

FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit
Olten

Vom Fixerraum an den Arbeitsplatz

Hilfestellungen der Sozialen Arbeit beim Aufbau einer arbeitsbezogenen Tagesstruktur opioidabhängiger Personen



Bachelor Thesis
Rebecca Schönenberger

Eingereicht bei:
Prof. Dr. Ursula Hochuli Freund
Im Januar 2017

Abstract

Eine arbeitsbezogene Tagesstruktur kann sich in vielerlei Hinsicht positiv auf die Stabilisierung der Lebenssituation opioidabhängiger Personen auswirken. Dennoch geht ein beträchtlicher Teil opioidabhängiger Personen gegenwärtig keiner Arbeit nach. Infolgedessen stellt sich die Frage, welche Hilfestellungen der Sozialen Arbeit benötigt werden, damit opioidabhängige Personen eine arbeitsbezogene Tagesstruktur aufbauen und aufrechterhalten können.

Neben Rahmenbedingungen und konkreten Hilfestellungen von Arbeitsintegrationsangeboten wird der Fokus ebenso auf Hilfestellungen der übrigen Suchthilfeinstitutionen, wie Beratungsstellen oder Substitutionsbehandlungen gelegt. Hierbei wird deutlich, dass die Soziale Arbeit in vielen Fällen nicht alle benötigten Hilfestellungen alleine erbringen kann. Somit kommt der Vernetzungsarbeit mit weiteren, involvierten Professionen eine hohe Bedeutung zu.

Durch einen Vergleich der herausgearbeiteten Hilfestellungen mit Institutionen der Suchthilfe wird deutlich, dass jene Hilfestellungen in der Praxis bereits grösstenteils existieren. Daraus lässt sich der hohe Stellenwert der individuellen Betrachtung eines Falles ableiten, um Klientinnen und Klienten jeweils die passenden Hilfestellungen anbieten zu können.

Abbildungsverzeichnis

Abbildungen Titelblatt:

URL: <https://kurier.at/wissen/weniger-heroinkonsum-und-weniger-drogentote/169.994.983>
[Zugriffsdatum: 04.01.2017]

URL: <http://www.contact-arbeit.ch/angebot/produkte/#textilarbeiten-nach-mass>
[Zugriffsdatum: 04.01.2017]

Weitere Abbildungen:

Abb.1:

Würfelmodell. In: Schmid, Otto/ Müller, Thomas (2008). Heroin. Von der Droge zum Medikament. Eine Chronik zur heroingestützten Behandlung in Basel von 1994-2008. Lengerich: Pabst Science Publishers. S. 61

Abb.2:

Übersicht Tagesstruktur und Finanzen KODA. In: KODA Jahresbericht (2015).

URL: http://koda.ch/pdf/15_12_Jahresbericht%202015.pdf
[Zugriffsdatum: 13.10.2016]

Abb.3:

Überblick über die Opioide. In: Köhler, Thomas (2000). Rauschdrogen und andere psychotrope Substanzen. Formen, Wirkungen, Wirkmechanismen. Stuttgart: Kohlhammer. S.77

Abb.4:

Darstellung des Flow-Zustandes. Eigene Darstellung.

Vgl. Csikszentmihalyi, Mihaly (2004). Flow im Beruf. Das Geheimnis des Glücks am Arbeitsplatz. 2. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta. S.93

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Die Schweizer Drogenpolitik	1
1.2 Opioidabhängige Personen im Arbeitsprozess.....	5
1.3 Fragestellung	7
1.4 Relevanz für die Soziale Arbeit	9
1.5 Begründung des Vorgehens	10
2. Opioidabhängigkeit.....	12
2.1. Opioide	12
2.1.1. Ursprung der Opioide	12
2.1.2. Verwendung der Begrifflichkeiten	13
2.1.3 Konsumformen und Wirkung	14
2.2 Abhängigkeit	16
2.2.1. Gründe für den Opioidkonsum.....	16
2.2.2. Der Begriff der Substanzabhängigkeit	17
2.2.3 Folgen der Opioidabhängigkeit.....	18
3. Anforderungen der Arbeitsgesellschaft.....	23
3.1 Merkmale der heutigen Arbeitsgesellschaft.....	23
3.2 Anforderungen an Arbeitnehmende	24
3.3 Problematiken aufgrund der Opioidabhängigkeit.....	27
4. Hilfestellungen.....	30
4.1 Hilfestellungen der Suchthilfeinstitutionen	30
4.1.1 Professionsübergreifende Hilfestellungen.....	30
4.1.2 Ansatzpunkte für die Soziale Arbeit	33
4.2 Hilfestellungen der Arbeitsintegrationsangebote	39
4.2.1 Gestaltung der Rahmenbedingungen	40
4.2.2 Hilfestellungen der Professionellen.....	42
5. Institutionen der Suchthilfe	47
5.1. Suchthilfeinstitutionen	47
5.1.1 Heroingestützte Behandlung KODA	47

5.1.2 Vergleich der Hilfestellungen	50
5.2 Arbeitsintegrationsangebote.....	51
5.2.1 CONTACT Arbeit Holz+Textil	52
5.2.2 Vergleich der Hilfestellungen	54
6. Schlussfolgerungen	56
6.1 Beantwortung der Fragestellung	56
6.2 Schlussfolgerungen für die Praxis.....	57
6.3 Persönliches Fazit.....	59
Quellenverzeichnis	61
Ehrenwörtliche Erklärung	67

«Für den Grossteil der Bevölkerung ist der Junkie Abfall, Abschaum, kriminell, nicht lebenswert, einfach asozial. Passt nicht in deren Norm, in deren Schema, in deren Selbstwertgefühle rein. Er stört also, er ist ein Schwein. Dies stimmt nicht! Junkies sind auch Menschen, wir sind halt nur drogenkrank.» (Sickinger/Kindermann 1992: 22)

1. Einleitung

Laut Zahlen aus dem Jahre 2008 weisen in der Schweiz schätzungsweise 22000 Personen eine Heroinabhängigkeit auf (vgl. GEF Kanton Bern 2008: 28).

Bei Heroin handelt es sich um eines der bekanntesten Opioide, weswegen in diesem Zusammenhang in der Fachliteratur oftmals auch der Begriff des Opioidkonsums und der Opioidabhängigkeit¹ verwendet wird. (vgl. Heinz et al. 2012: 53, Seidenberg/Honegger 1998: 22).

Eine Abhängigkeit kann sowohl körperliche, wie auch psychische und soziale Probleme mit sich bringen und neben den Konsumierenden auch das nähere und weitere Umfeld betreffen (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2006: 29). In jenem Zusammenhang zu nennen sind beispielsweise chronische Infektionskrankheiten, wie Hepatitis C oder eine HIV-Infektion, aber auch psychische Erkrankungen, Beschaffungskriminalität oder Prostitution (vgl. Ramström 1984: 178, Ujeyl/Haasen 2004: 31).

Während meines sechsmonatigen Praktikums in der Heroingestützten Behandlung KODA in Bern arbeitete ich tagtäglich mit opioidabhängigen Personen. In Einzelgesprächen bot ich sozialarbeiterische Unterstützung, wobei das Thema Arbeit oft sehr zentral war.

Wie im Verlauf dieses Kapitels dargestellt, werden einer arbeitsbezogenen Tagesstruktur diverse positive Effekte zugeschrieben, was sich auch in den Zielsetzungen der Drogenpolitik und der betreffenden Organisationen widerspiegelt. Jedoch machte ich die Erfahrung, dass ein grösserer Teil meiner Klientel keiner arbeitsbezogenen Tagesstruktur nachging. Dieser Problemstellung soll sich die vorliegende Bachelor Thesis widmen.

Bevor die Fragestellung hergeleitet wird, möchte ich mit einem generellen Überblick über die Schweizer Drogenpolitik und die Bedeutung der Arbeit eine Wissensgrundlage schaffen, auf welcher die Fragestellung aufgebaut werden kann.

1.1 Die Schweizer Drogenpolitik

Durch die Schliessung der grossen offenen Drogenszenen am Bahnhof Letten und am Platzspitz in Zürich in den Jahren 1992 bzw. 1995, verringerte sich die Sichtbarkeit opioidabhängiger Personen enorm (vgl. Schmid/ Müller 2008: 186).

Wo sich zu Zeiten der offenen Drogenszenen täglich bis zu 6000 Personen mit Drogen versorgten, Gewalt, Verwahrlosung und Elend an der Tagesordnung waren, existieren heute in den Schweizer Städten nur noch kleinere Drogenszenen, welche sich in einem akzeptablen Rahmen bewegen (vgl. Hölzmann 2000: 63-65, Schmid/Müller 2008: 9).

Mit Repression und Vertreibung alleine war jene Entwicklung jedoch nicht zu vollziehen.

¹ Oftmals ist auch der Begriff der *Opiate* gebräuchlich. Der Unterschied und die Verwendung der Begrifflichkeiten werden in Kapitel 2.1.2 erläutert.

Seit 1994 bildet das Vier-Säulen-Modell die Grundlage der Schweizer Drogenpolitik (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2006: 13). Dieses beinhaltet die vier Interventionsbereiche *Prävention, Therapie, Schadensminderung* und *Repression* (vgl. ebd.: 46):

Prävention

Bei der Prävention steht die Verhinderung des Erstkonsums heute nicht mehr alleine im Zentrum. Auch das Verhindern gesundheitlicher und sozialer Probleme, die sich für Personen aus dem Substanzkonsum ergeben, wird zur Aufgabe der Prävention gezählt (vgl. Schmid/Müller 2008: 60).

Therapie

„Ziele der Therapie sind, den Weg zur Abstinenz zu erreichen, die körperliche und geistige Gesundheit zu fördern und Drogenkonsumenten sozial zu integrieren.“ (ebd.: 60)

Schadensminderung

Die Schadensminderung richtet sich an Personen, welche mit an Abstinenz orientierten Angeboten nicht erreicht werden können. Als Ziel wird die Minimierung der psychischen, körperlichen und sozialen Risiken während der Phase des Drogenkonsums angestrebt (vgl. ebd.: 60f.).

Repression

„Heute steht nicht mehr der Drogenkonsument im Zentrum der polizeilichen Ermittlungen. Die wichtigsten Ziele der Repression sind die Angebotsverknappung, das Bekämpfen des Drogenhandels sowie der Kampf gegen das organisierte Verbrechen.“ (ebd.: 61)

Zur Veranschaulichung wird im Folgenden das Würfelmodell der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF) dargestellt, welche das Vier-Säulen-Modell zu Gunsten einer differenzierteren Betrachtung anhand der Substanzen und Konsummuster erweiterte:

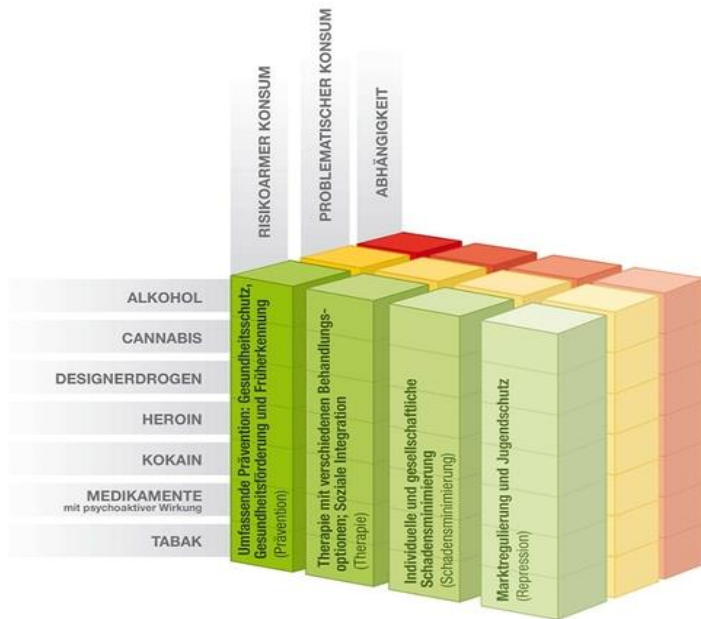


Abb 1: Würfelmmodell (in: Schmid/Müller 2008: 61).

Das auf die Viersäulenpolitik aufbauende Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro) verfolgt die drei Oberziele der Verringerung des Drogenkonsums, der Verminderung der negativen Folgen für die Konsumierenden und die Verminderung der negativen Folgen für die Gesellschaft (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2006: 46). Als Folge entstanden in den frühen Neunzigerjahren Gassenzimmer, Fixerräume und Wohnprojekte für Drogenkonsumierende. Ausserdem wurden erste klinische Versuche zur kontrollierten Heroinabgabe initiiert (vgl. Schmid/ Müller 2008: 186f.). Wie bereits mit der Definition der Schadensminderung angedeutet, ist die Abstinenzorientierung heute nicht mehr zentral, sondern bestenfalls ein Mittel zum Zweck bei der Behandlung suchtkranker Personen. Neben dem gesundheitlichen Aspekt wird heutzutage auch die Ermöglichung der Teilhabe (am Arbeitsleben und am gesellschaftlichen Leben) stark in den Fokus genommen (vgl. Fachverband Sucht e.V. 2005: 46f.). Im Laufe der Jahre wurde ein breites Suchthilfeangebot entwickelt. Als Beispiel werden im Folgenden die Leistungsbereiche des Suchthilfeangebotes des Kantons Bern skizziert:

Ambulante Beratung und Therapie

Diese beinhaltet psychosoziale Beratung und Therapie in ambulanten Organisationen. Verfolgt werden unter anderem die Ziele der Verbesserung und Stabilisierung der Lebenssituation, die Erweiterung der Kompetenzen im Umgang mit der Sucht und die Vermittlung in geeignete Hilfsangebote, durch Informations- und Beratungsgespräche, Gesprächs- und Selbsthilfegruppen (vgl. GEF Kanton Bern 2008: 17f.).

Stationäre Sozialtherapie

Durch die stationäre Therapie in sozialtherapeutischen Einrichtungen oder Gastfamilien wird die soziale und berufliche Eingliederung angestrebt und die Lebenssituation der Betroffenen soll stabilisiert werden. Ebenfalls steht die Befähigung zu einer selbständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung im Zentrum (vgl. ebd.: 17-19).

Suchtmedizin

«Die Suchtmedizin umfasst ambulante und stationäre Entzugs- und Entwöhnungsprogramme. Diese werden von Suchtfachkliniken und psychiatrischen Einrichtungen angeboten.» (ebd.: 20)

Substitution

«Der Bereich Substitution beinhaltet die methadongestützte und die heroingestützte Behandlung und richtet sich an opioidabhängige Personen.» (ebd.: 21) Die illegalen Substanzen werden dabei legal, durch ähnliche Stoffe ersetzt, um Entzugerscheinungen zu verhindern (vgl. Gellert/Schneider 2002: 8f.).

Entwickelt wurde das Angebot für Personen, bei denen andere Behandlungsformen keinen Erfolg gezeigt haben und strebt unter anderem eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation, die Reduktion des Beikonsums weiterer Suchtmittel, den Abbau delinquenten Verhaltens und die Förderung der sozialen Integration an. Inhalt der Substitutionsbehandlung sind neben dem somatischen Bereich auch psychiatrische und sozialarbeiterische Massnahmen (vgl. GEF Kanton Bern 2008: 21f.).

Schadensminderung

Die Schadensminderung umfasst niederschwellige Angebote zur individuellen Überlebenshilfe und zur Entlastung des öffentlichen Raumes. Zu den Angeboten gehören beispielsweise Kontakt- und Anlaufstellen mit Konsumräumen, die Versorgung mit sauberem Injektionsmaterial, Massnahmen zur Prävention von Infektionskrankheiten, niederschwellige Information und Beratung sowie Notschlafstellen für obdachlose Personen (vgl. ebd.: 17-22).

Wohnen und Arbeit

«Das Angebot beinhaltet Übergangs- und Dauerwohnplätze und umfasst betreute und begleitete Wohnformen. Im Arbeitsbereich werden Arbeitsintegrations- und Beschäftigungsprogramme, Taglohnangebote sowie heiminterne Werkstätten bereitgestellt.» (ebd.: 23)

Durch die Vielfalt der bestehenden Hilfsangebote und der *Unsichtbarkeit* opioidabhängiger Personen könnte der Anschein entstehen, dass heutzutage kein Handlungsbedarf mehr bestehe. Unbestritten ist, dass die Hilfsangebote in diversen Bereichen eine teils erhebliche Verbesserung bewirken konnten. Durch die Einführung der Substitutionsbehandlungen und Zunahme der Massnahmen zur Schadensminderung ging die Zahl der Todesfälle bei Drogenkonsumierenden beispielsweise um mehr als die Hälfte zurück (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2006: 24). Fakt ist jedoch, dass in der Schweiz 22000 heroinabhängige Personen leben, die auch weiterhin mit diversen Auswirkungen ihrer Abhängigkeit konfrontiert sind.

1.2 Opioidabhängige Personen im Arbeitsprozess

Durch den Wandel unserer Arbeitsgesellschaft wird die Erwerbsarbeit heute oftmals kritisch betrachtet. Die Anforderungen an die Qualifikation der Arbeitnehmenden verändern sich rasch, wodurch sie gezwungen sind, sich laufend neue Fertigkeiten anzueignen. Ausserdem wird eine hohe Flexibilität erwartet und Erfahrung, Sicherheit und Stabilität rücken in den Hintergrund (vgl. Nüchter 2009: 247-249). In einer Gesellschaft, welche das Prinzip der Gewinnmaximierung verfolgt, wird es somit nie möglich sein, alle Personen in die Erwerbsarbeit einzubinden (vgl. Henkel 1992: 147). Durch Defizite, wie Leistungseinschränkungen oder mangelnde Qualifikation haben Personen mit einer Suchterkrankung oftmals keine reale Chance, auf dem ersten Arbeitsmarkt eingegliedert zu werden (vgl. Fachverband Sucht e.V. 2005: 140f.).

Trotz Kritik an unserer Arbeitsgesellschaft existieren jedoch genügend Gründe, welche auch neben dem ökonomischen Aspekt für die Arbeitsintegration von Personen mit einer Abhängigkeit sprechen (vgl. Flügel 2009: 139). Durch Arbeit können wir Kompetenzen und soziale Anerkennung erlangen. Ausserdem strukturiert sie unseren Tagesablauf und somit unsere gesamte Lebensplanung. Des Weiteren hat die Erwerbsarbeit sinnstiftenden Charakter und bietet eine wichtige Grundlage für die Entwicklung kooperativer Fähigkeiten, Identität und Selbstwertgefühl (vgl. ebd.: 138, Semmer/Udris 1993: 134). Entsprechend ist der Grad an sozialer Integration und Partizipation bei arbeitslosen Personen in der Regel geringer und deren psychischer Gesundheitszustand schlechter (vgl. Fachverband Sucht e.V. 2005: 11). Auch können sich eine ungenügende Tagesstruktur und damit verbundene Gefühle der Leere und Langeweile bei opioidabhängigen Personen fördernd auf den Beikonsum weiterer Suchtmittel auswirken (vgl. Schmid/Müller 2008: 140). Erfolgserlebnisse im beruflichen Bereich können das Selbstbewusstsein hingegen enorm verbessern und sich stabilisierend auf den Ausstiegsprozess auswirken (vgl. Sickinger 1992: 71).

Obwohl Personen mit einer Opioidabhängigkeit eher selten im ersten (regulären) Arbeitsmarkt beschäftigt sind, besteht für sie die Möglichkeit, einer arbeitsbezogenen Tagesstruktur nachzugehen.

Für Personen mit tiefen Qualifikationen und eingeschränkter Leistungsfähigkeit existieren Arbeitsplätze auf dem zweiten Arbeitsmarkt, welche vollständig oder teilweise durch öffentliche Gelder subventioniert werden (vgl. Buestrich 2008: 26, Flügel 2009: 144). Zu den Angeboten des zweiten Arbeitsmarktes gehören zusätzlich Bildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, um das Ziel der Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt zu erreichen (vgl. Kehrlí 2009: 187). Da jene Angebote meist zeitlich begrenzt sind, ist in Zusammenhang mit Arbeitsangeboten für Personen mit wenig Aussicht auf die (Re-)Integration in den ersten Arbeitsmarkt sogar von einem *dritten Arbeitsmarkt* die Rede, dessen Angebote längerfristig angelegt sind und in welchem sich Personen ohne Zeitdruck stabilisieren können (vgl. ebd.: 187). Die Bezeichnungen *erster*, *zweiter* und *dritter* Arbeitsmarkt sind jedoch nicht so klar definiert, um diese stets klar voneinander abgrenzen zu können (vgl. ebd.: 186).

Angebote zur Verbesserung der sozialen Situation, wozu auch die Tagesstruktur gehört, sind politisch der Säule der Schadensminderung zugeordnet und somit im Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme verankert. (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2006: 61).

Wie bereits bei der Erläuterung der Leistungsbereiche am Beispiel des Kantons Bern festgehalten, existieren in der Praxis diverse Arbeitsintegrations- und Beschäftigungsprogramme, sowie Taglohnangebote. In Kapitel 5 wird genauer auf jene Angebote eingegangen, indem zur Veranschaulichung ein Arbeitsintegrationsangebot genauer vorgestellt wird.

Trotz bestehender Arbeitsintegrationsangebote hat ein grosser Teil der Klientel der Heroin-gestützten Behandlung KODA keine arbeitsbezogene Tagesstruktur.

Die Zahlen aus den Jahren 2014 und 2015 verdeutlichen die Situation:

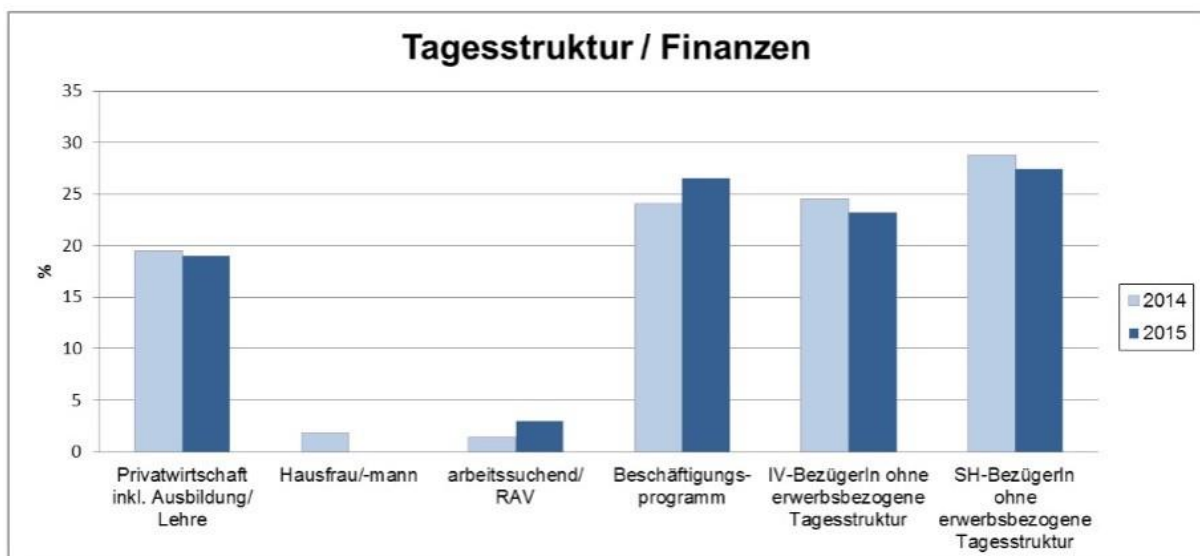


Abb. 2: Übersicht Tagesstruktur und Finanzen KODA (in: KODA Jahresbericht 2015: 7)

Neben Klientinnen und Klienten, die sich nie in einem Arbeitsintegrationsprogramm anmelden, gibt es auch eine Vielzahl Personen, welche die Arbeit nach kurzer oder längerer Zeit abbrechen. Es ist davon auszugehen, dass die Zahlen anderer Suchthilfeinstitutionen ein ähnliches Bild der Arbeitssituation ihrer Klientel zeigen.

