methoden dient als Bezugsrahmen für einige unserer MultiplikatorInnen wie z. B. für Schulsozialarbeitende, Jugendarbeitende und SozialpädagogInnen. Im Rahmen ihrer Anstellung haben sie meist auch einen Auftrag der Gesundheitsförderung und Prävention.

Im Fachbereich GuP der Berner Gesundheit arbeiten Professionelle aus unterschiedlichen Berufsgruppen. Es sind dies Personen mit einem pädagogischen, einem psychologischen oder einem sozialpädagogischen, soziokulturellen oder sozialarbeiterischen Hintergrund. Viele der Mitarbeitenden verfügen zusätzlich über Qualifikationen in den Bereichen Erwachsenenbildung, Organisationsentwicklung und Coaching/Supervision. Diese interdisziplinäre Zusammensetzung wird vom Stiftungsrat und der Geschäftsleitung explizit gewünscht. Im Austausch im Team ist die berufliche Herkunft der Fachmitarbeitenden jedoch kaum ein Thema. Alle tragen den Titel der Fachmitarbeiterin oder des Fachmitarbeiters Prävention und scheinen sich primär auch darüber zu definieren. Für die weitere Klärung der Beziehung zwischen der Sozialen Arbeit und der (Sucht-)Prävention sollen daher im Weiteren wichtige Aspekte der Prävention aufgezeigt und anschliessend in Bezug zur Sozialen Arbeit gesetzt werden.

4. Zielgruppen und Lebenswelten

Die Präventionsmassnahmen werden entlang der Zielgruppen differenziert, indem zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention unterschieden wird. Diese Einteilung richtet sich an den Lebenswelten und Lebenslagen der Zielgruppen aus und vermag daher die Zielgruppe deutlicher zu definieren als dies mit der Einteilung nach primärer, sekundärer und tertiärer Prävention (Einordnung nach Zeitpunkt der Intervention) möglich ist. Letztere Einteilung ist eher dem medizinischen Klassifikationssystem zuzuordnen (vgl. Laging 2018).

4.1 Universell, selektiv, indiziert

Die universelle Prävention richtet sich an eine breite Zielgruppe, welche unterschiedliche Risiko- und Schutzfaktoren aufweist. Dies können beispielsweise Kampagnen oder die Arbeit mit allen SchülerInnen einer Schule sein. Die Fachmitarbeitenden vermitteln den MultiplikatorInnen Handlungswissen, damit sie Kinder und Jugendliche dabei unterstützen, Belastungssituationen besser bewältigen zu können. So führen die Fach-

mitarbeitenden beispielsweise in Kollegien Schulungen zum Thema Förderung der Lebenskompetenzen oder zur Bedeutung eines guten Klassenklimas durch. Um ihrer bedeutenden Rolle als Bezugspersonen gerecht zu werden, gilt es zudem, die MultiplikatorInnen in dieser Rolle und in ihrem Auftrag zu stärken.

Die selektive Prävention richtet sich an Gruppen, welche über empirisch belegte erhöhte Risiken verfügen, beispielsweise Kinder aus suchtbelasteten Familien. Dabei zeigen diese Kinder selbst meist noch kein risikohaftes Verhalten. Anders ist es bei der Zielgruppe der indizierten Prävention. Diese Kinder und Jugendlichen zeigen bereits Problemverhalten, ohne jedoch bereits Diagnosekriterien zu erfüllen (vgl. Infodrog 2018). Risiken sind in einer Gesellschaft ungleich verteilt. Selektive oder indizierte Strategien ermöglichen es, dass Prävention jene Zielgruppen erreicht, welche auch eine erhöhte Problemlast tragen. Dabei besteht immer auch das Risiko der Stigmatisierung, zudem sind die Strategien methodisch herausfordernd (vgl. Sucht Schweiz 2013).

Die Fachmitarbeitenden mit einem Hintergrund der Sozialen Arbeit haben meist Praxiserfahrungen in Feldern mit Zielgruppen mit erhöhten Risiken, beispielsweise in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe. Solche Praxiserfahrungen aus der stationären Kinder- und Jugendhilfe und das spezifische Wissen zu Themen wie Kinder aus suchtbelasteten Familien oder Resilienzförderung helfen in Beratungen, den Alltag dieses Settings besser zu erfassen, differenziertere Fragen zu stellen und Verknüpfungen herzustellen.

4.2 *Früherkennung und Frühintervention*

Viele Schnittstellen zur zweiten Säule der Schweizer Suchtpolitik, der Beratung und Therapie, weist die Früherkennung und Frühintervention auf. «Früherkennung und Frühintervention hat zum Ziel, ungünstige Entwicklung und Rahmenbedingungen sowie problematische Verhaltensweisen (...) wahrzunehmen, passende Hilfestellungen zu finden und die betroffenen Menschen in ihrer gesunden Entwicklung und gesellschaftlichen Integration zu unterstützen» (Avenir Social et al. 2016).

Unter Früherkennung ist zu verstehen, dass schwierige Situationen, Auffälligkeiten und Symptome rechtzeitig wahrgenommen und richtig

gedeutet werden (Gefährdungseinschätzung). Den MultiplikatorInnen kommt dabei durch ihren häufigen Kontakt und die Beziehung zur Zielgruppe und teils auch zu deren Familien oder Systemen eine grosse Bedeutung zu. Es gilt, die MultiplikatorInnen für diese Rolle zu sensibilisieren und zu befähigen. Auch das Wahrnehmen, Erkennen und Benennen von ungünstigen gesellschaftlichen und strukturellen Bedingungen sind wichtige Aufgaben der Früherkennung.

Frühintervention verfolgt das Ziel, den als gefährdet erkannten Personen und deren Umfeld eine geeignete Unterstützung anzubieten. Dafür müssen die MultiplikatorInnen geklärt haben, wie weit ihr Auftrag geht, und sie benötigen Wissen über weiterführende Angebote, an welche sie triagieren können (Avenir Social et al. 2016). Die Tatsache, dass bei der Berner Gesundheit der Bereich Gesundheitsförderung und Prävention unter einem Dach mit der Beratung und Therapie ist, stellt dabei eine grosse Chance dar.

Fachmitarbeitende mit einem Hintergrund der Sozialen Arbeit, haben häufig selbst in Funktionen gearbeitet, in welchen Früherkennung und Frühintervention Teil ihres Auftrags war. Dieses Fach-, Methoden- und Erfahrungswissen hilft beispielsweise, MultiplikatorInnen bei der Einführung eines Leitfadens der Früherkennung und Frühintervention zu begleiten und dabei Möglichkeiten und Grenzen aufzuzeigen.

4.3 Settingansatz

Um die erwähnten förderlichen Rahmenbedingungen herzustellen, braucht es nicht nur Wissen über die Zielgruppen, sondern auch über deren Lebenswelten respektive Settings. Der Settingansatz fokussiert auf diese und damit auf die Rahmenbedingungen, unter welchen die Menschen leben. Das Ziel ist es, die Lebenswelten so zu gestalten, dass sie einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben.

Dabei ist zwischen Gesundheitsförderung und Prävention *im Setting* und der *Schaffung von gesundheitsförderlichen Settings* zu unterscheiden. *Im Setting* steht im Vordergrund, beispielsweise durch aufsuchende Angebote, die Zielgruppen besser zu erreichen.

Bei der *Schaffung von gesundheitsförderlichen Settings* stehen vor allem die Partizipation und der Prozess der systemischen Entwicklung im Zentrum (Rosenbrock & Hartung 2011). Denn: «Gesundheitsförderliche Massnahmen sind umso erfolgreicher, je stärker die Beteiligten an der Problemeinschätzung, der Planung und der Umsetzung gesundheitsförderlicher Massnahmen mitwirken... Nur was die Menschen wirklich selber wollen, setzen sie auch nachhaltig um» (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. 2014: 9). Somit verbindet der Settingansatz die Strukturentwicklung und die Stärkung der individuellen Kompetenzen und Ressourcen, verbindet also Verhältnisse und Verhalten (Fabian et al. 2017)

Der Partizipation kommt beim Settingansatz ein hoher Stellenwert zu. Gerade Fachmitarbeitende mit einem Hintergrund in der Sozialen Arbeit, speziell der Soziokultur, verfügen hier über ein hohes Fach-, Methoden- und Erfahrungswissen. Dieses Wissen ist beispielsweise in der Arbeit mit Gemeinden unabdingbar für die Initiierung und Begleitung von Partizipationsprozessen.

5. Verhalten und Verhältnisse

Vermehrt wurde im Text bereits von Verhalten und Verhältnissen gesprochen. Dies sind zwei bedeutende Grundbereiche in der (Sucht-)Prävention. Bei der Verhaltensprävention zielen die Interventionen auf das individuelle Verhalten einer Person. Dies bedingt Wissen um personenbezogene Risiko- und Schutzfaktoren und methodisches Werkzeug, um durch Sensibilisierung und Interventionen auf das Verhalten einer Person Einfluss nehmen zu können. Die Verhaltensprävention ist vor allem bei der Arbeit der MultiplikatorInnen mit der Zielgruppe bedeutend. Wie erwähnt, ist die Suchtprävention meist Teil ihres Auftrags. Von einer Fachstelle für Gesundheitsförderung und Prävention erwarten sie sich daher die Aufbereitung aktuellen Wissens, von Materialien und Methoden, wie die Thematik mit Kindern und Jugendlichen aufgenommen und bearbeitet werden kann. Ein zentraler Faktor ist dabei das Wissen über den Einfluss der unterschiedlichen Belastungs- und Schutzfaktoren auf das zu verhindernde Problem und über das Zusammenspiel dieser Faktoren. Unabdingbar sind weiter möglichst umfassende Kenntnisse

über die zu beeinflussenden Systeme (Organisationen, Familien etc.) sowie eine Vielfalt von hinreichend reflektierten und evaluierten methodischen Zugängen, welche auf die jeweiligen Konstellationen von Problemeinflussfaktoren und die strukturellen Eigenheiten der Zielsysteme (Settings) zugeschnitten sind. Die Fachmitarbeitenden halten ihr Wissen in den verschiedenen Themenbereichen sowie zu den personenbezogenen Risiko- und Schutzfaktoren aktuell und verarbeiten Forschungsgrundlagen so, dass sie für die Praxis verständlich, zugänglich und nützlich werden. Es ist hilfreich, wenn die Fachmitarbeitenden über eigene Settingkenntnisse verfügen, um die Unterstützung möglichst adressatInnen- und settinggerecht aufzubereiten.

Unter Verhältnisprävention werden vor allem strukturelle Massnahmen verstanden, welche förderliche Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen der Zielgruppen ermöglichen. Dabei ist den sozio-ökonomischen Lebensbedingungen besondere Beachtung zu schenken (vgl. Laging: 2018). So formuliert die Nationale Strategie zur Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) als Grundsatz: «Ansätze der Verhaltens- und Verhältnisprävention werden kombiniert. Um der Bevölkerung eine gesunde Wahl zu ermöglichen werden gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen verbessert und Kompetenzen und Ressourcen betroffener Menschen gestärkt» (BAG/GDK 2016: 35). Bedeutend ist dabei, dass Gesundheit durch mehrere Faktoren beeinflusst wird: die sogenannten Gesundheitsdeterminanten.

5.1 *Gesundheitsdeterminanten*

In der täglichen Arbeit mit den MultiplikatorInnen begegnen die Fachmitarbeitenden einem heterogenen Verständnis von Gesundheit und der Entstehung von Krankheiten oder Sucht. Gerade bei der Frage der sozialen Dimension von Gesundheit bestehen sehr unterschiedliche Definitionen und Ansichten. So gilt es häufig zu Beginn der Zusammenarbeit mit den MultiplikatorInnen das Grundverständnis von Gesundheit zu klären, beispielsweise der Ansatz einer bio-psycho-sozialen Gesundheit. Zur Erklärung, welche Faktoren Einfluss auf die Gesundheit nehmen, ist das Modell

mension und bio-psycho-sozialer Gesundheit ist notwendig. Welchen Einfluss hat die soziale Dimension auf körperliche oder psychische Beschwerden? Wie beeinflusst der sozioökonomische Status die Teilhabe am sozialen Leben? Die Thematisierung dieser Fragen und Sensibilisierung dafür sind beispielsweise in der Arbeit mit Gemeinden zentral. Nur wenn die politische Ebene erkennt, dass die Herausforderungen, die mit einem problematischen Suchtmittelkonsum von Jugendlichen einhergehen, nicht in die alleinige Verantwortung der Jugendlichen und deren Familien fallen, wird auch Geld für Massnahmen der Verhältnisprävention gesprochen.

Für die Professionellen der Gesundheitsförderung und Prävention und besonders für die Professionellen der Sozialen Arbeit in diesem Feld ist es vordringlich, dass Prävention auch besonders belastete Zielgruppen erreicht und die MultiplikatorInnen über den Zusammenhang von Verhalten, Verhältnissen und ungleichen Gesundheitschancen sensibilisiert sind und entsprechend handeln. Dies beinhaltet, dass auf der Verhaltens- und der Verhältnisebene interveniert und investiert wird. Die MultiplikatorInnen dahingehend zu sensibilisieren, zu beraten und zu begleiten ist die Aufgabe der Fachmitarbeitenden der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Arbeit an der sozialen Dimension ist Auftrag der Sozialen Arbeit.

6. Chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention

Der Kern der Sozialen Arbeit im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention ist daher die Förderung einer chancengerechten Gesundheitsförderung und Prävention – durch Thematisierung, Bestrebung und Umsetzung. Wie bereits aufgezeigt, besteht ein direkter Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozioökonomischem Status. Weber & Salis Gross formulieren den Auftrag der Gesundheitsförderung und Prävention wie folgt: «Eine chancengerechte Gesundheitsförderung und Prävention strebt einerseits danach, Ungleichheiten in der Verteilung von Schutzfaktoren und Ressourcen zu reduzieren. Andererseits beabsichtigt sie, Risikofaktoren und Belastungen abzubauen» (Weber & Salis Gross 2018: 14). Auch die NCD-Strategie formuliert in einem ihrer Grundsätze, dass der Förderung

der Gesundheit von Menschen in vulnerablen Situationen besondere Beachtung geschenkt werden soll (vgl. BAG/GDK 2016: 35).

Die Berner Gesundheit befasst sich schon länger mit diesem Aspekt. Das Augenmerk richtet sich vor allem auf die Diversitätsaspekte Alter, Geschlecht, kultureller Hintergrund, Migrationserfahrung, gesundheitliche Beeinträchtigung, sexuelle Orientierung sowie sozioökonomische Ausstattung. Ziel der Diversität und Chancengerechtigkeit gegenüber KlientInnen und KundInnen ist, allen Bevölkerungsgruppen und Personen den Zugang zu den Dienstleistungen der Berner Gesundheit zu ermöglichen sowie die unterschiedlichen Voraussetzungen, Merkmale, Problematiken und Ressourcen der einzelnen Personen und Gruppen als solche und in ihrer Wechselwirkung zu erfassen und in die Angebotsentwicklung und -erfüllung einzubeziehen (vgl. Berner Gesundheit 2015).

So hat der Fachbereich GuP der Berner Gesundheit auch zwei Projekte aufgebaut (Pa-paRat und Migram), welche durch die Arbeit mit Schlüsselpersonen besonders belastete Zielgruppen für die Themen der Gesundheitsförderung und Prävention erreichen. Des Weiteren setzen die Fachmitarbeitenden in der Zusammenarbeit mit MultiplikatorInnen auf transkulturelle Kompetenz, damit auch diese in ihrem Alltag besonders belastete Zielgruppen besser erreichen

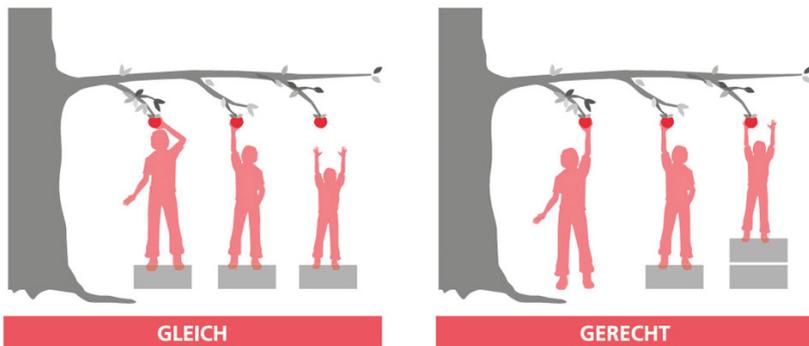


Abbildung 2: Chancengerechte Gesundheitsförderung (Berner Gesundheit)

7. Methoden der Sozialen Arbeit

Die Aufgabe der Fachmitarbeitenden des Fachbereichs GuP der Berner Gesundheit liegt in der Beratung, Schulung, Beteiligung und Befähigung der MultiplikatorInnen. Dafür können die Professionellen der Sozialen Arbeit auf vielfältige Methoden zurückgreifen. Für die Beratung und Unterstützung der MultiplikatorInnen beispielsweise ist eine geschulte Gesprächsführung notwendig. Die Professionellen der Sozialen Arbeit verfügen hier über ein grosses Repertoire. Der MultiplikatorInnenansatz und damit verbunden die Grundhaltung, die KundInnen und KlientInnen zu befähigen, selbst Lösungen zu finden und Herausforderungen zu meistern, sind dabei zentrale Aspekte sowohl der Prävention als auch der Sozialen Arbeit. Der Bezug zu den Methoden und Arbeitsprinzipien der Sozialen Arbeit wird auch deutlich, wenn man die Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung und Prävention betrachtet: Ressourcenorientierung und Empowerment, Partizipation, Chancengerechtigkeit, Diversität und Nachhaltigkeit (vgl. Berner Gesundheit 2016). Um diesen Kriterien in der Planung, Umsetzung und Evaluation von Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung gerecht zu werden, benötigt es vielfältiges Wissen, ein breites Methodenrepertoire und eine geschulte Grundhaltung. Auf all dies können die Professionellen der Sozialen Arbeit zurückgreifen.

8. Soziale Arbeit in der Suchtprävention – eine Positionierung

Sowohl in der Fach- als auch in der Methodenkompetenz wie in den Arbeitsprinzipien und Qualitätsmerkmalen ist die Soziale Arbeit in der Suchtprävention zu finden. Dennoch war der Ausgangspunkt dieses Beitrags eine Suche.

Aktuell ist die zunehmende Medizinalisierung der Suchthilfe auch in der Prävention sichtbar und spürbar. Dadurch wird die Expertise der Sozialen Arbeit der medizinischen untergeordnet oder es wird ihr indirekt ihre Position im Gesundheitswesen abgesprochen. Der bedeutenden Beziehung von Sozialer Arbeit und Gesundheit hat sich der Berufsverband *Avenir Social* gemeinsam mit dem Schweizerischen Fachverband *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen* (sages) angenommen und ein «Leitbild Soziale Arbeit

im Gesundheitswesen» erarbeitet. Dabei sind Organisationen der Gesundheitsförderung und Prävention explizit als Arbeitsfelder benannt. Die Thematik der chancengerechten Gesundheitsförderung wird bei der Zielsetzung und dem Auftrag der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen deutlich: «Dies tun sie [Fachkräfte der Sozialen Arbeit], indem sie insbesondere die sozialen Aspekte von Gesundheit thematisieren und positiv beeinflussen» und: «Die Fachkräfte setzen sich für die Chancengleichheit aller Bevölkerungsgruppen beim Zugang zu Organisationen des Gesundheitswesens ein» (sages & Avenir Social 2018: 5). Diese Forderung deckt sich mit Schwerpunkten der Strategie Sucht und der NCD-Strategie. Die Strategie legt ein besonderes Augenmerk auf besonders Bedürftige und stellt neben Eigenverantwortung und persönlichem Verhalten die Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen ins Zentrum. (vgl. BAG/GDK 2016: 35 und BAG 2015: 52)

Festzuhalten ist auch, dass die Prävention im heutigen gesellschaftlichen Umfeld einen schweren Stand hat. Der Ruf nach Prävention wird häufig dann laut, wenn sich Problemstellungen zeigen; seien es grosse (Gesundheits-)Kosten oder Probleme im gesellschaftlichen Zusammenleben, beispielsweise eine Zunahme von Jugendlichen, die Alkohol im öffentlichen Raum konsumieren. Es wird postuliert, dass durch Prävention Folgekosten verringert werden können. Dem Grundsatz «je früher desto besser» stimmt man gerne zu, jedoch kann die Wirkung von Prävention selten in der Zeitlogik von politischen Prozessen ausgewiesen werden. Auch kann meist nicht oder nicht unmittelbar belegt werden, welche Intervention zu welcher Wirkung geführt hat. In Zeiten von knappen Ressourcen wird daher meist bei der Behandlung respektive der Schadensminderung investiert, da diese als notwendig erachtet werden und Ursache und Wirkung fassbarer erscheinen. Prävention, vor allem universelle Prävention und Verhältnisprävention, muss man sich leisten können.

Im Schwarzbuch Soziale Arbeit wird die grösste Herausforderung ganz deutlich formuliert: «Prävention im Sinne einer strukturellen Prävention wird schon deshalb nicht mehr angestrebt, weil die sozialen Bedingungen, die zu Problemen bei Menschen führen, nicht mehr zur Debatte stehen. Prävention wird heute immer mehr (miss)verstanden als Identifikation potentieller Versager» (Seithe 2010: 353).

Die Soziale Arbeit mit ihrem spezifischen Wissen um Problemlagen hat auch in der Prävention die Aufgabe, immer wieder darauf hinzuweisen und darauf zu achten, dass die Unterstützung auch Personen erreicht, welche besonderen Bedarf haben. Damit bleibt festzuhalten, dass es weniger bedeutend ist, *wo* die Soziale Arbeit in der Suchtprävention ist, sondern *dass* und *wie* sie sich – auch berufspolitisch – positioniert. Wenn sie sich in der Gesundheitsförderung und Prävention engagieren, müssen sich die Professionellen der Sozialen Arbeit vermehrt auch als solche präsentieren, indem sie ihre Tätigkeiten in der Gesundheitsförderung und Prävention explizit in Verbindung zu ihrer sozialarbeiterischen Profession setzen.

Die Soziale Arbeit ist ein wichtiger Player im Bereich Sucht. Zudem ist das Thema Abhängigkeit und Sucht ein Querschnittsthema in vielen Praxisfeldern der Sozialen Arbeit, beispielsweise in der Jugendhilfe. In der Gesundheitsförderung und Prävention sind die Professionellen der Sozialen Arbeit jedoch (noch) wenig vertreten. Leider. Der Bezug zur, die Bedeutung und der Beitrag der Sozialen Arbeit in der Gesundheitsförderung und Prävention sind deutlich und wichtig. Es ist daher wünschenswert, dass sich mehr Professionelle diesem spannenden Feld annehmen und ihre fachlichen und methodischen Kompetenzen einbringen. Sie leisten damit einen Beitrag dazu, dass die soziale Dimension von Gesundheit thematisiert und beachtet wird, von Beginn an gesundheitsförderliche Rahmenbedingung hergestellt werden und die Verteilung von Gesundheitschancen gerechter wird.

Literatur

- Altgeld, T./Kolip, P. (2014): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. S. 45-56 in: K. Hurrelmann/T. Klotz/J. (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber.
- Avenir Social/Fachverband Sucht/Groupement romand d'études des addictions (GREA) et al. (2016): Charta Früherkennung und Frühintervention (2016). www.tinyurl.com/y8zqcghq, Zugriff 29.08.2019.
- BAG - Bundesamt für Gesundheit/GDK - Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2016): Nationale Strategie Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017 – 2024. www.tinyurl.com/yb5bjxc9, Zugriff 29.08.2019.
- BAG - Bundesamt für Gesundheit (2015): Nationale Strategie Sucht 2017 – 2024. www.tinyurl.com/y3ys9crl, Zugriff 20.02.2020.

- Berner Gesundheit (2015): Grundlagen der Diversität der Berner Gesundheit. Bern: Berner Gesundheit. (internes Dokument)
- Berner Gesundheit (2016): Fachkonzept Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Berner Gesundheit. (internes Dokument)
- Fabian, C./Drilling, M./Niermann, O./Schnur, O. (2017): Quartier und Gesundheit – Klärung eines scheinbar selbstverständlichen Zusammenhangs. Eine Einführung in den Band. S. 9-37 in: C. Fabian/M. Drilling/O. Niermann/O. Schnur (Hrsg.): Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis Wiesbaden: Springer VS.
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.) (2014): Erfahrung nutzen, Qualität stärken. Reihe: Aktiv werden für Gesundheit - Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 5. www.tinyurl.com/y3fuyqec, Zugriff 29.08.2019.
- Infodrog (2018): Präventionslexikon, Stichwort Prävention. www.tinyurl.com/y3r9fm4l, Zugriff 29.08.2019.
- Laging, M. (2018): Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Stuttgart.
- Regierungsrat Bern (2015): Berner Sozialbericht (2015). www.tinyurl.com/yxahtk5k, Zugriff 29.08.2019.
- Rosenbrock, R./ Hartung, S. (2011): Settingansatz / Lebensweltansatz. S. 497-500 in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Köln: BZgA.
- sages/Avenir Social (2018): Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. www.tinyurl.com/yxfx6gu2, Zugriff 29.08.2019.
- Seithe, M. (2010): Schwarzbuch Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer VS.
- Sucht Schweiz (2013): Konzepte der Suchtprävention. www.tinyurl.com/yxqyvdyt, Zugriff 29.08.2019.
- Weber, D./Salis Gross, C. (2018): Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung. SuchtMagazin 44(5): 13-17.

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.





Eine Selbstverständlichkeit: Soziale Arbeit in der ambulanten Suchtberatung und Therapie

Arbeitsfeld Ambulante Beratung

Ruth Rihs¹

1. Die Berner Gesundheit

Die Berner Gesundheit ist eine Stiftung mit Leistungsaufträgen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Sexualpädagogik sowie Suchtberatung und Suchttherapie. Diese Leistungsaufträge betreffen sowohl die erste (Prävention) wie die zweite (Beratung) der vier Säulen der schweizerischen Drogenpolitik. Mit vier Regionalzentren und zusätzlichen Standorten ist die Berner Gesundheit im ganzen Kanton Bern vertreten. Die Angebote sind vielfältig, um die individuellen Bedürfnisse der KlientInnen abzudecken. Im Fachbereich Beratung und Therapie ist die Berner Gesundheit zuständig für alle substanzgebundenen und –ungebundenen Sucht- und Risikoverhalten. Die Berner Gesundheit berät Betroffene und deren Angehörige, andere Personen aus dem sozialen Umfeld sowie Arbeitgebende. Sie bietet Einzel-, Paar- und Familienberatungen und -therapien sowie Gruppenangebote zu verschiedenen Themen an. Zudem führt sie Schulungen und Sensibilisierungen in Organisationen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen durch, die in ihrer Arbeit mit dem Thema Sucht konfrontiert sind. Das politisch und konfessionell unabhängige Angebot der Berner Gesundheit richtet sich an Menschen aller Altersgruppen. Die Beratungen und Therapien sind kostenlos und werden durch die öffentliche Hand finanziert.

Der folgende Text bezieht sich auf den Fachbereich Beratung und Therapie der Berner Gesundheit.

¹ Sozialarbeiterin FH & zert. in integrativer Soziotherapie, Fachmitarbeiterin bei der Berner Gesundheit, Zentrum Bern.

1.1 *Entwicklung der Institution zur heutigen Form*

Bei der Gründung der Stiftung Berner Gesundheit im Jahre 1998 wurden mehrere Präventionsfachstellen und alle sozialmedizinischen Dienste (Alkoholberatungsstellen) im Kanton Bern zu einer einzigen Organisation zusammengefügt. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte jedes Amtsgebiet im Kanton Bern einen eigenen sozialmedizinischen Dienst geführt. Die meisten dieser langjährigen Alkoholberatungsstellen funktionierten als Einmannbetriebe. In grösseren Gemeinden arbeiteten bereits geschlechtergemischte Teams. Alle Fachstellen waren als Vereine organisiert und wurden vom Kanton und/oder von den Gemeinden finanziert. In den 1970er-Jahren wurden in den grösseren Städten Fachstellen für Menschen gegründet, die illegale Drogen konsumieren. (Contact, Drop-In, Jugend- und Drogenberatungen). Diese waren in der Regel ebenfalls als Vereine organisiert. Die politische und finanzielle Lage veränderte sich Ende der Neunzigerjahre und der Kanton Bern beschloss, mehrere Präventionsfachstellen und alle sozialmedizinischen Dienste (Alkoholberatungsstellen) im Kanton Bern zu einer einzigen Organisation zusammenzuführen. Zusätzlich strich er auch die Sachhilfe der klassischen Sozialen Arbeit in der Suchtberatung und Therapie wie Budgetberatungen, Lohnverwaltungen, Schuldensanierungen sowie Wohnungs- oder Arbeitssuche aus dem Angebot und übertrug sie den Sozialdiensten. Als Begründung wurden Doppelspurigkeiten mit den Sozialdiensten angegeben. Dieser grosse Einschnitt ins Angebot löste zuerst Widerstand bei KlientInnen und Fachpersonen aus. Aus der neuen Situation folgte für die Stiftung Berner Gesundheit eine Fokussierung auf die Beratungs- und Therapiearbeit, einen der Grundpfeiler der Sozialen Arbeit. Dies erforderte eine Professionalisierung dieser Arbeit.

Nach einer Übergangszeit, während der die Aufteilung zwischen der Stiftung Berner Gesundheit und der unterdessen ebenfalls aus einer Fusion entstandenen Stiftung Contact Netz nicht mehr nach legalen und illegalen Substanzen, sondern nach Altersgruppen erfolgte, wurde 2015 auch der Jugendbereich in die Berner Gesundheit integriert und die Beratungs- und Therapieteams der beiden Institutionen wurden in der Berner Gesundheit zusammengefügt. Die Arbeit in nunmehr vier grossen interdisziplinären regionalen Teams mit den verschiedenen fachlichen Hintergründen und Perspektiven ist wertvoll, ergänzend und befruchtend.

Der Kanton bestimmte damals und bestimmt bis heute über die Leistungsvereinbarungen die Kernleistungen der Berner Gesundheit.

1.2 *Institutionelle und politische Rahmenbedingungen*

Die Berner Gesundheit ist zusammen mit dem Blauen Kreuz für die ambulante Suchtberatung und -therapie des ganzen Kantons zuständig.

Wie in anderen Kantonen werden auch im Kanton Bern verschiedene neue Versorgungsmodelle im Suchtbereich diskutiert. Oft genannte Begriffe sind dabei die ‹Integrierte Versorgung› und die ‹Medizinalisierung›. Die Gesundheit-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern (GSI)² führte 2018 neue Rahmenverträge für die Suchthilfe-Institutionen ein und transferierte die Berner Gesundheit vom kantonalen Sozialamt ins kantonale Spitalamt. Die GSI bezog sich dabei auf die Nationale Strategie zu den nicht übertragbaren Erkrankungen des Bundesamtes für Gesundheit BAG (BAG 2016) und auf die Erfahrungen aus anderen Kantonen. Bei der Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention der Berner Gesundheit wird im Rahmen des kantonalen Entlastungspakets 18+ ein Leistungsabbau von 1 Mio. Fr. und somit eine Reduktion von fast einem Drittel verordnet. Bei der Abteilung Beratung und Therapie waren bereits in den letzten Jahren massiv Leistungen gekürzt worden.

Der Abteilung Beratung und Therapie, um die es in diesem Text geht, gehören insgesamt 49 Fachmitarbeitenden an, die meisten davon in Teilzeitanstellungen. Alle sind nach der Funktion und nicht nach ihren Ausbildungen angestellt und gemäss kantonalem Lohnreglement eingereicht. Die Stellenausschreibungen der Abteilung Beratung und Therapie der Berner Gesundheit sind so formuliert, dass sich Fachleute aus verschiedenen Disziplinen und Hintergründen angesprochen fühlen. (Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychologie mit therapeutisch-beraterischer Zusatzausbildung).

Die meisten Fachmitarbeitenden bringen eine Grundausbildung in sozialer Arbeit mit. Es sind auch PsychologInnen und einzelne PsychotherapeutInnen angestellt. Als Fachmitarbeitende sind sie mit denselben Aufgaben betraut wie ihre Kolleginnen und Kollegen aus der Sozialen Arbeit

² Die GSI hiess bis Ende 2019 Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF).

und in denselben Lohnklassen eingeteilt. Dabei werden die verschiedenen fachlichen Hintergründe und Methoden als Bereicherung angesehen, wie weiter unten noch präzisiert wird.

Alle Fachmitarbeitenden verfügen über mindestens eine Aus- oder Weiterbildung in Beratung und Therapie mit verschiedenen fachlichen Hintergründen und Methoden, vor allem aus dem systemischen, lösungs- und ressourcenorientierten Bereich. Die einzelnen Mitarbeitenden haben sich zu unterschiedlichen Themen Allgemein- und Spezialwissen angeeignet.

2. Soziale Arbeit in der ambulanten Suchtberatung und Therapie

Wir leben in einer arbeits- und leistungsorientierten Gesellschaft. Diese hat ein Interesse daran, dass die Menschen gesund und arbeitsfähig sind und bleiben. Die Voraussetzungen sind nicht für alle gleich und nicht alle schaffen es ohne Unterstützung von aussen, den gesellschaftlichen Anforderungen zu genügen. Die Soziale Arbeit hat in diesem Kontext vielfältige Aufgaben. Eine davon ist, in der Öffentlichkeit das Bewusstsein für Suchtverläufe und Abhängigkeitserkrankungen zu wecken und zu schärfen. Via Presse, Radio, Fernsehen und digitale Medien einerseits und mit Sensibilisierungsveranstaltungen bei Institutionen von der Grundschule bis zu Institutionen im Altersbereich andererseits übernimmt die Berner Gesundheit diese wichtige Aufgabe. Die soziale Arbeit sensibilisiert die Gesellschaft für sozialpolitische Themen, löst Tabus auf, gibt Menschen am Rand der Gesellschaft eine Stimme. Diese Grundhaltung der Sozialen Arbeit deckt sich weitgehend mit jener der Berner Gesundheit als sozialer Institution. Sie fördert die Enttabuisierung von Sucht und Abhängigkeit und stellt diese mit Gesundheitsförderung, Beratung und Therapie in einen Gesamtzusammenhang. Wie oben erwähnt, führt sie auch Schulungen und Sensibilisierungen in Institutionen, Organisationen, Firmen, bei Vereinen etc. durch. Dazu ist es sehr von Nutzen, dass sie zwei grosse Fachbereiche hat, nämlich die Gesundheitsförderung und Prävention und den hier beschriebenen Bereich Beratung und Therapie. Dies ermöglicht nach einer genauen Auftragsklärung eine unkomplizierte Zusammenarbeit.

Die Abteilung Beratung und Therapie ist dank ihrer vielfältigen Fach- und Methodenkompetenz in der Lage, hochspezialisierte Suchtberatung und -therapie anzubieten. Die Fachmitarbeitenden arbeiten, wie oben erwähnt, nach systemischen, lösungs- und ressourcenorientierten Ansätzen. Spezifische Themen wie Strassenverkehrsdelikte im Zusammenhang mit Alkohol oder Drogen, Überweisungen vom Jugendamt oder der KESB, Jugendberatung, Sucht im Alter, Glücksspiel etc. teilen sie unter sich auf und können sich so spezialisieren und in die vielfältigen Themen vertiefen – unabhängig von ihrem beruflichen Hintergrund.

Der Anlass zu einem Erstkontakt ist immer im Bereich Sucht und Abhängigkeit zu finden. Beim genauen Hinhören wird oft rasch klar, dass der Leidensdruck verschiedene Lebensbereiche betrifft. Diese werden mit Blick auf das ganze System erfragt und gemeinsam mit den KlientInnen wird in einem ersten Schritt eine mögliche Priorisierung besprochen: Möchte jemand an der Konsumreduktion arbeiten und braucht dafür Anleitungen wie zum Beispiel konkrete Trainingsprogramme (Konsumreduktion auf der Basis eines Konsumtagebuches)? Ist das aktuelle Hauptanliegen der Umgang mit den eigenen Ambivalenzen (ich möchte ja schon aufhören zu konsumieren, aber...)? Fehlen Rückfallpräventionsstrategien (Umgang mit Suchtdruck) oder steht ein anderes Thema im Vordergrund, das belastet? Wichtig dabei ist, dass die KlientInnen bestimmen, über was sie sprechen und welche Themenbereiche sie bearbeiten wollen. Es geht dabei um eine erste Auftragsklärung. Dieser erste wichtige Kontakt wird von allen Fachmitarbeitenden ähnlich gestaltet. Der ganzheitliche Blick auf den Menschen ermöglicht ihnen zuzuordnen, für welche Anliegen sie selber zuständig sind und wo die externe Vernetzung mit anderen Institutionen Sinn macht.

3. Suchtberatung in der Berner Gesundheit

Zur Einleitung ein Zitat aus den Grundsätzen der Beratung und Therapie: «Alle Menschen bewegen sich in ihrem Alltag in einem Spannungsfeld oder Kontinuum zwischen den Polaritäten Fremdbestimmung und Selbstbestimmung. Die Beratung und Therapie hat zum Ziel, im Sinne einer Suchtbewegung eine Entwicklung der KlientInnen in Richtung mehr

Selbstbestimmung auf dem erwähnten Kontinuum zu ermöglichen» (Berliner Gesundheit 2016a: 10).

Diese Grundsätze, die in diesem Text immer wieder zitiert werden, wurden in Zusammenarbeit mit den Fachmitarbeitenden entwickelt und 2016 aktualisiert. Und weiter im Zitat: «Im Kern beziehen sie sich auf den wissenschaftlich fundierten Konsens der Methoden in der psychosozialen Suchtberatung sowie die jugendspezifischen und entwicklungspolitischen Kenntnisse» (ebd.: 3)

3.1 *Menschenbild*

«Menschen sind einzigartig und stehen in den Spannungsfeldern Natur-Kultur und Individualität-Sozialität» (ebd.: 5). Dieser Satz zeigt deutlich die Grundhaltung der Institution. Was treibt den Menschen an, wie ist er verankert, vernetzt, verbunden mit sich und seiner Umwelt? Ist er überhaupt verbunden oder wo sind die losen Stellen, die Spannungsfelder, die unter Umständen eine Suchtgeschichte begünstigt haben. Wie können seine eigenen Ressourcen wieder aktiviert werden, wo ist er bereit und fähig anzusetzen, damit er in seiner Entwicklungsfähigkeit gefördert werden kann.

«Menschen sind innerhalb ihrer individuellen Möglichkeiten entwicklungsfähig» (ebd.). Mit dem Wissen um diese Zusammenhänge begegnen die Fachmitarbeitenden den KlientInnen und deren Umfeld.

3.2 *Suchtverständnis*

«Sucht ist ein multifaktorielles und systemisches Phänomen. Folgende Dimensionen spielen bei der Entstehung von Sucht eine wichtige Rolle: Psychische Aspekte, emotionale Aspekte, sozioökonomische Aspekte, soziokulturelle Aspekte, ethisch-religiöse Aspekte, somatische Aspekte» (ebd.: 6). Was heisst das für die Fallarbeit? Der Blick aufs Ganze, wie es die Soziale Arbeit lehrt, ist selbstverständlich und unabdingbar. Es geht um den Menschen in seinem ganzen Sein und nicht um ein Krankheitsbild und um eine Pathologisierung. Mit welchen Anliegen kommen KlientInnen auf eine Fachstelle? Welche Erwartungen und Hoffnungen haben sie? Was ist der Anlass, sich Unterstützung zu holen, wo stehen sie

im aktuellen Leben, was treibt sie an, wo haben sie Druck und Energie, ihre Situation zu reflektieren? Was funktioniert in ihrer aktuellen Situation gut, auf welche gesunden Anteile können sie bauen (ressourcenorientiert) was möchten sie verändern (lösungsorientiert) und in welchen Gesamtzusammenhängen stehen sie mit ihren Themen (multifaktoriell)? Mit diesen Fragen im Hintergrund wird ein Erstkontakt zu einer Begegnung mit einer zieloffenen Grundhaltung anlog des Grundsatzes: «Menschen bestimmen selber, was für sie Sinn macht» (ebd.: 5). «Wir unterstützen unsere Klientinnen und Klienten sowie Kundinnen und Kunden im verantwortungsvollen und selbstbestimmten Handeln» (Berner Gesundheit 2016b: 5).

Das folgende Fallbeispiel zeigt, dass beide Klientinnen – in diesem Fall Mutter und Tochter – selber bestimmen, an welchen Themen sie arbeiten wollen: Frau A. ist leitende Angestellte, lebt mit den erwachsenen Kindern zusammen. Die Kinder lassen sich zuerst beraten, motivieren die Mutter, sich Unterstützung zu holen. Sie trinkt oft Alkohol, um Spannungen abzubauen. Sie spürt ihre Ambivalenzen hinsichtlich der Ablösung von den Kindern. Diese wagen nicht, auszuziehen und ihr eigenes Leben zu leben, machen sich Sorgen um die Mutter. Nach zwei Familiengesprächen entscheiden sich die Tochter und die Mutter je für ein Einzelsetting. Frau A. arbeitet an den Themen: Konsum und Abhängigkeit, Ablösung von den Kindern, eigene Berufsperspektiven, Menopause, Alleinsein und Wohnen im Alter. Ihre Tochter beschäftigt Themen wie die Ablösung vom Elternhaus, ihre Orientierung im Berufsleben, ihre labilen psychischen Anteile und ihre eigenen Zukunftspläne. Nach einigen Monaten ziehen die Tochter und später auch der Sohn in ihre erste eigene Wohnung aus.

3.3 *Niederschwellige Kontaktaufnahme*

Der erste Kontakt geschieht sehr oft per Telefon. Nach der ersten Triage im Sekretariat, wo es oft hektisch zu- und hergeht, werden Anliegen zu Beratung und Therapie an die Fachmitarbeitenden weitergeleitet. Die Themen Sucht und Abhängigkeit sind bis heute Tabuthemen in der Gesellschaft und immer noch schambesetzt. Darum ist es sehr wichtig, dass dem Erstkontakt genügend Beachtung geschenkt wird und nebst der dafür be-

nötigten Zeit auch Sensibilität und Empathie für die Anliegen der KlientInnen selbstverständlich sind. Die ratsuchende Person wird von Anfang an in ihrer Ganzheit wahrgenommen und nicht schubladisiert. Oft wird bereits im ersten Telefongespräch eine komplexe belastende Ausgangssituation geschildert und die Fachperson versucht herauszuhören, welche Anliegen dahinterstehen.

Frau B. ruft als betroffene Angehörige an. Sie selber lebt im angrenzenden Ausland. Ihre Mutter ist betagt und lebt allein im Einfamilienhaus in einem angesehenen Quartier der Stadt. Schon länger hat sich bei ihr eine Alkoholabhängigkeit manifestiert. Zudem ist sie starke Raucherin und leidet an Asthma. Frau E. macht sich grosse Sorgen um sie, stösst aber bei ihrer Mutter auf massiven Widerstand, wenn sie über ihre Suchtthematik oder einen Heimeintritt mit ihr reden will. Innerhalb einer längeren Zeitspanne ruft die Tochter mehrmals bei der Berner Gesundheit an, um über ihre Sorgen sprechen zu können und sich über Handlungsmöglichkeiten zu informieren.

Herr C. ruft an. Er habe festgestellt, dass er alkohol- und kokainabhängig sei. Er möchte aber nicht zu einem Gespräch kommen, denn er möchte niemandem begegnen, den er vielleicht kennen könnte. Seine Zurückhaltung und seine Scham werden ernst genommen. In mehreren Telefongesprächen wird seine Situation besprochen und als er genügend Vertrauen gewonnen hat, entscheidet er sich für ein Gespräch auf der Fachstelle.

Die zwei Beispiele zeigen auf, wie wichtig und zeitintensiv der telefonische Kontakt sein kann.

Seit Sommer 2018 haben Ratsuchende auch die Möglichkeit, sich auf der Homepage der Berner Gesundheit über einen anonymen Chatkanal zu melden. Ein Teil der Anfragenden wünscht Informationen zu den Angeboten der Institution. Andere nutzen den Chat, um mit einer Fachperson auf diesem Weg eine erste Auslegeordnung ihrer Situation und eine Bedürfnisklärung zu machen. Es kann sein, dass nach der Chatunterhaltung keine weiteren Kontakte gewünscht oder benötigt werden. Andere entscheiden sich dazu, in weiteren Kontakten per verschlüsselter Mail, telefonisch oder in persönlichen Gesprächen ihre Themen weiterzuarbeiten.

Dass sich Ratsuchende über diesen Kanal melden, ist wie auch bei einer telefonischen oder persönlichen Kontaktaufnahme eine bewusste Entscheidung. Vielleicht ist ihnen eine telefonische oder gar persönliche Erst-anfrage und Terminvereinbarung zu unangenehm, zu exponierend. Der Chatkanal soll helfen, die Hemmschwelle für eine Kontaktaufnahme zu senken.

3.4 *Menschen mit eigenen Abhängigkeitsthematiken*

Die meisten KlientInnen sind selber betroffen von einer beginnenden oder fortgeschrittenen Suchtthematik. Je nach Anliegen und Lebenslage entwickelt sich nach dem ersten Kontakt eine Beratung, eine Therapie oder eine langjährige Begleitung. Die KlientInnen werden in ihrem Prozess in der Regel von derselben Fachperson begleitet. So kann eine tragfähige, professionelle Beziehung entstehen, die zur Lösung von Problemen oder zur Heilung von Verletzungen beitragen kann. Und die KlientInnen können erstmals oder erneut mit sich selber in Beziehung kommen.

Herr D. hat mit 14 Jahren mit Kiffen angefangen, es folgen Jahre mit Heroinkonsum, den er später selber wieder beendet. Er trinkt Alkohol und braucht immer mehr davon, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Seinen Nikotinkonsum findet er unproblematisch. Er lebt in zweiter Ehe, hat aus jeder Ehe eine Tochter. Seine Familie leidet zunehmend an den Auswirkungen seines hohen Konsums. Er ist im Kontakt zuerst skeptisch und zurückhaltend. Er hat eine Arbeit mit viel Verantwortung, ist gewohnt, selber zu entscheiden und fürchtet, wie er später gesteht, dass er nun überzeugt werden soll, mit Alkoholtrinken aufzuhören. In den ersten Gesprächen wird die Fachmitarbeiterin getestet, ob sie ihre gewährende Haltung und ihre Zieloffenheit auch wirklich lebt. Im Verlauf des Therapieprozesses experimentiert Herr B. mit verschiedenen Modellen des kontrollierten Konsums. Er reduziert die Trinkmenge drastisch und spürt langsam, dass der Körper sich an die kleinere Menge gewöhnt. Er erlebt, dass seine eigenen Zielvorgaben oft zu hochgesteckt sind und passt sie immer mehr seiner eigenen Realität an. Nach einem Jahr und vielen Auf und Abs hat er die Trinkmenge auf die Hälfte reduziert. Er weiss, dass er sich aufgelehnt hatte, wenn ihm jemand gesagt hätte, er «müsse» ganz aufhören. Dieser Prozess eröffnet ihm neue Empfindungen und er wird aufmerksamer zu

sich und den andern. Zudem hat er einen Zugang zu verdrängten Themen gefunden, die den Konsum begünstigten.

3.5 *Angehörige*

Da die Berner Gesundheit in ihren Grundsätzen das systemische Verständnis vertritt und die Fachmitarbeitenden diese Sicht verinnerlicht haben, richtet sich das Angebot auch an die Angehörigen aus dem privaten sozialen Umfeld von Betroffenen: Ehefrauen oder Männer, LebenspartnerInnen, Kinder einschliesslich erwachsene Kinder, Mütter und Väter, Verwandte, Freunde, Nachbarn. Unwichtig, in welcher Rolle die Angehörigen sind, das Thema Sucht verunsichert sie und sie wissen oft nicht, wie sie sich verhalten sollen. Zudem werden die Themen Sucht und Abhängigkeit, wie schon oben erwähnt, in der Gesellschaft immer noch tabuisiert. Dies erschwert einen natürlichen Umgang damit.

Frau E. wünscht im ersten Gespräch, dass ihr Mann von der Fachstelle zum Gespräch aufgeboten wird. Sie ist am Rande ihrer Kräfte, lebt seit zwanzig Jahren in einer Ehe zu dritt, wie sie sagt, denn der Alkohol sei immer zwischen ihr und ihrem Mann. Sie hat alles probiert, um ihm zu helfen. Sie hat die leeren Flaschen gezählt und entsorgt, hat die halbvollen Flaschen ausgeleert, sie hat ihren Mann geschützt, als er jeweils montags seinen Wochenendtausch auskurieren musste, und dem Arbeitgeber eine Grippe vorgeflunkert. Sie hat geweint, sie hat getobt, sie hat gedroht, sie hat ihn immer wieder entschuldigt. Sie hat ihre Freundinnen belogen und sich aus Scham immer mehr zurückgezogen. Als sie erfährt, dass die Gespräche auf der Fachstelle freiwillig sind, ihr Mann nicht aufgeboten werden kann, sie jedoch selber willkommen ist, ihre Geschichte zu erzählen und sich für sich Zeit zu nehmen, ist sie überrascht. In knochenharter Arbeit beginnt sie ihre eigene Rolle zu verstehen und kann mit der Zeit in Minischritten ihre Einstellung zu sich und ihrer Situation ändern.

Angehörige haben genau so viel Druck und Leid auszuhalten wie ihre Familienmitglieder mit einem Suchtproblem oder Suchtverhalten. Sie brauchen ebenso Unterstützung, Beratung, Therapie oder Coaching. Sie sind wichtige Regulatoren in der Paar- und Familienbeziehung und haben jedoch oft kaum Unterstützung in der Behandlungskette der Versorger.

Ein zentraler Grund, weshalb bei vielen Institutionen keine Angehörigenberatung vorgesehen ist, liegt darin, dass diese nicht bei den Krankenkassen abgerechnet werden kann. Da Suchtprobleme Auswirkungen auf das soziale Umfeld haben, sind solche Angebote jedoch wertvoll und müssen unbedingt erhalten bleiben.

3.6 *Arbeitgeber und Institutionen*

Die dritte Personengruppe, die die Angebote der Berner Gesundheit in Anspruch nehmen, sind Arbeitgebende und Vorgesetzte, BerufskollegInnen aus verschiedenen Institutionen wie Spitäler und Heimen oder Lehrpersonen aus verschiedensten Schulen.

Herr F. wird vom Arbeitgeber verwarnt, weil sein auffälliges Verhalten und die verminderte Leistung den Verdacht übermässigen Alkoholkonsums erhärten. Er muss eine Vereinbarung unterzeichnen, die auch suchtspezifische Unterstützung bei der Berner Gesundheit beinhaltet. Vor einigen Jahren hat bereits eine kurzzeitige Begleitung stattgefunden. Herr F. hat Mühe, in der Freizeit allein zu sein, und braucht den Alkohol, um unerwünschte Gefühle auszuhalten. Er weiss, dass ihm das alkoholfreie Leben besser bekommt, doch er ist innerlich nicht am Punkt, ganz darauf zu verzichten. Als seine Zuverlässigkeit am Arbeitsplatz abnimmt und der Druck vom Arbeitgeber erhöht wird, entscheidet er sich dazu, mit dem Trinken von Alkohol ganz aufzuhören. Nach einem Jahr ohne Vorkommnisse wird die Vereinbarung erfolgreich abgeschlossen. Herr F. beschliesst, weiterhin zu Gesprächen auf die Fachstelle zu gehen, weil er weitere Themen im Zusammenhang mit seinem Suchtverhalten bearbeiten will.

In diesem Beispiel war es wichtig und entscheidend, beide Seiten ins Boot zu bekommen. Hilfreich dabei sind eine genaue Rollen- und Auftragsklärung. Wer macht was, welche gegenseitigen Erwartungen gibt es, wo sind die Grenzen. Mit Einbezug einer detaillierten Schweigepflichtvereinbarung ist es möglich, die nötigen Punkte zu regeln, damit trotz der verschiedenen Ansprüche ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann. Vor allem, wenn ein behördlicher Auftrag ins Spiel kommt, (Sozialdienste, Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde KESB, Jugendanwaltschaften, Bewährungshilfen), ist eine sorgfältige Vorarbeit entscheidend für eine gute Zusammenarbeit.

Diese genaue Rollen- und Auftragsklärung bewährt sich immer, wenn verschiedene Anspruchsgruppen eine Zusammenarbeit suchen.

Wie in folgendem Beispiel gut sichtbar wird, hat die Vernetzungsarbeit einen hohen Stellenwert innerhalb der Angebote der Berner Gesundheit.

Frau G. geht auf dringende Empfehlung des internen Sozialdienstes der KESB zu Gesprächen auf die Suchtfachstelle. Es liegt ein akuter Drogenmissbrauch vor, der sich ungünstig auf ihre Mutterrolle auswirkt. Rasch zeigt sich, dass die Situation sehr komplex ist. Frau G. wird begleitet durch die Psychiatriespitex, finanziell unterstützt durch den Sozialdienst ihres Wohnortes, ist neu in einem Arbeitstraining. Ihre halbwüchsige Tochter ist hin- und hergerissen zwischen Loyalität und Aggression und bringt ihre Mutter an deren Grenzen. Eine Zusammenarbeit mit den betreffenden Institutionen wird organisiert, immer in engem Einbezug der Klientin. Eine klare Bereinigung des Auftrages am Anfang sowie gemeinsame Standortgespräche während einer Beratung verhindern Missverständnisse, falsche Erwartungen und Doppelspurigkeiten.

Es ist in diesem Beispiel sowohl der Klientin, wie auch der Spitexfachfrau und der Suchtberaterin klar, dass zuerst Belastungsmomente im Alltag gelöst werden müssen (Unklarheiten bezüglich der Einrichtung einer Beistandschaft für die Tochter, die bevorstehende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und damit verbundene Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt), bevor die Drogenproblematik konkret behandelt werden kann.

4. Vielfalt von Methoden in der Berner Gesundheit

«Risikoverhalten im Jugendalter sowie die multifaktorielle Beschaffenheit der Sucht erfordern im Beratungs- und Therapieprozess eine bestimmte methodische Freiheit, polyvalente Kompetenz und reflektierte Berufserfahrungen der Fachmitarbeitenden» (Berner Gesundheit 2016a: 13). Die Fachmitarbeitenden arbeiten nach systemischen und lösungs-/ressourcenorientierten Ansätzen. Das häufigste Arbeitsinstrument ist das Beratungsgespräch nach den Regeln der Motivierenden Gesprächsführung, wobei

sich der Gesprächsprozess nach den individuellen Zielen und dem Auftrag der KlientInnen ausrichtet. «Wir definieren die Beziehung zu unseren Klientinnen und Klienten als professionelle Beziehung zwischen Auftraggebenden und Beratungspersonen. Wir tragen die Verantwortung für die Professionalität unseres Umgangs mit Aufträgen und Auftraggebenden. Wir fördern verantwortliches Handeln. Wir achten die Eigenständigkeit der Klientinnen und Klienten insbesondere bezüglich Urteilsbildung und Entscheidung» (ebd.: 10). Auch die Soziale Arbeit nennt als eines der wichtigsten Arbeitsinstrumente das Gespräch und die professionelle Beziehung. Empathie, Engagement und Rollenklarheit sind weitere Voraussetzungen, damit KlientInnen Vertrauen aufbauen können und dann eher wagen, belastende und oft schambesetzte Themen zu bearbeiten.

Weitere Methoden kommen in der Therapie als Ergänzung und Erweiterung zum Tragen, wenn es um die Förderung von nonverbalen Prozessen geht. Viele KlientInnen sind es nicht gewohnt, von sich zu sprechen. Mit kreativen Methoden wie zum Beispiel dem Darstellen von belastenden Situationen mit Holzfiguren, Aufzeichnen von Systemen auf Flipchartblättern, Ausdrücken von Gefühlen anhand von Farben oder Tier-symbolen werden bei den KlientInnen aktuelle Themen visualisiert. Diese Vielfalt von Methoden spricht andere Sinne an und ermöglicht oft, verborgene Quellen neu- oder wiederzuentdecken und zu entwickeln.

Frau H. erzählt, dass sie immer zum Kokain greift, wenn sie vor grossen Veränderungen steht. Sie zeichnet auf einem grossen Papier ihr Leben in Form von Themenlinien zu Arbeit, Paarbeziehungen, Finanzsituationen und ihrem Kokainkonsum auf und sieht, dass ihre Konsumvorfälle seit Jahren einer gewissen Gesetzmässigkeit unterworfen sind. Sie fängt an, die Zusammenhänge zu sehen und kann ihr momentanes Lebensgefühl besser verstehen.

Je nach Problem und Anliegen wird mit verschiedenen Settings wie Einzel-, Paar- und/oder Familiengespräch gearbeitet. Zudem bietet die Institution innerhalb der Beratung Einzel- und Gruppenprogramme an, die in Form von strukturierten Kursinhalten zum gesetzten Ziel führen können: Kontrollierter Konsum oder Konsumstopp von Alkohol, Nikotin, Cannabis oder Kokain. Zweistündige, von Fachmitarbeitenden geleitete Gruppensitzungen, finden alle zwei Wochen statt. Sie werden entweder

wie oben erwähnt in strukturierten Programmen oder prozessorientiert angeboten und durchgeführt.

Zur Methodenvielfalt hat die Berner Gesundheit eine Grafik erarbeitet (s. Abb. 1). Die grafische Darstellung soll im Praxisalltag als eine Art Landkarte dienen, um zu wissen, wo die Fachmitarbeitenden sich mit ihrer Beratungs- und Therapiepraxis in Relation zu den Methodengrenzen der Berner Gesundheit bewegen. Der innere Kreis stellt dar, welches die gemeinsamen methodischen Grundlagen sind. Im äusseren Kreis werden Ansätze und Methoden aufgeführt, welche die Institution gegen aussen zwar nicht aktiv propagieren und anbieten, von denen jedoch in der täglichen Arbeit Elemente angewendet werden. Jene Methoden und Ansätze, die ausserhalb der Kreise aufgeführt sind, werden *nicht* angeboten.

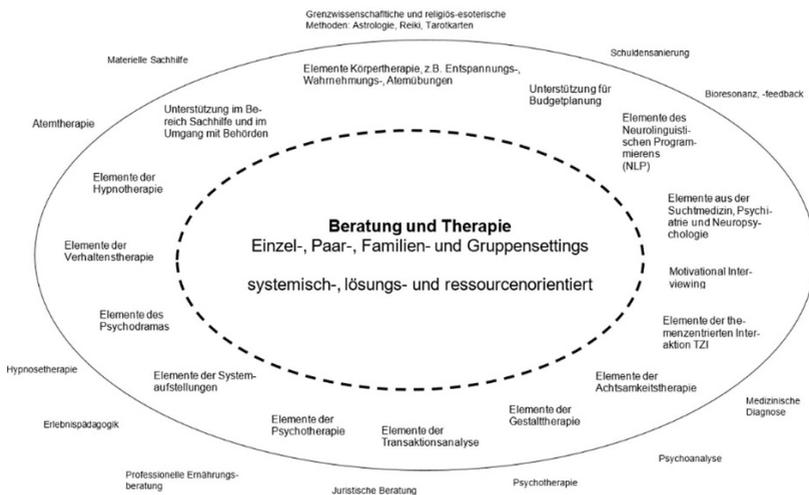


Abbildung 1: Grundsätze der Beratungs- und Therapiepraxis der Berner Gesundheit

5. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Berner Gesundheit hat, wie eingangs erwähnt, die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention, Suchtberatung und -therapie unter einem Dach vereint. Die interne interdisziplinäre Zusammenarbeit hat in der täglichen Arbeit einerseits intern mit Prävention und Sexualpädagogik und vor allem extern einen wichtigen Stellenwert. Seit einigen Jahren bestehen Zusammenarbeitsverträge mit Institutionen der stationären Suchthilfe (Klinik Südhang, Psychiatriezentrum Münsingen etc.). Es geht dabei um ergänzende Dienstleistungsangebote innerhalb der Behandlungskette und nicht um Konkurrenz zwischen den verschiedenen Anbietern. Zum Beispiel kann eine Klientin oder ein Klient während des ambulanten Beratungsprozesses einen stationären Aufenthalt antreten und wird unkompliziert überwiesen. Weitere Kooperationen werden mit Heimen, Schulen, Jugendanwaltschaften, Behörden und Casinos gepflegt. Diese Zusammenarbeit bewährt sich. Im Zentrum stehen dabei immer die Bedürfnisse der KlientInnen. «Das Phänomen der Sucht ist von multifaktorieller Natur. Entsprechend haben sich schon früh verschiedene Fachdisziplinen damit beschäftigt und spezialisierte Angebote entwickelt. Auf dieser Realität basiert das Selbstverständnis der Beratung und Therapie der Berner Gesundheit. Im Alltag folgert daraus eine enge Zusammenarbeit mit den verschiedenen Institutionen und Akteurinnen und Akteuren der Suchthilfe. Ziel ist, den Leistungsnehmenden ein optimales Angebot von eigenen, aber auch von Leistungen Dritter anzubieten» (Berner Gesundheit 2016a: 4).

Herr I. ist seit seiner Jugend mit Suchtproblemen konfrontiert. Er arbeitet mehrere Jahre als junger Elektriker im Nahen Osten und genießt in seiner Freizeit das Leben. Er rutscht ab in eine Alkoholabhängigkeit, mit der er sich die nächsten vierzig Jahre mehr oder weniger erfolgreich auseinandersetzt. Sämtliche Beziehungen mit Frauen zerbrechen und er gründet nie eine Familie. Als er sechzig wird, beschliesst er, noch einmal zu versuchen, mit dem Alkohol Schluss zu machen. Dank dem bestehenden Kooperationsvertrag mit der zuständigen Klinik kann die Fachmitarbeiterin ihn direkt zuweisen und er muss keine unnötige Wartezeit überbrücken. In der Klinik wird er rund um die Uhr betreut und wagt den ersten Schritt in ein alkoholfreies Leben in Form eines begleiteten stationären Ent-

zugs. Bei der Entlassung wird der Austrittsbericht mit dem Therapieverlauf an die Berner Gesundheit geschickt, was einen nahtlosen Übergang in der Behandlungskette vom stationären zurück ins ambulante Setting ermöglicht.

Nebst der Kernarbeit in Beratung und Therapie sind die Fachmitarbeitenden in kommunalen, regionalen, kantonalen und nationalen Verbänden und Gremien aktiv. Sie erweitern auf diese Art ihr ExpertInnenwissen und geben es in verschiedenen Interessengruppen weiter. Regelmässige Mitarbeit im Fachverband Sucht, in Arbeitsgruppen zu fachspezifischen Themen gehören ebenso zur Arbeit wie Einsitz in Gremien verschiedenster Zusammensetzungen im Bereich Sucht und psychosoziale Gesundheit.

6. Die verschiedenen Facetten von Professionalität

Eine der grössten Herausforderungen der Sozialen Arbeit ist bestimmt jene der Bestimmung ihrer Identität. Was ist Soziale Arbeit genau, wo hat sie ihre Grenzen? Sie wird sehr breit gelehrt und ihre Einsatzgebiete und Aufgaben sind sehr vielfältig. Übersetzt auf die Kernaufgaben in Beratung und Therapie wird jedoch rasch klar: Die Beziehung zum Klientel ist das Kernstück und die Basis, um gegenseitiges Vertrauen zu entwickeln und Veränderungsprozesse zu ermöglichen. Dies setzt auch eine stetige Selbstreflexion und Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit voraus. Nur wer sich selber gut kennt, ist in der Lage, die eigenen Themen von denen des Gegenübers zu unterscheiden und so eine professionelle Beziehung aufzubauen. Die Selbst- und Sozialkompetenzen gehören zu den Grundkompetenzen der Sozialen Arbeit.

Innerhalb der Institution werden die fachliche Weiterbildung (Fach- und Methodenkompetenzen) und Reflexion der täglichen Arbeit mittels Intervention, Supervision und Fachaustauschen gewährleistet. Regelmässige Fort- und Weiterbildungen, die Teilnahme an Tagungen und Kongressen gehören zur individuellen Weiterentwicklung und sind selbstverständlich. Mit internen und externen Audits in allen Arbeitsbereichen im Rahmen der Rezertifizierung des Qualitätsmanagements QuaTheDA wird

die Qualitätskontrolle sichergestellt. Und als wichtigster Indikator für die Qualität der täglichen Arbeit dienen die Resultate der regelmässigen Zufriedenheitsbefragungen beim Klientel.

Die Soziale Arbeit ist innerhalb der Institution eingebettet in die verschiedenen beruflichen Hintergründe, welche die einzelnen Fachmitarbeitenden mitbringen. Diese Professionen sind nicht hierarchisch gegliedert, sondern werden in der Teamarbeit gleichberechtigt behandelt. Die Gemeinsamkeit und die Verbindung zwischen den Professionen ist der systemische Ansatz. Ein weiteres wichtiges Gebiet ist die fachliche Ausbildung. Regelmässig werden Studierende der Sozialen Arbeit im zweiten Praktikum ausgebildet und begleitet. Zusätzlich haben oder hatten Fachmitarbeitende Lehraufträge an der Berner Fachhochschule für Soziale Arbeit zu den methodischen und fachlichen Kernkompetenzen in den Bereichen Gesprächsführung und Sucht.

7. Herausforderungen und Schlussbemerkungen

7.1 Herausforderungen für die Soziale Arbeit innerhalb der ambulanten Suchtberatung

Die Herausforderungen auf fachlicher Ebene stellen sich einerseits aufgrund der Digitalisierung, die uns in immer rascherem Tempo mit Eindrücken versorgt, fordert und teilweise überfordert. Dieses Tempo wird für immer mehr Menschen mit oder ohne Beeinträchtigungen bedeuten, dass sie aus dem normalen Arbeitsprozess fallen. Themen rund um die Abhängigkeit von digitalen Medien werden zunehmen, es wird, wie die Geschichte zeigt, immer neue Arten von Abhängigkeiten geben, seien es substanzgebundene oder Verhaltenssuchte. Die gesellschaftlichen Haltungen werden weiterhin die Thematiken in der professionellen Landschaft mitprägen. Und doch werden sich dadurch das innere Wesen, der Geist und die Psyche nicht gleichermassen verändern. Dies erzeugt eine grosse Spannung, die bereits jetzt spürbar geworden ist. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit und der psychosozialen Versorgung muss sein, Brücken zu bauen, um

diese Diskrepanzen zu überwinden. Sie müssen das Individuum befähigen, an den wesentlichen Themen des menschlichen Seins zu bleiben und sich nicht vom Tempo der Technisierung überrollen zu lassen. Das eine tun und das andere nicht lassen: Die Soziale Arbeit soll also der Beschleunigung und Entmenschlichung entgegenhalten und trotzdem offen für Neues bleiben und mit der Zeit gehen. Das ist eine der Herausforderungen der nächsten Jahre. Eine weitere Herausforderung ist die Veränderung auf demographischer Ebene. Die Menschen werden immer älter. Auch ein betagter oder hochaltriger Mensch hat Recht und Anspruch auf Unterstützung. Es wird neue Angebote brauchen, die dieser Altersgruppe gerecht werden. Diese Zukunftsperspektiven gepaart mit den permanenten menschlichen Herausforderungen legitimieren die Soziale Arbeit und geben ihr einen hohen Stellenwert in unserer Gesellschaft.

7.2 *Schlussbemerkungen*

Was vermutlich zunehmend Ressourcen brauchen wird, ist der Verteilungskampf, der Kampf zwischen den Verfechtern für soziale Verantwortung und Solidarität des Staates und jenen, die sich für Eigenverantwortung und Beschneidung der Staatsaufgaben stark machen. Die Auseinandersetzungen in der Gesundheits- und Sozialpolitik, welche finanziellen Leistungen weiterhin über das Staatsbudget laufen sollen und welche Kosten die Bürgerinnen und Bürger selber oder via Krankenkassen und private Versicherungen berappen müssen, werden uns vermutlich mehr beschäftigen und umtreiben als die Kernaufgaben der Sozialen Arbeit. Und so müssen wir uns dafür einsetzen, dass weiterhin genügend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, damit die Menschen, die unsere Unterstützung brauchen, diese auch bekommen. Es wird immer niederschwellige, erschwingliche Angebote brauchen. Die Suchtfachstellen wurden bis jetzt über die Steuergelder finanziert. Das macht durchaus Sinn. Denn Suchtprobleme haben immer auch einen gesellschaftlichen Zusammenhang. Darum ist es nur logisch und richtig, dass sich die Gesellschaft solidarisch verhält, indem sie die Angebote mitfinanziert und Leistungen nicht zunehmend über die einzelnen Betroffenen abgerechnet werden. Nur so übernimmt sie wirklich Verantwortung.

Solange Menschen mit Suchtproblemen stigmatisiert werden, solange sich die Volksmeinung hält, dass man selber schuld ist, wenn man abhängig geworden ist, solange braucht es genügend finanzielle Ressourcen für fundierte Aufklärungskampagnen und Sensibilisierungsprogramme gepaart mit psychosozialen Angeboten im ambulanten und stationären Setting. Dass es immer noch vorkommt, dass manche PatientInnen in Spitälern herablassend behandelt werden, weil eine Diagnose zu Sucht in ihrer Krankengeschichte steht, zeigt, wie hartnäckig das frühere Suchtverständnis, Suchtprobleme seien auf Charakterschwäche zurückzuführen, noch in manchen Köpfen herumgeistert.

Unsere Gesellschaft braucht zudem unbedingt weiterhin ein niederschwelliges Angebot für Angehörige. Suchtprobleme sind auch Familienprobleme. PartnerInnen, Kinder und andere Familienangehörige sind stark von Suchtproblemen mitbetroffen und haben Anrecht auf fachliche Unterstützung. Diese Haltung hat die Soziale Arbeit immer schon vertreten und sich dafür stark gemacht.

Zum Schluss ein Zitat von Judith Giovanelli-Blocher, einer der wichtigsten Pionierinnen der Sozialen Arbeit in der Schweiz. Sie schreibt im letzten Kapitel ihrer Lebensgeschichte *«Der rote Faden»*: «Wenn heute ganz normale Menschen danach gefragt werden, was ihnen im Leben das Wichtigste sei, sagen sie häufig: *«Ich möchte einfach ich selber sein»*. Diese Antwort legt nahe, dass der Mensch sich langsam abhandenkommt. Sich deshalb eine Selbstverwirklichung mit all den heute zur Verfügung stehenden Techniken zum Ziel zu machen, kann aber nur schiefgehen. Man verwirklicht sich, indem man Verantwortung übernimmt» (2012: 243).

Um Verantwortung übernehmen zu können, muss der Mensch handlungsfähig sein. Die Soziale Arbeit hat zum Ziel, Menschen selbstbestimmt und handlungsfähig zu machen. Es geht ihr darum, Stärken zu fördern und ressourcenorientiert zu arbeiten. Und diesen Ansatz brauchen wir auch in Zukunft in der schweizerischen Suchtlandschaft.

Literatur

- BAG - Bundesamt für Gesundheit (2016): Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024. Bern
- Giovanelli-Blocher, J. (2012): Der rote Faden. Geschichte meines Lebens. München: Nagel & Kimche.
- Berner Gesundheit (2016a): Grundsätze der Beratung und Therapie für Fachmitarbeitende der Abteilung Beratung und Therapie. (2016). Bern (internes Dokument).
- Berner Gesundheit (2016b): Leitbild der Berner Gesundheit. Bern (internes Dokument)

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.





Stationärer Entzug, der Start in ein suchtfreies Leben?

Arbeitsfeld Entzug und Entwöhnung

Markus Kaufmann¹

1. Die Klinik Zugersee

Das therapeutische Angebot der Klinik Zugersee beinhaltet Behandlungen für sämtliche Formen psychischer Erkrankungen (z. B. Depressionen, Ängste, Psychosen, Abhängigkeitserkrankungen und verschiedene Demenzformen) sowie psychosomatischer Erkrankungen (z. B. Schlafstörungen und Schmerzstörungen).

Als Institution der Triaplus AG deckt die Klinik Zugersee im Auftrag des Psychiatriekonkordats der Kantone Uri, Schwyz und Zug die psychiatrische Grundversorgung der erwachsenen Bevölkerung ab. Neben der regulären Behandlung von psychisch erkrankten Menschen aller Versicherungskategorien bietet die Klinik auch akute Notfallbehandlungen und stationäre Kriseninterventionen an. PrivatpatientInnen aus der ganzen Schweiz und dem Ausland werden auf der Psychotherapiestation Privé behandelt.

In der Klinik werden psychologische, somatische und soziale Therapieansätze angewendet. Die Klinik verfügt auf 9 Stationen über 156 Betten.

2. Suchttherapie im stationären Setting

In der Klinik Zugersee wird mit zwei unterschiedlichen Suchtbehandlungskonzepten gearbeitet. Einerseits mit dem Konzept zur Behandlung von PatientInnen mit Alkoholabhängigkeit (vgl. Winkler 2013) und andererseits mit dem Konzept zur Entzugsbehandlung von illegalen Substan-

¹ Dipl. Sozialarbeiter HFS, klinikinterner Sozialdienst der Klinik Zugersee.

zen (vgl. Bergner 2017). Diese beiden Konzepte tragen dazu bei, die Entzugs- bzw. Entwöhnungsbehandlung von legalen und illegalen Substanzen sowohl auf allen allgemeinpsychiatrischen Akutstationen unserer Klinik sowie auf der suchtspezifischen Abteilung zu vereinheitlichen und den Behandlungsleitfaden sowohl dem Patienten/der Patientin als auch dem MitarbeiterInnenteam gegenüber transparent zu gestalten. Mit den PatientInnen werden individuelle Ziele festgelegt, die in einer Behandlungsvereinbarung schriftlich festgehalten werden. Die Behandlungsvereinbarung orientiert alle beteiligten Professionen über die Behandlungsrichtung und thematisiert u. a. auch, welche Folgen ein allfälliger Rückfall nach sich zieht.

Ein besonderer Wirkfaktor in der Behandlung ist die personenzentrierte Beziehungsgestaltung, wobei die gängigen Prinzipien aus der Recovery- und Adherence-Forschung umgesetzt werden (vgl. Goschke/Kuhl 1993). Psychotherapeutisch werden verhaltenskognitive Ansätze mit Arbeitsmaterialien aus dem klinikinternen Alkohol-Konzept kombiniert, welches sich an den Empfehlungen der DGPPN-Leitlinien orientiert.² Die integrierte psychiatrische Behandlung umfasst zudem ergänzende evidenzbasierte Psychopharmakotherapie.

Das Alkohol-Konzept ist für stationäre Aufenthalte auf freiwilliger Basis konzipiert. Bei PatientInnen, die per FU (fürsorgerische Unterbringung) mit einer Abhängigkeitserkrankung in die Klinik kommen, sind die komorbiden psychiatrischen Störungen häufig vordergründig und Auslöser der fürsorgerischen Unterbringung. Diese Störungen müssen gesondert betrachtet werden.

Die erste Phase der Behandlung von PatientInnen mit Suchtproblemen findet in unserer Klinik auf den allgemeinpsychiatrischen Akutstationen statt, solange die Suchtentwöhnung oder die Behandlung der komorbiden psychiatrischen Störungen im Vordergrund stehen. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, KlientInnen direkt auf der spezialisierten Suchtbehandlungsstation aufzunehmen. Dies wird vor dem Eintritt in Absprache mit dem/der PatientIn und den zuweisenden Stellen je nach Vorbelastung und Schweregrad der Erkrankung festgelegt.

² Die verschiedenen DGPPN Leitlinien sind hier zugänglich: www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html, Zugriff 21.11.2019.

Die Behandlung im stationären Setting ermöglicht eine Akutbehandlung, welche in der Regel 6 bis 8 Wochen dauert. Ziele dieses Aufenthaltes sind der Entzug und idealerweise auch ein Teil der Entwöhnung im Hinblick auf eine künftige Abstinenz. An diese Behandlung schliesst idealerweise eine stationäre Therapie im Sinne einer Postakutbehandlung an, welche üblicherweise klinikintern auf der Suchtspezialtherapiestation stattfindet oder in einer anderen externen Suchtklinik. Die Behandlungsdauer auf der Suchtbehandlungsstation der Klinik Zugersee beträgt meistens zwischen 6 - 8 Wochen. In einer krankenkassenanerkannten externen Suchtinstitution beträgt die Behandlungszeit ca. 3 - 6 Monate.

Sowohl Akutbehandlung wie auch stationäre Therapie werden durch die Krankenkasse finanziert.

2.1 Die stationäre Soziale Arbeit im Kontext der Suchtbehandlung

Auf der Suchttherapiestation (16 Betten) ist der Sozialdienst mit einem Pensum von 30 % vertreten. Der Sozialdienst ist Teil des Behandlungsteams, das sich aus ÄrztInnen, PsychologInnen, Pflegefachpersonen sowie Fachpersonen für handlungs- und werkorientierte Therapie, Kunst- und Ausdruckstherapie, Musiktherapie und Soziale Arbeit zusammensetzt. Die Fallverantwortung liegt bei den ÄrztInnen oder PsychologInnen. Die Fallführenden bilden gemeinsam mit den Pflegefachpersonen ein Kernteam. Fehlende Ressourcen verhindern, dass der Sozialdienst Teil des Kernteams ist.

Der Sozialdienst nimmt einmal wöchentlich am interdisziplinären Rapport teil. Die mit den KlientInnen erarbeiteten Ziele werden mit den anwesenden TherapeutInnen diskutiert und die weiteren Schritte gemeinsam geplant. Der Einbezug der verschiedenen Disziplinen ermöglicht ein gegenseitiges gutes Verständnis für den/die PatientIn.

Für eine adäquate Behandlung ist es zentral, Menschen in ihrem Eigenverständnis, im Erleben ihrer Selbstwirksamkeit zu begreifen und ihre Lebensführung zu verstehen. Die Soziale Arbeit kann hier einen wichtigen Beitrag leisten. Daher ist der Einbezug des klinikinternen Sozialdienstes ein wichtiger Teil der Behandlung. Die Soziale Arbeit ist spezialisiert darauf, die Auswirkungen der sozialen Faktoren im Gesamtkontext der Lebensführung zu erkennen. In einem nächsten Schritt kann der Sozialdienst

entsprechende Schritte einleiten, die zu einer Entlastung oder gar zu einer Verbesserung der gesamten Situation führen.

Ein Schwerpunkt sozialarbeiterischen Handelns ist die soziale Analyse der Lebenssituation der PatientInnen (siehe dazu Kapitel 3). Der Sozialdienst betrachtet Ressourcen und Defizite nicht isoliert, sondern in einem sozialen Kontext. Es ist wichtig, dass die Sozialarbeitenden zusammen mit dem/der PatientIn allfällige Brennpunkte (wie unsichere Wohnsituation, offene Rechnungen etc.) eruieren und mit der nötigen Unterstützung dazu beitragen, weitere Probleme zu verhindern.

Sozialarbeitende kennen im Idealfall die verschiedenen Krankheitsbilder und können dadurch besser nachvollziehen, wie der/die PatientIn denkt, fühlt und handelt.

Ein Aufenthalt in der Klinik Zugersee wird durch die Krankenkasse (KVG) finanziert. Die Soziale Arbeit ist kein Bestandteil des bestehenden Finanzierungsvertrages. Sie wird durch die Klinikaufenthaltstaxe querfinanziert, weshalb eine Stellenerweiterung aktuell trotz Bedarf nicht möglich ist.

2.2 *Selbstverständnis, Ethik und Werte der Sozialen Arbeit*

Die Sozialarbeitenden der Klinik Zugersee sind dem ethischen Kodex des Berufsverbandes der Sozialen Arbeit verpflichtet (vgl. Avenir Social 2010). Die Vertraulichkeit wird zudem aufgrund des institutionellen Rahmens der Klinik Zugersee durch die ärztliche Schweigepflicht gewährleistet.

Das Leitbild, der Stellenbeschrieb sowie schriftlich vereinbarte Abläufe zur Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen, PsychologInnen und dem Pflegepersonal bilden eine wesentliche Grundlage für das Selbstverständnis der Sozialen Arbeit innerhalb der Klinik Zugersee. Gute Vernetzung und Zusammenarbeit aller beteiligten Professionen werden als essentiell angesehen und gefördert.

Auch stetige Weiterbildung ist Teil des professionellen Selbstverständnisses. Das Team der Suchtstation arbeitet u. a. mit SuchtspezialistInnen der Klinik salus in Brandenburg (D) zusammen, die das Behandlungsteam regelmässig in Theorie und Praxis in «motivierender Gesprächsführung» unterrichten.

Die PatientInnen werden in ihrem Willen und mit ihrer Wahrmöglichkeit respektiert. Sie sollen in ihrem Selbstverständnis und ihren Bedürfnissen des sozialen Wohlbefindens geachtet und gefördert werden. Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Patientinnen sollen, wenn immer möglich, gewährleistet und gefördert werden. Die Zielsetzungen werden mit den Betroffenen daher gemeinsam erarbeitet. Manchmal müssen sie neu verhandelt werden, da sie sich während der Behandlung als unrealistisch erweisen.

Damit ein gutes Zusammenarbeitsbündnis entsteht, müssen geplante Massnahmen inkl. deren Folgen mit den PatientInnen transparent und ehrlich besprochen werden (z. B. Wohnung mieten, Stelle kündigen). Im Rahmen der sozialen Beratung sollen die Resilienz (vgl. Wunsch 2013) und die Ressourcen der PatientInnen einbezogen und gefördert werden.

Bereits bestehende Bezugspersonen (Angehörige, Fachpersonen aus externen Fachstellen etc.) kennen die PatientInnen oft am besten. Sie stellen für diese meistens eine unentbehrliche Ressource dar und helfen, Krisen mitzutragen oder zu überwinden. Diese Bezugspersonen verdienen ebenso geachtet und mit Einverständnis der PatientInnen einbezogen zu werden. Angehörige brauchen möglicherweise auch Unterstützung. PatientInnen wie auch Angehörige benötigen Empathie und Verständnis für die schwierigen Lebenssituationen, die auf eine Suchterkrankung zurückzuführen sind oder der Sucht zu Grunde liegen.

3. Kurzassessment des Sozialdienstes und dessen Handlungsabläufe

Eine umfassende Exploration und die Wahrnehmung des sozialen Gefüges der PatientInnen sind essenziell. Die Analyse kann Rückschlüsse auf das Umfeld und die soziale Ausgangslage des/der PatientIn geben. Langfristiger Suchtmittelmissbrauch führt oft zu einer Zunahme der sozialen Problematik. Die aktuelle soziale Situation hat Auswirkungen auf den individuellen therapeutischen Kontext und die Behandlungsplanung.

Der Sozialdienst lädt während der ersten Woche ihres Aufenthalts möglichst alle PatientInnen zu einem Erstgespräch und einem Kurzassessment ein. Als Vorlage dient ein Formular, welches in Zusammenarbeit

mit der Fachhochschule Nordwestschweiz während eines Forschungsprojektes entwickelt wurde (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 305ff., 356). Die Themenschwerpunkte werden in diesem Kapitel weiter unten ausgeführt. Die für die einzelnen PatientInnen zuständigen SozialarbeiterInnen erstellen die soziale Indikation und planen die weitere sozialdienstliche Arbeit. In ihrer Verantwortung liegt auch die Organisation des weitergehenden Arbeitsbündnisses zur Bearbeitung der relevanten Themen.

Während des Erstgesprächs erhalten die Sozialarbeitenden Antworten zu folgenden Grundpfeilern des sozialen Lebens (vgl. ebd.: 305f.):

- Wohnen
- Tagesstruktur
- Arbeit
- familiäres Umfeld
- rechtliche Situation / Erwachsenenschutzmassnahmen
- Finanzen / Administration / Existenzsicherung
- allgemeine Fragen

Im Folgenden findet sich eine Aufzählung möglicher Interventionen in diesen Grundpfeilern.

3.1.1 Wohnen

Es ist abzuklären, ob die bisherige Wohnform nach wie vor adäquat ist oder ob ein geschütztes Wohnen in Betracht zu ziehen ist. Dabei muss auch die finanzielle Situation berücksichtigt werden. Eine zu teure Wohnung kann das finanzielle Gleichgewicht ins Wanken bringen. Auch stellt sich immer die Frage, ob eine gesundheitliche Gefährdung vorliegt, die ein geschütztes Wohnen unabdingbar macht. Dieses lässt sich während des Klinikaufenthaltes oft nicht abschliessend organisieren. Aus diesem Grunde ist es wichtig, mit externen Sozialberatungsstellen, Gemeindesozialdiensten, der KESB etc. eine nachfolgende Anbindung einzufädeln.

3.1.2 Tagesstruktur

Bei der prophylaktischen Behandlung zur Vermeidung einer Exazerbation (d. h. einer deutlichen Verschlechterung des Krankheitsbildes, vgl. Koch 2005: 38f.) von psychiatrischen Erkrankungen und Suchterkrankungen ist stets zu beachten, dass eine geregelte Tagesstruktur vorhanden ist. Sie

wirkt sich meistens positiv aus. Aus diesem Grunde wird bei der Exploration die Tagesstruktur vor dem Klinikeintritt erfragt. Daraus kann sich bereits ein Hinweis darauf ergeben, dass sich nach der Klinikentlassung eine veränderte Tagesstruktur günstig auf die Gesamtsituation auswirken kann. Schon während des Klinikaufenthalts können diesbezüglich mit den KlientInnen Veränderungen angestrebt werden, die sich vorteilhaft auf die Suchtbewältigung auswirken.

3.1.3 Arbeit

Ob eine Arbeitsstelle besteht oder nicht gibt bereits einen Hinweis auf die finanzielle Situation der KlientInnen.

Im Suchtbereich ist oft festzustellen, dass die Arbeitsstelle zwischenzeitlich durch den Arbeitgeber gekündigt wurde oder eine Kündigung droht. Dass daraus finanzielle Problemfelder entstehen, liegt auf der Hand. Natürlich gilt es vorerst sicherzustellen, ob die erfolgte Kündigung auch rechtlich korrekt ist. Bei einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit (Sperrfrist während Krankheit) kann die Kündigung z. B. auch rechtlich angefochten werden.

Eine wesentliche Aufgabe ist die Geltendmachung von Krankentaggeldversicherungsleistungen auf Grund der Arbeitsunfähigkeit. Die Krankentaggeldversicherung ist keine obligatorische Versicherung. Die meisten Arbeitgebenden haben mit Versicherungsgesellschaften jedoch einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen. Bei beendeten Arbeitsverhältnissen muss geprüft werden, ob weiterhin die Kollektivkrankentaggeldversicherungen zuständig sind bzw. ob eventuell eine Umwandlung in eine Einzelkrankentaggeldversicherung notwendig wird, um das Einkommen weiterhin zu gewährleisten.

Mit einem Arbeitsverhältnis hängen noch weitere Versicherungen zusammen, wie z. B. Unfallversicherung, Pensionskasse, Arbeitslosenversicherung etc. Bei Verlust des Arbeitsplatzes muss sichergestellt sein, dass die Unfallversicherung mit einer «Abredeversicherung» bei der Arbeitslosenkasse oder bei der Krankenkasse weiterläuft. Die monatlichen Pensionskassenzahlungen werden im Falle einer längerfristigen Erkrankung je nach Versicherung sistiert. Oft verlangen die Taggeldversicherungen auch, dass sich der Patient/die Patientin bei der IV anmeldet.

Für manche ausländische Staatsangehörige ist der Nachweis einer Arbeitsstelle relevant, damit der Aufenthaltsstatus nicht gefährdet ist.

3.1.4 Familiäres Umfeld

KlientInnen mit einer Suchtthematik empfehlen wir, dass sie ihre Angehörigen in den Prozess der Behandlung einbeziehen. Oftmals schämen sich SuchtpatientInnen gegenüber ihren Angehörigen. Sie haben Mühe, zu ihrer Sucht zu stehen und sich den Angehörigen gegenüber zu öffnen. Teilweise erlauben sie den BehandlerInnen nicht, die Angehörigen in die Behandlung einzubeziehen. Diese Situation erschwert die Ressourcenerschliessung. Diese Problematik mit den KlientInnen zu reflektieren kann aber dazu führen, dass sie – möglicherweise auch zu einem späteren Zeitpunkt – Angehörige in den Prozess miteinbeziehen möchten.

3.1.5 Rechtliche Situation / Erwachsenenschutzmassnahmen

Wie bereits bei der Wohnfrage erwähnt, besteht bei Suchterkrankten die Gefahr, dass diese sich nicht mehr adäquat am Leben beteiligen können und sie sich dadurch selber in verschiedenen Lebensbereichen in Gefahr bringen. In einer solchen Situation hat der Sozialdienst gemeinsam mit den Fallführenden zu prüfen, ob bei der Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) eine Gefährdungsmeldung einzureichen ist. Die Behörde ihrerseits hat die Aufgabe zu prüfen, ob entsprechende Massnahmen eingeleitet werden müssen, um den betroffenen Menschen mit behördlich angeordneter FU (fürsorgerische Unterbringung) oder mit einer Beistandschaft soziale Sicherheit zu vermitteln.

Wird eine Gefährdungsmeldung bei der KESB eingereicht, hat der Sozialdienst zu berichten, in welchen sozialen Bereichen eine potentielle Gefährdung vorliegt. Zudem ist zu prüfen, ob die Sicherheit von Angehörigen (Kinder und/oder Haustiere, die alleine zu Hause sind) bedroht ist und Schritte zu deren Sicherheit eingeleitet werden müssen.

3.1.6 Finanzen / Administration

Im Kurzassessment ist die Frage nach den finanziellen Mitteln und der Erledigung der administrativen Arbeiten wichtig. Es zeigt sich oft, dass Betroffene mit einer Suchterkrankung einen eingeschränkten Zugang zu finanziellen Mitteln haben. Sie kennen das Sozialsystem oft zu wenig und

wissen nicht, wie sie rechtliche Ansprüche geltend machen können. Zum einen ist dies eine Auswirkung ihrer teilweise jahrelangen Suchterfahrung. Eine Berufsausbildung oder eine Weiterbildung ist unter diesen Umständen oft nicht realistisch. Erfahrungsgemäss ist aber die berufliche Bildung eine wesentliche Voraussetzung, um eine gute Arbeit zu erhalten. Je länger die Arbeitslosigkeit andauert, umso grösser ist die Gefahr, noch mehr finanzielle Einbussen ertragen zu müssen. Dadurch wird die finanzielle Situation immer prekärer, was wiederum Auswirkungen auf andere soziale Situationen hat. Bei einer finanziellen Knappheit sind meistens auch Angehörige mitbetroffen. Dies wiederum hat Auswirkungen auf das soziale Gefüge. Nicht selten brechen Beziehungssysteme aufgrund von finanziellen Engpässen auseinander.

Die Soziale Arbeit hilft Betroffenen, Grundlagen zu erarbeiten, damit die Stellenlosigkeit beendet werden kann. Sie vermittelt Betroffene an Fachstellen zur Arbeitsintegration, um ihre Bewerbungsunterlagen zu überarbeiten. Somit steigen ihre Chancen, erneut eine Anstellung zu finden.

4. Schlussfolgerungen

Die Balance zwischen den verschiedenen sozialen Ressourcen Grundpfeilern ist für jeden Menschen essentiell. PatientInnen mit einer Suchterkrankung sind besonders gefährdet, sozial ausgegrenzt zu werden. Sie leiden oft unter einer Mehrfachbelastung und benötigen dadurch häufig eine sozialdienstliche Unterstützung. Die Soziale Arbeit ist in ihrem Grundverständnis darauf ausgerichtet, die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Lebensbereichen zu erkennen und daraus Schlüsse zu ziehen. Problemsituationen müssen erkannt und professionell bearbeitet werden. Es ist wesentlich, die soziale Komplexität zu analysieren und zu verstehen. Daraus können Ziele und entsprechende Massnahmen abgeleitet werden. Während des gesamten Beratungsprozesses können für und mit den betroffenen Menschen Ressourcen erschlossen werden, die sie in ihrer Lebensbetrachtung und Handlungsfähigkeit weiterbringen. Dies wirkt sich auch positiv auf die Gesundheitssituation aus (vgl. Staub-Bernasconi et al. 2012).

Es ist die Aufgabe des Sozialdienstes, in den Rapporten Aspekte der sozialen Lebenssituation der KlientInnen einzubringen und die TherapeuTInnen auf deren Ressourcen bzw. Problemfelder aufmerksam zu machen. Wie bereits erwähnt, wird die Soziale Arbeit sehr geschätzt, da sie dem Behandlungsteam wichtige Hinweise gibt, welche sozialen Rahmenbedingungen Einfluss auf das aktuelle Krankheitsbild haben. Es ist aber notwendig, dass diese Mitarbeit stärker als bisher strukturell verankert wird, durch einen systematischeren und umfassenderen Einbezug der Sozialen Arbeit. Dieser Einbezug bedeutet auch, dass die Soziale Arbeit in Zukunft stärker in die psychiatrische Behandlung einbezogen werden muss. Mit grösserer zeitlicher Präsenz würden mehr Möglichkeiten bestehen, die KlientInnen zu befähigen, Schwierigkeiten besser zu meistern. So könnte es eine zentrale Aufgabe der Sozialen Arbeit sein, PatientInnen zu befähigen, ihre neu erlernten sozialen Kompetenzen in ihr Leben integrieren zu können.

Damit dieser stärkere Einbezug der Sozialen Arbeit erreicht werden kann, ist es jedoch notwendig, dass die Leistungsträger sich finanziell an den Kosten der Dienstleistungen der Sozialen Arbeit beteiligen. Dadurch könnten Kliniken den KlientInnen die Dienstleistungen der Sozialen Arbeit in einem grösseren Umfang anbieten. Langfristig kann sich dies nur positiv für die PatientInnen auswirken.

In einigen Situationen reichen aber auch mehr Ressourcen des Sozialdienstes nicht aus, die sehr komplexe Lebenssituation eines betroffenen Menschen während der Klinikbehandlung zu regeln. Es können Notlagen bestehen wie z. B. unklare Gemeindezuständigkeit für wirtschaftliche Sozialhilfe, Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit, kein oder ein zu geringes Einkommen, mangelnde soziale Kontakte, beeinträchtigter Allgemeinzustand usw. Die während des Klinikaufenthaltes ergriffenen Massnahmen genügen nicht, damit KlientInnen mit einer Suchtproblematik ihr Lebensskript in so kurzer Zeit umschreiben können und u. a. auch die Fähigkeit zur Ressourcenerschliessung zu erlangen. Aus diesem Grunde ist es notwendig, KlientInnen nach Therapieabschluss extern mit suchtspezifischen Hilfsangeboten zu vernetzen.

Literatur

- Avenir Social (2010): Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. www.tinyurl.com/sbz7hmf, Zugriff 23.12.2019.
- Bergner, J. (2017): Konzept zur Entzugsbehandlung von illegalen Substanzen. Internes Dokument der Klinik Zugersee.
- Goschke, T./Kuhl, J. (1993): The representation of intentions: Persisting activation in memory. *Journal of Experimental Psychology, Learning, Memory, and Cognition*, 19: 1211 - 1226
- Koch, Christof (2005): *Bewusstsein - ein neurobiologisches Rätsel*. Heidelberg: Spektrum.
- Staub-Bernasconi, S./Baumeler, M./Bornemann, C./Harder, U./Hierlemann, F./Mäder, E./Philipp P./Rüegger, C./Wegmann, M. (2012): Soziale Arbeit und Psychiatrie. Positionspapier zum professionellen Beitrag der Sozialen Arbeit bei Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen im stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitsbereich. www.tinyurl.com/slus2zn, Zugriff 23.12.2019.
- Sommerfeld, P./Dällenbach, R./Rüegger, C./Hollenstein, L. (2016): *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Winkler, G. (2013): Konzept zur Behandlung von Patienten mit Alkoholabhängigkeit sowie Konzept zur Entzugsbehandlung von illegalen Substanzen. Internes Dokument der Klinik Zugersee.
- Wunsch, A. (2013): *Mit mehr Selbst zum stabilen ICH! Resilienz als Basis der Persönlichkeitsbildung*. Berlin: Springer Spektrum.
- Zuckermann, M. (1994): *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. New York: Cambridge University.

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.





Soziale Arbeit: Eine wichtige Profession in der suchtmedizinischen Tagesklinik

Arbeitsfeld Teilstationäre Therapie

Rahel König-Hauri¹

1. Soziale Arbeit in der teilstationären Suchttherapie

1.1 Ausgangslage

Die Tagesklinik Lenzburg gehört zur Klinik im Hasel AG und bietet ein teilstationäres Therapie- und Beratungsangebot für erwachsene Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung an. Der Kompetenzschwerpunkt liegt auf der integrierten Behandlung von Sucht- und Traumafolgestörungen. Es werden sowohl substanzgebundene als auch Verhaltenssuchte behandelt, wobei erstere deutlich überwiegen. Voraussetzung für einen Aufenthalt in der Tagesklinik sind eine stabile Wohnsituation und bei Bedarf ein Entzug. Die PatientInnen nehmen von Montag bis Freitag an einem tagesfüllenden und strukturierten Programm teil, bestehend aus Psycho-, Gruppen-, Kunst- und Körpertherapie, Bezugspflege und sozialer Beratung. Der teilstationäre Aufenthalt ermöglicht ihnen, die neuen Erkenntnisse und Verhaltensweisen in ihrem Alltag und persönlichen Umfeld umzusetzen, mit enger Begleitung durch Fachpersonen. Sie sollen das suchtmittelfreie Leben kennenlernen und die nötigen Massnahmen treffen, um eine nachhaltige Verbesserung der individuellen Lebensqualität zu erreichen. Dies durch eine möglichst selbständige Lebensführung, die Wiederherstellung und Verbesserung des persönlichen Leistungsvermögens und die dauerhafte Eingliederung bzw. Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

Die Lebenssituationen der einzelnen Personen sind sehr unterschiedlich: Vom Langzeitarbeitslosen mit ungesicherten finanziellen Mitteln bis

¹ Sozialarbeiterin, Sozialdienst, Tagesklinik Lenzburg.

zum Geschäftsmann mit einer Anstellung und grossem finanziellem Rückhalt ist die ganze Bandbreite vorhanden. Besonders bietet sich das Setting auch für Mütter mit Kindern an, da sie ihre Kinder oftmals nicht für längere Zeit in andere Obhut geben wollen und können.

Das Angebot wird medizinisch geleitet, über die Krankenkasse abgerechnet und durch Beiträge des Kantons mitfinanziert. Die Leistungen der Sozialen Arbeit werden über die Tagespauschale der Tagesklinik finanziert. Sie gehören zum Gesamtpaket und werden nicht einzeln ausgewiesen.

Der Arbeit in allen Bereichen der Klinik liegt ein humanistisches, von Empathie geprägtes Menschenbild zugrunde. Die empathische Grundhaltung betrachten wir als wichtige Voraussetzung für Veränderungsprozesse und als Grundlage für eine gelingende Zusammenarbeit mit der Klientel. Die PatientInnen werden als vollständiges und gleichwertiges Gegenüber respektiert und der sensible Umgang mit den oftmals von Opfer- und Gewalterfahrung geprägten Lebensgeschichten wird bei allen Mitarbeitenden vorausgesetzt. Der Vielfalt der Weltanschauungen, der religiösen Ausrichtungen, der Werte und Lebensziele wird mit Respekt und Toleranz begegnet.

Die Beziehungsarbeit versteht sich in der Klinik als zentrales Element einer gelingenden Therapie. Jede Patientin und jeder Patient hat eine Einzeltherapeutin oder einen Einzeltherapeuten und eine Pflegebezugsperson, mit welcher regelmässige Einzelgespräche stattfinden. Auf Indikation kommen weitere Bezugspersonen aus der Komplementärtherapie oder dem Sozialdienst dazu. Der Sozialdienst entscheidet aufgrund des Erstgespräches in Rücksprache mit dem gesamten Team, ob die Indikation für den Bereich Soziale Arbeit gegeben ist. Was in der Regel der Fall ist. Die räumlichen Verhältnisse in der Tagesklinik und die Offenheit und hohe Präsenz der Mitarbeitenden ermöglichen auch regelmässige Kurzkontakte im Gemeinschaftsraum oder Treppenhaus, welche für die Vertrauensbildung ebenfalls sehr wichtig sind.

1.2 Erklärungsmodell zur Suchterkrankung

Der Arbeit in der Tagesklinik liegt ein integratives, bio-psycho-soziales Suchtmodell (vgl. Beiträge in Feuerlein 1986) zugrunde.

Auf biologischer Ebene spielen genetische Faktoren eine erhebliche Rolle bei der Suchtmittleinwirkung, der Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens. Gemachte Erfahrungen werden im Suchtdächtnis abgespeichert und können auch Jahre später noch Einfluss nehmen. Auf intrapsychischer Ebene werden Suchtmittel als Regulatoren von Affekten und bei der Reduktion von Stresserleben beschrieben. So dienen Suchtmittel oftmals dazu, unangenehme Gefühle erträglicher zu machen oder das Gefühl von Leere und Langweile zu füllen. Die sozialen Systeme haben einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung des Selbstbildes und der Selbstwirksamkeitserwartung. Dies und weitere gesellschaftliche Faktoren, wie Verlust einer Arbeitsstelle, Zugehörigkeit zu einer Peer-Group, Verfügbarkeit des Suchtmittels etc. haben auf sozialer Ebene Einfluss auf das Suchtverhalten eines Menschen.

In der Klinik im Hasel wurde in Anlehnung an die Schematherapie bei Abhängigkeit (vgl. Roedinger 2011: 183-197) ein eigenes Erklärungsmodell zur Suchterkrankung etabliert und aufbauend dazu der Therapieansatz der Leistungssensiblen Suchttherapie entwickelt.

Das Erklärungsmodell geht von drei inneren Anteilen aus: dem Erwachsenen-Ich, dem Süchtigen-Ich und dem bedürftigen Kind-Ich. Ziel ist es, die einzelnen Anteile zu erkennen und durch innere Achtsamkeit und Kommunikation das gesunde Erwachsenen-Ich zu stärken, dem bedürftigen Kind-Ich den nötigen Schutz vor ungesunden Strategien zur Bedürfnisbefriedigung zu bieten und das Süchtige-Ich zu kontrollieren und begrenzen. Das Süchtige-Ich kann als Bewältigungsmodus verstanden werden und oftmals treten an die Stelle des Suchtmittelkonsums andere dysfunktionale Bewältigungsanteile. Das Erwachsenen-Ich soll zudem gestärkt werden, um die Verantwortung für die Gesamtsituation zu übernehmen.

Die Leistungssensible Suchttherapie vertritt die Haltung, dass Personen mit Abhängigkeitserkrankung permanent eine sehr grosse Leistung erbringen für die Aufrechterhaltung der Abstinenz. Daher ist das adäquate Gefühl dazu Stolz und nicht Scham. Diese neue Grundhaltung bei Betroffenen und Angehörigen führt, wie wissenschaftlich belegt, zu einer signifikanten Reduktion von Rückfällen bei abstinentmotivierten Personen in der Entwöhnungstherapie (vgl. Fleckenstein et al. 2019).

1.3 Aufgaben der Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit ist zuständig für die Bereiche Arbeit, Tagesstruktur, Wohnen, Finanzen, Versicherungen, rechtliche und administrative Angelegenheiten und die Vernetzung mit weiteren involvierten Stellen wie IV, RAV, Krankentaggeldversicherungen, Sozialamt etc.

Das Setting der Tagesklinik ermöglicht es den Betroffenen, ihre Abende und Wochenenden in ihrem persönlichen Umfeld zu verbringen. Dadurch sind sie allerdings täglich mit den Schwierigkeiten ihres Alltags konfrontiert. So müssen sie zum Beispiel wieder regelmässig zum Sozialamt, sehen den Berg ungeöffneter Post zu Hause liegen oder sie fühlen sich in ihrer Wohnung einsam oder unwohl. Dies ist oftmals die Grundlage für einen Veränderungswunsch in den sozialarbeiterischen Themen.

Ist bei einer Person die finanzielle Situation unklar, kommen schnell Existenzängste auf. Hier ist der Sozialdienst oft die erste Anlaufstelle, um zu klären und Unterstützung zu leisten.

In erster Linie bietet der Sozialdienst Beratungsgespräche an. Innerhalb der ersten drei Wochen nach Eintritt wird mit jedem Patienten und jeder Patientin ein sozialarbeiterisches Erstgespräch geführt, in welchem die sozialen Dimensionen Arbeit, Finanzen, Wohnen, familiäre Situation und involvierte Fachpersonen erhoben werden. Aufgrund dieser Anamnese wird gemeinsam mit dem Patienten eruiert, in welchen Bereichen er Unterstützung wünscht und braucht; daraus werden gemeinsame Ziele formuliert. Bei Bedarf werden auch Angehörige und bereits involvierte Personen und Fachstellen aus dem Umfeld des Patienten mit einbezogen und zu Systemgesprächen eingeladen. In den Beratungsgesprächen wird die motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (2015) eingesetzt. Erfordert es die Situation, kann die Sozialarbeiterin die Person auch zu Terminen bei Ämtern, Gericht, Beratungsstellen oder anderen Institutionen begleiten.

Auch durch den interdisziplinären Austausch im Team bekommt die Sozialarbeiterin in kurzer Zeit ein sehr umfassendes Bild der Person und der Problemlage. Dabei helfen zusätzlich die Eindrücke aus der Arbeit in der Gruppe sowie Beobachtungen und Begegnungen im Gemeinschaftsraum. Dies alles rundet das Bild aus den Beratungsgesprächen ab und hilft

vor allem eine gute Beziehung aufzubauen, als zentrale Grundlage für das Gelingen der Arbeit.

Eine Suchterkrankung geht oftmals mit grosser Scham einher, was für die Betroffenen die Kontaktaufnahme mit Behörden, Arbeitgeber etc. massiv erschwert. Ziel der gesamten sozialarbeiterischen Begleitung ist, so weit wie möglich, immer die Hilfe zur Selbsthilfe. Da die Aufenthaltsdauer in der Tagesklinik acht bis maximal sechzehn Wochen beträgt, ist die Triage zu weiterführenden Beratungsstellen ganz wichtig, um eine längerfristige Begleitung installieren zu können. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass die PatientInnen die Angebote in ihrer Region kennen und wenn immer möglich bereits ein Erstkontakt während des Aufenthalts in der Tagesklinik stattfindet.

2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

2.1 Anerkennung der Sozialen Arbeit

Beim Aufbau der Tagesklinik im Jahre 2013 wurde konzeptionell ein Sozialdienst verankert. Die Soziale Arbeit hat seit Beginn des Angebots einen hohen Stellenwert und geniesst ein hohes Mass an Autonomie. Das Konzept und den Stellenbeschrieb erarbeitete die Sozialarbeiterin im ersten halben Jahr ihrer Tätigkeit selber. Die Beratungsgespräche mit dem Sozialdienst sind heute ein fixer Bestandteil des Therapieprogrammes, nachdem sie anfänglich auf freiwilliger Basis angeboten worden waren.

Im Sozialdienst der Tagesklinik werden nur Fachpersonen mit einer Ausbildung in Sozialer Arbeit angestellt, als spezifische Ergänzung zum therapeutischen Team.

Finanzielle Sicherheit, eine stabile Wohnform und geregelte Tagesstruktur sowie weitere Aspekte des Alltags, werden als wichtige Voraussetzung dafür gesehen, dass sich eine betroffene Person auf einen therapeutischen Prozess einlassen kann und den Ausstieg aus der Sucht anstrebt.

Das Wissen und die Sichtweise der Sozialen Arbeit werden in der Klinik im Hasel als Fachbereich anerkannt und als wichtiger Bestandteil der

Behandlung geschätzt. Zudem wird die soziale und berufliche Wiedereingliederung als zentrales Element für die Stabilisierung des erreichten Therapieerfolges nach Austritt aus der Tagesklinik angesehen.

Im Frühjahr 2017 mussten aufgrund von finanziellen Kürzungen des Kantons Aargau die Pensen aller Berufsgruppen reduziert werden. Der Sozialdienst wurde mit nur 5% Reduktion am wenigsten gekürzt, ein Ausdruck der grossen Wertschätzung gegenüber der Sozialen Arbeit.

2.2 *Identität der Sozialen Arbeit*

Die Soziale Arbeit versteht sich als eigenständige Profession und zeigt im interdisziplinären Austausch ihre Sichtweise der jeweiligen Situation klar auf. Sie wird von den anderen Professionen als gleichberechtigte Disziplin angesehen und respektiert.

Seit Bestehen der Tagesklinik hat sich die Identität der Sozialen Arbeit gefestigt. Heute bezeichnet sich die Sozialarbeiterin als solche, nachdem sie zu Beginn als Sozial- und Arbeitstherapeutin bezeichnet wurde. Es besteht ein breites Verständnis, in dem Sucht auch als soziales Problem anerkannt wird und damit die Wichtigkeit der Profession der Sozialen Arbeit. Die anderen Professionen anerkennen die Komplexität der sozialarbeiterischen Sichtweise und die damit verbundene nötige Professionalisierung wird von der Klinikleitung durch fachspezifische externe Weiterbildungen gefördert.

Der Sozialdienst der Tagesklinik verfügt über ein 35%-Pensum, welches durch die aktuelle finanzielle Situation im Gesundheitswesen massgeblich definiert wird. Die Stelle ist seit Beginn von ein und derselben Person besetzt, daher muss von einem personenbezogenen fachlichen Fokus ausgegangen werden. Das zur Verfügung gestellte Pensum reicht für das Alltagsgeschäft, lässt aber daneben keine grösseren Projekte zu, sodass zum Beispiel ein politisches oder fachliches Engagement über den Klinikalltag hinaus nicht möglich ist. Die Klinik unterstützt Projekte, indem sie zusätzliche Arbeitsstunden zur Verfügung stellt, wie zum Beispiel für die Mitarbeit an diesem Buch.

Mit zunehmender Arbeitsdauer vermisst die Sozialarbeiterin die wissenschaftliche Basis, um fachlich und fundiert zu argumentieren, wieso

Soziale Arbeit ein wichtiger und unentbehrlicher Teil des Therapiekonzeptes ist.

Die Klinik vertritt in öffentlichen Auftritten klar die Wichtigkeit der sozialen und beruflichen Reintegration. Die fachliche Argumentation aus sozialarbeiterischer Sicht ist dabei aber wie oben erwähnt noch zu unspezifisch und wenig greifbar. Von der Sozialarbeiterin werden Daten erhoben über alle Klienten und Klientinnen, um genauere Aussagen zu den einzelnen Aufgabenbereichen der Sozialen Arbeit, zur beruflichen Wiedereingliederung und auch deren Nachhaltigkeit machen zu können. Im Katamnesefragebogen der Klinik wird gezielt auch der sozialarbeiterische Bereich abgefragt.

2.3 *Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen*

Die Zuständigkeiten der einzelnen Disziplinen sind in den Stellenbeschrieben klar definiert und werden im Einzelfall falls nötig angepasst. Durch den regelmässigen interdisziplinären Austausch im täglichen Rapport und in den wöchentlichen Fallbesprechungen können die Interventionen der verschiedenen Berufsgruppen gut und zeitnah aufeinander abgestimmt werden.

Durch die Grösse der Tagesklinik mit maximal 15 PatientInnen und einem interdisziplinären Team bestehend aus elf Personen mit insgesamt 525 Stellenprozenten (Arzt 30%, Psychotherapie inkl. Leitung Tagesklinik 220%, Körpertherapie 30%, Kunsttherapie 30%, Pflege 180%, Sozialarbeit 35%), ist eine sehr enge Zusammenarbeit möglich. Positiv auf die Zusammenarbeit wirkt sich aus, dass die Psychotherapeutinnen und der Arzt nebst dem Pensum für die Tagesklinik alle in denselben Räumlichkeiten auch für das Ambulatorium der Klinik im Hasel tätig sind. Dies bedeutet, dass alle trotz der kleinen Pensen an vier Tagen pro Woche in der Klinik anwesend sind. Durch die zusätzliche Flexibilität bei der Einteilung der eigenen Arbeiten, ist die Möglichkeit eines kontinuierlichen Informationsaustausches gewährleistet, was die enge Zusammenarbeit der einzelnen Professionen fördert und sichert. So sind zum Beispiel in Standortgesprächen nebst der Leitung immer zwei verschiedene Professionen vertreten. Meist sind die Pflege und die Therapie dabei. Die Soziale Arbeit wird beigezogen, wenn sie im betreffenden Fall eine aktive Rolle spielt.

Durch die konzeptionelle Verankerung und den engen Austausch im Alltag funktioniert die interdisziplinäre Zusammenarbeit gut. Alle Professionen sind wichtige und gleichwertige Akteure zur Umsetzung des Therapiekonzeptes. Obwohl dies konzeptionell verankert ist, geht die Sozialarbeiterin davon aus, dass die gelebte Teamkultur und die Führungspersonen viel dazu beitragen, dass sich die VertreterInnen aller Professionen gleichwertig und geschätzt fühlen.

3. Chancen und Herausforderungen

3.1 Effizient und kostengünstig und doch gefährdet!

Die Finanzierung von Tageskliniken ist leider schweizweit noch nicht umfänglich gesetzlich geregelt. Die Behandlung in einer Tagesklinik wird zu den ambulanten Therapieangeboten gezählt, deren Kosten die Krankenversicherungen übernehmen. Da aber Tageskliniken innerhalb ihres Programmes ähnliche Leistungen erbringen wie stationäre Kliniken (hierzu zählen z. B. die Leistungen des Sozialdienstes), decken die Beiträge der Krankenversicherungen die Kosten nicht. Daher werden tagesklinische Behandlungen vom Kanton über gemeinwirtschaftliche Leistungen mitfinanziert. Diese Beiträge des Kantons sind nicht gesetzlich verankert, sondern freiwillig. Durch den steten Kostendruck im Gesundheitswesen unterliegen diese Beiträge im Kanton Aargau seit dem Jahr 2016 Kürzungen, welche ein kostendeckendes Arbeiten in Tageskliniken verunmöglicht. Dies führt zu Angebotsanpassungen und -kürzungen (zum Beispiel die Reduktion der Pensen in der Tagesklinik Lenzburg) bis hin zu Schliessung von Tageskliniken.

Die unsichere Finanzierung ist eine grosse Herausforderung. Der schon grundsätzlich vorhandene Druck zu einer guten Auslastung wird dadurch noch verstärkt. Dies ist in der täglichen Arbeit spürbar, wenn es zu Über- oder Unterbelegung kommt. Bei Überbelegung stossen alle Disziplinen an die Grenzen ihrer zeitlichen und teils auch räumlichen Ressourcen, da diese sehr knapp bemessen sind.

Eine grosse Herausforderung ist es damit umzugehen, einerseits von der Notwendigkeit und dem Nutzen des teilstationären, interdisziplinären Settings überzeugt und dabei andererseits von politischen Entscheidungen abhängig zu sein. Für die PatientInnen ist die Mischung aus intensiver Therapie und gleichzeitiger Nähe zum Alltag und den damit einhergehenden Problemen eine der grossen Chancen der tagesklinischen Behandlung. Dabei ist eine teilstationäre Therapie im Vergleich zu stationären Angeboten auch wesentlich kostengünstiger.

Aus Sicht der Sozialen Arbeit ist das Setting der Tagesklinik ein grosser Gewinn, da das Fachwissen der einzelnen Professionen in kurzer Zeit ein sehr umfassendes und multiperspektivisches Bild der Klientel ermöglicht. Dadurch können Interventionen zielgerichtet und den Möglichkeiten der Person angepasst erfolgen. Durch die Nähe zum Alltag können sozialarbeiterische Interventionen mit den richtigen Stellen koordiniert und im Alltag mit den PatientInnen geübt werden.

Da die Soziale Arbeit auf die Mitfinanzierung durch den Kanton angewiesen ist, ist die Sicherung der Finanzierung solcher Angebote und damit auch die Anerkennung der einzelnen involvierten Disziplinen sehr wünschenswert.

3.2 *Kontinuität für gelingende Soziale Arbeit*

Als grosse Herausforderung zeigt sich immer wieder die Errichtung einer sozialarbeiterischen Weiterbegleitung der PatientInnen nach ihrem Austritt aus der Tagesklinik. Oftmals reicht der Klinikaufenthalt, um sich eine Übersicht über die aktuelle Situation zu verschaffen, aber die Menschen sind oft noch nicht in der Lage, ihre administrativen Angelegenheiten wieder völlig selbständig erledigen zu können. Grösstenteils braucht es punktuell noch Unterstützung, vor allem in der Kommunikation mit involvierten Behörden und Ämtern. Während es ein sehr breites Angebot von ambulanten Therapieangeboten gibt, ist es meist schwierig, Anlaufstellen für sozialarbeiterische Weiterbegleitung zu finden. Erschwerend kommt dazu, dass die PatientInnen aufgrund ihrer Geschichte und des Krankheitsbildes häufig grosse Mühe haben, sich auf neue Personen einzulassen.

Um den Übergang so gut wie möglich zu gestalten, werden schon während des Aufenthalts in der Tagesklinik geeignete Anlaufstellen in der

jeweiligen Region gesucht und ein Erstgespräch in Begleitung des Sozialdienstes der Tagesklinik gemacht. Dies ist für viele Patienten hilfreich, um Vertrauen in die neue Institution und Fachperson zu gewinnen.

Ich wünschte mir, dass es mehr Angebote der Sozialen Arbeit gäbe, welche Menschen langfristig unterstützen, unabhängig von deren aktueller Situation. Sozialarbeiterische Unterstützung ist oftmals an bestimmte Lebenssituationen geknüpft. Als Beispiel möchte ich die Sozialhilfe anführen, die nebst materieller auch immaterielle Hilfe anbietet; dies aber oft nur solange der Anspruch auf materielle Hilfe gegeben ist. Erlischt der Anspruch, erlischt oft auch die Unterstützung. Ein weiteres Beispiel wäre die Invalidenversicherung, welche involviert ist und unterstützen kann, solange die Auflagen erfüllt werden. Aber gerade in der Suchtarbeit erachte ich eine kontinuierliche Begleitung und ein beständiges Beziehungsangebot, welches auch in Krisenzeiten genutzt werden kann, als sehr wichtig. Denn nicht selten gehen Rückfälle und Krisen mit einer Destabilisierung auch in den Bereichen Arbeit oder Finanzen einher.

Literatur

- Feuerlein, W. (Hrsg) (1986): Theorie der Sucht. Heidelberg: Springer.
- Fleckenstein, M./Heer, M./Leiberg, S./Gex-Fabry, J./Lüddeckens, T. (2019): Leistungssensible Suchttherapie: Vorstellung und Wirksamkeitsprüfung einer neuen Kurzintervention. Suchttherapie 20(02): 68–75.
- Miller, W.R./Rollnick, S. (2015): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg i.B.: Lambertus.
- Roedinger E. (2011): Schematherapie bei Abhängigkeit. 183-197 in: E. Roedinger/G. Jacob (Hrsg.), Fortschritte der Schematherapie – Konzepte und Anwendungen. Göttingen: Hogrefe.

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.





Soziale Arbeit – Dreh- und Angelpunkt der stationären Suchttherapie

Arbeitsfeld Stationäre Sozialtherapie

Peter Forster¹, Fabian Müller², Michel Villard³

1. casa fidelio – die einzige rein männerspezifische stationäre Suchtinstitution in der Schweiz

Die casa fidelio – Institution für männerspezifische Suchtarbeit – wurde im Jahr 1993 gegründet. Träger der therapeutischen Gemeinschaft ist der politisch und konfessionell unabhängige, neutrale und gemeinnützige Verein «casa fidelio» mit Sitz in Niederbuchsiten (SO). Wir bieten maximal 25 suchtmittelabhängigen (Drogen-, Alkohol-, Medikamenten- und Spielsucht) erwachsenen Männern die Möglichkeit, ihre Sucht in einer stationären Therapie anzugehen. Der Aufenthalt dauert in der Regel ca. 12 Monate, kann aber auch je nach Entwicklungsstand des Klienten wesentlich kürzer oder länger dauern. Das Ziel der Therapie ist, die Hilfesuchenden dabei zu unterstützen, sich ein selbstbestimmtes und verantwortungsbewusstes Leben aufzubauen und die neuen Verhaltensformen sowie die Wohn- und Arbeitssituation langfristig zu erhalten. Die Klienten wohnen in drei Wohngemeinschaften mit je max. 5 Plätzen und einer Wohngemeinschaft mit max. 10 Plätzen. Das Angebot ist abstinentenorientiert, es ist aber unter gewissen Voraussetzungen möglich, dass auch Männer mit Substitutionsbehandlung eine Therapie in der casa fidelio machen können. Das heisst, dass Abstinenz zwar ein grundsätzliches Ziel der Therapie ist, dennoch ist klar, dass nicht alle Bewohner dieses Ziel erreichen können. Den meisten Klienten ist es so möglich, die Dosierung soweit herabzusetzen, dass sie arbeiten können, aber dennoch einen gewissen Schutz haben.

¹ Psychiatriepfleger HF, klassischer Homöopath, Naturtherapeut, Leiter Therapie.

² Lic. Phil. I, Soziale Arbeit, Geschäftsführer.

³ Sozialpädagoge HFS, Leiter Sozialdienst.

Wir unterstützen die Bewohner darin, vorhandene Ressourcen einzubringen, fehlende Fähigkeiten aufzubauen und ihre Lebensinfrastruktur neu aufzugleisen. Dies geschieht mit der Unterstützung eines interdisziplinären, gut ausgebildeten Teams mit 13 Mitarbeitern. Dazu gehören Sozialarbeiter, Sozialtherapeuten, Arbeitsagogen, ein Jobcoach und der interne Sozialdienst, der für Schuldenmanagement und das Erlernen administrativer Fähigkeiten zuständig ist. Bei unseren fallführenden Therapeuten, die die Bewohner während der ganzen Zeit in der casa fidelio begleiten, ist eine Ausbildung als Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Psychologe oder Psychiatriepfleger Grundvoraussetzung. Darüber hinaus haben unsere therapeutischen Mitarbeiter eine oder mehrere suchtspezifische, psychotherapeutische oder beraterische Weiterbildungen absolviert. Wir sehen uns in erster Linie als Sozialtherapeuten, bieten aber auch psychotherapeutische Einzel- und Gruppensettings an. Als fallführender Therapeut füllt ein Mitarbeiter eine ganze Reihe verschiedener Rollen aus. Er muss in der Lage sein, den Klienten sehr niederschwellig abzuholen, und gleichzeitig sollte er über fundiertes psychopathologisches und psychotherapeutisches Wissen verfügen, damit die Übergänge von der Stabilisierungsphase zur therapeutischen Arbeit möglichst fließend erfolgen können. Die Arbeit in der casa fidelio beruht also auf einer breiten fachlichen Herkunft der einzelnen Mitarbeiter.

1.1 Männerspezifische Suchtarbeit

«Jungen und Männer sind bei Problemen, resultierend aus Alkohol- und Drogenabhängigkeit, besonders stark betroffen. Gleichzeitig sind ihre Fähigkeiten, Ressourcen und Aussichten diese Problematik zu bewältigen, unterentwickelt – angefangen bei der geringeren und oft sehr späten Inanspruchnahme von Hilfeangeboten bis hin zu der gefühlten und gefürchteten Erosion des eigenen Männlichkeitskonzeptes. Drogen spielen in diesen Konzepten eine herausragende Rolle als Demonstrationsmittel von Stärke, als Anti-Stressmittel, als Symbol von Grenzüberschreitung und Gefährlichkeitssuche, als Kommunikations- oder Rückzugsmittel oder als soziales Schmiermittel überhaupt» (Stöver 2006: 3).

Das Bedürfnis nach einer geschlechtsspezifischen Suchtarbeit hat bei Männern andere Gründe als bei Frauen. Es ist auch nicht so vordergründig

und offensichtlich. Männer brauchen konkrete männliche Vorbilder im Alltag. Da diese Vorbilder oft fehlen (Arbeitsabwesenheit des Vaters, Trennung der Eltern, emotionale Abwesenheit des Vaters) orientieren sich Jungen sehr häufig an unrealistischen Männerbildern aus Filmen, Werbung und seit einiger Zeit auch an Bildern und Videos aus dem Internet. Das Verlangen, ein Mann zu werden, ist für Jungen gleichbedeutend mit erwachsen werden und akzeptiert werden. Die in den Medien gezeigten Männerbilder sind häufig unerreichbar und unrealistisch, was bei einer zu starken Identifikation mit diesen Vorbildern irgendwann zum Konflikt mit sich selbst führt.

Gemeinsame Erfahrungen und Orientierung an männlichen Vorbildern ist der Boden für die Männerarbeit in der casa fidelio. Dies hilft den Männern, immer mehr Ausdrucksformen für ihr Innerstes zu finden, um sich ganzheitlich entwickeln zu können. Um die Suchtarbeit mit Männern bewusster und gezielter anzugehen, wurde für die casa fidelio ein Konzept für männerspezifische Suchtarbeit entwickelt (Müller 2015).

1.2 Menschenbild

«Der Mensch ist ein leibliches Wesen, das in, mit, und durch seine Lebenswelt existiert» (Rahm 1993). Jeder Mensch steht auf seine ganz persönliche Art und Weise mit seiner Umwelt in Beziehung, wobei sich Mensch und Umwelt gegenseitig fortwährend beeinflussen. Gemeint ist hier in erster Linie die soziale Umwelt, aber nicht nur. Wenn ein Mensch den Bezug zu sich selbst verliert, und das ist bei sehr vielen suchtkranken Menschen der Fall, verliert er auch den Bezug zur Natur und damit zum eigenen Ursprung. Kommt es zu einer chronischen Störung dieses In-Beziehungs-Seins mit der Umwelt, entsteht eine Entfremdung, was eine ganze Reihe von Problemen im täglichen Leben nach sich zieht.

Zentral ist es, die Persönlichkeit des Menschen nicht nach einem bestimmten, möglicherweise gesellschaftlich anerkannten Bild zu formen, sondern vielmehr den Kontakt zum eigenen Potenzial und der eigenen selbstreflexiven Wahrnehmung wiederherzustellen. Die Gefahr der Manipulation ist in jedem von aussen begleiteten oder angeregten Veränderungsprozess gegeben und viele Klienten haben genau davor Angst. Sie fürchten, nach der Therapie nicht mehr sich selbst zu sein, und sperren

sich gegen kleinste Veränderungen. Ein offener, vorurteils- und wertfreier Umgang bildet daher die Basis des Vertrauens, welches für einen therapeutischen Prozess unerlässlich ist. Nicht der fallführende Therapeut setzt ein Ziel und versucht anschliessend den Klienten dafür zu gewinnen, sondern der Therapeut hilft dem Klienten, Wünsche zuerst einmal wahrzunehmen, daraus Ziele zu formulieren und diese nach Möglichkeit zu erreichen. Ohne dieses Einverständnis kann es keine nachhaltige Veränderung geben. Grundlegendes Ziel der Therapie ist es daher, dem Klienten ein besseres Verständnis seiner selbst, eine Verbesserung seiner Beziehungsfähigkeit und damit eine Verbesserung seiner Handlungsfähigkeit zu ermöglichen.

1.3 Beziehungsarbeit ist das A und O der stationären Therapie

Beziehung ist der zentrale Punkt in jedem therapeutischen Prozess: «Beziehungsarbeit beinhaltet hauptsächlich den Aufbau von Vertrauen zu mir selbst und meinen Fähigkeiten. Erst als Folge davon kann Vertrauen zum Leben und zu den Mitmenschen entstehen. Eine wertschätzende, ressourcenorientierte Grundhaltung gegenüber den Bewohnern und eine proaktive Beziehungsaufnahme sind in dieser Arbeit die wichtigsten Werkzeuge des fallführenden Therapeuten» (Forster 2018: 5). Wer sich für eine stationäre Suchttherapie entscheidet, entscheidet sich in der *casa fidelio* immer für ein therapeutisches Setting in einer Gemeinschaft und für einen Veränderungsprozess, der nicht nur auf der bewussten Ebene abläuft. Zum Teil sind diese Prozesse tiefgreifend, oft auch schmerzhaft oder angstbesetzt (wenn es gilt, sich mit Überzeugungen oder Erinnerungen auseinanderzusetzen, die zu dem zu verändernden Verhalten beigetragen haben). Der Klient setzt sich mit Gefühlen und Zuständen auseinander, die bisher gemieden oder verdrängt wurden. Das fühlt sich in der Regel nicht gut an und in dieser Phase hilft meist nur das Vertrauen, das der Klient in den wöchentlichen Einzelgesprächen zum fallführenden Therapeuten aufbauen konnte. Die meisten Klienten haben in ihrem Leben die Erfahrung von Ausgrenzung und Ablehnung machen müssen. Manche erst durch ihre Sucht, andere schon vorher. Sie gehen wie selbstverständlich davon aus, dass auch der Therapeut sie verurteilen und fallen lassen wird, wenn

sie sich zeigen, wie sie sind. Eine solche Beziehung aufzubauen braucht Zeit, Wertschätzung und Ehrlichkeit.

1.4 *Interventionsmodell*

Unserem Behandlungsansatz in der casa fidelio liegt das bio-psycho-soziale Modell der Suchtentstehung zugrunde. Zusätzlich arbeiten wir gemäss dem systemisch-lösungsorientierte Ansatz. Darin gibt nicht einfach der fallführende Therapeut die Richtung vor und trägt die alleinige Verantwortung über den Prozess. Vielmehr werden die Therapieziele mit dem Klienten besprochen und Verantwortungsbereiche ausgehandelt. Der Therapeut steht sodann dem Klienten als Helfer zur Selbsthilfe zur Seite.

Die Suchterkrankung ist in ihrer Entstehung und Ausprägung multifaktoriell und hat Auswirkungen auf verschiedenste Bereiche der Person und ihrer Lebenswelt. Dementsprechend müssen wir auch bei der Rehabilitation suchtkranker Menschen auf verschiedenen Ebenen handeln. Im Bereich des Beratungsgesprächs bedeutet das zunächst einmal eine Analyse des Ist-Zustandes. So reflektiert der Bewohner zusammen mit dem fallführenden Therapeuten bspw. seinen Lebenslauf und stellt diesen in der Klientengruppe vor. Dazu gehören ebenfalls seine Suchtvergangenheit und die berufliche Entwicklung.