1.3 Fragestellung

Aufgrund der geschilderten Ausgangslage stellt sich die Frage nach den Gründen, weshalb viele opioidabhängige Personen trotz bestehender Arbeitsintegrationsangebote keiner Arbeit nachgehen und wie diese durch Professionelle der Sozialen Arbeit beim (Wieder-) Einstieg in eine arbeitsbezogene Tagesstruktur unterstützt werden können.

Die Zielgruppe der opioidabhängigen Personen ist sehr weit gefasst. Nicht dazu gehören jedoch Personen, welchen Opioide beispielsweise zur Schmerzlinderung bei schwerwiegenden Erkrankungen verschrieben werden, da sich diese in einer völlig anderen Lebenslage befinden, als die Klientel, mit welchen es die Soziale Arbeit im Suchtbereich zu tun hat. Da Heroin als bekannteste Substanz unter den Opioiden gilt, liegt der Fokus vor allem auf Personen mit Heroinkonsum oder dem Konsum weiterer Opioide, welche teilweise zur Substitution verwendet werden. In Bezug auf die Arbeit soll eine langfristige Integration angestrebt werden, bei welcher opioidabhängige Personen regelmässig einer Arbeit nachgehen, im Arbeitsprozess bleiben und im Falle einer Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses im Anschluss eine neue Beschäftigung aufnehmen.

Neben Arbeitsintegrationsangeboten existiert eine Vielzahl an Suchthilfeinstitutionen, welche durch ihre Angebote, wie Konsumationsräume, Substitutionsbehandlungen, Therapie und entsprechende Beratung, Begleitung oder Vermittlung einen Grossteil des Suchthilfeangebotes ausmachen (vgl. GEF Kanton Bern 2008: 17-25). Deswegen soll der Fokus bei der Formulierung der Fragestellung nicht nur auf den Arbeitsintegrationsangeboten liegen, sondern die gesamten Suchthilfeangebote mit ihren Möglichkeiten und spezifischen Angeboten berücksichtigen.

In Bezug auf die dargestellte Ausgangslage stellen sich diverse Fragen:

Müssten für eine langfristige Aufrechterhaltung einer arbeitsbezogenen Tagesstruktur die bestehenden Arbeitsintegrationsangebote überarbeitet werden? Welche Rolle spielen übrige Suchthilfeangebote und welchen Beitrag könnten sie zu einer Verbesserung der Situation beitragen?

Zusammengefasst soll somit insgesamt nach den benötigten Hilfestellungen gefragt werden, worunter in der vorliegenden Arbeit sowohl die Gestaltung der Rahmenbedingungen von Institutionen, sowie die konkreten Angebote der Sozialen Arbeit in den Arbeitsintegrationsangeboten und Suchthilfeinstitutionen verstanden werden.

In Anlehnung an jene Überlegungen entstand die folgende Fragestellung:

Welcher Hilfestellungen der Sozialen Arbeit bedarf es, damit opioidabhängige Personen eine arbeitsbezogene Tagesstruktur aufbauen und diese langfristig aufrechterhalten können?

Aufgrund des aktuellen Wissensstandes durch die Erarbeitung der ersten beiden Kapitel und durch persönliche Erfahrungen betreffend der Arbeitsintegration opioidabhängiger Personen stelle ich folgende Hypothesen auf:

1. Neben Arbeitsintegrationsangeboten spielen die vielfältigen Hilfestellungen der übrigen Suchthilfeinstitutionen eine bedeutende Rolle in der Arbeitsintegration opioidabhängiger Personen. Arbeitsintegrationsangebote alleine können die benötigten Hilfestellungen nicht leisten.
2. Die momentan geleisteten Hilfestellungen decken den Bedarf opioidabhängiger Personen nur zu einem Teil ab. Es existieren Problematiken, welche den Aufbau und die Aufrechterhaltung einer arbeitsbezogenen Tagesstruktur erschweren, auf welche bisher jedoch zu wenig eingegangen wurde.

In wie weit zu jenen Problematiken Hilfestellungen entwickelt werden können und ob die Soziale Arbeit diese alleine zur Verfügung stellen kann, ist jedoch noch unklar.

Abgesehen vom der Beantwortung der Leitfrage sollen sowohl das Thema Opioidabhängigkeit, wie auch die Lebenslage der Betroffenen nicht in Vergessenheit geraten. Wie bereits beschrieben, wurde in den letzten Jahrzehnten eine Vielzahl an Angeboten der Suchthilfe entwickelt. Nur weil opioidabhängige Personen durch die Auflösung der grossen offenen Drogenszenen für die Allgemeinheit aus dem Fokus gerieten, sollten sie jedoch nicht auch automatisch aus dem Sinn geraten oder als Menschen klassifiziert werden, in welche nicht mehr als bisher investiert werden soll.

Immer wieder habe ich mit Menschen zu tun, denen es schwerfällt, Personen mit einer Opioidabhängigkeit als gleichwertige Mitmenschen zu betrachten und ihnen Kompetenzen zuzugestehen. Auch hörte ich in Verbindung mit opioidabhängigen Personen mehrmalig eine Reihe rein negativer Assoziationen, von primitiv bis hin zu gefährlich oder brutal, wobei ihnen die gesamte Schuld für ihre Problematiken übertragen wurde. Im persönlichen Kontakt durfte ich jedoch erfahren, welche Personen mit ihren vielfältigen Eigenschaften, Kompetenzen und Interessen sich hinter dem Attribut der *Opioidabhängigen* verbergen.

Die vorliegende Arbeit soll somit auch zur Vermittlung der Botschaft beitragen, dass Personen mit einer Opioidabhängigkeit fähig sind, ihre Ressourcen zu nutzen, zu erweitern, sich weiterzuentwickeln und Ziele zu erreichen.

Manchmal bedingt dies jedoch auch ein Entgegenkommen der Gesellschaft, indem Rahmenbedingungen angepasst und Hilfestellungen geboten werden. Die Erläuterung der Relevanz der Fragestellung für die Soziale Arbeit schliesst an jene Argumentation an.

1.4 Relevanz für die Soziale Arbeit

«Soziale Arbeit ist ein gesellschaftlicher Beitrag, insbesondere an diejenigen Menschen oder Gruppen, die vorübergehend oder dauernd in der Verwirklichung ihres Lebens illegitim eingeschränkt oder deren Zugang zu und Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen ungenügend sind.» (Avenir Social 2010: 6)

Bereits aus jenem Auszug aus dem Berufskodex der Sozialen Arbeit von Avenir Social lässt sich ein Auftrag für die Soziale Arbeit ableiten. Wie in Kapitel 1.2 beschrieben, bringt Arbeit eine Vielzahl positiver Effekte mit sich. Durch die Folgen des Opioidkonsums ist die Teilhabe an einer arbeitsbezogenen Tagesstruktur bisher jedoch für einen grösseren Teil der opioidabhängigen Personen eingeschränkt. Dabei ist die Hilfe zur Selbsthilfe ein zentrales Grundprinzip der Sozialen Arbeit (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2013: 34).

Von den positiven Auswirkungen einer arbeitsbezogenen Tagesstruktur kann die Zielgruppe demnach nur selber profitieren und so beispielsweise nach längerer Zeit wieder einen strukturierten Tagesablauf, neue Qualifikationen oder einen besseren Selbstwert erlangen. Opioidabhängigen Personen diese Prozesse zu ermöglichen, indem möglichst viele Betroffene Zugang zu einer, ihrer Lebenslage angepassten, arbeitsbezogenen Tagesstruktur erhalten ist hingegen Aufgabe der Sozialen Arbeit.

Sowohl die Fähigkeit zur (Selbst-) Reflexion, wie auch die Fähigkeit zur Innovation sind in der Sozialen Arbeit von grosser Bedeutung. Dies spiegelt sich auch im Kompetenzprofil der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW wider (vgl. FHNW 2017: o.S.).

Kontinuierliche Reflexion, wie das Ziehen einer Bilanz in Form von Evaluation, sind bedeutende Bestandteile der Praxis, wodurch Innovation erst möglich gemacht und die Professionalisierung der Sozialen Arbeit vorangetrieben wird (vgl. Avenir Social 2010: 10, Hochuli Freund/Stotz 2013: 298-300). An jene Prinzipien knüpft die vorliegende Arbeit an, da die Rahmenbedingungen, wie Anforderungen und Hilfestellungen der Sozialen Arbeit bezüglich der Arbeitsintegration nicht als gegeben angesehen werden. Durch die gewonnenen Erkenntnisse soll Innovation im Bereich der Suchthilfe vorangetrieben werden und der Sozialen Arbeit in jenem Bereich die Chance für Veränderung geboten werden.

Ausserdem kommt in der vorliegenden Arbeit auch der Kooperation auf der Fachebene eine Bedeutung zu, da die einzelnen Suchthilfeinstitutionen als Teile eines Ganzen verstanden werden, welche ihren Teil zur erfolgreichen Integration ihrer Klientel in den Arbeitsprozess beitragen und durch unterschiedliche Hilfestellungen und Angebote in Kooperation treten müssen. Die Gestaltung aufgaben- und zielbezogener Zusammenarbeit auf der Fachebene ist eine grundlegende, wichtige Aufgabe für Professionelle der Sozialen Arbeit und in den meisten Fällen unabdingbar für die Erfüllung des eigenen Auftrags (vgl. ebd.:105). In diesem Zusammenhang beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der Zusammenarbeit der verschiedenen Suchthilfeinstitutionen und geht ausserdem der Frage nach, welche Hilfestellungen tatsächlich von Professionellen der Sozialen Arbeit erbracht werden können und bezüglich welcher Problematiken eine Triage und vermehrte interprofessionelle Kooperation angezeigt ist.

1.5 Begründung des Vorgehens

Bei der vorliegenden Bachelor Thesis handelt es sich um eine Literaturarbeit. Die Bearbeitung des Themas erfolgt durch Fachliteratur, offizielle Konzepte der Suchthilfe und Konzepte konkreter Praxisinstitutionen. Auch fliesst mitunter Wissen aus der Praxis ein. Dieses wird jedoch als eigenes Erfahrungswissen gekennzeichnet.

Damit es möglich ist, sich ein Bild des Themas *Opioidabhängigkeit* zu machen, beinhaltet das zweite Kapitel die relevanten Begriffsklärungen und Erläuterungen zum Thema. Im Hinblick auf die Beantwortung der Fragestellung wird zum Schluss herausgearbeitet, welche Folgen eine Opioidabhängigkeit mit sich bringen kann.

Im dritten Kapitel wird das Thema der vorliegenden Arbeit von Seiten der Arbeit her betrachtet. So werden die Anforderungen beschrieben, welche in unserer heutigen Arbeitsgesellschaft an die Arbeitnehmenden gestellt werden. Als Verknüpfung des zweiten und dritten Kapitels können anschliessend die Problematiken dargelegt werden, welche sich opioidabhängigen Personen in Bezug auf die Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes stellen.

Durch das vierte Kapitel rückt die Beantwortung der Fragestellung bereits näher, indem, aufbauend auf die bisherigen Ergebnisse, die benötigten Hilfestellungen herausgearbeitet werden. Dazu wird, wie bereits im vorliegenden Kapitel angedeutet, zwischen Arbeitsintegrationsangeboten und den übrigen Suchthilfeinstitutionen unterschieden. Nachdem jeweils allgemein auf die benötigten Hilfestellungen eingegangen wird, liegt der Fokus anschliessend auf der Rolle der Sozialen Arbeit und den entsprechenden Hilfestellungen der Sozialarbeitenden.

Damit ein konkreter Bezug zur Praxis hergestellt werden kann, werden im fünften Kapitel je ein Arbeitsintegrationsangebot und eine Suchthilfeinstitution genauer vorgestellt.

Dies bietet die Möglichkeit, die herausgearbeiteten Hilfestellungen mit den bestehenden Angeboten der Praxis zu vergleichen. Auf diese Weise kann sichtbar gemacht werden, welcher Entwicklungsbedarf betreffend Hilfestellungen zurzeit besteht.

Im sechsten und letzten Kapitel werden die Ergebnisse im Hinblick auf die Beantwortung der Fragestellung zusammengefasst und Schlussfolgerungen in Bezug auf die Praxis gezogen, bevor die Arbeit mit einem persönlichen Fazit abgeschlossen wird.

2. Opioidabhängigkeit

In jenem Kapitel werden in einem ersten Schritt Opioide und ihre Wirkung beschrieben. Hierzu gehört auch die Klärung der relevanten Begrifflichkeiten. Das darauffolgende Unterkapitel fokussiert das Thema der Opioidabhängigkeit, wobei sowohl mögliche Gründe für den Konsum, wie auch häufige Folgen einer Opioidabhängigkeit erläutert werden.

2.1. Opioide

In der Literatur ist sowohl von Opioiden, wie auch von Opiaten die Rede. Im Folgenden wird aufgezeigt, um welche Art der Substanzen es sich dabei handelt, wie diese wirken und inwiefern sich Opiate und Opioide unterscheiden. Dies liefert folglich die Begründung, weshalb in der vorliegenden Arbeit grundsätzlich von Opioiden die Rede ist.

Nach einem kurzen Input über die Herkunft der Opioide und einer Erläuterung zur Verwendung der Begrifflichkeiten, werden somit auch gebräuchliche Konsumformen und Wirkungen der Opioide thematisiert.

2.1.1. Ursprung der Opioide

«Der Begriff Opium stammt von dem griechischen Wort *opos* und bedeutet `Saft`.» (Hölzmann 2000: 9) Dies rührt daher, dass Opium aus der Samenkapsel des Schlafmohns gewonnen wird. Dieser produziert einen weissen Saft mit einem hohen Anteil natürlicher Opiumalkaloide², woraus natürliche Opioide oder Opiate hergestellt werden können (vgl. Seidenberg/Honegger 1998: 22, Teesson/Degenhardt/Hall 2008: 119). Im Verlauf des 20. Jahrhunderts führte die Forschung dazu, dass diese inzwischen auch synthetisch hergestellt werden können (vgl. ebd.: 119). Der Schlafmohn ist eine der ältesten Kulturpflanzen der Welt und wurde vor 6000 Jahren zum ersten Mal als Rauschmittel erwähnt (vgl. Hölzmann 2000: 9). «Seit einigen tausend Jahren essen und trinken Menschen aus Asien und Europa Opium. Die Weiterverarbeitung zu Rauchopium wird seit ca. 300 Jahren praktiziert.» (ebd.: 10) Bis zum 18. Jahrhundert galt Opium als das Allheilmittel schlechthin und wurde unter anderem als Schlaf-, Beruhigungs-, Husten- und Schmerzmittel eingenommen (vgl. ebd.: 10). Ab dem 19. Jahrhundert konnte aus dem Opium der wirksame Bestandteil *Morphin* (auch bekannt unter dem Namen *Morphium*) extrahiert werden, welches erstmals Soldaten zur Behandlung von Wundschmerzen injiziert wurde. Nachdem das Injizieren den Soldaten nach Belieben selber überlassen wurde, entwickelte eine grosse Anzahl von ihnen eine Abhängigkeit (vgl. ebd.: 10f.).

² Alkaloid: «basische, besonders in Pflanzen vorkommende Stickstoffverbindung» (Duden 2016: o.S)

Im Jahre 1874 entwickelte ein englischer Chemiker schlussendlich das Diacetylmorphin, welches vom Pharmakonzern Bayer 1898 erstmals unter dem Namen *Heroin* auf den Markt gebracht wurde. Angepriesen wurde Heroin besonders als Heilmittel gegen Atemwegserkrankungen bei Kindern, welches angeblich keine Abhängigkeit hervorrufen sollte (vgl. ebd.: 11). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts kam es jedoch zu einer Verschärfung der Drogenpolitik gegen Opium. Zunehmend wurde der medizinische Nutzen des Heroins in Frage gestellt und seine Schädlichkeit betont (vgl. Sucht Schweiz 2013: o.S.). «Unter dem Druck internationaler Abkommen zur Drogenkontrolle wurde Heroin mehr und mehr als `Todesdroge` betrachtet und auch in der Schweiz 1924 dem ersten `Bundesgesetz betreffend Betäubungsmittel` (BtmG) unterstellt.» (ebd.: o.S.)

Nachdem die Begriffe der *Opioide*, *Opiate* und *Drogen* bereits mehrfach gefallen sind, folgt nun eine Begriffsklärung

2.1.2. Verwendung der Begrifflichkeiten

Der allgemeine Begriff der *Drogen* bezeichnet eine Obergruppe von Substanzen, die in der Lage sind, die Befindlichkeit, das Bewusstsein und/ oder das Verhalten eines Menschen zu verändern und ist gleichbedeutend mit dem Begriff der psychoaktiven bzw. psychotropen Substanzen. Suchtmittel stellen hingegen eine Untergruppe der Drogen dar und zeichnen sich durch das Hervorrufen einer Abhängigkeit aus (vgl. Kleinemeier 2004: 12f.). Wie im Verlaufe des 2. Kapitels herausgearbeitet wird, treffen beide Bezeichnungen auch auf die Substanzgruppen der Opioide und Opiate zu.

Der Unterschied zwischen Opiaten und Opioiden besteht darin, dass diejenigen Substanzen als Opioide bezeichnet werden, welche in ihren pharmakologischen Wirkungen dem *Morphin* (dem Hauptalkaloid des Opiums) gleichen und sich im Körper an die Opioidrezeptoren binden (vgl. Köhler 2000: 4, Seidenberg/Honegger 1998: 22). Der Begriff der *Opiate* bezieht sich lediglich auf die Herkunft der jeweiligen Substanzen aus Opium (vgl. ebd.: 22).

«Die klanglich bessere und weitgehend eingebürgerte Bezeichnung `Opiate` ist insofern nicht korrekt, als viele dieser Substanzen, beispielsweise Methadon, chemisch nicht einmal entfernte Ähnlichkeit mit den Opiumalkaloiden haben und auch ohne Verwendung von Opium hergestellt werden.» (Köhler 2000: 74)

Unterschieden wird zwischen natürlichen, halbsynthetischen, vollsynthetischen und endogenen Opioiden (vgl. ebd.: 74). Die folgende Tabelle ermöglicht einen Überblick über die Einteilung der Opiode und nennt exemplarisch einige Beispiele für die jeweilige Klasse:

Klasse	Vorkommen bzw. Gewinnung	Beispiele
Natürliche O.	kommen im Schlafmohn vor	Morphin, Codein
Halbsynthetische O.	durch chemische Behandlung natürlicher O.	Diacetylmorphin (Heroin), Hydromorphon
Vollsynthetische O.	Herstellung im Labor ohne Rückgriff auf natürliche O.	Methadon, Fentanyl, Pethidin, Buprenorphin
Endogene O.	im Körper produziert	Enkephaline, Dynorphine, Endorphine

Abb.3: Überblick über die Opiode (in: Köhler 2000: 77)

Wie bereits angedeutet, besitzt Methadon als vollsynthetisches Opioid nur noch eine sehr entfernte Ähnlichkeit mit Morphin und kann somit nicht den Opiaten zugeordnet werden (vgl. Köhler 2000: 76, Seidenberg/Honegger 1998: 76). Da der Fokus der vorliegenden Arbeit vorwiegend auf Personen mit (ehemaligem) Heroinkonsum liegt, diese jedoch auch mit Methadon oder anderen Substanzen substituiert sein können, reicht der Begriff der Opiate daher nicht aus. Verwendet wird demnach grundsätzlich der Begriff der Opiode. Jedoch muss berücksichtigt werden, dass auch in Fachliteratur oftmals der Begriff der *Opiate* zu finden ist, wenngleich die getroffenen Aussagen in den meisten Fällen ebenso für die Substanzgruppe der Opiode gelten.

Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit der Wirkung der Opiode.

Da, wie sich im Laufe der Arbeit herausstellen wird, auch die Konsumform die Wirkung und Auswirkungen des Opioidkonsums beeinflussen kann, werden an jener Stelle auch die gebräuchlichen Konsumformen kurz erläutert.

2.1.3 Konsumformen und Wirkung

Wie bereits erwähnt, gehört das Heroin zu den bekanntesten Opioiden, weswegen die gebräuchlichen Konsumformen anhand des Heroins beschrieben werden:

Die Mehrheit der Konsumentinnen und Konsumenten injiziert das Heroin. In der Regel wird intravenös gespritzt, da die Wirkung direkt einsetzt, lange andauert, der Rausch sehr intensiv ist und weniger Heroin gebraucht wird, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Auch die Injektion in Muskel oder Unterhaut sind möglich, jedoch hauptsächlich gebräuchlich, wenn die Venen in einem schlechten Zustand sind. Der intravenöse Konsum ist eine sehr riskante Gebrauchsmethode, da das Teilen der Spritzen oder anderen Utensilien zu einer Übertragung mit HIV und Hepatitis führen kann.

Auch Blutvergiftungen, Abszesse, Thrombosen, Embolien, Herzkrankheiten, Venenentzündungen oder Abszesse sind mögliche Folgen des intravenösen Konsums (vgl. Hölzmann 2000: 22). Ausserdem ist auch das Risiko einer Überdosierung bei intravenösem Konsum am höchsten (vgl. Seidenberg/Honegger 1998: 76).

Als weitere Konsumform ist die Inhalation mit Hilfe von Wasserpfeifen, heroinhaltigen Zigaretten, oder das Folienrauchen zu nennen, bei welchem das Heroin auf einer Alufolie erhitzt wird, sodass die entstehenden Dämpfe inhaliert werden können (vgl. Hölzmann 2000: 23f., Seidenberg/Honegger 1998: 77f.). Auf diese Weise können die Risiken im Vergleich zum intravenösen Konsum deutlich verringert werden. Das Inhalieren des Heroins kann jedoch, ähnlich wie das Tabakrauchen, die Atemwege schädigen (vgl. Hölzmann 2000: 24).

Beim *Sniefen* wird das Heroinpulver mit Hilfe eines Röhrchens in die Nase eingesogen. Auch gibt es weitere Konsumformen, wie das Schlucken von Heroin-Tabletten, wie sie in manchen Substitutionsbehandlungen abgegeben werden. Da dabei jedoch die rituellen Formen des Injizierens, Rauchens oder Sniefens wegfallen, ist die orale Konsumform für Heroinkonsumentinnen und Heroinkonsumenten wenig attraktiv (vgl. ebd.: 25).

Die verschiedenen Opioide unterscheiden sich vor Allem in ihren zeitlich unterschiedlichen Wirkungsverläufen. Ansonsten können die Wirkungen als nahezu identisch bezeichnet werden (vgl. Seidenberg/Honegger 1998: 63). Opioide wirken auf das Schmerz- und Belohnungssystem, wobei der Konsum von Heroin beispielsweise als euphorisierend, schmerzlinierend und angstlösend beschrieben wird und ein Gefühl des Wohlbehagens hervorruft (vgl. Batra et al. 2012: 53, Seidenberg/Honegger 1998: 63, Teesson et al. 2008: 15).