Grundlage unserer Arbeit ist der Veränderungswille des Klienten. Allfällig auftauchende Probleme besprechen wir in den Gruppen- und Einzelberatungsgesprächen. Fortschritte genauso wie Probleme werden den Therapeuten auch von den Fachpersonen der anderen Disziplinen wie zum Beispiel der Agogik gemeldet. In sogenannten Fallteams, bestehend aus dem fallführenden Therapeuten, dem Arbeitsagogen, dem Sozialdienst und dem Integrationsverantwortlichen, werden gemeinsam mit dem Klienten die bisherigen Ziele evaluiert sowie allenfalls neue besprochen und schriftlich festgehalten. Diese Ziele reichen vom alltäglichen Zusammenleben mit den anderen Klienten über die Arbeit und die Therapie bis hin zu spezialisierten Interventionen im Bereich der Trauma-Aufarbeitung bei einem externen Spezialisten. Die schriftlich fixierten Ziele werden anschliessend in den verschiedenen Bereichen (Therapie, Arbeit, Freizeit etc.) angegangen. Die Fallteams können grundsätzlich von allen Beteiligten einberufen werden. In der Regel finden die Sitzungen der Fallteams

alle drei Monate statt. Ausserordentliche Fallteamsitzungen werden einberufen, wenn es etwas Grundlegendes zu entscheiden gibt oder wenn einer der Beteiligten das Gefühl hat, nicht weiterzukommen. Das kann auch der Bewohner sein, obwohl das eher selten ist.

1.5 «Freiwillige» und strafrechtlich verurteilte Klienten

Rund die Hälfte unserer Klienten werden durch die jeweiligen kantonalen Vollzugs- und Massnahmebehörden bei uns eingewiesen. Die stationäre Therapie dient in diesem Fall zum Vollzug einer Massnahme gemäss Art. 60 StGB. Die Kosten der Therapie werden von den kantonalen Justizbehörden übernommen. Die Aufenthaltskosten der restlichen Klienten werden durch die entsprechenden kommunalen oder kantonalen Sozialdienste getragen. Für beide Kategorien von Klienten bedeutet aber die stationäre Therapie in der casa fidelio meist die letzte ihnen gebotene Chance. Für die einen die letzte Chance vor einer unbedingten Haftstrafe im Gefängnis, für die anderen die letzte Chance, um sich vom staatlich finanzierten Prekariat der Sozialhilfe zu befreien.

2. Soziale Arbeit in der casa fidelio

2.1 Funktion der Sozialen Arbeit

Die Klienten in der casa fidelio sind vor ihrem Eintritt entweder süchtig und abhängig von der Sozialhilfe oder konsumieren Suchtmittel und sind delinquent. Dies bedeutet, dass die Klienten bis zu ihrem Eintritt in unsere Institution schon seit geraumer Zeit in gesellschaftlich marginalisierten Nischen gelebt haben. Selten tritt ein Klient in der casa fidelio schuldenfrei ein. Meist besitzen sie kaum mehr ein amtliches Dokument. Es gilt oft, den Klienten zuallererst davon zu überzeugen, dass es um ihn geht. Er muss Verantwortung übernehmen für sein eigenes Leben.

Der interne Sozialdienst wird in der casa fidelio von einem ausgebildeten Sozialarbeiter geleitet. Seine Aufgaben sind vielschichtig. Er muss dem Klienten unter anderem Wege aufzeigen, wie er aus seiner prekären

Situation hinausgelangen kann. Dies beinhaltet die Regelung der administrativen und finanziellen Angelegenheiten des Klienten. Die liegengelassenen Briefe und Rechnungen werden mit ihm zusammen sortiert und abgearbeitet. Fragen bzgl. Steuererklärungen werden geklärt und erledigt und es wird eine Liste der Schulden erstellt. Das Ziel ist, dass der Klient am Ende der Therapiezeit in der *casa fidelio* seine administrativen Belange geregelt hat. Der Sozialdienst ist innerhalb der Institution durch seinen Einbezug in das Fallteam eng mit den anderen Disziplinen vernetzt.

2.2 *Angebote des internen Sozialdienstes*

Ziel der stationären Therapie in der *casa fidelio* ist, dass der Klient wieder ein selbstbestimmtes Leben führen kann, einen Beruf und eine geregelte Freizeitbeschäftigung hat. Je nach Klient und dessen Situation bietet der interne Sozialdienst, Einzelgespräche an. Entscheidend in der sozialarbeiterischen Tätigkeit mit dem Klienten bleibt die Funktion des «fordernden Förderers», der den Überblick behält und dranbleibt, speziell dann, wenn der Klient dazu neigt, die Dinge etwas zu vergessen.

Neben den administrativen und finanziellen Aufgaben, bei denen der Sozialdienst die Bewohner begleitet, stehen beratende, koordinierende und therapeutische Aufgaben, für die der fallführende Therapeut zuständig ist. Damit die Verantwortlichkeiten definiert sind und Doppelspurigkeiten vermieden werden, ist festgelegt, dass der fallführende Therapeut den gesamten Prozess des Aufenthalts des Klienten begleitet und koordiniert. Dies ist ein Prozess, der schon vor dem Eintritt in die Institution beginnt und meist noch nicht abgeschlossen ist, wenn der Klient austritt. Der fallführende Therapeut koordiniert die Zusammenarbeit mit dem externen Netz des Klienten, aber auch die Aufgaben der Mitarbeiter des internen Fallteams.

2.3 *Strategische und konzeptionelle Verankerung der Sozialen Arbeit in der casa fidelio*

Die Inhalte der Ausbildung in Sozialer Arbeit sind für das Verständnis einer sozialen Institution wichtig und nützlich. So ist der Bereich der Sozialen Arbeit konzeptionell im Betreuungskonzept verankert, in dem der

ganzheitliche Ansatz der Therapie beschrieben wird. Der fallführende Therapeut ist Dreh- und Angelpunkt der Arbeit in der casa fidelio. Er vernetzt, koordiniert und gestaltet den gesamten Therapieprozess eines Klienten. Der direkte Vorgesetzte des fallführenden Therapeuten in unserer Institution ist der Leiter Therapie. In der casa fidelio hat unter anderem der aktuelle Geschäftsführer eine Ausbildung in Sozialer Arbeit. Dies ist allerdings nicht zwingend notwendig.

3. Interprofessionelle Zusammenarbeit

3.1 Wichtigkeit der Interdisziplinarität für die gelingende therapeutische Arbeit

Schaut man sich die Zielsetzungen der meisten Klienten und die der Kostenträger an, geht es im Wesentlichen darum, dass die Klienten nach der Therapie wieder möglichst weit in die Gesellschaft integriert sind. Oft genannte Ziele sind: guter Job, genug verdienen, schöne Wohnung, Auto, Freundin – meist sogar in dieser Reihenfolge. Wer arbeitet, ist ein vollwertiges Mitglied der Gesellschaft. Da sind sich Suchtmittelabhängige und die bürgerliche Mehrheit offenbar einig und so mancher Süchtige meint, dass er einfach einen Job braucht, der Rest ergibt sich von allein.

Auch wenn die Fähigkeit zu arbeiten und sich den eigenen Lebensunterhalt zu verdienen der wesentliche Stützpfiler eines selbstbestimmten Lebens ist, liegt der Fokus der Suchtbehandlung auf der Bearbeitung problematischer Denk- und Handlungsmuster, die zur Suchtentwicklung geführt haben. Ohne eine Veränderung in diesem Bereich werden alle anderen Veränderungen keine Nachhaltigkeit aufweisen. Es kann zwar gelingen, das Arbeiten wieder zu erlernen oder Skills im Bereich der Rückfallprävention zu erwerben, jedoch wird beides nach einer gewissen Zeit im Alltag wieder zusammenbrechen, wenn der Klient nicht gelernt hat, anders mit seiner persönlichen Problematik umzugehen. Ein anderer Umgang mit sich selbst ist also die Grundlage, auf der Veränderungen im Alltag aufbauen. Wir stehen in einem Therapieverlauf demnach vor der Herausforderung, die Fortschritte in der Persönlichkeitsentwicklung mit den Fortschritten in den Alltagskompetenzen möglichst zu synchronisieren.

Dafür braucht es eine enge Zusammenarbeit der beiden Disziplinen Agogik und Therapie. Gleichzeitig braucht es einen Fallverantwortlichen, der die notwendigen Schritte koordiniert und über eine vielschichtige Ausbildung verfügt.

Dazu kommen medizinische und psychiatrische Probleme der Klienten, die ebenfalls in den Therapieprozess einfließen und berücksichtigt werden wollen. Fallführend muss also jemand sein, der sich in all den genannten Aspekten auskennt und weiss, wie sich innere und äussere Prozesse gegenseitig beeinflussen. Absprachen und gute Zusammenarbeit aller involvierter Disziplinen sind daher essentiell.

3.2 *Herausforderungen der interdisziplinären Zusammenarbeit*

In der interdisziplinären Zusammenarbeit gibt es immer wieder Verständigungsprobleme und Konflikte. Die Art wie kommuniziert und gehandelt wird, ist in den Bereichen Therapie, Soziale Arbeit und Agogik doch recht verschieden. Der grundlegende Unterschied ist, dass sich die Agogik um äussere und die Therapie um innere Prozesse kümmert, während dem die Soziale Arbeit Berührungspunkte mit inneren und äusseren Prozessen hat. Eine Abgrenzung der Bereiche ist zwar grundsätzlich gegeben, dennoch sind die Übergänge oft fließend. Der agogische Bereich mit seinen verschiedenen Tätigkeitsfeldern (Bau- und Sanierungsarbeiten, Hauswirtschaft, Umgebungsarbeiten und Abwartstätigkeiten) ist grundsätzlich handlungsorientierter als der therapeutische Bereich. Dies machte sich lange Zeit vor allem in Sitzungen dadurch bemerkbar, dass die redegewohnten Therapeuten miteinander diskutierten und die Arbeitsagogen zuhörten. Inzwischen kommen häufigere Wortmeldungen von Seiten der Agogik, was zu viel Diskussionsstoff führt, da die Arbeitsagogen einen anderen Blickwinkel auf eine bestehende Problematik haben und von daher zu anderen Lösungsmöglichkeiten gelangen. Hier sind viel gegenseitiger Respekt und Vertrauen nötig, um nicht in Rechthaberei zu geraten. Wir lernen immer wieder, einander zuzuhören, zu hinterfragen und manchmal auch einfach zu akzeptieren. Absprachen und ein grundsätzliches Vertrauen zwischen den Mitarbeitern der Bereiche sind für eine den Klienten unterstützende Zusammenarbeit zentral. Je mehr jeder den Bereich und die Denkweise des anderen versteht, desto weniger kommt es zu

Grenzüberschreitungen und Konflikten. Auch wenn der fallführende Therapeut den Lead über den gesamten Therapieprozess hat, befiehlt er nicht im Alleingang, sondern bespricht Interventionen, die Auswirkungen auf andere Bereiche haben, mit den zuständigen Mitarbeitern.

4. Stand der Professionalisierung der Sozialen Arbeit in diesem Arbeitsfeld

4.1 Positionierung der Sozialen Arbeit

In der casa fidelio sind im therapeutischen Bereich verschiedene Berufsgruppen angestellt. Neben Sozialarbeitern sind dies auch Sozialpädagogen oder Psychologen mit einer entsprechenden suchtspezifischen Weiterbildung. Wir orientieren uns grundsätzlich an sozialwissenschaftlichen Modellen. Aufgrund der Vielfältigkeit der Arbeiten im Arbeitsfeld der stationären Suchttherapie ist nicht prioritär die Soziale Arbeit gefragt, sondern Personen, die Beziehungen aufbauen können und entsprechendes Know-how für das Einzelgespräch sowie für die Gruppenarbeit haben. Diese Qualitäten finden sich u. a. bei Sozialpädagogen, Psychologen oder Psychiatriepflegern als möglichen Grundberufen neben Sozialer Arbeit.

Die stationäre Arbeit im Suchtbereich stellt mit 1300 Klienten schweizweit pro Jahr nur einen kleinen Teil des gesamten Suchtbehandlungsangebotes (im legalen und illegalen Suchtmittelbereich) dar. Während die abstinenzorientierte stationäre Drogentherapie früher das Behandlungsangebot schlechthin war, ist dieser Bereich heute eine Nische für all diejenigen, denen es trotz des umfassenden Angebotes im ambulanten Bereich nicht gelingt, von der Sucht wegzukommen oder sich in minimalen Alltagsstrukturen zurechtzufinden. Klienten aus dem Straf- und Massnahmenvollzug stellen einen grossen Teil unserer Klientel dar. Sie weisen meist schwere, langjährige Suchterkrankungen auf, häufig mit psychischen oder somatischen Zusatzerkrankungen. Die fundierte suchtspezifische Expertise der Mitarbeiter in den stationären Suchttherapieeinrichtungen ist zwar vorhanden, jedoch eher aufgrund langjähriger Erfahrung im stationären Bereich und aufgrund psychotherapeutischer Zusatzausbildungen als aufgrund spezifischer Weiterbildungsmöglichkeiten für diese

Klientengruppe. Das Weiterbildungsangebot spezifisch für das Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit in stationären Therapieinstitutionen ist sehr beschränkt. Andererseits bieten sich natürlich auch Weiterbildungen an, die nicht spezifisch für den Arbeitsbereich der Sozialen Arbeit im stationären Setting ausgelegt, aber dennoch sehr sinnvoll sind, wie z. B. Weiterbildungen zu Motivational Interviewing, Emotionsregulation oder systemisch-lösungsorientierter Beratung. Nebst dem Weiterbildungsangebot an der Fachhochschule Nordwestschweiz (CAS und MAS zu Sucht) gibt es neuerdings auch ein CAS zu Sucht an der Berner Fachhochschule. Diese Entwicklung zeigt, dass sich die Suchtarbeit als eigenes Feld etabliert und sich ein eigenes Berufsbewusstsein im Bezug auf die Soziale Arbeit im Suchtbereich entwickelt.

4.2 *Identität der Sozialen Arbeit*

Aufgrund der verschiedenen Möglichkeiten einer Suchtentwicklung und der verschiedenen Verläufe ist es schwierig zu sagen, wo sich ein Sozialarbeiter, der in der stationären Drogentherapie arbeitet, zugehörig fühlt. In der Regel haben die fallführenden Therapeuten eine systemische Therapieausbildung, es fließen jedoch auch pädagogische oder verhaltenstherapeutische Interventionen in die Behandlung ein. Wir versuchen, individuell auf die Klienten und ihre Problematik einzugehen und je nach Fall und Prozessabschnitt die richtige Interventionsform zu finden. Sich auf eine Methode oder Therapierichtung festzulegen, funktioniert nicht, wir müssen auf die verschiedenen Merkmale wie Lebensgeschichte, Charakter, Migration, Kultur, Gender eingehen. Oft arbeitet ein fallführender Therapeut nicht nur therapeutisch, sondern betreuerisch und unterstützend, indem er einfach Alltagshilfe, leistet die der Sozialen Arbeit zugeordnet werden kann.

Diskussionen über Professionalität und Berufsethik werden in diesem Zusammenhang geführt. Oft haben die Therapeuten mehr therapeutisches Know-how, als sie anwenden können. Gleichzeitig sind eine gute therapeutische Ausbildung und viel Erfahrung notwendig, um nicht über die diversen Fallstricke zu stolpern, die ein Klient, wenn auch unbewusst, während der Therapie auslegt: Projektionen, Übertragungsphänomene, Grenzüberschreitungen usw. In der stationären Therapie liegen Über- und

Unterforderung nahe beieinander. In beiden Situationen ist professionelles Handeln gefragt, das sowohl dem Klienten wie auch dem Therapeuten zugutekommt und vor möglichem Therapieabbruch und Burnout schützt.

5. Herausforderungen und Ausblick

5.1 *Steigender finanzieller Druck*

Sparmassnahmen und Steuersenkungen sind seit längerem Thema im politischen Diskurs, dies auf allen Ebenen – Bund, Kantone und Gemeinden. Unter anderem die Aufwendungen im Sozialwesen sind in den letzten Jahren von rechtsbürgerlicher Seite kritisiert und angeprangert worden. Zusätzlich erleben wir in unserem Alltag eine schleichende Veränderung der gesellschaftlichen Akzeptanz der suchtmittelabhängigen Menschen. Aussagen wie «Der Süchtige ist selber schuld an seiner Sucht, wieso müssen wir Steuerzahler die Therapiekosten für die Süchtigen bezahlen?» werden salonfähig. Diese Entwicklungen blieben auch im Bereich der stationären Suchttherapie nicht folgenlos. Aktuell ist dies insbesondere bei Klienten, die freiwillig mit einer Kostengutsprache eines Sozialdienstes in eine stationäre Suchttherapie eintreten, spürbar. Die Bereitschaft der von den Gemeinden finanzierten Sozialämtern sinkt, die Finanzierung dieser Kosten zu übernehmen. Wenn man bedenkt, dass ein stationärer Aufenthalt in der casa fidelio durchschnittlich ein Jahr dauert, werden von Seiten der Sozialämter häufig andere, kurzfristig günstigere Lösungen gesucht. Dies kann ein stationärer Klinikaufenthalt sein, dessen Kosten über die Krankenversicherung und den Kanton abgerechnet werden kann, oder die Fokussierung auf eine Kurzzeittherapie, in welcher der Klient durchschnittlich drei Monate in einer stationären Therapie verbringt. Der Erfolg solcher Massnahmen ist dann jedoch häufig sehr beschränkt und nicht dauerhaft. Von Seiten der casa fidelio reagieren wir auf diese Entwicklung, indem wir vermehrt den persönlichen Kontakt zu den Kliniken und Sozialämtern suchen und unsere Institution und deren differenziertes Angebot vorstellen. Ein gutes, geplantes Marketing ist heute auch für die sozialen Institutionen zwingend.

Im Gegensatz zu den Sozialämtern, deren Kosten von den Gemeinden getragen werden, ist im Bereich der stationären Massnahmen, wo der Kanton Kostenträger ist, dieser finanzielle Druck weniger zu spüren. Bei der Finanzierung der stationären Suchttherapie in den Gemeinden besteht zudem immer noch, vor allem dann, wenn kein Lastenausgleich vorhanden ist, die Situation, dass diese Kosten das Budget der Sozialhilfe einer Gemeinde spürbar belasten. Dass dies Auswirkungen auf einen fachlichen Entscheid hat, ist nachvollziehbar. Dadurch versagt das System speziell im Bereich der Sozialhilfe zunehmend, da nicht die langfristig volkswirtschaftlich günstigste und wirkungsvollste Variante zur Behandlung von suchtmittelabhängigen Menschen gewählt wird, sondern häufig diejenige, die das eigene Budget auf der Sozialhilfe kurzfristig am wenigsten belastet, währendem die langfristige Kostenperspektive ausser Acht gelassen wird. Die Uneinheitlichkeit der Finanzierung, aber auch die suboptimale Indikation und Platzierung mangels Fachwissen speziell in kleineren Sozialdiensten wurden in einem Expertenbericht des Büro Bass (vgl. 2012) aufgezeigt. Dass die stationäre Therapie insbesondere im Vergleich zur ambulanten Substitution langfristig volkswirtschaftlich die kostengünstigste Therapieform ist, wurde in der Kostenauswertung von suchtmittelabhängigen Menschen bestätigt (vgl. Blaser 2006). Gemäss dieser Studie sind stationäre Interventionen aus ökonomischer Sicht der ambulanten Substitution vorzuziehen. Dies insbesondere deshalb, da die Substitution länger finanziert werden muss und mit einer erhöhten Komorbidität zu rechnen ist.

5.2 *Veränderung der Klienten*

Diejenigen Klienten, denen eine stationäre Therapie ermöglicht wird, haben fast ausnahmslos Doppeldiagnosen. Dies ist eine wesentliche Veränderung zu früher. Neben dem sozial-therapeutischen Setting, der Arbeitsintegration sowie der Unterstützung bei der Freizeitgestaltung und den administrativen Tätigkeiten ist zusätzlich vorgängig oder integriert in die stationäre Therapie eine psychiatrische Behandlung notwendig. Zudem nehmen die Klienten zu Beginn der stationären Therapie häufig eine grosse Menge an verschiedenen Medikamenten ein, häufig auch Benzodi-

azepine, die die therapeutische Arbeit erschweren. Die stationären Institutionen müssen dementsprechend ihr Angebot überdenken. Sei dies, dass mit einem oder mehreren externen Psychiatern zusammengearbeitet wird oder dass die Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Kliniken verstärkt wird, sodass allfällige psychische Probleme vor dem Eintritt in die stationäre Therapie in der psychiatrischen Klinik behandelt werden. Beim Eintritt in die stationäre Therapie können dann deren Stärken zum Tragen kommen. In der casa fidelio arbeiten wir gemäss diesem Modell. Wir haben eine Zusammenarbeit mit einem externen Psychiater installiert und arbeiten mit den Suchtkliniken zusammen. Es kommt immer wieder vor, dass ein Klient auch während der stationären Therapie nochmals für einen bestimmten Zeitraum zurück in die Klinik geht, um die Medikamente besser einzustellen oder eine auftretende Depression anzugehen, sodass er anschliessend die stationäre Therapie fortsetzen kann. Mit diesem abgestimmten Vorgehen konnten wir bereits mehreren Klienten eine zusätzliche Perspektive bieten.

5.3 Herausforderungen für die Institutionen

Die Anforderungen an die fallführenden Therapeuten in der stationären Suchttherapie sind vielfältig. Dies geht von therapeutischen Aufgaben und der sozialpädagogischen Begleitung bis hin zu diversen administrativen Arbeiten. Fachpersonal mit diesen äusserst komplexen Fähigkeiten zu erhalten, ist schwierig und erfordert eine kontinuierliche Weiterbildung. Die Institutionen sind gefordert, ihren Mitarbeitern solche Weiterbildungen zu ermöglichen und sie zu diesen zu ermutigen.

Zusätzlich sind aufgrund der Veränderung der Klientel die stationären Suchtinstitutionen damit konfrontiert, ihr Angebot vermehrt zu differenzieren, d. h. bspw. psychiatrische Unterstützung durch einen externen Psychiater in Anspruch zu nehmen und die Zusammenarbeit mit weiteren Fachexperten zu stärken. Weiter ist es wichtig, dass wir das Angebot immer wieder gegen aussen bekannt und sichtbar machen. Die Verstärkung der Zusammenarbeit mit den Suchtfachkliniken und den Suchtmedizinerinnen aufgrund der zunehmenden Komplexität der Problematiken wird unabdingbar. Sich den Veränderungen der Klientel kontinuierlich anzupassen,

ist und bleibt eine stetige Herausforderung für die stationären Suchtinstitutionen.

Literatur

- Blaser, R. (2006): Kostenauswertung von Abhängigen. Olten.
- Büro Bass (2012): Expertenbericht Finanzierung stationäre Suchthilfe – Handlungsbedarf und Handlungsoptionen. Bern.
- Stöver, H. (2006): Leitfaden zur männerspezifischen Sucht und Drogenarbeit. Nordrhein-Westfalen, Deutschland.
- Rahm, D./Ruhe-Hollenbach, H./Bosse, S./Otte, H. (1993). Einführung in die integrative Therapie: Grundlagen und Praxis. Paderborn.
- Forster, P. (2018). Therapiekonzept casa fidelio. Niederbuchsiten.
- Müller, H. (2015). Männerspezifisches Konzept casa fidelio. Niederbuchsiten.

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.





Soziale Arbeit in einem stationären therapeutischen Reintegrationsprogramm

Arbeitsfeld Betreutes Wohnen

Fabienne Bingler¹, Hans Peter Engler²

1. Der Stadtlärm

Der Stadtlärm ist ein über Gemeinden und Kantone finanziertes Angebot der Suchthilfe Region Basel und bietet Menschen mit einer Suchterkrankung (Alkohol, illegale Substanzen und/oder Verhaltenssucht) im Anschluss an eine stationäre Therapie oder in Ausnahmefällen auch direkt nach dem Entzug die Möglichkeit, ihre Alltags- und Lebenskompetenzen in einem abstinenten Umfeld zu stärken, weiter auszubauen und sich auf das selbstständige Wohnen vorzubereiten. Da im drogen- und alkohol-freien Stadtlärm-Haus bereits ein hohes Mass an Eigenverantwortung und Suchtverständnis gefordert ist, wird eine fundierte Auseinandersetzung mit der persönlichen Suchtgeschichte im Sinne einer Therapie als sehr empfehlenswert erachtet. Diese kann entweder in der Suchthilfe Region Basel oder in einer der zahlreichen schweizweiten Angebote erfolgen. Auch Personen mit einem straf- und/oder massnahmerechtlichen Hintergrund (StGB Art.59-61) können aufgenommen werden und ihre Auflagen im Stadtlärm erfüllen.

Zentral in Basel gelegen, stellt der Stadtlärm zehn Frauen und Männern ab 18 Jahren je nach Bedarf ein möbliertes oder unmöbliertes Einzelzimmer im Regelfall für eine Dauer von vier bis acht Monaten zur Verfügung. Jeweils fünf KlientInnen teilen sich eine Wohneinheit mit Badezimmer, Küche und Wohnzimmer.

¹ Sozialarbeiterin BA, Resortverantwortung Casemanagement und stellvertretende Teamleiterin im Stadtlärm.

² Executive MBA und Executive Master in General Management, Diplom Supervisor BSO. Gesamtleiter Klinik ESTA, Reintegrationsprogramm Stadtlärm und Spektrum Familienplatzierung, Mitglied der Geschäftsleitung der Suchthilfe Region Basel.

Dazu kommen drei externe Wohnungen im Quartier für KlientInnen, welche diese Option als weitere Zwischenstufe vor dem kompletten selbstständigen Wohnen für sich nutzen möchten.

1.1 *Suchtverständnis*

Durch eine chronische Suchterkrankung können die Grundvoraussetzungen für ein zufriedenes und gesundes Leben beeinträchtigt sein. Der Stadtlärm definiert Sucht als eine Krankheit im Verständnis des ICD 10 (vgl. WHO 2015). Personen mit einer Suchterkrankung haben erhebliche Mühe, selbstgesetzte und/oder gesellschaftliche bzw. gesetzliche Grenzen einzuhalten. Es kommt immer wieder zu Grenzüberschreitungen und letztendlich Selbstschädigung, Selbstabwertung und zur Verfestigung des Suchtverhaltens. Die Erfahrungen zeigen, dass der Ausstieg aus diesen Mustern ab einem bestimmten Grad der Suchterkrankung Prozesse und Entwicklungen erfordert, die in einem stationären Rahmen idealerweise gegeben sind. Zum einen wird die Symptomfreiheit (Suchtmittelfreiheit) sehr eng überprüft und thematisiert. Zum anderen werden ausgehend vom Verständnis des biopsychosozialen Krankheitsmodells (vgl. von Uexküll & Wesiack 2011) die Ursachen, die zur Suchtentwicklung beigetragen haben oder diese unterstützen, psychotherapeutisch, sozialarbeiterisch und auf arbeitsagogischer Ebene bearbeitet. Davon ausgehend, dass diese Prozessschritte zumindest zum Teil in einer vorherigen Therapie erfolgt sind, geht es im Stadtlärm um die praktische Anwendung des Erlernten im Alltag in Bezug auf das Wohnen, die Arbeit und das Sozialleben. Der Stadtlärm bietet die Möglichkeit, sich selber anhand von Gruppen- und/oder Einzelgesprächen in diesen Bereichen zu überprüfen, zu reflektieren und neue Verhaltensmuster anzuwenden mit dem Ziel, Sicherheit zu gewinnen und im Anschluss an den Aufenthalt im Stadtlärm mit neuen Kompetenzen und Ressourcen ein suchtmittelfreies Leben zu führen.

1.2 *Das Team*

Das Team des Stadtlärms setzt sich aus einer Sozialpädagogin (Teamleitung), einem Psychologen, einem Sozialarbeiter in der Funktion eines Ar-

beitscoaches und einer Sozialarbeiterin (Fallführung) zusammen (insgesamt 380 Stellenprozente). Dazu kommen eine weitere Sozialarbeiterin und eine Therapeutin, welche punktuelle Vertretungen und Angebote (beispielsweise Leitung der zweimal wöchentlich stattfindenden Therapiegruppen) machen.

Das Team des teilstationären Angebotes des Stadtlärms ist unter der Woche aus konzeptionellen Gründen nur zu Bürozeiten anwesend und erreichbar. Am Abend und am Wochenende findet abgesehen von den verpflichtenden Strukturen für die KlientInnen keine Betreuung durch das Team statt. Es steht grundsätzlich ein 24-Stunden-Pikettdienst zur Verfügung.

1.3 *Strukturen und Regeln*

Von Montag bis Freitag findet zweimal wöchentlich eine gemeinsame zweistündige Gruppentherapie mit allen KlientInnen und zwei Mitarbeitenden statt. Die Gruppentherapie orientiert sich primär an den Bedürfnissen der KlientInnen, beinhaltet aber auch vorgegebene Themen wie Administration, suchtspezifische und genderspezifische Fragen, spezifische Suchtgruppe, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung/Krankheitsprophylaxe.

An einem Samstag pro Monat wird eine gemeinsame Aktivität mit unterschiedlichen Schwerpunkten durchgeführt (Therapie, Sport, Kultur, Hausputz, Klettern, Wandern u. a.). Am Sonntag findet ein gemeinsamer obligatorischer Brunch statt. In diesem Setting besteht die Möglichkeit zur Aufarbeitung des Vortages und/oder zur Besprechung und Planung des restlichen Tages. Die Aktivitäten werden rotierend von allen Teammitgliedern durchgeführt, unabhängig von deren beruflichem Hintergrund.

Neben diesen Gruppenanlässen finden individuell geplante Einzelgespräche statt.

Bezüglich der Tagesstruktur setzt der Stadtlärm die Bereitschaft voraus, mindestens mit einem Pensum von 50 % an einer Arbeitserprobung teilzunehmen. Diese wird in einem externen Unternehmen des ersten oder zweiten Arbeitsmarktes durchgeführt und unterstützt dadurch die lang-

fristige Reintegration der KlientInnen ins Berufsleben. Die Arbeitserprobung wird in den meisten Fällen durch den Stadtlärm organisiert, kann aber auch in einem von den KlientInnen selber vorgeschlagenen Betrieb stattfinden. Die in Kooperation stehenden Firmen bieten Arbeiten im Bereich Küche, Handwerk, Bau, Soziales, Hausunterhalt, Verkauf und Tierpflege an. Anhand der Arbeitserprobung sollen einerseits strukturelle Aspekte wie Pünktlichkeit, Absprachefähigkeit und Zuverlässigkeit geübt werden. Andererseits dient die Arbeitserprobung auch als Referenz für eine mögliche Festanstellung im Anschluss an den Aufenthalt im Stadtlärm. Begleitet wird der ganze Prozess durch den Arbeitscoach im Team. Er steht sowohl mit den KlientInnen als auch mit den ArbeitgeberInnen in engem Kontakt und unterstützt sie, wo es nötig ist.

Ihre Freizeit können die KlientInnen individuell und frei gestalten, auf Wunsch erhalten sie vom Team Inputs dazu. Auch bei der persönlichen Versorgung ist Eigenverantwortung gefordert. Um eine möglichst optimale Vorbereitung auf das selbstständige Leben zu gewährleisten, wird der Grundbedarf (CHF 32.00 pro Tag gemäss SKOS-Richtlinien³) direkt auf das persönliche Konto der KlientInnen ausbezahlt. Davon müssen Lebensmittel gekauft und der sonstige persönliche Unterhalt (Handykosten, Zigaretten, Kleider, Hygiene etc.) bestritten werden. Die Soziale Arbeit unterstützt die Klientel bei der Budgeterstellung und in der praktischen Umsetzung.

Der Stadtlärm ist drogen- und alkoholfrei. Jeglicher Konsum von Alkohol, illegalen Drogen und nicht ärztlich verschriebenen Medikamenten im Haus führt zum sofortigen Ausschluss. Als Rückfälle definierte Ereignisse, die ausserhalb des Hauses stattfinden, werden nach Möglichkeit und Motivation in Form von Einzelgesprächen aufgearbeitet. Verordnete Medikamente (auch Substitution) werden deklariert und durch die KlientInnen selbstständig verwaltet und eingenommen. Der Tabakkonsum wird im Stadtlärm regelmässig mit den KlientInnen thematisiert. Entsprechende Reduktions- oder Abstinenzhilfen werden angeboten.

³ Von der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe SKOS empfohlene Beiträge für den Grundbedarf für den Lebensunterhalt (ab 2017): www.tinyurl.com/y3nou28v, Zugriff 30.07.2019.

1.4 Ziele

Wie bereits einleitend erwähnt, ist es Ziel und Auftrag des Stadtlärms, die KlientInnen mit Hilfe der eben beschriebenen Strukturen auf dem Weg zurück in ein selbstständiges Leben zu begleiten und sie wo nötig zu unterstützen. Im durchschnittlich vier- bis achtmonatigen Aufenthalt im Stadtlärm liegt der Fokus neben dem Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess mehrheitlich auf alltagsbezogenen Themen wie Freizeitverhalten, Umgang mit Geld, Abstinenzsicherung, Wohnungssuche, Schuldenregulierung und Alltagscoaching. Anhand eines Online-Fragebogens bei Austritt wird unter Selbsteinschätzung eine Katamnese erstellt, welche unter anderem Auskunft über die Abstinenz, die soziale Situation und den Gesundheitszustand der austretenden KlientInnen gibt. Die Katamnese wird mit den Eintrittserhebungen verglichen, um den Prozess zu evaluieren.

Im Optimalfall verfügen die Leute am Ende des Aufenthaltes über eine eigene Wohnung, wissen, wie es bezüglich allfälliger Schulden weitergeht resp. welche Schritte sie einleiten müssen, haben Sicherheit im Umgang mit administrativen Angelegenheiten und Umgang mit Behörden gewonnen, sind gemäss individuellem Ziel sozial integriert und haben eine Festanstellung.

2. Soziale Arbeit im Stadtlärm

Die Soziale Arbeit im Stadtlärm orientiert sich an einem biopsychosozialen Menschenbild, welches für die gesamte Organisation leitend ist. Auf der praktischen Ebene übernimmt die Soziale Arbeit die Fallführung, die nach der Methode des Case Managements geführt wird.

2.1 Case Management

Aufgabe und Ziel des Case Managements ist es, den KlientInnen den Zugang zu Angeboten und Dienstleistungen zu ermöglichen, welche zu einer Veränderung und Verbesserung ihrer Situation beitragen.

Die fallführende Fachperson trifft eine Vorauswahl aus der Vielzahl von Hilfsangeboten, mit welcher die KlientInnen alleine oftmals überfordert wären, sodass sie erst gar nicht anfangen, sich damit auseinanderzusetzen. Dies kann zu einer Stagnation ihrer Entwicklung führen und äussert sich schliesslich in einem fortwährenden Kreislauf aus sich kumulierenden Überforderungen. Oft erscheint hier der Konsum als einzige Lösungsstrategie.

Um dem entgegenzuwirken, ist es von grosser Wichtigkeit, dass sich der/die SozialarbeiterIn mit den gegebenen Grundvoraussetzungen und Lebenswelten der KlientInnen auseinandersetzt, um möglichst passende Hilfsangebote anbieten zu können. Nach Möglichkeit sollten lokale, ökonomische, politische und kulturelle Bezüge berücksichtigt werden (vgl. Galuske 2009: 197).

Im Fokus des Case Managements steht nicht eine grundsätzliche Verhaltensänderung der KlientInnen, sondern vielmehr die Stärkung der Selbstwirksamkeit und die Befähigung zur (Re-)Aktivierung eigener Problemlösestrategien, welche sich nicht auf den Substanzmittelkonsum beschränken. Dazu gehört «die Ermittlung, Konstruktion und Überwachung eines problemadäquaten Unterstützungsnetzwerkes, zu dem sowohl die informellen sozialräumlichen Ressourcen (Familie, Nachbarn, Freunde, vorhandene Infrastruktur etc.) gehören, wie auch die formellen Angebote des (sozialen) Dienstleistungssektors» (Galuske 2009: 199).

Case ManagerInnen fungieren in beratender und koordinierender Funktion. Sie erstellen unter anderem Zeitpläne und achten auf deren Einhaltung.

2.1.1 Case Management im Stadtlärm

Bis vor ungefähr drei Jahren erfolgte die KlientInnen-Aufteilung im Team gemäss dem Bezugspersonensystem. Bei Eintritt wurde im Team entschieden, wer welche freien Kapazitäten hat und einen/eine neue KlientIn aufnehmen kann. Dies führte dazu, dass es für die KlientInnen eher zufällig war, ob sie nun primär durch den Psychologen, den Arbeitscoach oder die Sozialarbeiterin begleitet wurden. Je nach persönlicher Problematik kam das eine oder andere Thema zu kurz, obwohl innerhalb des Teams ein Austausch stattfand und so spezifische Themen auch adäquat behandelt werden konnten.

Bedingt durch Wechsel im Team und einer damit verbundenen Verstärkung der Professionalisierung der einzelnen Berufsfelder ergab sich die Möglichkeit, vom Bezugspersonensystem zum Case Management zu wechseln. Die Soziale Arbeit erwies sich dafür als geeignetste Profession und übernimmt seither die Fallführung aller KlientInnen.

2.1.2 Warum die Soziale Arbeit

Neben dem für viele KlientInnen sehr zentralen Aspekt der beruflichen Reintegration sind es vor allem Themen der Sozialen Arbeit, mit welchen KlientInnen im Stadtlärm häufig konfrontiert sind und bei denen sie Unterstützung brauchen. Liegt der Fokus während der stationären Therapie vor allem auf der Aufarbeitung der Suchtgeschichte, begleitet durch TherapeutInnen, verschiebt sich dieser Schwerpunkt im Stadtlärm immer mehr hin zu administrativen und lebenspraktischen Themen. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Wohnungssuche. Diese bringt zwar sicherlich auch therapeutische Themen mit sich (Ablösungsprozess von der stationären Therapie, Umgang mit Ablehnung, frühere Wohnerfahrungen etc.), hauptsächlich fallen aber viele administrative Aufgaben an, bei denen KlientInnen in unterschiedlicher Form Unterstützung benötigen. Nicht zu unterschätzen ist dabei auch die Stärkung ihrer Selbstwirksamkeit, welche durch den ganzen Prozess hindurch gefordert und gefördert wird, angefangen bei der Abklärung der zur Verfügung stehenden Wohnkosten, weiter zur Wohnungssuche und Besichtigung bis schliesslich hin zum Ausfüllen der Formulare, Verfassen eines Begleitschreibens und zum Bewerbungsverfahren. Dieser ganze Prozess dauert teils mehrere Monate und ist mit vielen Rückschlägen und Enttäuschungen verbunden. Da viele KlientInnen Schulden und Beteiligungen haben und aktuell noch von der Sozialhilfe unterstützt werden, sind ihre Chancen verhältnismässig schlecht und es braucht viel Geduld. Ist dann schliesslich eine Wohnung gefunden, geht es um die Organisation des Umzuges und möglicherweise die Beantwortung von Einrichtungsgegenständen. Trotz der Vorbereitung und dem Einüben der Eigenverantwortung zeigt sich, dass gerade in diesen sensiblen Entscheidungsphasen die Unterstützung durch die Soziale Arbeit wertvoll ist. Die Mitarbeitenden übernehmen oft eine vermittelnde Funktion zwischen KlientInnen und externen Stellen wie Behörden und Wohnungsanbieterinnen und werden als ExpertInnen geschätzt.

Das Case Management soll zu einer Ablösung aus der stationären Behandlung und zur Vermeidung einer Hospitalisierung beitragen. Davon ausgehend, dass die KlientInnen mit der Zeit mehr und mehr Eigenverantwortung übernehmen können und auch wollen, soll sich die Aufgabe des Helfersystems vermehrt auf sachbezogene Unterstützung beschränken, was auch der Lebensweltrealität nach der Behandlung entspricht. Massgeblich dafür ist der psychosoziale Ist-Zustand der KlientInnen, welcher zu Beginn des Behandlungsprozesses erfasst und im Verlauf immer wieder überprüft und positiv weiterentwickelt werden soll. So stellt sich unter anderem die Frage nach der Wohnform im Anschluss an den Stadtlärm. Die meisten KlientInnen streben eine eigene Wohnung an, was auch in vielen Fällen realisiert werden kann. Bei anderen zeigt sich aus der im Stadtlärm gemachten Erfahrung mit der Gruppe, dem Team und dem gesamten Setting, dass weiterhin eine Form von betreutem Wohnen erforderlich ist. Dazu trägt massgeblich der psychische Zustand der KlientInnen bei, welche neben der Abhängigkeit oft Komorbiditäten wie Depressionen und Persönlichkeitsstörungen aufweisen.

2.1.3 Auswirkung auf das Team und die Zusammenarbeit

Natürlich bedarf eine Umstellung vom Bezugspersonensystem zum Case Management Zeit, regelmässige Überprüfung und Anpassung. Unterdessen bewährt sich das System aber sowohl für die Zusammenarbeit im Team als auch für die KlientInnen. Jeder Berufsbereich (Psychologie, Arbeitscoaching, Sozialpädagogik und Soziale Arbeit) kann sich primär auf seine Rolle und Aufgabe gegenüber und mit den KlientInnen konzentrieren. Und für KlientInnen ihrerseits ist klar, mit welchem Anliegen sie sich an wen wenden müssen. Der Sozialdienst hatte bereits auch vor dem Wechsel zum Case-Management-System am meisten mit Behörden und zuweisenden Institutionen im Kontakt gestanden, die Koordination und Organisation von gemeinsamen Standortbestimmungen der massgeblich beteiligten Institutionen und/oder Personen gehört auch weiterhin zur Aufgabe der Fallführung. Dass hier jemand die Verantwortung hat und es so wenig bis keine Überschneidungen oder Absagen von Terminen gibt, wird vom Team als Entlastung erlebt.

3. Integrierte Behandlung in der Suchthilfe Region Basel

Es ist nicht realistisch und auch nicht sinnvoll, das im Stadtlärm gelebte Modell auf alle Bereiche der Suchthilfe Region Basel zu übertragen. Die Soziale Arbeit nimmt zwar in allen Bereichen von Beginn des Behandlungsprozesses an eine wichtige Rolle ein, ist aber noch nicht federführend, da am Anfang einer Behandlung suchtmedizinische Aspekte im Vordergrund stehen. Entsprechend sind es während der Zeit im Entzug und der stationären Therapie auch ÄrztInnen und TherapeutInnen, welche die Fallführung übernehmen. Die Aufgaben der Sozialen Arbeit beziehen sich mehr auf administrative Abklärungen bezüglich Kostenübernahme, Stundung offener Rechnungen und Organisatorisches im Allgemeinen.

Auf Teamebene jedoch findet eine fortlaufende, bereichsübergreifende Kommunikation zu grundlegenden Thematiken statt. Sowohl die TherapeutInnen wie auch die SozialarbeiterInnen aller Therapiebereiche treffen sich regelmässig zum Austausch, machen Konzeptanpassungen oder versuchen Abläufe bei Übertritten zu optimieren. So ergibt sich auch eine professionsübergreifende Zusammenarbeit, wenn beispielsweise die SozialarbeiterInnen einen Vorschlag zur therapeutischen Abklärung machen und dieser dann durch das TherapeutInnenteam überprüft werden muss. Erfreulicherweise zeigen sich dabei wenig bis keine hierarchischen Tendenzen, sondern im Vordergrund steht der bestmögliche Prozess für die PatientInnen/KlientInnen.

Die in der Suchthilfe Region Basel umgesetzte integrierte Behandlung (bezogen auf den PatientInnenprozess als Ergänzung zum eben beschriebenen Teamprozess) wird nachfolgend dargestellt.

3.1 Integrierte Suchtbehandlung

Die integrierte Suchtbehandlung in der Suchthilfe Region Basel wird im Regelfall in einem Zeitrahmen von bis zu 18 Monaten angeboten (die Entzugsbehandlung ist hierin nicht enthalten). Die sechsmonatige Intensivphase in der Villa der Klinik ESTA sowie in der Familienplatzierung Spektrum legt den Grundstein der Suchttherapie.

Im Vordergrund der therapeutischen Behandlung stehen Themen wie Motivation, Ich-Stärkung, Suchtverständnis, Schuldenabklärung,

Krankheitseinsicht, soziale Interaktionen, Einhaltung von Grenzen (z. B. Pünktlichkeit) und Erkennen der eigenen Suchtmuster.

Davon ausgehend, dass nicht jeder Prozess linear verlaufen kann, gibt es die Möglichkeit innerhalb der Behandlung den Bereich auch wieder zu wechseln. Bei Krisen, grösseren Problemen und Überforderungen kann innerhalb von Stunden ein schneller Wechsel in eine andere Institution des Therapiebereichs vorgenommen werden. Die Betreuungspersonen für die Weiterbehandlung bleiben in diesem Fall identisch. Auf diese Weise können Therapieabbrüche oder disziplinarische Entlassungen meistens verhindert werden. Koordiniert werden solche Wechsel in enger Zusammenarbeit zwischen den SozialarbeiterInnen, welche vor allem für den administrativen Teil verantwortlich sind, und den TherapeutInnen, welche für die konstante Betreuung der PatientInnen/KlientInnen zuständig sind. Im Modell der integrierten Behandlung werden der Prozess und die Verantwortlichkeiten durch die Zieldefinition der KlientInnen bestimmt.

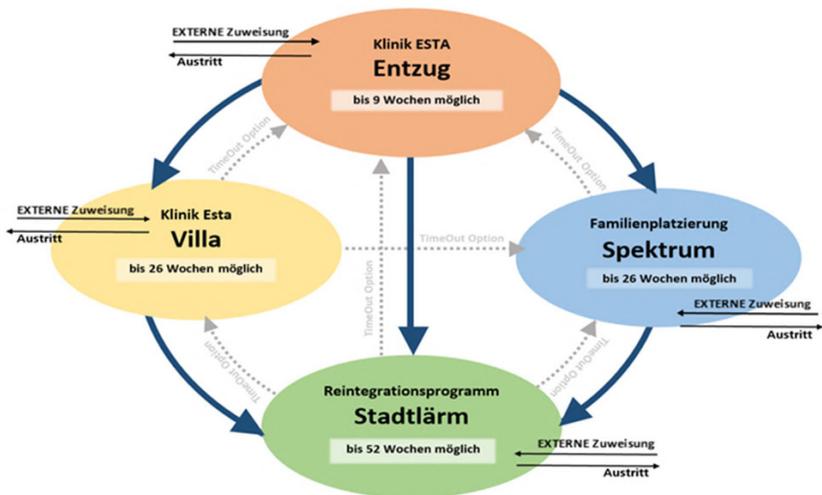


Abbildung 1: Integrierte Suchtbehandlung Suchthilfe Region Basel (eigene Darstellung)

Nach Beendigung der Reintegrationsphase wird eine zeitlich begrenzte (im Tagessatz inbegriffene) ambulante Nachbetreuung durch den

Stadtlärm angeboten. Zur weiteren Unterstützung der Nachhaltigkeit der erreichten Ziele wird eine Anbindung an eine adäquate Beratungsstelle empfohlen und vermittelt.

4. Die Rolle der Sozialen Arbeit über den Stadtlärm hinaus

Im Zusammenhang mit den Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe ergeben sich immer wieder auch politische Fragen und Herausforderungen, vor allem bezüglich Finanzierung. Eine Lobby, die sich abgesehen vom Berufsverband Avenir Social und Arbeitsgruppen des Fachverbandes Sucht in dieser Beziehung engagiert, existiert unseres Wissens jedoch nicht. Um mit anderen Institutionen zu übergeordneten Themen (wie therapeutische Konzepte, Finanzierung, Öffentlichkeitsarbeit) im Austausch zu bleiben, nehmen VertreterInnen des Stadtlärms regelmässig an Vernetzungstreffen mit anderen Institutionen aus dem Raum Basel und Baselstadt teil, welche in den Bereichen Wohnen, Wohnintegration und Nachbetreuung tätig sind. Die Treffen vermitteln ein aktuelles Stimmungsbild im Bereich Therapie/Reintegration über die eigene Institution hinaus. Auch kurze Weiterbildungsinputs zu fachspezifischen Themen sind in diesem Rahmen möglich, ebenso wie der Austausch über (sozial-)politische Themen und Entscheide. Vereinzelt entstehen daraus auch Arbeitsgruppen, welche sich noch einmal intensiver mit einer Thematik auseinandersetzen.

5. Strukturelle Aspekte und damit verbundene Herausforderungen

5.1 Veränderung der Zielgruppe

Die meisten der heutigen Entzugs- und Therapieinstitutionen, so auch der Stadtlärm, sind als Behandlungseinrichtungen für heroinsüchtige Menschen gegründet worden. Die Zahl der HeroinkonsumentInnen ist in der Schweiz seit den 1990er Jahren kontinuierlich gesunken (Notari et al. 2014). Wenn Heroin als Suchtmittel in den aktuellen Behandlungen auf-

taucht, dann in den allermeisten Fällen als Bestandteil einer Polytoxikomanie, d.h. eines multiplen Substanzgebrauchs. Der abhängige Konsum von Alkohol, Cannabis, Kokain und Benzodiazepin hat hingegen zugenommen.

Die Hauptproblematik der suchtkranken Menschen hat sich dementsprechend verändert und damit auch der Auftrag und die Möglichkeiten der Sozialen Arbeit in diesem Bereich. Die Menschen sind teilweise gesellschaftlich gut integriert, sind teilweise noch in einem Angestelltenverhältnis und/oder beziehen vorübergehend Krankentagegelder. Diese Ausgangslage zu erhalten oder möglichst rasch dort wieder anzuknüpfen, kann dann Auftrag für die Soziale Arbeit sein.

5.2 *Aktuelle Finanzierungsproblematiken*

Leider scheinen Kantone, Gemeinden und die Politik dieser Entwicklung jedoch nicht schnell genug folgen zu können. So ist es aktuell nach wie vor so, dass die Sozialhilfe im Sinne einer subsidiären Finanzierung bei einer Therapie miteinbezogen werden muss. KlientInnen mit Einkommen bzw. Krankentagegeldern oder auch Verheirate sind im Sinne des Sozialhilfegesetzes (§ 3¹) jedoch nicht bedürftig: «Als bedürftig gilt, wer ausserstande ist, die Mittel für den Lebensbedarf für sich und die mit ihm zusammenwohnenden Personen, für die er oder sie unterhaltspflichtig ist, hinreichend oder rechtzeitig zu beschaffen».⁴ Entsprechend ist eine Therapiefinanzierung über die Gemeinde und den Kanton in diesen Fällen nicht möglich. Die einzige Möglichkeit wäre, die Therapie aus eigenen Mitteln zu finanzieren, was jedoch unrealistisch ist. Somit bleibt den betroffenen KlientInnen «nur», ambulante Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen, welche über die Krankenkasse abgerechnet werden können.

Die Diskussionen zu der Problematik sind im Gange. Wann sich jedoch eine für alle Beteiligten zufriedenstellende Lösung findet, ist zum aktuellen Zeitpunkt noch unklar.

⁴ Vgl. dazu das Sozialhilfegesetz der Stadt Basel: www.tinyurl.com/y52mu58h, Zugriff 30.07.2019.

Literatur

- Engler, H.P. (2018): Gestaltung des «Intake Prozesses» in der Klinik ESTA der Suchthilfe Region Basel, Strategisches Management. Internes Dokument.
- Galuske, M. (2009): Methoden der Sozialen Arbeit- Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa.
- Notari, L./Le Mével, L./Delgrande J.M./Maffli, E. (2014): Zusammenfassende Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 2012, 2007, 2002, 1997 und 1992 hinsichtlich des Konsums von Tabak, Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen. Lausanne: Sucht Schweiz. www.tinyurl.com/y5g4nprm, Zugriff 30.07.2019.
- von Uexküll, T./Wesiack, W. (2011): Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: Ein bio-psycho-soziales Modell. München: Elsevier.
- WHO - Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Hogrefe

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.





Raus aus der Isolation durch soziale Integration

Arbeitsfeld Tagesstruktur und Soziale Integration

Andrea Kaspar¹, Stefan Leimgruber²

1. Der Treffpunkt Azzurro als suchtmittelfreier Begegnungsort

Der Treffpunkt Azzurro in Bern wurde 2000 mit dem Ziel eröffnet, einen bedeutenden Beitrag zur sozialen Integration und zur Stabilisierung der psychosozialen Gesundheit von suchtgefährdeten und/oder desintegrierten Personen zu leisten. Mittels verschiedener Angebote soll zudem die Durchmischung aller Bevölkerungsschichten gefördert und der Entmischung (Segregation) von unterschiedlichen Personengruppen (religiösen, ethnischen, etc.) entgegengewirkt werden. Träger dieses Angebotes ist das Blaue Kreuz Bern-Solothurn-Freiburg, eine Organisation in der Suchthilfe, spezialisiert im Bereich Alkohol. Sie ist tätig in der Prävention/Gesundheitsförderung, Beratung/Therapie und Integration und ist politisch und konfessionell unabhängig. Ziel der Arbeit ist es, Alkohol- und andere Suchtprobleme zu verhindern, Leid zu lindern sowie die Betroffenen ganzheitlich, professionell und ressourcenorientiert zu unterstützen (Blaues Kreuz 2018a). Die Fachmitarbeitenden im Bereich Integration verfügen über eine dem Aufgabengebiet entsprechende qualifizierte Ausbildung in Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Arbeitsagogik (Blaues Kreuz 2015).

1.1 Angebotsvielfalt im Treffpunkt Azzurro

Der Treffpunkt Azzurro bietet einen suchtmittelfreien Begegnungsort mit gastronomischen Dienstleistungen und steht grundsätzlich allen Menschen offen, unabhängig von Nationalität, Geschlecht oder Religion. Der

¹ Dipl. Sozialpädagogin FH, Co-Bereichsleitung Integration & Betriebe, Blaues Kreuz Bern-Solothurn-Freiburg.

² Sozialarbeiter BSc, Co-Bereichsleitung Integration & Betriebe, Blaues Kreuz Bern-Solothurn-Freiburg.

Treffpunkt versteht sich auch als Quartiertreff und fördert die Begegnung von Menschen aus unterschiedlichen Lebenskontexten. Eine 1998 in Bern durchgeführte Umfrage des Blauen Kreuzes bei verschiedenen Institutionen im legalen Suchtbereich zeigte, dass Bedarf an einem niederschweligen Angebot besteht, welches sich den spezifischen Bedürfnissen von Alkoholkranken annimmt und der zunehmenden Isolation von Menschen entgegenwirkt, die am Rande der Gesellschaft leben. Der Treffpunkt Azzurro füllt diese Angebotslücke, indem er einen niederschweligen Freizeit- und einen höherschweligen Beschäftigungsbereich (Küche, Service, Reinigung etc.) zur Verfügung stellt. Das Angebot richtet sich somit an zwei Zielgruppen: begleitete Mitarbeitende und Gäste (vgl. Blaues Kreuz 2011).

Das Angebot zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass es an jeweils drei Abenden werktags, sowie an allen Sonn- und Feiertagen geöffnet ist (Montag, Mittwoch und Freitag von 12.00 bis 21.00 Uhr, Donnerstag von 12.00 Uhr bis 16.00 Uhr sowie sonntags von 15.00 bis 21.00 Uhr), also auch dann, wenn andere Institutionen geschlossen haben. Der Treffpunkt leistet einen Beitrag in den Bereichen der Sekundärprävention und der Nachsorge für suchtkranke Menschen und Menschen mit Mehrfachdiagnosen und trägt somit auch zur Minderung der sozialen Folgekosten³ bei. Unter den knapp 7000 Gästen im Jahr 2018 gab es viele Stammgäste, die Kontakt und Zugehörigkeit suchten, aber auch viele gesellschaftlich gut integrierte Personen, welche das Ambiente und das gute Preis-Leistungs-Verhältnis schätzten.

Den Gästen und begleiteten Mitarbeitenden stehen eine Vielzahl an Angeboten zur Verfügung:

- preisgünstige oder kostenlose Verpflegungsmöglichkeiten (kein Konsumationszwang)
- Wasch- und Duscmöglichkeiten
- Begleitete soziale und berufliche Integrationsplätze (vgl. Kapitel 2.5)

³ Im Jahr 2010 wurden die gesellschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums auf rund 4.2 Milliarden Franken geschätzt. Die Kosten setzten sich zusammen aus dem Produktionsausfall infolge Krankheit, Unfall und Tod, aus Behandlungskosten und der Behebung von Sachschäden (vgl. Fischer et al. 2014: 69).

- Gesprächs- und Kontaktmöglichkeiten, niederschwellige Beratung und Triage
- Kostenloser Internetzugang (Free-WiFi)
- Vermietung der Räumlichkeiten, z. B. für Selbsthilfegruppen
- Freizeitaktivitäten und gemeinsame Feierlichkeiten

Der Treffpunkt Azzurro wird von Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit geführt, die von Freiwilligen unterstützt werden. Die Einbindung von Freiwilligen in die Betriebsstruktur ist ein wesentlicher Aspekt des Konzeptes und dient der Betriebssicherung sowie der Heterogenität. Durch diese Vielfalt an privaten und beruflichen Hintergründen und der semi-professionellen Haltung kann den Gästen auf einer anderen Ebene begegnet werden, als dies mit professionellen Angestellten möglich wäre.

Während den Öffnungszeiten sind jedoch Fachpersonen jederzeit persönlich vor Ort oder telefonisch erreichbar.

2. Integration als existentielles Bedürfnis

Die Menschen, die im Treffpunkt ein- und ausgehen, sind bunt gemischt und von grosser Diversität (Gender, Religion, Alter, Nationalität). Umso wichtiger ist es, allen Personen mit Toleranz und Respekt zu begegnen und gemäss dem Berufskodex der «Sozialen Arbeit Schweiz» das Anrecht aller Menschen «auf die Befriedigung existentieller Bedürfnisse sowie auf Integrität und Integration in ein soziales Umfeld» umzusetzen (vgl. Avenir Social 2010: 6).

Das Leitbild des Blauen Kreuzes formuliert zum Thema Grundwerte: «Wir gründen unser Handeln auf christliche Nächstenliebe, Solidarität und Toleranz» (Blaues Kreuz 2018). Ergänzend zu diesen christlichen Grundwerten wird den Menschen zugetraut, dass sie grundsätzlich in der Lage sind, Lösungen für ihre Probleme zu finden. Die Soziale Arbeit hat dabei den Auftrag, gerechte Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen und Menschen auch in sehr schwierigen Lebensphasen zu begleiten und ihre Würde und Integrität zu achten (vgl. Blaues Kreuz 2018).

2.1 *Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit*

Sucht ist eine psychische Erkrankung (vgl. WHO 2011: 110 ff), die den Menschen in seiner gesamten Integrität betrifft und sich auf alle Lebensbereiche auswirkt. Trotzdem geht es darum, neben den kranken auch die gesunden Anteile zu sehen und den Fokus auf den ganzen Menschen zu richten.

Es ist wichtig, Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit festzulegen und darin der Klientel etwas zuzutrauen oder gar zuzumuten. Deshalb gibt es zum Beginn der Integrationsprogramme des Blauen Kreuzes eine Arbeitsvereinbarung in welcher arbeitsrechtliche und betriebsspezifische Fragen und somit auch Rechte und Pflichten geregelt sind. Zu den Pflichten der begleiteten Mitarbeitenden gehört unter anderem, dass sie eine Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht unterzeichnen, die den Fachpersonen den schriftlichen und mündlichen Austausch mit anderen involvierten Stellen (andere Fachstellen, Behörden etc.) ermöglicht.

Im Gegenzug unterstehen die Fachpersonen der beruflichen Schweigepflicht, welche über das Anstellungsverhältnis hinaus bestehen bleibt. Gemäss dem Berufskodex «Soziale Arbeit Schweiz» und den Richtlinien der Gesamtorganisation, die sich daran anlehnen, wird ausserdem der Datenschutz gewährleistet (vgl. Blaues Kreuz 2018b). Das Wahren des Persönlichkeitsschutzes, die Qualitätssicherung der Prozesse, die ständige Evaluation der Dienstleistungen/Angebote, sowie die Auftragsklärung mit den involvierten Personen, Behörden und Fachstellen sind essentiell, um eine Vertrauens- und Beziehungsbasis mit der Klientel aufzubauen. Da im Fokus der Sozialen Arbeit die Beziehungsarbeit steht, haben alle Personen, die an einem Angebot der sozialen oder beruflichen Integration im Treffpunkt Azzurro teilnehmen, eine betriebsinterne Bezugsperson. In regelmässig terminierten sowie bedarfsspezifischen (Kriseninterventionen etc.) und Tür- und Angelgesprächen findet der Austausch statt. Es wird eine wertschätzende «Du-Mentalität» und eine flache Betriebshierarchie gelebt, was einen erheblichen Einfluss auf die Beziehungsgestaltung hat. Indem auf Augenhöhe kommuniziert wird, ist für die Klientel die Hürde kleiner, um Anliegen mitzuteilen und sich kritisch zu äussern.

2.2 *Stellenwert der Sozialen Arbeit bei der Behandlung von suchtkranken Menschen*

Der Treffpunkt als Ort der sozialen Teilhabe für Gäste, aber auch für die Menschen, die dort Beschäftigung und Tagesstruktur finden, bietet ein wichtiges Umfeld für sozialarbeiterisches Agieren, das in der Behandlung von suchtkranken Personen einen hohen Stellenwert hat. Die Suchtforschung liefert dafür die Bestätigung: «Wissenschaftlichen Befunden zufolge gibt es zahlreiche selektive und kausale Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Sucht. Über 50 Studien aus nahezu allen OECD-Ländern belegen, dass unter Arbeitslosen die Suchtprobleme häufiger verbreitet sind als unter Erwerbstätigen. Die erhöhten Prävalenzraten in dieser Bevölkerungsgruppe sind einerseits darauf zurückzuführen, dass Suchtprobleme das Risiko erhöhen, arbeitslos zu werden (selektiver Zusammenhang) oder dass Arbeitslosigkeit die Entwicklung von Suchtproblemen begünstigt (kausaler Zusammenhang). Die internationale Forschung zeigt auch, dass die Integration in eine erwerbstätige Beschäftigung während und unmittelbar nach Beendigung der Suchtbehandlung ein starker rückfallprotektiver Faktor ist, und dass Arbeitslose einen erhöhten Bedarf nach suchtspezifischer Prävention und Behandlung aufweisen» (Henkel 2014: 1). Der erste Arbeitsmarkt bietet für suchtkranke Personen kaum Möglichkeiten, Schritt für Schritt wieder einzusteigen, und lässt auch wenig krankheitsbedingte Rückfälle zu. So ist es Aufgabe der Sozialen Arbeit, durch entsprechende Rahmenbedingungen, Massnahmen und Methoden den Menschen den Weg zurück ins Arbeitsleben (1. oder 2. Arbeitsmarkt) zu ebnet.

2.3 *Wirkung von sozialer Integration auf psychische und physische Gesundheit*

Gregor Hasler schreibt in seinem Buch «Resilienz: Der Wir-Faktor»: «Der Mensch ist ein Bedeutungs-, Anerkennungs- und Belohnungswesen» (Hasler 2017: XVII), womit er mit anderen Worten beschreibt, was in der Fachwelt als «bio-psycho-sozialer» Ansatz in der Suchtarbeit bezeichnet wird. Unser Handeln und Verhalten wird von diesen drei Dimensionen, die nicht trennscharf sind und zwischen denen es Wechselwirkungen und

Überschneidungen gibt, massgeblich bestimmt. Dabei betrifft der biologische Anteil das Belohnungssystem, das z. B. bei einer Suchterkrankung unter einer Fehlsteuerung leidet. Der psychologische Aspekt zeigt sich darin, dass wir bestimmten Dingen Bedeutung beimessen und bereit sind, dafür unsere Ressourcen einzusetzen. Die soziale Dimension widerspiegelt sich unter anderem in dem Bestreben, als Individuum Anerkennung zu erfahren. Die Forschung liefert dazu entsprechende Erkenntnisse und hat herausgefunden, dass Menschen, die sozial gut integriert sind, ein um 50 Prozent geringeres Sterberisiko haben, als desintegrierte Personen. Manche gehen sogar so weit zu behaupten, dass die soziale Integration für die Gesundheit wichtiger ist als Risikofaktoren wie zum Beispiel Rauchen, Alkoholkonsum, Übergewicht etc. (vgl. Holt-Lunstad et al. zit. in Hasler 2017: 16).

Die Suchterkrankung kann verschiedene Ursachen haben und zeigt sich in unterschiedlicher Ausprägung; die Bewältigung der Erkrankung benötigt aber immer die «Verstärkung von sozialen, sinnstiftenden und lustvollen Tätigkeiten» (vgl. Hasler 2017: XVII).