Ein Heroinkonsument beschreibt die Wirkung mit folgenden Worten:

Nachdem du es dir gespritzt hast, spürst du die Erregung, wie bei einem Orgasmus, wenn es gutes Dope ist. Dann schwebst du ungefähr vier Stunden so dahin; nichts Positives, einfach ein ganz normales Gefühl, nirgendwohin. Es ist, als ob man im Halbschlaf wäre, als ob man einen Film anschauen würde; nichts dringt zu dir durch, du bist sicher und hast es warm. Das Grossartige ist, dass du keine Schmerzen empfindest. Du kannst herumlaufen mit verfaulten Zähnen und einem geplatzen Blinddarm und spürst das nicht. Du brauchst keinen Sex, du brauchst keine Nahrung, du brauchst keine anderen Menschen, du brauchst keine Betreuung. Es ist, als ob man eine Zeit lang tot wäre, es ist ein Leben ohne Schmerzen. (Smith/Gay 1972, zit. nach Teesson et al. 2008: 15)

Des Weiteren haben Opioide auch eine hemmende Wirkung auf das Husten- und Atemzentrum, was insbesondere bei überhöhten Dosen zu einer (tödlichen) Atemdepression führen kann (vgl. Köhler 2000: 81f.).

Eine allgemein dämpfende Wirkung, die Verengung der Pupillen, wie auch Übelkeit, Verstopfung und Erbrechen sind als weitere möglichen Folgen des Opioidkonsums zu nennen (vgl. ebd.: 82f.).

Während intravenös injiziertes Heroin nach wenigen Minuten zu einem unmittelbaren und überwältigenden Glücksgefühl (bekannt als *Kick* oder *Flash*) führen kann, wirkt das meist oral eingenommene Methadon über eine längere Zeitdauer, mit nur geringen psychischen Effekten, wie Euphorie oder Schläfrigkeit (vgl. Gellert/ Schneider 2002: 48, Ramström 1984: 177). Durch die Möglichkeit der oralen Einnahme, die lange Wirkungsdauer und die geringen psychischen Effekte wird Methadon oftmals als Substitutionsmittel verwendet, um die Heroinentzugerscheinungen zu verhindern (vgl. Gellert/ Schneider 2002: 47f.). Detailliertere Informationen zum Thema der Opioidabhängigkeit finden sich im nächsten Kapitel.

2.2 Abhängigkeit

An jener Stelle wird nach der Darlegung möglicher Gründe für den Opioidkonsum und einer Definition des Abhängigkeitsbegriffs schlussendlich auf die Folgen eingegangen, welche eine Opioidabhängigkeit mit sich bringen kann.

2.2.1. Gründe für den Opioidkonsum

In unserer Gesellschaft gibt es unzählige Anlässe, die Personen dazu bringen können, Drogen zu konsumieren. Dabei geht es keineswegs nur um die Befriedigung der eigenen Neugier. So wird beispielsweise auch zu Drogen gegriffen, um Schmerzen und Sorgen zu lindern, Angst zu unterdrücken oder die Realität in ein besseres Licht zu rücken (vgl. Wilson Schaef 1997: 28). Opioide können insofern zur Selbstwertstabilisierung beitragen, indem diese durch ihre dämpfende Wirkung Minderwertigkeitsgefühle zu vermindern vermögen (vgl. Walter/Sollberger/Euler 2016: 161).

Ein weiterer, möglicher Grund für den Konsum von Opioiden steht in Zusammenhang mit der Komorbidität³. Das Risiko, neben einer Persönlichkeitsstörung auch an einer Suchterkrankung zu leiden, ist für die drogenbezogenen Störungen um das Zwölfwache erhöht (vgl. ebd.: 21). Es ist möglich, dass sich mehrere Störungen gleichzeitig entwickelt haben, oder eine Störung erst später auftrat, jedoch mit der primären Störung in Zusammenhang steht. So kann der Konsum von Suchtmitteln auch dem Versuch der Selbstmedikation dienen, bei welcher angestrebt wird, den negativen Auswirkungen von Angststörungen, posttraumatischem Stresszustand etc. mit der Einnahme von Suchtmitteln entgegenzuwirken (vgl. Besson 2007: 18).

³ Komorbidität bedeutet «(...) das gemeinsame Auftreten verschiedener psychischer Erkrankungen bei einer Person.» (Kleinemeier 2004: 14)

Auch traumatische Ereignisse stehen in engem Zusammenhang mit dem Drogenkonsum: «Zu einem grossen Prozentsatz deklarieren drogenabhängige Personen, dass sie in ihrer Vergangenheit Opfer sexueller Aggressionen gewesen seien.» (Bouchat/Moser 2007: 129). Der Substanzmissbrauch stellt somit eine mögliche Strategie dar, um die schwierigen Gefühle des Traumas zu überwinden und den Mangel an Selbstwertgefühl zu lindern (vgl. ebd.: 129). Walter et al. (2016) stellen fest, dass die Ursache von Drogenkonsum letztendlich zu einem grossen Teil aus einem labilen Selbstkonzept hervorgeht (vgl. 32). Sicherlich besteht ein immenser Unterschied zwischen einmaligem Konsum und einer Abhängigkeit. Ab wann jedoch eine Substanzabhängigkeit vorliegt, wird im folgenden Kapitel erläutert.

2.2.2. Der Begriff der Substanzabhängigkeit

Wie bereits durch die Darstellung des Würfelmodells aus dem ersten Kapitel sichtbar, wird zwischen verschiedenen Konsumformen, wie dem risikoarmen Konsum, problematischem Konsum und der Abhängigkeit unterschieden. In der Fachliteratur finden sich weitere Bezeichnungen, wie *Missbrauch* oder *schädlicher Konsum* (vgl. Kleinemeier 2004: 12).

Laut der ICD-10 (Klassifikationssystem für psychische Störungen der WHO⁴) gelten bestimmte diagnostische Kriterien für das Vorhandensein einer Abhängigkeit.

Für das Stellen einer Diagnose müssen während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig aufgetreten sein (vgl. Walter et al. 2016: 95):

1. Starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
3. Substanzgebrauch mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern
4. Körperliches Entzugssymptom
5. Nachweis einer Toleranz
6. Eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen und Interessen
8. Konsum trotz Nachweis schädlicher Folgen (ebd.: 96)

⁴ Weltgesundheitsorganisation

Im Klassifikationssystem DSM-5 (diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen) werden zusätzlich auch der hohe Zeitaufwand für die Beschaffung und den Konsum der Substanz, sowie der wiederholte Konsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt als Kriterien für eine Substanzabhängigkeit genannt (vgl. ebd.: 97).

Das Risiko, eine starke psychische und physische Abhängigkeit zu entwickeln, ist bei Opioiden sehr hoch (vgl. Gellert/Schneider 2002: 48, Hölzmann 2000: 21). Bei Heroin kann sich beispielsweise schon nach einigen Injektionen in kurzen Abständen eine Abhängigkeit ausbilden (vgl. ebd.: 21). Vielfach stellt sich bei opioidabhängigen Personen das Gefühl der Euphorie nach einiger Zeit ein und der Substanzkonsum dient schlussendlich lediglich der Verhinderung von Entzugserscheinungen (vgl. Köhler 2000: 83).

Die Folgen einer Opioidabhängigkeit können sehr vielfältig sein und sich, wie bereits erwähnt, in Form physischer, psychischer oder sozialen Problematiken zeigen. Genauer auf die Folgen eingegangen wird im nachfolgenden Kapitel.

2.2.3 Folgen der Opioidabhängigkeit

Als Folgen der Opioidabhängigkeit werden nachfolgend die Problematik der Entzugserscheinungen, soziale, physische und psychische Auswirkungen, wie auch die Bedeutung des Beikonsums aufeinanderfolgend thematisiert.

Entzugserscheinungen

Als Folge der Opioidabhängigkeit sind einerseits die Entzugserscheinungen zu nennen, welche auftreten, wenn nicht nach einer gewissen Zeit erneut Opioide konsumiert werden. Die Wirkungszeit der verschiedenen Substanzen ist jedoch sehr unterschiedlich. Während 15 bis 60 Stunden nach der Einnahme von Methadon noch immer die Hälfte davon im Körper vorhanden ist, hat Heroin nur eine Halbwertszeit von etwa 6 Stunden (vgl. Gellert/Schneider 2002: 48, Heinz et al. 2012: 54). Heroinkonsumentinnen und Heroinkonsumenten müssen somit in der Regel mehrmals täglich Heroin zu sich nehmen, um Entzugserscheinungen zu vermeiden (vgl. ebd.: 54).

Zu den Symptomen eines Opioidentzugs zählen beispielsweise: Gereiztheit, Unruhe, Angstzustände, Muskelschmerzen, Krämpfe, Übelkeit, Durchfall, Schweissausbrüche, Tränenfluss, Schüttelfrost allgemeiner Schwächezustand und Schlafstörungen (vgl. Anderson 2004: 60, Seidenberg/Honegger 1998: 73, Teesson et al. 2008: 121). Zu vergleichen sind die Symptome meist mit einem schweren Grippeanfall, wobei diese zwei bis vier Tage nach der letzten Verabreichung ihren Höhepunkt erreichen und in der Regel innerhalb von sieben bis zehn Tagen abklingen (Bei Methadon nach ungefähr 14 Tagen) (vgl. Anderson 2004: 60, Teesson et al. 2008: 121).

Somit ist der Opioidentzug an sich theoretisch kaum gefährlich (vgl. Seidenberg/Honegger 1998: 73). Der Zustand während des Entzugs wird von vielen opioidabhängigen Personen jedoch als so abscheulich empfunden, dass ein Entzug ein grosses Hindernis auf dem Weg zur Abstinenz darstellt (vgl. Teesson et al. 2008: 121).

Mit Opioidabhängigkeit geht auch eine Toleranzentwicklung einher. Toleranz bedeutet in jenem Zusammenhang, dass sich der Körper bei regelmässigem Konsum an das Suchtmittel gewöhnt. Um die gleiche Wirkung zu erzielen, muss die Dosis stetig gesteigert werden. Wird das Suchtmittel längere Zeit nicht konsumiert, bildet sich die Toleranz wieder zurück (vgl. Ramström 1984: 177f.). Daraus ergibt sich das grösste Risiko in Zusammenhang mit dem Opioidentzug: die Gefahr der Überdosierung, falls nach längerer Abstinenz wieder die gewohnte Dosis konsumiert wird (vgl. Seidenberg/Honegger 1998: 73).

Soziale Auswirkungen

Aus dem Phänomen der Toleranzentwicklung und der Vermeidung von Entzugssymptomen lässt sich die Bedeutung der Substanzbeschaffung opioidabhängiger Personen erahnen. Dies bringt eine Reihe Auswirkungen mit sich, welche verdeutlichen, dass sich die Mehrzahl der Schwerstabhängigen in einer marginalisierten sozialen Lebenslage befindet (vgl. Verthein/Farnbacher 2008: 272).

Die hohen Kosten durch die Illegalität der Opioide bringen finanzielle Probleme mit sich, wodurch opioidabhängige Personen oftmals in die Beschaffungskriminalität getrieben werden oder zur Prostitution gezwungen sind, um sich die Substanzen finanzieren zu können (vgl. Gellert/Schneider 2002: 36, Ladewig 2002: 57, Nika/Briken 2004: 133f.).

Durch die Illegalität der Drogen sind opioidabhängige Personen mit kriminalisierten Lebensbedingungen konfrontiert und stehen neben dem Beschaffungsstress zusätzlich unter polizeilichem Verfolgungsdruck (vgl. Verthein/Farnbacher 2008: 272). Da sie täglich gegen das Betäubungsmittelgesetz verstossen, müssen sie permanent damit rechnen, mit einer Geldstrafe oder sogar mit Freiheitsstrafe für ihre Vergehen belangt zu werden. (vgl. Art.19 BetmG).

Auch die durch offene Rechnungen, überzogene Konten oder unbeglichene Strafgebühren entstandene Überschuldung kann eine Lohnpfändung oder schlussendlich einen Haftbefehl mit sich ziehen (vgl. Gellert/Schneider 2002: 76).

Da Vermieterinnen und Vermieter einen Betreibungsregisterauszug verlangen können, bevor sie sich für neue Mieterinnen und Mieter entscheiden, kann sich eine Überschuldung auch negativ auf die Wohnsituation auswirken und in manchen Fällen sogar zur Obdachlosigkeit führen (vgl. Nika/Briken 2004: 136f., Schweizer Behörden online 2016: o.S.).

Wie in Kapitel 2.2.2 durch die Kriterien der Substanzstörungen dargestellt, geht mit der Abhängigkeit oftmals die Vernachlässigung anderer Interessen und Verpflichtungen zu Gunsten des Substanzkonsums einher. Durch die kurze Wirkungszeit des Heroins sind Heroinkonsumentinnen und Heroinkonsumenten somit beispielsweise mehrmals täglich mit der Beschaffung der benötigten Dosis beschäftigt. Daraus lässt sich ableiten, dass ein strukturierter Tagesablauf, beispielsweise durch eine arbeitsbezogene Tagesstruktur erschwert ist, was Arbeitslosigkeit und somit ein unregelmäßiges Einkommen mit sich bringen kann (vgl. Hölzmann 2000: 29, Vertheim/Farnbacher 2008: 272).

Auch psychische und physische Begleiterkrankungen, auf welche im Verlaufe des Kapitels noch näher eingegangen wird, können einen beruflichen und sozialen Abstieg weiter begünstigen (vgl. Nika/Briken 2004: 137).

So ist auch in der Fachliteratur oftmals von eingeschränkten sozialen Kontakten, Vereinsamung und sozialer Verwahrlosung in Folge der Opioidabhängigkeit die Rede (vgl. Gellert/Schneider 2002: 36, Ladewig 2002: 57, Vertheim/Farnbacher 2008: 272).

Physische Auswirkungen

Betrachtet man die physische Ebene, wird deutlich, dass ein Grossteil der heroinabhängigen Personen einen schlechten Gesundheitszustand aufweist (vgl. Vertheim/ Farnbacher 2008: 271). Hauptgrund dafür ist das erhebliche Infektionsrisiko, welchem Opioidkonsumierende bei intravenösem Konsum ausgesetzt sind, insofern unsteriles Injektionsmaterial verwendet wird (vgl. Gellert/Schneider 2002: 63, 128).

In jenem Zusammenhang zu nennen ist vor allem die Ansteckung mit HIV oder Hepatitis B und C (vgl. Teesson et al. 2008: 46). Als weitere Folgen des intravenösen Konsums sind durch Bakterien verursachte Abszesse sehr häufig, welche bei mangelnder Behandlung zu schweren Komplikationen, wie beispielsweise einer Blutvergiftung führen können (vgl. Gellert/ Schneider 2002: 65).

So vielfältig die betroffenen Personen sind, so unterschiedlich zeigen sich auch die körperlichen Auswirkungen, welche von Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, schlechtem Zustand der Zähne, sexuell übertragbaren Krankheiten bis hin zu (Haut-) Infektionen, Thrombosen oder Tuberkulose reichen können (vgl. Gellert/Schneider 2002: 66-75, Köhler 2000: 90f., Seidenberg/Honegger 1998: 239, Teesson et al. 2008: 31). Direkte körperliche Schädigungen durch Opioide sind jedoch relativ gering (vgl. Köhler 2000: 90). Häufig stehen jene Auswirkungen in Zusammenhang mit schlechter Ernährung, mangelnder Hygiene und verunreinigten und mit Chemikalien gestreckten Substanzen (vgl. Gellert/Schneider 2002: 66-75, Seidenberg/Honegger 1998: 201). Abgesehen von konkreten Krankheitsbildern kann festgehalten werden, dass sich eine Infektionsanfälligkeit, ein angegriffener Gesundheitszustand, wie Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit als Folge der Opioidabhängigkeit zeigen können (vgl. Köhler 2000: 90, Vertheim/Farnbacher 2008: 275, 439).

Psychische Auswirkungen und Komorbidität

«Im Vordergrund der langfristigen psychischen Folgen steht bei fast allen Drogen die sogenannte suchtbedingte Wesensveränderung, die sich in der Veränderung von psychischen Funktionen wie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit, Durchhaltevermögen, intellektuelle und andere Leistungsfähigkeit äussert.» (Ladewig 2002: 55f.) Auch wird in der Literatur von einer Tendenz zur Selbstbezogenheit, Negativismus und der Verleugnung und Verdrängung der Realität berichtet. Jedoch scheint beispielsweise auch der Hang zum Perfektivismus unter suchtmittelabhängigen Personen verbreitet zu sein, da diese oftmals das Gefühl haben, nicht zu genügen (vgl. Wilson Schaef 1997: 73). Eine generalisierte Aussage über die psychischen Merkmale und Veränderungen bei Opioidabhängigkeit kann allerdings nicht getroffen werden.

Wie bereits in Kapitel 2.2.1. unter dem Begriff der Komorbidität angesprochen, gehen Suchtmittelabhängigkeiten oftmals mit psychischen Störungen einher. Auch bei der Heroinabhängigkeit zeigt sich dieses Bild, wobei die psychiatrischen Begleiterkrankungen von Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, psychotischen Erkrankungen (wie schizophrenen Psychosen), posttraumatischen Belastungsstörungen bis hin zu Persönlichkeitsstörungen (wie Borderline-Störungen) reichen (vgl. Teesson et al. 2008: 46).

Solche Komorbiditäten zu erfassen und den Ursprung (primäre Sucht oder primäre psychiatrische Störung) festzustellen, gestaltet sich in der Praxis jedoch oft schwierig (vgl. Besson 2007: 18). Je nach Art und Ausprägung der psychischen Störung, können sich sehr unterschiedliche Symptome zeigen. Gehen Depressionen beispielsweise oftmals mit Lust- und Antriebslosigkeit, Schlafstörungen und Gefühllosigkeit einher, kommen bei psychotischen Erkrankungen Symptome, wie Denkstörungen oder Halluzinationen vor. Persönlichkeitsstörungen zeigen sich hingegen oft durch selbstschädigendes Verhalten, die Schwierigkeit, seine Gefühle zu steuern oder Beziehungsmuster, welche von Idealisierung und Entwertung geprägt sind (vgl. Gellert/Schneider 2002: 69-71). Somit ist es notwendig, neben einer Suchterkrankung auch physische und psychische Begleiterkrankungen zu berücksichtigen.

Beikonsum

Zu beobachten ist ausserdem der häufige Beikonsum opioidabhängiger Personen. Neben dem Opioidkonsum wird somit auch häufig zu weiteren Substanzen, wie Alkohol, Benzodiazepinen (beispielsweise Schlaf- und Beruhigungsmittel oder Psychopharmaka), Kokain oder Cannabis gegriffen (vgl. Anderson 2004: 61). Die Gründe dafür können sehr vielfältig sein und von der Macht der Gewohnheit, der fehlenden Distanz zur Drogenszene bis hin zu psychischen Störungen reichen (vgl. Gellert/Schneider 2002: 124). Ein Beispiel dafür ist der Konsum von Benzodiazepinen, um Angsterkrankungen, Anspannungszuständen oder weiteren psychischen Störungen entgegenzuwirken (vgl. Anderson 2004: 56).

Auch wird oftmals versucht, mögliche negative Auswirkungen einer Substanz durch Beikonsum weiterer Substanzen zu verringern. Beispielsweise greifen manche Kokainkonsumentinnen und Kokainkonsumenten zu Heroin, um die durch das Kokain verursachten depressiven Episoden abzuschwächen (vgl. Seidenberg/Honegger 1998: 185). Der Beikonsum hat folglich je nach konsumierter Substanz unterschiedliche Auswirkungen. Mögliche Folgen des Konsums von Benzodiazepinen werden von Gellert und Schneider (2002) beispielsweise wie folgt beschrieben: «Übermässiger Konsum dieser Medikamente macht aus einem Menschen einen `chemischen Zombie`. Die Patienten sind nicht mehr kontakt- und beziehungsfähig, die Selbstkritik ist aufgehoben, das Gedächtnis ist massiv beeinträchtigt, so dass Gesprächsinhalte nicht mehr erinnert werden können, es können keine Termine eingehalten werden, Straftaten treten in diesem Zustand gehäuft auf.» (126)

«In vielen Szenen von Opioidkonsumenten wird neben Heroin sporadisch oder bis mehrmals täglich Kokain konsumiert.» (Seidenberg/Honegger 1998: 182). Im Gegensatz zu den dämpfend wirkenden Opioiden, ist Kokain als aufputschende Substanz bekannt (vgl. Winter 2003: 73). Die möglichen körperlichen und psychischen und sozialen Auswirkungen ähneln jedoch den durch Opioide verursachten Auswirkungen (vgl. ebd.: 77). Zusätzlich sind bei Dauerkonsum von Kokain jedoch nachhaltige Persönlichkeitsveränderungen zu beobachten. «Dauerkokser erscheinen oft asozial und narzisstisch, leicht reizbar und aggressiv.» (ebd.: 77)

Somit konnten anhand der Wirkungen von Kokain und Benzodiazepinen beispielhaft die vielfältigen Auswirkungen aufgezeigt werden, welche der Beikonsum weiterer Substanzen zur Folge haben kann.

Durch jenes Kapitel sollte veranschaulicht werden, welche vielfältigen Auswirkungen eine Opioidabhängigkeit auf das Leben betroffener Personen haben kann. Durch die Beleuchtung möglicher psychischer Begleiterkrankungen und des häufigen Beikonsums wird deutlich, dass Opioidabhängigkeit keinesfalls isoliert betrachtet werden darf. Vielmehr handelt es sich um ein Zusammenspiel diverser Faktoren, welche sich gegenseitig beeinflussen. Wie sich die beschriebenen Folgen der Opioidabhängigkeit auf die Erfüllung der Anforderungen unserer Arbeitsgesellschaft auswirken, wird im nächsten Kapitel herausgearbeitet.

3. Anforderungen der Arbeitsgesellschaft

Nachdem kurz auf die generellen Merkmale der heutigen Arbeitsgesellschaft eingegangen wird, stehen die konkreten Anforderungen im Fokus, welche heutzutage an die Arbeitnehmenden gestellt werden. In einem weiteren Schritt ist es anschliessend möglich, die durch die Opioidabhängigkeit verursachten Problematiken herauszuarbeiten, welche sich in Bezug auf die Erfüllung jener Anforderungen ergeben.

3.1 Merkmale der heutigen Arbeitsgesellschaft

Die Arbeitsgesellschaft befindet sich in einem tiefgreifenden Wandel. Vorangetrieben wird dieser neben der Globalisierung, neuen Technologien, politisch induzierten Reformen von Arbeitsmarkt und sozialer Sicherung und demographischem Wandel auch durch die Wirtschaftsinteressen, welche entscheidende Veränderungskräfte darstellen (vgl. Voss/ Wehrich 2007: 11-13). „(...) ein entscheidendes Moment dieses Strukturwandels sind *neuartige betriebliche Strategien* der Organisation von *Arbeit* und Nutzung von *Arbeitskraft*, die Unternehmen in Reaktion auf den Wandel von Strukturbedingungen entwickeln.“ (ebd.: 13) So stehen Unternehmen durch die Globalisierung heute unter dem Druck, ihre Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten und sind zu erheblich schnelleren Reaktionszeiten, steigender Flexibilität, Anpassungsfähigkeit und Innovativität gezwungen (vgl. Knöpfel 2009: 16, Voss/Wehrich 2007: 13). In den letzten Jahrzehnten vergrösserte sich der Dienstleistungssektor, während einfache industrielle Arbeiten vermehrt ins Ausland verlagert werden (vgl. Haas 2012a: 15f.). Dadurch verringert sich die Relevanz der manuellen Tätigkeiten, während bei technischen Berufen eine Zunahme zu beobachten ist und auch Berufen mit einer längeren schulischen Ausbildung eine erhöhte Bedeutung zukommt (vgl. Lampart 2009: 81f). Dies führte auch dazu, dass Wissensarbeit heute zu einer dominierenden Form der Erwerbsarbeit geworden ist (vgl. Haas 2012a: 15).

Durch den Übergang von der Industrie- zur Informations- und Wissensgesellschaft ist die mentale Belastung der Arbeitnehmenden stark angestiegen und die Geschwindigkeit in der Arbeitswelt hat so stark zugenommen, wie noch nie. Viele Arbeitnehmende halten das vorherrschende Tempo nicht mehr aus (vgl. Haas 2012b: 129). Ausserdem kann ein klarer Trend zur Verlagerung der unternehmerischen Risiken auf die Arbeitnehmenden beobachtet werden. Als Folge löst sich die Struktur der klaren Hierarchien und Arbeitsanweisungen auf. Den Arbeitnehmenden werden Ergebnisse vorgegeben – auf welche Weise diese erreicht werden, bleibt ihnen jedoch selber überlassen (vgl. Theile 2012: 19).

Jene *Subjektivierung der Arbeit* bringt einerseits die Möglichkeit mit sich, dass die Strukturen von den Einzelnen gestaltet werden können. Jedoch wird dadurch eine stets der Situation angepasste Re-Strukturierung unerlässlich, was neue Anforderungen und Belastungen mit sich bringt (vgl. Voss 2007: 37f.).

Jener Überblick über den Wandel unserer Arbeitsgesellschaft und deren Merkmale wird im folgenden Kapitel vertieft, indem auf die Frage eingegangen wird, welche Anforderungen demnach an die Arbeitnehmenden gestellt werden, welche im ersten Arbeitsmarkt tätig sind.

3.2 Anforderungen an Arbeitnehmende

Bei der Recherche nach den Anforderungen, welche in der heutigen Zeit an Arbeitnehmende gestellt werden, kristallisieren sich Fähigkeiten und Eigenschaften heraus, welche in der vorliegenden Arbeit vier Kategorien zugeordnet werden. Im Folgenden werden diese erläutert. Hierbei stellen sich je nach Branche und Position zweifellos unterschiedliche Anforderungen an die Arbeitnehmenden – die herausgearbeiteten Anforderungen sollten jedoch in einer gewissen Ausprägung generelle Aussagekraft haben.

Berufliche Qualifikation

In der modernen Wirtschaft haben viele Fertigkeiten nur noch eine kurze Lebensdauer, da die Zeitspanne, in der erworbene Fähigkeiten und Wissen aktuell sind, immer kürzer wird. Somit ist es unerlässlich, dass sich Beschäftigte immer wieder neue Fertigkeiten aneignen (vgl. Sennett 2008: 9, 77).

Ausserdem werden einfach zu erledigende Dienstleistungen, welche keine hohen Qualifikationen erfordern, heute immer mehr durch technische Hilfsmittel ersetzt oder von der Kundenschaft selber erledigt. Als Beispiel dafür sind der Kauf eines Fahrausweises am Ticketautomaten oder das eigenständige Abwägen, Einpacken und Scannen der Ware im Detailhandel zu nennen. Jene Entwicklung führt zwangsläufig zu einem Abbau der Stellen für weniger qualifizierte Erwerbstätige (vgl. Knöpfel 2009: 38f.).

„Damit einher geht die Beobachtung in der Schweiz, dass Personen mit keiner oder einer geringen beruflichen Ausbildung zunehmend Schwierigkeiten haben, eine Anstellung zu finden.“ (Knöpfel 2009: 39) Wer auf dem Arbeitsmarkt mithalten möchte, muss somit über die nötigen Qualifikationen, wie auch über die Bereitschaft verfügen, sich laufend Wissen und neue Fertigkeiten anzueignen. Lebenslanges Lernen ist heute der Standard (vgl. Haas 2012a: 15, Knöpfel 2009: 15).

Soft Skills

«Früher wurden Soft Skills als soziale Kompetenzen bezeichnet.» (Peters-Kühlinger/John 2008: 7) Diese umfassen das Potential, gut mit Menschen, deren Handlungsweisen, aber auch gut mit sich umzugehen und werden mit emotionaler Intelligenz gleichgesetzt (vgl. ebd.: 7). Da heutzutage jedes Unternehmen ein soziales Gebilde darstellt, wird neben fachlichen Qualifikationen auch immer stärker auf die emotionalen Qualitäten Wert gelegt. Benötigt werden Soft Skills in nahezu allen Berufsfeldern und auf allen Hierarchieebenen (vgl. ebd.: 9). Durch eine Befragung Personalverantwortlicher in Unternehmen wurde folgendes Ranking mit den aus ihrer Sicht wichtigsten Soft Skills erstellt:

1. Kommunikative Kompetenz
2. Selbstbewusstsein
3. Einfühlungsvermögen
4. Teamfähigkeit
5. Kritikfähigkeit
6. Analytisches Denken
7. Vertrauenswürdigkeit
8. Selbstdisziplin/ Selbstbeherrschung
9. Neugierde
10. Konfliktfähigkeit
11. Durchsetzungsvermögen (ebd.: 12).

Auch weitere Quellen beschreiben die Wichtigkeit von Soft Skills. Genannt wird unter anderem die Relevanz von Disziplin, Kontaktfreudigkeit, Anpassungsfähigkeit aber auch Verantwortungsbewusstsein (vgl. Nohn 2012: 185, Salvisberg 2010: 56f.) Auch die Fähigkeit zur Selbstreflexion ist in Bezug auf die Soft Skills unentbehrlich (vgl. Peters-Kühlinger/John 2008: 14).

Leistungsfähigkeit und Engagement

Die Arbeitnehmenden sind mit einem steigenden Druck konfrontiert, in immer kürzerer Zeit immer mehr leisten zu müssen (vgl. Haas 2012b: 129). Ist die Leistungsfähigkeit jedoch aufgrund der gesundheitlichen Situation oder aus weiteren Gründen, wie einer anderen prekären Lebenslage eingeschränkt, sind Personen den Anforderungen des Arbeitsmarktes oftmals nicht mehr gewachsen (vgl. Kehrlı 2009: 179).

Des Weiteren werden auch eine hohe Leistungsbereitschaft, sowie grosses Engagement bei der Gestaltung des Arbeitsprozesses erwartet, um ein zufriedenstellendes Ergebnis zu erzielen (vgl. Knöpfel 2009: 24, Voss 2007: 38).

Neben Initiative, Einsatzwille, Leistungsbereitschaft und Belastbarkeit sind auf dem Arbeitsmarkt jedoch auch Fähigkeiten, wie Innovation, Organisationsfähigkeit und Kreativität gefragt (vgl. Huchler 2007: 41, Nohn 2012: 185, Salvisberg 2010: 57).

Flexibilität

An das verlangte Engagement knüpft auch die Flexibilität an. Im Zuge des Strukturwandels wird neben der Subjektivierung auch von einer sogenannten *Entgrenzung* der Arbeit gesprochen, da die Arbeitsbedingungen in der heutigen Zeit möglichst flexibel gestaltet werden (vgl. Voss/ Wehrich 2007: 13).

Wie bereits anhand des Wissens und der Fähigkeiten beschrieben, herrschen auch in anderer Hinsicht instabile Bedingungen. Ein treffendes Beispiel ist hierbei der ständige Wandel der Arbeitszeiten, welcher Schichtarbeit, Arbeit auf Abruf oder hoch flexible Gleitzeiten mit sich bringt. Des Weiteren wandeln sich auch die Raumstrukturen, durch die Zunahme von Heim- und Mobilarbeit (vgl. ebd.: 14). Als Folge verliert der Arbeitsplatz seine klare Abgrenzung zum Wohnort, wodurch auch Arbeit und Freizeit zunehmend verschwimmen (vgl. Haas 2012a: 15). Jene Entwicklungen können einerseits auch für die Arbeitnehmenden mehr Spielraum und Möglichkeiten bedeuten. Beispielsweise kann die Heimarbeit zu einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Arbeit beitragen. Jedoch wird von den Arbeitnehmenden auch eine hohe Flexibilität verlangt (vgl. Borchardt 2012: 102f., Haas 2012a: 15).

Befristete Verträge und Teilzeitarbeit nehmen zu. Somit bleiben Arbeitnehmende immer seltener ihr ganzes Leben beim selben Arbeitgeber, sondern müssen Flexibilität und Mobilität an den Tag legen, um sich selbständig auf dem Arbeitsmarkt durchzusetzen (vgl. ebd.: 15). Dies bedingt auch die Fähigkeit, Gewohnheiten aufzugeben und sich von der Vergangenheit lösen zu können- beispielsweise durch einen berufsbedingten Ortswechsel (vgl. Sennett 2008: 9). Das Leisten von Überstunden oder Einschränkungen beim Bezug der Ferien, sowie ständige Erreichbarkeit deuten auf die oftmals verlangte, zeitliche Flexibilität hin (vgl. Bigalke/Haas/Riedl 2012: 88, Hagelüken 2012: 113,).

Flexibilität wird somit nicht nur zeitlich und räumlich, sondern auch im Hinblick auf Gewohnheiten und Qualifikationen gefordert.

Nachdem nun die Anforderungen des Arbeitsmarktes aufgezeigt werden konnten, ist es möglich, diese mit den Problematiken zu verknüpfen, welche durch eine Opioidabhängigkeit verursacht werden.

3.3 Problematiken aufgrund der Opioidabhängigkeit

Im Folgenden werden mögliche Problematiken beschrieben, welche sich für opioidabhängige Personen in Bezug auf die Arbeit ergeben können. Hierzu werden die eben beschriebenen Anforderungen mit den Auswirkungen der Opioidabhängigkeit in Zusammenhang gebracht. Wie bereits erläutert, können sich die Auswirkungen des Opioidkonsums individuell in diversen Lebensbereichen zeigen und sind nicht immer direkte Folgen und alleinig durch den Opioidkonsum verursacht.

Jedoch soll sich das Herausarbeiten der Problematiken nicht auf die direkten Auswirkungen beschränken, sondern sich an der Lebenswirklichkeit opioidabhängiger Personen orientieren. Da das Vorhandensein von psychischen Störungen und Beikonsum oftmals die Regel darstellt, werden somit auch jene Auswirkungen berücksichtigt.

Berufliche Qualifikation

Opioidabhängige Personen haben sich teilweise über Jahre immer mehr vom Arbeitskontext entfernt (vgl. Verthein/Farnbacher 2008: 275). Die Anforderung, bezüglich beruflicher Qualifikationen auf dem aktuellen Stand zu sein, kann unter jenen Umständen keineswegs erfüllt werden. So wurde bei einer gesamtschweizerischen Untersuchung festgestellt, dass opioidabhängige Personen im Vergleich zu Gleichaltrigen aus der Durchschnittsbevölkerung über einen schlechteren Bildungsstand und ein erhebliches Defizit an beruflicher Ausbildung verfügen. Auch die Häufigkeit des Abbruchs von beruflichen Erst- und Zweitausbildungen ist entsprechend höher (vgl. Uchtenhagen et al. 1998: 5). Ausserdem ist anzunehmen, dass die berufliche Qualifikation durch den Beschaffungsstress und die mit dem Opioidkonsum verbundenen Problematiken an Bedeutung verliert und Arbeit/ Bildung somit als zweitrangig angesehen wird.

Wird der Fokus auf den Nebekonsum oder komorbide psychiatrische Erkrankungen gelegt, wird deutlich, dass dadurch entstandene Denkstörungen und Beeinträchtigungen des Gedächtnisses das Lernen – und somit das Erlangen von Qualifikationen – massiv erschweren können.

Soft Skills

Vergleicht man die Liste der erwähnten Soft Skills mit den möglichen Gründen und Auswirkungen des Opioidkonsums, werden rasch Abweichungen sichtbar. Wie bereits in Kapitel 2.2.1 erwähnt, wird ein Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und einem labilen Selbstkonzept gesehen, wobei Opiode durch ihre dämpfende Wirkung Minderwertigkeitsgefühle verringern können.

Neben dem Selbstbewusstsein, welches demnach oft schwach ausgeprägt ist, könnte sich die Opioidabhängigkeit auch auf weitere Soft Skills, wie Vertrauenswürdigkeit und Selbstdisziplin/ Selbstbeherrschung auswirken. Jene Aussage wird von der Tatsache abgeleitet, dass zu Gunsten des Substanzkonsums oftmals andere Interessen und Verpflichtungen vernachlässigt werden. Auch hier können sich Beikonsum und allfällige psychische Störungen auf negative Weise auswirken. So kann der Kokainkonsum Personen aggressiv oder narzisstisch erscheinen lassen, während sich Benzodiazepine negativ auf die Kritikfähigkeit und somit wohl auch auf die Fähigkeit zur (Selbst-) Reflexion auswirken können.

Da auch die Kontakt- und Beziehungsfähigkeit darunter leiden kann, entstehen möglicherweise auch Schwierigkeiten in Bezug auf die erwähnten Soft Skills wie Teamfähigkeit oder Einfühlungsvermögen (vgl. Gellert/Schneider 2002: 126).

Abgesehen von Beikonsum und Komorbidität wäre auch denkbar, dass das Aneignen mancher Soft Skills durch soziale Verwahrlosung stagniert oder sich die sozialen Fähigkeiten im Laufe der Zeit verringern.

Leistungsfähigkeit und Engagement

Wie bereits in Kapitel 2.2.3 beschrieben, kann sich die Opioidabhängigkeit auf körperlicher und psychischer Ebene auf verschiedenste Weisen auswirken. Genannt wurden Problematiken von mangelnder Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, bis hin zu Konzentrationsschwierigkeiten und fehlendem Durchhaltevermögen. Kommt eine psychiatrische Begleiterkrankung, wie eine Depression hinzu, könnten sich die Problematiken weiter verstärken, da diese beispielsweise zusätzliche Antriebslosigkeit verursachen kann. Leistungsfähigkeit und Engagement können durch eine Opioidabhängigkeit somit auf physischer, wie auch auf psychischer Ebene beeinträchtigt werden. Hinzu kommt, dass je nach konsumierter Substanz auch die Bedienung von Maschinen am Arbeitsplatz oder die Fahrtauglichkeit eingeschränkt sein kann, wobei auch bereits die Einnahme von Opioiden unter Umständen zu Einschränkungen führen kann (vgl. Gellert/Schneider 2002: 126, Seidenberg/Honegger 1998: 209f.).

Flexibilität

Bezüglich zeitlicher Flexibilität können opioidabhängige Personen stark eingeschränkt sein, da beispielsweise Heroinkonsumentinnen und Heroinkonsumenten in der Regel mehrmals täglich ihren *Stoff* beschaffen müssen. Äusserlich betrachtet bleibt für eine arbeitsbezogene Tagesstruktur nach Kriterien des ersten Arbeitsmarktes kaum Zeit. Ferner sind flexible Modelle, wie Schichtarbeit, Arbeit auf Abruf oder auch das Leisten von Überstunden unter jenen Voraussetzungen kaum denkbar. Mit der Flexibilität geht auch die Mobilität einher, welche, wie bereits in diesem Kapitel beschrieben, beispielsweise durch eine eingeschränkte Fahrtauglichkeit beschränkt sein kann.

Auch das Aufgeben von Gewohnheiten könnte für opioidabhängige Personen mit Schwierigkeiten verbunden sein, da Opioide vielfach auch durch den Wunsch nach Halt und Trost konsumiert werden (vgl. Walter et al. 2016: 161). Dies könnte als Indiz für den hohen Bedarf von Halt und Stabilität im Leben opioidabhängiger Personen gedeutet werden.

Weitere Problematiken

Auch abgesehen von den vier Kategorien der Anforderungen werden weitere Problematiken in Bezug auf die Anstellung opioidabhängiger Personen deutlich.

Wie in Kapitel 2.2.3 beschrieben, besteht das Risiko, in Folge Überschuldung oder durch Gesetzesverstösse eine Haftstrafe absitzen zu müssen. War eine Person bis anhin berufstätig, bildet sich spätestens durch die Haftstrafe eine Lücke in der Erwerbsbiografie. Genau wie bei der Tatsache eines hohen Alters mit gleichzeitig geringer Berufserfahrung, müssen solche *Abweichungen* begründet werden (vgl. Sickinger 1992: 70).

«Wenn sie sich gar nicht dazu äussern, haben sie meist keine Chance, die Stelle zu bekommen. Sie werden daher häufig nur von engagierten Arbeitgebern, die eine persönliche Motivation besitzen, `etwas Gutes und Sinnvolles zu tun`, eingestellt. In der Regel werden sie nach Durchsicht der Bewerbungsunterlagen bereits `aussortiert`.» (ebd.: 70)

Ein weiterer, nicht zu unterschätzender Punkt ist das Erscheinungsbild. Bisher wurden bereits diverse Fakten genannt, welche sich diesbezüglich negativ auswirken. Beispiele dafür sind eine schlechte Hygiene, sichtbare Abszesse oder ein beschädigtes Gebiss. So beeinflusst ein schlechter Zahnstatus beispielsweise nicht nur das Selbstbewusstsein, sondern kann sich auch negativ auf die Arbeitssuche oder beim Aufbau neuer Beziehungen auswirken (vgl. Gellert/ Schneider 2002: 75).

Aus jenem Kapitel wurde deutlich, mit welchen Problematiken opioidabhängige Personen in der heutigen Arbeitsgesellschaft konfrontiert sein können.

Nicht zu vergessen ist jedoch, dass nicht nur die Problematiken, sondern auch die Ressourcen aller Personen unterschiedlich ausgeprägt sind und somit nicht alle genannten Problematiken auf die einzelnen Opioidkonsumentinnen und Opioidkonsumenten zutreffen müssen.

Das nächste Kapitel fokussiert nun die benötigten Hilfestellungen, durch welche es opioidabhängigen Personen mit diversen Problematiken gelingen kann, eine arbeitsbezogene Tagesstruktur aufzubauen und aufrechtzuerhalten.

4. Hilfestellungen

In jenem Kapitel geht es nun darum, gestützt auf die herausgearbeiteten Problematiken, Hilfestellungen zu formulieren, welche opioidabhängige Personen beim Aufbau und der Aufrechterhaltung einer arbeitsbezogenen Tagesstruktur unterstützen sollen.

Aufgebaut ist das Kapitel in zwei Teilen:

Während im ersten Unterkapitel Hilfestellungen der Suchthilfeinstitutionen ausserhalb der Arbeitsintegrationsangebote im Fokus stehen, bezieht sich der zweite Teil auf die Hilfestellungen der Arbeitsintegrationsangebote. Im Hinblick auf die Beantwortung der Leitfrage wird der Fokus nach der Vermittlung allgemeiner, professionsübergreifender Informationen jeweils auf die Hilfestellungen gelegt, welche von Professionellen der Sozialen Arbeit geleistet werden können.

4.1 Hilfestellungen der Suchthilfeinstitutionen

Unter dem Begriff der Suchthilfeinstitutionen werden in der vorliegenden Arbeit alle Institutionen zusammengefasst, welche einen Beitrag zur Erreichung der drei Oberziele des MaPaDro (Verringerung des Drogenkonsums, Verminderung der negativen Folgen für die Konsumierenden und Verminderung der negativen Folgen für die Gesellschaft) leisten. Jene Institutionen werden in Kapitel 5.1 genauer vorgestellt, wobei der Fokus insbesondere auf die Heroingestützte Behandlung KODA gelegt wird.

Zweifellos gehören auch jene Institutionen zu den Suchthilfeinstitutionen, welche Arbeitsplätze anbieten und auf die Arbeitsintegration abzielen. Jedoch werden diese zur einfacheren Auseinanderhaltung unter dem Begriff der Arbeitsintegrationsangebote zusammengefasst.

Durch die vielfältigen Problematiken in Zusammenhang mit der Opioidabhängigkeit wird bereits deutlich, dass die Soziale Arbeit allein nicht die Verbesserung aller Problematiken bewirken kann. Aus diesem Grund werden in einem ersten Schritt jene Hilfestellungen beschrieben, welche auch von Fachpersonen anderer Professionen geleistet werden, bevor der Fokus auf konkrete Hilfestellungen der Sozialen Arbeit gelegt wird.

4.1.1 Professionsübergreifende Hilfestellungen

Abgeleitet von den herausgearbeiteten Problematiken opioidabhängiger Personen erscheinen folgende Hilfestellungen als relevant:

Medizinische Behandlung

Da ein Grossteil der opioidabhängigen Personen durch den langjährigen Suchtmittelkonsum und der damit verbundenen Lebensweise auch von körperlichen Auswirkungen betroffen ist, wird zusätzlich medizinische Hilfe benötigt. So können Erkrankungen behandelt und der gesundheitliche Zustand stabilisiert werden.

Beispielsweise kann durch ärztliche Behandlung der Infektionsstatus bezüglich Hepatitis oder HIV ermittelt werden, um entsprechend mit Medikamenten darauf reagieren zu können (vgl. Gellert/Schneider 2002: 63-67).

Es ist anzunehmen, dass durch die medizinische Behandlung auch die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit zunimmt, welche für den Aufbau und die Aufrechterhaltung einer arbeitsbezogenen Tagesstruktur benötigt wird.

Psychologische Beratung und psychiatrische Behandlung

Bei den möglichen Gründen für den Opioidkonsum wurde beschrieben, dass Minderwertigkeitsgefühle, traumatische Erfahrungen und ein labiles Selbstkonzept dabei oftmals eine Rolle spielen. Neben einem möglichen positiven Effekt auf das Selbstbewusstsein durch die Arbeit, können Personen am Arbeitsplatz jedoch auch mit diversen Ängsten, wie der Angst vor Ausschluss, vor Überforderung oder Versagensängsten konfrontiert sein (vgl. Gross 2015: 43f.). Jene Ängste können wiederum die persönliche Entwicklung hemmen, zu Erschöpfung führen und die psychische und physische Gesundheit angreifen (vgl. ebd.: 43). Deshalb scheint die Möglichkeit, psychologische Beratung in Anspruch nehmen zu können nicht nur für das allgemeine Wohlbefinden förderlich zu sein, sondern kann auch in direktem Zusammenhang mit dem Erfolg und dem Wohlbefinden am Arbeitsplatz gesehen werden. Auch ist anzunehmen, dass sich eine Stärkung des Selbstwertes und das Erlernen von neuen Bewältigungsstrategien durch die psychologische Unterstützung auch positiv auf das (Wieder-) Erlangen von Soft Skills auswirken könnte.

Dennoch darf nicht vergessen werden, dass oftmals auch psychiatrische Begleiterkrankungen vorhanden sind, deren Auswirkungen sich, wie bereits aufgezeigt, in diversen Lebensbereichen zeigen können. In jenem Fall reicht eine suchtspezifische Behandlung in der Regel nicht aus. Nach einer sorgfältigen Diagnostik wird eine Psychotherapie, wenn möglich in einem ambulanten oder teilstationären Setting empfohlen, welche sucht- und störungsspezifische Behandlungsmethoden, sowie nach Möglichkeit eine medikamentöse Behandlung integriert (vgl. Walter et al. 2016: 180f.).

(Teil-) Entzug

«Die Opiate haben – nach dem Nikotin- das höchste Suchtpotential unter den psychoaktiven Substanzen.» (Teesson et al. 2008: 129)

Wie bereits bei den Folgen der Opioidabhängigkeit beschrieben, stellt ein Opioidentzug ausserdem für viele Betroffene eine grosse Hürde dar und auch nach mehreren Behandlungsversuchen kommen Rückfälle vor (vgl. Gellert/ Schneider 2002: 12). So kann ein Opioidentzug und anschliessende Abstinenz für manche Betroffene realistisch sein – für andere Personen in der gegenwärtigen Situation jedoch ein zu hohes Ziel darstellen (vgl. ebd.: 8).

Neben der Substitutionsbehandlung, deren Auswirkungen im Verlaufe des Kapitels noch beschrieben werden, kann jedoch auch bereits ein Teilentzug positive Auswirkungen mit sich bringen. Werden die negativen Auswirkungen betrachtet, welche durch den Beikonsum von Kokain, Benzodiazepinen oder weiteren Substanzen entstehen können, sollte es im Umkehrschluss möglich sein, diese durch einen Entzug der betreffenden Substanzen abzuschwächen oder gar zu beseitigen.