2.4 *Interventionsmodelle der Sozialen Arbeit*

An dem Bedürfnis nach diesen sozialen, sinnstiftenden und lustvollen Tätigkeiten knüpft das Treffpunktangebot von Azzurro an. Demnach und dem oben genannten bio-psycho-sozialen Erklärungsmodell gemäss muss das Suchtproblem in den Bereichen Körper, Geist und Zusammenleben bzw. Beschäftigung und sinnstiftende Arbeit angegangen werden. Als klares sozialarbeiterisches Arbeitsfeld liefert die Treffpunktarbeit dabei ein «alltags- und lebensweltorientiertes Unterstützungssystem» (Thiersch et al., zitiert in Ritscher 2007: 20), in dem folgende Aspekte im Vordergrund stehen: Belastbarkeit, Gesundheitszustand, Sozialkompetenz, Zuverlässigkeit, Fähigkeit, im Team zu arbeiten, etc. Ein bedeutendes Interventionsmodell ist vor diesem Hintergrund der Empowerment-Ansatz, der nach den individuellen Fähigkeiten, Talenten und Interessen der Klientel sucht. In der konkreten Handlungspraxis soll die Fähigkeit gestärkt werden, «eigene Wünsche und Interessen wahrzunehmen und in einen realistischen Kontext einzubetten» (Michel-Schwartz 2009: 82). Neben personalen Ressourcen (Selbstwertgefühl, Beziehungsfähigkeit, Flexibilität etc.) geht es

darum, auch die strukturellen (Einkommen, Wohnbedingungen, Bindung an ein Wertesystem etc.) und sozialen (Kontakte, emotionale Unterstützung etc.) Ressourcen zu berücksichtigen (vgl. ebd.: 85 ff.). Demnach versteht sich die Fachperson der Sozialen Arbeit als eine «Bezugsperson, die Ansprechpartnerin für individuelle Fragestellungen und für einen Ressourcen stärkenden Lebensrahmen ist» (ebd.: 90). Um die Zielsetzungen des Empowerments zu gewährleisten, bedarf es als weiteres Interventionsmodell einer qualifizierten Hilfeplanung. Sie dient in der klärenden und beratenden Phase zur Ermittlung des Hilfebedarfs (Unterstützungs-, Förder-, Integrations-, Pflegeplan), in die alle Beteiligten und alle in Frage kommenden Institutionen einbezogen werden und aufgrund derer Aufgaben festgelegt werden. Sie dient somit als Steuerungselement für den gesamten Hilfeprozess (vgl. Neuffer 2009: 114).

2.5 *Stufenmodell des Treffpunkt Azzurro*

Durch regelmäßige Informationsveranstaltungen in Kliniken und bei den Zuweisenden erfährt die Klientel von den Integrationsangeboten und meldet sich mehrheitlich im Rahmen der Nachsorgeplanung, also während dem Klinikaufenthalt an. Ihr Ziel ist es, sich über kurz oder lang beruflich und/oder sozial zu reintegrieren. In einem Erstgespräch und nach Prüfung der eingereichten Unterlagen zeigt sich oft, dass dem Klinikaufenthalt nicht nur eine lange Suchtmittelabhängigkeit, sondern auch eine längere Phase der Arbeitslosigkeit voranging. Inwiefern dies zu momentanen oder chronischen Defiziten führte, ist trotz Austrittsbericht und Rücksprache mit den zuständigen Therapeutinnen und Therapeuten während dem Erstgespräch nicht umfassend einschätzbar. Hier kommt das suchtspezifische Assessment zum Einsatz, das eine umfassende und vertiefte Beobachtung von Ressourcen und Defiziten im Arbeitsalltag ermöglicht. Die Soziale Arbeit berücksichtigt somit möglichst alle Lebensbereiche (Gesundheit, Soziales, Finanzen und Wohnen), die für eine gelingende soziale und berufliche Integration bedeutend sind.

Um der individuellen Ausgangslage der Klientel hinsichtlich Arbeitsfähigkeit und -leistung zu begegnen, wird ein Stufenmodell angeboten.

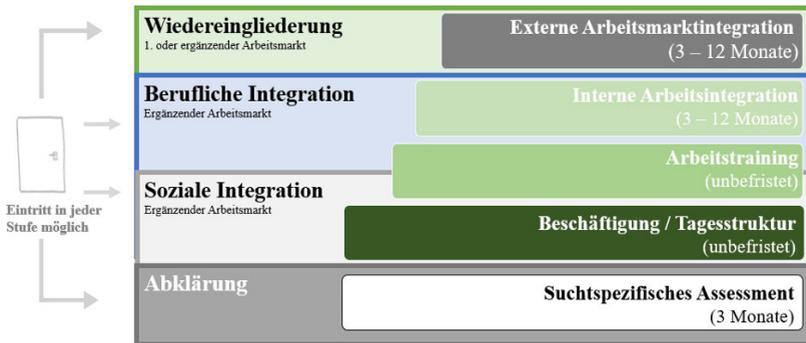


Abbildung 1: Stufenmodell Integration (eigene Darstellung)

Das Programmende richtet sich danach, ob das jeweilige Programm eine Befristung vorsieht, die KlientInnen eine Anstellung oder eine Anschlusslösung gefunden haben und/oder ob der Kostenträger das Angebot weiterhin finanziert. Bei einem regulären Programmende werden ein Aus- und/oder Übertritt sorgfältig vorbereitet.

3. Förderung der Autonomie als Kernkompetenz der Sozialen Arbeit

Mit sozialer Integration ist immer die gesellschaftliche Integration gemeint. Das lateinische Wort «integratio» steht für «(Wieder)herstellung einer Einheit» oder «Vervollständigung» (Dudenredaktion o. J.). Wörtlich genommen geht es darum, dass die desintegrierte Person wieder Teil einer gesellschaftlichen Einheit wird. Um dahin zu gelangen, müssen Fähigkeiten und Ressourcen wiederentdeckt und mobilisiert werden – ganz im Sinne des Empowerment-Ansatzes. Im Alltag bedeutet dies für die Soziale Arbeit, die KlientInnen zunächst in ihrer Einzigartigkeit zu sehen und zu verstehen, welchen Weg (beruflicher Werdegang, Fähigkeiten, Erlebnisse und Prägungen durch die Lebensgeschichte) die Person zurückgelegt hat. Die AutorInnen treffen manchmal die Haltung an, dass die Fachpersonen alle KlientInnen gleich behandeln möchten und deshalb gar nicht so viel über deren Vergangenheit wissen wollen. Diese vermeintliche Unvoreingenommenheit kann aber dazu führen, dass sich die betroffene Person nicht ernst- und wahrgenommen fühlt und unter Umständen auch viele

Ressourcen nicht entdeckt werden. Die ausführliche Anamnese ist daher ein wichtiges Instrument und die Basis für die Hilfeplanung, in der individuelle Ziele gesetzt und in bestimmten Abständen überprüft werden. Aufgabe der Sozialarbeitenden ist es, einen wertschätzenden Rahmen zu bieten, in dem die Klientel Zugehörigkeit und soziale Teilhabe erfahren kann. Die Sozialarbeitenden haben die Gemeinschaft im Blick und sorgen für das Einhalten von Regeln, bieten aber auch die Möglichkeit zur individuellen Förderung. Unabdingbar ist ein Übungsfeld, in dem Belastungsgrenzen ausgelotet und Copingstrategien entwickelt werden können. Letztendlich hat die Soziale Arbeit in diesem Arbeitsfeld die Funktion, die Lebensqualität und Autonomie der Klientel zu stärken, oder zumindest zu erhalten.

3.1 *Interprofessionelle Zusammenarbeit*

Die Komplexität der Problemlage bei SuchtpatientInnen erfordert die konsequente Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Ansatzes und somit die Zusammenarbeit der entsprechenden Disziplinen. Je nachdem in welchem Krankheits- oder Behandlungsstadium sich die KlientIn befindet, ist es wichtig, ein adäquates, umfassendes und nachhaltiges Netz zu bieten. So steht der suchtkranken Person im günstigsten Fall gemäss ihren Bedürfnissen eine Tagesstruktur, medizinische Versorgung und eine psychosoziale Begleitung zur Verfügung. Da die Tagesstruktur und die soziale Integration im Azzurro in den meisten Fällen als Zwischenstationen gedacht sind, ist ein Vorher und ein Nachher von grosser Bedeutung. So gibt es in Bezug auf die begleiteten Mitarbeitenden Zuweisende wie z. B. Beratungsstellen, Kliniken, Sozialdienste, welche die KlientInnen bereits begleitet und einen Bedarf ausgemacht haben. Im Einzelfall muss entschieden werden, wer das Case Management übernimmt und welche unterstützenden Angebote weiterhin zielführend sind. Als fester Bestandteil des Programms finden im Treffpunkt Azzurro alle drei Monate Standortgespräche statt, um den Informationsfluss zu gewährleisten und die Zielsetzungen zu überprüfen. Die Zuständigkeit der verschiedenen Professionen muss zu Beginn jedes Hilfeprozesses und danach fortlaufend geklärt wer-

den. Entscheidend dafür ist die Lebensphase, in welcher sich die KlientInnen befinden, der Gesundheitszustand, das soziale Umfeld und die Wohnsituation.

Die Verantwortlichkeit wird aufgrund der Gewichtung der zu bearbeitenden Themen und der Unterstützungsplanung definiert. Die Soziale Arbeit deckt aufgrund ihres breiten Professionswissens viele Themenkreise in der Suchthilfe ab und kann in den meisten Fällen individuelle, situations- und bedarfsadäquate Hilfestellungen anbieten. Die psychotherapeutische und medizinische Versorgung hingegen ist durch die Subjektfinanzierung (Krankenkassenbeiträge) zeitlich und inhaltlich begrenzt und findet vielfach nicht im konkreten Lebensgeschehen der Betroffenen statt.

Die Zusammenarbeit mit anderen Professionen wird teilweise eigens über Kooperationsverträge geregelt. Das hier thematisierte Arbeitsfeld im Bereich Tagesstruktur und soziale Integration wird überwiegend über öffentliche Gelder finanziert (in Einzelfällen über Versicherungsleistungen wie IV und RAV) und muss sich deshalb im Vergleich zu anderen Bereichen in der Suchthilfe nicht stark mit hegemonialen Ansprüchen der medizinisch-therapeutischen Disziplinen auseinandersetzen.

3.2 *Anforderungen an das Fachpersonal*

Das Arbeitssetting im Treffpunkt Azzurro verlangt ein breites Wissen und vielseitige Kompetenzen von Fachpersonen verschiedener Berufsgruppen. Für die Angebotsleitung wird ein Grundstudium in Sozialer Arbeit verlangt. Das Knowhow der Sozialarbeitenden wird ergänzt durch das Profil von Personen mit einer Ausbildung in den Bereichen Sozialpädagogik, Heilpädagogik oder Arbeitsagogik, um die Klientel im Arbeitsprozess anzuleiten und zu begleiten. Da das Azzurro ein Gastronomiebetrieb ist, wird zusätzlich eine ausgebildete Köchin oder ein ausgebildeter Koch benötigt. Idealerweise bringen die Mitarbeitenden jeweils mehrere Berufsausbildungen mit. Umfassende Weiterbildungen für diesen Bereich gibt es leider nur wenige.

4. Stand der Professionalisierung der Sozialen Arbeit in diesem Arbeitsfeld

Die Nationale Strategie Sucht 2017-2024 (BAG 2015:7) beschreibt die vier Säulen (Prävention / Therapie / Schadensminderung / Repression) der Schweizer Suchtpolitik, wobei die Säulen auch gleichzeitig sogenannte Handlungsfelder darstellen. Der Treffpunkt Azzurro bewegt sich in zweien davon. Der Treffpunktbetrieb bietet den Gästen einen konsumfreien Raum, in dem jedoch Personen unter Suchtmittel einfluss toleriert werden, solange sich die BesucherInnen an die Hausordnung halten. Dies sind klare Merkmale des Bereichs der «Schadensminderung/Risikominimierung». Im Bereich Tagesstruktur hingegen wird erwartet, dass die begleiteten Mitarbeitenden nüchtern zum Einsatz erscheinen und über adäquate Kompetenzen verfügen (oder sich diese aneignen), um ihren Konsum so in Grenzen zu halten, dass er ihre Einsatzfähigkeit nicht tangiert. Dies würde eher dem strategischen Ziel aus dem Handlungsfeld «Beratung und Therapie» entsprechen: «Betroffene Menschen werden darin unterstützt, wieder umfassend körperlich und psychisch gesund und sozial und beruflich wieder integriert zu werden» (BAG 2015: 7). Eine von der Kommission für Technologie und Innovation (KTI) geförderte Studie bestätigt die Wichtigkeit von Massnahmen der sozialen Integration, die offensichtlich einen «therapeutischen» Effekt haben: Ein spezifisch entwickeltes Instrument zur Wirkungsmessung von Integrationsprogrammen in der Sozialhilfe zeigte, dass die Programmteilnehmenden mit dem Ziel der sozialen Integration einen markanten Zuwachs an Zufriedenheit hinsichtlich der eigenen Gesundheit verzeichnen konnten, sowie den subjektiven Eindruck hatten, im Alltag weniger durch gesundheitliche Beschwerden eingeschränkt zu sein (vgl. Neuenschwander/Oesch/Jörg 2017: 36). Für eine solche Zufriedenheit bedarf es sinnvoller und sinnstiftender Tätigkeiten und Beschäftigungsmöglichkeiten, bei denen das Gefühl entsteht, «gebraucht» zu werden. Künstlich geschaffene «Arbeitswelten» sind wenig hilfreich und wirken demotivierend oder kränkend. In diesem Sinne hat das oben erwähnte Konzept der Lebensweltorientierung, das sich selbst auf mehrere Wissenschaftskonzepte stützt, in der Sozialen Arbeit auch nach Jahrzehnten noch Bestand. Neben theoretischen und philosophischen Aspekten, sieht es Interventionsformen vor, die sich auf die

individuellen sozialen Probleme der Betroffenen im Alltag fokussieren und sich nicht mehr nach medizinischen Konzepten, wie z. B. Anamnese, Diagnose und Therapie ausrichten (vgl. Thiersch 1992). Der Treffpunkt Azzurro bietet die Möglichkeit, sich im «richtigen» Leben zu bewegen und dieses zu erleben. Die Klientel erbringt Dienstleistungen und entwickelt Produkte, für die es einen Markt gibt und die bestimmten Qualitätsstandards entsprechen müssen. Die Soziale Arbeit gewährt hier einen arbeitsmarktnahen Rahmen, in der immer wieder auch eine Konfrontation mit der Lebenswirklichkeit (Zeitdruck, Konflikte, Fehler etc.) geschieht.

4.1 *Qualitätsmanagement in der Suchthilfe*

Neben strategischen und wissenschaftlichen Grundlagen gewährleistet das Qualitätsmanagement das Erfüllen der Anforderungen des Arbeitsfeldes. So unterliegt die Arbeit des Blauen Kreuzes Bern-Solothurn-Freiburg der Qualitätsnorm QuaTheDA (Qualität Therapie Drogen Alkohol).⁴ Der Treffpunkt ist dem Modul Kontakt- und Anlaufstelle (Modul VII) zugeordnet, welches entsprechende Standards formuliert. Die Erfüllung der Qualitätskriterien wird jährlich durch ein externes Audit überprüft.

5. **Strukturelle Aspekte und Rahmenbedingungen**

Der Auftrag der Sozialen Arbeit im Arbeitsfeld der Integration gründet in der nationalen Suchtpolitik, die die entsprechenden Mittel zur Verfügung stellen sollte. Artikel 12 der Bundesverfassung formuliert ganz allgemein das «Recht auf Hilfe in Notlagen»; konkretisiert wird dieses Recht in den Grundsätzen der SKOS-Richtlinien (SKOS-Richtlinien 04/05, D.2-1): «Die Sozialhilfeorgane fördern die soziale und berufliche Integration von Hilfesuchenden» (SKOS-Richtlinien 04/05, D.2-1).

Der Leistungsvertrag des Treffpunktes Azzurro (bzw. des Blauen Kreuzes Bern-Solothurn-Freiburg) basiert auf dem Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe (SHG) des Kantons Bern. Artikel 69ff regelt dort die Be-

⁴ www.quatheda.ch

reitstellung der Mittel für die Suchthilfe. Zum einen erfolgt hier eine Finanzierung über die individuellen Leistungen der Sozialhilfe (Subjektfinanzierung) und zum anderen eine des Angebotes selbst (Objektfinanzierung). Der Leistungsvertrag mit dem Kanton sieht die Erfüllung von definierten Sollvorgaben (Platzzahl, Auslastung, Öffnungszeiten, Freizeitangebote etc.) vor, die halbjährlich in einem Reporting ausgewiesen und vom Geldgeber überprüft werden. Der Leistungsvertrag deckt aktuell ca. 80 % der Kosten; der fehlende Betrag muss über Drittmittel und Spenden erwirtschaftet werden. Der Gesamtverband war schon mehrfach von Sparmassnahmen betroffen, wodurch es auch im Treffpunkt Azzurro zu Einsparungen kam.

5.1 *Vernetzung und Austausch*

Um dem Arbeitsfeld «Tagestruktur und soziale Integration» Gewicht zu verleihen ist es wichtig, sich mit anderen Anbietern in diesem Bereich kantonal und regional auszutauschen und sich gemeinsam für die Vertretung der Interessen von Klientel, Geldgebern, Institutionen und Professionen einzusetzen. Zusätzlich ist es überaus bedeutend, sich national zu organisieren und im Rahmen von Mitgliedschaften bei Fachverbänden Lobbying zu betreiben und die Erfahrungen der Basis einzubringen. Das Blaue Kreuz Bern-Solothurn-Freiburg ist daher unter anderem Mitglied bei «Arbeitsintegration Schweiz», «Fachverband Sucht» und «Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (sages)». Innerhalb der Organisation sorgt die Bereichsleitung Integration für den fachlichen Austausch mit den genannten Lobbyverbänden und überwacht die definierten fachlichen Standards.

6. **Herausforderungen und Ausblick**

Die Politik bestimmt massgeblich die Ressourcenverteilung und damit die Rahmenbedingungen der Sozialen Arbeit. Da in bestimmten politischen Kreisen leider noch immer davon ausgegangen wird, dass eine Suchterkrankung «selbstverschuldet» ist und es den EmpfängerInnen von Sozialhilfe sehr gut gehe, wird bei ihnen gerne der Rotstift angesetzt. Somit ist es Aufgabe der Gesamtorganisation, sich mit möglichst allen politischen

Parteien zu vernetzen, um dort Informations- und Aufklärungsarbeit zu leisten.

In der freien Marktwirtschaft gibt es immer weniger Stellen für unqualifizierte Arbeitskräfte, und die fortschreitende Digitalisierung der Arbeitswelt stellt gerade ungelernte Kräfte vor grosse Herausforderungen. Besonders Menschen mit Suchtproblemen werden vermehrt auf begleitete Arbeits- und Integrationsplätze sowie den zweiten Arbeitsmarkt angewiesen sein. Es wäre Aufgabe der Politik, entsprechende nachhaltige Rahmenbedingungen zu schaffen. Konkret würde dies für das hier diskutierte Arbeitsfeld bedeuten, dass es adäquate und vielfältige Anschlussprogramme gibt. Aktuell läuft die Klientel Gefahr, nach Programmende keine Anschlusslösung zu finden und dann wieder all das zu verlieren, was an Tagesstrukturen, sozialer Teilhabe, Copingstrategien etc. vorher sorgfältig aufgebaut worden ist. Ein erneuter sozialer Absturz zieht zudem hohe Folgekosten nach sich.

Die Stadt Bern ist sich dieser Problematik ebenfalls bewusst und hat eigens dafür eine Strategie entwickelt, die vor allem langzeitarbeitslose Sozialhilfebeziehende sowie ältere arbeitslose Menschen mit Leistungseinschränkungen berücksichtigt und die Schaffung von Nischen-Arbeitsplätzen mit einer leistungsangepassten finanziellen Abgeltung fordert. (Direktion für Bildung, Soziales und Sport 2017: 13).

6.1 Spannungsfeld Soziale Arbeit und Wirtschaftlichkeit

Das Arbeitsfeld der sozialen und beruflichen Integration steht immer wieder vor der Herausforderung, im Spannungsfeld zwischen Sozialer Arbeit und Wirtschaftlichkeit zu vermitteln. Die öffentlichen Mittel sind nicht kostendeckend und müssen durch Drittmittel ergänzt werden. Das allein ist schon nicht einfach; wird aber dadurch erschwert, dass die Klientel im Suchtbereich besonders anfällig für Absenzen und Leistungseinbrüche ist und Arbeitsplätze zur Verfügung stehen müssen, die an die individuellen Fähigkeiten angepasst sind. Bei jedem Auftrag muss damit gerechnet werden, dass ein Teil der begleiteten Mitarbeitenden kurzfristig ausfällt und die Arbeit mit weniger Personal und teilweise von den Festangestellten (Sozialarbeitende, ArbeitsagogInnen, KöchIn) erledigt werden muss. Der enorme Druck auf die Anbieter könnte durch eine volle Kostendeckung

verringert werden. Auch wenn der Betrieb keine Gewinne abwirft, so «rentiert» er doch, weil er die hohen Folgekosten einer Desintegration verhindert.

6.2 *Schwer erreichbare Zielgruppe*

Als Grundproblematik zeigt sich im Arbeitsfeld Sucht allgemein, dass es schwierig ist, die Zielgruppe zu erreichen. Nur etwa 10% der suchtkranken Personen nehmen Angebote des Suchthilfesystems in Anspruch.⁵ Ein hoher Prozentsatz sucht aber wegen Begleiterkrankungen und Symptomen die Hausärztin oder den Hausarzt auf. Diese sind wichtige Schlüsselpersonen, welche ihre PatientInnen zu einem ersten Schritt und zum Kontakt mit einem Suchthilfeangebot motivieren können. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass die HausärztInnen als Zuweisende eher weniger in Erscheinung treten.

Neben den HausärztInnen haben Sozialarbeitende in den Sozialdiensten eine wichtige Funktion und können einen erheblichen Beitrag zur Motivation ihrer KlientInnen leisten. Dabei gibt es die Möglichkeit von finanziellen Anreizen (Stichwort Integrationszulage) über Sanktionen bis hin zur Ermutigung von betroffenen Personen, die Angebote der Suchthilfe wahrzunehmen, um langfristig ein gesünderes Leben zu führen.

ÄrztInnen und Sozialdienste sind als Türöffner für die Klientel des Arbeitsfeldes Integration unverzichtbar, weil die Desintegration eben gerade dazu führt, dass eine selbständige Kontaktaufnahme schwierig ist.

Abschliessend möchten die AutorInnen die Leserschaft an der Vision teilhaben lassen, dass rechtlich verankert wird, in jedem Betrieb ab einer bestimmten Grösse einen Menschen mit einer sozialen Problemstellung zu beschäftigen. Im Sog des Gewinnstrebens würde dadurch ein Kontrapunkt gesetzt, der das Augenmerk auf Sozialkompetenz lenkt und der suchtkranken Person eine echte Chance bietet, in der Gesellschaft wieder nachhaltig Fuss zu fassen und etwas zur Wertschöpfung beizutragen.

⁵Vgl. Beitrag in der *ÄrzteZeitung* vom 17.05.2017: www.tinyurl.com/s879gyp, Zugriff am 20.03.2020.

Literatur

- Avenir Social (2010): Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: Avenir Social.
- Blaues Kreuz Kanton Bern-Solothurn-Freiburg (2015): Konzept Bereich Nachsorge und Integration.
- Blaues Kreuz Kanton Bern-Solothurn-Freiburg (2018a): Leitbild. www.tinyurl.com/y6949akn, Zugriff 25.04.2019.
- Blaues Kreuz Kanton Bern-Solothurn-Freiburg (2018b): Personalreglement.
- Blaues Kreuz Kanton Bern-Solothurn-Freiburg (2011): Konzept Azzurro.
- BAG - Bundesamt für Gesundheit (2012): Das modulare QuaTheDA-Referenzsystem. Die Qualitätsnorm für die Suchthilfe, Prävention und Gesundheitsförderung. Revision Juli 2012. Bern.
- BAG - Bundesamt für Gesundheit (2015): Nationale Strategie Sucht 2017-2024. Bern: BAG.
- Direktion für Bildung, Soziales und Sport, Sozialamt (2017): Strategie zur beruflichen und sozialen Integration der Stadt Bern. www.tinyurl.com/y2ye4arn, Zugriff 25.04.2019.
- Dudenredaktion (o. J.): «Integration» auf Duden online. www.tinyurl.com/y4wz2uyq, Zugriff 25.04.2019.
- Fischer, B./Telser, H./Widmer, P./Leukert, K. (2014): Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern.
- Hasler, G. (2017): Resilienz: der Wir-Faktor. Gemeinsam Stress und Ängste überwinden. Stuttgart: Schattauer.
- Henkel, D. (2014): Arbeitslosigkeit und Sucht. Aus wissenschaftlicher Sicht. Vortrag anlässlich des 10-jährigen Bestehens vom Einsatzprogramm mit integrierter Suchttherapie Tübach/Schweiz 29.10.2014 (Folien). www.tinyurl.com/yvjjlfi, Zugriff 25.04.2019.
- Michel-Schwartz, B. (2009): Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis. Wiesbaden: Springer VS.
- Neuenschwander, P./Oesch, T./Jürg, R. (2017): Integrationsprogramme beeinflussen die Gesundheit. Impuls. Magazin des Fachbereichs Soziale Arbeit 2/2017: 36-38.
- Neuffer, M. (2009): Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim und München: Juventa.
- Ritscher, W. (2007): Soziale Arbeit: systemisch: Ein Konzept und seine Anwendung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- SKOS - Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (2005): Richtlinien für die Ausgestaltung und Bemessung der Sozialhilfe. 4. überarb. Ausgabe April 2005. www.tinyurl.com/y6cka78z, Zugriff 25.04.2019.
- Thiersch, H. (1992): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim und München: Juventa.
- WHO - Weltgesundheitsorganisation (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel (F) Klinisch diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.

Open Access Dies ist ein Open-Access-Kapitel, das unter den Bedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) lizenziert ist. Für weitere Einzelheiten siehe Lizenzinformationen im Impressum.





Soziale Teilhabe durch Arbeitsintegration

Arbeitsfeld Arbeitsintegration

Martin Stalder¹, Karin Stoop²

Der nachfolgende Artikel beleuchtet das Thema der Arbeitsintegration suchtmittelabhängiger Menschen. Die Ziele der Arbeitsintegration sind breit gefächert. Beginnend bei der sozialen Integration im Rahmen von Beschäftigungsangeboten von sozialen Einrichtungen bis hin zur Vermittlung in Arbeitsstellen im ersten Arbeitsmarkt unterstützen Sozialarbeitende ihre Klientinnen und Klienten.

1. Arbeitsfeld

Welche Rolle fällt der Sozialen Arbeit in der Arbeitsintegration zu, welchen Teil übernimmt die Medizin, und welche weiteren Rahmenbedingungen müssen erfüllt sein, damit als erster Schritt zumindest die Teilnahme an Beschäftigungsprojekten gelingen kann? Was braucht es, um private Arbeitgeber als Partner gewinnen zu können?

Erwerbsarbeit sichert in erster Linie die ökonomische Unabhängigkeit. Sie dient aber auch der gesellschaftlichen Integration. Arbeit schafft Identität und Zugehörigkeit. Besteht kein Zugang zu einer Erwerbsarbeit, fällt meist nicht nur die finanzielle Autonomie weg, sondern auch die Teilhabe an einem wichtigen Teil der Gesellschaft.

Fehlt die Erwerbsarbeit oder fehlen Leistungen einer Sozialversicherung, greift die gesetzliche Sozialhilfe. Diese sichert die finanzielle Existenz bedürftiger Personen, fördert die wirtschaftliche und persönliche Selbständigkeit und gewährleistet die soziale und berufliche Integration.³

¹ Sozialarbeiter FH, Soziale Dienste Stadt Solothurn.

² Sozialarbeiterin FH, Geschäftsleiterin, PERSPEKTIVE Region Solothurn-Grenchen.

³ Auf diese Weise definiert die Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe SKOS die Ziele der Sozialhilfe, vgl. www.tinyurl.com/yyts97ye, Zugriff 12.07.2019.

Die berufliche Integration – hier Arbeitsintegration genannt – ist somit ein zentrales Aufgabengebiet der gesetzlichen Sozialhilfe. Durch die Integration in die Arbeitswelt kann die finanzielle Autonomie der Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfänger wieder erreicht werden. Davon ausgenommen sind die Personen, welche durch den Zugang zu Leistungen einer Sozialversicherung (z. B. IV) keine Leistungen der gesetzlichen Sozialhilfe mehr benötigen.

1.1 *Ziel und Zweck der Arbeitsintegration*

Mit Hilfe arbeitsmarktlicher Massnahmen soll den Sozialhilfebezüglerinnen und -bezügern ein Wiedereinstieg oder teilweise sogar ein erster Einstieg in die Arbeitswelt ermöglicht werden. Eine berufliche Qualifizierung ist hierbei oft das zentrale Element.

Wenn suchtkranke, stellenlose Menschen nach dem Ausschöpfen der Rahmenfrist der Arbeitslosenversicherung ihre Existenz durch Leistungen der Sozialhilfe bestreiten müssen, liegt das Problem aber nicht nur an einer fehlenden Qualifikation oder an einem Mangel an verfügbaren Arbeitsplätzen. Vielmehr können diese Menschen zum aktuellen Zeitpunkt die von der Wirtschaft definierten Anforderungen an eine Arbeitskraft nicht erfüllen. Ihre gesundheitlichen Einschränkungen oder ihre durch die Sucht bedingte Instabilität in der Leistungserbringung und die teilweise fehlende Zuverlässigkeit verunmöglichen die Einhaltung der Pflichten eines Arbeitnehmers/einer Arbeitnehmerin in einem regulären Arbeitsverhältnis.

Für diese Gruppe muss deshalb, zumindest für eine bestimmte Zeit, vor der beruflichen Integration eine soziale Integration im Fokus stehen.

Der Begriff soziale Integration umfasst vieles. Es geht dabei um Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Durch gezielte Integrationsmassnahmen soll eine drohende Desintegration von Suchtkranken eingedämmt werden (SKOS Richtlinien D.2)⁴.

Für akut suchtkranke Menschen, welche sich in Beschäftigungsprojekten der ambulanten Suchthilfe in einer Tagesstruktur befinden, ist die berufliche Integration auf die Schnelle meist unrealistisch. Suchtkranke

⁴ Vgl. www.tinyurl.com/yxfxxmd3, Zugriff 5.11.2019.

Menschen stehen als Folge ihrer Krankheit und der damit verbundenen Stigmatisierung am Rande unserer Gesellschaft.

1.2 Zielgruppen im Arbeitsfeld

Gemäss *act-info* Jahresbericht 2016 (Delgrande Jordan 2017) sind bei einem Eintritt in eine Suchtbehandlung 32,8 % der KlientInnen in einer Festanstellung und 6,5 % in einer Teilzeitanstellung. Bei diesen 39 % der KlientInnen, die noch in einem Arbeitsverhältnis stehen, muss der Erhalt des Arbeitsplatzes ein zentrales Ziel der Unterstützung sein. Auf diesen Aspekt wird im vorliegenden Artikel nicht weiter eingegangen.

Bezogen auf die genannte Statistik verfügen mehr als 60 % der von Sucht betroffenen Menschen, die in eine ambulante Suchtbehandlung einsteigen, nicht über ein regelmässiges Erwerbseinkommen. Der Lebensunterhalt wird vorwiegend durch Sozialhilfe oder einer Rentenleistung bestritten.

Der geringere Teil dieser Menschen ist durch eine Rentenleistung der IV und AHV keine prioritäre Zielgruppe für Arbeitsintegrations- respektive Beschäftigungsmassnahmen.

2. Arbeitsintegration in der PERSPEKTIVE Region Solothurn-Grenchen

Die PERSPEKTIVE Region Solothurn-Grenchen bietet ein umfassendes Angebot in der ambulanten Suchtbehandlung. Die Dienstleistungen umfassen: Prävention, Beratung, Wohnen, Arbeit, Gassenküche und Kontakt- und Anlaufstelle. Basierend auf dem kantonalen Sozialgesetz sind die Gemeinden für die Finanzierung dieser Angebote zuständig. Die Leistungen werden in einem Leistungskatalog definiert und sind gemäss diesen Vorgaben umzusetzen.

Im Bereich Arbeit wird mit einem stufengerechten Aufbau eine leistungsabhängige Beschäftigung ermöglicht.

Bei den ausgeführten Arbeiten handelt es sich um diverse Hilfsarbeiten wie Räumungen, Umzüge, Reinigungen, Gartenarbeiten und Littering-Aufträge. Sie erfolgen mehrheitlich im Auftrag von Privatpersonen,

teilweise aber auch von der öffentlichen Hand. Die Betreuung der Klientinnen und Klienten während der Arbeiten erfolgt durch Vorarbeiter, welche teilweise über eine Ausbildung als Arbeitsagogen verfügen. Die sozialarbeiterische Betreuung wird durch die Case Managerinnen und Case Manager gewährleistet.

2.1 *Angebotspalette der PERSPEKTIVE*

Die drei Programme Gemeindearbeitsplätze (GAP), Tagesbeschäftigung und Gartenbau stellen unterschiedliche Anforderungen an die Teilnehmenden und sind auch mit unterschiedlichen Zielsetzungen verbunden.

Die Teilnahme am GAP hat eine regelmässige Tagesstruktur zum Ziel. Die Teilnehmenden sollten, wenn möglich, an fünf Tagen die Woche jeweils einen halben Tag im Programm erscheinen und leichtere Aufgaben ausführen. Diese stellen keine grossen körperlichen Anforderungen (z. B. Unterhaltsarbeiten in der Gemeinde). In der Tagesbeschäftigung dauern die Arbeitstage in der Regel bis acht Stunden. Auch sind die Aufgaben körperlich belastender (Hausräumungen und Zügelarbeiten, Gärtnerarbeiten, Holzarbeiten). Für die Teilnahme am GAP oder an der Tagesbeschäftigung muss eine Kostengutsprache der Sozialhilfe vorliegen.

Der Gartenbau ist ein Teillohnprogramm. Die Teilnehmenden müssen eine hohe Zuverlässigkeit bei der Präsenz an den Tag legen. Das Teillohnprojekt ist für die zuweisenden Stellen kostenlos. Pro geleistete Arbeitsstunde wird den Projektteilnehmenden ein Nettostundenlohn von Fr 8.00 ausbezahlt. Dies ermöglicht es ihnen einen Teil des Lebensunterhaltes selber zu finanzieren.

In keinem der Programme kann eine neue Rahmenfrist der Arbeitslosenversicherung generiert werden. Die Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt ist kein explizites Ziel. KlientInnen, die aufgrund ihrer Leistung dazu fähig sind, werden in andere dafür ausgerichtete Projekte im Kanton vermittelt.

Während der Teilnahme in unseren Programmen werden alle KlientInnen durch einen Case Manager oder eine Case Managerin betreut. Diese Fachpersonen aus dem Berufsfeld der Sozialen Arbeit sind verantwortlich dafür, dass regelmässig mit allen am Prozess Beteiligten (z. B. Zuweiser,

behandelnde ÄrztInnen, Fachpersonen der Beratung, Wohnbegleitung oder Bewährungshilfe, Angehörige etc.) ein Austausch stattfindet und bei Bedarf neue Unterstützungsleistungen erschlossen werden.

Die Arbeitsangebote der PERSPEKTIVE sind vom Amt für soziale Sicherheit des Kantons Solothurn akkreditiert. Der Kanton hatte 2016 mittels Angebotsplanung den gesamten Dienstleistungsmarkt der Arbeitsintegration nach einer umfassenden Überprüfung neu reguliert. Es können neu nur noch Programmkosten von akkreditierten Angeboten durch die Sozialhilfe finanziert und über den kantonalen Lastenausgleich abgerechnet werden. Die Angebotsplanung regelt zudem die Anzahl Plätze in den unterschiedlichen Angeboten von Beschäftigung, Qualifizierung und Coaching.

2.2 *Inhaltliche Ausgestaltung der Angebote*

Die Teilnahme an einem unserer Beschäftigungsprogramme soll für die Klientinnen und Klienten sinnstiftend sein. Sinnstiftend nicht nur hinsichtlich der Tagesstruktur oder der möglichen sozialen Kontakte, sondern auch bezogen auf eine erfüllende Beschäftigung oder Arbeit. Mit Angeboten, die Tätigkeiten in arbeitsmarktähnlichen Arbeitsfeldern insbesondere im handwerklichen oder industriellen Bereich beinhalten, kann dies ermöglicht werden. Die Mehrheit der Klienten ist männlich, was sich auch auf die Ausrichtung der Arbeitsfelder auswirkt.

Klassische weibliche Tätigkeitsfelder wie z. B. Pflege eignen sich bei akut suchtkranken Menschen weniger.

Bei Arbeiten im handwerklichen Bereich ist gut ersichtlich, was geleistet wurde. Wichtig ist, dass die Programmteilnehmenden in ihrem Alltag etwas tun können, das einen Wert darstellt, resp. dass die geleistete Arbeit einen Nutzen für Dritte hat. Sie erledigen einen Auftrag, der von der Kundschaft real nachgefragt wird.

Die Auswahl der konkreten Projekte in den einzelnen Programmen muss aber sorgfältig getroffen werden, damit bei der Auftragsakquisition nicht der Vorwurf der Konkurrenzierung des Gewerbes aufkommt.

Die Beschäftigung oder Arbeit soll mit Verantwortungsübernahme verbunden sein. Die Klientel soll sich bei der Ausführung der Tätigkeit

weder unter- noch überfordert fühlen. Eine nahe Begleitung durch die ArbeitsagogInnen erlaubt es, die Arbeiten den Kompetenzen anzupassen und so die für eine positive Entwicklung notwendigen Erfolgserlebnisse zu ermöglichen. Positive Erfahrungen sind Treiber in der persönlichen Weiterentwicklung und für den weiteren Prozessverlauf.

3. Funktion und Qualifikation der Sozialen Arbeit im Arbeitsfeld

3.1 Funktion und Stellenwert der Sozialen Arbeit

Die Sozialgesetzgebung, die Möglichkeiten der wirtschaftlichen Sozialhilfe verbunden mit weiteren finanziellen Mitteln, sind die Grundlage, um Ressourcen für die Arbeitsintegration zu erschliessen. Die Soziale Arbeit unterstützt mit gezielten Massnahmen wie Beratung, Finanzierung von Projekteinsätzen oder Weiterbildungen suchtkranke Menschen in der sozialen Integration. Dafür orientiert sie sich an den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen der Sozialhilfe sowie des Arbeitsrechts.

Soziale Arbeit und damit auch Soziale Arbeit im Kontext der Arbeitsintegration nehmen potentiell die gesamte Lebensführung ihrer Klientel in den Blick und wirken damit in der gesamten Lebenssituation ihrer Klientel. Die Komplexität des Alltags und die Wechselwirkung der verschiedenen Lebensbereiche machen es unabdingbar, dass die Fachpersonen in der Sozialen Arbeit mit den KlientInnen deren ganze Lebenssituation fundiert betrachten und darauf aufbauend Schritte der Veränderung und Unterstützung vornehmen. Eine sorgfältige Anamnese ist eine wichtige Grundlage für die anstehende Veränderung und Basis für alle Interventionen. Sozialarbeitende erschliessen notwendige Ressourcen und stossen mit Beratung Veränderungsprozesse an.

Die oft mehrschichtige Problemlage der betroffenen KlientInnen bedarf eines Helfernetzwerks unterschiedlicher Professionen. Im Sinne einer effektiven und auch effizienten Dienstleistungserbringung ist es wichtig, dass sich die Akteure austauschen und eine gemeinsame Zielrichtung anstreben. Das Case Management bildet hier das wesentliche methodische Element. Wenn klar ist, wer für den Informationsaustausch innerhalb des

Helfernetzes verantwortlich ist und welche Informationen im Einverständnis der Klientinnen und Klienten ausgetauscht werden können, kann gemeinsam an einem Strick gezogen oder eben ein Prozess angestossen werden.

Kritisch anzumerken gilt, dass im klassischen Feld der Sozialen Arbeit immer weniger Fachpersonen tätig sind, die über Berufserfahrung in handwerklichen oder gewerblichen Tätigkeiten verfügen. Dies ist eine Folge der aktuellen Bildungslandschaft und für die Soziale Arbeit in der Arbeitsintegration sicher kein Vorteil. Dazu kommen genderspezifische Umstände: Soziale Arbeit ist ein typischer Frauenberuf mit entsprechender beruflicher Sozialisation, während die Zielgruppe der Arbeitsintegration mehrheitlich männlich ist.

3.2 *Weiterbildung*

Die Thematik der Arbeitsintegration resp. des Eingliederungsmanagements wird in Fachkursen, Fachtagungen oder im Rahmen eines CAS/DAS an verschiedenen Fachhochschulen und vom Dachverband der sozialen und beruflichen Integration⁵ angeboten.

Diese Lehrgänge berufen sich auf vielseitige Methoden, Verfahren und Instrumente für zielgruppenspezifische Bereiche. Die Diversität der Angebote widerspiegelt die fachliche Breite der Arbeitsintegration. Insbesondere die Fachhochschulen entwickeln laufend weitere Lehrgänge in diesem Bereich.

4. **Kooperation im Arbeitsfeld**

Wie eingangs erwähnt, ist die Lebenssituation der Teilnehmenden in Arbeitsintegrationsprojekten oft durch diverse Probleme belastet. Es ist deshalb zentral, dass sich fallführende Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter mit Fachstellen vernetzen und so ein unterstützendes Helfernetz aufbauen. Zentral erachten wir die Zusammenarbeit mit ÄrztInnen, in der Re-

⁵ www.arbeitsintegrationschweiz.ch

gel sind dies die HausärztInnen, und mit ArbeitsagogInnen. Die HausärztInnen sind für die Festlegung der Arbeitsfähigkeit verantwortlich. Die ArbeitsagogInnen ihrerseits sind die Fachleute, die die KlientInnen im Alltag ganz konkret befähigen, sich aktiv an einem Arbeitsprozess zu beteiligen.

4.1 *Zusammenarbeit mit HausärztInnen*

Die HausärztInnen sind sehr wichtige PartnerInnen in der interprofessionellen Zusammenarbeit bezogen auf die Arbeitsintegration von suchtkranken Menschen. Den ÄrztInnen ist es vorbehalten, die Arbeitsfähigkeit medizinisch zu bescheinigen, wobei diese aber in der Regel in Bezug auf den ersten Arbeitsmarkt beurteilt wird. Eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt ist jedoch nicht gleichzusetzen mit einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit im zweiten Arbeitsmarkt.

Entsprechend notwendig ist es, dass die Verantwortlichen der Sozialen Arbeit gegenüber ÄrztInnen darlegen, welche Anforderungen in den Arbeitsintegrationsprojekten an die Teilnehmenden gestellt werden. Die ÄrztInnen müssen genau wissen, welche physischen und psychischen Belastungen mit der Beschäftigung verbunden sind, damit sie die Beschäftigungsfähigkeit korrekt einschätzen können.

4.2 *Einbezug der Arbeitsagoginnen und Arbeitsagogen*

ArbeitsagogInnen sind dafür besorgt, dass Menschen mit einer Suchtmittelabhängigkeit innerhalb der jeweiligen Arbeitsintegrationsprojekte praxisnah und unmittelbar gefördert werden. Neue Kompetenzen sollen schrittweise eingeübt und erlangt werden.

ArbeitsagogInnen vermitteln ganz praxisnah verhaltensbezogene und fachliche Kompetenzen in den jeweiligen Arbeitsbereichen. Damit bieten sie wichtige Unterstützung bei der Reintegration der KlientInnen in den Arbeitsmarkt.

Arbeitsagogik wird als Zweitberuf erlernt. Alle AkteurInnen in diesem Berufsfeld verfügen über einen Herkunftsberuf und kennen damit die Anforderungen der Wirtschaft und des Gewerbes an die Arbeitnehmenden aus eigener Erfahrung sehr gut. Wir erachten diese Kompetenz als zentral für die Tätigkeit in der Arbeitsintegration. Damit wird eine grosse

Nähe zum Berufsalltag geschaffen und eine gewisse Normalität vermitteln. Ein Klient beschrieb dies treffend: «Mit meinem Vorarbeiter (Arbeitsagoge) kann ich in einer normalen Sprache reden».

Durch die räumliche Nähe und das gemeinsame Arbeiten teilen ArbeitsagogeInnen und Klienten und Klientinnen den (Arbeits-)Alltag. Sie erleben die Fortschritte, aber auch die auftretenden Schwierigkeiten unmittelbar. Dieses Setting ist ein zentrales Element der Prozessgestaltung, d. h. Zielsetzungen können zeitnah und direkt besprochen und umgesetzt werden. Die Beraterinnen und Berater, das Case Management oder andere Fachstellen wie Berufsberatung oder Soziale Dienste haben hingegen nur punktuell Kontakt zu den Klienten und Klientinnen.

5. Strukturelle Aspekte

5.1 Gesetzliche Vorgaben

Viele Kantone in der Schweiz halten sich an die Richtlinien der SKOS. Im Kanton Solothurn wurden diese im Sozialgesetz (SG) des Kantons Solothurns (SG vom 31.1.2007) verbindlich übernommen (§152 SG).⁶ Regelungen in der dazugehörigen Verordnung (SV)⁷ definieren, welche Abweichungen von den Richtlinien zulässig sind.

Integrationsmassnahmen sind ein Bestandteil des Prinzips von Leistung und Gegenleistung in der Sozialhilfe (§ 148 Abs. 2 SG). Diese Verpflichtung zur Erbringung einer Gegenleistung ist damit auch für suchtmittelabhängige Personen verbindlich.

Die Ausgestaltung einer solchen Gegenleistung liegt in der Zuständigkeit der fallführenden Sozialarbeitenden und berücksichtigt die vielschichtigen Lebensumstände der betroffenen Person. Es gilt abzuschätzen, inwieweit die suchtmittelabhängige Person trotz ihrer Erkrankung in der

⁶ Sozialgesetz (SG) Kanton Solothurn vom 31. Januar 2007 (Stand 1. Januar 2013): www.tinyurl.com/y45vqw7c, Zugriff 5.11.2019.

⁷ Sozialverordnung (SV) Kanton Solothurn vom 29. Oktober 2007 (Stand 1. Januar 2019): www.tinyurl.com/yxkj2oso, Zugriff 5.11.2019.

Lage ist, einer Beschäftigung nachzugehen oder welche anderen Massnahmen geeignet sind, um die negativen Folgen der Krankheit zu mildern und wenn immer möglich eine Behandlung aufzunehmen.

5.2 *Fehlende finanzielle Anreize*

Die Teilnahme an einer Integrationsmassnahme sollte auch einen finanziellen Anreiz beinhalten. Seit einer Revision der Sozialverordnung (SV) 2015 als Folge von politischen Vorstössen werden die Integrationsmassnahmen mit Beschäftigungscharakter im Kanton Solothurn nicht mehr finanziell belohnt. Man geht davon aus, dass Teilnehmende dieser Angebote die minimale gesetzliche Gegenleistung als Verpflichtung erbringen und ihnen deshalb kein finanzieller Anreiz zusteht. Den SozialarbeiterInnen wurde damit ein unterstützendes Arbeitsinstrument entzogen. Die Motivation muss nun ausschliesslich durch gute Beratungsarbeit und passende Beschäftigung hergestellt werden.

Nur noch Massnahmen zur Qualifikation werden mit einer Integrationszulage (IZU) honoriert. Diese gilt ausschliesslich bei Projekten, welche die Integration in den ersten Arbeitsmarkt als Zielsetzung haben.

Bei der Angebotsplanung der arbeitsmarktlichen Massnahmen wurde einem mehrstufigem Modell Rechnung getragen. Von niederschwelliger Beschäftigung hin zu Qualifizierungs- und Coachingangeboten ist eine progressive Entwicklung möglich.

Mittels der kantonalen Vorgaben einer zeitlichen Beschränkung und der Pflicht, die erreichten Ziele zu dokumentieren, soll einer langfristigen Platzierung in Beschäftigungsprojekten entgegengewirkt werden. Es bedarf allerdings eines sorgfältigen Umgangs mit dieser Befristung der Beschäftigung. Die ganze Arbeitsintegration und Beschäftigung sind aufgrund der komplexen Problemsituationen oft ein langfristiger Prozess. Es gilt deshalb für die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, diese komplexen Problemsituationen so darzulegen, dass auch von politischer Seite das Verständnis für diese Prozesse wächst.

5.3 *Möglichkeiten der Sozialversicherungen*

Für BezügerInnen von Leistungen einer Sozialversicherung gelten besondere gesetzliche Grundlagen in Bezug auf soziale Integration. Insbesondere geht man bei einer Berentung nicht von einer Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt aus, zumindest nicht von einer vollzeitlichen. Auch die dem Sozialversicherungsverfahren vorgelagerten Eingliederungsbemühungen sind nicht mit den Bemühungen der Sozialhilfe vergleichbar. Diese zielen auf eine Rückkehr oder auf einen Verbleib in der Erwerbsarbeit ab. Die beruflichen Massnahmen finden oftmals direkt im ersten Arbeitsmarkt statt.

Bei einer Berentung besteht für Betroffene ein gut ausgebautes Netz an Möglichkeiten im zweiten Arbeitsmarkt. Die Anforderungen an die Anbieter werden vom Bundesamt für Sozialversicherungen definiert. Auch die Finanzierung solcher Angebote ist geregelt.

Die Soziale Arbeit orientiert sich in diesem Betätigungsfeld am Regelwerk oder an den gesetzlichen Bestimmungen der Sozialversicherungen.

Sozialarbeitende können den Wiedereingliederungsprozess durch Beratungs- und Beziehungsarbeit begleiten und durch Kenntnisse der Möglichkeiten der Sozialversicherungsleistungen den Zugang zu Weiterbildungen und damit das Erlangen von neuen Qualifikationen erschliessen.

6. **Herausforderungen und Chancen**

6.1 *Wirtschaftliche Entwicklung, Einbindung des Gewerbes*

Nebst bestehenden Angeboten von Arbeitsintegrationsmassnahmen sind vermehrt individuelle Lösungen zur Beschäftigung oder zur Arbeitsintegration notwendig. Dabei sollten mutige Lösungsansätze im ersten Arbeitsmarkt gesucht werden. Eine Möglichkeit besteht darin, die KlientInnen als Gegenleistung zu einem Sozialhilfebezug direkt in Industrie und Gewerbe zu vermitteln, ohne dass sofort eine Lohnzahlung erwartet wird. Damit wäre es dem Gewerbe und der Wirtschaft möglich, solche Nischenarbeitsplätze zu schaffen resp. zu reaktivieren.

Solche Beschäftigungseinsätze im ersten Arbeitsmarkt können einen Mehrwert auf beiden Seiten schaffen. Die betroffenen KlientInnen erleben ihre Arbeitskraft im realen Umfeld. Die Unternehmen können ihrerseits soziale Verantwortung übernehmen.

Eine Tätigkeit in einem solchen Umfeld, wie es z. B. ein Gewerbebetrieb bietet, kann der eigenen beruflichen Einschätzung der Betroffenen einen positiven Schub verleihen. In einer Gesellschaft, welche dadurch geprägt ist, dass Menschen eine Leistung in Form von Arbeit erbringen, ist eine solche Anerkennung elementar. Die in einem Einsatzbetrieb der realen Wirtschaft erlebbaren Möglichkeiten und Grenzen, d. h. die Einsicht der eigenen Situation, können klärend sein und als Motivation zur Änderung beitragen oder aber die Akzeptanz der Grenzen fördern.

Eine derartige Beschäftigung ist nur für einen Teil der suchtkranken Menschen umsetzbar, aber für die Menschen, die dazu in der Lage sind, ein äusserst wertvoller.

Solche Einsätze dürfen aber nie bestehende Arbeitsplätze in einem Betrieb gefährden. Auch müssen sie für den Klienten oder die Klientin mit klaren Zielsetzungen begleitet sein. Sie müssen von vornherein wissen, ob für sie die Möglichkeit besteht, im Anschluss eine Anstellung im entsprechenden Betrieb zu bekommen, oder aber, ob sich dieser Einsatz klar auf die Erarbeitung von spezifischen Fachkompetenzen beschränkt. Es gilt dabei zu verhindern, dass sich die vermittelten Personen als billige Arbeitskraft wahrnehmen.

6.2 *Herausforderungen für die Soziale Arbeit?*

Die Soziale Arbeit kann bei Lösungsansätzen der individuellen Integration in den Arbeitsmarkt unter Einbezug von Betrieben und Unternehmen eine tragende und vermittelnde Rolle übernehmen. Dabei geht es nicht um das bloss Zuweisen von SozialhilfeempfängerInnen in Einsatzbetriebe. Die Aufgabe beinhaltet neben der Betreuung der KlientInnen insbesondere die Unterstützung von Arbeitgebenden. Engagierte Arbeitgebende übernehmen Aufgaben, die über eine gewöhnliche Mitarbeiterführung hinausgehen. Eine Person mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit in einem Team zu integrieren braucht Wille und Bereitschaft auch von den ArbeitskollegIn-

nen. Gerade hier ist oft eine vorgängige Abklärung nötig. Die Sozialarbeitenden müssen deshalb diese Einsätze mit dem Betrieb gut vorbereiten und begleiten. Die intensive Prozessbegleitung soll auch sicherstellen, dass ein solcher Einsatz nicht zur reinen Gratisarbeit verkommt, sondern qualifizierend bleibt. Eine Voraussetzung für eine solche Begleitung sind ausreichende zeitliche Ressourcen für die fallführenden SozialarbeiterInnen.

Die sorgfältige Begleitung von vermittelten Personen zusammen mit einem Verständnis für die unternehmerischen Belange der Einsatzbetriebe kann mittelfristig zu einer gewünschten Integration führen. Unverzichtbar ist dabei eine gezielte Netzwerkarbeit. Dies bedingt kurze und unkomplizierte Kommunikationswege. Es soll zu keinem Zeitpunkt ausser Acht gelassen werden, dass ein Einsatzbetrieb nicht die Integration von Betroffenen als Kerngeschäft betreiben kann, aber sehr wohl eine soziale Verantwortung wahrnimmt.

Unsere Erfahrung zeigt, dass kleine und mittlere Unternehmen (KMU) und hier insbesondere kleine Gewerbeunternehmen sehr wohl bereit für eine Zusammenarbeit sind. Es braucht den Schritt der Sozialen Arbeit, auf diese Betriebe zuzugehen, die Kooperation zu suchen und im Sinne einer tragenden Partnerschaft die Prozesse unkompliziert und pragmatisch zu gestalten. Kooperation ist möglich, Kooperation baut auf Beziehungen auf und diese gilt es zu pflegen.

6.3 *Zwingende Kompetenzanforderung an das Klientel als Folge der Digitalisierung*

Die auseinandergehende Entwicklung von Ansprüchen des Arbeitsmarktes einerseits und Ressourcen der Zielgruppe andererseits ist offensichtlich. Die Arbeitswelt verändert sich, was die Qualifikation der Arbeitnehmenden betrifft, mit der Digitalisierung aller Bereiche sehr rasch – Stichwort «Industrie 4.0». Auf Seiten der Klientinnen und Klienten sind die dazu passende Qualifikationen oftmals kaum oder gar nicht vorhanden.

Beschäftigungsprojekte sollen dem Erwerb dieser Qualifikationen vermehrt Beachtung schenken. Entsprechende Weiterbildungen sollten auch für suchtkranke Projektteilnehmende zum Angebot gehören. Damit wird nicht nur die Chance auf ein Weiterkommen im Integrationsprozess

erhöht, sondern auch die Attraktivität der Angebote aus Sicht der Klientinnen und Klienten.

Je höherschwelliger ein Beschäftigungsangebot ist, je näher dieses am ersten Arbeitsmarkt ist, umso mehr gehört neben dem (Wieder-)Erlernen der Arbeitsfähigkeit auch die Grundausbildung in gängigen Softwareanwendungendazu.

Literatur

Delgrande Jordan, M. (2017): Stationäre Behandlung der Alkoholabhängigkeit - Ergebnisse der KlientInnenbefragung act-info2016 - Deskriptive Statistik. Lausanne: Sucht Schweiz.

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.





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 objektivierbarer 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 Gesamtsicht 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/yvafbogo, 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.





Aufsuchende Soziale Arbeit als sozialräumliche und lebensweltorientierte Schadensminderung

Arbeitsfeld Aufsuchende Soziale Arbeit

*Mathias Arbogast*¹

1. Herausbildung der aufsuchenden Sozialen Arbeit als eigenständiges Arbeitsfeld innerhalb der Sozialen Arbeit

In ihrem Selbstverständnis ist aufsuchende Soziale Arbeit (aSa) professionelles Handeln im öffentlichen bzw. halböffentlichen Raum – d. h. sie vertritt klare Haltungen und handelt methodisch. Doch der Weg hin zu einem eigenständigen, reflektierten Arbeitsfeld innerhalb der Sozialen Arbeit war weit.

1.1 Erste Theoriebildung und Praxisprojekte

Eine erste systematisch-theoretische Grundlegung der aSa lieferte die sog. sozialökonomische Chicagoer Schule in den 1920er-Jahren. Am damaligen Lehrstuhl für Soziologie und Anthropologie an der University of Chicago entstanden wegweisende Publikationen in den Bereichen der Stadt-, Milieu- und Devianzsoziologie, auf deren Basis sog. «area workers» in bestimmten, als problematisch kategorisierten Stadtteilen tätig wurden. Losgelöst von ihren angestammten Einrichtungen wandten sich die «area workers» vorrangig delinquierenden Jugendgangs zu (vgl. Specht 2010: 44-47). Der Fokus lag dabei auf der Resozialisierung bzw. der Kriminalprävention und nicht auf deren Zerschlagung (vgl. Steffan 2007: 948f.). In der Folge entstanden die ersten Streetwork-Projekte, unter Einbezug des örtlichen Gemeinwesens und unter Berücksichtigung des Gruppenkontextes (vgl. ebd.). Für den deutschen Sprachraum finden sich ähnliche An-

¹ Leiter Fachstelle 'Sozialarbeit', Katholische Kirche Region Bern. Ehem. Leiter 'aufsuchende Soziale Arbeit' und 'Schalter 20', Verein Kirchliche Gassenarbeit Luzern (bis Juni 2019).

sätze für die Zeit der Weimarer Republik, in der sich Pastoren und Fürsorgerinnen ehrenamtlich den sog. «wilden Cliques» zuwandten und eine Art Milieuarbeit begründeten. Mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten fanden diese Bestrebungen allerdings ihr vorläufiges Ende (vgl. Thole 2000: 130). Erst ab der zweiten Hälfte der 1960er-Jahre bemühten sich vereinzelt Initiatoren, durch ein Aufsuchen in den jeweiligen lebensweltlichen Zusammenhängen eine Brücke zu jenen Personen zu schlagen, die durch die gängigen Komm-Strukturen nicht erreicht werden konnten (vgl. Steffan 2007: 948).

1.2 Etablierung der aSa als eigenständiges Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit

Nach dieser methodisch und konzeptionell eher unreflektierten Phase während der 1960er-Jahre konnte sich die aSa zwischen 1978-1981 schliesslich als genuines Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit etablieren (vgl. Flückiger 1989: 55). Die damals entstandenen, unter den Begriffen «Gassenarbeit» oder «Streetwork» subsumierten Projekte wandten sich unterschiedlichen Zielgruppen – «Jugendbanden», Wohnungslosen, Drogenkonsumierenden usw. – zu. Im deutschen Sprachraum erfuhr die aSa im Zuge des Heroinbooms Ende der 1980er- bis Mitte der 1990er-Jahre einen nachhaltigen Entwicklungsschub (Steffan 2000: 568). Während dieser Zeitspanne wurden zahlreiche Projekte im Bereich aufsuchender Präventions- oder Betreuungsarbeit initiiert. Viele noch heute existierende aSa-Angebote lassen sich als Antwort verstehen auf nicht vorhandene Strukturen der Schadensminderung und auf die aussichtslosen Versuche von Seiten der Politik, der Drogenproblematik mit Mitteln der Repression Herr zu werden. Ein Blick auf das Aufgabengebiet der damaligen aSa des Vereins Kirchliche Gassenarbeit Luzern bestätigt diesen Befund. So schreibt zum Beispiel das aSa-Team des Vereins im Jahresbericht von 1996: «Viele Personen [...] ernähren sich nicht mehr ausgewogen und finden den Zugang zu medizinischer Versorgung erst, wenn ihr gesundheitlicher Zustand alarmierend ist. [...] Oft sind wir Zeugen, wie in den öffentlichen WC-Anlagen [...] unter erschreckenden hygienischen Bedingungen injiziert wird. In Luzern fehlt ein Gassenzimmer» (Team Gassenarbeit 1996: 12-13). Bei der Initiierung von Angeboten im Bereich Überlebenshilfe kommt der aSa ein grosses Verdienst zu. Die Schaffung von Kontakt- und Anlaufstellen, Gassenküchen,

betreuten Wohnangeboten und Beratungsstellen für Suchtbetroffene in verschiedenen Schweizer Städten ist vielfach aus den Bestrebungen der aSa hervorgegangen. Dies gilt in besonderem Masse für die Stadt Luzern.² Getragen wurden die aSa-Pionier-Projekte der 1980er-Jahre oftmals von kirchlichen Körperschaften, finanziert durch Zuwendungen der öffentlichen Hand.

1.3 *aSa im Spannungsfeld der Politik*

Die Existenzberechtigung einer solchen milieubezogenen aSa wurde jedoch von Beginn an von verschiedenen Seiten hinterfragt. Politische Kreise befürchteten, dass die Präsenz von Gassenarbeiterinnen und Gassenarbeitern im Bereich der offenen Drogenszene eine Auflösung derselben verhindere bzw. zu deren Stabilisierung beitrage. So geschehen in der Stadt Luzern. Dort unterhielt der Verein Kirchliche Gassenarbeit seit den Achtzigerjahren Angebote für sucht- und armutsbetroffene Menschen. Bereits in den Anfangsjahren war die aSa ein zentrales Standbein der Vereinstätigkeiten. 1993 wurde die offene Szene am Zürcher Platzspitz polizeilich geräumt, zwei Jahre später schliesslich auch jene am Letten. Dies führte unmittelbar zu einem Personenzuwachs in der offenen Szene in Luzern, namentlich an der Eisengasse. Die sich zusehends verschärfende Situation in der offenen Drogenszene Luzerns führte letztlich auch hier zur Umsetzung repressiver polizeilicher Strategien. Im Zuge dieser Entwicklungen erhöhte sich der politische Druck auf die aSa und führte zu einem Rückgang der Akzeptanz in der Bevölkerung, bis das Angebot schliesslich 1997, nach über zehnjährigem Bestehen, eingestellt werden musste. Der Verein konzentrierte sich daraufhin stärker auf ambulante Angebote innerhalb fester Einrichtungen. Im Frühling 2008 bildete sich erneut eine offene Drogenszene im Salesiapark in der Agglomerationsgemeinde Kriens. Diese neue offene Drogenszene mit teils bis zu über hundert Personen vor Ort bewegte die Gemüter, nicht zuletzt auch die politischen Kräfte. Ironischerweise gipfelte der erneute politische Diskurs in einer Volksmotion an den Stadtrat, mit exakt der gegenteiligen Stossrichtung als es das politische Klima noch vor zehn Jahre gebot: Die Motion verlangte, eine «offene und

² Ähnliche Prozesse der Herausbildung von Suchthilfestrukturen finden sich auch in Bern, Biel oder Zürich.

aufsuchende Gassenarbeit einzuführen und die dazu notwendigen rechtlichen und finanziellen Grundlagen zu schaffen» (Stadt Luzern 2009). Der Auftrag zur Einrichtung und Führung des Projektes wurde sinnigerweise dem Verein Kirchliche Gassenarbeit übertragen. Seit Oktober 2009 betreibt dieser erneut eine aSa im Einzugsgebiet der Stadt Luzern. Aufgrund der erfolgreichen Vier-Säulen-Politik haben sich die Befürchtungen und Ängste aus früheren Jahren, die aSa würde zu einer Stabilisierung offener Drogenszenen beitragen, als unbegründet erwiesen. Heute geniesst die aSa eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung. Dementsprechend finden sich in allen grösseren Schweizer Städten etablierte und qualifiziert ausgestaltete aSa-Angebote.