Substitution

Wie durch die vorausgehenden Kapitel beschrieben, ist die Substanzbeschaffung eine zentrale Tätigkeit im Leben opioidabhängiger Personen. Auch ist davon auszugehen, dass jener Beschaffungsstress den Aufbau einer arbeitsbezogenen Tagesstruktur massiv erschweren kann. Durch eine Substitutionsbehandlung fällt der Beschaffungsstress weg und es entsteht ein Spielraum, bestehende Probleme Stück für Stück anzugehen (vgl. ebd.: 9). Dazu gehören neben sozialen Problemen auch physische und psychische Erkrankungen, welche in Substitutionsbehandlungen mitbehandelt werden (vgl. ebd.: 9). Auch kann auf diese Weise durch die orale Einnahme der Substitutionsmittel oder die Verwendung von sterilem Injektionsmaterial die Übertragung infektiöser Krankheiten eingedämmt werden (vgl. Teesson et al. 2008: 126).

Durch eine zweijährige Pilotstudie zur ärztlich kontrollierten Verschreibung von Opioiden wurde festgestellt, dass sich zum Ende der Studie die Personengruppe mit einer Anstellung fast verdoppelt hatte, während Arbeitslosigkeit auf weniger als die Hälfte sank (vgl. Uchtenhagen et al. 2000: 54). Als weitere positive Auswirkungen der Substitutionsbehandlung sind beispielsweise ein Rückgang des Beikonsums und der Beschaffungskriminalität, sowie eine beträchtliche Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes und der sozialen Integration zu beobachten (vgl. Teesson et al. 2008: 138f.).

Da die Opioide nicht mehr selber beschafft werden müssen, sondern legal konsumiert werden, kann sich dies auch positiv auf weitere Bereiche, wie Finanzen oder illegale Handlungen und die damit verbundene Strafverfolgung auswirken.

Welche Hilfestellungen Professionelle der Sozialen Arbeit innerhalb der Suchthilfeeinrichtungen anbieten können, wird im nachfolgenden Kapitel erläutert.

4.1.2 Ansatzpunkte für die Soziale Arbeit

Die Erfahrung aus der Praxis zeigt, dass die Soziale Arbeit in einem Grossteil der Suchthilfeinstitutionen bereits ein wichtiger Bestandteil ist.

In der KODA sind Professionelle der Sozialen Arbeit beispielsweise insofern in die somatische Behandlung involviert, indem sie ein Teil des Bezugspersonensystems darstellen und regelmässig mit den involvierten Professionen und der Klientel in Kontakt stehen.

In Kapitel 5.1.1 wird jene Zusammenarbeit der Professionellen innerhalb der KODA ausführlicher beschrieben.

Im Hinblick auf die Beantwortung der Fragestellung stellt sich nun die Frage nach konkreten Hilfestellungen, welche die Professionellen der Sozialen Arbeit innerhalb der Suchthilfeinstitutionen leisten können.

Wie bereits deutlich wurde, befinden sich opioidabhängige Personen oftmals in einer marginalisierten sozialen Lebenslage. Die Problematiken reichen von sozialer Verwahrlosung, finanziellen Notlagen, Überschuldung bis hin zu Wohnungslosigkeit, Kriminalität und Prostitution. Offensichtliche Probleme in Bezug auf die Arbeit können sich, wie bereits beschrieben, beispielsweise durch Einträge im Betreibungs- oder Strafregister ergeben, wodurch die Arbeits- oder Wohnungssuche erschwert werden kann.

Jedoch ist anzunehmen, dass sich die gesamten sozialen Probleme indirekt auf die Arbeitsfähigkeit und Arbeitsmotivation auswirken können. Aufgezeigt werden kann dies beispielsweise anhand der biopsychosozialen Bedürfnistheorie von Werner Obrecht:

In der biopsychosozialen Bedürfnistheorie werden Bedürfnisse als physische oder psychische Spannungszustände bezeichnet, welche durch eine (drohende) Abweichung vom Soll-Zustand (objektives Gleichgewicht und subjektives Wohlbefinden) hervorgerufen werden (vgl. Heiderich 2010: 24). Unterschieden wird hierbei zwischen folgenden Bedürfnissen:

1. Biologische Bedürfnisse:

Neben Nahrung, Wasser und Sauerstoff zählt hierzu auch die physische Integrität, wozu unter anderem auch die Vermeidung von Verschmutzung, Verletzungen, Krankheiten, Gewalt oder Schmerzen gehört.

2. Biopsychische Bedürfnisse:

Hierzu zählen unter anderem die sensorische Stimulation, Abwechslung, Verstehen, Kontroll- und Kompetenzbedürfnisse.

3. Biopsychosoziale Bedürfnisse:

Beispiele hierfür sind die Bedürfnisse nach emotionaler Zuwendung (Liebe, Freundschaften), nach Mitgliedschaften, sozialer Anerkennung oder Kooperation (vgl. ebd.: 25).

Jene Bedürfnisse stehen nicht in einer festen Hierarchie, sondern sind veränderbar. Dennoch kann die Befriedigung je nach Bedürfnis unterschiedliche Dringlichkeit haben, da die mangelnde Befriedigung von manchen biologischen Bedürfnissen (Flüssigkeit etc.) beispielsweise schon nach kurzer Zeit zum Zusammenbruch des Organismus führen kann. Aber auch die Nichtbefriedigung anderer Bedürfnisse kann sich beispielsweise in Form von Vergessen, Orientierungslosigkeit, Angst oder Depression auswirken (vgl. ebd.: 28).

«Obrecht zeigt ferner langfristige Folgen auf, bei denen der Zusammenhang mit nicht befriedigten Bedürfnissen weniger augenscheinlich ist, deren Relevanz aber auch bzw. insbesondere im Zusammenhang mit Arbeitsprozessen deutlich wird:» (ebd.: 28) Genannt werden in jenem Zusammenhang Auswirkungen, wie physische Erkrankungen, Aggressivität, Sucht oder der Abbau von Interesse und Initiative (vgl. ebd.: 28).

Aus jenem Exkurs wird deutlich, welche hohe Bedeutung der Befriedigung unterschiedlichster Bedürfnisse zukommt. So können auch soziale Probleme weitreichende Folgen mit sich bringen, welche sich schlussendlich ungünstig auf die Erfüllung der Anforderungen bezüglich Arbeit auswirken können. Ausserdem kann davon ausgegangen werden, dass bei vielfältigen physischen, psychischen und sozialen Problematiken den entsprechenden Bedürfnissen eine höhere Priorität zukommt und der Wunsch nach einer arbeitsbezogenen Tagesstruktur somit eher zweitrangig ist.

Im Folgenden werden nun mögliche Hilfestellungen herausgearbeitet, welche von Sozialarbeitenden in Suchthilfeinstitutionen erbracht werden und für die Aufnahme und Aufrechterhaltung einer arbeitsbezogenen Tagesstruktur opioidabhängiger Personen von Relevanz sein können.

Informationsvermittlung, Beratung und Begleitung

«Alle Menschen haben Anrecht auf die Befriedigung existenzieller Bedürfnisse sowie auf Integrität und Integration in ein soziales Umfeld. (...) Soziale Arbeit hat soziale Notlagen von Menschen und Gruppen zu verhindern, zu beseitigen oder zu lindern.» (Avenir Social 2010: 6) Zu den wesentlichen Aufgaben der Sozialen Arbeit werden somit die Unterstützung der Klientel in der Realisierung ihrer Lebensentwürfe, die Ermöglichung von Bildungsprozessen und die Eröffnung von Chancen und Zugang zu Ressourcen gezählt (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2013: 34).

Da opioidabhängige Personen wie beschrieben, häufig von sozialer Isolation betroffen sind, könnte dies bedeuten, betroffene Personen über die bestehenden Arbeitsintegrationsangebote, Suchthilfeangebote, Fachstellen oder weitere Möglichkeiten zu informieren, zu beraten und bei weiteren Schritten, wie einem Anmeldeverfahren zu unterstützen oder zu begleiten.

Jener Netzwerkarbeit kommt eine hohe Bedeutung zu, da diese «(...) durch die Analyse, Nutzung, Gestaltung und Ausweitung des Beziehungsgeflechts der Klienten zu Personen, Gruppen und Institutionen auf eine Optimierung ihrer Unterstützungsnetzwerke und damit auf die Stärkung ihrer Selbsthilfepotentiale abzielt (...).» (Galuske 2005: 285)

Dabei kann es sich einerseits um die direkte Vermittlung in Arbeitsintegrationsprogramme handeln, wie auch um die Vermittlung weiterer Unterstützung, welche schlussendlich ebenso zum Aufbau und der Aufrechterhaltung einer arbeitsbezogenen Tagesstruktur beitragen kann. Ein Beispiel hierfür wäre die Vermittlung in ein Substitutionsprogramm, durch welches der Beschaffungsstress wegfällt und die vielfältigen Probleme durch professionelle Unterstützung bearbeitet werden können.

Die Erfahrung aus der Praxis zeigt, dass die Sozialarbeitenden institutionsabhängig unterschiedliche Aufträge haben, welche von Beratung, Bewerbungstraining bis hin zur Wohnbegleitung reichen können. Somit ist nicht immer eine Vermittlung nötig. Je nach Setting und zeitlichen Ressourcen können auch direkte Hilfestellungen angeboten werden.

«In Anbetracht des zunächst diffusen Mandates müssen Sozialarbeiter immer wieder neu klären und beurteilen, für welche Probleme sie selber zuständig sind, und bei welchen Themen sie Klienten an andere Einrichtungen weitervermitteln und damit die *Triage*-Aufgabe wahrnehmen.» (Hochuli Freund/ Stotz 2013: 110) Wie der Berufskodex der Sozialen Arbeit aussagt, wird das Ziel verfolgt, Personen (auch von der Sozialen Arbeit) unabhängiger werden zu lassen (vgl. Avenir Social 2010: 6). Somit sollte so viel Hilfe wie nötig, jedoch so wenig wie möglich angeboten werden.

Die Frage, ob Geld (Sozialhilfe, Renten etc.) oder Sachleistungen die Aufnahme und Aufrechterhaltung einer arbeitsbezogenen Tagesstruktur fördern können, kann aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet werden.

So verlangt die Gesellschaft mit der geleisteten Hilfe auch eine Anpassung der Hilfeempfängerinnen und Hilfeempfänger an die herrschenden Normen und gegebenenfalls auch eine Disziplinierung durch die Professionellen der Sozialen Arbeit (vgl. Hochuli Freund/ Stotz 2013: 49). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie stark der Druck wird, welcher durch jenes doppelte Mandat auch auf den Klientinnen und Klienten lastet und ob sich dieser nicht auch kontraproduktiv auswirken könnte. «Wer von der Sozialhilfe vor die Wahl gestellt wird, die angebotene Arbeit anzunehmen oder auf Nothilfe gesetzt zu werden, entscheidet nicht mehr frei.» (Kehrli 2009: 185) Dabei darf nicht vergessen werden, dass die Parteilichkeit für die Klientel als *Maxime* gilt und das Engagement in den Problemen, welche die Gesellschaft mit Klientinnen oder Klienten hat erst an zweiter Stelle steht (vgl. Hochuli Freund/ Stotz 2013: 33).

Wird jedoch anhand der biopsychosozialen Bedürfnistheorie argumentiert, wäre es möglich, dass durch Geld und Sachleistungen dringende Bedürfnisse, wie beispielsweise das Bedürfnis nach warmer Kleidung oder ausreichend Nahrung befriedigt werden. Somit wäre denkbar, dass dadurch weitere, weniger existenzielle Bedürfnisse zentral werden, welche mit der Aufnahme einer arbeitsbezogenen Tagesstruktur befriedigt werden könnten.

Heiderich (2010) nennt in jenem Zusammenhang unter anderem die Bedürfnisse nach Abwechslung, Kompetenz, Mitgliedschaft und Anerkennung (vgl. 30-33).

«Professionelles Handeln im Bereich der Beratung und Begleitung orientiert sich an der individuellen Problemlage und Lebenswelt und respektiert die Autonomie und Eigenwilligkeit der Lebenspraxis eines Klienten, und sie braucht Freiraum für flexible, individuelle Lösungen.» (Hochuli Freund/ Stotz 2013: 49) Da sowohl die Ressourcen, Kenntnisse und Vorerfahrungen der Klientel sehr unterschiedlich sein können, müssen die Hilfestellungen somit stets individuell angepasst werden. Daraus kann geschlossen werden, dass Sozialarbeitende Kenntnisse über eine breite Palette bestehender Angebote, von Wohnungs – und Jobinseraten, Taglohnprojekten, Schuldenberatungsstellen, Entzugskliniken, Substitutionsbehandlungen bis hin zu ärztlicher Versorgung, Notschlafstellen oder betreuten Wohneinrichtungen mitbringen müssen. Andererseits gilt es auch, die Lebenslagen der Klientel zu kennen, um eine passende Beratung anbieten zu können. Ein Beispiel hierfür wäre die Kenntnis über das persönliche Umfeld und die Biografie der Klientel, um mögliche Ressourcen, wie stabile Beziehungen, berufliche Vorerfahrungen oder Interessen miteinbeziehen zu können.

Förderung einer Verhaltensänderung

«Die Professionellen der Sozialen Arbeit klären die Menschen, die sich auf sie verlassen, über die Ursachen und strukturellen Probleme auf, die für ihre zu sozialem Ausschluss führende Situation verantwortlich sind. Sie motivieren sie, von ihren Rechten, Fähigkeiten und Ressourcen Gebrauch zu machen, damit sie selbst auf ihre Lebensbedingungen Einfluss nehmen können.» (Avenir Social 2010: 10)

Aus jenem Zitat wird deutlich, dass neben der Fokussierung auf die Ressourcen gleichwohl die Problematiken und somit auch die Realität nicht ausgeblendet werden dürfen.

So gehen mit einer Abhängigkeit oftmals starke Ambivalenzen einher. Einerseits besteht der Wunsch nach Veränderung, gleichzeitig soll der gegenwärtige Zustand jedoch beibehalten werden. Dadurch kann sich fehlende Motivation bei genauer Betrachtung auch als Ambivalenz herausstellen, welche aufgelöst werden kann (vgl. Miller/Rollnick 2009: 31f.).

Eine Möglichkeit, mit Ambivalenz umzugehen ist die motivierende Gesprächsführung von Miller und Rollnick, durch welche neben der Auflösung von Ambivalenz auch eine Verhaltensänderung gefördert werden soll (vgl. ebd.: 79).

Als Methoden werden hierbei unter anderem das Stellen von offenen Fragen, Reflektieren der Aussagen, das Ergründen von Zielen und Werten, wie auch das Gegenüberstellen der positiven und negativen Aspekte des gegenwärtigen Verhaltens beschrieben (vgl. ebd.: 116-122). Ziel ist primär der Prozess der Bildung intrinsischer Motivation durch Verstärkung und Klärung von Diskrepanzen (vgl. ebd.: 122). In einer späteren Phase der Beratung rückt auch der Aufbau der Zuversicht in den Fokus. Diese kann durch Methoden, wie dem Besprechen früherer Erfolge oder der allgemeinen Exploration persönlicher Stärken und Ressourcen gefestigt werden (vgl. ebd.: 155-160). Schlussendlich steht auch die Verstärkung der Selbstverpflichtung für Veränderungen im Vordergrund, welche beispielsweise durch das Setzen von Zielen und das Erstellen eines Veränderungsplans realisiert werden kann (vgl. ebd.: 174-186). Somit bietet die Anwendung der motivierenden Gesprächsführung eine Möglichkeit, opioidabhängige Personen zu einer Veränderung (der beruflichen Situation) zu verhelfen, indem Motivation, Zuversicht und Selbstverpflichtung gestärkt werden.

Zu beachten ist, dass die Arbeit mit Klientinnen und Klienten immer eine Koproduktion darstellt. Ein dialogischer Verständigungsprozess und die Kooperation mit den Klientinnen und Klienten sind somit die Grundvoraussetzung für positive Veränderungen (vgl. Hochuli Freund/ Stotz 2013: 54).

Strukturierung und Vernetzung

Wie aus den vorangegangenen Argumentationen bereits deutlich wurde, kommt Professionellen der Sozialen Arbeit oftmals eine wichtige Vernetzerrolle zu.

Die Professionellen der Sozialen Arbeit haben es oftmals mit sehr komplexen und diffusen Problemstellungen ihrer Klientel zu tun, wodurch nahezu alles, was das Alltagsleben an Problemen mit sich bringt zum Gegenstand sozialarbeiterischer Unterstützung werden kann (vgl. ebd.: 45f.). Das soeben beschriebene Strukturmerkmal der diffusen Allzuständigkeit der Sozialen Arbeit kann jedoch auch positiv betrachtet werden, da diese die Fähigkeit erfordert, mit zahlreichen Organisationen und Professionen zu kooperieren und ganzheitliche Problemlösungen zu initiieren und zu koordinieren – wie auch durch das Konzept des Case Management verkörpert (vgl. ebd.: 109).

«Case Management ist ein Verfahren, das über Einrichtungs- und Sektorengrenzen hinweg Hilfeprozesse im Sinne der AdressatInnen koordinieren möchte.» (Ehlers/ Broer 2013: 9)

So stimmen Case Managerinnen und Case Manager professionelle Hilfen und Angebote mit informellen Ressourcen der Klientel aufeinander ab (vgl. ebd.: 10). «Die Koordinierungsfunktion der Sozialen Arbeit kann als Aufgabe gesehen werden, die sich die Soziale Arbeit selber zuweist.» (Hochuli Frend/ Stotz 2013: 109)

Der Strukturierung des Arbeitsprozesses mit Klientinnen und Klienten kommt in der Sozialen Arbeit somit eine sehr hohe Bedeutung zu. So ist ein strukturiertes Vorgehen beispielsweise wichtig, um die strukturelle Ungewissheit – worum es in einem Fall überhaupt geht, was zu tun und was zu lassen ist – so weit wie möglich reduzieren zu können (vgl. ebd.: 132). Um den Unterstützungsprozess strukturiert gestalten zu können, eignet sich beispielsweise die Orientierung anhand eines Prozessgestaltungmodells. Die Arbeit mit dem zirkulären Prozessgestaltungmodell der kooperativen Prozessgestaltung von Hochuli Freund und Stotz ist insofern für den Unterstützungsprozess geeignet, da es methodenintegrativ ist und sowohl die Kooperation mit Klientinnen und Klienten, als auch mit Fachpersonen berücksichtigt (vgl. ebd.: 135-137). Auf diese Weise kann eine Situation genau erfasst werden, bevor gemeinsam mit den relevanten Beteiligten Ziele formuliert und Interventionen geplant, durchgeführt und ausgewertet werden (vgl. ebd.: 135f.). Dies bedeutet, dass Professionelle der Sozialen Arbeit mit den Beteiligten in regelmässigem Austausch stehen sollten.

Die Erfahrung aus der Praxis zeigt, dass im Unterstützungsprozess opioidabhängiger Personen zahlreiche Professionen und Professionelle aus diversen Institutionen beteiligt sein können. Beispiele dafür sind Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen oder Professionelle der Sozialen Arbeit in Wohn- und Arbeitsinstitutionen, Sozialdiensten, Kliniken, Beratungsstellen oder als Beiständinnen und Beistände. Jedoch ist auch der Einbezug von Angehörigen essenziell, da diese zusätzliche Unterstützung bieten und ferner dazu beitragen können, dass mit Rückschlägen besser umgegangen werden kann (vgl. Borchartd 2012b: 125, Brückner 2004: 69).

Heiner (2007) unterscheidet bei multiprofessionellen Kooperationsbeziehungen zwischen der kontinuierlichen, kurzfristigen und punktuellen und der dauerhaften, inhaltlich begrenzten Zusammenarbeit (vgl.: 473). Je nach involvierten Institutionen gestaltet sich die Kooperationsbeziehung und die Intensität der Zusammenarbeit somit unterschiedlich. Gegenseitige Transparenz und Kommunikation haben in der fallbezogenen Vernetzung jedoch stets eine hohe Bedeutung und müssen bei Bedarf optimiert werden (vgl. Monzer 2013: 205).

Da es kaum möglich ist, alle möglichen Kooperationsbeziehungen mit ihrer Relevanz für die Arbeitsintegration opioidabhängiger Personen in Verbindung zu bringen oder alle Aufgaben und Möglichkeiten der Case Managerinnen und Case Manager darzulegen, wird im Folgenden kurz Bezug auf das Standortgespräch genommen, welches als Hilfestellung von Professionellen der Sozialen Arbeit initiiert werden kann:

Immer wieder kommt es vor, dass die in einen Fall involvierten Personen unterschiedliche Erwartungen haben und unterschiedliche Zielvorstellungen verfolgen (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2013: 251). Somit ist es wichtig, dass alle Beteiligten ihre Perspektive einbringen können und sich darüber verständigen, wer oder was sich verändern soll (vgl. von Spiegel 2006: 137). Ein Standortgespräch bietet sich als Mittel an, um die erwünschte Verständigung und Koordination im Unterstützungsprozess zu ermöglichen. Dabei muss es sich nicht zwingend um die Festlegung neuer Ziele handeln. Das gemeinsame Zusammentreffen eines Unterstützungssystems kann auch an anderer Stelle im Unterstützungsprozess angezeigt sein. Ein Anlass dafür wäre beispielsweise auch eine Evaluation, um gemeinsam die Qualität der bisherigen Unterstützungsleistungen zu beurteilen (vgl. Monzer 2013: 318). Eine allgemeine und typische Aufgabe im Case Management ist die Herstellung eines einheitlichen Fallverständnisses zwischen den involvierten Personen. So kann es auch von Bedeutung sein, im Beisein der Klientel eine übersetzende Funktion einzunehmen (vgl. ebd.: 111).

Zusammengefasst kann somit gesagt werden, dass neben den diversen Hilfestellungen anderer Professionen in Suchthilfeinstitutionen auch der Sozialen Arbeit eine wichtige Rolle zukommt. Neben der direkten Arbeit mit Klientinnen und Klienten, in welcher Hilfestellungen wie die Informationsvermittlung, Beratung, Begleitung oder die Stärkung der Motivation, Zuversicht und Selbstverpflichtung zentral sind, kommt Sozialarbeitenden auch eine wichtige Rolle zu, wenn es um die Vernetzung geht. So sind es oftmals die Sozialarbeitenden, welche bewirken, dass Hilfestellungen koordiniert, auf einander abgestimmt und somit schlussendlich effektiver gestaltet werden können.

Nach der Darlegung der Hilfestellungen der Suchthilfeinstitutionen widmet sich das Folgende Kapitel nun den Hilfestellungen innerhalb der Arbeitsintegrationsangebote.

4.2 Hilfestellungen der Arbeitsintegrationsangebote

Nachdem die Hilfestellungen der Suchthilfeinstitutionen vorgestellt wurden, liegt der Fokus nun auf den Hilfestellungen innerhalb der Arbeitsintegrationsangebote. Der Begriff der Arbeitsintegrationsangebote wurde bewusst gewählt, da bereits aus den vorgängigen Kapiteln deutlich wurde wie schwierig sich die Arbeit im ersten Arbeitsmarkt für opioidabhängige Personen gestalten kann. Nichtsdestotrotz ist es natürlich auch für opioidabhängige Personen möglich, einer Anstellung im ersten Arbeitsmarkt nachzugehen. Die nachfolgend vorgestellten Rahmenbedingungen und Hilfestellungen können auch diesbezüglich eine Orientierung bieten, damit die Arbeitsintegration möglichst erfolgreich verläuft.

Das vorliegende Kapitel bezieht sich zu Beginn auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen und deren Bedeutung für die Arbeitsintegration opioidabhängiger Personen.

In einem zweiten Schritt werden konkrete Hilfestellungen herausgearbeitet, durch welche Professionelle ihre Klientel bei der Aufnahme und Aufrechterhaltung einer arbeitsgezogenen Tagesstruktur unterstützen können.

4.2.1 Gestaltung der Rahmenbedingungen

In der Praxis der Arbeitsintegrationsangebote existiert eine Vielzahl Rahmenbedingungen, welche gestaltet werden müssen. Diese können die Attraktivität eines Angebotes beeinflussen oder je nach Ausgestaltung Personen mit gewissen Problematiken ein- oder ausschließen. So stellen sich beispielsweise folgende Fragen:

Welche Arbeiten werden angeboten?

Welche Leistung wird von den Klientinnen und Klienten verlangt?

Wie viel Verbindlichkeit wird gefordert?

Auf welche Weise sollen die Klientel neue Kompetenzen erlangen?

Somit muss ausgehandelt werden, wie viel von den Klientinnen und Klienten gefordert wird oder wie sehr die Rahmenbedingungen an ihre Lebenslage angepasst werden sollen.

Fakt ist, dass die Klientinnen und Klienten regelmässig und daher auch gerne zur Arbeit erscheinen sollen. Auch für die allgemeine Stabilisierung der Lebenssituation ist die Zufriedenheit opioidabhängiger Personen am Arbeitsplatz wesentlich. So wird am Ende einer deutschen Längsschnittstudie die Aussage getroffen, dass die mittlerweile abstinenten Personen zu Recht befürchten, bei einer massiven Unzufriedenheit mit ihrer Arbeitsplatzsituation eher wieder drogengefährdet zu werden (vgl. Sickinger 1992: 69).

Auf die Frage, wie die Rahmenbedingungen demnach gestaltet werden sollen, kann anhand des Flow-Begriffs des emeritierten Professors für Psychologie, Mihály Csíkszentmihályi, eine allgemeine Antwort gegeben werden:

Das Flow-Erlebnis beschreibt einen Zustand, in welchem sich eine Person so sehr in das Ausüben einer bestimmten Tätigkeit vertieft, dass sie tiefe Freude empfindet und vollständig darin aufgeht (vgl. Csíkszentmihályi 2004: 58f.).

Das Flow-Erlebnis ist dynamischer Natur und verändert sich somit je nach Anforderungen und Fähigkeiten (vgl. ebd.: 92):

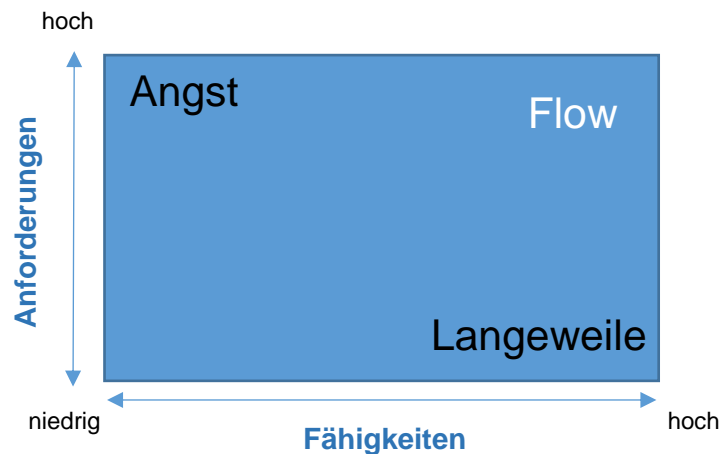


Abb. 4: Darstellung des Flow-Zustandes (vgl. Csikszentmihalyi 2004: 93).

Wie durch die Darstellung verdeutlicht, bereiten hohe Anforderungen bei geringen Fähigkeiten Angst. Umgekehrt können geringe Anforderungen auch Langeweile, Unzufriedenheit und Motivationsverlust erzeugen, wenn die eigenen Fähigkeiten bereits ausgeprägt sind (vgl. Csikszentmihalyi 2004: 93, Heiderich/Zyska-Wagner 2001: 115).

Ein Flow-Erlebnis stellt sich hingegen bei hohen Anforderungen und gleichzeitig ausgeprägten Fähigkeiten ein (vgl. Csikszentmihalyi 2004: 93). Um in jenen Flow-Zustand zu kommen müssen somit entweder die Anforderungen bei Fortschritten einer Person erhöht werden oder die eigenen Fertigkeiten müssen bei hohen Anforderungen verbessert werden (vgl. ebd.: 92f.). In Anbetracht der unterschiedlichen Lebenslagen, Problematiken und Ressourcen opioidabhängiger Personen kann in Bezug auf die Praxis abgeleitet werden, dass die Rahmenbedingungen flexibel, den Fähigkeiten der Klientel entsprechend gestaltet werden müssten. Beispielsweise ist ein Klient, der zuvor lange Zeit nicht gearbeitet hatte, körperliche Beschwerden hat und neben Heroin regelmässig weitere Substanzen konsumiert, mutmasslich schlechter in der Lage, regelmässig acht Stunden am Tag zu arbeiten als eine substituierte Klientin ohne Beikonsum, welche schon mehrere Jahre in einem Arbeitsintegrationsprogramm arbeitet. Somit sollten die einzelnen Klientinnen und Klienten durch ihre Ressourcen über das Mass der Anforderungen mitbestimmen können.

«Die zu verrichtende Arbeit sollte einerseits leicht erlernbar, andererseits interessant und qualifizierend sein.» (Kehrli 2009: 185) Demnach müssten jedoch sowohl einfache Tätigkeiten, welche wenig Vorkenntnisse und Einarbeitungszeit bedürfen, wie auch anspruchsvollere Tätigkeiten angeboten werden. Da davon auszugehen ist, dass die beruflichen Interessen opioidabhängiger Personen sehr unterschiedlich sind, wäre auch eine Auswahl an verschiedenen Tätigkeiten erforderlich.

Damit die Klientel bei Verbesserungen ihrer Fähigkeiten nicht ständig die Institution wechseln müssten, wäre somit auch eine gewisse Flexibilität innerhalb der Arbeitsintegrationsangebote ideal.

Um die Motivation der Mitarbeitenden einer Firma beizubehalten, spielt neben der attraktiven Gestaltung der objektiven Gegebenheiten auch die Sinnstiftung eine bedeutende Rolle. So sind Tätigkeiten attraktiver, wenn sie von der Gesellschaft als sinnvoll eingeschätzt werden und eine Bereicherung der Gemeinschaft bedeuten (vgl. Csikszentmihalyi 2004: 119f.). Sicherlich lässt sich jene allgemeine Aussage auch auf die Motivation opioidabhängiger Personen übertragen. Eine reine Beschäftigung oder die Herstellung von Produkten, für die es keinen Markt gibt, werden als demotivierend und entwürdigend erachtet (vgl. Blattmann/Merz 2010: 14).

Selbstverständlich ist nicht das Ziel, alle Betroffenen in einen dauerhaften Flow-Zustand zu versetzen. Jedoch kann der Flow-Begriff als Orientierungshilfe gesehen werden, denn wer keine Freude an einer Tätigkeit hat, ist höchstwahrscheinlich auch nicht gut darin (vgl. Csikszentmihalyi 2004: 61).

Es stellt sich die Frage, inwiefern jene hohe Flexibilität in der Praxis zu gewährleisten ist. Hierzu wird in Kapitel 5 beschrieben, wie sich die Rahmenbedingungen in einem ausgewählten Arbeitsintegrationsangebot gestalten.

Zuvor werden im letzten Teil des 4. Kapitels jedoch die Hilfestellungen beschrieben, welche die Professionellen innerhalb der Arbeitsintegrationsangebote zur Aufrechterhaltung einer arbeitsbezogenen Tagesstruktur opioidabhängiger Personen beitragen können.

4.2.2 Hilfestellungen der Professionellen

Die Erfahrung zeigt, dass oftmals auch andere Berufsgruppen, wie beispielsweise Personen mit einer Ausbildung in Arbeitsagogik, in Arbeitsintegrationsangeboten arbeiten. Da in den betreffenden Institutionen jedoch auch Professionelle der Sozialen Arbeit vertreten sind und die Hilfestellungen innerhalb der Arbeitsintegrationsangebote der Vollständigkeit halber nicht ausgeblendet werden sollen, fließen auch diese in die Beantwortung der Fragestellung ein.

Deci und Ryan gehen mit ihrer Selbstbestimmungstheorie davon aus, dass sich Menschen stetig weiterentwickeln wollen und nennen drei psychologische Basisbedürfnisse, zu deren Befriedigung die Auseinandersetzung mit dem Umfeld unvermeidlich ist: die Bedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz und sozialer Einbindung (vgl. Martinek 2012: 4).

Vergleicht man jene psychologischen Basisbedürfnisse mit den psychischen, physischen und sozialen Folgen, welche eine Opioidabhängigkeit mit sich bringen kann, werden rasch Diskrepanzen sichtbar.

Wie in Kapitel 2.2.3 festgehalten, fehlen beispielsweise oftmals berufliche Kompetenzen und Qualifikationen. Auch sind manche Betroffene sozial verwahrlost oder durch Geldknappheit oder Beschaffungsstress in ihrer Autonomie eingeschränkt.

Somit soll im Folgenden herausgearbeitet werden, mit welchen konkreten Hilfestellungen Professionelle innerhalb der Arbeitsintegrationsangebote zur Befriedigung der Bedürfnisse nach Autonomie, sozialer Einbindung und Kompetenz beitragen können. Dadurch sollen opioidabhängige Personen aus der arbeitsbezogenen Tagesstruktur einen persönlichen Mehrwert ziehen und intrinsische Motivation entwickeln können. Da äussere Anreize (welche extrinsische Motivation aufbauen) mit der Zeit wirkungslos werden können, ist die intrinsische Motivation somit zentral (vgl. Heiderich 2010: 17).

Autonomie

In jenem Zusammenhang wird Autonomie nicht mit Unabhängigkeit gleichgesetzt, sondern bedeutet, dass sich eine Person als Urheberin oder Urheber einer Handlung wahrnimmt. Unterstützung durch Ressourcen oder andere Personen werden dabei nicht ausgeschlossen (vgl. Martinek 2012: 4). Heiderich (2010) beschreibt konkrete Handlungen, welche zur Befriedigung verschiedenster biologischer, psychischer und sozialer Bedürfnisse der Arbeitnehmenden am Arbeitsplatz beitragen können (vgl. 174-180). Folgende könnten sich nach eigener Einschätzung auch auf das Autonomiebedürfnis positiv auswirken:

- Die Bereithaltung von Wahlmöglichkeiten hinsichtlich Arbeitsaufgaben
- Die Förderung *ganzheitlicher* Arbeitsschritte – die Vermeidung von voneinander losgelösten Teilarbeitsschritten, die von verschiedenen Beschäftigten ausgeführt werden
- Die Übertragung von Verantwortung
- Die Förderung von eigenständiger Aufgabenerledigung
- Die Förderung von Mitbestimmung innerhalb von Teams (vgl. ebd.: 176-178).

Im Hinblick auf die Mitbestimmung wäre beispielsweise denkbar, die Klientel bei der Auswahl hergestellter Produkte mitentscheiden zu lassen. Die Förderung der eigenständigen Aufgabenerledigung bedingt erwartungsgemäss ein gewisses Mass an Information und Orientierung. Dazu beitragen könnten beispielsweise die Mitteilung der Erwartungen, die Übertragung eines überschaubaren Aufgabengebietes und die Bereitstellung aller zur Durchführung der Aufgabe benötigten Informationen (vgl. ebd.: 176).

Soziale Einbindung

Für die soziale Einbindung opioidabhängiger Personen könnten die folgenden Hilfestellungen von Bedeutung sein:

- Das Schenken von Beachtung, Entgegennehmen und Berücksichtigen von Problemen, Wünschen etc.
- Die Förderung persönlicher Kontakte durch kleine Arbeitsgruppen, räumliche und zeitliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen und Vermeidung von Anonymität
- Unterstützung in schwierigen Situationen – betreffend Arbeit oder falls gewünscht, auch privat
- Die Einrichtung von Teamarbeit
- Die Durchführung gemeinsamer Aktivitäten, wie Anlässe oder Ausflüge (vgl. ebd.: 176-179).

Neben der sozialen Einbindung innerhalb Arbeitsintegrationsangeboten sind auch die privaten sozialen Kontakte mit Angehörigen oder Freunden bedeutend, wie am Ende des Kapitels 4.1.2 bereits angetönt wurde. Das Unterstützungssystem müsste sich somit individuell darüber austauschen, welche Professionellen bei Bedarf zur sozialen Integration beitragen könnten.

Kompetenz

Unter dem Kompetenzbedürfnis könnte einerseits das Bedürfnis nach dem Erwerb neuer Kompetenzen verstanden werden. Andererseits kann der Begriff auch das Bedürfnis beinhalten, sich selber als kompetent zu erleben.

Jene, von Heiderich formulierten Hilfestellungen könnten dazu beitragen, beide Auffassungen des Kompetenzbedürfnisses am Arbeitsplatz zu befriedigen:

- Die Förderung von Weiterbildung
- Die Einführung individueller Auswertungen und Fördermassnahmen
- Unterstützung bei Zielen
- Die Mitteilung der Erwartungen
- Rückmeldungen über die persönlichen Beiträge und Leistungen
- Die Anerkennung geleisteter Arbeit durch Feedbacks
- Die sinnvolle Aufteilung der zu bewältigenden Aufgaben (Kompetenzen der einzelnen Personen nutzen)
- Die Vermeidung von Überforderung und Unterforderung (vgl. ebd.: 176-178).

Bezogen auf die herausgearbeiteten Problematiken opioidabhängiger Personen könnte die Förderung von Weiterbildung oder die Unterstützung bei Zielen bedeuten, diesen die Möglichkeit und die Zeit zu bieten, sich nach langer Arbeitslosigkeit wieder Schritt für Schritt an eine arbeitsbezogene Tagesstruktur zu gewöhnen. Auch hilfreich wäre, nach Möglichkeit eine abgebrochene Ausbildung nachholen zu können oder neue Fähigkeiten zu erlernen. Auch die Aneignung neuer Soft Skills, wie Kritikfähigkeit, Selbstdisziplin oder kommunikativer Kompetenzen könnten als Ziele gesetzt und angestrebt werden. All dies würde jedoch bedingen, dass bei der Arbeit auch Fehler gemacht werden dürfen und von vorne begonnen werden kann (vgl. Sennett 2008: 101). «Welche angeborenen Fähigkeiten ein Mensch auch besitzen mag, zu ihrer Entfaltung gelangt diese Begabung nur schrittweise durch Übung und Wiederholung.» (ebd.: 101)

Auch der Stabilisierung des Selbstbewusstseins durch die Arbeit kommt eine hohe Bedeutung zu, da dieses bekanntermassen bei einer Vielzahl opioidabhängiger Personen eher gering ist. «Es gibt eindeutige Hinweise darauf, dass Erfolgserlebnisse im beruflichen Bereich das Selbstbewusstsein enorm verbessern und den Ausstiegsprozess insgesamt stabilisieren können.» (Sickinger 1992: 71) Die Ermöglichung von Erfolgserlebnissen kann einerseits durch die bereits erwähnte Vermeidung von Unter – und Überforderung gewährleistet werden. Ausserdem kann sicherlich auch die obenstehend erwähnte Anerkennung der geleisteten Arbeit durch positive Feedbacks zur Selbstwertstabilisierung beitragen.

Die Einführung individueller Fördermassnahmen lässt vermuten, dass sich hinter dem Begriff ein gesamter Unterstützungsprozess verbergt, da beispielsweise erst herausgearbeitet werden muss, aus welchen Gründen welche Fördermassnahmen für eine Klientin oder einen Klienten hilfreich sein könnten. Demnach sollte jener Prozess, wie auch bei den Hilfestellungen der Suchthilfeinstitutionen, möglichst strukturiert werden. Somit wäre auch innerhalb der Arbeitsintegrationsangebote eine Unterstützung in Form einer strukturierten Prozessgestaltung (beispielsweise anhand des kooperativen Prozessgestaltungsmodells von Hochuli Freund und Stotz) angezeigt. Auf diese Weise könnte die oben erwähnte Unterstützung bei Zielen in strukturierter Art und Weise erfolgen, indem gemeinsam mit Klientinnen, Klienten und den involvierten Fachpersonen individuell Ziele festgelegt, Interventionen zur Erreichung geplant, durchgeführt und anschliessend evaluiert werden.

Zusammenfassend müssten sowohl die Rahmenbedingungen der Arbeitsintegrationsangebote, wie auch die konkreten Hilfestellungen sehr individuell gestaltet werden, um allen Personen mit einer Opioidabhängigkeit gerecht zu werden.

Generell kann die Aussage getroffen werden, dass Rahmenbedingungen, welche sowohl eine Überforderung, wie auch eine Unterforderung der Klientel vermeiden und Hilfestellungen, welche die Bedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz und sozialer Einbindung befriedigen sehr bedeutend sind.

Auch weitere, in der Sozialen Arbeit gebräuchliche Konzepte, deuten auf die Relevanz der soeben beschriebenen Hilfestellungen hin. So wird beispielsweise auch als Ziel des Empowerment-Konzeptes beschrieben, «(...) Menschen zur Entdeckung ihrer eigenen (vielfach verschütteten) Stärken zu ermutigen, ihre Fähigkeiten zu Selbstbestimmung und Selbstveränderung zu stärken und sie bei der Suche nach Lebensräumen und Lebenszukünften zu unterstützen, die einen Zugewinn von Autonomie, sozialer Teilhabe und eigenbestimmter Lebensregie versprechen.» (Herringer 2002: 7)

Zum Vergleich der herausgearbeiteten Hilfestellungen mit den Hilfestellungen in der Praxis, wird im folgenden Kapitel je eine Institution der Suchthilfe und der Arbeitsintegrationsangebote näher vorgestellt, um die Ergebnisse des vorliegenden Kapitels darauf beziehen zu können.

5. Institutionen der Suchthilfe

Im ersten Kapitel der vorliegenden Arbeit wurde bereits auf das Suchthilfeangebot des Kantons Bern eingegangen. Durch die Vielzahl der existierenden Suchthilfeangebote, beschränkt sich auch jenes Kapitel der Übersichtlichkeit halber auf die Suchthilfeinstitutionen des Kantons Bern. Nachdem je eine Suchthilfeinstitution und ein Arbeitsintegrationsangebot näher vorgestellt wurden, folgt jeweils ein Vergleich mit den herausgearbeiteten Hilfestellungen. Auf diese Weise soll aufgezeigt werden, inwiefern die Hilfestellungen in der Praxis bereits umgesetzt werden und wo allenfalls noch Handlungsbedarf besteht.

5.1. Suchthilfeinstitutionen

Da die Definition der Suchthilfeinstitutionen in der vorliegenden Arbeit sehr breit gefasst wird, fallen etliche Institutionen unter diesen Begriff. So existieren im Kanton Bern neben Angeboten der ambulanten und stationären Beratung und Therapie auch diverse Suchtfachkliniken und psychiatrische Einrichtungen mit suchtmmedizinischer Spezialisierung (vgl. GEF Kanton Bern 2008: 18-21). Betreute Wohneinrichtungen mit und ohne Beschäftigung, Notschlafstellen, sowie Kontakt- und Anlaufstellen mit niederschwelliger Beratung, Konsumationsräumen, Aufenthalts- und Verpflegungsmöglichkeit sowie sauberem Injektionsmaterial gehören ebenso zum Angebot, wie Heroingestützte- und Methadonbehandlungen (vgl. ebd.: 21-24). Durch die eigene Praxiserfahrung liegt es nahe, dass im Folgenden die Heroingestützte Behandlung KODA näher vorgestellt wird.

5.1.1 Heroingestützte Behandlung KODA

Die Heroingestützte Behandlung KODA bietet schwerstabhängigen Drogenkonsumierenden eine betäubungsmittelgestützte, integrierte sozial-psychiatrische Behandlung an (vgl. KODA Leitbild o.J.: 4). Zur Zielgruppe gehören Personen, bei welchen andere Behandlungsversuche, insbesondere abstinentorientierte Behandlungen und Methadonbehandlungen, vorgängig gescheitert sind (vgl. KODA Behandlungskonzept 2015: 5). «Sie haben verschiedene Defizite und Ressourcen, doch alle von ihnen weisen eine Opiatabhängigkeit auf und sind in ihrer somatischen, psychischen und/oder sozialen Gesundheit eingeschränkt.» (KODA Behandlungskonzept 2015: 5) Angeboten werden insgesamt 220 Behandlungsplätze an zwei Standorten in der Stadt Bern (vgl. KODA Homepage o.J.: o.S.).

Die Behandlung wird durch ein interdisziplinäres Team, zusammengesetzt aus Fachpersonen aus den Bereichen Medizin (Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen) und Sozialarbeit, geleistet (vgl. KODA Leitbild o.J.: 4). Des Weiteren besteht auch das Angebot der psychologischen Beratung durch eine Psychologin.

Zum Angebot gehört « (...) die kontrollierte, regelmässige, sichere und ausreichende Opiat-medikation, die weitere Medikamentenabgabe sowie die Beratung und Begleitung mit dem Ziel der Stabilisierung und Verbesserung der gesundheitlichen Situation und der schrittweisen sozialen Reintegration.» (ebd.: 4) « Die Behandlung verfolgt, individuell und patientInnenbezogen, acht generelle Ziele:

1. Überleben sichern
2. Stabilisieren im psychischen, gesundheitlichen und sozialen Bereich
3. Distanzieren von der Szene und der illegalen Heroinbeschaffung
4. Abbau von weiterem, risikoreichem, illegalem und legalem Suchtmittelkonsum
5. Reduktion von Drogenkriminalität, -prostitution und sozial auffälligem Verhalten
6. Schrittweise (Re-) Integration unter Berücksichtigung der individuellen und gesellschaftlichen Möglichkeiten
7. Wiedererlangung von sozialer Kompetenz, Autonomie und Selbstverantwortung in der Lebensgestaltung
8. Erreichen von Abstinenz von legalen und illegalen Suchtmitteln» (ebd.: 7)

Hierzu wird jeder Klientin/ jedem Klienten je eine Bezugsperson aus den Bereichen Medizin, Pflege und Sozialarbeit zugeteilt (vgl. ebd.: 11). «Diese bilden eine Bezugsgruppe, die gemeinsam zuständig ist für die Behandlung und den Behandlungsplan, wobei jedes Mitglied für seinen Fachbereich die Verantwortung zu übernehmen hat.» (ebd.: 11) Der Behandlungsverlauf wird kontinuierlich überprüft und die Behandlungsziele werden individuell angepasst (vgl. KODA Behandlungskonzept 2015: 20). Die gesamte Behandlung wird ambulant durchgeführt, basiert auf Freiwilligkeit und kann von den Klientinnen und Klienten jederzeit beendet werden (vgl. KODA Leitbild o.J.: 10).

Kernstück der Behandlung ist die regelmässige Opioidmedikation unter medizinischer Aufsicht, welche bis zu zweimal täglich erfolgen kann. Abgegeben wird neben Diaphin (Heroin) auch Methadon oder Morphin in Tablettenform (vgl. KODA Behandlungskonzept 2015: 4-6). Neben der Unterstützung beim Abbau des Beikonsums können auch komorbid auftretende Störungen und Krankheiten mitbehandelt werden (vgl. ebd.: 6). «Durch Hilfestellungen bei der Veränderung des sozialen Umfeldes soll im Weiteren eine Distanzierung von der Drogenszene erreicht werden.» (ebd.: 6) Zu den Behandlungsgrundsätzen gehört ausserdem, dass das Erarbeiten von Zielsetzungen und die Auswahl der Mittel und Wege stets in Kooperation mit den Klientinnen und Klienten, unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse geschieht (vgl. ebd.: 6). «Die Behandlung ist sozialpsychiatrisch ausgerichtet, daher erfolgt sie möglichst unter Einbezug des relevanten institutionellen und sozialen Umfeldes. Eine Rehabilitation und Reintegration in die Gesellschaft wird angestrebt. Dabei wird ressourcenorientiert gearbeitet.» (ebd.: 7)

Das Ärzteteam führt medizinische und psychiatrische Untersuchungen durch und verordnet die zur Substitution abgegebenen Opiode. Zu den Aufgaben der Ärztinnen und Ärzten gehören ausserdem das Erkennen und Behandeln komorbider, psychiatrischer Störungen und die somatisch-medizinische Behandlung, bei welcher eng mit Hausärztinnen, Hausärzten und dem Berner Inselspital zusammengearbeitet wird. Auch die allgemeine Gesundheitsvorsorge ist Teil des ärztlichen Angebotes, wozu beispielsweise auch Impfungen gegen Hepatitis A und B gehören (vgl. ebd.: 11f.).