1.4 Weiterentwicklung und Professionalisierung der Disziplin in der Schweiz

In der Schweiz haben sich die verschiedenen, im Bereich der aSa tätigen Akteure als 'Fachgruppe Gassenarbeit' (FaGass) – vormals als eine Fachgruppe des Fachverbands Sucht, heute unter dem Dach von 'Avenir Social' – zusammengeschlossen. Die Fachgruppe hat zum Ziel, den landesweiten Austausch unter den betreffenden Institutionen zu fördern. Mit der Erarbeitung von Haltungspapieren und dem Festlegen von Standards soll einerseits eine einheitliche Haltung in spezifischen Fragen geschaffen, wie auch eine stetige Professionalisierung der aufsuchenden Sozialen Arbeit vorangetrieben werden. So zeichnet sich die Fachgruppe auch verantwortlich für die Erarbeitung der 'Charta der Aufsuchenden Sozialarbeit' (vgl. FaGass 2004), ein zentrales Grundlagendokument für die schweizerische aSa. Die Charta ist in einem zweijährigen Arbeitsprozess entstanden und ist gewissermassen der «kleinstmögliche gemeinsame Nenner» (Klaus 2006: 248) der verschiedenen in der aSa tätigen Institutionen in der Schweiz. Ein weiteres, von der FaGass erarbeitetes Grundlagenpapier ist das 'Haltungspapier zu ordnungspolitischen Aufträgen', in dem die Unvereinbarkeit von Ordnungspolitik und einer professionell verstandenen aSa festgehalten wird (vgl. FaGass 2011). Die FaGass versteht sich zudem als Kompetenzzentrum für Anfragen von Externen.

Qualitätsmanagementsysteme (QMS) sind heute Bestandteil praktisch sämtlicher sozialer Institutionen, die Gelder der öffentlichen Hand

erhalten. Das QMS 'QuaTheDA' (QualitätTherapieDrogenAlkohol) wurde 2000 vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) für den stationären Suchthilfebereich veröffentlicht. 2006 wurde QuaTheDA auf sämtliche ambulanten und stationären Suchthilfebereiche, inklusive Schadensminderung, ausgedehnt. Auch für die aSa liegt ein eigenes Referenzsystem von QuaTheDA (Modul 8) vor, welches Qualitätsanforderungen für die Kontaktaufnahme, Beratung, Vernetzung, Konzeption und Dokumentation enthält und somit einen wichtigen Beitrag zur Professionalisierung der Teildisziplin leistet (vgl. BAG 2012: 133-141).

Ein weiteres wichtiges Element für die Weiterentwicklung und Professionalisierung ist ein entsprechendes Weiterbildungsangebot. Dieses beschränkt sich nach wie vor lediglich auf ein viertägiges Fachseminar, das von der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) angeboten wird.

1.5 Spezifika in der Arbeitsbeziehung

Die Notwendigkeit einer aSa wird durch die Annahme begründet, dass bei gewissen Personen wohl eine Hilfsbedürftigkeit besteht, jedoch die bestehenden Hilfs- und Beratungsangebote mit Komm-Struktur nicht in Anspruch genommen werden (können) - aus unterschiedlichen Gründen. Die Hauptursache für das vermeintliche Versagen hochschwelliger Angebote wird in einer der Personengruppe nicht adäquaten Form der Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung vermutet. Dieses Defizit soll durch eine Geh-Struktur überwunden werden. In der aSa kommt es somit zu einer eigentlichen Umkehrung bei der Kontaktaufnahme zwischen AdressatInnen und Professionellen der Sozialen Arbeit: Nicht die Klientinnen und Klienten gehen auf die Sozialarbeitenden zu, sondern werden von diesen in ihren Alltagswelten aufgesucht. Aus diesem «umgekehrten» Zugang ergeben sich eine Reihe von spezifischen Herausforderungen bzw. Fragestellungen:

1) aSa geschieht innerhalb eines konkreten geographischen Raumes – eines Quartiers, Stadtteils, Platzes oder einer Strasse. Nebst der eigentlichen Zielgruppe der aSa werden diese *äusseren* Räume zugleich auch von zahlreichen weiteren Akteuren genutzt. Solche Räume sind immer auch Handlungsräume von Subjekten. Es sind Orte vielgestaltiger Beziehungen, Interaktionen und komplexer sozialer Zusammenhänge, was die aSa

in ihrem Handeln stets mit zu bedenken hat. Dieser Sachverhalt verlangt nach einer *sozialräumlichen* Orientierung der aSa. Sozialraumorientierte Soziale Arbeit fokussiert nicht nur auf individuelle Unterstützungsprozessen wie bspw. die Einzelfallhilfe (vgl. Kessel/Reutlinger 2010: 44), sondern versucht den Veränderungswillen und die Ressourcen der Klientinnen und Klienten mit den Möglichkeiten ihres jeweiligen Sozialraums zu verbinden, z. B. Nachbarschaft, Sozialhilfe, gemeinnützige Institutionen, politische Entscheidungsträger (vgl. Klöti/Fabian/Drilling 2012: 6). ASa hat somit stets den Gesamtkontext im Blickfeld zu behalten, in dem sich ihre Adressatinnen und Adressaten bewegen und sich das eigene sozialarbeiterische Handeln abspielt.

2) Die von der aSa aufgesuchten Räume werden nebst der eigentlichen Zielgruppe auch von zahlreichen anderen Individuen und Gruppierungen genutzt, deren Forderungen und Ansprüche an den jeweiligen Raum jedoch oftmals von jenen der Zielgruppe stark divergieren. Diese abweichenden Interessen werden in der einen oder anderen Form an die Professionellen der aSa herangetragen und verlangen nach einer klaren Positionierung. Versteht sich die aSa als Anwältin ihrer Zielgruppe oder als Mediatorin zwischen den verschiedenen, den Sozialraum beanspruchenden Parteien? ASa muss sich über ihre *Mandatierung* im Klaren sein. Hat sie ein Doppel- oder gar ein Vielfachmandat inne? Ist eine Mehrfachmandatierung überhaupt zielführend im Kontext der aSa? In diesem Zusammenhang ist auch die Frage zu klären bzw. die Entscheidung zu treffen, ob die aSa ein für die Anspruchsgruppen bzw. Adressatinnen und Adressaten freiwilliges oder verpflichtendes Angebot sein will. Bestimmt die Zielgruppe oder bestimmen die Professionellen der aSa über Art und Dauer der Kooperation? Dabei stellt sich die Grundsatzfrage, ob überhaupt noch von aSa die Rede sein kann, wenn die Professionellen über Art und Dauer der «Kooperation» entscheiden. Das Thema der Freiwilligkeit wird weiter unten nochmals aufgegriffen.

3) Der Kontext der Arbeitsbeziehung ist im Wesentlichen geprägt durch Regeln und Codes der Zielgruppe (subkulturelle Orientierung, Milieus). So kommt es auch in dieser Hinsicht zu einer Umkehrung in der Beziehungsgestaltung: Der Rahmen der Arbeitsbeziehung wird zur Hauptsache nicht durch die Institution, sondern durch die Zielgruppe der

aSa vorgegeben (Ort, Gesprächsdauer, Anzahl der am Gespräch beteiligten Personen, Gesprächsinhalt). Dies setzt gewisse Persönlichkeitsmerkmale bei den Professionellen der aSa voraus. So bedarf es an Selbstsicherheit und Authentizität, da Angst oder Anbiederung eine wirkungsvolle aSa verunmöglichen.

1.6 *Die Adressatinnen und Adressaten der aSa*

In zahlreichen aSa-Konzepten wird versucht, mit Hilfe soziologischer, juristischer und medizinischer Attribute wie z. B. Sucht- und Armutsbetroffenheit, Randständigkeit oder Aufenthalt im öffentlichen, respektive halb-öffentlichen Raum, den Adressatenkreis der aSa zu bestimmen. Die gesamtschweizerische 'Charta der Aufsuchenden Sozialarbeit' benennt «von Ausgrenzung bedrohte» (Klaus 2006: 256) Personen als Zielgruppe der aSa. Die verschiedenen aSa-BetreiberInnen grenzen die Zielgruppen dem eigenen Leitbild entsprechend ein. Der Verein Kirchliche Gassenarbeit Luzern beispielsweise definiert «sucht- und armutsbetroffene Frauen und Männer, [die] sich dauernd oder vorübergehend im öffentlichen oder halb-öffentlichen Raum aufhalten» (Verein Kirchliche Gassenarbeit 2018: 1) als Zielgruppe. Die Möglichkeit einer engeren, dem jeweiligen institutionellen Auftrag entsprechenden Zielgruppenbestimmung, sieht auch die Charta vor (vgl. ebd.). Wie bereits oben erwähnt, kann als eine Art Minimaldefinition festgehalten werden, dass sich aSa in ihrer Tätigkeit jenen Menschen zuwendet, deren Lebensmittelpunkt der öffentliche bzw. halb-öffentliche Raum ist, bei denen eine Hilfsbedürftigkeit angenommen wird, die jedoch Angebote der Sozialen Arbeit mit Komm-Struktur nicht nutzen. Eine durchaus sinnige Ausweitung dieser Minimaldefinition liefert Hochstrasser. Er benennt «Menschen, deren Lebensmittelpunkt sich auf der Gasse befindet und deren soziales Netzwerk sich weitgehend auf diesen Sozialraum reduziert hat» (Hochstrasser 2012: 12) als Adressatinnen und Adressaten der aSa und versucht so, dem 'Lebenswelt-Konzept' im Sinne Thierschs (Thiersch/Grundwald 2002: 136ff.) Rechnung zu tragen.

1.7 Ziele der Aufsuchenden Sozialen Arbeit

Die Charta der Aufsuchenden Sozialarbeit hält acht zentrale Ziele von aSa fest. Diese sind:

- «die soziale Vernetzung zu fördern, zu erhalten und zu verstärken,
- zur Entwicklung, Entfaltung und Emanzipation der Individuen [...] beizutragen,
- Situationen vorzubeugen, welche die Betroffenen in ihrer physischen und/oder psychischen Unversehrtheit beeinträchtigen [...],
- beizutragen zu einer Begrenzung und Verminderung von psychischen, physischen und sozialen Beeinträchtigungen,
- [...] zu ermöglichen, gesellschaftlichem Ausschluss jeder Art zu entkommen [...] und einen verantwortungsvollen und kritischen Zugang zur Gesellschaft zu finden,
- Prozesse zu unterstützen, welche die individuellen und kollektiven AkteurInnen befähigen, [...] selbstständig zu handeln,
- den Einzelnen Zugang zu benötigten Ressourcen, Dienstleistungen, Strukturen und Angeboten zu ermöglichen,
- solidarische Beziehungen und das Gefühl der Zugehörigkeit zu fördern» (Fachgruppe Gassenarbeit 2004: 11).

Auf den ersten Blick mag dies als ein sehr ehrgeiziges Programm anmuten. Tatsächlich widerspiegeln die aufgeführten Punkte sehr präzise den Arbeitsinhalt der aSa, wobei Punkt 7 (Zugang zu Ressourcen ermöglichen) einen grossen Teil der täglichen Arbeit ausmacht. Der Zielgruppe soll der Zugang zum bestehenden Hilffsystem aufgezeigt und vermittelt werden, damit sie eine angestrebte Verbesserung der Lebenssituation (Wohnsituation, Existenzsicherung, Gesundheit) erreichen kann.

1.8 Arbeitsprinzipien und Methodik der aSa

Wie von Hochstrasser richtig erkannt, ist die «Gasse» der Lebensmittelpunkt und Horizont der Alltagserfahrung jener Menschen, zu denen die aSa eine Brücke schlagen will. ASa vollzieht sich im *Alltag* ihrer Adressantinnen und Adressaten. Welche Implikationen für die Methodik und Ausgestaltung der aSa ergeben sich aus diesem nicht zu unterschätzenden

Sachverhalt? Eine Antwort liefert Thierschs Konzept einer 'lebensweltorientierten Sozialarbeit'. Thiersch sieht die Sozialarbeit mit zahlreichen inneren Problemen konfrontiert. Er unterstellt der Profession Selbstreferentialität und eine defizitorientierte bzw. pathologisierende Sicht auf die Adressatinnen und Adressaten der Sozialen Arbeit (vgl. Thiersch/Grundwald 2002: 135). Um diese systemimmanenten Unzulänglichkeiten zu überwinden, bedient sich Thiersch – in Anlehnung an Alfred Schütz – des Begriffs des Alltags und beschreibt die Alltagserfahrung der Adressatinnen und Adressaten Sozialer Arbeit als einzig gültigen Referenzpunkt professionellen sozialarbeiterischen Handelns. Eine so verstandene lebensweltorientierte Soziale Arbeit «agiert im Horizont der radikalen Frage nach dem Sinn und der Effizienz sozialer Hilfen aus der Perspektive ihrer Adressat/innen» (ebd.). Für Thiersch folgt daraus eine Abkehr von medizinisch geprägten Hilfsformen der Sozialen Arbeit und eine Hinwendung zu den individuellen Problemlagen – und zwar so, wie diese von den Betroffenen in ihrem Alltag selbst gedeutet werden. Zielhorizont dieser lebensweltorientierten Sozialen Arbeit ist ein *gelingenderer Alltag*. Solchermassen verstandene und strukturierte lebensweltorientierte Hilfe ist zunächst in die sozialen Strukturen auf personaler und lokaler Ebene eingebettet, mischt sich aber auch – in anwaltlicher Funktion *für* die betroffenen Menschen – in den sozialpolitischen Diskurs für gerechte Strukturen ein.

Die zentralen Grundgedanken der Thiersch'schen Lebensweltorientierung fanden auch Eingang in die Charta der Aufsuchenden Sozialarbeit. Dieses nach wie vor bedeutsame Grundlagendokument liefert die Basis für zahlreiche aSa-Konzepte in der Schweiz. So herrscht heute weitgehend Konsens darüber, dass aSa niederschwellig, freiwillig, parteilich, gender- und diversity-gerecht, anwaltschaftlich und akzeptierend auszugestalten ist. Zudem basieren die meisten Konzepte, entsprechend der Charta, auf einer systemisch-konstruktivistischen Perspektive. Einige zentrale Prinzipien und Haltungen sollen im Folgenden kurz ausgeführt werden.

1.8.1 Alltagsorientierung/Niederschwelligkeit

Gerade die Arbeit mit Suchtbetroffenen, deren Lebensvollzug sich vielfach ausserhalb gängiger gesellschaftlicher Strukturen abspielt, erfordert grösstmögliche Niederschwelligkeit. Eine niederschwellige Sozialarbeit orientiert sich hinsichtlich Raum, Zeit und Methodik am Rhythmus der

AdressatInnen (vgl. Gillich 2006: 58). Für Thiersch heisst dies, dass eine niederschwellige Sozialarbeit die bestehenden institutionellen und professionellen Zugangsbarrieren (Systemorientierung statt KlientInnenorientierung, Bürokratie, schlechte örtliche und zeitliche Erreichbarkeit, einfacher Zugang zu den Leistungen, Ausrichtung an den zeitlichen Möglichkeiten der Zielgruppe, Orientierung an den KlientInnenbedürfnisse), so weit als möglich abzubauen hat (vgl. Thiersch/Grundwald 2002: 137). Ein Angebot der aSa ist demnach so auszugestalten, dass dieses für die Zielgruppe möglichst einfach und ohne Hürden zugänglich ist. Um Hilfe in Anspruch zu nehmen, sollen möglichst keine Vorbedingungen erfüllt werden müssen. Durch eine niederschwellige aSa können die Klientinnen und Klienten in einem weiteren Schritt auch den höherschwelligen Strukturen des Hilfesystems zugeführt werden.

1.8.2 Parteilichkeit

Parteiliche Soziale Arbeit geht davon aus, dass «unparteiliche Arbeit» (Hartwig 2000: 14) ein Mythos ist. Das Konzept einer Parteilichen Sozialarbeit hat ihren Ursprung in der Auseinandersetzung der Sozialen Arbeit mit der Kritischen Theorie (vgl. ebd. 26). Parteiliche Sozialarbeit hinterfragt die Legitimität bestehender Machtstrukturen und ergreift klar Partei. Ihr Ziel ist es, marginalisierte, ausgegrenzte und benachteiligte Gruppen zu stärken und ihnen Gehör zu verschaffen (vgl. ebd.). Demnach hat aSa für ihre Zielgruppen Partei zu ergreifen. Dies soll aber nicht heissen, dass aSa die für professionelles, sozialarbeiterisches Handeln konstitutive Distanz innerhalb einer Hilfebeziehung aufgibt und so einem «unreflektierten Identifikationsmechanismus» (Merchel 2000: 58) Vorschub leistet. Parteilichkeit meint in diesem Kontext, dass die aSa der Tatsache Rechnung zu tragen hat, dass ihre Zielgruppe – aus welchen Gründen auch immer – nicht am öffentlichen Diskurs teilhat. Sie hat sicherzustellen, dass die Anliegen der Zielgruppe wahrgenommen werden. ASa hat sich, im Interesse ihrer Adressatinnen und Adressaten, in politische Diskurse einzumischen (vgl. Thiersch 2002: 137). Für Thiersch ist eine kritisch verstandene Soziale Arbeit nur dann möglich, «wenn sie sich als sozialpolitisch versteht» (ebd. 137).

1.8.3 aSa und ordnungspolitische Aufträge

Ein wachsendes Sicherheitsbedürfnis in der Bevölkerung führt in der Tendenz dazu, dass der öffentliche Raum stärker überwacht und kontrolliert wird. Es wird versucht, diesem Bedürfnis durch eine Reihe ordnungspolitischer Massnahmen Rechnung zu tragen. So wurden in den letzten Jahren in den meisten Kantonen gesetzliche Grundlagen geschaffen, die der Polizei erlauben, Personen beim Vorliegen einer Störung oder Gefährdung der öffentlichen Sicherheit wegzuweisen.³ Dies macht deutlich, dass ordnungspolitische Strategien und Massnahmen bei Nutzungskonflikten im öffentlichen Raum an Einfluss gewonnen haben (vgl. Huber 2009: 271ff.) Die seit einigen Jahren in Schweizer Städten anzutreffenden uniformierten Patrouillen können dem Bereich solcher Kontroll- bzw. ordnungspolitischer Massnahmen und Interventionen zugeordnet werden. Aus der Konsequenz einer parteilich verstandenen Sozialarbeit werden hingegen von der aSa jegliche kontroll- und ordnungspolitische Aufträge abgelehnt. Hier manifestiert sich ein fundamentaler Unterschied zwischen den Angeboten der aSa und jenen von SIP, PINTO oder ähnlichen, im öffentlichen Raum tätigen Organisationen. Diese sehen sich als allparteiliches Angebot, dessen Anliegen es ist, zu gewährleisten, dass der öffentliche Raum von unterschiedlichen Gruppen und Einzelpersonen in gleicher Weise genutzt werden kann. Sie unterscheiden sich in quantitativer Hinsicht von den sporadischen und partikularen polizeilichen Kontrollen in der Vergangenheit, da diese Patrouillen täglich durchgeführt werden. Um ihren in erster Linie ordnungspolitischen Auftrag zu erfüllen, sind SIP oder PINTO gezwungen, aktiv auf die Zielgruppe zuzugehen, auch wenn diese keinen Kontakt aufnehmen will. Anders verhält es sich mit dem freiwilligen Angebot der aSa, das von den KlientInnen angenommen oder abgewiesen werden kann. Für die Fachgruppe Gassenarbeit ist ein ordnungspolitischer Auftrag unvereinbar mit den ethischen Grundlagen der Sozialen Arbeit, was sie mit dem Verfassen eines entsprechenden Haltungspapiers zum Ausdruck brachte (vgl. Knecht (2011). Wyss (2013: 15) hat die Kontroverse umfassend dargestellt.

³ Den Anfang machte der Kanton Bern mit dem sog. «Lex Wasserfallen» von 1997. In den Jahren darauf schufen praktisch sämtliche Kantone – bis auf acht – ähnliche Gesetzesgrundlagen, wobei die meisten Artikel in den Jahren 2007 und 2008 eingeführt wurden (vgl. Moeckli/Keller 2012:3f.).

1.8.4 Akzeptierende Haltung

Über einen langen Zeitraum hinweg galt die Abstinenz als unverrückbares Dogma der Suchtarbeit (vgl. Kleinmeier 2004: 35f.). Ein solches Abstinenzparadigma greift jedoch zu kurz und lässt den Umstand ausser Acht, dass Abstinenz an sich kein Garant für eine Steigerung der Lebensqualität ist (vgl. ebd. 38). So vertreten auch die allermeisten aSa-Konzeptionen keinen Abstinenzanspruch, lehnen entsprechende Kontrollfunktionen strikte ab und setzen voraus, dass der Wunsch einer Verhaltensänderung von den Klientinnen und Klienten zu kommen hat. Im Vordergrund stehen dabei Überlegungen zur Beziehungsgestaltung und die Überzeugung, dass im Rahmen eines empathischen, vertrauensvollen und motivierenden Gesprächs mehr erreicht werden kann, als wenn der Fokus stets auf der Abhängigkeit als Defizit, das es zu überwinden gilt, liegt.

1.8.5 Freiwilligkeit

Mandatiert sind aSa-Mitarbeitende ausschliesslich durch ihre Klientinnen und Klienten. Doppelmandate werden ausgeschlossen. Aufträge von Dritten lassen sich demnach nicht an die aSa delegieren, da dies den Grundsätzen der Parteilichkeit, Freiwilligkeit oder zuweilen auch einer akzeptierenden Haltung widersprechen würde. Diese eindeutige Auftragslage bietet für die Professionellen der aSa einen klaren Orientierungsrahmen und vereinfacht den Zugang zur Zielgruppe. Dabei ist es jedoch zentral, dass das aSa-Mandat auch für alle anderen Stakeholder (Polizei, Bevölkerung, Politik usw.) transparent und nachvollziehbar ist – was eine intensive Kommunikation und Vernetzung der aSa mit allen Akteuren innerhalb des Sozialraumes erfordert. aSa hat sich als Teil eines Hilfesystems zu verstehen und dementsprechend «neue Formen der Kooperation» (Thiersch 2002: 137) anzustreben. Es muss ihr ein zentrales Anliegen sein, einen Beitrag an ein effektives «Zusammenspiel unterschiedlicher Kompetenzen» zu leisten – zugunsten ihrer Zielgruppe.

Es gilt an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass in Situationen von Fremd- und Selbstgefährdung jegliche Parteilichkeit, Freiwilligkeit oder auch akzeptierende Haltung ihre Grenzen erreicht.

2. Gute Praxis: aSa im Verein Kirchliche Gassenarbeit Luzern

2.1 *Der Verein Kirchliche Gassenarbeit Luzern*

Die Tätigkeit des Vereins Kirchliche Gassenarbeit (VKG) begann mit der Einführung der aufsuchenden Sozialen Arbeit (damals Gassenarbeit) in der Stadt Luzern im Jahre 1985. Ausschlaggebend für die Einrichtung einer aSa war die sich im öffentlichen Raum manifestierende Verelendung suchtbetroffener Frauen und Männer im Zuge des Heroinbooms der 1980er-Jahre. Die römisch-katholische Kirchgemeinde Luzern reagierte auf diese Entwicklung mit der Schaffung einer 50%-Stelle für die aSa, deren Aufgabe damals hauptsächlich im Verteilen sauberen Spritzenmaterials und der Wundversorgung bestand. Im Laufe der Jahre erweiterte sich der Tätigkeitsbereich, sodass 1993 der VKG als juristischer Verein nach ZGB Art. 60-79 gegründet wurde. Die Mitglieder des VKG sind ausschliesslich Vertreterinnen und Vertreter von Kirchgemeinden und Landeskirchen. Der Vorstand setzt sich aus den Gründungsmitgliedern des VKG zusammen. Im Rahmen der Viersäulen-Drogenpolitik des Bundes, wie sie im BetmG Art. 1a definiert ist, sind der VKG und der Verein Jobdach die einzigen Institutionen in der Säule Schadensminderung in der Stadt Luzern. Die Bereiche der Schadensminderung sind auf die beiden Vereine aufgeteilt. Während der Verein Jobdach die Bereiche Arbeit und Wohnen abdeckt, ist der VKG für die medizinische Grundversorgung, Ernährung, psychosoziale Beratung und seelsorgerliche Begleitung zuständig. Zur Zielgruppe gehören such- und armutsbetroffene Menschen aus dem Raum Innerschweiz. Der VKG führt die Betriebe GasseChuchi-Kontakt- und Anlaufstelle, Schalter 20 (Sozialberatung, Einkommensverwaltung), aufsuchende Sozialarbeit und Paradiesgässli (Anlaufstelle für ehemals oder aktuell suchtbetroffene Eltern mit Sozialberatung mit Einkommensverwaltung, sozialpädagogischer Familienbegleitung, Hausaufgabenhilfe und Jugendberatung). Seine Tätigkeit finanziert der VKG zu 50% über Mittel der öffentlichen Hand, welche an Leistungsaufträge gebunden sind, zu 15% über Beiträge der Trägerorganisationen, zu 30% über Spenden und zu 5% über Eigenleistungen.

2.2 *Organisation der aufsuchenden Sozialen Arbeit*

Seit 2009 existiert erneut eine aSa. Das Angebot ist so ausgestaltet, dass an drei bis vier Abenden jeweils zwei Mitarbeitende des aSa-Teams an den für die Zielgruppe bedeutsamen Orten präsent sind. Nach verschiedenen Versuchen konnte festgestellt werden, dass ein Einsatz zwischen 17:45 bis ca. 19:45 am ergiebigsten ist, da während diesem Zeitraum sowohl die Anzahl von Menschen aus der Zielgruppe wie auch die Bereitschaft derselben, an einem Gespräch teilzunehmen, am höchsten sind. Von 2009 bis Ende 2012 bestand das aSa-Team lediglich aus Mitarbeitenden vom 'Schalter 20'. Im März 2013 wurde in dieser Hinsicht eine relevante Neuerung vorgenommen. Das aSa-Team setzt sich heute aus Mitarbeitenden sämtlicher Betriebe des VKG zusammen. Durch diese überbetriebliche Zusammensetzung kann das grosse vereinsinterne Beziehungsnetz umfassend genutzt werden. Diese Organisation der aSa erwies sich als äusserst erfolgreich, was sich einerseits an der starken Zunahme im Bereich Einkommensverwaltung als auch Sozialberatung beim Schalter 20 zeigt. Seit der Wiedereinführung der aSa haben die Einkommensverwaltungen um 100% zugenommen. Durch die kontinuierliche Präsenz und die intensive Beziehungsarbeit ist es der aSa gelungen, bei der Zielgruppe auf die bestehenden vereinsinternen Hilfsstrukturen aufmerksam zu machen, das Vertrauen in diese zu fördern und vorhandene Hürden abzubauen.

Bei der Rekrutierung der Mitarbeitenden wird Wert auf eine qualifizierte Fach- und hohe Sozialkompetenz gelegt. Das Team besteht aus Sozialarbeitenden der Beratungsangebote, die mindestens über einen Abschluss in Sozialer Arbeit (FH) verfügen, und über Mitarbeitende der GasseChuchi-K+A, die entweder einen Abschluss im Bereich der Pflege (HF/FH) oder der Sozialpädagogik/Sozialen Arbeit (HF/FH) verfügen. Weiter werden hohe Kommunikationskompetenzen sowie eine bestehende Anstellung in einem Betrieb des VKG vorausgesetzt (vgl. Verein Kirchliche Gassenarbeit 2018). Um die Fach- und Methodenkompetenz permanent zu fördern, werden zweimal jährlich interne Weiterbildungen mit externen Fachpersonen sowie regelmässige Supervisionen durchgeführt. Aktuell stehen dem VKG 90 Stellenprozente für die aSa zur Verfügung.

3. Fazit und Ausblick

Wie das Beispiel des VKG zeigt, ist aSa dann wirklich effektiv, wenn sie sich mit einem ambulanten Angebot verbinden lässt. So hat sich die aSa innerhalb des VKG zu einem bedeutsamen, ja unverzichtbaren Instrument entwickelt. Einerseits gelingt es ihr, eine Brücke von den bestehenden Angeboten zu potentiellen Klientinnen und Klienten zu schlagen. Andererseits ist sie in der Lage den Interventionsrahmen traditioneller Hilfsangebote zu vergrössern und auf die Lebenswelt der Klientinnen und Klienten auszuweiten. Dies funktioniert insbesondere dann, wenn bereits eine längerfristige Zusammenarbeit mit der Klientel besteht. Ein weiterer äusserst bedeutsamer Faktor für die Wirksamkeit und Effektivität der aSa ist die Kontinuität des Angebots. Nur durch eine regelmässige Präsenz werden die Mitarbeitenden der aSa für die Adressatinnen und Adressaten auch wirklich fassbar und es kann eine Atmosphäre des Vertrauens entstehen.

Ein weiterer Erfolgsfaktor für die aSa ist ihre Innovationskraft und die Bereitschaft zur Veränderung. Die Adaption an Trends und Entwicklungen ist zwingend für einen erfolgreichen Zugang zur Klientel. So ist eine Abkehr der aSa von ihren angestammten Wirkungsfeldern (Bahnhöfe, Parks) ein durchaus realistisches Szenario. Die grossen offenen Drogenszenen der 90er-Jahre sind Geschichte. Allerdings sind neue Problemfelder erkennbar, bei deren Bearbeitung Ansatz und Methodik der aSa erfolgsversprechend erscheinen. Exemplarisch sei hier der gesamte Bereich des Nachtlebens und des Freizeitdrogenkonsums erwähnt. Die Party- und Clubkultur ist bei vielen jungen Menschen die Freizeitbeschäftigung schlechthin und oftmals auch Spielfläche risikoreichen Verhaltens. Klassischen Suchthilfestellen gelingt es kaum, diese Zielgruppe zu erreichen. Durch eine aSa, die sich szenennahen Interventionen bedient und in der Lage ist, einen wiederkehrenden Kontakt zu ihren Adressatinnen und Adressaten herzustellen, kann effektive Schadensminderung geleistet werden. Die aSa als eigenständiges Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit ist gut beraten an ihren bewährten Arbeitsprinzipien und Grundhaltungen festzuhalten.

Die einstigen kritischen Stimmen, welche der aSa gar Szenenbildung unterstellten, sind verstummt. Die heutigen Anfragen und Herausforde-

rungen sind gänzlich anderer Natur. Dank der vom Bund aktiv betriebenen und äusserst erfolgreichen Viersäulen-Suchtpolitik konnten zahlreiche Strukturen der Schadensminderung geschaffen werden. Die offenen Drogenszenen sind weitestgehend aus den Schweizer Städten verschwunden - und mit ihnen auch das Bewusstsein für die gesamte Suchtproblematik. Ein Blick auf den Schweizer Sorgenbarometer der Credit Suisse zeigt, dass Drogen von der Schweizer Bevölkerung heute kaum mehr als relevantes Problemfeld erachtet werden. Haben 1990 noch 70% der Befragten Drogen als zentrales Problem wahrgenommen, sind es 2018 noch gerade 8% (vgl. GFS 2018). Ein fehlendes Problembewusstsein in der Bevölkerung, gekoppelt mit erhöhtem Spardruck auf Seiten der aSa-Kostenträger sowie eine allgemeine Tendenz zur Medizinalisierung, können für auch noch so erfolgreiche aSa-Projekte letztlich das Aus bedeuten.

Die aSa kommt nicht darum herum, sich mit Wirkungsforschung auseinanderzusetzen. Der Legitimierungsdruck wird kontinuierlich zunehmen. ASa hat den beabsichtigten Impact und die angestrebten gesellschaftlichen Wirkungen klar zu definieren, die entsprechenden Indikatoren und Messgrössen genau festzulegen. Nur so kann sie eine aussagekräftige Zielüberprüfung vornehmen und über ihr Tun auch auf einer soliden Basis Rechenschaft ablegen. So ist denn heute von Seiten der aSa, nebst der eigentlichen Arbeit im Feld, zunehmend eine proaktive, transparente und adressatenkonforme Kommunikation mit sämtlichen Stakeholdern sowie der Öffentlichkeit gefordert.

Literatur

- Bamberger, G. (2010): Lösungsorientierte Beratung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- BAG - Bundesamt für Gesundheit (2012). Das modulare QuaTheDA-Referenzsystem. Die Qualitätsnorm für die Suchthilfe, Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: BAG.
- Fachgruppe Gassenarbeit (2004): Charta der Aufsuchenden Sozialarbeit. www.tinyurl.com/rx7kyyu, Zugriff 27.12.2019.
- Fachgruppe Gassenarbeit (2011): Haltung zu ordnungspolitischen Aufträgen in der Aufsuchenden Sozialen Arbeit. www.tinyurl.com/v229fo3, Zugriff 27.12.2019.
- Flückiger, M. (1989): Gassenarbeit in der Schweiz - ein Überblick. S. 55-60 in: W. Steffan (Hrsg.), Strassensozialarbeit - eine Methode für heisse Praxisfelder. Weinheim und Basel: Beltz.
- GFS Bern (2018): Credit Suisse Sorgenbarometer. Bern: gfs.

- Gillich, S. (2006): Formen und Grundsätze der Kontaktaufnahme in den Arbeitsfeldern Streetwork und Mobile Jugendarbeit. 56-69 in: S. Gillich (Hrsg.), Professionelles Handeln auf der Strasse, Praxisbuch Streetwork und Mobile Jugendarbeit. Gründau-Rothenbergen: Triga.
- Hartwig, L./Weber, M. (2000): Parteilichkeit als Konzept der Mädchen- und Frauenarbeit. S. 25-48 in: L. Hartwig/J. Merchel (Hrsg.) Parteilichkeit in der Sozialen Arbeit. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.
- Hochstrasser, T. (2013): Gassenarbeit heute. Sozial Aktuell (6): 10-13.
- Huber, S. (2009). Soziale Arbeit in der Stadt - Zwischen ordnungspolitischer Vereinnahmungsversuchen und fachlichen Autonomiebestrebungen. S. 269-284 in: B. Grubemann/J. Oelkers (Hrsg.), Das Soziale in der Pädagogik, Bad Heilbrunn: Julius Kleinhardt.
- Kessel, F./Reutlinger Ch. (2010): Sozialraum, eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag.
- Klaus, A. (2006): Blick in die Schweiz. in: S. Gillich (Hrsg.), Professionelles Handeln auf der Strasse, Praxisbuch Streetwork und Mobile Jugendarbeit. Gründau-Rothenbergen: Triga.
- Kleinmeier, E. (2004): Ziele der Suchttherapie. S. 35-38 in: M. Krausz/C. Haasen (Hrsg.), Kompendium Sucht. Stuttgart, New York: Thieme.
- Klöti T./Fabian, C/Drilling M. (2012): Sozialräume: verstehen – gestalten – verteidigen. SuchtMagazin 38(6): 4-11.
- Knecht, R. (2011): Haltung zu ordnungspolitischen Aufträgen in der Aufsuchenden Sozialen Arbeit. Bern: Fachgruppe Aufsuchende Sozialarbeit/Streetwork von Avenir Social.
- Merchel, J. (2000): Parteilichkeit: ein problematisches Prinzip für professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit. S. 49-68 in: L. Hartwig/J. Merchel (Hrsg.) Parteilichkeit in der Sozialen Arbeit. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.
- Moeckli, D./Keller, R. (2012): Wegweisungen und Rayonverbote - ein Überblick. Sicherheit + Recht (3): 231-245.
- Specht, W. (2010): Mobile Jugendarbeit im globalen Wandel, Publikationsreihe der Internationalen Gesellschaft für Mobile Jugendarbeit, Dokumentation des 9. Internationalen ISMO Symposiums in Stuttgart.
- Stadt Luzern (2009): Stellungnahme zur Volksmotion Nr. 397 2004/2009 zur Einführung der offenen und aufsuchenden Gassenarbeit.
- Steffan, W. (2000): Stichwort 'Streetwork'. S. 567-574 in: F. Stimmer (Hrsg.), Suchtlexikon, München, Wien: Oldebourg.
- Steffan, W. (2007): Stichwort 'Streetwork' in: R. Mulot./S. Schmitt (Hrsg.), Fachlexikon Soziale Arbeit, Baden-Baden: Nomos.
- Team Gassenarbeit (1996): Weg (von) der Hoffnungslosigkeit. S. 8-16 in: Verein Kirchliche Gassenarbeit (Hrsg.), Jahresbericht 1996. Luzern: VKG.
- Thiersch, H./Grunwald K. (2002): Lebenswelt und Dienstleistung. S. 67-89 in: H. Thiersch, Positionsbestimmung der Sozialen Arbeit – Gesellschaftspolitik, Theorie und Ausbildung. Weinheim und München: Juventa.
- Thole, W. (2000): Kinder- und Jugendarbeit - Eine Einführung. Weinheim, München: Juventa.
- Verein Kirchliche Gassenarbeit (2018): Konzept aufsuchende Sozialarbeit des Vereins Kirchliche Gassenarbeit Luzern.

- Wyss, A./Hochstrasser, T. (2012): Sozialräumliche Gassenarbeit – Anspruch oder Utopie? SuchtMagazin 38(6): 39-42.
- Wyss, A. (2013): Kontroversen in der aufsuchenden Arbeit. Sozial Aktuell (6): 14-15.

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.





Von umstrittenen Pionierprojekten zum Erfolgsmodell

Arbeitsfeld Niederschwellige Arbeit

Franziska Schicker¹, Natascha Inauen²

1. Das Arbeitsfeld der niederschweligen Sozialarbeit mit substanzabhängigen Personen

Nach Jahren erfolgloser, repressiver Drogenpolitik und den Erfahrungen mit den offenen Drogenszenen in vielen Städten der (Deutsch-) Schweiz – als bekanntestes Beispiel sind der Platzspitz und der Letten in Zürich zu erwähnen – wurde in den 1990er-Jahren die Vier-Säulen-Drogenpolitik schweizweit eingeführt. In enger Zusammenarbeit entwickelten Fachleute und Politiker das Modell der vier Säulen. Das bisherige Drei-Säulen-Modell, bestehend aus Prävention, Therapie und Repression, wurde mit der vierten Säule Überlebenshilfe (später Schadensminderung) ergänzt.

Im Zuge dieser Entwicklung wurden die ersten Drogeninjektionsräume und Spritzenaustauschprojekte, aus denen später die heutigen Kontakt- und Anlaufstellen (K&A) entstanden, eröffnet sowie weitere niederschwellige Projekte im Bereich Gesundheit, Wohnen, Arbeit und Betreuung umgesetzt. Diese Säule umfasst alle Strategien und Massnahmen zur Minderung der negativen Folgen des Drogenkonsums für die Konsumierenden sowie die Gesellschaft.

Die K&A bieten substanzkonsumierenden Erwachsenen niederschweligen Zugang zu schadensmindernden Angeboten und Beratung. Interdisziplinäre Teams, bestehend aus Sozialarbeitenden und medizinischem Fachpersonal (Psychiatrie und Somatik) unterstützen die Klientel in ihrem, von der Substanzabhängigkeit bestimmten, Alltag. Die Klientel kann in beaufsichtigten Injektions- und Inhalationsräumen selber mitge-

¹Sozialarbeiterin FH B.Sc, Kontakt- und Anlaufstellen Stadt Zürich.

² Sozialarbeiterin FH M.Sc, Case Managerin, Leiterin Beratung chronisch Substanzabhängiger im niederschweligen Arbeitsfeld, Zürich (bis Okt. 2019).

brachte (illegale und/oder verschreibungspflichtige legale) Substanzen unter hygienischen Bedingungen konsumieren. Ziel und Auftrag des Angebotes ist es, die Übertragung von Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis zu verringern, die Zahl von Todesfällen durch Überdosierung zu reduzieren, die soziale Integration und Lebensqualität zu verbessern sowie den öffentlichen Raum zu entlasten.

1.1 *Rechtliche Verankerung*

Die gesetzliche Legitimation der K&A basiert auf den vier national verankerten Säulen der schweizerischen Drogenpolitik (Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression). Die Revision des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe (BetmG)³ wurde durch das Stimmvolk im Jahr 2008 angenommen und verpflichtet seither die Kantone explizit, Angebote der Schadensminderung zu schaffen (Art. 3g, BetmG).

Angebote der Schadensminderung werden durch öffentliche sowie privaten Institutionen zur Verfügung gestellt, wobei Organisationsform, Grösse, Standorte sowie Anzahl Mitarbeitende variieren können.

1.2 *Finanzierung und Ressourcenallokation*

Die Leistungen, welche die Klientel in den niederschweligen Institutionen bezieht, werden durch die öffentliche Hand und/oder private Trägerschaften finanziert. Die Finanzierung durch die öffentliche Hand unterliegt wiederkehrenden Leistungsüberprüfungen und möglichen Sparmassnahmen. So wurden im Jahr 2016 die kantonalen Beiträge an die Stadt Zürich für die dezentrale Drogenhilfe gestrichen (vgl. Medienmitteilung Finanzdepartement Stadt Zürich 2016). Seither werden die Kosten für die drei Kontakt- und Anlaufstellen der Stadt Zürich vollumfänglich von der Gemeinde getragen.

³ BetmG: www.tinyurl.com/jmy8yag, Zugriff 28.12.2019.

1.3 *Politische Positionierung*

Die Notwendigkeit von Kontakt- und Anlaufstellen mit Konsumraum galt von der Gesellschaft und den politischen VertreterInnen aufgrund des «Platzspitztraumas» lange als unbestritten. Die katastrophalen Zustände der suchtmittelabhängigen Menschen war in den 1990er-Jahren für die breite Bevölkerung sichtbar und hat die Politik dazu veranlasst, eine nachhaltige Lösung zu finden.

Erst erfolgte 1992 die repressive Räumung des Platzspitzareals, welche jedoch ohne Begleitmassnahme der Schadensminderung die nächste offene Drogenszene am Bahnhof Letten in Zürich zur Folge hatte. Man realisierte, dass eine Schliessung der offenen Drogenszene ohne niederschwellige Einrichtungen wie Kontakt- und Anlaufstellen, wohl wieder zu einer Verschiebung des Elends führen würde. Heute ist der Nutzen der K&A für Aussenstehende nicht mehr so deutlich ersichtlich wie damals. Die Situation der Klientel hat sich durch die Vielfalt an suchtspezifischen Angeboten stark verbessert. Doch wenn das Problembewusstsein in der Bevölkerung und somit der Politik schwindet, besteht die Gefahr, dass bestehende Angebote in Frage gestellt und deren Finanzierung⁴ gestrichen werden. Somit können schadensmindernde Angebote ohne ausreichende Öffentlichkeitsarbeit Opfer ihres eigenen Erfolges werden.

1.4 *Ausbildung und Zugang zum Arbeitsfeld*

Innerhalb des Arbeitsfeldes verfügen die Mitarbeitenden über vielfältige Bildungshintergründe und nebst ihrer Grundausbildung über zusätzliche Aus- und Weiterbildungen. Die Organisation beteiligt sich zudem finanziell an Aus- und Weiterbildungen, welche für das Arbeitsfeld von Nutzen sind. Für alle Mitarbeitenden ist nur der rein medizinische Basic Life Support für Erste Hilfe vor Ort Pflicht.

⁴ Medienmitteilung Finanzdepartement Stadt Zürich vom 31.08.2016: www.tinyurl.com/smbe9us, Zugriff 28.12.2019.

1.5 *Menschenbild im Arbeitsfeld*

Das Menschenbild ist geprägt von einer humanistischen Grundhaltung. In dieser wird anerkannt, dass der Mensch danach strebt, sein Leben sinnhaft und selbstbestimmt zu führen, und dass alle Menschen gleichwertig und gleichberechtigt in ihrer Würde sind. Für die Arbeit mit Menschen heisst dies, dem Gegenüber mit Respekt und auf Augenhöhe zu begegnen und im Sinne einer akzeptierenden Haltung keine Wertung der Lebensführung vorzunehmen. Konsum und Genuss von psychoaktiven Substanzen werden als Teil der menschlichen Lebensweise betrachtet.

2. **Soziale Arbeit im niederschweligen Setting mit Substanzabhängigen**

2.1 *Funktion der Sozialen Arbeit*

Die Soziale Arbeit ist in den K&A hauptsächlich für die individuelle, weiterführende KlientInnenarbeit (sozialarbeiterische Begleitung und Unterstützung über das Angebot der K&A hinaus), für die Konzeptarbeit sowie für die Netzwerkarbeit verantwortlich. Die Tätigkeiten entsprechen somit eher der klassischen Sozialen Arbeit und nicht dem Profil der SozialpädagogInnen oder GemeinwesenarbeiterInnen. Die Soziale Arbeit ist in diesem Arbeitsfeld zudem die Schnittstelle zu anderen Fachdisziplinen wie beispielsweise Medizin, Psychologie, Recht und Soziologie. Sie arbeitet mit unterschiedlichen Modellen und Methoden dieser Fachdisziplinen und adaptiert diese gezielt und praxisorientiert für ihr Arbeitsfeld.

2.2 *Angebote der Sozialen Arbeit*

Wie bereits erwähnt, können in Kontakt- und Anlaufstellen mitgebrachte Substanzen im geschützten Rahmen konsumiert werden, wobei jedoch nicht alle Kontakt- und Anlaufstellen der Schweiz über Konsumräume verfügen. In Zürich gibt es drei Standorte mit je einem Raum für das Inhalieren und Injizieren von psychoaktiven Substanzen. Die Klientel hat die Möglichkeit, zu duschen, sich neu einzukleiden und eine Mahlzeit zu sich

zu nehmen. Wasser und Tee werden gratis abgegeben, alle anderen Getränke und Mahlzeiten werden zum Selbstkostenpreis verkauft. Die Kontakt- und Anlaufstellen dienen auch als Aufenthaltsort und es besteht die Möglichkeit, soziale Kontakte zu knüpfen. Die Konsumräume werden vom Personal überwacht, um bei medizinischen oder sozialen Notfällen sofort intervenieren zu können. Die Standards der Kontakt- und Anlaufstellen sind gesamtschweizerisch festgelegt und online zugänglich (vgl. Infodrog/Fachverband Sucht 2011).

Für Fragestellungen der Mitarbeitenden aus dem Arbeitsalltag stehen Methoden wie extern begleitete Supervisionen, interne Kollegiale Beratungen (z. B. Tietze 2010) oder interne Interventionen (z. B. Lippmann 2013) zur Verfügung. Um die Qualität der Arbeit zu fördern, werden Arbeits- und Fachgruppen zu unterschiedlichen Themen gebildet, welche interne Standards erarbeiten und einführen. Diese Themen sind jedoch nicht spezifisch der Sozialen Arbeit zuzuordnen.

2.3 *Interventionsmodelle*

Für die Gestaltung des alltäglichen Zusammenseins in den Konsum- und Aufenthaltsräumen gelten wenige, dafür klare Hausregeln (bspw. Gewaltfreiheit), welche mit Sanktionen in Form von möglichst kurzen Hausverboten durchgesetzt werden. Im Akutfall werden Sanität, Notfallpsychiatrie und/oder Polizei beigezogen.

Es bestehen national unterschiedliche Interventionsmodelle. In den Kontakt- und Anlaufstellen Zürich zum Beispiel ist die weiterführende sozialarbeiterische Begleitung, für die Klientel freiwillig, ausser bei Betreuungspflichtigen Eltern oder jungen Erwachsenen unter 25 Jahren. Hierfür besteht ein Bezugspersonensystem, für das sich alle Mitarbeitenden zur Verfügung stellen. Für zeitintensivere oder komplexere Anliegen besteht die Möglichkeit, sich an ein intern über alle Angebote im Arbeitsfeld vernetztes Team zu wenden, welches niederschwellige, subsidiär ausgerichtete Sozialberatung anbietet. Dieses Team besteht ausschliesslich aus SozialarbeiterInnen FH oder aus Psychiatriepflegefachpersonen FH mit sozialarbeiterischer Zusatzausbildung.

Die niederschwellige Sozialberatung wird direkt vor Ort angeboten wodurch die Mitarbeitenden der Klientel bekannt und somit vertraut sind.

Die Beratenden sind unter Berücksichtigung des Datenschutzes mit anderen Angeboten via Fallarbeit gut vernetzt und begleiten bei Bedarf die Klientel auch an Termine. In der niederschweligen Sozialberatung ist von klassischer Sozialarbeit die Rede, welche administrativ und subsidiär ausgerichtet ist. Entscheidend für die Arbeitsweise sind individuelle Spezialisierungen bspw. auf Sozialversicherungsrecht oder motivierende Gesprächsführung sowie die persönliche Arbeitserfahrung der Mitarbeitenden.

Im Arbeitsfeld gibt es verschiedene Herangehensweisen in der Sozialen Arbeit. Als mögliche Methodik ist das Case Management (CM) nach Wendt (2001) zu erwähnen, welches je nach Struktur der Institution auf unterschiedlichen Ebenen umgesetzt werden kann. Grundsätzlich systematisiert das CM die Fallführung anhand eines Regelkreises (Intake, Assessment, Zielesetzung und Handlungsplanung, Monitoring, Evaluation, Reassessment/Abschluss) und führt eine Aktenführung nach sozialarbeiterischen Standards. Im Gegensatz zur heutigen Aktenführung wurden früher im Arbeitsfeld, begründet mit der Niederschwelligkeit und der Anonymität der Klientel, weniger Daten erfasst. Das CM arbeitet koordiniert und unter Einhaltung des Datenschutzes mit dem gesamten Helfernetz der Klientel zusammen und kann so einerseits kostenintensive Doppelspurigkeiten und Leerläufe vermeiden und andererseits die teils für die Klientel unübersichtlichen Zuständigkeiten auf eine Ansprechperson reduzieren. Das CM ist über das eigene Arbeitsfeld hinaus vernetzt und steht so im stetigen Austausch zu anderen AkteurInnen aus dem Sozialbereich. Neu generiertes Fachwissen fließt so über die Vernetzung oder die KlientInnenarbeit in Form von Standards, Konzepten und Weiterbildungen wieder zurück in die Organisation und sichert so eine Arbeitsweise nach aktuellen Standards.

Ergänzend zu Schadensminderungsangeboten und Beratung wird in den K&A zunehmend mit Konsumreduktionsprogrammen gearbeitet. Diese zieloffene Soziale Arbeit ist nicht abstinenzorientiert und bietet Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen die Möglichkeit, an der Veränderung ihres Substanzkonsums zu arbeiten, und zwar auf das Ziel hin, welches sie sich selbst setzen.

Die Klientel kann an einem KISS-Programm⁵ teilnehmen, welches von Mitarbeitenden mit entsprechender Trainerausbildung angeboten wird. KISS steht für «Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum» und ist ein verhaltenstherapeutisches Selbstmanagementprogramm, welches aus zwölf strukturierten Sitzungen besteht. Teil dieser Sitzungen sind u. a. das Führen eines Konsumtagebuches, das Festlegen von wöchentlichen Konsumzielen, das Erkennen und Bewältigen von Risikosituationen.

Bei den Sozialarbeitenden muss die Bereitschaft vorhanden sein, offensiv und sanktionsfrei mit der Klientel über verschiedene Konsumziele ins Gespräch zu kommen. Basis dazu bildet die Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing MI). Motivierende Gesprächsführung bezeichnet einen «kooperativen Gesprächsstil, mit dem wir einen Menschen in seiner eigenen Motivation zur und seinem eigenen Engagement für Veränderung stärken können» (Miller/Rollnick 2015: 27).

2.4 *Beziehungsarbeit*

Die kontinuierliche Beziehungspflege und die daraus resultierende Interventionsberechtigung gelten als Grundlage aller gelingenden Massnahmen. Dies ermöglicht den Mitarbeitenden, in prekären Alltagssituationen deeskalierend einzugreifen. Zudem wird über die regelmässige Beziehungspflege eine Vertrauensbasis geschaffen, welche es der Klientel erleichtert, innerhalb einer Beratung belastende und schambeladene Themen anzusprechen und sich auf eine freiwillige Unterstützung einzulassen.

Dennoch ist die Beziehung zwischen der Klientel und den Sozialarbeitenden im Sinne von Kaspar Geiser (2004: 235) vertikal, also in einem Machtgefälle strukturiert. Die Mitarbeitenden nehmen auch die Rolle der Kontroll- und Entscheidungsinstanz ein (vgl. ebd.) und sorgen dafür, dass die K&A für alle NutzerInnen gleichermassen als Schutz- und Rückzugsraum dient. Dies bedeutet im konkreten Fall, die Umsetzung und Durchsetzung der Hausordnung, der medizinischen Anordnungen sowie von Auflagen und Sanktionen.

⁵ Vgl. www.kiss-heidelberg.de, Zugriff 28.12.2019.

Um den Beziehungsaufbau zur Klientel im Arbeitsalltag zu fördern, wird eine akzeptierende und wertefreie Haltung gegenüber der Lebensführung der Klientel vertreten, in der nicht die Abstinenz, sondern die individuelle Lebensqualität im Vordergrund steht. Im Arbeitsfeld wird das Du zur Klientel gepflegt und das Zeitnehmen für alltägliche Gespräche ohne sozialarbeiterischen Inhalt gehört zum aktiven Beziehungsaufbau. Nicht zur anerkannten und professionellen Beziehungspflege gehören private Kontakte ausserhalb der Arbeitszeit, Angaben von privaten Adressen der Mitarbeitenden oder der Austausch von privaten Gütern (Geschenke, Geldgaben etc.).

2.5 *Stellenwert der Sozialen Arbeit*

Die Soziale Arbeit wird in der niederschweligen Arbeit als eigene Profession mit ihren eigenen Aufgaben, Arbeitsweisen und Interessen anerkannt. Dies jedoch als Einheit ohne Unterteilung in Sozialarbeitende, SozialpädagogInnen und GemeinwesenarbeiterInnen. Die Soziale Arbeit fokussiert sich auf die Arbeit mit und für die Klientel und nimmt innerhalb der interdisziplinären Fallarbeit eine wichtige Rolle bei der Koordination aller Beteiligten und von deren Dienstleistungen ein. Zunehmend rückt der Fokus der Sozialen Arbeit auf die Legitimierung des Arbeitsfeldes, indem sie die Wirkung und den Nutzen der Dienstleistungen der K&A auch auf politischer Ebene und gegenüber den Geldgebenden darlegt und transparent macht.

Innerhalb der Institution ist der Autonomiegrad der Sozialen Arbeit eher hoch einzustufen, sie ist jedoch stets an den Auftrag der eigenen Institution gebunden. Der Auftrag der Sozialen Arbeit ist abhängig von der aktuellen politischen Situation, von gesellschaftlichen Trends und der Kostendeckung der finanzierenden Stellen wie Krankenkassen, wirtschaftliche Sozialhilfe oder den Ergänzungsleistungen zur IV/AHV.

Konzeptionell verankert ist die Soziale Arbeit in den K&A nur in Bezug auf die weiterführende KlientInnenarbeit. Das heisst, es werden in der Beratung der Klientel Methoden und Standards der Sozialen Arbeit angewendet. Dies betrifft die Situationserfassung, Gesprächs- und Aktenführung. Es ist institutionsabhängig, ob konzeptuell verankert ist, dass bei der

Teamzusammensetzung auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen sozialarbeiterisch, somatisch und psychiatrisch ausgebildetem Personal geachtet wird oder nicht.

2.6 *Entwicklung der Professionalität*

Soziale Arbeit ist historisch betrachtet aus der Freiwilligenarbeit entstanden. Im Laufe der Jahre haben sich professionelle Arbeitsstandards etabliert, die jedoch immer wieder von unterschiedlichen Akteuren aus Politik und Gesellschaft in Frage gestellt werden. Im Zuge von Sparmassnahmen wird erneut der Einsatz von Freiwilligenarbeit in Betracht gezogen. Diese hat selbstverständlich ihre Berechtigung, muss jedoch gegenüber der Sozialen Arbeit gerade im niederschweligen Bereich kritisch betrachtet werden. Die Soziale Arbeit in den K&A wurde einerseits geprägt von charismatischen Führungsfiguren, andererseits von Freiwilligen, die ohne professionelle Standards der Gefahr des Rollenkonfliktes ausgesetzt sind (z. B. beim Durchsetzen von Regeln). Die Vergangenheit hat gezeigt, dass in einem Klima von struktureller Hierarchie und emotionaler Nähe immer wieder Übergriffe aller Art auf die Schutzbedürftigen stattgefunden haben.

Professionelle Standards sind vor allem aus zwei Gründen äusserst wichtig. Zum einen legen sie fest, in welchem Umfang die Arbeit mit der Klientel zu erfolgen hat. Zum anderen fördern die zu solchen Standards gehörenden Supervisionen und kollegiale Beratungen die Selbstreflexion in Bezug auf die eigene Arbeit, und stellen so einen wichtigen Teil professionellen Arbeitens dar.

2.7 *Angrenzende Arbeit*

In den Anfängen der Schadensminderung war das Arbeitsfeld sehr stark medizinisch ausgerichtet, da der Gesundheitszustand der Klientel oft prekär war und die Betroffenen keine adäquate medizinische Versorgung erhielten. Der Zugang zur medizinischen Versorgung für die Klientel hat sich mit der Einführung der obligatorischen Grundversicherung 1996 in der Schweiz stark verbessert. Somit ging die Entwicklung im Arbeitsfeld

weg von der reinen Erbringung medizinischer Leistungen hin zur Koordination verschiedener Leistungen. Heute fokussieren sich medizinisch ausgebildete Mitarbeitende vermehrt auf die Erbringung von Leistungen wie basismedinische Versorgung sowie auf das Einhalten von medizinischen Standards, während sich Mitarbeitende mit sozialarbeiterischem Hintergrund vermehrt auf Bereiche wie weiterführende KlientInnenarbeit, Konzeptarbeit, Vernetzung und Legitimierung fokussieren.

3. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

3.1 Beteiligte Professionen

Heute wird von einer klar multiperspektivischen Herangehensweise gesprochen. Jede Profession leistet ihren Beitrag zum Hilfesystem, womit ein Netz um die Klientel entsteht. Die Zusammenstellung der Beteiligten in einem Helfernetz hängt von der Problemstellung des Individuums ab. Die Soziale Arbeit nimmt darin eine formell verankerte, koordinierende und planende Rolle innerhalb des Helfernetzes ein, ohne die eine Zusammenarbeit über alle beteiligten Akteure hinweg nicht möglich wäre.

3.2 Strukturierung der interdisziplinären Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit zwischen den Professionen wie bspw. den medizinischen und sozialarbeiterischen Fachkräften innerhalb der Institution funktioniert aufgrund ihrer gemeinsamen Geschichte im Arbeitsfeld und aufgrund des gemeinsamen Auftrages sehr gut.

Auf transparente Zusammenarbeit und Kommunikation unter den unterschiedlichen AkteurInnen sowie mit der Klientel wird grosser Wert gelegt. VertreterInnen aller vier Säulen der Schweizer Drogenpolitik werden innerhalb von Fallkonferenzen mit in die Planung einbezogen. Auf die gute Zusammenarbeit mit der Polizei wird viel Gewicht gelegt, da das Verhältnis aus historischen und gesetzlichen Gründen in der niederschweligen Arbeit mit Substanzabhängigen nicht immer einfach war. Professio-

nelle Sozialarbeitende betreiben keine einseitige Parteinahme für die Klientel, sondern fördern aktiv die stetige Verbesserung interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit findet auch in Fachgruppen und Fachverbänden auf regionaler und nationaler Ebene statt. Hier zu erwähnen ist allen voran der Fachverband Sucht, in welchem sich verschiedene Fachgruppen vernetzen (Kontakt- und Anlaufstellen, Prävention, Substitution etc.). Der Fachverband Sucht setzt sich für eine menschenwürdige und fachlich fundierte Drogenpolitik ein und vertritt die Interessen der Mitglieder gegenüber Gesellschaft und Politik.

4. Stand der Professionalisierung der Sozialen Arbeit im niederschweligen Suchtbereich

4.1 Expertise und Profession der Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit beansprucht im niederschweligen Setting keine zusätzliche spezifische eigene Expertise, benötigt wird jedoch suchtmmedizinisches Wissen sowie Kenntnisse über die Lebenswelt der Betroffenen. Dies liegt in der Entstehung des Arbeitsfeldes begründet. Die Pionierphase nach Glasl/Kalcher/Piber (2014) in den 1980er- und 1990er-Jahren war geprägt durch unterschiedlichste meist persönlich motivierte AkteurInnen, welche die prekäre gesundheitliche und soziale Situation der Abhängigen, sowie die Wirkungslosigkeit der damals rein repressiven, staatlichen Interventionen scharf kritisierten und öffentlich thematisierten. Mit zunehmender Erfahrung und genauerer Kenntnis der abhängigen Menschen und ihrer Lebenswelt professionalisierte sich das Arbeitsfeld schrittweise und die Soziale Arbeit gewann an Bedeutung. Die Erkenntnis, dass substanzabhängige Personen oft auch im zwischenmenschlichen Bereich Abhängigkeitsmuster ausleben und dies auch zwischen Mitarbeitenden und NutzerInnen der K&A zu Abgrenzungsproblemen führt, hatte beispielsweise zur Folge, die Nähe-Distanz-Thematik so stark zu gewichten, wie wir es heute tun. Insbesondere diese Thematik ist mit ein Grund, warum das Arbeitsfeld nach Mitarbeitenden mit geeignetem beruflichen Hintergrund wie Sozialarbeit, Psychiatrie und Somatik verlangt.

4.2 *Positionierung und Identität der Sozialen Arbeit*

Die weiterführende KlientInnenarbeit gehört zu den Kernaufgaben der Sozialen Arbeit in diesem Arbeitsfeld, das heisst: Wird innerhalb eines Falls mit anderen Institutionen zusammengearbeitet, findet ein Informationsaustausch meist zwischen den Sozialarbeitenden statt, welche ihre Institution vertreten oder für die betroffene Klientel zuständig sind. Somit wird die Soziale Arbeit auch zur Schnittstellenkoordinatorin.

5. **Bestandsaufnahme und Ausblick**

5.1 *Herausforderungen für das Arbeitsfeld*

Grundsätzlich ist es für die Soziale Arbeit schwierig, ihre Wirkung anhand von Zahlen zu belegen. Hinzu kommt, dass mit zunehmendem Erfolg die Berechtigung für die eigene Existenz schwindet. Somit muss belegt werden, dass sich die Situation bei einer Aufhebung der Angebote wieder verschlechtern würde, was jedoch erst eine Hypothese ist. Ausserdem ist der Grundgedanke der Schadensminderung der bestmögliche Umgang mit schon entstandenem Schaden. Mit der Entwicklung im Bereich der Psychiatrie, wo Behandlungen vermehrt vom stationären auf den ambulanten Sektor verlagert werden (vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2010: 1), könnte sich auch die Klientel der K&A ändern. Gehörten Personen mit komorbiden Störungen schon immer mit zur Klientel der K&A, könnten sie in Zukunft eine der Hauptgruppen ausmachen. Somit fände eine Verlagerung des medizinischen verlangten Fachwissens von der Somatik (Wundpflege etc.) hin zur Psychiatrie (Wissen über weitere psychiatrische Krankheitsbilder neben der Abhängigkeit) statt. Für die Soziale Arbeit bedeutet dies, dass sie ihre Kooperationen mit dem Arbeitsfeld der Psychiatrie ausbaut, um die fachlichen Kompetenzen der Mitarbeitenden entsprechend zu erweitern.

Eine Herausforderung in der niederschweligen Arbeit mit substanzabhängigen Personen wird sicherlich die theoretisch-konzeptuelle Einbettung sein. Ein grosser Teil der täglichen Arbeit wurde über die Jahre im Sinne einer «Best Practice» entwickelt und hat sich bewährt. Indessen fehlt

teilweise der theoretische Bezugsrahmen, was die professionelle Sozialarbeit in diesem Arbeitsfeld angreifbar macht.

Eine weitere Herausforderung besteht darin, die professionelle Arbeit der interdisziplinären Berufsgruppen der K&A zu fördern und sich auf eine gemeinsame Haltung zu einigen sowie das eigene Handeln zu reflektieren und kritisch zu hinterfragen.

Aufgrund des allgemeinen Kostendrucks in der Sozialen Arbeit gibt es zunehmend Tendenzen, Angebote wie Supervisionen für die Teams und die einzelnen MitarbeiterInnen zu streichen. Supervisionen, Coachings für Sozialarbeitende und Führungskräfte leisten jedoch einen wichtigen präventiven Beitrag um vermehrte, teilweise lange Krankheitsausfälle zu reduzieren.

Sozialarbeitende verfügen meist über eine hohe intrinsische Motivation und sehen einen grossen Sinn in der Arbeit mit der Klientel. Mit zunehmendem finanzpolitischem Legitimationsdruck steigen die Anforderungen, die Wirksamkeit der Arbeit mit der Klientel mittels Kennzahlen zu belegen.

Wie vorgängig erwähnt, verändert sich die Klientel in der niederschweligen Sozialen Arbeit mit Abhängigen. Die grösste Gruppe der KlientInnen besteht zunehmend aus Personen mit einer starken psychischen Beeinträchtigung. Dieser Umstand erfordert von den Sozialarbeitenden ein hohes Mass an Empathie und Akzeptanz für das Gegenüber, um adäquat auf dessen Bedürfnisse eingehen zu können. Diese Haltung und Kompetenz lässt sich schwer bis kaum erfassen und abbilden, und doch ist sie zentral für eine gelingende Zusammenarbeit mit der Klientel.

5.2 *Bildungsarbeit für die Zukunft*

Angebote der Säule Schadensminderung haben ihren Ursprung in den offenen Drogenszenen der 1980er- und 1990er-Jahre. Erst mit veränderten Gesetzen (die Abgabe von sterilem Injektionsmaterial wurde 1985 durch den Zürcher Kantonsarzt verboten, das Verbot kurz darauf wieder aufgehoben) und dem Willen der unterschiedlichsten Akteure zur Zusammenarbeit konnten Angebote geschaffen werden, wie wir sie heute kennen. K&A sind das direkte Resultat der damaligen enorm innovativen und pragmatischen Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen.

Mit schadensmindernden Angeboten konnte die Ausbreitung von HIV/Aids und anderen übertragbaren Krankheiten wie Hepatitis C bei substanzkonsumierenden Personen drastisch reduziert werden. Diese Tatsache ist von grosser Bedeutung für die Gesamtbevölkerung. Erinnern wir uns nur an den, damals epidemischen, Anstieg von HIV-Ansteckungen und die grosse Angst der QuartierbewohnerInnen vor herumliegenden Spritzen in Innenhöfen, auf Toiletten und Spielplätzen.

Damit dieser historische Kontext nicht in Vergessenheit gerät, ist es notwendig, dass Fachleute mit ihrem spezifischen Wissen gesellschaftlich und politisch aktiv bleiben oder werden. Fachleute aus der Sozialen Arbeit müssen sich in Debatten einmischen und dürfen die Definitionshoheit für ihr Arbeitsfeld nicht aus den Händen geben.

5.3 *Internationale Zusammenarbeit*

Das Schweizer Vier-Säulen-Modell hat sich enorm bewährt und steht für einen grossen Erfolg im Umgang mit Menschen mit einer Substanzabhängigkeit. Zunehmend interessieren sich daher Staaten auf der ganzen Welt für das erfolgreiche Schweizer Modell, was sich darin widerspiegelt, dass immer wieder Delegationen der unterschiedlichsten Länder Institutionen der Säule Schadensminderung besichtigen, allen voran die K&A.

In der Schweizer Bevölkerung und Politik ist indessen das Bewusstsein für dieses erfolgreiche Modell am Schwenden. Daher ist es eine grosse Chance und Anerkennung, anderen Institutionen und Staaten mit ExpertInnenwissen zur Seite zu stehen. Die internationale Vernetzung der unterschiedlichsten Akteure der Schadensminderung schreitet zwar stetig voran (v. a. via Social Media), könnte jedoch noch aktiver von Führungskräften und politischen AmtsträgerInnen gefördert werden.

5.4 *Plädoyer für die Schadensminderung*

Schadensminderung ist das letzte Auffangbecken, wenn die Prävention nichts abwenden, die Repression nicht abschrecken und die Therapie keinen nachhaltigen Weg aufzeigen konnte.

Die Existenz der Säule Schadensminderung ist das Ergebnis einer pragmatischen und fortschrittlichen Suchtpolitik. Sie widerspiegelt die

Akzeptanz innerhalb der Gesellschaft gegenüber Menschen, welche trotz vielfältiger Hilfsangebote nicht fähig oder willens sind, aus der Abhängigkeit auszusteigen. Dennoch steht diese Säule wiederholt bei unterschiedlichen politischen Parteien in der Kritik. Je mehr die Erinnerung an die offenen Drogenszenen verblasst, desto mehr finden wieder Stimmen Gehör, welche die gemachten Erfahrungen verkennen und die immense positive Wirkung schadensmindernder Angebote nicht als solche wahrnehmen. Somit hat die Soziale Arbeit in diesem Arbeitsfeld mehrere wichtige Aufgaben zugeteilt bekommen. Sie kümmert sich nicht nur um die KlientInnen- und Konzeptarbeit, sondern sie vertritt die Bedürfnisse der Klientel auf politischer und ethischer Ebene und setzt sich somit für eine Drogenpolitik im Dienste der gesamten Gesellschaft ein.

Angebote der Schadensminderung sind aufgrund ihrer Thematik auf Imageebene eher schwierig positiv zu besetzen. Das muss nicht für immer so sein, gerade wenn man bedenkt, wie – wie oben erwähnt – die Angebote erheblich dazu beigetragen haben, die Lebensqualität der unterschiedlichsten Menschen zu steigern. Einerseits profitiert natürlich die Klientel von den Angeboten, andererseits erfahren auch die QuartierbewohnerInnen und schlussendlich die gesamte Bevölkerung den Nutzen und die Wirkung der Institutionen im niederschweligen Bereich.

Literatur

- Geiser, K. (2004): Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung. Luzern.
- Glasl, F./Kalcher, T./Piber, H. (2014): Professionelle Prozessberatung Das Trigon-Modell der sieben OE-Basisprozesse. Göttingen: Haupt.
- Infodrog/Fachverband Sucht (2011): Standards Kontakt- und Anlaufstellen. www.tinyurl.com/r3qzhcZ, Zugriff 28.12.2019.
- Lippmann, E.D. (2013): Intersession Kollegiales Coaching professionell gestalten. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Miller, W./Rollnick, S. (2015): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg i. B.: Lambertus.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2010): OBSAN Bulletin 3/2010. Stationäre Psychiatrie der Schweiz im Wandel. www.tinyurl.com/schzt5y, Zugriff 28.12.2019.
- Tietze, K.-O. (2010): Kollegiale Beratung – Problemlösungen gemeinsam entwickeln. Hamburg: Rowohlt
- Wendt, W.R. (2001): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg i. B.: Lambertus.

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.





Soziale Arbeit, nach acht

Arbeitsfeld Nightlife

Alexander Bücheli¹

1. Einleitung

Die Soziale Arbeit blickt im Bereich Nachtleben in Europa auf eine über dreissigjährige Geschichte zurück. Die ersten Präventionsangebote wurden Mitte der 1980er-Jahre in Holland ins Leben gerufen. Anlass dafür waren eine sich schnell ausbreitende Rave-Kultur, die damit einhergehende Verbreitung des XTC-Konsums² und die Erfahrung, dass die damaligen, oft auf Abschreckung abzielenden Präventionsangebote in der Partyszene nur auf wenig Akzeptanz stiessen. Bei den ersten Nightlife-Präventionsangeboten ging es deshalb darum, innovative Projekte mit aufsuchendem und akzeptierendem Ansatz aufzubauen (vgl. Bücheli et al. 2017: 43). Die ersten Präventionsangebote wurden dabei oft von PartygängerInnen selbst, die aufgrund eigener Erfahrungen mit den Risiken des Konsums psychoaktiver Substanzen konfrontiert waren, ins Leben gerufen. Dank ihrer Rolle als erfahrene Party-Peers und ihrer aktiven Teilnahme in der Lebenswelt Nachtleben konnte die bis dato schwierig zu erreichende Zielgruppe erreicht werden. Schnell wurde dieser Peer-to-Peer-Ansatz von der Sozialen Arbeit, insbesondere aus dem Fachbereich der offenen Jugendarbeit, unterstützt und adaptiert. Mitte der 1990er-Jahre entstanden auch in den Schweizer Städten Nightlife-Präventionsangebote, die sich direkt an Freizeitdrogenkonsumierende richteten, die an Partys oder Festivals psychoaktive Substanzen einnahmen. Die Angebote verfolgten das

¹ 2001 bis 2015 zuständig für das Stadtzürcher Nightlife-Präventionsangebot der Jugendberatung Streetwork von [saferparty.ch](https://www.saferparty.ch). Mitbegründer des Vereins Safer Clubbing Schweiz und der Bar & Club Kommission Zürich. Seit 2015 freischaffender Berater für die Netzwerke Safer Dance Swiss, Safer Nightlife Schweiz und Safer Clubbing Schweiz sowie Lobbyist für die Bar & Club Kommission Zürich, die Schweizer Bar- und Clubkommission und PromoterSuisse.

² XTC ist das Kürzel für eine in den 1990er-Jahren aufgekommene Partydroge, deren Wirkstoff MDMA ist. Heute auch bekannt als MDMA, MDI etc.

Ziel, junge Menschen so aufzuklären, dass sie die Lebensphase des Partyfeierns körperlich und psychisch möglichst unbeschadet überstanden. In dieser Zeit entstanden die bis heute existierenden Drogeninformationszentren in Bern und Zürich. Die Angebote sind weiterhin niederschwellig, kostenlos und anonym nutzbar (vgl. Bücheli et al. 2017: 43). Heute wird der Begriff Nightlife-Prävention weiter gefasst und umfasst sowohl schadensmindernde als auch präventive Aspekte und die Zielgruppe wurde auf Freizeitdrogenkonsumierende die nicht in Clubs oder Festivals konsumieren ausgeweitet. In den letzten Jahren rückten verstärkt Ansätze der Sozialen Arbeit in den Fokus, die sich mit den strukturellen Gegebenheiten des Nachtlebens auseinandersetzen. Beispielsweise setzt sich der Verein Safer Clubbing Schweiz gemeinsam mit den Clubs und seinen Mitgliedern für freiwillige strukturelle Anpassungen der Rahmenbedingungen (z. B. Ruhezonen) ein. Relativ neu ist, dass sich auch die Fachbereiche Gemeinwesenarbeit und Stadtentwicklung vermehrt mit dem nächtlichen Vergnügen und dessen Auswirkungen auf die räumliche Umgebung auseinandersetzen (vgl. Bücheli 2015: 25).

2. Beschreibung des Arbeitsfeldes Nachtleben

Es gibt keine Definition für den Begriff Nachtleben. Meist werden damit Aktivitäten bezeichnet, abends und in der Nacht auszugehen und sich zu amüsieren. Diese Freizeitaktivität wird umgangssprachlich «Weggehen», «Partymachen», «Clubben» oder «Ausgehen» genannt. Ende der 1990er-Jahre wurden in vielen Deutschschweizer Städten die Gastgewerbebesetze liberalisiert,³ was zu einem Boom von neuen Clubs und Bars führte. In den Sommermonaten wird das Nachtleben heutzutage durch eine Vielzahl von Musikfestivals ergänzt. Dabei kann es sich um reine Tanzveranstaltungen, wie z. B. die Street Parade, oder um Livemusik-Festivals mit Dance-Acts (z. B. DJs) handeln. Die zunehmende Reglementierung, z. B. das Rauchverbot, förderte diese Entwicklung und führte auch zu einem

³ Neben der Herabsetzung der Hürden für das Eröffnen eines Gastgewerbebetriebes, z. B. die Abschaffung der Wirteprüfung, wurden vor allem die Öffnungszeiten liberalisiert. In der Stadt Zürich können Betriebe seit der Liberalisierung des Gastgewerbegesetzes z. B. am Wochenende rund um die Uhr geöffnet haben.

Revival von privaten und illegalen Anlässen, wie man sie vor der Liberalisierung gekannt hatte.

Eine Nightlife-Area ist ein geographisch abgegrenzter öffentlicher Raum, meist Teil eines Quartiers, mit einer hohen Bar- und Clubdichte. Typische nächtliche Stakeholder sind Bar- und ClubbesitzerInnen und Festival-OrganisatorInnen, aber auch einzelne BehördenvertreterInnen, SozialarbeiterInnen, AnwohnerInnen und die Polizei stehen mit dem Nachtleben in enger Verbindung. Seit einigen Jahren setzt man sich mit dem Nachtleben auch als spezifischem Sozialraum auseinander. Ein Nightlife-Sozialraum besteht dabei aus Locations, deren Infrastruktur und Stakholder sowie der unmittelbaren räumlichen Umgebung und wird von MusikerInnen, GrafikerInnen, LichtkünstlerInnen und unterschiedlichsten PartygängerInnen frequentiert. Ein Nightlife-Sozialraum ist räumlich nicht klar abgegrenzt, das heisst, er folgt keinen Stadtteilgrenzen und steht im permanenten Austausch mit anderen Sozialräumen, z. B. mit denjenigen eines Quartiers, in welchem sich Angebote des Nachtlebens befinden (vgl. Bücheli 2010: 16).

Die Motivation zu feiern basiert auf der möglichen Befriedigung unterschiedlichster menschlicher Bedürfnisse, sei es das Bedürfnis nach sozialen Kontakten, Abwechslung oder Entspannung. Ausgehen nimmt innerhalb der heutigen Gesellschaft eine wichtige Funktion ein, wenn es darum geht, vom Alltag abzuschalten (vgl. Kosnick 2011). Als PartygängerInnen bezeichnet man Personen, die regelmässig Clubs, Partys oder Festivals jeglicher Art besuchen. Da die meisten Veranstaltungen ein Mindestalter für den Eintritt fordern – Clubs in der Regel 18 Jahre – machen junge Erwachsene zwischen 18 und 30 Jahren den Hauptanteil aus.

3. Herausforderungen für die Soziale Arbeit in der Nacht

Der Fokus der Sozialen Arbeit im Nachtleben liegt seit den 1990er-Jahren auf der Gesundheit der Partygäste. Im Mittelpunkt stehen die personen- und umfeldbezogenen Risiken, die häufig in Verbindung mit dem Konsum legaler oder illegaler psychoaktiver Substanzen stehen. Ziel ist es, risikoarmes Verhalten zu fördern. Dazu gehört auch eine Zusammenarbeit

mit den Nachtkulturunternehmen⁴, um diese für die Anliegen der Prävention und Schadensminderung zu sensibilisieren. Der Öffentlichkeitsarbeit kommt eine wichtige Funktion zu, da Konsum und Konsumkontext von illegalen Substanzen schnell zu sozialen Spannungen führen können. Dadurch steht nicht nur die Soziale Arbeit im Nachtleben unter besonderer öffentlicher Aufmerksamkeit, das Spannungsfeld führt auch dazu, dass die Realität des Drogenkonsums in der Nacht durch die Nachtkulturunternehmen aus Angst vor Administrativmassnahmen⁵ oft verleugnet wird. Zu den Herausforderungen zählt aber auch das nächtliche Gemeinwohl, also die Koexistenz zwischen den PartygängerInnen und den Anwohnenden. Nachbarschaftskonflikte, z. B. bei Lärmproblemen, sind ein Beispiel dafür, wo Soziale Arbeit heute als Konfliktvermittlerin gefragt ist. Weitere Betätigungsfelder der Sozialen Arbeit sind z. B. die soziokulturelle Animation und die niederschwellige Jugendarbeit, wo das Durchführen von Partys zum Angebot gehört. Auf diese Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit mit Berührungen zum Nachtleben wird in diesem Artikel nicht weiter eingegangen.

3.1 *Personen- und umfeldbezogene Risiken*

Prinzipiell kann zwischen personenbezogenen, umfeldbezogenen und substanzbezogenen Risiken unterschieden werden (vgl. Bachmann & Büchel 2011). Umfeldbezogene Risiken sind z. B. hohe Musikkautstärke, (zu) hohe BesucherInnenzahlen, mangelnde Raumlüftung oder fehlender Trinkwasserzugang. Aufgrund der hohen Regulierungsdichte⁶ und strengen Bewilligungspraxis spielen solche Risiken in der Schweiz eine eher untergeordnete Rolle. Mit personenbezogenen Risiken sind primär Verhaltensweisen der PartygängerInnen gemeint (vgl. ebd.). Von besonderer Bedeutung sind hier der problematische Konsum von psychoaktiven Sub-

⁴ Der Begriff Nachtkulturunternehmen bezieht sich auf Kulturunternehmen, die primär in der Nacht aktiv sind und umfassen neben Bars, Clubs und Eventlocations auch Festivals.

⁵ Administrativmassnahmen in Bezug auf Drogenkonsum in Bars oder Clubs können bis zum Entzug des Patentes führen.

⁶ Beispielsweise die nationale Schall- und Laserverordnung, die kantonalen Feuerschutzaufgaben etc.

stanzen sowie – häufig damit verbunden – riskante Sexualkontakte, gewalttätige Konfliktbewältigung und Risikoverhalten im Strassenverkehr (vgl. Maier et al. 2013: 23).

Die Resultate verschiedenster Studien weisen auf weitaus höhere Prävalenzen des Konsums von legalen und illegalen Substanzen bei PartygängerInnen im Vergleich zur Gesamtpopulation hin (vgl. Maier et al. 2013: 22). Dies hat damit zu tun, dass am Nachtleben tendenziell jüngere Menschen teilnehmen; eine Gruppe, die im Vergleich zur übrigen Bevölkerung überhaupt die höchsten Konsumprävalenzen aufweist. Das Nachtleben bietet sich in seiner Kombination von Musik und Tanz für Rauscherfahrungen an. Dabei werden die Effekte des Konsums von jungen PartygängerInnen oft als positiv bewertet. Die konsumierten Substanzen können dem Abschalten und dem Entspannen dienen oder dazu beitragen, dass Musik intensiver wahrgenommen und in der Erinnerung verfestigt wird (vgl. Müller & Schumann 2011: 295). Eine Rangliste der am häufigsten konsumierten Substanzen zeigt, dass Alkohol die beliebteste Partydroge ist, gefolgt von Tabak und Cannabis. Erst mit einigem Abstand werden XTC (MDMA), Kokain und Amphetamin (Speed) konsumiert (vgl. Wollschläger & Schori 2019: 6). Neben dem Konsum einzelner Substanzen werden im Rahmen einer Partynacht oder eines Festivalbesuches häufig unterschiedliche Substanzen miteinander kombiniert (vgl. ebd.: 13). Ein solcher Mischkonsum stellt aufgrund möglicher, nur schwer voraussehbarer Wechselwirkungen eine besonders problematische Konsumform dar. Obwohl es sich beim Freizeitdrogenkonsum im Nachtleben meist um einen unregelmässigen und nur selten abhängigen Konsum handelt, gibt es klare Anzeichen für problematische Konsummuster und damit verbundene psychische Probleme. Oft haben diese Konsumierenden noch keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen oder suchen diese erst zu einem späten Zeitpunkt der problematischen Konsumententwicklung auf (vgl. Maier et al 2014: 13).

Zur Gefahr von substanzbezogenen Nebenwirkungen oder einer substanzgebundenen Abhängigkeit und den Risiken des Mischkonsums kommt im Falle von illegalen Substanzen noch dazu, dass objektive Informationen zu den tatsächlich enthaltenen Inhaltsstoffen und deren Gehalt

fehlen. Dadurch besteht immer ein gewisses Risiko, dass eine ungewollte – weil nicht deklarierte – Substanz oder eine zu hohe Dosis eingenommen wird.

In den Fokus der medialen Berichterstattung ist in den letzten Jahren ausserdem der Zusammenhang von Nightlife und gewalttätigem Verhalten gerückt. Auch wenn das Nachtleben, betrachtet man die grosse Masse der NachtschwärmerInnen, als friedlich bezeichnet werden kann, kommt es im Umfeld von Bars, Clubs und Festivals immer wieder zu Gewaltvorfällen und sexuellen Übergriffen. Begünstigt werden diese zumindest teilweise durch den Konsum von Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen. Insbesondere Alkohol kann wegen seiner enthemmenden und aggressionssteigernden Wirkung als Katalysator, wenn auch nicht als Ursache von Gewalt bezeichnet werden. TäterInnen fühlen sich in der Nacht anonym und somit geschützter als am Tag.

4. Prävention und Schadensminderung im Nachtleben

Unter Nightlife-Präventionsangeboten werden unterschiedliche Angebote zusammengefasst. Diese haben einen Fokus auf den personenbezogenen Risiken und beinhalten sowohl schadensmindernde als auch präventive Aspekte. Die Zielgruppe wurde im Laufe der Zeit von den Partydrogenkonsumierenden auf die übrigen Freizeitdrogenkonsumierende ausgeweitet. Die Angebote sind – wie bereits die Schweizer Pionierprojekte – niederschwellig, das heisst kostenlos und anonym nutzbar.

4.1 Schweizer Pionierprojekte

Die ersten Interventionen erfolgten durch szenennahe Organisationen, welche nach dem Peer-to-Peer-Ansatz durch PartygängerInnen selbst ins Leben gerufen wurden. Sie hatten das Ziel, direkt vor Ort neutrale Informationen über Wirkungen und Nebenwirkungen von Partydrogen sowie

Safer-Use-Regeln⁷ zu vermitteln.⁸ Die Stadt Zürich baute 1995 unter Federführung des damaligen Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (ISPMZ)⁹ das Projekt XTC-Info auf. Nachdem 1996 zwei unabhängig voneinander erstellte Rechtsgutachten feststellten, dass Drug Checking in der Schweiz als Massnahme der Schadensminderung gegen kein geltendes Recht verstösst, begann der Verein Eve&Rave Schweiz im Rahmen eines einjährigen Pilotprojektes an Raves Substanzen zur Analyse entgegenzunehmen und die Resultate auf der vereinseigenen Website zu veröffentlichen. 1998 entstand in Bern das erste mobile Drug-Checking-Angebot Pilot E. Dabei handelte es sich um eine Kooperation zwischen der heutigen Stiftung Contact und der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. 2001 wurde dieser Ansatz in der Stadt Zürich in das Partydrogenpräventionsangebot der Jugendberatung Streetwork integriert und mit der Warnungs- und Substanzinformationsseite saferparty.ch ergänzt (vgl. Bücheli 2014). Im Bereich der Strassensicherheit wurde 2002 von der Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA) das Projekt «be my angel tonight» entwickelt, welches seit 2006 durch die Fachstelle «Alkohol am Steuer nie» (ASN) auch in der Deutschschweiz angeboten wird.

Auf struktureller Ebene entwickelte die Plattform Nightlife des Groupement Romand d'Etudes des Addictions (GREA) eine Veranstaltungs-Charta. 2004 rief die Jugendberatung Streetwork in enger Zusammenarbeit mit den Zürcher Clubs und aufbauend auf dem seit 2002 durchgeführten Round Table Nightlife das Gütesiegel Safer Clubbing ins Leben. Streetwork war es auch, die 2006 die erste stationäre Drug-Checking-Möglichkeit im Rahmen des Drogeninformationszentrums DIZ schuf und einen integrativen Partydrogenpräventionsansatz unter dem Brand saferparty.ch zu entwickeln begann. Seit 2006 besteht eine regelmässige Zusammenarbeit, sowohl innerhalb der Plattformen Nightlife der GREA und der Fachgruppe Nightlife des Fachverbands Sucht, als auch zwischen den bei-

⁷ Safer-Use-Regeln sind Handlungsanweisungen, welche darauf abzielen, einen potentiellen Schaden zu verhindern oder zumindest das Schadenspotential zu minimieren.

⁸ Als immer noch aktive Organisation ist hier der 1996 gegründete Verein Eve&Rave Schweiz zu nennen.

⁹ Heute Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention (EPBI).

den Netzwerken auf nationaler Ebene, z. B. im Rahmen spezifischer Arbeitsgruppen. 2012 wurde unter der Führung von Infodrog das nationale Kompetenznetzwerk Safer Nightlife Schweiz (SNS) gegründet mit dem Ziel, den interdisziplinären Wissenstransfer zu fördern. (vgl. Bücheli 2014).

4.2 *Die Rolle der Sozialen Arbeit*

Auch wenn es sich beim Konsum psychoaktiver Substanzen eigentlich um ein Gesundheitsthema handelt, nimmt die Soziale Arbeit in Bezug auf die Prävention und Schadensminderung im Nachtleben eine wichtige Rolle ein. Zu Beginn, in den 1990er-Jahren, unterstützte die Soziale Arbeit die anfänglich oft informellen, auf freiwilligem Engagement basierenden Peer-to-Peer-Ansätze. Der szenennahe Ansatz wurde zunehmend adaptiert und erste professionelle Nightlife-Präventionsangebote als Angebote der Sozialen Arbeit entwickelt. Dank der nationalen Zusammenarbeit innerhalb der Netzwerke und zwischen den einzelnen Nightlife-Präventionsangeboten – nicht nur in Bezug auf gemeinsam genutzte Tools, sondern auch auf der Ebene von Weiterbildungen – wurde der Bereich zunehmend professionalisiert. Heute sind die Tätigkeiten der «Sozialen Arbeit nach acht» so vielfältig wie der Sozialraum Nachtleben. Es kann sich dabei um eine Tätigkeit mit direktem Kontakt zur Zielgruppe handeln, beispielsweise als Berater im Rahmen eines Nightlife-Präventionsangebotes. Andererseits sind auch koordinierende oder beratende Funktionen gefragt, bei welchen es z. B. um das konkrete Management (z. B. SIP) und/oder die Entwicklung des nächtlichen Sozialraumes (z. B. Stadtentwicklung, Quartierkoordination) geht. Da die meisten Angebote im sozialen Bereich verankert sind und durch städtische oder kantonale Sozialdepartemente finanziert werden, ist eine Nähe zur Sozialen Arbeit schon strukturell gegeben.

Grundlagen für die Prävention im Nachtleben sind eine akzeptanzorientierte Haltung¹⁰ und der aufsuchende Ansatz. Die Angebote der Prävention und Schadensminderung arbeiten dabei vernetzt, orientieren sich

¹⁰ Akzeptanzorientiert heisst, dem Konsum illegaler Drogen neutral und ohne zu moralisieren begegnen. Das Ziel ist nicht die Abstinenz, sondern die bestmögliche Gesundheit inner-

an Fakten und stützen sich in der Schweiz auf die Resultate einer kontinuierlichen Befragung der erreichten Zielgruppe und auf die Drug-Cheking-Analyseresultate ab. Am individuellen Risikoverhalten orientierte, selektiv vermittelte Informationen sollen zu einer möglichst risikoarmen Haltung beim Konsum psychoaktiver Substanzen führen (vgl. Bücheli 2017). Zur Optimierung des Angebots wurden in den letzten Jahren zunehmend Kurzberatungs-, Früherkennungs- und Frühinterventionsansätze¹¹ für die Anwendung im Nachtleben angepasst (vgl. Bachmann et al. 2013: S. 43). Für Risikosituationen wie das Lenken eines Fahrzeugs unter Alkoholeinfluss wurden spezifische Angebote wie «be my angel tonight», entwickelt.

Um die Umfeldrisiken anzugehen und strukturelle Verbesserungen im Sozialraum Nachtleben zu erzielen, wird verstärkt auf die Zusammenarbeit mit den Nightlife-Stakeholdern wie Bar- und Club-BetreiberInnen gesetzt. Zur Anwendung kommen dabei Ansätze der Gemeinwesenentwicklung. Bei nächtlichen Konflikten und Fragen der friedlichen Koexistenz zwischen PartygängerInnen und Anwohnenden spielt die Mediation eine wichtige Rolle. In den folgenden Abschnitten werden verschiedene Ansätze der Sozialen Arbeit im Nachtleben diskutiert.

4.2.1 Grundlagenarbeit

Als Grundlagenarbeit versteht man bei der Sozialen Arbeit im Nachtleben vor allem das Sammeln und Aufbereiten von relevantem Wissen. Sozialarbeitende sind typischerweise für das Sammeln und Bereitstellen von Informationen sowie für die Pflege eines interdisziplinären Informationsnetzwerkes¹² zuständig. Ziel der Grundlagenarbeit ist, Fakten und Safer-

halb eines selbstgewählten Lebensentwurfs. Dazu gehört das Vermitteln von Safer-Use-Botschaften und von Fakten. Akzeptanzorientiertheit heisst dabei nicht, dass jeder Lebensentwurf als gegeben akzeptiert werden muss, Beratungsgespräche bieten auch weiterhin die Möglichkeit, gewählte Entwürfe kritisch zu hinterfragen, Alternativen aufzuzeigen.

¹¹ Dabei geht es nicht um eine Früherkennung im klassischen Sinne, da die AngebotsnutzerInnen ja meist schon mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen begonnen haben. Vielmehr geht es um die Früherkennung der Entwicklung besonders problematischer Konsumformen, um den Beginn eines abhängigen Konsums zu verhindern.

¹² Diese Netzwerke umfassen Fachleute aus den Bereichen Forensik, Therapie und Psychologie sowie aus der Grundlagenforschung, wenn es um die Wirkung und Risiken von psychoaktiven Substanzen geht.

Use-Anleitungen zu schaffen, an welchen sich Konsumierende orientieren können. Ideal ist, wenn zur Faktengewinnung auf Daten von Drug-Checking-Angeboten zurückgegriffen werden kann. Ein oft unterschätzter Wissensträger sind die PartygängerInnen, weshalb ein Beratungsgespräch immer auch zu einem Wissensgewinn führen kann. Wissen, welches vor der Veröffentlichung anonymisiert, gefiltert und interpretiert werden muss. Die Beratung vor Ort hat somit auch eine gewisse Monitoring-Funktion. Für die Interpretation und Gewichtung der gesammelten Informationen ist meist ein multidisziplinäres Netzwerk verantwortlich. Eine weitere Form der Grundlagenarbeit ist die Entwicklung gemeinsamer Tools, beispielsweise die Informationsbroschüre «Drugs – Just Say Know»¹³, der bei den Drug Checkings national verwendete Fragebogen, die Entwicklung von Beratungsstandards (vgl. Infodrog 2018) und das Anbieten von spezifischen Weiterbildungen für die im Bereich der Nightlifeprevention tätigen Peers und Fachpersonen.

4.2.2 Nightlife-Präventionsangebote

Nightlife-Präventionsangebote setzen inhaltlich primär auf Risikosensibilisierung und Safer-Use-Informationen. Ziel ist Schadensminderung, dazu gehört das Vermitteln eines risikoarmen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen. Die Mitglieder der Zielgruppe werden dabei als Individuen betrachtet, die in den meisten Fällen über die nötigen Ressourcen verfügen, um Wissen in Verhaltensänderungen umzuwandeln. Basis für die Intervention vor Ort ist meist ein durch Fachpersonal (SozialarbeiterInnen und/oder Peers) betreuter Infostand. Die Vermittlung selektiver Informationen findet im Rahmen von Kurzberatungen statt. Hier steht das persönliche Risikoverhalten im Mittelpunkt des Gesprächs. Als für die Zielgruppe besonders attraktiv haben sich Nightlife-Präventionsangebote mit integriertem Drug Checking herausgestellt (vgl. Schori 2019: 10).

¹³ DRUGS – JUST SAY KNOW informiert über psychoaktive Substanzen, ihre Wirkungen, Nebenwirkungen und Risiken und weist auf Möglichkeiten des Safer Use hin. Das Infoset umfasst allgemeine Informationen zum Drogenkonsum und Informationen zu 30 bewusstseinsverändernden Substanzen sowie zum verbreiteten Mischkonsum. www.know-drugs.ch

4.2.3 Drug Checking

Drug-Checking-Angebote beinhalten neben einer Substanzanalyse immer auch ein persönliches Beratungsangebot zu Substanzkonsum und Risikoverhalten (vgl. Infodrog 2017: 1). Das Ziel ist es, unerwünschte Nebenwirkungen des Konsums aufgrund hoher Dosen, unerwarteter Substanzen oder Streckmittel zu verhindern. Die Beratung ist Teil des Nachtleben-Präventionsangebots (mobiles Drug Checking) oder wird in den Drogeninformationszentren (ambulantes Drug Checking) angeboten. Beim mobilen Drug Checking handelt es sich um ein Nightlife-Präventionsangebot mit integriertem Labor, welches direkt im Club oder am Festival aufgestellt wird. Die durch Fachpersonen, z. B. Chemiker, durchgeführte Substanzanalyse findet vor Ort statt und dauert etwa 20 Minuten. Während dieser Zeit führt einE MitarbeiterIn der Prävention mit der Person, die eine Substanz abgegeben hat, ein obligatorisches Kurzberatungsgespräch durch und füllt mit deren Einverständnis einen standardisierten anonymen Fragebogen aus. Nach der Analyse wird die Person, welche die Substanz abgegeben hat, direkt über die Resultate (Streckmittel, Reinheit, Wirk- und Risikopotenzial, Safer Use) informiert. In Zürich (seit 2006), Bern (seit 2014), Basel (seit 2018), Genf (seit 2019) existieren ambulante Drug-Checking-Angebote, wo an einem festen Standort Substanzen zum Testen abgegeben werden können.¹⁴ Die Resultate werden nach einigen Tagen per Mail oder Telefon mitgeteilt. Neben der Zugänglichkeit für eine breitere Zielgruppe bieten diese Angebote auch weiterführende Kurzberatungsgespräche und/oder die Triage in eine spezialisierte Institution an.

4.2.4 Virtuelle Informationskanäle

Für die selektive Informationsvermittlung werden aber nicht nur Nightlife-Präventionsangebote vor Ort genutzt, sondern zunehmend auch virtuelle Kommunikationskanäle und soziale Medien. Anfänglich handelte es sich vor allem um Websites, die Informationen zu Wirkung, Nebenwirkung und Langzeitfolgen von Partydrogen enthielten. Heute werden vermehrt auch Apps und Social-Media-Kanäle wie Facebook und Twitter zur Informationsvermittlung genutzt. Das virtuelle Angebot umfasst nicht mehr lediglich Substanzinformationen und Warnungen, es beinhaltet

¹⁴ In Luzern ist ein solches Angebot für 2020 geplant.

auch Links zu weiterführenden Beratungsangeboten, Konsumtagebücher oder Onlineberatungsangebote. Zu den beiden bekanntesten Websites in der Schweiz gehören www.saferparty.ch und www.eve-rave.ch.

Angebot	Beschreibung	Ziele	Referenzen
<i>Informationsmaterial</i>	Attraktiv gestaltete Broschüren und Flyer, mit Informationen zu psychoaktiven Substanzen, Mischkonsum, Safer Use und andere Risikofaktoren (z.B. Safer Sex).	<ul style="list-style-type: none"> • Für die Zielgruppe relevantes Wissen schaffen • Mythen abbauen • Einen risikoarmen Umgang fördern 	<ul style="list-style-type: none"> • Drugs Just Say Know • Informiere dich bevor du konsumierst • Factsheets von Suchtschweiz
<i>Webseiten Apps etc.</i>	Webseiten, Social Media Profile, Apps, mit Informationen zu psychoaktiven Substanzen, Mischkonsum, Safer Use und andere Risikofaktoren (z.B. Safer Sex). Z.T. mit Reflektionshilfen, wie Konsumtagebücher, Kombi-Checker, Onlineberatung	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen unabhängig von Ort und Tageszeit zugängliche machen • Konsumreflektion mittels Online-Tools fördern • Niederschwellige, da anonyme Beratungsmöglichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Suchtpräventionsstellen des Kanton Zürich • Safezone.ch • Saferparty.ch • Eve&Rave.ch • Kombi-checker.ch • Rave-it-safe.ch • Know-drugs.ch
<i>Peer to Peer</i>	Einbezug von PartygängerInnen, als BeraterInnen, in Nightlife-Präventionsangebote. Oder Aufbau eines Netzwerkes von Freunden als eigenständiges Nightlife-Präventionsangebot.	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialräumnähe • Beratung auf Augenhöhe • Mediatoren 	<ul style="list-style-type: none"> • Eve & Rave Schweiz • Aware Dance Culture • Be my Angel • Safer Dance Swiss
<i>Infostand</i>	Infostand, mit Beratungsmöglichkeit, Informationsmaterial, aktuellen Warnungen, Kondome und Ohrenstöpsel direkt vor Ort. Teilweise mit einer Ruhezone (Chill-Out) oder Drug Checking Angebot. Einzelne Projekte sind spezialisiert auf den Konsum von Alkohol und die Sicherheit im Strassenverkehr.	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung des Zuganges zur Zielgruppe mittels Präsenzen in deren Lebenswelt • Selektives Vermitteln von Informationen • Früherkennung mittels Kurzberatung und Risikoassessement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suchthilfe Region Basel, Safer Dance Basel • Contact, Stiftung für Suchthilfe, Rave it Safe, Bern • Stadt Zürich, Jugendberatung Streetwork, Saferparty.ch • Stiftung Alkohol am Steuer nie, Be my Angel, Deutschschweiz

Angebot	Beschreibung	Ziele	Referenzen
<i>Psychedelische Ambulanz</i>	Ergänzung eines Infostands an mehrtägigen Festivals. Psychosoziale Betreuung von «überdosierten» Gästen, ohne gleichzeitig vorliegendes medizinisches Problem. Enge Zusammenarbeit mit medizinischen Fachpersonal. Geschützter Chill-Out als Interventions- und Rückzugsort.	<ul style="list-style-type: none"> • Betreuung überdosierter Gäste an einem Festival • Unnötige Spitaleinweisungen verhindern • Interdisziplinäre Zusammenarbeit vor Ort fördern 	<ul style="list-style-type: none"> • Safer Dance Swiss
<i>Aufsuchende Sozial Arbeit im Sozialraum Nachtleben</i>	Aufsuchende Soziale Arbeit an den Orten des Nachtlebens, z.B. im Club oder in deren Umfeld, in den Nightlife-Areas. Vermitteln von Informationen, Abgabe von Kondomen, evtl. Safer Use Materialien. Teilweise auch ordnungspolitische Teilaufgaben.	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung des Zuganges • Soziale Kontrolle im öffentlichen Raum 	<ul style="list-style-type: none"> • Safer Dance Basel • Rave it Safe & Pinot, Bern • Jugendberatung Streetwork & SIP Züri, Zürich • SIP Luzern
<i>Spezifische Kampagnen, z.B. Ist Luisa hier?</i>	Spezifische Kampagnen widmen sich aktuellen Themen. <i>Ist Luisa hier?</i> ist ein Hilfsangebot welches sich primär an Frauen in der Partyszene richtet. Wenn eine sich bedrängt fühlte Person nach Luisa fragt, bietet das geschulte Personal ihr einen Rückzugsort. An diesem Rückzugsort wird dann das weitere Vorgehen besprochen ohne das der Vorfall im Mittelpunkt steht. ¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Niederschwellige Unterstützung bei sexueller Bedrängung • Sexualisierte Gewalt in der Nacht thematisieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Bar & Club Kommission & Frauenberatung Zürich • Bar und Club Vereinigung & Frauenzentrale Winterthur • Safer Clubbing Luzern & Frauenzentrale Luzern
<i>Drogeninformationszentren</i>	Adaption des Informationsstands, mit Drug Checking, in ein Sozialraum unabhängiges reguläres Setting. Informationszentrum. Bieten zudem weiterführende Beratungsmöglichkeiten und meist auch	<ul style="list-style-type: none"> • Erweiterung der Zielgruppe • Zugang unabhängig von Anlass und Szene • Verbesserte Beratungsmöglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Jugendberatung Streetwork, DIZ, Zürich • Contact Stiftung für Suchthilfe, DIB+, Bern • Stiftung Suchthilfe Region Basel,

¹⁵ *Ist Luisa da* wurde von der Frauenberatungsstelle Münster ins Leben gerufen

Angebot	Beschreibung	Ziele	Referenzen
	themenspezifischen Sprechstunden. Oft integriert in ein bestehendes, inhaltlich ergänzendes Angebot.	<ul style="list-style-type: none"> • Schnittstellen schaffen, um eine Triage zu erleichtern 	DIBS, Drogen-Info-Basel-Stadt

Tabelle 1: Nightlife-Präventionsangebote in der Schweiz (Stand Februar 2020)

4.2.5 Strukturelle Prävention im Schweizer Nachtleben

Typische Beispiele für strukturelle Prävention im Nachtleben sind die Sensibilisierung – mittels Schulungen – von Bar- und Clubmitarbeitenden zum Umgang mit berauschten Gästen oder der Zugang zu kostenlosem Trinkwasser, Kondomen und Informationsmaterialien. Die Herausforderung dabei ist, Nachtkulturunternehmen vom Sinn solcher Massnahmen zu überzeugen. Zur Rolle der Sozialen Arbeit im Nachtleben gehören deshalb nicht nur die Pflege und die inhaltliche Weiterentwicklung struktureller Präventionsansätze, sondern auch die Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit. Denn es ist im Interesse der Nachtkulturunternehmen, dass eine breite Öffentlichkeit Kenntnis von Safer-Clubbing-Bestrebungen nimmt, da sich dies positiv auf das Image der Clubs und Bars auswirkt.

Angebot	Beschreibung	Ziele	Referenzen
<i>Round Table Nightlife</i>	Regelmässig stattfindende Austauschtreffen. Im Fokus steht meist das aktuelle Risikoverhalten der lokalen Partygästen und die damit verbundenen Probleme. Der strukturelle Austausch wird aber auch dazu genutzt andere Themen zu diskutieren, wie beispielsweise der Ausgangslärm. ¹⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen direkt aus dem Sozialraum erschliessen • Regelmässiger Austausch zwischen Stakeholdern fördern und strukturell verankern 	<ul style="list-style-type: none"> • Luzern, Safer Clubbing Sektion Luzern • Winterthur, Bar und Club Vereinigung (BCvW) • Zürich, Jugendberatung Streetwork & Bar & Club Kommission.
<i>Club Gütesiegel, Festival Labels</i>	Aktive Gestaltung von Club, Bars und Events unter Einbe-	<ul style="list-style-type: none"> • Minimieren von umfeldbezogenen Risiken 	<ul style="list-style-type: none"> • Safer Clubbing Schweiz

¹⁶ Round Table Nightlife existieren in der Schweiz in Luzern, in Zusammenhang mit der Safer Clubbing Sektion Luzern, in Winterthur, koordiniert durch die Bar und Club Vereinigung (BCvW) und in Zürich organisiert durch die Jugendberatung Streetwork, Saferparty.ch und der Bar & Club Kommission.

Angebot	Beschreibung	Ziele	Referenzen
	zug potentieller umfeldbezogene Risiken. Typische Beispiele sind das Bereitstellen von Informationen und Safer-Use-Material, Personalschulung und ein Zugang für Nightlife-Präventionsangebote. ¹⁷ Im Vordergrund von Labels im Festivalbereich ¹⁸ liegt vor allem der Konsum von Alkohol, die Jugendschutzrichtlinien und die Sicherheit im Strassenverkehr.	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstverantwortung der Veranstalter fördern • Optimiertes Handeln des Personals in Notsituationen • Schaffen eines institutionsunabhängigen Zugangs zur Zielgruppe 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiesta, Kanton Wallis • We can Dance it, Genf
<i>Bewusstes Feiern</i>	Alternativen zur konsumorientierten Feierkultur aufzuzeigen. Der Fokus liegt auf einem besonders angenehmen Rahmen, genügend Sitzplätzen, einem Chill Out, billigen oder kostenlosen alkoholfreien Getränken, der Verzicht von Alkohol und der Möglichkeit der Mitgestaltung.	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffen von Alternativen zu einer konsumorientierten Feierkultur • Bewusstes Feiern, nicht nur auf der Ebene des Konsums psychoaktiver Substanzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Aware Dance Culture, Bern • Support your Party, Zürich
<i>Jugendbewilligungen</i>	Jugendliche und junge Erwachsene, im Alter zwischen 18 und 25 Jahren, erhalten die Möglichkeit legal Partys im öffentlichen Raum durchzuführen. Je nach Stadt steht eine gewisse Anzahl Daten und definierter Plätze zur Verfügung. Dabei müssen die jugendlichen Veranstalter/innen verschiedene Auflagen befolgen.	<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit der aktiven Mitgestaltung der Nacht durch Jugendliche • Nicht kommerzielle Veranstaltungen • Nutzen von Freiräumen 	<ul style="list-style-type: none"> • Stadt Zürich • Stadt Bern

Tabelle 2: Strukturelle Prävention im Schweizer Nachtleben

¹⁷ Weitere Informationen www.safer-clubbing.ch

¹⁸ Dazu zählen auch Dorrfeste, Chilbi und die Fasnacht

4.3 Sozialräumliche Ansätze im Schweizer Nachtleben

Die Soziale Arbeit nimmt eine wichtige Rolle ein, wenn es um die Anerkennung des Nachtlebens als Sozialraum und dessen nachhaltige Entwicklung geht. Da gerade heute in den immer dichter bewohnten Innenstädten Konflikte in Bezug auf die Nachtruhe praktisch zum Alltag gehören, steht die Koexistenz zwischen der Nachtkultur und der Nachbarschaft im Vordergrund einer sozialräumlichen Entwicklung. Dabei werden typische Methoden der Gemeinwesenarbeit eingesetzt. Beispiele sind Begehungen vor Ort, Mediation zwischen Konfliktparteien, das Zusammenbringen der Stakeholder, der strukturelle Austausch und die Unterstützung des Aufbaus von Bottom-Up-Strukturen wie beispielsweise Bar- und Clubkommissionen und Nachtstadträte als sich ergänzende Interessensvertretungen der Nacht.

Angebot	Inhalt	Ziele	Referenzen
<i>Bar und Club Kommission</i>	Netzwerke von in der Nacht tätigen Kulturunternehmen oder Festivals. Neben der Lobbyarbeit, bieten sie auch Beratungen für Mitglieder und spezifische Weiterbildungen an. Öffentlichkeitsarbeit, z.B. Tag der offenen Bar und Club Tür ¹⁹ . Einzelne Netzwerke sind Kollektivmitglied bei Safer Clubbing Schweiz und setzen dies mittels Personalweiterbildungen und einer engen Zusammenarbeit mit den lokalen Nightlife-Präventionsangeboten um.	<ul style="list-style-type: none"> • Interessenvertretung der Nachtkulturunternehmen • Image des Nachtlebens verbessern • Ressourcenoptimierung durch Zusammenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • BCK Zürich • BcVW Winterthur • Nachtgallen • BuCK Bern • Kultur und Gastronomie Basel • Grand Conseil de la Nuit Genf
<i>Nachtstadtrat</i>	Entweder eine einzelne Person, auch bekannt als Night-Major, oder ein Rat. Meistens	<ul style="list-style-type: none"> • Interessenvertretung des Nachtlebens • Schnittstelle zwischen den einzelnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Nachtstadtrat Zürich

¹⁹ Der Tag der offenen Bar und Club Tür wurde erstmals 2012 in Zürich, von der Bar & Club Kommission durchgeführt. Seit 2018 in Kooperation mit dem EU-Netzwerk Live DMA als Open Club Day Gesamteuropäisch ausgerichtet. Weitere Infos unter www.openclubday.ch

	handelt es sich um eine politisch unabhängige Struktur, Ausnahmen sind London und Paris, wo der Nachtbürgermeister in die politische Struktur integriert ist. Ein Nachstadtrat setzt sich für das Nachtleben als ganzes, mit all seinen unterschiedlichen Facetten ein.	Akteuren (AusgängerInnen, DJs, Promoter etc.) schaffen	
--	---	--	--

Tabelle 3: Sozialräumliche Ansätze im Schweizer Nachtleben

4.4 Finanzierung der Sozialen Arbeit im Nachtleben

Spenden der PartygängerInnen stellten in den 1990er-Jahren meist die einzige Finanzierungsmöglichkeit für die damaligen Szenenorganisationen dar. Teilweise beteiligten sich die Veranstalter an den Unkosten. Mit der Integration von Nightlife-Präventionsangeboten beispielsweise in die offene städtische Jugendarbeit wurden die anfallenden Kosten durch einen regulären Etat gedeckt oder die Angebote wurden durch kantonale oder städtische Behörden im Rahmen von Leistungsverträgen unterstützt. Für den Aufbau von Projekten spielte der damalige Impuls- und Entwicklungsfonds im Suchtbereich des Bundesamtes für Gesundheit eine wichtige Rolle. Viele der heutigen Nightlife-Präventionsangebote wurden zu Beginn über den Impulsfonds mitfinanziert.²⁰ Heute verfügen die meisten Angebote der Sozialen Arbeit im Nachtleben über eine finanzielle Regel- oder zumindest mehrjährige Projektversorgung. Doch ohne Freiwilligenarbeit geht es, zumindest bei den Festivalpräsenzen, auch heute nicht.

5. Herausforderungen

Erfreulich ist, dass in den letzten Jahren auch in der Schweiz neue Angebote der Sozialen Arbeit im Nachtleben ins Leben gerufen worden sind.

²⁰ Impulsfonds «Therapie und Schadensminderung» im Auftrag des BAG: für den Aufbau neuartiger Angebote, zur Erweiterung bzw. Differenzierung bestehender Leistungsangebote, für die interkantonale Vernetzung von Angeboten und zur Erarbeitung praxisbezogener Instrumente und Grundlagen (2005 – 2016).

Begrüssenswert ist auch, dass der Fokus dabei nicht mehr nur auf den Problemen liegt, sondern das Nachtleben zunehmend als wichtiger Bestandteil unserer Gesellschaft anerkannt wird, welches eine bedeutende Rolle spielt, wenn es um die Zufriedenheit der urbanen Bevölkerung geht. 2015 waren in der Schweiz 18 Institutionen präventiv oder schadensmindernd im Nachtleben aktiv. Daraus resultierten rund 132 825 Kontakte und 7142 Kurzberatungen²¹ (vgl. Infodrog 2016:9). Im Rahmen von Drug Checkings wurden 2017 2242 Analysen durchgeführt, wobei 1379 Warnungen aufgrund sehr hoher Dosierungen oder unerwarteter Wirkstoffen ausgesprochen wurden (vgl. Infodrog 2017:25).

5.1 Erreicht die Soziale Arbeit ihre Zielgruppe?

Ja. Die in der Schweiz zur Verfügung stehenden Daten zum Drogenkonsum belegen, dass es sich bei den NutzerInnen von Nightlife-Präventionsangeboten – im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung insgesamt – um eine drogenaffine Bevölkerungsgruppe handelt. Die Praxis zeigt, dass der Kontakt vor Ort für die meisten PartygängerInnen die erste Inanspruchnahme des professionellen Hilfesystems darstellt. Diese zuvor nur schwer zu fassende Risikogruppe kann dank Nightlife-Präventionsangeboten erreicht werden, was Prävention und Schadensminderung in dieser Zielgruppe erst möglich macht. Die dabei mit dem standardisierten Fragebogen erhobenen Daten sind zudem eine wichtige Ergänzung zum nationalen Monitoring, wie beispielsweise ein Vergleich mit dem Schweizer Suchtmonitoring²² aus dem Jahr 2013 zeigt (vgl. Maier et al 2014: 13).

5.2 Wirksamkeit von Nightlife-Präventionsangeboten

Eine Aussage zur Wirksamkeit von Nightlife-Präventionsangeboten ist nur sehr eingeschränkt möglich. Der Hauptgrund dafür liegt in der schwierigen Messbarkeit von Verhaltensveränderungen innerhalb der Zielgruppe. Da wie im Kapitel 3.1 aufgeführt nur bei einem kleinen Teil

²¹ Von einer Beratung wird gesprochen, wenn ein Informationsgespräch länger als 15 Minuten dauert.

²² 2017 wurde das Monitoring vom MonAM – Monitoring-System Sucht und NCD abgelöst.

der Freizeitdrogenkonsumierenden tatsächlich eine Veränderung des persönlichen Risikoverhaltens angezeigt ist, geht es primär darum, zu einer nur schwierig erfassbaren Reflexion des Konsums beizutragen. Besser messbar ist, wie häufig im Rahmen einer Substanzanalyse vor einer besonders gefährlichen Substanz gewarnt werden muss.²³ Einen Hinweis auf die Effektivität von Nightlife-Präventionsangeboten gibt eine interne Evaluation der Stadt Zürich aus dem Jahr 2010, welche erfreulicherweise feststellen konnte, dass der besonders riskante Mischkonsum um rund 20 Prozent abgenommen hatte. Eine wichtige Rolle schienen dabei das stationäre und mobile Drug Checking zu spielen, da die Analyseresultate verbunden mit erlebten Wirkungen die Reflexion des persönlichen Konsums besonders stimuliert. Die Attraktivität der Substanzanalyse erleichtert den Partydrogenkonsumierenden auch den Kontakt, dies spiegelt sich in der seit 2001 stetig steigenden Nachfrage wieder (Bücheli et al. 2010).

5.3 Strukturelle Lücken

Trotz der Wichtigkeit von Substanzanalysen ist ein Drug Checking nur in der Stadt Zürich, in den Kantonen Basel-Stadt und Basel Landschaft, im Kanton Bern und im Kanton Genf möglich. Neben einer verbesserten nationalen Abdeckung von Drug-Checking-Angeboten besteht auf nationaler Ebene Handlungsbedarf in Bezug auf ein nationales Frühwarnsystem für illegale Substanzen. Substanzwarnungen werden bisher der Fachwelt mittels institutionseigener Mailverteiler, beispielsweise von der Jugendberatung Streetwork, zur Verfügung gestellt. Es fehlt eine nationale Stelle, die Warnungen strukturiert, interpretiert und dreisprachig zur Verfügung stellt. Zudem gibt es Lücken im Bereich von gender- und migrationsgerechten Angeboten. Gewalt im Nachtleben ist ein wichtiges Thema und wird im Rahmen der aufsuchenden ordnungspolitischen nächtlichen Sozialen Arbeit²⁴, im Rahmen des Management des nächtlichen öffentlichen Raums und innerhalb von Beratungen der Nightlife-Präventionsangeboten durchaus thematisiert, es gibt aber kein spezifisches Angebot dazu.

²³ 2018 warnte die Jugendberatung Streetwork, saferparty.ch bei 1004 von insgesamt 2199 analysierten Substanzen. Die meisten Warnungen entfielen dabei auf hochdosierte XTC-Tabletten und Kokainproben mit dem Streckmittel Levamisol.

²⁴ Hiermit sind Angebote wie die SIP Züri, SIP Luzern oder Pinto in Bern gemeint.

Aufgrund der professionellen Strukturen der meisten Präventions- und Schadensminderungsangebote gibt es Lücken in der Vor-Ort-Präsenz an illegalen, meist sehr kurzfristig angesetzten Underground-Anlässen. Entweder haben die Fachleute von diesen Anlässen keine Kenntnisse, ihr Auftrag bezieht sich auf legale Angebote und/oder die Reaktionszeit ist zu langsam. Alkohol ist und bleibt die Partydroge Nummer 1. Neben Bonus-Malus-Ansätzen²⁵, die z. B. einen moderaten Alkoholkonsum mit Punkten belohnen, und Angeboten zum Thema Alkohol am Steuer²⁶ fehlt es an überzeugenden individualisierten schadensmindernden Ansätzen. Dies gilt auch für den Tabakkonsum. Obwohl dieser im Nachtleben weit verbreitet ist, wird er nur selten thematisiert. Dies hängt auch damit zusammen, dass von der Fachwelt akzeptierte schadensmindernde Ansätze im Tabakbereich fehlen.

6. Ausblick

Die über 20-jährige Geschichte der Schadensminderung im Schweizer Nachtleben ist geprägt durch eine Fokussierung auf das individuelle Risikoverhalten. Aktuell steht in der öffentlichen Diskussion die Belastung des öffentlichen Raumes in der Nacht im Zentrum. Dabei geht es primär um Lärm, aber auch Gewalt und Alkoholexzesse sind Thema. Die in den letzten Jahren aufgrund dieser Diskussion vorgestellten Nachtleben-Konzepte²⁷ befassen sich oft einseitig mit Regulierungen, wie z. B. der (Wieder-)Einführung einer Sperrstunde. Da die verlängerten Öffnungszeiten, welche in den 1980er-Jahren hart erkämpft worden waren, immer noch einem gesellschaftlichen Bedürfnis entsprechen und zu einer besseren Verteilung von Personenströmen in der Nacht führen, stellt sich die Frage, wie nachhaltig solch einseitig formulierte Konzepte sind. Eine zunehmende Regulierung würde zu Ausweichbewegungen, zum entstehen illegaler Szenen führen, die wiederum unvorhersehbare neue Probleme mit sich ziehen. Um dies zu verhindern, sollten im Interesse der Sozialen Arbeit Lösungen

²⁵ Z. B. Poinzz.

²⁶ Z. B. «be my angel tonight».

²⁷ Z. B. das Nachtlebenkonzept der Stadt Bern oder des Schweizer Städteverbands.

auf der Grundlage eines Multi-Stakeholder-Kooperations-Prozesses entwickelt werden. Dank ihrer breiten Akzeptanz im Nachtleben kann die Soziale Arbeit nicht nur bei der Initiierung solcher Prozesse eine wichtige Rolle spielen. In Bezug auf eine Verbesserung der nächtlichen Rahmenbedingungen sollte sich eine Soziale Arbeit nach Acht auch für eine kohärente Reglementierung psychoaktiver Substanzen einsetzen. Mittels eines kontrollierten Marktes für weitgehend alle Substanzen, liesse sich das Spannungsfeld legale versus illegale Substanzen lösen. Die Arbeit für die Soziale Arbeit würde sich dadurch vereinfachen, da die Realität eines illegalen Substanzkonsums von den Nachtkulturunternehmen nicht mehr verschwiegen und der Zugang für Nightlife-Präventionsangebote nicht mehr dauernd gerechtfertigt werden müsste. Für einen kontrollierten Markt spricht auch, dass sich Drug Checking kapazitätsmässig nie so flächendeckend ausweiten lässt, dass alle Schweizer Freizeitdrogenkonsumierenden Zugang zu einem solchen Angebot hätten.

Literatur

- Bachmann, A./Bücheli, A. (2011): Frühintervention im Nachtleben. *SuchtMagazin* 37(5): 27-30.
- Bücheli, A. (2009): Von der Nacht zum Tag. Welches gemeinwesenentwicklerische Potential steckt in der Zürcher Clubkultur? Hochschule München: Masterthesis.
- Bücheli, A. (2014): Schadensminderung im Schweizer Nachtleben. *SuchtMagazin* 40(2): 16-23.
- Bücheli, A. (2015): Die gesunde Stadt und das Nachtleben. *Stadt:pilot spezial. Die Stadt und das Nachtleben. Das Magazin zu den Pilotprojekten der Nationalen Stadtentwicklung. Sonderausgabe/September 2015: 25-26.* www.bit.ly/2F31Y0k, Zugriff 07.04.2019.
- Bücheli, A. (2017): Risikoarmer Drogengebrauch. Für eine genussoptimierte Haltung. Solothurn: Nachtschatten.
- Bücheli, A./Hochenegger, M./Nunes, S. (2017): Nightlife-Prävention im deutschsprachigen Raum. *SuchtMagazin* 43(2&3): 43-48.
- Infodrog (2017): Safer Nightlife Schweiz. Factsheet Drug Checking. Bern: Infodrog. www.tinyurl.com/yvw34ruk, Zugriff 01.02.2020.2019.
- Infodrog (2016): Tätigkeitsbericht Safer Nightlife Schweiz 2014/2015. Bern: Infodrog. www.bit.ly/2OrL3pG, Zugriff 07.04.2019.
- Infodrog (2017): Tätigkeitsbericht Safer Nightlife Schweiz 2017. Bern: Infodrog. www.tinyurl.com/yx96vfj5, Zugriff 01.02.2020
- Kosnick, K. (2012): Utopien des Sozialen. Das Nachtleben als Sozialisationsinstanz und Spiegel von Gesellschaft? Vortrag auf der Konferenz Safer Nightlife Schweiz, Biel, 19.September 2012. www.tinyurl.com/cpbnyk3, Zugriff 07.04.2019.

- Maier, L.J./Bachmann, A./Bücheli, A./Schaub, M.P. (2014): Erarbeitung Instrumente zur Früherkennung und Frühintervention von problematischem Substanzkonsum im Schweizer Nachtleben (2011-2013). Bern: Infodrog. www.doi.org/10.5167/uzh-102177
- Maier, L.J./Bachmann, A./Lischer, A./Humm, M. (2017): Substanzkonsum in der Freizeit: SuchtMagazin 43(1): 20-24.
- Müller, C. P./Schumann, G. (2011). Drugs as instruments: a new framework for non-addictive psychoactive drug use. *The Behavioral and Brain Sciences*, 34(6): 293–310. www.doi.org/10.1017/S0140525X11000057.
- Schori, D. (2019): Drug Checking in der Schweiz: SuchtMagazin 45(6): 10-16.
- Schweizerischer Städteverband (2012): Städtisches Nachtleben. Situationsanalyse und mögliche Vorgehensweisen. Schweizerischer Städteverband. www.tinyurl.com/cpv25gs, Zugriff 07.04.2019.
- Wollschläger, M./Schori, D. (2019): Konsum von psychoaktiven Substanzen in der Freizeit: Auswertung der Befragungen von Konsumierenden 2018. Bericht 2019. 5-19. Bern: Infodrog., www.bit.ly/2ubO9Z3, Zugriff 05.02.2020.

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.





Die SIP der Stadt Luzern als Akteurin der vermittelnden Sozialarbeit

Arbeitsfeld Intervention und Prävention im öffentlichen Raum

Christina Rubin¹, Lucia Sidler²

1. Einleitung

Im Jahre 2005 formulierte der Stadtrat von Luzern Folgendes: «Die politische Strategie der Stadt Luzern ist es, eine SIP zu bilden, damit es in der Stadt Luzern zu keiner erneuten Bildung einer offenen Drogenszene kommt. Auf der anderen Seite soll der öffentliche Raum von allen Bevölkerungsgruppen genutzt werden können. Einer gesellschaftlichen Spaltung von ökonomisch und sozial verschiedenen starken Bevölkerungsgruppen soll entgegengewirkt werden» (Stadt Luzern 2009: 6).

Wie ist Luzern diesen Auftrag angegangen und wo steht die Stadt heute? Gedanken und Erfahrungen dazu von zwei SIP-Mitarbeiterinnen.

Die Soziale Arbeit als Profession insgesamt und die aufsuchende Sozialarbeit im Bereich Suchthilfe im Speziellen erfuhren in den letzten Jahrzehnten eine starke Spezialisierung. Die Soziale Arbeit etablierte sich in Bereichen, die zuvor nicht existierten oder die von anderen Professionen abgedeckt worden waren. Die Institution Sicherheit Intervention Prävention (SIP) der Stadt Luzern³ ist ein exemplarisches Beispiel für diese Entwicklung.

Die SIP war zu Beginn überwiegend regulativ in der Stadt unterwegs und war sich zu wenig bewusst, dass sie einen wertvollen und wichtigen sozialen Auftrag ausführte. Durch Erfahrungen, Reflexion und Wissen bildete sie ihr Selbstverständnis aus und entwickelte sich immer mehr zu einem präventiv sozialarbeiterischen Angebot. Die SIP versteht sich heute

¹ Sozialarbeiterin FH, Bereichsleiterin SIP Stadt Luzern.

² Soziokulturelle Animatorin in Ausbildung, Mitarbeiterin SIP Stadt Luzern.

³ Vgl. www.stadtluuzern.ch/sip. Aus Gründen der Lesbarkeit wird im folgenden Text SIP geschrieben, wobei immer die SIP der Stadt Luzern gemeint ist.

als professionelle Akteurin der aufsuchenden und vermittelnden Sozialarbeit für eine breite Zielgruppe.

Den Autorinnen ist es wichtig, diese Entwicklung aufzuzeigen. Einerseits sind sich wenige PolitikerInnen bewusst, wie wertvoll die SIP-Arbeit für eine Stadt sein kann. Andererseits sehen Fachkräfte oft nicht, dass gerade in diesem Spannungsfeld zwischen Beziehungsarbeit und Ordnungsdienst ein wichtiger sozialer Auftrag steckt, möglicherweise eine neue Spezialisierung der Sozialen Arbeit. Denn bei Differenzen vermitteln und nachhaltig einwirken zu können und soweit als möglich mit den Konfliktparteien Lösungen zu suchen und zu bestimmen, setzt eine qualifizierte und vielseitige Ausbildung in der Sozialen Arbeit, insbesondere im Konfliktmanagement voraus.

2. Geschichte, Auftrag und Arbeitsverständnis der SIP

2.1 *Geschichte*

Wie in anderen Städten gab es in den 1990er-Jahren auch in Luzern eine offene Drogenszene und zunehmende Schwierigkeiten mit übermäßigem Alkoholkonsum im öffentlichen Raum. Der Verein Kirchliche Gassenarbeit betrieb einen Spritzenbus, ein «Fixerstübli» und aufsuchende Gassenarbeit, mitfinanziert durch die Stadt Luzern. 2005 beschloss der Stadtrat, nebst bestehenden repressiven Massnahmen einen sozialarbeiterischen Ansatz einzuführen, um die Problematik anzugehen.

Als Vorbild diente das Konzept der sip züri. In Zusammenarbeit mit der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern erarbeitete die Stadt Luzern ein Methodenhandbuch für eine SIP. Als Ansätze wurden der präventive Ordnungsdienst und die Soziale Arbeit aufgeführt. Bemerkenswert ist, dass die Soziale Arbeit darin als «Uniformierte Sozialarbeit» und «Vermittelnde Sozialarbeit» festgehalten ist (Stadt Luzern 2009: 7-8).

Im Jahr 2008 anerkannte das Stadtparlament die SIP als neuen Fachbereich. Im Jahr 2015 wurde im Rahmen eines Sparpakets über die Auflösung der SIP diskutiert, was aber vom Stadtrat abgelehnt wurde. Der Entscheid stützte sich auf den Projektbericht *Haushalt im Gleichgewicht* (Stadt Luzern 2014: 1), in dem empfohlen wird: «Eine ersatzlose Aufhebung der

SIP ist aufgrund der Analyse strikte abzulehnen. Die Analyse zeigte, dass die Einsparungen bei einer Aufhebung gegenüber möglichen Folgekosten in unbekannter Höhe, dem bei weitem entgegenstehe». Seither ist die Auflösung der SIP kein Thema mehr.

Per 1. Januar 2018 wechselte die SIP von der Umwelt- und Verkehrsdirektion in die neu gebildete Dienstabteilung *Quartiere und Integration* (QUIN) der *Sozial- und Sicherheitsdirektion* der Stadt Luzern. Die QUIN vereint die Quartierarbeit, die Quartierentwicklung, die Fachstelle Integration und die SIP. Die Reorganisation zeigt, dass die SIP mit ihren Aufgaben die Quartierarbeit und die Fachstelle Integration stärkt und für ein soziales Zusammenleben und eine gelungene Integration gewichtige Arbeit leistet.