Zu den Aufgaben der Pflegefachpersonen gehört die kontrollierte Abgabe der Opiode, Überwachung und Einschätzung deren Verträglichkeit, sowie die Erfassung von psychischen, gesundheitlichen und sozialen Problemen. Ausserdem werden auch Medikamente nach Verordnung abgegeben und pflegerische Handlungen, wie die Wundversorgung gewährleistet. Die Klientinnen und Klienten werden zur selbständigen, korrekten und hygienischen Injektion angeleitet und während ihrem Aufenthalt in den Abgaberäumlichkeiten betreut (vgl. ebd.: 13). Auch dazu gehören «kurze, strukturierte, zielorientierte Gespräche, in welchen Themen des alltäglichen Lebens wie Hygiene, Körperpflege, Ess- und Trinkverhalten, Kleidung, Tagesablauf und Tagesstruktur, Umgangsformen, Aktivitäten des täglichen Lebens, selbstverantwortliches und verbindliches Handeln, usw. reflektiert und bearbeitet werden. Ziel ist eine Erhöhung der sozialen Kompetenz und der Fähigkeiten der Alltagsbewältigung.» (ebd.: 13)

Die sozialarbeiterische Unterstützung erfolgt in Form von regelmässigen und verbindlichen Beratungsgesprächen, deren Häufigkeit jedoch individuell festgelegt wird (vgl. ebd.: 14). «Die Gesprächsinhalte im sozialarbeiterischen Setting basieren auf den gemeinsam im interdisziplinären Bezugspersonensystem festgelegten Zielsetzungen. Es wird geklärt, welche Unterstützung die einzelnen PatientInnen benötigen. Die Hilfe und Unterstützung erfolgt nach dem Prinzip der Subsidiarität, das heisst dort, wo nicht schon eine andere Institution zuständig ist und wo die PatientIn etwas nicht selber erledigen kann.» (ebd.: 14) Ausserdem wird die motivierende Gesprächsführung als Methode für die Beratungsarbeit eingesetzt (vgl. ebd.: 14).

«Der primäre Focus der Sozialarbeit in der KODA ist die Existenzsicherung. Diese beinhaltet eine Sicherstellung der finanziellen Situation und die damit verbundene Loslösung aus dem halblegalen (z.B. Prostitution) und illegalen Erwerb.» (ebd.: 14) Direkte finanzielle oder materielle Mittel werden jedoch nicht zur Verfügung gestellt. Dagegen gehören die Vermittlung von Sachhilfe, die Motivierung zur Arbeit, die Klärung der Ansprüche auf Versicherungsleistungen oder eine freiwillige Einkommens- und Vermögensverwaltung zu den Aufgaben der Sozialarbeitenden (vgl. ebd.: 15). «Weiterführende Hilfestellungen sind von den Möglichkeiten und Zielen der PatientInnen abhängig und somit sehr individuell.» (ebd.: 14)

Diese reichen von der Unterstützung bei der Suche einer adäquaten Wohnmöglichkeit über die Beratung betreffend strafrechtlichen Angelegenheiten oder Möglichkeiten zur Gestaltung der Tagesstruktur bis hin zur Stabilisierung der Klientel in Krisensituationen (vgl. ebd.: 14f.). Auch die Zusammenarbeit mit externen Institutionen ist in der Arbeit der Sozialarbeitenden zentral. Es wird eine enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Institutionen, wie Sozialdiensten, Wohn- oder Arbeitsangeboten angestrebt (vgl. ebd.: 14f.). «Gemeinsame Besprechungen (HelferInnenkonferenzen) mit anderen involvierten Stellen finden regelmässig statt. (...) Die Rolle der FallkoordinatorIn wird in vielen Fällen von den SozialarbeiterInnen der KODA übernommen.» (ebd.: 15)

Innerhalb der KODA erfolgt der interdisziplinäre Austausch unter anderem durch den täglichen Akutrapport, an welchem alle Berufsgruppen teilnehmen und akut auftretende Probleme mitgeteilt, sowie Notfälle und Kriseninterventionen koordiniert werden.

Des Weiteren findet einmal pro zwei Wochen ein Bezugspersonenrapport zwischen den zuständigen Personen aus dem Ärzteteam, der Pflege und der Sozialarbeit statt, an welchem Informationsaustausch, Behandlungsabsprachen, -koordination und –planung stattfinden (vgl. ebd.: 19).

5.1.2 Vergleich der Hilfestellungen

Werden die Rahmenbedingungen und Hilfestellungen der KODA mit den in Kapitel 4.1 erarbeiteten Hilfestellungen verglichen, fällt zunächst auf, dass durch die KODA, ausser der direkten Unterstützung betreffend (Teil-)Entzug, die beschriebenen professionsübergreifenden Hilfestellungen zu einem Grossteil abgedeckt werden können. Selbstverständlich können beispielsweise nicht alle ärztlichen Behandlungen ambulant, in der KODA durchgeführt werden. Jedoch werden sowohl medizinische und psychiatrische Behandlung, psychologische Beratung, wie auch Substitution angeboten. Für die weiteren Hilfestellungen, wie einem (Teil-)Entzug existieren im Kanton Bern, wie in Kapitel 5.1 beschrieben, diverse Angebote der ambulanten und stationären Beratung und Therapie.

Betreffend Hilfestellungen der Sozialen Arbeit wird sowohl die Informationsvermittlung, wie auch die Beratung und Begleitung angeboten. Durch die individuellen Zielsetzungen kann somit auch den Lebenslagen, Problematiken und Ressourcen der Klientel Rechnung getragen werden. Ausserdem kann davon ausgegangen werden, dass sich die Sozialarbeitenden durch die Vernetzung mit weiteren involvierten Professionellen und nicht zuletzt auch durch die regelmässigen, verbindlichen Beratungsgespräche zunehmend ein Bild der vorherrschenden Problematiken, Ressourcen und der individuellen Lebenslagen machen können. Ausserdem wird grossen Wert darauf gelegt, die vorhandenen Angebote und Institutionen zu kennen, um die Klientel möglichst kompetent beraten zu können.

Zu jenem Zweck wird unter anderem eine *Soziothek* mit den aktuellen Angeboten verschiedener Institutionen geführt, welche auch den Klientinnen und Klienten zugänglich ist (vgl. ebd.: 16).

Wie bereits erwähnt wurde, führen die Sozialarbeitenden der KODA die Beratungsgespräche anhand der motivierenden Gesprächsführung durch. Die Förderung von Motivation, Zuversicht und Selbstverpflichtung ist somit ein zentrales Element der Beratung.

Auch wurde deutlich, welcher hoher Stellenwert der Vernetzung mit involvierten Professionellen und Institutionen zukommt. Intern wird die Kommunikation durch die regelmässig stattfindenden Rapporte und Sitzungen gewährleistet. Auch die Zusammenarbeit und der Austausch mit externen Institutionen ist von grosser Bedeutung und findet beispielsweise im Rahmen von Standortgesprächen statt. Der herausgearbeitete Fakt, dass die Rolle der Vernetzung in Suchthilfeinstitutionen meist der Sozialen Arbeit zukommt, trifft auch auf die Arbeit in der KODA zu, da es meist die Sozialarbeitenden der KODA sind, welche die Fallkoordination übernehmen. Im Gegensatz zu den herausgearbeiteten Hilfestellungen arbeiten die Sozialarbeitenden der KODA nicht anhand eines Prozessgestaltungsmodelles. Jedoch vermitteln auch die regelmässige Besprechung, und die strukturierte und terminierte Überprüfung und Auswertung der Ziele eine gewisse Struktur im Unterstützungsprozess.

Um auch die Hilfestellungen der Arbeitsintegrationsangebote mit der Praxis verknüpfen zu können, wird im Folgenden eines der Arbeitsintegrationsangebote des Kantons Bern vorgestellt.

5.2 Arbeitsintegrationsangebote

Im Kanton Bern existieren Arbeitsintegrations- und Beschäftigungsprogramme, Taglohnangebote, sowie heiminterne Werkstätten. Da viele Einrichtungen auch Personen mit psychosozialen Problemen oder psychischen Beeinträchtigungen, ohne Suchtmittelabhängigkeiten aufnehmen, sind suchtspezialisierte Angebote nicht klar abgrenzbar (vgl. GEF Kanton Bern 2008: 23).

Das Arbeitsintegrationsangebot, welches von Klientinnen und Klienten der KODA wohl am häufigsten genutzt wird, ist das Taglohnprojekt CONTACT Arbeit Holz+Textil⁵, welches im Folgenden vorgestellt wird.

⁵ bis vor Kurzem unter dem Namen *Triva Holz+Textil* bekannt

5.2.1 CONTACT Arbeit Holz+Textil

Das Taglohnprojekt CONTACT Arbeit Holz+Textil ist eines der vielfältigen Angebote der CONTACT Stiftung für Suchthilfe⁶, welche im Kanton Bern neben Arbeitsintegrationsangeboten unter anderem auch aufsuchende Suchtarbeit betreibt, Wohnbegleitung und ambulante Suchtbehandlung anbietet oder Kontakt- und Anlaufstellen führt (vgl. CONTACT Angebote o.J.: o.S.). Betreffend Arbeitsintegration betreibt die Stiftung CONTACT in unterschiedlichen Projekten beispielsweise einen Bioladen und bietet weitere Arbeitsplätze im Gartenbau, Elektrorecycling, durch Reinigungs-, Renovationsarbeiten oder durch die Herstellung von Holz- und Textilarbeiten an (vgl. ebd.: o.S.). So werden im CONTACT Arbeit Holz+Textil dem Namen entsprechend Holz- und Textilarbeiten nach Mass, sowie Holz- und Textil-Eigenprodukte hergestellt (vgl. CONTACT Arbeit-Produkte o.J.: o.S.). «Was als Beschäftigungsprojekt begann, hat sich mittlerweile zu einer gut eingerichteten Schreinerei und einem professionell ausgestatteten Textilatelier entwickelt. 22 begleitete Arbeitsplätze bietet CONTACT Arbeit, Holz+Textil, insgesamt an. Die Produktpalette reicht vom Futonbett und dem Designhocker bis zum Kinderbademantel und dem Brillenetui.» (CONTACT Arbeit – Direktverkauf o.J.: o.S.) Zum Verkauf angeboten werden die Produkte online oder durch Wiederverkäufer (vgl. ebd.: o.S.).

Die Zielgruppe des Taglohnprojektes besteht aus Männern und Frauen, die von illegalen Suchtmitteln abhängig und dauernd oder vorübergehend aus dem normalen Arbeitsprozess ausgegliedert sind. Durch das *Holz+Textil* wird eine niederschwellige Möglichkeit geboten, in den Arbeitsprozess einzusteigen und anhand eines Stufenmodells, Verbindlichkeit und Pensum individuell zu steigern (vgl. CONTACT Merkblatt Beschrieb Arbeitsangebot 2016: 1).

Allgemein sollen die Klientinnen und Klienten bei der Arbeit in ihren Fähigkeiten und Ressourcen gefördert werden. Die Arbeit steht dabei im Zentrum der Zusammenarbeit. Durch sachliche und persönliche Rückmeldung sollen die Klientinnen und Klienten in ihren individuellen Lernprozessen gefördert werden und durch Wertschätzung der geleisteten Arbeit ihr Selbstwertgefühl stärken können. Auch dienen die Professionellen als Ansprechpartner für Anliegen und koordinieren diese, wo nötig (vgl. CONTACT Betreuungskonzept 2016: 1).

Das Team des CONTACT Arbeit Holz+Textil besteht aus Berufsleuten, welche ursprünglich eine Schreiner- oder Schneiderlehre absolvierten – teilweise mit Zusatzausbildung zur Arbeitsagogin oder zum Arbeitsagogen. Die Leiterin des CONTACT Arbeit Holz+Textil verfügt über eine sozialarbeiterische Ausbildung (vgl. CONTACT Mail 2016: o.S.).

⁶ ehemals Stiftung *Contact Netz*

Von Montag bis Freitag kann jeweils am Morgen (von 09:00 bis 12:00) und teilweise auch Nachmittags (von 13:00 bis 16:00) gearbeitet werden (vgl. CONTACT Merkblatt Beschrieb Arbeitsangebot 2016: 1). Die Schreinerei bietet jeweils 17 Plätze, während im Textilatelier 14 Arbeitsplätze angeboten werden (vgl. CONTACT Mail 2016: o.S.).

Interessierte Personen müssen sich vorgängig anmelden. Die Anmeldung ist anschliessend ein ganzes Jahr gültig und die Klientinnen und Klienten können grundsätzlich selber entscheiden, wie oft und wann sie arbeiten wollen. Erscheinen zu Beginn einer Schicht mehr Personen zur Arbeit als es Plätze gibt, entscheidet das Los, wer arbeiten darf.

Im arbeitsagogischen Konzept wird zwischen drei Phasen mit jeweils unterschiedlichen Anforderungen, Ziele und Leistungen unterschieden:

Phase A: Niederschwelliger Taglohn – Stabilität erarbeiten – Arbeit intern

Als Ziele gelten der Einstieg in eine geregelte Arbeitssituation und Tagesstruktur, das Erarbeiten von Soft Skills, sowie das Wiedererlernen von sozialen Fähigkeiten und handwerklichen Fertigkeiten. Anforderung ist, neben dem Einhalten der Regeln und der Motivation zur Arbeit auch die Fähigkeit, drei Stunden arbeiten zu können.

Die Klientinnen und Klienten erhalten neben einer geregelten Tagesstruktur, Betreuung und Begleitung am Arbeitsplatz einen Lohn von 6 Franken pro Stunde ausbezahlt (vgl. CONTACT Betreuungskonzept 2016: 1).

Phase B: Festanstellung- Verbindlichkeit erarbeiten- Arbeit intern

In jener Phase soll neben dem Erkennen und Stabilisieren der persönlichen Ressourcen und der Kompetenzerweiterung auch Verbindlichkeit, Zuverlässigkeit und Durchhaltewille trainiert werden. Dazu müssen die Klientinnen und Klienten ein festgelegtes Arbeitspensum einhalten können (ein bis neun Halbtage pro Woche). Verlangt wird ausserdem die Auseinandersetzung mit Kooperationsbereitschaft, Team-, Denk-, und Lernfähigkeit, sowie die Motivation, die persönliche Situation zu reflektieren und zu analysieren.

In Phase B werden gemeinsam Vereinbarungen getroffen und individuelle Ziele gesetzt, bearbeitet und überprüft. Dafür erhalten die Klientinnen und Klienten eine Bezugsperson, mit welcher eine begrenzte Zeit für die individuelle Ziel- und Themenbearbeitung oder Standortgespräche zur Verfügung steht. Das Team des *Holz+Textil* übernimmt jedoch in der Regel keine Vernetzungsarbeit. Dafür können die Klientinnen und Klienten an einen Mitarbeiter der mobilen Suchtarbeit verwiesen werden, welcher sich für Kurzgespräche anbietet.

Ausbezahlt werden in Phase B 8 Franken pro Stunde (vgl. ebd.: 2, CONTACT Mail 2016: o.S.).

Phase C: Festanstellung- Verantwortung übernehmen – Arbeit intern oder extern

In jener Phase stehen die Integration in den Arbeitsprozess und die Übernahme von Verantwortung am Arbeitsplatz und im Arbeitsalltag im Vordergrund. Gefordert werden Selbständigkeit, Zuverlässigkeit, sowie hohe Leistungsbereitschaft und Verbindlichkeit. Auch das Mindestpensum von 5 Halbtagen pro Woche muss eingehalten werden. Weitere Ziele der Phase C sind die Verantwortungsübernahme für die eigene Abhängigkeit und deren Folgen in Bezug auf die Arbeit oder auch die Übernahme eines Kompetenzbereiches am Arbeitsplatz. Ausserdem ist auch das Trainieren von Alltags- und Arbeitssituationen im ersten oder zweiten Arbeitsmarkt möglich, indem ein externes Praktikum absolviert wird. Dazu wird nach Bedarf mit externen Stellen oder Fachpersonen zusammengearbeitet. Ausserdem finden regelmässige Gespräche statt. Der Lohn für Klientinnen und Klienten der Phase C beträgt 10 Franken pro Stunde (vgl. CONTACT Betreuungskonzept 2016: 2).

In der Arbeit sind sowohl der gegenseitige Respekt, wie auch die Anerkennung dessen, dass Rückschläge und Rückfälle zum Alltag suchtmittelabhängiger Personen gehören zentral. Auch werden nur Vereinbarungen getroffen, welche den Möglichkeiten der Klientinnen und Klienten entsprechen. Wer beispielsweise Mühe hat, morgens pünktlich zur Arbeit zu kommen, wird bei einer Festanstellung eher Nachmittags eingesetzt (vgl. CONTACT Mail 2016: o.S.). Auch ausserhalb der Arbeitszeiten finden regelmässig freiwillige Anlässe, wie ein gemeinsames Bräteln, Brunch, ein Skitag oder ein eigener Stand am Direktverkauf der hergestellten Produkte statt (vgl. ebd.: o.S.).

5.2.2 Vergleich der Hilfestellungen

Beim Vergleich mit den in Kapitel 4.2 vorgestellten Rahmenbedingungen und Hilfestellungen der Arbeitsintegrationsangebote fallen einige Übereinstimmungen auf. Betreffend Rahmenbedingungen bietet das CONTACT Arbeit Holz+Textil eine hohe Flexibilität. Dies zeigt sich beispielsweise anhand der freien Gestaltung der Arbeitspensen. Durch den Aufbau in drei Phasen wurde somit eine Möglichkeit gefunden, dem Bedarf und den Ressourcen der Klientel möglichst individuell gerecht zu werden. Auch der durch den Flow-Zustand begründeten Vermeidung von Unter- und Überforderung kann auf diese Weise Rechnung getragen werden, da die Anforderungen anhand der Phasen gesteigert werden und auch die Ziele und Vereinbarungen den Möglichkeiten der Klientel entsprechen sollen. Deutlich wurde auch, dass es für die hergestellten Produkte einen Markt gibt und diese bei Direktverkäufen auch persönlich unter die Leute gebracht werden können. Möglicherweise kann auch die Entlohnung zur Arbeitsmotivation beitragen, wobei diese durch den äusseren Anreiz eher extrinsischer Natur wäre.

Das Bedürfnis nach Autonomie kann insofern befriedigt werden, indem je nach Phase mehr oder weniger Verantwortung übernommen werden kann und eine eigenständige Aufgabenerledigung möglich ist. Laut Erfahrungen aus der Praxis ist es ausserdem in beschränkter Masse möglich, als Klientin oder Klient über Arbeitsaufgaben oder hergestellte Produkte mitentscheiden zu können. Durch den regelmässigen Personenwechsel aufgrund der flexiblen Arbeitspensen können jedoch oftmals keine ganzheitliche Arbeitsschritte gewährleistet werden.

Was die soziale Einbindung betrifft, erhalten die Klientinnen und Klienten Gefässe und Ansprechpersonen, um ihre Probleme und Wünsche mitzuteilen. Ausserdem werden, wie beschrieben, regelmässig gemeinsame Aktivitäten durchgeführt. Das Bilden von fixen Teams oder Arbeitsgruppen wäre durch die häufigen Wechsel jedoch nur schwer zu realisieren.

Durch individuelle Fördermassnahmen und Unterstützung bei Zielen, welche vom Wiedererlernen bestimmter Soft Skills, bis zum Absolvieren externer Praktika reicht, können neue Kompetenzen erlangt werden. Berufsausbildungen werden jedoch keine angeboten. Allerdings existieren im Kanton Bern weitere Institutionen, welche dies entsprechend anbieten.

Auch dürfen sich die Klientinnen und Klienten durch Rückmeldung und Wertschätzung der Arbeit als kompetent erleben. Wie bereits erwähnt, wird auch darauf abgezielt, Überforderung und Unterforderung zu vermeiden. Ausserdem kann davon ausgegangen werden, dass durch den Fokus auf der geleisteten Arbeit die Problematiken opioidabhängiger Personen während des Arbeitsprozesses an Relevanz verlieren. Somit könnte das eigene Kompetenzgefühl im Fokus stehen und die Selbstzweifel während der Arbeitszeit bestenfalls ausgeblendet werden.

Nach einem bestimmten Prozessgestaltungsmodell oder nach konkreten Theorien und Ansätzen wird laut der Leitung im *Holz+Textil* nicht gearbeitet. Die ausgearbeiteten Leitsätze stimmen jedoch überwiegend mit dem lösungsorientierten Ansatz oder dem Empowerment-Konzept überein (vgl. ebd.: o.S.).

Da nun alle benötigten Informationen zusammengetragen wurden, kann die Fragestellung beantwortet werden. Dies geschieht im nächsten und gleichzeitig letzten Kapitel der vorliegenden Arbeit.

6. Schlussfolgerungen

Zu Beginn des Kapitels werden die herausgearbeiteten Erkenntnisse zur Beantwortung der Fragestellung zusammengefasst. Nachdem in einem weiteren Kapitel Schlussfolgerungen in Bezug auf die Praxis gezogen werden, wird der inhaltliche Teil der Bachelor Thesis durch ein persönliches Fazit abgeschlossen.

6.1 Beantwortung der Fragestellung

Im Hinblick auf die Fragestellung können die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit folgendermassen zusammengefasst werden:

Da opioidabhängige Personen oftmals mit diversen physischen, psychischen und sozialen Problematiken konfrontiert sind, zeigen sich meist Schwierigkeiten bei der Erfüllung der Anforderungen, welche in unserer Arbeitsgesellschaft an die Arbeitnehmenden gestellt werden. So können Leistungsfähigkeit, Flexibilität, Soft Skills und auch die berufliche Qualifikation durch die Folgen der Opioidabhängigkeit beeinträchtigt werden. Arbeitsmöglichkeiten im zweiten oder dritten Arbeitsmarkt sind deshalb für die Arbeitsintegration vieler opioidabhängiger Personen unentbehrlich.

Die Hypothese, dass neben Arbeitsintegrationsangeboten auch die Hilfestellungen der Suchthilfeinstitutionen eine zentrale Rolle in der Arbeitsintegration opioidabhängiger Personen einnehmen, konnte bestätigt werden. So vermögen die medizinische und psychiatrische Behandlung, psychologische Beratung, sowie die Möglichkeiten einer Substitutionsbehandlung oder eines (Teil-)Entzuges einen Teil der durch die Opioidabhängigkeit entstandenen Problematiken zu verringern. Der Sozialen Arbeit kommt neben der Informationsvermittlung, Beratung, Begleitung oder der Förderung einer Verhaltensänderung durch Stärkung der Motivation, Zuversicht und Selbstverpflichtung auch die essentielle Aufgabe der Vernetzung mit involvierten Personen und Institutionen zu.