2.2 Auftrag

Der Kernauftrag der SIP ist die Soziale Sicherheit und deren Regulierung im öffentlichen Raum, mit dem Ziel einer respektvollen Koexistenz aller Personen und Personengruppen, die sich im öffentlichen Raum aufhalten, insbesondere Jugendliche und randständige Menschen. Die SIP bearbeitet Konfliktfelder, die aufgrund von Verhaltensnormen und gesetzlichen Regelungen entstehen. Es handelt sich dabei insbesondere um zwischenmenschliche Konflikte und Nutzungskonflikte. Die SIP agiert in einer Kombination von helfender, aufsuchender und vermittelnder Sozialarbeit und ordnungsdienstlicher Tätigkeit.

Wie im Leitbild der SIP definiert,⁴ schliesst sie die Lücke zwischen Sozialer Arbeit und Polizei. Sie trägt durch ihre Präsenz und durch ihre gezielten Interventionen dazu bei, das Sicherheitsgefühl der Personen im öffentlichen Raum zu erhöhen, allen Anspruchsgruppen einen öffentlichen Aufenthaltsraum in der Stadt zu gewährleisten und damit die Lebensqualität in der Stadt Luzern zu erhalten. Gleichermassen ist sie mandatiert, niederschwellige Soziale Arbeit für Personen zu leisten, die kaum institutionelle soziale Hilfe in Anspruch nehmen.

Menschen mit einer Sucht halten sich «gerne» und oft im öffentlichen Raum auf. Da ihre finanziellen Mittel limitiert sind und ihr früheres Beziehungsnetz oft nicht mehr existiert, werden Strassen und Plätze zu ihrem

⁴ Vgl. SIP-Leitbild der Stadt Zürich: www.stadt Luzern.ch/thema/3943, Zugriff 06.02.20.

neuen Lebens- und Begegnungsraum, in welchem sie KollegInnen treffen und Freundschaften knüpfen. Die Aussenräume werden zu ihrer «Kneipe», in der sie günstig ihr Bier trinken können. Der Stadtraum wird zu ihrem kostenlosen Schlafplatz und zu ihrem Informationsort, wo sie erfahren, wer sich wo aufhält und wo Hilfe zu erwarten ist. Bestimmte Plätze und Quartiere werden zum «Marktplatz», auf dem sie Drogen kaufen können. In belebten Parkanlagen und Plätzen erleben sie, dass auch sie der Gesellschaft angehören. Die SIP, die täglich im öffentlichen Raum unterwegs ist, wird wie die Gassenarbeit zu einer sehr niederschweligen Anlaufstelle der Sozialen Arbeit.

Durch Gespräche und Beobachtungen zeigt sich einerseits, dass genau diese Menschen der Unterstützung der SIP bedürfen. Andererseits sollen Kinder, Jugendliche, erwachsene Menschen und ältere Personen, die sich bei einer übermässigen Ansammlung von suchtbetroffenen Menschen unsicher fühlen könnten, Schutz erhalten. Diesem Dilemma begegnet die SIP mit Präsenz, Gesprächen und Massnahmen, die weder die eine noch die andere Partei voll und gänzlich ausgegrenzt und die schwächere Partei stützt. Ein treffendes Beispiel ist der zentrale Park und Spielplatz «Vögelgärtli». Hier stellt sich die «Spagataufgabe», die Suchtbetroffenen dafür zu sensibilisieren, das Konsumieren vor Ort zu unterlassen oder aber den Park zu verlassen und für den Suchtmittelkonsum die K&A aufzusuchen, damit die Kinder unbeschwert und sicher den Spielplatz nutzen können. Letztendlich sollten nicht politische Gründe, sondern Sachlage, soziales Denken und «gesunder Menschenverstand» die Interventionen der SIP leiten.

2.3 *Umsetzung*

Die Erfahrung zeigt, dass eine Verbesserung der Lebenslage oder ein Ausstieg aus der Sucht möglich sind, wenn suchtbetroffene Menschen fähig werden, selbst ihren Alltag mit kleinsten Veränderungen neu zu gestalten. Dies gelingt, wenn kontinuierliche Beziehungsarbeit mit den KlientInnen geleistet wird. Durch die wiederholten Kontaktaufnahmen und Gespräche fassen sie Vertrauen und zeigen sich eher bereit, selbstverantwortlich zu handeln.

Die SIP sieht sich mitverantwortlich, Menschen den Zugang zur Gesellschaft und zu den vielfältigen Angeboten, welche die Stadt und die Sozialnetze bereitstellen, zu ermöglichen. Wenn eine Klientin im Gespräch den Wunsch nach einer Arbeitstätigkeit äussert, informieren die SIP-Mitarbeitenden über mögliche Angebote, beispielsweise über den Verein «Jobdach». Dieses Angebot ermöglicht Menschen mit erschwerten Bedingungen, einer Beschäftigung nachzugehen, und bietet ihnen gleichzeitig eine Tagesstruktur. Entweder geben die SIP-Mitarbeitenden der Person eine Visitenkarte ab oder begleiten sie zum gewünschten Ort.

Weiter interveniert die SIP bei Drogen- oder übermässigem Alkoholkonsum und engagiert sich stark in der Sucht- und Gewaltprävention. Sie versucht, frühzeitig die Auswirkungen einer Sucht anzusprechen, und deeskaliert bei Konfliktsituationen, um Strafvorfälle und damit unnötige Strafmassnahmen zu verhindern. Ist erkennbar, dass sich ein Konflikt ausweitet oder Personen gefährdet sind, zieht die SIP mit Vorankündigung die Polizei hinzu.

Als Akteurin im städtischen Sozialraum ist sie an jedem Wochentag bis spät in die Nacht für alle Personen und insbesondere für randständige Menschen da. Dadurch schliesst sich eine Lücke, wenn wichtige Leistungserbringende, wie die Kontakt- und Anlaufstelle der Gassenküche, die Gasenarbeit oder weitere wichtige Institutionen in den späten Abendstunden nicht mehr verfügbar sind.

2.4 *Arbeitsverständnis und Methoden*

Die Professionellen der Sozialen Arbeit stützen ihr Handeln auf Grundwerte der Menschenwürde und der Menschenrechte. Demnach stehen jedem Menschen, ungeachtet von Geschlecht, Hautfarbe, Ethnie, Status und Individualität, die Achtung und der Schutz seiner Menschenwürde sowie das Recht auf Gleichwertigkeit zu (vgl. Schmocker 2010: 8). Als soziale Organisation bezieht sich die SIP auf diese Werterhaltung und auf ein humanistisches Menschenbild. Dieses besagt, dass der Mensch grundsätzlich gut ist, dass er nach einem selbstbestimmten und sinnerfüllten Leben strebt und dazu soziale Kontakte sucht. Im Methodenhandbuch der SIP ist diese Grundhaltung verankert. Es hält beispielsweise Folgendes zum Thema *Empowerment* fest: «Die strategische Idee des Empowerment ist es,

die Anspruchstellenden in die Verantwortung zu nehmen, in ihren Wahrnehmungs- und Handlungsfähigkeiten zu fordern und zu fördern und ihnen damit die Kraft (Power) zugänglich zu machen, die sie selbst aufgrund ihrer Ressourcen und Potenziale mitbringen» (Stadt Luzern 2009: 16).

Die Arbeitsweise der SIP basiert auf Theorien und Modellen wie der Kommunikationstheorie nach Watzlawick (vgl. 2011) und dem Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun (vgl. 1981), der Klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers (vgl. 2017), der Gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg (vgl. 2013), der Motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing) nach Miller und Rollnick (vgl. 2015), den Konfliktlösungsansätzen nach Scharmer (vgl. 2013), dem Ansatz des Empowerment nach Herriger (vgl. 2014) und der Lebensweltorientierung nach Thiersch (vgl. 2005).

Parallel dazu wird im Methodenhandbuch für den Ordnungsdienst die Thematik der Repression behandelt (Stadt Luzern 2009: 11): «Repression im Sinne der Anwendung von Staatsgewalt oder Macht, auch gegen den Willen einer anderen Partei. Es ist zu beachten, dass die SIP keine physische Gewalt gegen KlientInnen anwendet, sondern mit «weichen Methoden» reguliert, da sie über keine polizeihöheitlichen Kompetenzen verfügt». Das bedeutet, dass die Verantwortung, ob Repression angewendet wird, der Klientel übergeben wird. Der Beizug der Polizei wird angekündigt, sodass die KlientInnen die Möglichkeit haben, entsprechend zu reagieren. Dadurch entsteht ein transparentes und interaktives Gespräch, indem Problemlösungen gemeinsam erarbeitet werden.

Die Auswertungen der erfolgreichen Interventionen zeigen, dass nicht nur das Handwerk oder das Werkzeug ausschlaggebend sind – vielmehr ist es eine Frage des grundsätzlichen Umgangs mit der Situation und mit den betroffenen Menschen sowie der Art und Weise, wie die Werkzeuge eingesetzt werden. Das Methodenhandbuch der SIP Luzern verweist unter *Interventionsgrundsätze* auf Folgendes: «Ob der Zugang zu einem Menschen (in einem beliebigen Bewusstseinszustand) hergestellt werden kann, ist in erster Linie eine Frage der inneren Haltung diesem Menschen gegenüber. Jeder Mensch spürt intuitiv, ob die Person, die ihn

anspricht, dies aus einer wohlwollenden, offenen oder aus einer abschätzenden, geschlossenen Haltung ihm gegenüber tut» (Stadt Luzern 2009: 17).

Eine weitere wichtige Komponente des Interventionsverständnisses und der inneren Haltung ist es, sich vor Augen zu halten, dass jedes Verhalten (und sei es noch so seltsam, unangenehm und unverständlich) seinen Grund hat und oft sogar eine Überlebensstrategie bedeutet (Stadt Luzern 2009: 15).

Weiter ist das «*Pacing*» (Stadt Luzern 2009: 19) zu erwähnen: «Wenn es zu einer Kontaktaufnahme kommt, besteht der erste Schritt darin, die Wellenlänge zu suchen, auf der das Gegenüber sendet. Nachher gilt es, sich auf diese Wellenlänge einzustellen». Es ist wichtig, den Kommunikationsverlauf zu beobachten: Blockiert, öffnet, bereichert die Person die Interaktion? Dazu kann es hilfreich sein, während des Gesprächs auf Augenhöhe niederzuknien.

Die SIP ist bemüht, ihrer Klientel neue Handlungsfelder und Beziehungen zu erschliessen. Um solche Prozesse anzustossen, braucht es Zeit und regelmässige persönliche Begegnungen. Die SIP investiert in beide Komponenten. Bei der KlientInnenarbeit, so Gahleitner (2017: 275), «ist zu berücksichtigen, dass nicht nur gezielte Beratungs- und Therapiesitzungen, sondern die alltägliche Kommunikation über Banalitäten eine wichtige verbindende und stabilisierende Rolle spielt».

Bei Konflikten ist die SIP die gefragte oder ungefragte Vermittlerin. Streiten sich zwei oder mehrere Parteien, spricht die SIP die KonflikträgerInnen an und bietet Hilfestellung zu Lösungen. In ihrer Funktion ergreift sie Partei für den öffentlichen Raum und die Rahmenbedingungen für eine stadtverträgliche Koexistenz. Ansonsten ist die SIP allparteilich. Sie bevorzugt weder die eine noch die andere Partei. Herausfordernd wird es, wenn die Interessen sehr divergent sind. Zum Beispiel, wenn ein Konzertveranstalter die Meinung vertritt, dass sich in der Nähe der Aufführung keine Menschen mit einem Suchtproblem aufhalten dürfen, oder wenn die Ansicht besteht, dass der Bahnhofplatz kein Treffpunkt für suchtbetroffene Menschen sein darf.

Die SIP-Mitarbeitenden sind wichtige BotschaftsträgerInnen. Sie leiten täglich Sachverhalte weiter, seien es Mitteilungen von BürgerInnen,

von der Behörde oder aus der Gesetzgebung. Idealerweise wird ein direkter Kontakt hergestellt. Ist dies nicht möglich, bringt die SIP die Position der suchtbetroffenen Menschen ein. Wenn BürgerInnen zum Beispiel verlangen, dass Randständige auf einem Platz wie dem Europaplatz vor dem Bahnhof nicht zu tolerieren seien, weisen wir darauf hin, dass der öffentliche Grund für alle Gruppierungen zugänglich ist, sofern sie sich an die allgemeinen Regeln halten.

Wie diese Beispiele zeigen, nimmt die SIP die Haltung der Vermittlerin ein, was die Bezeichnung «vermittelnde Sozialarbeit» bestätigt.

2.5 *Stellenwert der Sozialen Arbeit*

In der professionellen Suchthilfe ist ein fundiertes Fachwissen über die Suchtproblematik und deren weiteren Zusammenhänge unabdingbar. Für die Interventionen sind Kompetenzen und Methoden in Gesprächsführung, Konfliktlösung, Beratung und Systemwissen notwendig. Ferner ist in der niederschweligen Sozialen Arbeit im öffentlichen Raum Fachwissen zu den Themen Jugend und Alter, Gesundheit, Soziale Sicherheit, Integration, Migration, Recht usw. gefragt. Alle diese Kenntnisse und Fähigkeiten sind für ein professionelles Handeln bei der Arbeit der SIP zentral. Deshalb ist es von grossem Vorteil, wenn die Mitarbeitenden eine Ausbildung im Bereich der Sozialen Arbeit oder in verwandten Fachbereichen ausweisen können. Dies ermöglicht ihnen zudem den Besuch von Weiterbildungsangeboten an den Fachhochschulen. Besteht keine tertiäre Ausbildung, ist die Teilnahme an fachspezifischen Weiterbildungen, wie zum Beispiel zu Sucht- oder Gewaltthemen, eingeschränkt.

Die SIP hält ihre Beobachtungen und Erkenntnisse systematisch fest. Erhebungen zu Zu- oder Abnahme der Drogenszene in einem Stadtteil, der Gesundheitszustand von älteren, suchtbetroffenen Menschen, welche Plätze von wem und wie stark frequentiert werden, ob ein friedliches Miteinander an einem Brennpunkt möglich ist: All diese Informationen leitet die SIP an die Behörde und an Fachgremien weiter. Dabei wird der Persönlichkeitsschutz der betroffenen Personen stets vollumfänglich gewahrt.

Die Behörden und Institutionen nutzen diese Beobachtungen und Erkenntnisse für strategische Entscheidungen. Folgendes Beispiel veranschaulicht dies: Auf einem zentralen, bei Familien und Kindern beliebten

Stadtpark droht eine Szenenbildung. Die SIP stellt sich folgende Fragen, die sie bei den relevanten Stellen einbringt: Verträgt sich die Zunahme von Suchtbetroffenen auf dem öffentlichen Platz mit den Kindern, die sich dort aufhalten? Fehlt suchtbetroffenen Personen ein geschützter Ort, an dem sie sich aufhalten können? Zieht der Aufenthalt der Suchtbetroffenen die Zunahme von Drogenhandel nach sich? Werden die öffentlichen Toiletten nach dem Konsum sauber zurückgelassen und bleiben sie für weitere BenutzerInnen zugänglich? Solche Überlegungen bewirken, dass auf öffentlichem Grund überlegte regulierende Aktivitäten entstehen oder dass bauliche Massnahmen getroffen werden.

Nebst den städtischen Stellen nutzen auch kantonale und ausserkantonale Fachstellen die Beobachtungen, das Wissen und die Erfahrung aus der Sicht der Sozialen Arbeit. In der Fachgruppe «Schadensminderung»⁵ des Kantons Luzern, dessen Auftrag es ist, Trends zu analysieren und die Angebote der Suchthilfe zu überprüfen, wies die SIP auf die zunehmende Verschlechterung des Gesundheitszustandes von alternden suchtbetroffenen Personen auf der Strasse hin. Mit diesem Hinweis verbalisierte die SIP eine Zukunftsproblematik, der sich auch der Kanton Luzern stellen muss.

Ein weiteres Beispiel ist die Vernetzung mit «Safer Clubbing», einem Zusammenschluss von Clubs und Nachtlokalen in Luzern. Diese laden jeweils die Fachstelle Akzent Prävention und Suchthilfe, die Polizei, den Sicherheitsbeauftragten der Stadt Luzern und die SIP halbjährlich zu ihrem «runden Tisch» ein. Das Ziel dieser Arbeitsgruppe ist die Förderung der Suchtprävention und die Sicherheit der Menschen im Ausgang.

Nachhaltige Lösungen bei regulativen Aufgaben erfordern eine umfassende Sichtweise. Die Soziale Arbeit ist in solchen gesellschaftlichen Herausforderungen eine kompetente Disziplin, weil sie sich gemäss ihrer Definition sowohl auf Theorien menschlichen Verhaltens als auch auf The-

⁵ Die kantonale Fachgruppe «Schadensminderung» (KFG) setzt sich zusammen aus VertreterInnen der folgenden Akteure: Luzerner Polizei, Drop-in der Luzerner Psychiatrie, Verein Kirchliche Gassenarbeit, Jobdach, IG Arbeit, ZISG Zweckverband für institutionelle Sozialhilfe und Gesundheitsförderung, Kantonales Gesundheits- und Sozialdepartement, Städtische Soziale Dienste und SIP.

orien sozialer Systeme stützt. Sie ist Vermittlerin an Orten, an denen Menschen und ihre sozialen Umfeldler aufeinander einwirken (Schmocker 2010: 8).

3. Interdisziplinäre Zusammenarbeit und angrenzende Arbeiten

Die SIP pflegt die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Sie ist seit der Eingliederung in die Dienstabteilung QUIN Teil des neuen Kompetenzzentrums rund um die Sozialintegration in den städtischen Quartieren. Auch die Leitung der SIP nimmt regelmässig an «Runden Tischen» teil. Exemplarisch zeigt sich dies am Beispiel der Fachgruppe *Schadensminderung*. Die SIP wurde 2017 angefragt, ob sie in diesem Gremium mitwirken wolle. Dort vertritt sie den Ordnungsdienst und den Aspekt der aufsuchenden Sozialen Arbeit.

Weitere wichtige PartnerInnen sind die Polizei, die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde KESB, die Beistandschaften, die Sozialdienste, die kirchliche Gassenarbeit usw., mit denen jeweils die Zuständigkeiten geregelt sind.

Da die SIP weder Fallbearbeitung noch Langzeitbetreuung anbietet, hat sie sich in der Triage zu spezialisieren. Bei freiwilligen Erstgesprächen wird eruiert, ob die KlientInnen gewillt sind, Hilfe anzunehmen, von wem und wie ihr persönlicher Beitrag aussieht. In Ausnahmefällen organisiert die SIP eine HelferInnen-Konferenz. Wenn nötig und erwünscht, begleiten die SIP-Mitarbeitenden beim ersten Mal die KlientInnen an die gewünschte Stelle wie Arztpraxis, KESB, psychiatrische Klinik, auf den Zug, ans Gericht, in den Strafvollzug etc. Die Freiwilligkeit und die Eigenverantwortung der KlientInnen sind jedoch immer die Grundlage für den folgenden Schritt.

Die SIP interveniert bei Selbst- und Fremdgefährdung. Äussern KlientInnen mehrmals suizidale Gedanken, werden wir aktiv. Für diese Aufgabe ist es notwendig, breit vernetzt zu sein und über fundiertes sozialarbeiterisches und psychologisches Wissen zu verfügen. Zu erwähnen ist, dass die SIP nie Zwangsmassnahmen durchführt.

Eine intensive Zusammenarbeit pflegt die SIP mit der Polizei. Die Kompetenzen beider Institutionen sind zwar sehr unterschiedlich, doch

das beiderseitige Wissen und die jeweiligen Erfahrungen ermöglichen die gegenseitige Unterstützung. Zweimal im Monat findet ein Austausch zwischen der Polizei und der SIP statt. Er dient dazu, sich in punkto Aufgabenerfüllung abzusprechen. Es wird bestimmt, welche der beiden Organisationen wie und wann an den Brennpunkten betreffend Suchtproblematiken Präsenz zeigt und Verantwortung übernimmt. Der Datenschutz wird stets gewährleistet. Die SIP arbeitet nicht für die Polizei und ist verschwiegen. Dies ist äusserst wichtig in der Beziehungsarbeit mit den KlientenInnen, um das Vertrauensverhältnis aufrechtzuerhalten.

Interdisziplinäres Zusammenarbeiten findet auch innerhalb der SIP statt. Im Team arbeiten Fachleute aus den Fachrichtungen Soziale Arbeit, Sozialpädagogik und soziokulturelle Animation und aus angrenzenden Berufen des Gesundheits- und Asylwesens, der Schule und des kaufmännischen Bereichs. Jedes Teammitglied bereichert mit seinem Spezialwissen die Arbeit der SIP. Fachdiskurse ergeben sich bei der Fallbearbeitung, an Teamsitzungen, an Super- und Intervisionen. Bei spezifischen Sachfragen bearbeitet der oder die entsprechende SpezialistIn das Thema. Zum Beispiel: Um ein Statement dazu abzugeben, ob in Luzern Cannabis reguliert werden soll, holt die Leitung auch das Fachwissen des Mitarbeiters ein, der die Fachausbildung *Peer* im Bereich Sucht aufweist.

4. Stand der Professionalisierung der Sozialen Arbeit bei der SIP

Wie schon erwähnt, ist das strategische Ziel der SIP Luzern, die Koexistenz aller Bevölkerungsgruppen zu erwirken und zu erhalten. Mit diesem Arbeitsziel nimmt die SIP durch die tägliche Präsenz im öffentlichen Raum Aufgaben der Sozialen Arbeit wahr, um die Beteiligung am Gesellschaftsleben zu fördern, Hilfeleistungen zu erbringen, ein Miteinander und Nebeneinander zu ermöglichen oder Bedürfnisse zu vertreten. Für alle SIP-Mitarbeitenden ist es zentral, unter dem Verständnis der Profession Soziale Arbeit diese Koexistenz und Beteiligung aller beteiligten Nutzungsgruppen im öffentlichen Raum wirkungsvoll zu fördern, wie es auch das Methodenhandbuch vorsieht (Stadt Luzern 2009: 6). Die SIP-Mitarbeitenden verfügen für den präventiv ordnungsdienstlichen Auftrag keine poli-

zeilichen Kompetenzen. Damit bewegt sich die Arbeit in einem Graubereich und ist näher der Sozialen Arbeit zuzuordnen. Ein Mitarbeiter meint: *«Die SIP setzt dort an, wo die Polizei aufgrund von Zeitdruck und Gesetz zu wenig auf das Anliegen der Klientel eingehen kann. Diese Lücke schliessen wir durch Anteilnahme und Empathie, mit welchen wir auf Menschen zugehen und deren Bedürfnisse abholen»*. Eine weitere Mitarbeiterin äussert: *«Regulierend arbeiten ohne Repression ist nicht immer einfach, jedoch ein Credo für die SIP Luzern. Wir haben erkannt, dass Anteilnahme, Anerkennung, Achtung und Respekt, alles Fähigkeiten der Empathie, nachhaltig unseren Auftrag unterstützen»*.

Das Verständnis, dass die SIP niederschwellige Soziale Arbeit leistet, ist bei der Verwaltung, bei den Kunden, bei den Institutionen und bei der Bevölkerung gewachsen. Es wird anerkannt, dass die Aufgaben vielseitig und komplex sind und bildlich gesprochen ein «Puzzle» darstellen, welches mit Wissen aus den Bereichen Soziales, Gesundheit, Recht und Ethik immer wieder neu reflektiert und bearbeitet werden muss.

In der Prävention tätig zu sein, setzt eine ständige Auseinandersetzung zu Fragen der Wertung, Normativität, Moral und Ethik voraus. Es ist falsch anzunehmen, dass präventive Massnahmen a priori gewinnbringend sind. Es ist stets zu prüfen, ob die Prävention langfristig die Risiken eindämmt oder ob sie sich eher negativ auswirkt. Es ist ungewiss, ob das Weglassen der Prävention die bestehende Gefahr erhöht oder ob genau dies zur Genesung führt. Martin Hafen (vgl. 2013) plädiert dafür, die Werte und Bewertungen der Prävention immer wieder kritisch zu hinterfragen. Er hält die Fachleute und Organisationen in Prävention und Gesundheitsförderung an, Strukturen einzurichten, die es erlauben, möglichst partizipativ relevante Fragen aus der Perspektive der Präventionsethik zu diskutieren. Für die SIP ist es unumgänglich, nebst der Arbeit auf der Strasse diese Diskussion zu führen.

Die Professionalisierung in der aufsuchenden und vermittelnden Sozialarbeit hat Entwicklungspotential. Da nur wenige Städte eine solche Institution finanzieren und die SIP-Arbeit als solche erst seit wenigen Jahren existiert, gibt es keine spezifische Ausbildung dazu. Bei den Fach(hoch)schulen in der Schweiz werden weder Module noch spezifische Lehrgänge angeboten. Forschungsvorhaben gibt es unseres Wissens erst

seit kurzem und fachbezogene, wissenschaftliche Arbeiten oder Expertisen sind uns keine bekannt. Die SIP evaluierte einzig die Wertschöpfung mit ihren Daten, jedoch nicht den Methodenansatz.

Gerade, weil das Arbeitsfeld der SIP so neu ist, braucht es eine Professionalisierung. Dieser Prozess wird in erster Linie durch Erfahrungen und deren Reflexion vorangetrieben. Extern holt die SIP das Wissen und die Kompetenzen aus der allgemeinen Sozialen Arbeit oder den angrenzenden Berufsfeldern. Die Mitarbeitenden bilden sich an verschiedenen Fachtagungen weiter. Die oben erwähnten fehlenden Ausbildungsmöglichkeiten an den Fach(hoch)schulen verhindern eine anerkannte Professionalisierung. Als Anbieterin von Ausbildungsplätzen/Praktikumsplätzen für AbsolventInnen der Fach(hoch)schulen ist die SIP immer noch sehr umstritten.

Es existiert wenig Austausch und Vernetzung zwischen den Städten und Gemeinden, die ein SIP-Angebot implementiert haben.⁶ Die strategischen Ausrichtungen der Institutionen variieren. In einigen Städten liegt der Fokus der SIP-Arbeit eher auf dem Aspekt der Sicherheit, in anderen auf dem der Sozialen Arbeit. An Tagungen mit sozialen Themen sind die SIP-Angebote kaum vertreten. Zudem gibt es noch keine spezifische Fachliteratur. Dies alles lässt erahnen, dass das Berufsfeld der SIP aktuell in der Sozialen Arbeit ungenügend verankert ist und somit wenig vom Know-how anderer Organisationen profitiert.

Zusammenfassend kann gesagt werden: Beide Seiten, die Profession der Sozialen Arbeit und die Organisationen der aufsuchenden und vermittelnden Sozialarbeit, haben für die Anerkennung des Arbeitsfeldes und deren Konsolidierung in der Sozialen Arbeit noch «Hausaufgaben» wie die Organisation von Fachtagungen oder eine bessere nationale Vernetzung zu erledigen. Dazu müssten jedoch auch die nötigen Ressourcen gesprochen werden.

⁶ Ähnliche Organisationen wie die SIP bestehen in Zürich, Bern, Biel, Genf, Langenthal, Lausanne, Basel, Kanton Uri, Luzern u. a.

5. Strukturelle Aspekte und Rahmenbedingungen

Es existieren keine gesetzlichen Vorgaben für die Gemeinden, eine Institution wie die SIP zu implementieren. Die Verwaltung der Stadt Luzern mit einer SIP zu erweitern, war ein politischer und ein parlamentarischer Beschluss. Um eine professionelle und nachhaltige Umsetzung zu gewährleisten, ist es notwendig, klare Leitsätze mit entsprechenden Vorgehensweisen zu definieren. Die Unterstützung durch die Hochschule für Soziale Arbeit Luzern war hier sehr wertvoll. Das Methodenhandbuch ist noch heute in den meisten Belangen eine wichtige Grundlage für die tägliche Arbeit. Es enthält Kapitel zu den Arbeitsfeldern, den Interventionsstrategien und -grundsätzen, zur Teamarbeit, zum Umgang mit KlientInnengruppen, zu speziellen Werkzeugen (Skills), zur Vernetzung und auch zum politischen Ansatz (Stadt Luzern 2009: 6). Eine regelmässige Aktualisierung ist jedoch erforderlich.

Im Laufe der Zeit wurde der Stellenetat erhöht und danach wieder reduziert. Heute sind es bei der SIP Luzern 550 Stellenprozent. Zusätzlich unterstützen ein bis zwei Zivildienstleistende jährlich das Team.

Der prozentuale Anteil an ausgebildeten Sozialarbeitenden ist im Stellenplan festgehalten: 290 Stellenprozent mit Abschluss in Sozialer Arbeit und 260 Stellenprozent mit Abschlüssen in verwandten Berufen.⁷

Für die vielfältigen Aufgaben setzt sich das Team interdisziplinär zusammen und ergänzt sich fachlich.

Die Ausgaben der SIP setzen sich zusammen aus 90% Lohnkosten und 10% für Aus- und Weiterbildungen, Arbeits- und Verbrauchsmaterial, Arbeitskleider sowie Kosten für die eigene Software.

Die SIP ist täglich an allen Werk-, Sonn- und Feiertagen unterwegs. Die Präsenzzeiten variieren je nach Jahreszeiten und Wochentagen. Die Mitarbeitenden sind bis 24:00 Uhr unterwegs.⁸ Eine längere Nachtpräsenz ist nicht gewinnbringend, da durch zu hohen Alkoholkonsum ausgelöste Problemfelder letztendlich mit polizeihoeheitlichen Kompetenzen gelöst werden müssen. Diese stehen jedoch den SIP-Mitarbeitenden nicht zu.

⁷ Im Team arbeiten Fachleute aus den Fachrichtungen Sozialarbeit, Sozialpädagogik, soziokulturelle Animation und aus angrenzenden Bereichen wie Sozialwissenschaften, Migration, Sozialbegleitung.

⁸ Dienst 1 bis um 20:15 Uhr, Dienst 2 bis um 22:00 Uhr und Dienst 3 bis um 24:00 Uhr.

Die SIP ist halbuniformiert. Gründe dafür sind die gute Erkennbarkeit durch die Bevölkerung, die so erkennt, in wessen Auftrag die Mitarbeitenden unterwegs sind. Es wurde darauf geachtet, dass sich die Bekleidung von der Uniform der Polizei unterscheidet.

Der bereits im Kapitel 2 erwähnte Abteilungswechsel (Strukturwechsel) von «Stadtraum und Veranstaltungen» zu QUIN veränderte das Aufgabenfeld der SIP. Vorher standen Kontrollaufgaben bei Veranstaltungen und der Nutzung von öffentlichen Flächen stärker im Fokus. Heute arbeitet die SIP vermehrt sozialarbeiterisch und sozialräumlich. Ihr Engagement in der Suchtpolitik ist breiter; hauptsächlich in den Bereichen der Prävention, Gesundheitsförderung und Jugendschutz.

6. Herausforderungen und Ausblick

6.1 Herausforderungen

Die Veränderungen im öffentlichen Raum sind in der Arbeit mit Suchtbetroffenen eine der Herausforderungen für die SIP Luzern. Verändert hat sich, dass der öffentliche Raum in den letzten Jahren immer stärker als Treff- und Aufenthaltsraum verschiedenster Menschengruppen genutzt wird. Brachen, in denen sich Randgruppen ungestört aufhalten können, werden immer seltener. Der Handel mit Drogen wird öffentlich hemmungsloser getätigt. Verkaufsstellen von Alkohol haben zugenommen und bieten längere Öffnungszeiten an. Der Ausbau des öffentlichen Verkehrs bringt mehr Menschen am Abend in die Stadt. Die Zunahme von Konzertanlässen und Events erfordern mehr Präsenz und schmälern die Suchtpräventionsarbeit. Der liberalere Umgang mit Suchtmitteln birgt ein Spannungsfeld, das bei der Betreuung und Begleitung von Suchtbetroffenen nicht zu unterschätzen ist. Klare Absprachen mit den AkteurInnen im Suchtbereich sind umso wichtiger. Alle diese Veränderungen erhöhen das Konfliktpotential und reduzieren bei der SIP die wichtige Beziehungsarbeit.

Besonders die Präventions-, und Sicherheitsfragen auf der Mikro-, Meso- oder Makroebene für Suchtbetroffene und Jugendliche würden mehr Ressourcen benötigen. Eine Erweiterung von Stellenprozenten ist politisch schwierig. Nur schon die Bestehenden zu erhalten bedarf eines

ständigen Ringens bei der Finanzierung, besonders bei Sparrunden. Da die SIP nicht gesetzlich verankert ist, sondern einer parlamentarischen Massnahme unterliegt, sind ihr Weiterbestand und ihre Ausrichtung immer wieder Teil der politischen Aushandlung.

Eine weitere Herausforderung ist, dass in der Nacht und an den Wochenenden wichtige PartnerInnen für Hilfeleistungen wie ärztliches Personal für eine Klinikeinweisung oder eine Wohnheimleitung für eine Übernachtungsmöglichkeit schwer abrufbar sind. Auch die bestehende Notschlafstelle ist nur begrenzt offen und schliesst gewisse Personengruppen aus.

6.2 *Ausblick*

Als Folge des gesellschaftlichen Wandels und der damit einhergehenden Anforderungen muss der Grundauftrag mit den Zielen der SIP immer wieder neu reflektiert und nach den Erkenntnissen angepasst umgesetzt werden. Erfolgreich ist die Arbeit dann, wenn das Handeln zielgerichtet bleibt, sich auf die Ansätze der Sozialen Arbeit als Handlungswissenschaft im Lichte der Definiten der International Federation of Social Workers (IFSW)⁹ abstützt und mit den Leitsätzen der Stadt vereinbar ist.

Es ist ein Gewinn, dass die SIP heute der Direktion Soziales und Sicherheit unterstellt ist. Durch diesen Strukturwechsel sind die beiden Disziplinen näher zueinander gerückt. Das Verständnis, Sicherheitsfragen mit Ansätzen und Methoden der Sozialen Arbeit zu bewältigen, hat sich merklich erhöht.

Das Bedürfnis grösserer Gemeinden, eine Institution wie die SIP aufzubauen, wächst. Doch eine Umsetzung scheitert oft auf der politischen Ebene. Mögliche Gründe sind: Die Wertschöpfung einer solchen Institution ist zu wenig bekannt, belegt und garantiert, Know-how, finanzielle Mittel und die politische Attraktivität, Sicherheitsprobleme mit dem oben erwähnten Arbeitsansatz anzugehen, fehlen.

Die Autorinnen äussern die Behauptung: Würden tertiäre Ausbildungsstätten das Arbeitsfeld «Aufsuchende und vermittelnde Sozialar-

⁹ Globale Definition der Profession Soziale Arbeit der IFSW: www.tinyurl.com/vyjqo9z4, Zugriff 06.02.2020.

beit» in die Ausbildung integrieren und als eigene Fachrichtung anerkennen, würde dieses neue Berufsfeld gegen aussen stärker wahrgenommen, wäre fachlich anerkannter und dadurch auch politisch stärker legitimiert. Unter diesen Umständen wäre es für die Gemeinden einfacher, die Probleme durch Sicherheit mit sozialarbeiterischen Interventionen präventiv anzugehen. Dies wäre ein willkommener Schritt, um das friedliche Zusammenleben im öffentlichen Raum mit weniger Regulierung zu ermöglichen und das Gemeinwohl durch gegenseitiges Verständnis und Akzeptanz zu erhöhen.

Literatur

- Gahleitner, S. (2017): Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen. Weinheim, Basel: Beltz.
- Hafen, M. (2013): Ethik in Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8(4): 284-288. www.tinyurl.com/swx6kxo, Zugriff 06.02.2020.
- Herriger, N. (2014): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Miller, W. R./ Rollnick, S. (2015): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg i. B.: Lambertus.
- Rogers, C. R. (2017): Der neue Mensch. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rosenberg, M. B. (2013): Gewaltfreie Kommunikation. Paderborn: Junfermann.
- Scharmer, C. O. (2013): Theorie U. Von der Zukunft her führen: Presencing als soziale Technik. Heidelberg: Carl Auer.
- Schulz von Thun, F. (1981): Miteinander reden (Sonderausgabe). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Schmocker, B. (2010): Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: Avenir Social.
- Stadt Luzern (2009): SIP Stadt Luzern. Methodenhandbuch. Luzern (internes Dokument).
- Stadt Luzern (2014): Haushalt im Gleichgewicht. Luzern.
- Thiersch, H. (2005): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim, München: Juventa.
- Watzlawik, P./Beavin, J. H./Jackson, D. D. (2011): Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Hans Huber.

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.





Soziale Arbeit bei der Bewährungshilfe - von Wünschen und Realitäten

Arbeitsfeld Bewährungshilfe

Carolin Ospelt¹, Marcel Müller²

1. Bewährungshilfe im Kanton St. Gallen

Die Bewährungshilfe St. Gallen ist eine Abteilung des Amtes für Justizvollzug im Sicherheits- und Justizdepartement. Der Gesetzgeber legt den Grundauftrag für Bewährungshilfe im Strafgesetzbuch (StGB) in Art. 93 und in Art. 376 fest. Die Grundlagen für unsere Tätigkeit sind weiter in der Strafprozessordnung, der kantonalen Verordnung über die Bewährungshilfe und in den Richtlinien des Ostschweizer Strafvollzugskonkordates verortet.

Die Bewährungshilfe St. Gallen unterstützt und betreut straffällig gewordene, erwachsene Personen während des Strafverfahrens in persönlichen und sozialen Angelegenheiten. Wir verpflichten uns gegenüber den KlientInnen, welche unsere Dienstleistungen bis zu einer rechtsgültigen Verurteilung freiwillig in Anspruch nehmen können, zu einer respektvollen Haltung und zur Wahrung der Integrität, gegenüber der Gesellschaft zur Akzeptanz und Umsetzung des Rechts auf Sicherheit. Weiter verpflichtet sich die Bewährungshilfe gegenüber der Rechtspflege (Judikative) zur korrekten Umsetzung des übertragenen, gesetzlichen Mandats. Zu den Aufgaben der Bewährungshilfe zählt weiter der Sozialdienst in den Untersuchungsgefängnissen des Kantons St. Gallen. Wir kontrollieren gerichtlich und behördlich verfügte Weisungen und überwachen ambulante Behandlungen, die anstelle des Strafvollzuges angeordnet werden. Im Rahmen von polizeilichen Interventionen bei häuslicher Gewalt, bietet die Bewährungshilfe St. Gallen den gewaltausübenden Personen zudem

¹ Carolin Ospelt, Sozialarbeiterin FH, Bewährungshilfe St. Gallen.

² Marcel Müller, Sozialarbeiter FH, MAS in Dissozialität, Delinquenz, Kriminalität und Integration, Bewährungshilfe St. Gallen.

ein deeskalierendes Beratungsangebot zur Änderung des Gewaltverhaltens an. Bei Bedarf führt sie spezifische Lernprogramme durch. Eine weitere Aufgabe ist die Durchführung des Vollzugs von Freiheitsstrafen in Form der elektronischen Überwachung (Electronic Monitoring).

Die Arbeitsweise der Bewährungshilfe St. Gallen richtet sich nach anerkannten Methoden der Sozialen Arbeit. In unserem Bereich der gesetzlichen Sozialen Arbeit werden die Mitarbeitenden als BewährungshelferInnen bezeichnet. Wir erbringen in erster Linie Leistungen für die begleitete Person und arbeiten im Rahmen des gesetzlichen Auftrages mit den zuständigen Strafuntersuchungs- oder Strafvollzugsbehörden zusammen. Zudem pflegen wir die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen und Institutionen, um weitere Unterstützungsangebote einsetzen zu können.

Als eine Form der Sozialen Arbeit hat Bewährungshilfe das Ziel der sozialen Integration von straffällig gewordenen Personen. Unsere Interventionen sollen deren Rückfallrisiko mindern und zur Verbesserung der individuellen Situation und somit indirekt zum Opferschutz beitragen. Dabei achtet die Bewährungshilfe auf die Erhaltung der selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensgestaltung der begleiteten Person. Die/Der KlientIn soll in ihrer/seiner Persönlichkeit ernst genommen werden. Unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation wird ein respektvoller Umgang angewendet und gepflegt. Die BewährungshelferInnen halten sich dabei an den Berufskodex des Schweizerischen Berufsverbandes für Soziale Arbeit (vgl. Avenir Social 2010).

Die Unterstützung durch die Bewährungshilfe ist unentgeltlich und umfasst im Wesentlichen die folgenden Bereiche: Persönliche Anliegen der Person und ihrer Angehörigen, Beruf und Arbeit, Wohnen bzw. Unterkunft, Sucht- und andere Gesundheitsprobleme, Behördenkontakte, Budgetberatung, Finanzverwaltung, Schuldenberatung, Schuldensanierung, Unterstützung bei Versicherungsfragen und nötigenfalls Start- und Überbrückungshilfe.

In der «Nationalen Strategie Sucht 2017-2024», kann das Tätigkeitsfeld der Bewährungshilfe bei der Betreuung von KlientInnen mit einer Suchterkrankung im Handlungsfeld der Regulierung, verortet werden. Die Massnahmen der «Regulation» umfassen in erster Linie die Umsetzung der Gesetze unter Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte. Sie beinhalten u. a. auch Ziele wie bspw. Reduktion des Angebots illegaler Substanzen

und Jugendschutz. Gleichzeitig sollen negative Auswirkungen auf die Gesellschaft vermieden und gesundheitliche und soziale Schäden vermindert werden. Bei der Wirkung unserer Interventionen stehen auch der Rückgang der Beschaffungskriminalität und die Verbesserung der öffentlichen Sicherheit im Fokus. Die praktischen Aufgaben in der rückfallpräventiven Fallarbeit der Bewährungshilfe haben jedoch auch in den Handlungsfeldern ‹Therapie und Beratung› sowie ‹Schadensminderung und Risikominimierung› – eine Verortung.³

In der täglichen Fallarbeit sind wir bei der Bewährungshilfe oft mit Personen konfrontiert, welche an einer Suchterkrankung leiden. Die Ursachen für eine Suchtmittelabhängigkeit und/oder Straffälligkeit sind vielfältig. Diese können u. a. sozioökonomischen Ursprungs sein, ihre Begründung in der Herkunftsfamilie, den Beziehungen, der Persönlichkeit oder Einstellung finden. Einem inadäquaten Verhalten können psychopathologische oder biologische Faktoren zu Grunde liegen (vgl. Mayer & Zobrist 2009: 38ff.). Aus unserer Sicht sind Kriminalität, Dissozialität und auch Suchtverhalten inadäquate Problembewältigungsstrategien, an deren Veränderung aktiv gearbeitet werden kann.

2. Who's Who?

In der Abteilung Bewährungshilfe des Amtes für Justizvollzug des Kantons St. Gallen werden bis dato in erster Linie ausgebildete Fachkräfte der Sozialen Arbeit (FH) beschäftigt.⁴ Unser Kernauftrag zur (Re-)Integration von straffällig gewordenen, erwachsenen Personen und zur Rückfallprävention beinhaltet meist genau die Themen, welche für die Soziale Arbeit seit jeher relevant sind. Es besteht somit der legitime Anspruch an die Mitarbeitenden, dass diese in den Themen wie Familie (und soziales Umfeld), Arbeit (oder Tagesstruktur), Wohnen, Finanzen und Gesundheit, über ein breites Basiswissen verfügen. Diese Themen sind aus unserer Sicht von zentraler Bedeutung, wenn es um die Resozialisierung von straffälligen

³ Vgl. Einstiegsseite zur Nationalen Strategie Sucht: www.tinyurl.com/y7b2afug, Zugriff 21.11.2019.

⁴ Vgl. Leitbild der Bewährungshilfe im Kanton St. Gallen: www.tinyurl.com/w4byoyd, Zugriff 21.11.2019.

Personen geht. BewährungshelferInnen sollen vor dem Hintergrund von inadäquatem, unerwünschtem, ggf. strafrechtlich relevantem Verhalten resp. zur Verhinderung oder Verminderung von Überforderungs- und/oder Belastungssituationen einer KlientIn kongruente Lösungsansätze entwickeln und koordinieren können. Solche Belastungen gilt es nach Möglichkeit zu verhindern oder zu vermindern, denn sie können u. a. zu dysfunktionalem Gebrauch von legalen und illegalen Substanzen und somit zu erneuter Delinquenz wie z. B. Beschaffungskriminalität führen. Ebenso von Vorteil sind eine gewisse Lebenserfahrung (z. B. gefestigte Problemlösefertigkeiten) und gut ausgeprägte Softskills (Kompetenzen wie bspw. Kommunikationsfähigkeit und Empathie) im Umgang mit Menschen in schwierigen Lebenssituationen.

Um die Qualität im Beratungs- und Betreuungsverlauf sicherstellen zu können, haben bei uns interne Gefässe wie z. B. Intervisionen, Risikositzen, ein regelmässiger Erfahrungsaustausch und Supervisionen ihren festen Platz. Das wird als wichtig und wertvoll erachtet, da die Arbeit mit den KlientInnen in der Regel in Einzelarbeit und autonom durchgeführt wird. So sollen «blinde Flecken» vermieden und Erfahrungen sowie Fachwissen im Team ausgetauscht werden.

Der Auftrag der Bewährungshilfe beinhaltet auch immer wieder die Bereitschaft, sich mit unserem Dualauftrag «Unterstützung und Kontrolle» auseinanderzusetzen. Wir sind unseren KlientInnen, aber ebenso unserem Auftraggeber verpflichtet. In der Beziehung zu den von uns betreuten Personen ist dieser immer wieder auszuführende Spagat zwischen «Hilfe und Kontrolle» eine ständige fachliche und persönliche Herausforderung.

BewährungshelferInnen in der gesamten Schweiz sind teilweise im Fachverband Schweizerische Vereinigung Bewährungshilfe und Soziale Arbeit in der Justiz «prosj» zusammengeschlossen.⁵ Der Fachverband dient als gemeinsame Plattform mit dem Zweck, die Bemühungen von straffälligen Menschen um soziales und straffreies Verhalten zu unterstützen, die Bewährungshilfe und die Soziale Arbeit in der Rechtspflege weiter zu entwickeln sowie ihre Tätigkeit und Öffentlichkeitsarbeit zu koordinieren. Zudem soll die Zusammenarbeit zwischen den kantonalen Organen

⁵ Vgl. www.prosaj.ch.

der Bewährungshilfe und den sozialen und pädagogischen Diensten, die im Strafvollzug tätig sind, gestärkt werden. Es wird auch eine europäische Zusammenarbeit sichergestellt. Die Fort- und Weiterbildungen sollen durch den Fachverband gefördert, die Beziehungen zu Behörden der Strafrechtspflege vertieft sowie die Mitarbeit an der Entwicklung der Gesetzgebung verstärkt werden. Ein weiterer Inhalt ist die Koordination mit privaten und öffentlichen Organisationen mit ähnlicher Zielsetzung.

Um auch in Zukunft eine qualitativ hochstehende und zielführende Soziale Arbeit in der Bewährungshilfe sicherzustellen, bedarf es nach dem Abschluss des Studiums in Sozialer Arbeit spezifischer CAS-, DAS- und MAS-Ausbildungsgängen an den Schweizerischen Fachhochschulen und Universitäten, die das nötige postgraduale Fachwissen vermitteln. Diese Ausbildungsgänge müssen in einem sich dynamisch verändernden Arbeitsfeld einerseits die Vermittlung von solidem, spezifischem Fachwissen der Sozialen Arbeit in der Rechtspflege sicherstellen und andererseits neue Entwicklungen aufgreifen, damit die Fachpersonen der Sozialen Arbeit auch zukünftig ihr Know-how in einem interdisziplinären Umfeld zugunsten der Gesellschaft und der KlientInnen zur Verfügung stellen können.

3. Suchtarbeit im Zwangskontext

Beziehungsarbeit ist sowohl im Zwangskontext als auch in der Suchtarbeit eine prioritäre Aufgabe. Wie kann es denn gelingen, mit einer Person, die nicht freiwillig um Unterstützung nachfragt, an Problemen zu arbeiten, die von ihr gar nicht als solche wahrgenommen werden? Das Hinterfragen sowie Reflektieren der eigenen professionellen Haltung ist dabei von zentraler Bedeutung, denn davon hängen unsere Bewertungen und Wahrnehmungen ab. Darüber hinaus beeinflussen sie auch das Ausmass der von uns im Berufsalltag erlebten Belastung und Frustration (vgl. Mayer 2010: 151ff.).

Das ‹Dreieck›, welches sich aus KlientIn, BewährungshelferIn und der Auftrag gebenden Behörde zusammensetzt, eröffnet immer auch die Möglichkeiten von Missverständnissen oder Uneinigkeiten, was sich auf den Arbeitsauftrag sowie die Arbeitsbeziehung auswirken kann. In jedem

Einzelfall muss geprüft werden, was möglich ist, welche (Zwischen-)Ziele vereinbart werden können und was daraus für ein Arbeitsbündnis entstehen kann. Das Spektrum der Ziele bei Personen mit einer Abhängigkeits-erkrankung ist vielfältig und umfasst einzelfallspezifisch variierend die Sicherung des Überlebens, körperliche und psychische Stabilisierung, die Teilhabe am Leben und der Gemeinschaft, Wiederherstellung oder Erhalt der Erwerbsfähigkeit, Erhöhung der Lebenszufriedenheit etc. Bei der Veränderung des Substanzkonsums kann somit von drei Zielmöglichkeiten gesprochen werden: Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminderung, welche allesamt ihre Berechtigung haben. Um auch den unterstützten Personen gerecht werden zu können, ist es deshalb erforderlich, Interventionen oder Behandlungsmassnahmen individuell anzupassen. Dabei kann der Zwangskontext auch als Chance begriffen werden, in dem mit dem/der KlientIn an Themen gearbeitet wird, mit denen er/sie sich ohne diesen Zwang nicht auseinandersetzen würde. Ein Beispiel: Einer Person, die sich in Untersuchungshaft befindet, ist es nicht möglich, bei aufkommendem Widerstand einfach davon zu laufen und die Beziehung abzubrechen. Der alltägliche Beschaffungsstress und all die äusseren negativen Umstände fallen weg. Dadurch muss sich die Person nun gezwungenermassen mit sich selbst und der aktuellen Problematik auseinandersetzen. Hier sehen wir die Chance einer ersten Auseinandersetzung, sowie die Person für notwendige Veränderungen ‹ins Boot zu holen› (vgl. Mayer 2010; Körkel 2014).

Durch Vermittlung von fachlich kompetenter Unterstützung sollen die Selbsthilfepotentiale und damit eine autonome Lebensführung gefördert werden. Auf der Beraterseite gibt es diverse Methoden, welche nebst dem Expertenwissen in psychosozialer Unterstützung angewendet werden können. Dabei handelt es sich um Fertigkeiten der Gesprächsführung bei Widerstand, Methoden der Motivationsförderung und der Beziehungsgestaltung.

Soziale Arbeit bei der Bewährungshilfe soll somit nicht nur unter der Perspektive von Unterstützung und Kontrolle, sondern zusätzlich auch mit dem Fokus auf eine Einflussnahme betrachtet werden. Handlungskompetenzen der Motivationsförderung dienen dabei als zentrales Hand-

werkszeug. Das heisst, dass bei suchtblasteten Menschen eine Bestandesaufnahme zu den konsumierten Substanzen sowie den damit verbundenen Zielen gemacht werden muss. Der äussere Zwang kann dabei insofern genutzt werden, als er den Rahmen bietet, den die betreute Person benötigt, um eine Problemeinsicht und eine Veränderungsmotivation zu erlangen. Die betreute Person soll die Möglichkeit erhalten, selbst zu erkennen, welche Vorteile er/sie aus seiner/ihrer aktiven Teilnahme am Beratungsprozess ziehen kann. Dafür stehen diverse Interventionsmodelle wie beispielsweise das RISK (Risikoorientiertes Interventionsprogramm für straf-fällige Klientinnen und Klienten, welches grundlegende strukturierte Methoden zur Deliktverarbeitung, Zielklärung, Vorbereitung auf Risikosituationen, Sicherung von Alltagstransfer und Förderung von Eigenverantwortung vorsieht), Methoden der verhaltensorientierten Beratung (nach den Erkenntnissen der kognitiven Verhaltenstherapie), Motivational Interviewing (nach Miller & Rollnick), das DBT Manual (nach Marsha Linehan), das Konzept von Empowerment und weitere zur Verfügung.

Für nicht primär suchtblazogene Arbeitsfelder wie beispielsweise die Bewährungshilfe, können sich daraus diverse Herausforderungen ergeben. Die Arbeit am Suchtmittelkonsumverhalten ist als integrale Aufgabe zu verstehen, was heisst, dass man sich notwendige Handlungskompetenzen aneignen muss. Soweit es im ambulanten Setting bei der Durchführung einer Bewährungshilfe möglich ist, soll dabei auch auf eine Veränderung des Substanzkonsums hingearbeitet werden – um sowohl der betreuten Person, als auch den Zielen der AuftraggeberInnen gerecht werden zu können. Entscheidungsträger müssen und sollen dabei miteingebunden werden. Im gemeinsamen Gespräch mit unseren KlientInnen wird versucht und darauf hingearbeitet, ein Suchtverständnis zu entwickeln, um im Laufe der Betreuung einen Prozess oder eine Veränderungsbereitschaft anstossen und fördern zu können. Eine zieloffene Grundhaltung seitens BeraterIn wird hierbei – soweit in unserem Rahmen möglich – als hilfreich erachtet (vgl. Mayer 2010; Körkel 2014).

4. Zusammenarbeit versetzt Berge

Mit welchen ArbeitspartnerInnen wir bei unserem gesetzlichen Auftrag zur (Re-)Integration und Verminderung bzw. Verhinderung weiterer Delikte in der Einzelfallarbeit zusammenarbeiten, hängt wesentlich von den Bedürfnissen unserer KlientInnen, aber auch vom Auftrag der zuständigen Behörden der Rechtspflege ab. Meist liegen als Grundlage für die Zielsetzungen der Betreuung einer rechtsgültig verurteilten Person Entscheidungen oder Anfragen von JuristInnen vor. In den vergangenen Jahren hat auch die strukturierte Einschätzung von Rückfallrisiken bzw. die Klärung von notwendigen Interventionen zur Rückfallverhinderung und Ressourcenstärkung durch ForensikerInnen und PsychologInnen während des ganzen Verlaufs eines Sanktionenvollzugs einen immer grösseren Stellenwert eingenommen. U. a. werden problematische Aspekte, welche die Wahrscheinlichkeit für weiteres delinquentes Verhalten erhöhen und in der Umwelt einer straffälligen Person verankert sind, in forensischen Gutachten und/oder im Abklärungsprozess im Rahmen des Risikoorientierten Sanktionenvollzugs «ROS»⁶ erhoben. Dort werden diese Aspekte als umweltbezogener Veränderungsbedarf im Problemprofil der Person aufgeführt. Dabei handelt es sich um zentrale Lebensbereiche, die häufig aufgrund einer langfristig negativen Ausprägung zu einer deutlichen Destabilisierung der Lebensgestaltung geführt haben. Um eine nachhaltige Resozialisierung bzw. Deliktprävention einer Person in Freiheit zu erreichen, müssen somit auch zentrale Aspekte wie z. B. Wohnen, Arbeit, Finanzen, soziales Umfeld sowie Freizeitgestaltung, aber auch problematischer Suchtmittelkonsum im Rahmen von spezifischen Interventionen stabilisiert und/oder verändert werden.

JuristInnen, ForensikerInnen und PsychologInnen nehmen somit vermehrt und teilweise detailliert Einfluss auf die Zieldefinition in der Einzelfallarbeit der Bewährungshilfe. Diese Perspektiven mit Fokus auf die Risiken gilt es immer wieder mit unserem Kernauftrag zur sozialen (Re-)Integration und Rückfallprävention abzugleichen und in die, den Realitäten und Ressourcen der KlientInnen angepassten Zielsetzungen einzubringen.

⁶ www.rosnet.ch

Bspw. ist eine Anordnung zur totalen Abstinenz im Falle eines langjährigen Konsumenten von legalen und/oder illegalen Substanzen gegen dessen Willen kaum umzusetzen. Deshalb soll in Absprache mit der verfügbaren Behörde dieser Anspruch geklärt und relativiert werden. Es kann prioritär darum gehen, geeignete Interventionen bzgl. Schadensminderung zu installieren, den ggf. schädlichen Konsum durch flankierende Massnahmen (z. B. Substitutionsprogramme, fachspezifische Beratung, Finanzverwaltung usw.) zu beeinflussen und auf dieser Basis indirekt die Zielsetzungen der Rechtspflege bzgl. Deliktprävention zu unterstützen. Dieses Beispiel zeigt auf, weshalb es sich immer wieder als Vorteil erweist, wenn die Bewährungshilfe mit ihrer Sicht der Dinge frühzeitig in Entscheidungen der Behörden miteinbezogen wird.

Bei Menschen mit einer Suchtmittelproblematik werden von Gerichten und/oder Vollzugsbehörden oft Auflagen bzgl. einer einzuhaltenden Abstinenz gemacht. Die Einhaltung muss dann durch uns überprüft werden. Hier arbeiten wir bspw. mit HausärztInnen oder dem Institut für Rechtsmedizin zusammen. Geben die Weisungen vor, dass sich eine Person zusätzlich in eine geeignete Beratung oder ambulante Therapie zu begeben hat, sind unsere ArbeitspartnerInnen die Suchtfachstellen oder spezialisierte ÄrztInnen. Wird als Auflage von Gerichten und/oder Vollzugsbehörden die Unterbringung in einer stationären Suchttherapie nach Art. 60 StGB oder in Wohneinrichtung angeordnet, oder benötigt die Person bspw. eine ambulante Wohnbegleitung, arbeiten wir im Evaluationsverfahren zur Wahl der Unterbringung und im Verlauf der Therapie bzw. während des Aufenthaltes eng mit diesen Institutionen und Organisationen zusammen. Weitere ArbeitspartnerInnen sind vielfach Soziale Dienste, Fachpersonen von Berufsbeistandschaften, Einrichtungen, in denen unsere KlientInnen eine Tagesstruktur im zweiten Arbeitsmarkt finden, ArbeitgeberInnen, VermieterInnen, (Sozial-)Versicherungen, manchmal Angehörige usw.

Diese Fülle der ArbeitspartnerInnen aus den unterschiedlichen Fachbereichen und Disziplinen macht deutlich, dass bei unserer ambulanten Betreuung jeweils klare Abmachungen in Bezug auf «Wer macht was?» vereinbart und festgehalten werden müssen (z. B. Behandlungsvereinbarung zwischen KlientInnen und der Suchtfachstelle mit der Klärung von

Erwartungen und Zuständigkeiten). Da es bei Anordnung einer Bewährungshilfe klar unser Auftrag ist, für die teilweise komplexe Fallführung im Rahmen der Organisation und Koordination der interdisziplinären Zusammenarbeit bzw. für die Zusammenführung der subjektzentrierten Unterstützungs- und Behandlungsangebote besorgt zu sein, eignet sich hier die Anwendung von ‚Case Management‘ (vgl. Netzwerk Case Management Schweiz 2014: 5). Oft greifen wir dabei auf das ‚Rehabilitation Model‘ (vgl. Wendt 2010: 18) zurück. Dieses Modell versucht im Ansatz, die Bedürfnisse und Realitäten der KlientInnen mit den Wünschen und Ansprüchen der institutionellen Akteure mit Fokus auf einen möglichst maximierten Output zu vereinen. Für die Zusammenarbeit ist uns im Arbeitsalltag immer wieder wichtig, konkrete Fragestellungen für die Fallbesprechungen formulieren zu können. Diese fördern einen zielorientierten, effizienten Austausch. Auf dieser Grundlage sind prozessorientierte Gespräche möglich, die durch die Fallreflexion und die Inputs der verschiedenen Disziplinen einen jeweils individuellen, klaren Auftrag definieren helfen. Dieser Fachaustausch kann auch bereits durchgeführte Interventionen bestätigen oder es eröffnen sich neue, vielleicht kreative(re) Perspektiven bzw. Handlungs- oder Behandlungsoptionen. Für die bestmögliche Fallführung ist auch der Aufbau eines gut funktionierenden Netzwerks vorteilhaft.

Bei Personen, welche aus einem Gefängnis entlassen werden, wird die Basis der Wiedereingliederung bereits im Strafvollzug gelegt. In solchen Fällen ist ein gutes Übergangsmanagement (inkl. Übergabegespräch im Gefängnis) zwischen dem Sozialdienst der stationären Einrichtung und der Bewährungshilfe erforderlich, damit wir mit unseren KlientInnen die Arbeit weiterführen können.

Auf der Basis eines koordinierten Austauschs unter den Beteiligten und dem entsprechend zielgerechten Einsatz von Angeboten und Dienstleistungen, wird Mögliches vielfach machbar.

5. Herausforderungen und Ausblick – nüchtern betrachtet

Im Bereich der gesetzlichen Sozialen Arbeit, in unserem Fall im Kontext der Rechtspflege, verschiebt sich die Erwartungshaltung der Gesellschaft

an die Fallbearbeitung tendenziell immer weiter in die Richtung von Sicherungsmassnahmen und hin zur unrealistischen Forderung einer hundertprozentigen Rückfallprävention. Deshalb ist hier auch die Bewährungshilfe durch fachliche Qualifikation und Vernetzung gefordert, um eine möglichst nachhaltige und effiziente Fallführung im interdisziplinären Austausch gewährleisten zu können. Wir bewegen uns im Spannungsfeld zwischen Möglichkeiten des Individuums, den Zielsetzungen der entscheidenden Behörden und den Wünschen bzw. Vorgaben der Gesellschaft (Werte und Normen). Es liegt mitunter an uns, diese Herausforderung als BrückenbauerInnen zwischen den KlientInnen und den Ansprüchen der verschiedenen institutionellen AkteurInnen wahrzunehmen und möglichst gut umzusetzen. Ein professionelles und klar definiertes Angebot der Sozialarbeit in der Bewährungshilfe ermöglicht es den KlientInnen, zukünftig eher straffrei leben zu können.

Die Bewährungshilfe muss sich für einen erfolgreichen Verlauf einer Resozialisierung auf der Basis ihres Auftrages weiterhin anwaltschaftlich für die Belange von straffällig gewordenen Personen einsetzen und engagiert Verantwortung in der Fallarbeit und/oder -führung übernehmen. Das heisst, unsere tägliche Aufgabe besteht darin, konstruktive Arbeitsbeziehungen mit unseren KlientInnen aufzubauen, deren Standpunkte wahrzunehmen und im Sinne von *best practice* und *what works* fallbezogen und nachhaltig dafür besorgt zu sein, zielorientierte bzw. individuelle Prozesse anzustossen und zu begleiten sowie entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen. Auf dieser Basis sind unsere Interventionen, die Lebensbedingungen der KlientInnen zu verändern, am wirkungsvollsten.

Die Arbeitsgestaltung und die Auseinandersetzungen in der Einzelfallarbeit sind für BewährungshelferInnen immer wieder herausfordernd und spannend zugleich. Oft können im direkten Austausch mit den KlientInnen und Fachpersonen in laufenden Interventionen oder teilweise lange nach einer Zusammenarbeit positive Veränderungen festgestellt werden. Dies trägt neben einem heterogenen Team und der Möglichkeit zur fachlichen und persönlichen Weiterentwicklung wesentlich zur Zufriedenheit der MitarbeiterInnen bei der Bewährungshilfe bei, bzw. generiert im manchmal hektischen Tagesgeschäft Sinn. Unser Arbeitsalltag bietet in manchen Bereichen grosse Freiräume, um eigene Ideen mit den betreuten

Personen zu entwickeln und weiterzuspinnen, damit die gesteckten (Zwischen-)Ziele erreicht werden können.

Damit das so bleiben kann, muss sich die Bewährungshilfe in der Rechtspflege weiterhin klar positionieren und sich zur Auftrags Erfüllung auf die Stärken und die Fachlichkeit der Sozialen Arbeit fokussieren. Auf diesem Weg wird es auch in Zukunft gelingen, den unverzichtbaren Zusatznutzen der Sozialen Arbeit in der Rechtspflege dezidiert aufzuzeigen und in einem interdisziplinären Tätigkeitsfeld unsere Position als gefragte und geschätzte Partnerin nachhaltig zu behaupten.

Literatur

- Avenir Social (2010): Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. www.tinyurl.com/sbz7hmf, Zugriff 20.03.2020.
- Körkel J. (2014): Das Paradigma zieloffener Suchtarbeit. Suchttherapie 15(04): 165-173.
- Mayer K./Zobrist P. (2009): Prädiktoren kriminellen Verhaltens. S. 33-48 in: K. Mayer & H. Schildknecht (Hrsg.), Dissozialität, Delinquenz, Kriminalität. Zürich: Schulthess.
- Mayer K. (2010): Wie Zwangsbeziehungen gelingen können. Bewährungshilfe 2010(2): 151-177.
- Netzwerk Case Management Schweiz (2014). Definition und Standards Case Management. www.tinyurl.com/y5klmo94, Zugriff 21.11.2019.
- Wendt, W.R. (2014). Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg i.B.: Lambertus.

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.





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/y3ys9crl, 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.





Soziale Arbeit als massgebliche Kraft in der interprofessionellen Suchthilfe?

Gedanken zur Reflexion

Peter Sommerfeld¹

Der Kontext, in dem das vorliegende Buch und somit auch dieser Beitrag steht, ist gekennzeichnet durch eine Reihe von Einflüssen, welchen die Praxen der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe seit einiger Zeit bereits ausgesetzt sind. Diese Einflüsse werden im Beitrag der HerausgeberInnen sowie in dem von Savary et al. näher beschrieben. Deshalb ist es nicht nötig, hier im Detail noch einmal darauf einzugehen. Gleichwohl ist zumindest einmal als eine Art Ausgangsbedingung festzuhalten, dass die Soziale Arbeit über längere Zeit eine relativ unangefochtene Position in der Suchthilfe hatte, weil Sucht primär als soziales Problem angesehen wurde, und dass sowohl diese Leitorientierung als auch damit zusammenhängend die Position der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe unter Druck geraten sind. Die Stichworte sind Medizinalisierung, Ökonomisierung und neue Steuerungs- und Finanzierungsmodalitäten. Es geht deshalb um die Frage nach der Leitorientierung, die in der Suchthilfe herrscht. Ist es die medizinische, die ökonomische, die administrative oder ist es die sozialarbeiterische? Und worin würde diese sozialarbeiterische Leitorientierung denn eigentlich bestehen? Und wenn es heutzutage nicht mehr um die eine Leitorientierung gehen kann, sondern um interprofessionelle Kooperation, dann ist die Frage, wie diese sinnvoll gestaltet wird, also woraufhin diese interprofessionelle Kooperation ausgerichtet ist, wie die Leitorientierungen der einzelnen beteiligten Professionen zum Zwecke der Kooperation aufeinander bezogen werden, und wie der Beitrag der Sozialen Arbeit darin am besten zur Geltung gebracht werden kann. Die Strategie der «Multiprofessionalität» (vereinfacht: alle machen alles, Differenz und Qualifikation werden verwischt) führt zwar zu einer vordergründigen Befriedung der

¹ Professor am Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit an der Fachhochschule Nordwestschweiz.

interprofessionellen Auseinandersetzungen um Zuständigkeit, aber auch zu einer Verschleierung der Dominanz der medizinischen Lektorientierung, die sich hintergründig und unterstützt durch die Gesetzgebung und Finanzierungsmodalitäten durchsetzt, wie ich exemplarisch vor Kurzem einmal gezeigt habe (Sommerfeld 2016b).

Dieser Hintergrund ist der Sinnhorizont, in dem auch die Frage angesiedelt ist, ob die Soziale Arbeit (noch) eine massgebliche Profession sei. Es ist auch der Hintergrund, vor dem sich die Frage nach der Positionierung überhaupt in einer gewissen Dringlichkeit stellt. Je nach Einschätzung der aktuellen Trends kann man dies gelassen sehen oder aber als eine dramatische Bedrohung der Rolle und der Position der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe oder der ambulanten Suchthilfe insgesamt (vgl. z. B. GVS 2017). Mindestens aber ist festzuhalten, dass die Soziale Arbeit definitiv von diesen Entwicklungen betroffen ist, und dass sie dadurch aufgefordert sein müsste, darauf zu reagieren und ihr Profil in diesen Prozessen weiterzuentwickeln, zu schärfen und sich in unterschiedlichen Arenen, nicht zuletzt in den für die Finanzierung entscheidenden Arenen des politisch-administrativen Systems (Legislative und Exekutive) und der Öffentlichkeit als wichtige (kollektive) Akteurin zu behaupten (vgl. Abbott 1988). Das Kompetenzprofil, das die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe und -prävention (DGSAS 2016) unlängst erstellt hat, ist ein Beispiel, das als Reaktion auf diese Anforderung zu verstehen ist.

Das Ziel dieses Beitrags hier ist, Grundlagen für die Schärfung des Profils der Sozialen Arbeit zu liefern und damit unter anderem auch die Reflexion über den Stand der Dinge anzuregen, wie er sich beispielsweise in den im vorliegenden Band versammelten Beiträgen spiegelt.

1. Warum Sucht als soziales Problem?

Es geht im Folgenden also zunächst einmal darum zu begründen und damit in einem ersten Schritt das Bewusstsein zu schärfen, warum die Lektorientierung der Sozialen Arbeit die interprofessionelle Kooperation in der Suchthilfe und darin das Behandlungsspektrum bereichert. Nicht im Konjunktiv oder im Futurum, denn sie ist ein wertvoller Teil der Suchthilfe faktisch jetzt schon und seit langem. Zumindest quantitativ und für

Deutschland kann belegt werden, dass die Soziale Arbeit nach wie vor die grösste Berufsgruppe in der Suchthilfe darstellt, was indirekt auf ihre Bedeutung und Zweckmässigkeit rückschliessen lässt (vgl. Schulte-Derne 2019).

Vor dem Hintergrund der genannten Tendenzen und im Hinblick auf die zu gestaltenden Herausforderungen, denen sich die Soziale Arbeit darauf bezogen ebenso faktisch ausgesetzt sieht, stellt sich die Frage, warum Sucht wieder vermehrt *auch als soziales Problem* angeschaut werden sollte, und warum dementsprechend die Soziale Arbeit als eine massgebliche Kraft auch weiterhin und wieder verstärkt in der interprofessionell organisierten Suchthilfe wirken sollte, und zwar *als eigenständige und über ihren ausgewiesenen Zuständigkeitsbereich erkennbare und insofern in ihrer Differenz komplementäre Profession mit spezifischen Beiträgen, Methoden und Kompetenzen*.

1.1 Die sozialepidemiologische Evidenz

Über die grosse Bedeutung sozialer Determinanten im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit im Allgemeinen kann es heute keinen Zweifel mehr geben. Im sogenannten Marmot-Report wurde z. B. der immense Einfluss sozialer Ungleichheit auf Mortalität und Morbidität nachgewiesen: 17 Lebensjahre weniger ohne schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung beträgt der Unterschied im Durchschnitt zwischen dem niedrigsten Einkommensquintil (unterste 20 %) und dem höchsten in Grossbritannien (Marmot 2013: 25; vgl. zu Gesundheit und soziale Ungleichheit für die Schweiz z. B. Obsan 2015). In Bezug auf Menschen mit psychischen Erkrankungen lässt sich festhalten, dass die Bedeutung sozialer Merkmale und Einflussfaktoren für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Wiedererlangung psychischer Gesundheit nachgewiesen ist (z. B. Baer et al. 2013).

Neben den sozialen Determinanten, also Faktoren, die als Ursachen für Sucht angesehen werden können, ist auch zu berücksichtigen, dass Sucht häufig schwerwiegende soziale Folgen hat, die im Hinblick auf die jahrelangen Verläufe von Suchterkrankungen unmittelbar zu sozialen Determinanten des weiteren Prozesses werden. Die sozialen Folgen sind jedenfalls markant: So hält das Bundesamt für Gesundheit der Schweiz in seinem vom Bundesrat verabschiedeten Strategiepapier fest: «Verglichen

mit der Gesamtbevölkerung sind abhängige Menschen häufiger arbeitslos, fürsorgeabhängig, verschuldet oder verfügen öfter über eine instabile Wohnsituation, wobei sich diese Faktoren gegenseitig bedingen und verstärken können» (BAG 2015: 40). Hinzu kommt der ganze Bereich der Kriminalität nicht nur im Hinblick auf die illegalen Drogen, sondern auch im Hinblick auf Gewalt und andere Straftaten, die unter Einfluss von Suchtmitteln begangen werden. Mit diesen Folgen ist im Grunde der *klassische Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit* (soziale Probleme im Sinne von Armut, Arbeitslosigkeit, Devianz und Desintegration) bereits umrissen.

Hinzu kommen die folgenden Fakten: Mit der Sucht sind Angehörige, ArbeitskollegInnen, Freunde und vor allem Kinder mitbetroffen. In der Schweiz sind ca. eine halbe Million nahe Angehörige allein in Bezug auf ein Alkoholproblem mitbetroffen (Marmet & Gmel 2015) und müssen die Beziehung entsprechend gestalten oder aushalten, oftmals begleitet von häuslicher Gewalt. Davon sind ca. 100 000 Kinder mitbetroffen, wieder nur in Bezug auf Alkohol,² deren Entwicklungsoptionen dadurch massiv beeinträchtigt werden. Eine messbare Folge davon ist, dass Kinder aus Familien, die von der Sucht mindestens eines Elternteils strukturiert werden, im Vergleich zu anderen Kindern ein sechsfach erhöhtes Risiko tragen, selbst süchtig zu werden (vgl. SFA 2007) und damit den Kreislauf von Armut, Devianz oder Desintegration eventuell fortzuführen.

1.2 Zur Komplexität psychosozialer Dynamik

Psychische und soziale Prozesse sind strukturell gekoppelt. Das heisst, das eine ist Voraussetzung für das andere. Wir haben diese strukturelle Kopplung und die damit in den Blick kommende komplexe Dynamik bei Re-Integrationsprozessen mit unserer eigenen Forschung nachgewiesen (vgl. Sommerfeld et al. 2011). Dieser Befund wird durch den Teil der neurowissenschaftlichen Forschung, der sich mit der menschlichen Sozialität befasst, breit und erdrückend bestätigt. Cozolino (vgl. 2007) z. B. bezeichnet das Gehirn als «soziales Organ». Damit bringt er zum Ausdruck, dass sich sowohl in phylo-, als auch ontogenetischer Hinsicht das Gehirn mit und in

² Vgl. Infoseite «Suchtbelastete Familien» von Sucht Schweiz: www.suchtschweiz.ch/suchtbelastete-familien, Zugriff 31.12.2019.

sozialen Prozessen formt und zugleich die historisch je aktuelle Form menschlicher Sozialität (Gesellschaft) ebenso ermöglicht wie die individuelle Lebensführung in sozialen Verhältnissen.

Es gibt diverse gute Erklärungsmodelle, wie sich diese strukturelle Koppelung gestaltet, die hier nicht ausgeführt werden können. Zum Beispiel hat Thomas Fuchs die «Einheit von Organismus und Umwelt im Lebensvollzug» in dieser Hinsicht überzeugend beschrieben (vgl. Fuchs 2017; vgl. auch Sommerfeld 2019). Ein sehr bekanntes Erklärungsmodell stammt von Klaus Grawe, der aufgrund seiner Modellierung des Zusammenhangs im Hinblick auf die Reichweite von Psychotherapie zu folgendem Schluss kommt: Die sozialen Lebensbedingungen «sind Inkongruenzquellen, auf die die Psychotherapie in der Regel keinen oder sehr begrenzten Einfluss hat. Sind diese ungünstigen Lebensbedingungen sehr ausgeprägt, wird man den Zustand des Patienten alleine mit Psychotherapie kaum nachhaltig verbessern können» (Grawe 2004: 412).

Wir haben die Ausrichtung der Sozialen Arbeit an sozialen Problemen mit unserer Begrifflichkeit von Integration und Lebensführung im Hinblick auf diese hier nur kurz angerissene komplexe psychosoziale Dynamik theoretisch weiterentwickelt und mit dem Modell des Lebensführungssystems (LFS) operationalisiert (Sommerfeld et al. 2011). Dieses Modell wird weiter unten noch ausführlicher dargestellt. Hier lässt sich jedenfalls schon einmal festhalten, dass Sucht eine der Problematiken ist, die ein Lebensführungssystem mit all seinen darin gefassten sozialen Beziehungen und Interaktions- und Integrationsarrangements sozusagen in «Schräglage» bringen können, mit den oben ansatzweise skizzierten Folgen für die Integration und Lebensführung der Süchtigen und der signifikanten anderen AkteurInnen, mit denen die betroffene Person in Beziehung steht. Weil diese Modellierung nicht nur die Schnittstelle von Individuum und Gesellschaft differenziert beschreibt, sondern auch den Wissensstand zu psychosozialen Prozessen verarbeitet, bildet es eine geeignete Grundlage, therapeutische, psychotherapeutische und sozialarbeiterische ebenso wie sozialpädagogische Massnahmen fallbezogen aufeinander abzustimmen und zugleich mit dem klassischen Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit zu verknüpfen.

1.3 *Handlungsbedarf*

Sowohl der oben genannte Marmot-Report als auch die Akademien der Wissenschaften Schweiz kommen zu dem Schluss, dass die zentralen Herausforderungen für die Gesundheit der Bevölkerung und das Gesundheitssystem auch und gerade in einem nicht-medizinischen Bereich liegen (vgl. AWS 2014). In der oben bereits zitierten «Nationalen Strategie Sucht» wird unter «Handlungsbedarf» festgehalten, dass u. a. zur Reduktion der hohen Folgekosten von Suchterkrankungen «sich die Herausforderung [stellt], Menschen gesundheitlich zu rehabilitieren und für ihre soziale (Wieder-) Eingliederung zu sorgen (...). 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 [sic!]. Hierfür muss zukünftig auch die Finanzierung dieser Koordinationsleistungen geklärt werden. Zum andern gilt es, die Zusammenarbeit mit weiteren involvierten Leistungserbringern ausserhalb des Suchthilfesystems zu stärken und zu verbessern, damit die Betroffenen und ihr Umfeld gesundheitliche und soziale Unterstützung finden» (BAG 2015: 43). Im Grundsatz wird mit dieser impliziten Kritik an der bestehenden Suchthilfe und dem ausgewiesenen Handlungsbedarf auch ein strukturelles Problem angesprochen, nämlich, dass die Suchthilfe zwischen den Politikfeldern Gesundheit und Soziales angesiedelt ist, woraus u. a. die Frage nach der Finanzierung von Koordinationsleistungen resultiert, und weswegen sowohl die medizinisch-therapeutische Leitorientierung als auch die Orientierung an sozialen Problemen nach wie vor grundsätzlich bedeutsam sind.

1.4 *Handlungsoptionen: Zur Gestaltung der interprofessionellen Kooperation*

Die Soziale Arbeit ist traditionell im Bereich der Sozialpolitik angesiedelt, 20 bis 25 % aller Sozialarbeitenden arbeiten aber im Bereich des Gesundheitssystems (vgl. Homfeldt 2012 für Deutschland; ähnlich für die Schweiz

BFS 2013). Die Soziale Arbeit ist also rein schon auf der strukturellen Ebene prädestiniert, die Brücke zwischen Gesundheitssystem und dem System der sozialen Hilfen zu bauen und diese Schnittstelle professionell zu bedienen, und das heisst u. a. die notwendigen Koordinationsleistungen zu erbringen.

Es wurde eingangs erwähnt, dass die interprofessionelle Kooperation ein übergeordnetes Modell benötigt, auf das bezogen die Diskurse und die Kooperation organisiert werden können. Ansonsten genügt auch das Delegationsverfahren. Ein solches Modell existiert im Grundsatz, nicht aber in der praktischen Umsetzung: Die Rede ist vom sogenannten bio-psycho-sozialen Modell, das die WHO seit vielen Jahrzehnten propagiert und das als allgemein bekannt vorausgesetzt werden kann, wenngleich zumeist nur als Metapher, weil die strukturelle Koppelung zwischen den Ebenen ignoriert wird. Die praktische Umsetzung leidet daran, dass die soziale Dimension im Hinblick auf konkrete Interventionen systematisch unterbeleuchtet ist, ausserdem zumeist unterkomplex konzipiert wird (wegen der Dominanz der primär auf Biologie und Biochemie abstellenden medizinischen Lektorientierung). Wenn man die Soziale Arbeit als zuständig für die Bearbeitung von sozialen Problemen ansieht, und wenn Krankheit im Allgemeinen und Sucht im Speziellen soziale Determinanten (Stichwort soziale Ungleichheit) und soziale Folgeprobleme aufweisen, dann lässt sich daraus unschwer eine mögliche Zuständigkeit der Sozialen Arbeit für die Behandlung der sozialen Dimension begründen. Damit könnte die soziale Dimension des WHO-Modells systematisch professionell ausgebaut werden. Daraus speist sich die These, dass die Soziale Arbeit (wieder) eine massgebliche Kraft in der Suchthilfe werden kann bzw. sollte.

1.5 *Zwischenfazit: Wo stehen wir?*

Es sollte deutlich geworden sein, dass die Soziale Arbeit nicht zufällig eine bedeutsame Kraft in der Suchthilfe war und ist und auch in Zukunft sein sollte und wahrscheinlich auch sein wird, weil Sucht faktisch in ihren Folgen und mindestens teilweise in ihrer Verursachung eine soziale Problematik darstellt. Die Perspektive der Sozialen Arbeit und ihre Ausrichtung auf die Bearbeitung von sozialen Problemen sind grundsätzlich komple-

mentär zur medizinisch-(psycho-)therapeutischen Orientierung und ergänzen sie sinnvoll. Die Differenz kann deutlich bezeichnet werden und sie eignet sich im Rahmen des bio-psycho-sozialen Modells, um eine eigene Zuständigkeit zu begründen, die im Kontext des zur Verfügung stehenden Wissensstandes und politischer Strategien eine bedeutende Rolle spielen kann. Die Soziale Arbeit kann diese Funktionalität aber nur realisieren, so die hier vertretene These, wenn sie die Differenz und die funktionale Komplementarität stark machen kann. Dazu muss sie eine massgebliche Kraft im Sinne einer eigenständigen Profession sein, die sich Gehör verschaffen kann und die Behandlungen anbietet, die ihrer Zuständigkeit entsprechen, die dem Stand ihrer fachlichen Entwicklung entsprechen und die ihr zugerechnet werden, und das heisst, dass sie nicht im Meer der medizinisch-therapeutisch strukturierten Multiprofessionalität oder ihrer eigenen Diffusität verschwimmen.

Ist nun also alles in Ordnung und können wir beruhigt zur Tagesordnung übergehen, nachdem nun ja gezeigt wurde, dass und warum die Soziale Arbeit eine wichtige Akteurin in der Suchthilfe ist? Nun, eine prinzipiell wichtige Akteurin ist noch keine massgebliche Profession. Der Professionssoziologe Andrew Abbott (vgl. 1988), auf den oben schon Bezug genommen wurde, zeigt dies deutlich: Professionen konkurrieren auch um Zuständigkeit und darüber vermittelt um Ressourcen. Die Zuständigkeit muss daher durchgesetzt werden. Wissen, selbstverständlich inklusive Handlungswissen, ist bei Abbott die «Währung», mit der die interprofessionellen Kämpfe um Zuständigkeit und damit um ihre Position zueinander in unterschiedlichen Arenen (Öffentlichkeit, Gesetzgebung, Arbeitsplatz) ausgefochten werden. Es gibt noch andere Machtquellen, die wir hier aber vernachlässigen können.

Wenn wir die in diesem Band versammelten Beiträge als Selbstbeschreibungen lesen und somit, wie sich die Praxen der Sozialen Arbeit darstellen und positionieren, dann fallen mir die folgenden Punkte auf, ohne hier auf die Beiträge im Einzelnen eingehen zu können, noch zu wollen:

- Es gibt eine grosse Bandbreite und Vielfalt, die in den Beiträgen sichtbar wird. Das heisst zum einen, dass die Soziale Arbeit in unterschiedlichen Feldern der Suchthilfe präsent ist, in unterschiedlichen Zuschnitten daherkommt, mit unterschiedlichen Zielpublika

und Zielsetzungen und daher auch mit unterschiedlichen Methoden arbeitet, unterschiedliche Nischen besetzt. Dies ist ein Beleg dafür, dass die Soziale Arbeit faktisch ein wichtiger Player in der Suchthilfe ist und ganz offenbar auch wichtige Angebote hervorgebracht hat, die nach wie vor nachgefragt werden, weil sie funktional für die Suchthilfe sind. Das ist ein erfreulicher Befund, der angesichts des oben dargelegten Gewichts der sozialen Dimension für den Verlauf einer Sucht auch nachvollziehbar ist.

- Die grosse Bandbreite gilt aber zum anderen auch im Hinblick auf den Grad der Ausarbeitung der einzelnen Beiträge. Vor dem Hintergrund der soeben noch einmal betonten Bedeutsamkeit von Wissen für die Durchsetzung professioneller Zuständigkeit fällt besonders auf, dass ein relativ grosser Teil der Beiträge ohne Bezug zur Literatur der Sozialen Arbeit zum Thema Sucht, ohne Bezug auf eine Theorie der Sozialen Arbeit, ohne Bezug auf Literatur zur Methodologie auskommt und viele Beiträge gerade in methodischer Hinsicht keine oder nur eine unzureichende Systematik oder systematische Begründung aufweisen. Ebenso fehlt fast immer irgendeine Thematisierung der Zuständigkeit oder der Funktion der Sozialen Arbeit sowie der Spezifität, welche die Soziale Arbeit in einem bestimmten Kontext auszeichnet. Stattdessen beziehen sich einige Beiträge auf eigene, organisationsinterne Dokumente wie z. B. Leitbilder oder auf gesetzliche Vorgaben oder auf Richtlinien bzw. Verlautbarungen von Amtsstellen oder im besseren Fall des Berufsverbands. Wie gesagt: Es gibt hier eine grosse Bandbreite, das heisst, dass es auch einige Beiträge gibt, für die alle soeben genannten Punkte nicht zutreffen. Auch das ist für sich genommen interessant.

Warum ist der Teil der Beiträge, die mehr oder weniger ohne Wissensbezug auskommen, aus meiner Sicht problematisch? Die Problematik besteht nicht darin, dass in den entsprechend beschriebenen Praxen keine gute Arbeit geleistet wird. Das kann zwar sein, das kann aber auch nicht sein, das kann jedenfalls auf dieser Grundlage gar nicht beurteilt werden. Der Punkt ist vielmehr, dass zu einer Profession, insbesondere zu einer massgeblichen Profession, ein systematischer Wissenskorpus gehört, auf den die einzelnen Organisationen und Berufsangehörigen abstellen und

sich dadurch als Teil dieses grösseren Zusammenhangs der Profession darstellen und kenntlich machen (können). Es ist eigentlich offensichtlich, dass dadurch die Durchsetzungschancen grundsätzlich gesteigert werden können, zum einen wegen des grösseren institutionellen Gewichts, das zur Geltung gebracht werden kann, vor allem aber weil eine Profession die Repräsentation des systematisch erarbeiteten Kompetenz- und Wissensstandes darstellt, aus dem das institutionelle Gewicht letztlich resultiert.

Die Tendenzen im Feld der Suchthilfe, die als Ausgangspunkt dieses Beitrags markiert wurden, wirken. Sie stellen die Praxen und die einzelnen Fachkräfte der Sozialen Arbeit vor Herausforderungen. Die Art und Weise, wie sie sich in Bezug auf diese Herausforderungen der Strukturierung des Feldes in der interprofessionellen Kooperation positionieren, wie sie ihre professionelle Zuständigkeit kenntlich machen und wie sie sodann ihrer Fachlichkeit Geltung verschaffen (können), wird die Entwicklung wesentlich beeinflussen. Und diese Entwicklung kann in verschiedene Richtungen laufen. Eine Alternative zu einer massgeblichen Profession könnte das Verschwinden der Sozialen Arbeit aus der Suchthilfe sein. Das ist sehr unwahrscheinlich, weil die soziale Dimension der Bearbeitung bedarf, und weil die traditionelle Kodierung der Sucht als soziales Problem ein gesellschaftliches Beharrungsvermögen hat, das der Sozialen Arbeit in die Karten spielt, ohne dass sie dafür viel tun muss. Eine andere, sehr viel wahrscheinlichere Alternative ist die Fortschreibung der jetzigen Tendenzen, nämlich, dass die Soziale Arbeit als Beteiligte im multiprofessionellen Setting zwar Bestand haben wird, aber in der Form einer Hilfsprofession oder einer «Semiprofession» (vgl. Etzioni 1969). Das Problematische daran ist nicht, dass damit ein geringerer Status einhergeht, sondern dass damit einhergeht, dass die Soziale Arbeit ihre Fachlichkeit nicht vollständig, sondern immer nur im Zuschnitt durch andere zur Geltung bringen kann, und dass die soziale Dimension in einem politökonomisch und medizinisch strukturierten Arbeitsfeld auch weiterhin nicht angemessen bearbeitet werden wird, zum Schaden vieler Betroffener und deren Angehöriger.

2. und wie kann es weitergehen?

Um nicht mit einem eher düsteren Szenario zu enden, was angesichts des strukturellen Gewichts der sozialen Dimension, angesichts der sich aktuell bietenden Chancen (siehe Strategie Sucht) und dem ausdifferenzierten Stand der Praxen auch völlig abwegig wäre, soll im zweiten Teil des Beitrags skizziert werden, wie der Weg hin zu einer vollständigen und massgeblichen Profession aussehen könnte.

Voraussetzung ist, dass diese Idee einer vollständigen und massgeblichen Profession überhaupt ein Ziel wäre, auf das wir uns einigen könnten, weil wir davon überzeugt wären, dass dadurch eine verbesserte Suchthilfe zum Wohle der Betroffenen realisiert werden kann. Wenn man der oben dargelegten Argumentation folgt, dann ist der Schlüssel das biopsychosoziale Modell und der darauf bezogene Zuständigkeitsanspruch der Sozialen Arbeit auf die Bearbeitung der sozialen Dimension. Die zweite Voraussetzung wäre daher, dass dieser Zuständigkeitsanspruch in ein mehr oder weniger stark geteiltes Verständnis der Aufgabe bzw. der Funktion der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe transformiert würde. Nur wenn diese Voraussetzung gegeben ist, kann etwas entstehen, das über die individuelle Handlungsroutine oder das Konzept einer einzelnen Organisation hinausgeht. Denn nur eine geteilte professionelle Perspektive, kann in den Aushandlungsprozessen in den verschiedenen Arenen (also nach aussen) auch effektiv zur Geltung gebracht werden. Gleichzeitig ist diese geteilte professionelle Perspektive notwendig dafür, dass intern die Entwicklung der Professionalität, also der fachlichen Standards, als gemeinsame Aufgabe verstanden und vorangetrieben werden kann. Und dazu – und das ist für manche vielleicht weniger nachvollziehbar – braucht es Theorie. Oder anders formuliert: Es braucht geteilte Modelle, auf die die Anstrengungen der Einzelnen bezogen werden können, sodass etwas Konsistentes, etwas Systematisches, etwas eben dieser Profession Zurechenbares entsteht, nämlich das, was man als konsolidierten professionellen Wissenskörper bezeichnen kann (vgl. Obrecht 2009, 2012; Sommerfeld 2016a; Sommerfeld et al. 2016). Senge (vgl. 1998) hat dies für die lernende Organisation wunderbar beschrieben und dasselbe gilt für Professionen, die überorganisational funktionieren und daher auch überorganisational lernen. Ohne geteilte Modelle (ohne geteilte Theorie) findet kein Lernen

statt und auch die (professionelle) Identitätsbildung steht dann auf wackligen Beinen. Wenn ich hier noch einmal auf die Beiträge in diesem Band Bezug nehme, dann ist einfach der Befund unvermeidlich, dass von diesen geteilten Modellen, dass von dieser gemeinsamen professionellen Perspektive, dass von einem eigenen Wissenskörper der Sozialen Arbeit, auf den Bezug genommen wird, wenig zu erkennen ist.

Da mit diesem Beitrag ja das Ziel verfolgt wird, Grundlagen für die Reflexion zu bieten, sollen nun abschliessend einige theoretische Modelle vorgestellt und damit zur Diskussion gestellt werden, die als Orientierung dienen können. Es handelt sich dabei ausschliesslich um die zentralen Modelle unseres eigenen theoretischen Ansatzes aus «Integration und Lebensführung» (vgl. Sommerfeld et al. 2011; Sommerfeld et al. 2016). Natürlich gibt es andere Theorieangebote (vgl. z. B. Lambers 2018). Es ist hier nicht das Ziel eine Debatte über diese Vielfalt zu führen oder gar einen systematischen Vergleich anzustellen. Hier geht es darum, den Wert der Theorie für den Aufbau eines professionellen Wissenskörpers exemplarisch zu zeigen. Nur so viel noch zum Thema der Vielfalt: Die Wahl der Theorie ist nicht beliebig oder sollte es zumindest nicht sein. Zum einen spielt die wissenschaftliche Qualität selbstverständlich eine entscheidende Rolle, u. a. geht es hier um die theoretische Konsistenz, um die Erklärungskraft und auch um den empirischen Gehalt. Zum anderen geht es aber auch um die Funktionalität der Theorie in Bezug auf das Fach, in dem sie angesiedelt ist. In unserem Fall und in Bezug auf den Aufbau eines professionellen Wissenskörpers wären insbesondere zwei Kriterien massgeblich. Erstens: Kann die Theorie das bio-psycho-soziale Modell und darin besonders die strukturelle Kopplung zwischen Individuen und sozialen Zusammenhängen so aufschliessen, dass darauf bezogenes Handeln und dessen Wirkungen erklärt werden können? Zweitens und damit zusammenhängend: Ist die Theorie geeignet, die verschiedenen Verfahren und methodischen Ansätze der Sozialen Arbeit (hier in der Suchthilfe) zu integrieren? Integrieren heisst hier, in einem konsistenten theoretischen Entwurf in ihrer Wirkungsweise erklären und somit als zusammenhängendes Ganzes darstellbar machen.

Eine sinnvolle Möglichkeit der Reflexion vor dem soeben geschilderten Hintergrund würde darin bestehen, die nun vorzustellenden Modelle in Bezug auf die in den Beiträgen in diesem Buch beschriebenen Praxen

gedanklich zu testen. Die reflexive Leitfrage wäre, ob die Modelle tragfähig und geeignet erscheinen, eine gemeinsame professionelle Perspektive und einen konsolidierten Wissenskorpus der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe aufzubauen? Kann die in den einzelnen Beiträgen dokumentierte Diversität als systematisch untereinander verbunden darstellbar gemacht werden? Und kann eine Bezugnahme auf die Modelle respektive die Theorie mehr Tiefe in die Darstellungen bringen und würden die Begründungen, z. B. der Methodenwahl, verbessert werden?

2.1 Das Grundmodell

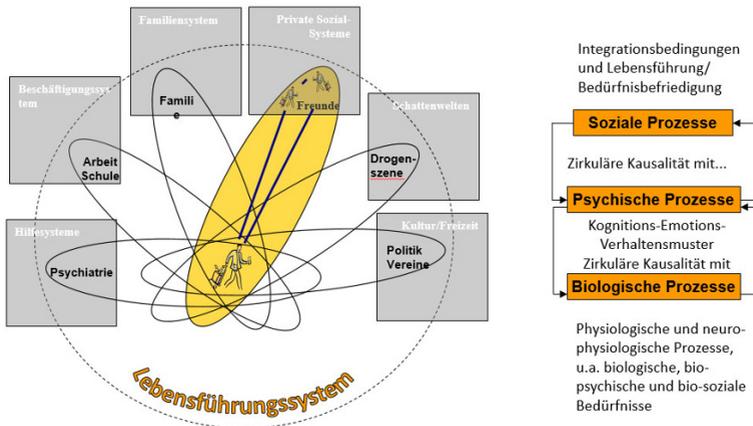


Abbildung 1: Das Lebensführungssystem

Das erste Modell ist das weiter oben bereits erwähnte Modell des Lebensführungssystems. Dieses Modell ist das Zentrum einer allgemeinen Theorie der Sozialen Arbeit, die hier nicht ausführlich dargestellt werden kann (vgl. Sommerfeld et al. 2011; Sommerfeld et al. 2016). Es ist der Versuch, den unmittelbaren Gegenstand der Sozialen Arbeit in einem Bild darzustellen. Es ist der Versuch, die allgemein geteilte Auffassung, dass Soziale Arbeit an der Schnittstelle von Individuum und Gesellschaft arbeitet, konsequent theoretisch zu modellieren. In der Grafik wird angedeutet, dass dazu strukturell gekoppelte Prozesse auf mindestens drei Ebenen mitgedacht werden müssen, nämlich auf der sozialen, der psychischen und der

biologischen. Deshalb eignet sich diese Theorie u. a. besonders für die Frage nach der Kooperation mit dem Gesundheitssystem, wenn dort das bio-psycho-soziale Modell gilt.

Die Soziale Arbeit befasst sich also nicht mit einem Individuum, das irgendwie mit einer Umwelt zusammenhängt, die dann oft genug aus dem Blick gerät (Stichwort: Individualisierung von sozialen Problemen durch die Soziale Arbeit), sondern sie arbeitet an und mit dem *gesamten* Lebensführungssystem, als dem systemisch beschreibbaren dynamischen Zusammenhang des Individuums mit seiner unmittelbaren sozialen und sozio-kulturell strukturierten Lebenswelt. Es kann daher an dieser Stelle schon einmal die Aussage gemacht werden, dass die Soziale Arbeit also sowohl am individuellen Vermögen (Bildung im weitesten Sinne), als auch an der aktualisierten Form der Integration (soziale Interventionen), als auch soweit möglich an den Integrationsbedingungen (sozial-strukturelle und sozio-kulturelle Interventionen) in dem Sinn arbeiten wird, dass Potenziale im Hinblick auf die Lebensführung und deren Konsequenzen für dieses Individuum und andere ausgelotet und erschlossen werden. In grundsätzlicher Übereinstimmung mit Thierschs «gelingenderem Alltag» (vgl. Thiersch 1986) und gleichwohl in Abwandlung von ihm kann an dieser Stelle die Zieldimension grob als «gelingendere» Lebensführung bezeichnet werden.

Der Zusammenhang zur Sucht kann grob folgendermassen beschrieben werden: Eine (schwere) Sucht erschüttert das Lebensführungssystem eines Menschen, und zwar rundherum, das heisst, sowohl die individuellen Muster der Lebensführung und Lebensbewältigung greifen unter Umständen nicht mehr, als auch die Interaktion mit anderen (z. B. Angehörige) und letztlich die Form der Integration in diverse Handlungssysteme werden davon betroffen. Bei ungünstigen Verläufen kann dies zu desintegrativen Prozessen führen (Verlust des Arbeitsplatzes, der Wohnung, Überforderung von Angehörigen etc.), die dann wiederum zu Determinanten für den weiteren Verlauf werden. Und umgekehrt wird der Verlauf positiv beeinflusst, wenn im Lebensführungssystem z. B. soziale Unterstützung, sozialer Einfluss, soziales Engagement und Zugang zu wichtigen Ressourcen erhalten oder (wieder) aktiviert werden können (vgl. Berkman & Krishna 2014).

Die Funktion der Sozialen Arbeit in diesem Zusammenhang besteht also darin, einen Beitrag zur möglichst vollständigen Teilhabe von süchtigen Menschen an der Gesellschaft zu leisten, indem sie diese Menschen in deren Lebenswelt und bei deren durch die Sucht herausgeforderten Lebensbewältigung unterstützt und begleitet. Diese Funktion führt die Soziale Arbeit dazu, dafür zu sorgen, dass sich die Sucht nicht in Formen der Lebensführung transformiert, die zusätzlich zu körperlichen oder psychischen Folgen durch eine starke soziale Problematik belastet werden. Es geht hier um die möglichst weitgehende Erhaltung der Funktionalität eines Lebensführungssystems trotz (schwerer) Sucht. Andererseits, auch in einem präventiven Sinn, sorgt die Soziale Arbeit dafür, dass die Potenziale des Lebensführungssystems aktiviert und ggf. neue erschlossen werden, um die Sucht sich möglichst gar nicht erst in problematischer Weise entwickeln zu lassen oder sie gut zu bewältigen und möglichst vollständig am sozialen und gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Dieser letzte Punkt gilt insbesondere dann, wenn das Lebensführungssystem von süchtigen Menschen bereits vor deren Erkrankung durch Mangel oder ungünstige Formen der Integration gekennzeichnet war, sodass die soziale Dimension als ein ursächlicher Faktor für das Auftreten der Sucht angesehen werden muss.

Die Soziale Arbeit, wie wir sie verstehen, setzt an den sozialen Lebensbedingungen, an den sozialen Integrationsarrangements an, in und mit denen die Individuen ihr Leben führen. Es geht in der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe grundsätzlich um die Realisierung gesellschaftlicher Teilhabe unter den beeinträchtigenden Bedingungen einer schweren Sucht, heruntergebrochen auf die Formen der Integration in die konkreten Handlungssysteme und die psychosoziale Dynamik, die sich darin ereignen, die mehr oder weniger förderliche oder hinderliche Formen annehmen können. Und es geht immer auch um die Prävention, also die Verhinderung oder Eindämmung der schädlichen Auswirkungen einer Sucht im Hinblick auf die gesellschaftliche Teilhabe und die psychosozialen Dynamiken im sozialen Nahraum des Lebensführungssystems. Es geht darum, Integrationsoptionen zu erhalten, also Ausschlüsse zu vermeiden, eventuell neue oder alternative Integrationsoptionen zu eröffnen und ggf. die bisherigen Formen der Integration sowie die damit zusammenhängende Lebensführung zu verändern. Es geht um die Lebensbewältigung unter den

Bedingungen einer gravierenden Sucht, und das heisst ganz im Sinne von Böhnisch, es geht um die (Wieder-)Herstellung der subjektiven, biographisch und sozial rückgebundenen «Handlungsfähigkeit» (Böhnisch 2010). Es geht in diesem Sinn um die Schaffung von Capabilities, also um die Schaffung von «Verwirklichungschancen» und um die damit zusammenhängende Bildung von «Befähigungen» (Nussbaum 2011). Mit anderen Worten und unter Bezug auf das Konzept der funktionalen Gesundheit (die konzeptuelle Grundlage der ICF³) besteht das Ziel darin, eine Form der Lebensführung zu ermöglichen, die im Hinblick auf die gesellschaftliche Integration bzw. die Teilhabe an der Gesellschaft und ihrer Subsysteme als «funktional gesund» (Oberholzer 2013) gelten kann und dem körperlichen, psychischen und sozialen Wohlergehen dient, und zwar in einer Weise, die subjektiv als «gutes Leben» kodiert werden kann und objektiv ein Mindestmass an Lebensqualität gewährleistet.

2.2 *Die handlungswissenschaftliche Systematisierung*

In diesem nunmehr beschriebenen Sinn und auf der Grundlage ihrer allgemeinen gesellschaftlichen Funktion reklamiert die Soziale Arbeit in der Suchthilfe und in der gesundheitsbezogenen interprofessionellen Zusammenarbeit ihre Zuständigkeit für die spezialisierte Bearbeitung der sozialen Dimension von Sucht sowie generell von Krankheit und Gesundheit.

Um diesen Anspruch professionell auszugestalten, braucht es einen handlungsbezogenen Wissenskorpus, auf den die einzelnen Professionellen und die Organisationen der Suchthilfe abstellen können. Es bedarf also einer handlungswissenschaftlichen Ausarbeitung der allgemeinen theoretischen Aussagen zu Funktion und Aufgaben. Längerfristig wäre das Ziel, einen «konsolidierten professionellen Wissenskorpus» zu erstellen, mit dem die Soziale Arbeit in der Suchthilfe umfassend und systematisch dargestellt werden kann, der überprüfte und erklärte Verfahren (Methoden) beinhaltet und somit Grundlagen sowohl für die Aus- und Weiterbildung, als auch für die interprofessionelle Kommunikation bieten würde. Wir ha-

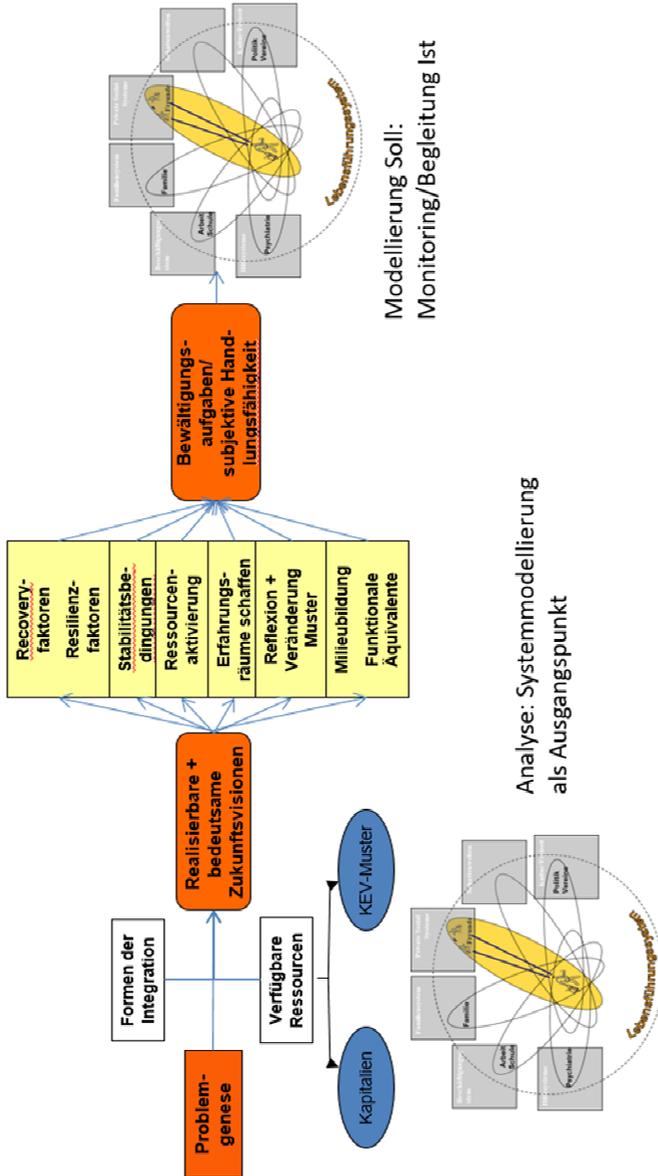
³ International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit).

ben die Konturen eines solchen Wissenskorpus in «Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie» (Sommerfeld et al. 2016) herausgearbeitet. Hier kann nur eine sehr grobe Skizze der theoretischen, handlungswissenschaftlichen Gestalt und einiger ihrer wichtigsten Komponenten geliefert werden.

Eine Grundlage für die Ausarbeitung dieses Wissenskorpus bietet das Modell des idealtypischen Prozessverlaufs (vgl. Abb. 2): Wir verstehen Soziale Arbeit grundsätzlich als auf den Lebensverlauf von Menschen in ihrem sozialen Milieu bezogen. Der Gegenstand ist also noch einmal das Lebensführungssystem eines Menschen, das im Kontext hier durch eine Sucht beeinträchtigt wird. Dieses Lebensführungssystem hat zu einem bestimmten Zeitpunkt eine gewordene Gestalt, Struktur und Dynamik. Es beinhaltet spezifische Formen der Integration und das Individuum verfügt über ein spezifisches Vermögen, das in der Grafik noch mit dem Begriff der Ressourcen (Kapitalien und Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster KEV) bezeichnet ist. Durch die Sucht wird das Lebensführungssystem herausgefordert, es stellen sich Bewältigungsaufgaben. Je nach Schwere der Erkrankung und nach Verfassung des Lebensführungssystems stellen sich mehr oder weniger weitreichende Herausforderungen, deren Bewältigung einen mehr oder weniger weitreichenden Wandel des Lebensführungssystems bedingen. Diesen Wandel zu begleiten und den betroffenen Menschen mit seinen/ihren Bewältigungsaufgaben zu unterstützen, ist die Aufgabe der Sozialen Arbeit. Es hat sich in unserer Forschung, aber auch im internationalen Forschungsstand gezeigt, dass zur Strukturierung eines solchen Prozesses Zieldefinitionen hilfreich sind (Pauls & Reicherts 2010; Wüsten & Amann 2013). Bei weitreichenden Wandelprozessen, wie z. B. bei der Überwindung einer schweren Sucht und ihrer sozialen Folgen oder auch bei durch Unfall bedingter Querschnittlähmung, sind solche Zieldefinitionen in einem umfassenden Sinn als subjektiv bedeutsame Zukunftsvisionen zu verstehen. Die Zieldefinitionen oder Zukunftsvisionen modellieren in spezifischer Weise die Gestalt des Lebensführungssystems in der Zukunft ebenso wie die kurz-, mittel- und langfristigen Bewältigungsaufgaben, die der Realisierung dieser zukünftigen Gestalt ebenso wie der aktuellen Alltagsbewältigung dienen. Der Hilfeprozess wird daraufhin ausgerichtet. Die Soziale Arbeit kann auf ein breites Wissen über Faktoren zugreifen, die solche Wandelprozesse unterstützen können. In der Grafik sind einige stellvertretend genannt, ohne hier weiter ausgeführt werden

zu können, wie z. B. die Resilienz- und Recoveryfaktoren (Mahler et al. 2014; Onken et al. 2002), die Ressourcenaktivierung (Möbius & Friedrich 2010; Wüsten 2013) oder das Schaffen von Stabilitätsbedingungen und sozialen Erfahrungsräumen (vgl. Sommerfeld et al. 2011) zur Stabilisierung neu erworbener Muster.

Diese Grundstruktur kann nun im Hinblick auf die Interventionen der Sozialen Arbeit einerseits mit den diversen Verfahren der Praxis unterlegt werden und dann andererseits systematisch geordnet werden (vgl. Abb. 3). Beispielsweise ist es eine geradezu klassische Aufgabe, Stabilitätsbedingungen zu schaffen, indem Anschlusslösungen nach einem stationären Aufenthalt organisiert und die materielle Grundversorgung z. B. über das Erschliessen von Sozialversicherungsleistungen gesichert wird. Oder in der Suchtberatungsstelle wird mit z. B. «motivational interviewing» eine Zieldefinition erarbeitet. Oder im betreuten Wohnen werden mit psychisch Kranken neue Erfahrungsräume geschaffen. Oder mit Familienbegleitung wird in das soziale System Familie interveniert, um dort Reflexionsprozesse der familiären Muster zu befördern, mit dem Ziel, beeinträchtigende Dynamiken aufzulösen und brachliegende Ressourcen zu aktivieren. Oder mit indizierter Prävention wird mit Risikogruppen gearbeitet, um das Auftreten einer Sucht möglichst zu vermeiden oder Schäden zu vermeiden. Oder die Phase nach einem stationären Entzug wird im Sinne der Nachsorge längerfristig mit psychosozialer Beratung begleitet. Oder eine Bildungsmassnahme als Voraussetzung für eine berufliche Neu-Orientierung wird erschlossen. Oder der Wiedereinstieg in die Arbeitswelt wird mittels «supported employment» unterstützt. Oder die Alltagsbewältigung wird mit einer Form von «intensivem Case Management» begleitet und überhaupt erst möglich gemacht. Oder eine Selbsthilfegruppe wird initiiert. Oder, oder oder... Die Beiträge in diesem Buch wären an der Stelle einzuordnen und zu reflektieren.



Modellierung Soll:
Monitoring/Begleitung Ist

Analyse: Systemmodellierung
als Ausgangspunkt

Abbildung 2: Idealtypische Gestalt einer lebensverlaufsbezogenen Sozialen Arbeit, Wandel des Lebensführungssystems als handlungsleitendes Ziel der Sozialen Arbeit

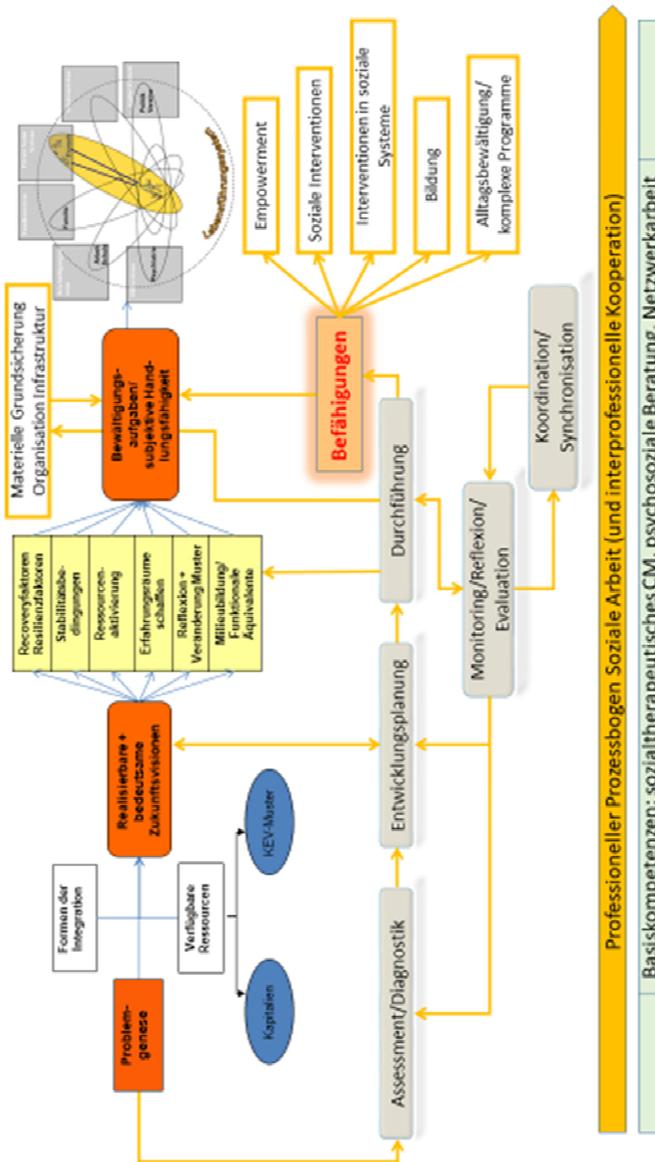


Abbildung 3: Systematik des Interventionsmethoden-Pools

Mit der beispielhaften Auflistung von einzelnen mehr oder weniger bekannten Massnahmen oder Interventionen der Sozialen Arbeit soll illustriert werden, wofür die Systematik des Interventionsmethoden-Pools in Abb. 3 steht. Für jedes der Elemente, die in der Grafik dem idealtypischen Verlauf unterlegt sind und systematisch rund um den Begriff der «Befähigungen» entwickelt wurden, können Listen von Methoden und Verfahren gebildet werden, die in der Praxis der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit bereits angewendet werden. Sie kommen nach meiner Einschätzung in der Praxis allerdings nicht systematisch zum Einsatz, sondern ausschnittshaft, punktuell, fremdbestimmt oder mehr oder weniger zufälligen Präferenzen folgend – und eben oftmals ohne einen systematischen Bezug zur Sozialen Arbeit und ihren theoretischen Grundlagen. Gleichwohl ist das Bild der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe, welches mit dieser Systematik generiert werden kann, gar nicht mehr so uneinheitlich. Die Aufgabe, die in meiner Perspektive vor uns liegt, ist, diese Systematik wirklich inhaltlich auszuarbeiten und parallel dazu die Angebotsstruktur der Sozialen Arbeit systematisch aufzubauen und zu kommunizieren. Das Ergebnis wäre dann ein «konsolidierter Wissenskorpus» und eine erkennbare Identität der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe, die in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit eingefordert werden kann. Und es wäre relativ einfach unter Bezugnahme darauf eine Praxis der Sozialen Arbeit als Praxis der Sozialen Arbeit zu beschreiben.

3. Schlusswort

Eines sollte mit diesem Beitrag deutlich gemacht werden: Für den Anspruch, eine massgebliche oder überhaupt eine Profession zu sein, braucht es übergreifende Lernprozesse auf der Ebene der Profession, die nur über Systematik und Theoriebildung (allgemeine und integrative Modelle) strukturiert werden können, sich darin aber freilich nicht erschöpfen. Das Ganze ist auch hier ein sozialer Prozess. Wenn sich dieser selbstreferentiell jeweils auf die Ebene der eigenen Organisation bezieht und sich darin erschöpft, kann daraus nicht Professionalität entstehen und die notwendigen inhaltlichen Klärungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit werden tendenziell unscharf bleiben, was heisst, dass sie letztlich auf der

Machtebene statt auf der Sachebene strukturiert werden. Die strukturellen Bedingungen sind für die Soziale Arbeit herausfordernd, aber grundsätzlich günstig, weil sie ihren Zuständigkeitsbereich mit der sozialen Dimension strukturell hat, nicht vage oder künstlich konstruieren muss. Dies entbindet nicht von der berufspolitischen Arbeit der Durchsetzung der Zuständigkeit und nicht von der Arbeit an der Entwicklung von Formen professionellen Lernens und das beinhaltet die Konsolidierung des Wissens auf der Basis geteilter Modelle. Möge dieses Buch dazu beitragen, sich dieser Zusammenhänge bewusst zu werden und sie dann konstruktiv auszugestalten.

Literatur

- Abbott, A. (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor.* Chicago: The University of Chicago Press.
- AWS - Akademien der Wissenschaften (2014): *Ein nachhaltiges Gesundheitssystem für die Schweiz.* Bern: AWS.
- Baer, N./Schuler, D./Füglister-Dousse, S./Moreau-Gruet, F. (2013): *Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration.* Neuchâtel: Obsan.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2015): *Nationale Strategie Sucht 2017-2024.* www.tinyurl.com/y3ys9crl, Zugriff 08.01.2020.
- Berkman, L.F./Krishna, A. (2014): *Social Network Epidemiology.* S. 234-289 in: L.F. Berkman/I. Kawachi, I./M.M. Glymour (Hrsg.), *Social epidemiology.* Oxford: Oxford University Press.
- BFS - Bundesamt für Statistik (2013): *Auswertung Erwerbstätige Berufsgruppe 831 und ausgewählten Branchen (Gesundheitswesen).* Bern: BFS.
- Böhnisch, L. (2010): *Lebensbewältigung. Ein sozialpolitisch inspiriertes Paradigma für die Soziale Arbeit.* S. 119-233 in: W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit.* Wiesbaden: VS Verlag.
- Cozolino, L. (2007): *Die Neurobiologie menschlicher Beziehungen. Kirchzarten bei Freiburg: VAK.*
- DGSAS - Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe und -prävention (2016): *Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention.* www.tinyurl.com/yhaocprq, Zugriff 08.01.2020.
- Etzioni, A. (Hrsg.) (1969). *The Semi-Professions and their Organizations. Teachers, Nurses, Social Workers.* New York: Free Press
- Fuchs, T. (2017): *Das Gehirn - ein Beziehungsorgan: eine phänomenologisch-ökologische Konzeption.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Grawe, K. (2004): *Neuropsychotherapie.* Göttingen u. Bern: Hogrefe.
- GVS - Gesamtverband für Suchthilfe (2017): *Positionspapier zur ambulanten Grundversorgung und deren Finanzierung.* www.tinyurl.com/yjpmqbdp, Zugriff 08.01.2020.

- Homfeldt, H.G. (2012): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. S. 489-504 in: W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Lambers, H. (2018): *Theorien der Sozialen Arbeit: ein Kompendium und Vergleich*. Opladen u. Toronto: Barbara Budrich.
- Mahler, L./Jarchov-Jadi, I./Montag, C./Gallinat, J. (2014): *Das Weddinger Modell. Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Marmet, S./Gmel, G. (2015): Suchtmonitoring Schweiz - Alkohol- und Drogenprobleme im Umfeld im Jahr 2013. www.tinyurl.com/qdp65ka, Zugriff 08.01.2020.
- Marmot, M. (2013): *Fair society, healthy lives*. Firenze: Leo S. Olshcki.
- Möbius, T./Friedrich, S. (Hrsg.) (2010). *Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Nussbaum, M.C. (2011): *Creating Capabilities. The Human Development Approach*. Cambridge u. London: Harvard University Press.
- Oberholzer, D. (2013): Möglichkeiten und Grenzen der ICF für die Soziale Diagnostik. S. 107-120 in: S. Gahleitner/G. Hahn/R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Obrecht, W. (2009): Die Struktur professionellen Wissens. Ein integrativer Beitrag zur Theorie der Professionalisierung. S. 47-72 in: R. Becker-Lenz/S. Busse/G. Ehlert/S. Müller (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Obrecht, W. (2012): «Warendeclaration» zur Systematisierung von Wissen. Ein voraussetzungsarmes Verfahren der Systematisierung von handlungswissenschaftlichem Wissen im Rahmen von praxisorientierten Ausbildungsgängen. S. 145-160 in: R. Becker-Lenz/S. Busse/G. Ehlert/S. Müller-Hermann (Hrsg.), *Professionalität Sozialer Arbeit und Hochschule*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Obsan (Hrsg.) (2015): *Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen*. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe.
- Onken, S.J./Dumont, J.M./Ridgway, P./Dorman, D.H./Ralph, R.O. (2002): *Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders*. New York: Columbia University.
- Pauls, H./Reichert, M. (2010): *Zielorientierung und Zielerreichungsanalyse in der psychosozialen Fallarbeit*. Coburg: ZKS Verlag.
- Schulte-Derne, F. (2019): Stellenwert der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention. *SuchtMagazin* 45(3): 44–47.
- Senge, P.M. (1998): *Die fünfte Disziplin. Kunst und Praxis der lernenden Organisation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- SFA - Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2007): *Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Eine Zusammenfassung des Forschungsstandes*. www.tinyurl.com/nu849xf, 08.01.2020.
- Sommerfeld, P. (2016a): Evidenzbasierung als ein Beitrag zum Aufbau eines professionellen Wissenskorpus in der Sozialen Arbeit. S. 21-41 in: S. Borrmann/B. Thiessen (Hrsg.), *Wirkungen Sozialer Arbeit. Potentiale und Grenzen der Evidenzbasierung für Profession und Disziplin*. Opladen u. Toronto: Barbara Budrich.
- Sommerfeld, P. (2016b): Sucht - ein medizinisches oder ein soziales Problem? *SuchtMagazin* 42(6): 27–31.
- Sommerfeld, P. (2019): Die Soziale Arbeit in einer interprofessionellen Suchthilfe. *SuchtMagazin* 45(3): 4–13.

- Sommerfeld, P./Dällenbach, R./Rüegger, C./Hollenstein, L. (2016): *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Sommerfeld, P./Hollenstein, L./Calzaferri, R. (2011): *Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Sommerfeld, P./Hollenstein, L./Calzaferri, R. (2016): *Integration und Lebensführung - Forschungsbasierte Theoriebildung zum Gegenstandsbereich der Sozialen Arbeit*. S. 269-290 in: S. Borrmann/C. Spatscheck/S. Pankofer/J. Sagebiel/B. Michel-Schwartz (Hrsg.), *Die Wissenschaft Soziale Arbeit im Diskurs. Auseinandersetzungen mit den theoretischen Grundlagen Sozialer Arbeit*. Opladen u. Toronto: Barbara Budrich.
- Thiersch, H. (1986): *Die Erfahrung der Wirklichkeit*. Weinheim u. München: Juventa.
- Wüsten, G. (2013): *Ressourcenorientierung*. S. 119-139 in: H. Pauls/P. Stockmann/M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Wüsten, G./Amann, M. (2013): *Mit Zielen arbeiten trotz widriger Umstände*. *Sozial Aktuell* 10: 37-38.

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.



Anhang 1

Leitfaden, Orientierung und Ideengeber für die Beschreibung der Arbeitsfelder

Die Beschreibung des Arbeitsfeldes sollte zu jedem der 6 Gliederungspunkte etwas sagen. Die Konkretisierungen der einzelnen Gliederungspunkte dienen aber ausdrücklich als «Orientierung und Ideengeber» für Ihren Beitrag. Sie müssen also nicht auf alle Konkretisierungen eingehen. Selbstverständlich dürfen auch Aspekte aufgriffen werden, die wir hier nicht erwähnt haben. Die Gliederungspunkte sind keine Vorgaben für Titel- und Zwischentitel.

1. Beschreibung des Arbeitsfeldes

- Um was geht es? Beschreibung des Arbeitsfeldes und Zuordnung zur Säule, welche Ziele werden verfolgt?
- Menschenbild: von welchen Menschenbildern, Grundsätzen und Haltungen wird die Arbeit geprägt? Gibt es ethische Richtlinien? Wenn ja, welche?
- Beziehungsarbeit: Welche Bedeutung hat die Beziehungsarbeit (Arbeitsbündnis, Vertrauensarbeit) im Arbeitsfeld und wie wird diese gestaltet?
- Erklärungsmodelle: Welche Erklärungsmodelle für die Entstehung von Problemen finden sich in diesem Arbeitsfeld?
- Interventionsmodelle: Was für Interventionsmodelle zur Behandlung von Problemen werden im Arbeitsfeld vertreten?
- Gesellschaftliche Verortung des Arbeitsfeldes: Teil des Gesundheitssystems und/oder Sozialsystems. Fokus: psychiatrisch-medizinisch, sozial-medizinisch, sozialarbeiterisch usw....

2. Soziale Arbeit in diesem Arbeitsfeld

- Funktion der Sozialen Arbeit: Welche Aufgabe/Funktion hat die SA in diesem Arbeitsfeld?
- Angebote der Sozialen Arbeit: Welche Angebote und Tools stellt die Soziale Arbeit zur Verfügung, um diese Funktion/Aufgabe erfüllen zu können?
- Stellenwert der Sozialen Arbeit: Welchen Stellenwert hat die Soziale Arbeit und ihr Fokus in diesem Arbeitsfeld (auch im Vergleich zu anderen Professionen)?
- Angrenzende Arbeiten: Wie sind Zuständigkeiten zwischen den Disziplinen geregelt, wie sehen Überschneidungen aus?
- Grad der Autonomie der Sozialen Arbeit im Arbeitsfeld
- Strategische und konzeptionelle Verankerung der Sozialen Arbeit in diesem Arbeitsfeld

3. Interprofessionelle Zusammenarbeit

- Strukturierung der interdisziplinären Zusammenarbeit: Gibt es eine dominante disziplinäre Perspektive (z.B. medizinisch-therapeutisch, sozialarbeiterisch, psychologisch usw.) oder eine multiperspektivische Herangehensweise, mittels welcher die verschiedenen Ausrichtungen und Funktionen passend aufeinander bezogen werden? Orientiert sich diese Passung an einem übergeordneten Modell (z.B. bio-psycho-sozial, systemisch, integrative Versorgung). Ist diese Strukturierung fest verankert und damit institutionalisiert oder personen- und/oder positionsabhängig?
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Welche Kooperationen funktionieren? Weshalb? Gibt es interprofessionelle Konflikte, hegemoniale Ansprüche einer Profession usw.?

4. Stand der Professionalisierung der Sozialen Arbeit in diesem Arbeitsfeld

- Soziale Arbeit als Profession: Versteht sich die Soziale Arbeit als eigenständige Profession? Wird die Soziale Arbeit von den anderen Disziplinen als gleichberechtigter Ko-operationspartner betrachtet oder eher als eine Art «Hilfsprofession»?
- Expertise der Sozialen Arbeit: Stützt sich die Soziale Arbeit auf eine eigenständige (wissenschaftliche) Expertise und Instrumente? Wie sieht das Verhältnis von Standardisierung und «Individualisierung» aus (kritische Reflexion)? Wie sieht die Kooperation zwischen Praxis SA und Wissenschaft aus?
- Positionierung der Sozialen Arbeit: Ist die Soziale Arbeit in diesem Arbeitsfeld organisiert und tritt als wichtiger Akteur mit fundierter Expertise auf?
- Identität der SA: Als was beschreibt sich die SA in diesem Arbeitsfeld. Z.B. als Sozialarbeiterin, Sozialtherapeut, Psychoeducator, Erzieherin usw. Sind Weiterbildungen SA-spezifisch oder anderen Bereichen zuzuordnen? In wie fern hat man es mit einer Professionalisierung oder De-Professionalisierung der SA in diesem Arbeitsfeld zu tun?
- Reflexion: Zugehörigkeit des Arbeitsfeldes zur Säule reflektieren. Was macht SA in dieser Säule aus?

5. Strukturelle Aspekte und Rahmenbedingungen

- rechtliche Verankerung: Wie ist die Tätigkeit gesetzlich verankert (auch im Unterschied zu den anderen Professionen)?
- Finanzierung und Ressourcenallokation: Wie wird die Tätigkeit der SA finanziert und sichtbar gemacht? Wer entscheidet hier?
- Fachliche Organisation: Wie organisiert sich die SA in diesem Arbeitsfeld?
- Politische Positionierung: Wie positioniert sich die SA in diesem Arbeitsfeld? Wie macht sie sich für ihre Anliegen auf regionaler und nationaler Ebene sichtbar?

- Zugang zum Arbeitsfeld: Wie ist der Zugang zum Arbeitsfeld geregelt? Ist der Zugang nur mit SA Ausbildung (welche?) möglich oder nicht?
- Weiterbildung: Wie sieht die Landschaft der Weiterbildung aus? Hier auch reflektieren, in wie fern diese SA-spezifisch ist.

6. Herausforderungen und Ausblick

- Herausforderungen für das Arbeitsfeld: Welche Entwicklungen sind beobachtbar, und zu welchen Herausforderungen führen sie?
- Herausforderungen für die Soziale Arbeit: Mit welchen Herausforderungen ist die Soziale Arbeit konfrontiert, was wäre aus Sicht der Autoren (aus sozialarbeiterischer Sicht) wünschenswert?

Anhang 2

Reviewerinnen und Reviewer der Beiträge

Abderhalden, Irene
Bachmann, Christian
Büchi, Lee
Eich, Doro
Flückiger, Silvio
Geisen, Thomas
Graber, Gabriela
Kehrli, Jürg
Menzi, Peter
Motschi, Sibylla
Müller, Matthias
Piñeiro, Esteban
Poltera, Jolanda
Zobrist, Patrick