In der Praxis der Arbeitsintegrationsangebote gilt es, verschiedenste Rahmenbedingungen zu gestalten. Die zu verrichtende Arbeit sollte beispielsweise leicht lernbar, interessant, sinnstiftend und qualifizierend sein. Durch die unterschiedlichen Problematiken und Ressourcen der einzelnen Klientinnen und Klienten müssten jene Rahmenbedingungen möglichst flexibel und individuell angepasst werden, da Klientinnen und Klienten weder überfordert noch unterfordert werden sollen. Die Professionellen innerhalb der Arbeitsintegrationsangebote sollten darauf achten, dass die Arbeit ihrer Klientel einen persönlichen Nutzen bringt, damit auch die Arbeitsmotivation aufrechterhalten wird. Dabei wurde der Fokus auf die Befriedigung der psychologischen Basisbedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz und sozialer Einbindung gelegt, welche durch diverse, konkrete Hilfestellungen aufgezeigt werden konnte.

Die zweite Hypothese besagt, dass der Bedarf opioidabhängiger Personen durch die bisher geleisteten Hilfestellungen nur zum Teil abgedeckt wird. Jene Hypothese konnte weder bestätigt, noch vollständig widerlegt werden. Weitere Ausführungen dazu finden sich in Kapitel 6.2. Durch den Vergleich der Ergebnisse mit den Rahmenbedingungen und Hilfestellungen je einer Suchthilfeinstitution und einem Arbeitsintegrationsangebot des Kantons Bern wurde jedoch deutlich, dass die herausgearbeiteten Hilfestellungen in der Praxis bereits weitgehend angeboten werden.

6.2 Schlussfolgerungen für die Praxis

Sicherlich dürfen die herausgearbeiteten Hilfestellungen nicht als vollständig betrachtet werden. Es handelt sich dabei lediglich als eine Auswahl, welche zwar mit Hilfe von Fachliteratur erarbeitet, jedoch durch den Blickwinkel einer einzigen Person als relevant betrachtet und verfasst wurde. Andererseits fällt auf, dass die herausgearbeiteten Hilfestellungen hohe Anforderungen an die Institutionen der Suchthilfe stellen – gerade wenn eine Institution möglichst viele Hilfestellungen abdecken möchte. So sollen die angebotenen Arbeiten beispielsweise den Interessen aller Klientinnen und Klienten entsprechen und betreffend Rahmenbedingungen und Hilfestellungen stets individuell an die Problematiken, Ressourcen und Lebenslagen angepasst sein. Diese Vorstellung erscheint utopisch.

So ist zu bedenken, dass in einer funktionierenden Institution wohl ein gewisser Rahmen existieren muss und durchaus auch Grenzen existieren – zeitliche, personelle oder finanzielle Ressourcen stehen nicht unbegrenzt zur Verfügung. Jene Ressourcen wurden in der vorliegenden Arbeit jedoch bewusst ausgeklammert, da Personen mit einer Opioidabhängigkeit im Zentrum stehen sollten. Die sonst so oft gezogenen, gedanklichen Grenzen sollten somit einmal nicht die Sicht auf das Wesentliche trüben. Institutionen könnten sich in ihren Angeboten jedoch gut ergänzen, um insgesamt eine möglichst breite Palette an Hilfestellungen anbieten zu können.

Erfreulich und überraschend zugleich ist die Erkenntnis, dass die herausgearbeiteten Hilfestellungen trotz hoher Anforderungen und Komplexität in der Praxis bereits überwiegend angeboten werden. Unter Berücksichtigung dessen, dass wohl jede Institution in ihrer Flexibilität eingeschränkt ist, bietet das CONTACT Arbeit Holz+Textil durch die verschiedenen Phasen beispielsweise eine Möglichkeit, den Klientinnen und Klienten möglichst individuell begegnen und gerecht werden zu können. Auch die KODA bietet eine Bandbreite an Hilfestellungen verschiedener Professionen. Die Sozialarbeitenden leisten durch die Vernetzungsarbeit einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen des Unterstützungsprozesses. Trotzdem konnte bisher nicht allen Personen mit einer Opioidabhängigkeit zu einer arbeitsbezogenen Tagesstruktur verholfen werden.

Laut eigener Meinung wäre es jedoch falsch, pauschal zu behaupten, die Hilfestellungen der Suchthilfeinstitutionen und Arbeitsintegrationsangebote hätten zu wenig anzubieten. Zwar könnte das Arbeitsangebot möglicherweise weiter ausgebaut werden. Auffällig ist hierbei das grosse Angebot an handwerklicher Arbeit in Werkstätten. So ist es gut möglich, dass auch weitere Angebote in anderen Bereichen unter opioidabhängigen Personen beliebt wären. Jedoch müsste seitens Klientel ein Interesse bestehen und es bräuchte einen Markt und entsprechende Mittel. Sollen die Niederschwelligkeit und eine hohe Flexibilität bezüglich Arbeitspensen beispielsweise bestehen bleiben, müsste jedoch weiterhin Arbeit angeboten werden, welche wenig Erklärung und Einarbeitungszeit bedarf. Ausserdem darf nicht vergessen werden, dass die Arbeit mit Menschen stets ergebnisoffen ist.

Die vorliegende Arbeit liefert ein gutes Beispiel für die Grenzen, welche durch das Strukturmerkmal der *Nichtstandardsisierbarkeit* verursacht werden. So nützen auch die ausgereiftesten Hilfestellungen nichts, wenn sie beispielsweise zur falschen Zeit oder den *falschen* Personen angeboten werden. Auch muss ausgehalten werden, dass eine Klientin oder ein Klient (noch) nicht bereit ist, angebotene Hilfestellungen in Anspruch zu nehmen oder nicht das Ziel verfolgt, irgendwann wieder eine arbeitsbezogene Tagesstruktur aufzubauen. So beschreibt Henkel (2001), dass in der Arbeit mit substanzabhängigen Personen auch die Option existieren muss, Personen zu einem sozial integrierten, sinnerfüllten und würdigen Leben ohne Arbeit zu verhelfen (vgl. 20). Somit sollten jene Erkenntnisse Professionellen der Sozialen Arbeit ins Gedächtnis rufen, wie wichtig der Aufbau einer soliden Arbeitsbeziehung ist, um die Bedürfnisse, Problematiken und Ressourcen der Klientel zu erkennen und entsprechend darauf zu reagieren. Auch wenn der Flexibilität in Institutionen Grenzen gesetzt sind, können Sozialarbeitende dennoch mitentscheiden, inwiefern sie auf die Themen und Wünsche ihrer Klientel eingehen und Ziele, wie auch Interventionen dementsprechend ausrichten. Damit soll schlussendlich ausgesagt werden, dass das blosse Vorhandensein von Möglichkeiten und Hilfestellungen nicht ausreicht, wenn Klientinnen und Klienten nicht die passende Unterstützung, entsprechend den jeweiligen Lebensumständen, angeboten wird.

Bezüglich der weiteren Erforschung des Themas wären die Ansichten und Meinungen Betroffener sicherlich sehr aufschlussreich. Möglicherweise erhoffen sie sich Verbesserungsbedarf, welcher für aussenstehende Personen nicht offensichtlich ist. Somit wäre eine empirische Untersuchung in Form einer Befragung eine mögliche Herangehensweise.

Im Laufe der Bearbeitung tauchte die Frage auf, welche Rolle klare Strukturen, das Setzen von klaren Grenzen, Verbindlichkeit und Konsequenz im Unterstützungsprozess einnehmen.

Persönliche Erfahrungen aus der Arbeit mit opioidabhängigen Personen zeigen, dass zu hohe Flexibilität auch kontraproduktiv sein kann und Klarheit und Konsequenz in Institutionen der Suchthilfe einen hohen Stellenwert haben. Dies aus dem Grund, da Klientinnen und Klienten oftmals Struktur fehlt, welche ihnen durch Klarheit und Zuverlässigkeit in der Arbeitsbeziehung vermittelt werden soll. Neben Flexibilität sind somit auch Klarheit und Konsequenz essentiell. Offen thematisiert wurde dies in der herbeigezogenen Literatur jedoch kaum.

Möglicherweise wurden Hinweise darauf gegeben, indem beispielsweise die klare Mitteilung der Erwartungen genannt wurde, um das Bedürfnis nach Kompetenz befriedigen zu können. Jene Information stammt jedoch aus allgemeiner Literatur, in welcher die Suchtproblematik nicht im Fokus steht. Fakt ist hingegen, dass in den vorgestellten Institutionen der Suchthilfe klare Regeln gelten und das Nichteinhalten Konsequenzen mit sich zieht. So erhalten Klientinnen und Klienten der KODA nach eigener Erfahrung bei Zuspätkommen in der Abgabe oder Missachtung der Regeln statt Heroin nur noch einen *Schichtersatz*, welcher nicht gespritzt, sondern oral eingenommen wird. Von den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit den Grundsatz, *je mehr Flexibilität, desto besser*, abzuleiten wäre somit nicht korrekt.

Vermutlich ist in der Arbeit mit opioidabhängigen Personen daher beides unerlässlich – Flexibilität und Konsequenz. Wie Heiner (2007) beschreibt, stellt die Positionierung zwischen den Polen der Flexibilität und Konsequenz generell ein Teil der Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit dar und muss somit sicherlich auch in der Arbeit mit opioidabhängigen Personen berücksichtigt werden (vgl. 469).

Das Ziel, durch die vorliegende Arbeit aufzuzeigen, dass auch opioidabhängige Personen fähig sind, ihre Ressourcen zu nutzen, zu erweitern, sich weiterzuentwickeln und Ziele zu erreichen, ist der eigenen Auffassung nach gelungen. Die zu Beginn getroffenen, subjektiv geprägten Aussagen konnten durch die Vielfalt der herausgearbeiteten Hilfestellungen bestätigt werden. Diesbezüglich lautet die persönliche Schlussfolgerung: Wo viele Hilfestellungen angeboten werden, muss auch viel Potential für positive Veränderungen bestehen – wo eine Bandbreite verschiedenartiger Hilfestellungen benötigt wird, besteht auch die Klientel aus vielseitigen Menschen mit vielfältigen Eigenschaften, Kompetenzen und Interessen.

6.3 Persönliches Fazit

Betrachte ich nun die vollendete Bachelor Thesis, wird mir erneut vor Augen geführt, welches komplexes Thema die Arbeitsintegration bei einer Suchtmittelabhängigkeit darstellt. Unzähligen Individuen, Problematiken, Ressourcen, Professionen, Institutionen, Theorien, Hilfestellungen und Methoden muss Rechnung getragen werden, wenn die Lebenslage opioidabhängiger Personen ganzheitlich betrachtet und untersucht werden soll. Einen jener Aspekte wegzulassen hätte bedeutet, eine unvollständige Arbeit zu verfassen.

Die weitere Eingrenzung der in der Fragestellung enthaltenen Begriffe wären jedoch eine Option gewesen, die zu bearbeitenden Themen zu reduzieren.

Mir persönlich stellt sich die Frage, auf welche Erkenntnisse ich gekommen wäre, hätte ich nicht bereits Praxiserfahrung in der Arbeit mit opioidabhängigen Personen gesammelt. So waren mir die Relevanz und der Nutzen der motivierenden Gesprächsführung beispielsweise bereits bekannt. Somit war von Beginn an klar, dass diese in die Hilfestellungen miteinfließen würde. Entsprechend frage ich mich, in welchem Masse meine bisherigen Erfahrungen die Ergebnisse der Arbeit beeinflussten und den Blick auf die Hilfestellungen möglicherweise bereits einengten.

Die hohe Übereinstimmung der herausgearbeiteten Hilfestellungen mit konkreten Angeboten in der Praxis, war sehr erfreulich und gleichzeitig auch überraschend. Gerne hätte ich konkrete Hilfestellungen aufgezeigt, welche in der Praxis bisher zu kurz gekommen waren. Eine empirische Untersuchung des Themas würde mich daher sehr interessieren.

Jedoch ist das Fazit, dass Hilfestellungen nach wie vor individuell angepasst werden müssen und es kein *Rezept* für das Gelingen einer Intervention gibt, ebenso von Bedeutung. Ich denke, dass sich Professionelle der Sozialen Arbeit dies nicht oft genug ins Gedächtnis rufen können.

Persönlich wurde ich, trotz langem Arbeitsprozess, durch die Themenwahl immer wieder zur Weiterarbeit meiner Bachelor Thesis motiviert. Das Thema der Substanzabhängigkeiten fasziniert mich immer wieder erneut. So konnte meine intrinsische Motivation über den gesamten Arbeitsprozess beibehalten werden – meine eigene, individuelle Strategie, um den Arbeitsprozess aufzunehmen und aufrechtzuerhalten.

Quellenverzeichnis

Literaturverzeichnis

- Anderson, Frank (2004). Entgiftung. In: Krausz, Michael/ Haasen, Christian (Hg.). Kompendium Sucht. Stuttgart: Georg Thieme Verlag S.51-61
- Besson, J. (2007). Sucht und psychiatrische Störungen: Wie kann man sie gemeinsam behandeln? In: Fink, Annabel/ Hämmig, Robert (Hg.). Drogenabhängigkeit. Geläufige psychiatrische Probleme. Basel: S. Karger AG. S. 17-23
- Bigalke, Silke/ Haas, Sibylle/ Riedl, Thorsten (2012). Wie weg und doch ganz nah. In: Beise, Marc/ Jakobs, Hans-Jürgen (Hg.). Die Zukunft der Arbeit. München: Süddeutsche Zeitung GmbH. S. 88-90
- Blattmann, Lynn/ Merz, Daniela (2010). Sozialfirmen. Plädoyer für eine unternehmerische Arbeitsintegration. Zürich: rüffer & rub Sachbuchverlag
- Borchardt, Alexandra (2012a). Mittags in der Sonne, nachts am Schreibtisch. In: Beise, Marc/ Jakobs, Hans-Jürgen (Hg.). Die Zukunft der Arbeit. München: Süddeutsche Zeitung GmbH. S. 100-103
- Borchardt, Alexandra (2012b). Verhinderte Superstars. In: Beise, Marc/ Jakobs, Hans-Jürgen (Hg.). Die Zukunft der Arbeit. München: Süddeutsche Zeitung GmbH. S. 124-128
- Bouchat, A./ Moser, C. (2007). Drogenabhängigkeit und psychisches Trauma. In: Fink, Annabel/ Hämmig, Robert (Hg.). Drogenabhängigkeit. Geläufige psychiatrische Probleme. Basel: S. Karger AG. S. 127-132
- Brückner, Eva (2004). Entwöhnungsbehandlung und stationäre Psychotherapie. In: Krausz, Michael/ Haasen, Christian (Hg.). Kompendium Sucht. Stuttgart: Georg Thieme Verlag S. 62-71
- Buestrich, Michael (2008). Ein dritter Arbeitsmarkt – Wozu? Berlin: LIT Verlag
- Csikszentmihalyi, Mihaly (2004). Flow im Beruf. Das Geheimnis des Glücks am Arbeitsplatz. 2. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta
- Ehlers, Corinna/ Broer, Wicher (2013). Case Management in der Sozialen Arbeit. In: Ehlers, Corinna/ Broer, Wicher (Hg.). Case Management in der Sozialen Arbeit. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 7. Opladen/ Berlin/ Toronto: Verlag Barbara Budrich. S.9-16
- Fachverband Sucht e.V. (2005). Perspektiven für Suchtkranke. Teilhabe fördern, fordern, sichern. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft GmbH.
- Flügel, Martin (2009). Strukturelle Arbeitslosigkeit – eine grundsätzliche Herausforderung für den Sozialstaat Schweiz. In: Kehrl, Christin (Hg.). 2009. Sozialalmanach. Schwerpunkt: Zukunft der Arbeitsgesellschaft. Luzern: Caritas-Verlag. S. 135-149
- Galuske, Michael (2005). Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 6. Auflage. Weinheim/ München: Juventa Verlag
- Gellert, Rüdiger/ Schneider, Gundel (2002). Substitution und Heroin. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und professionelle Helfer. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- Gross, Rainer (2015). Angst bei der Arbeit- Angst um die Arbeit. Psychische Belastungen im Berufsleben. Bern: Verlag Hans Huber

- Haas, Sibylle (2012a). Rohstoff Wissen. In: Beise, Marc/ Jakobs, Hans-Jürgen (Hg.). Die Zukunft der Arbeit. München: Süddeutsche Zeitung GmbH. S. 14-18
- Haas, Sibylle (2012b). «Viele halten das Tempo nicht mehr aus». In: Beise, Marc/ Jakobs, Hans-Jürgen (Hg.). Die Zukunft der Arbeit. München: Süddeutsche Zeitung GmbH. S. 129-135
- Hagelüken, Alexander (2012). Der Geschmack der Freiheit. In: Beise, Marc/ Jakobs, Hans-Jürgen (Hg.). Die Zukunft der Arbeit. München: Süddeutsche Zeitung GmbH. S. 112-115
- Heiderich, Jutta (2010). Gerechtigkeit in Organisationen. Im Spannungsfeld von Bedürfnissen, Macht und Arbeitszufriedenheit. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin
- Heiderich, Ulrike/ Zyska-Wagner, Willy (2001). Von der betrieblichen Suchtberatung zum Wellness-Management? In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.). Sucht und Arbeit- Prävention und Therapie substanz- und verhaltensgezogener Störungen in der Arbeitswelt. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S.109-118
- Heiner, Maja (2007). Soziale Arbeit als Beruf. Fälle- Felder- Fähigkeiten. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Heinz, Andreas/ Batra, Anil/ Scherbaum, Norbert/ Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne (2012). Neurobiologie der Abhängigkeit. Grundlagen und Konsequenzen für Diagnose und Therapie von Suchterkrankungen. Stuttgart: Kohlhammer
- Henkel, Dieter (1992). Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Epidemiologische, ätiologische und diagnostische Zusammenhänge. Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- Henkel, Dieter (2001). Zur Geschichte und Zukunft des Zusammenhangs von Sucht und Arbeit. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.). Sucht und Arbeit- Prävention und Therapie substanz- und verhaltensgezogener Störungen in der Arbeitswelt. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S.9-30
- Herringer, Norbert (2002). Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer
- Hochuli Freund, Ursula/ Stotz, Walter (2013). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. 2., durchgesehene Auflage. Stuttgart: Kohlhammer
- Hölmann, Christine (2000). Ärztliche Verschreibung von Heroin und die sozialpädagogische Begleitung. Berlin: VWB- Verlag für Wissenschaft und Bildung
- Huchler, Norbert (2007). Ergebnissteuerung und Zielvereinbarungen. In: Voss, Günter G. (Hg.). Soziale Mechanismen im Betrieb. Theoretische und empirische Analysen zur Entgrenzung und Subjektivierung von Arbeit. München/Mering: Rainer Hampp Verlag S. 39-60
- Kehrli, Christin (2009). Chance Sozialfirmen: Niederschwellige Arbeitsplätze auf dem dritten Arbeitsmarkt. In: Kehrli, Christin (Hg.). 2009. Sozialalmanach. Schwerpunkt: Zukunft der Arbeitsgesellschaft. Luzern: Caritas-Verlag. S. 179- 193
- Kleinemeier, Eva (2004). Diagnostik und Klassifikation von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. In: Krausz, Michael/ Haasen, Christian (Hg.). Kompendium Sucht. Stuttgart: Georg Thieme Verlag S.11- 22

- Knöpfel, Carlo (2009). Bericht über die wirtschaftliche und soziale Entwicklung in der Schweiz 2007/2008. In: Kehrli, Christin (Hg.). 2009. Sozialalmanach. Schwerpunkt: Zukunft der Arbeitsgesellschaft. Luzern: Caritas-Verlag. S. 15-77
- Köhler, Thomas (2000). Rauschdrogen und andere psychotrope Substanzen. Formen, Wirkungen, Wirkmechanismen. Stuttgart: Kohlhammer
- Ladewig, Dieter (2002). Sucht und Suchtkrankheiten. Ursachen, Symptome, Therapien. 3. Auflage. München: Verlag C.H. Beck
- Lampart, Daniel (2009). Die Bewältigung des berufsstrukturellen Wandels. In: Kehrli, Christin (Hg.). 2009. Sozialalmanach. Schwerpunkt: Zukunft der Arbeitsgesellschaft. Luzern: Caritas-Verlag. S. 81-90
- Martinek, Daniela (2012). Selbstbestimmung und Kontrollreduzierung in Lehr- und Lernprozessen. Hamburg: Verlag Dr. Kovac GmbH
- Miller, William R./ Rollnick, Stephen (2009). Motivierende Gesprächsführung. 3., unveränderte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag
- Monzer, Michael (2013). Case Management Grundlagen. Case Management in der Praxis. Heidelberg: medhochzwei Verlag
- Nika, Evangelina/ Briken, Peer (2004). Suchtbehandlung unter besonderen Bedingungen. In: Krausz, Michael/ Haasen, Christian (Hg.). Kompendium Sucht. Stuttgart: Georg Thieme Verlag S. 129-142
- Nohn, Corinna (2012). Gefährdete Kinder. In: Beise, Marc/ Jakobs, Hans-Jürgen (Hg.). Die Zukunft der Arbeit. München: Süddeutsche Zeitung GmbH. S. 184-187
- Nüchter, Norbert (2009). Über die Bedeutung der Arbeit für das menschliche Leben. Marburg: Tectum Verlag
- Peters-Kühlinger, G./ John, Friedel (2008). Soft Skills. 2., durchgesehene Auflage. Planegg/ München: Rudolf Haufe Verlag
- Ramström, Jan (1984). Drogenabhängigkeit. Psychosoziale Ursachen. Verlauf. Therapie. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Salvisberg, Alexander (2010). Soft Skills auf dem Arbeitsmarkt: Bedeutung und Wandel. Zürich: Seismo Verlag
- Schmid, Otto/ Müller, Thomas (2008). Heroin. Von der Droge zum Medikament. Eine Chronik zur heroingestützten Behandlung in Basel von 1994-2008. Lengerich: Pabst Science Publishers
- Seidenberg, André/ Honegger, Ueli (1998). Methadon, Heroin und andere Opioiden. Medizinisches Manual für die ambulante opioidgestützte Behandlung. Bern: Verlag Hans Huber
- Semmer, Norbert, Udris, Ivars (1993). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In: H. Schuler (Hg.) Lehrbuch Organisationspsychologie. Bern: Huber S. 133-165
- Sennett, Richard (2008). Die Kultur des neuen Kapitalismus. 3. Auflage. Berlin: Berliner Taschenbuch Verlags GmbH
- Sickinger, Richard (1992). Wege aus der Drogenabhängigkeit. In: Sickinger, Richard/ Kindermann, Walter/ Kindermann, Susanne/ Lind-Krämer, Renate/ Timper-Nittel, Angela (Hg.).

Wege aus der Drogenabhängigkeit. Gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag S. 39-102

Sickinger, Richard/ Kidermann, Walter (1992). Der Entwicklungsverlauf der 324 Drogenabhängigen vier Jahre nach dem ersten «Amsel»-Interview. In: Sickinger, Richard/ Kidermann, Walter/ Kindermann, Susanne/ Lind-Krämer, Renate/ Timper-Nittel, Angela (Hg.). Wege aus der Drogenabhängigkeit. Gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag S. 13-38

Teesson, Maree/ Degenhardt, Louisa/ Hall, Wayne (2008). Suchtmittel und Abhängigkeit. Formen- Wirkung- Interventionen. Bern: Verlag Hans Huber

Theile, Charlotte (2012). «Die Grenze zwischen Arbeit und Freizeit verwischt». In: Beise, Marc/ Jakobs, Hans-Jürgen (Hg.). Die Zukunft der Arbeit. München: Süddeutsche Zeitung GmbH. S. 19- 25

Uchtenhagen, A./ Arnold, J./ Dobler-Mikola, A./ Grichting, E./ Meier Kressig, M./ Nydegger Lory, B./ Wettach, R. (1998). Sucht und Invalidität. Empirische Befunde zur Erwerbstätigkeit und Invalidisierung Drogenabhängiger. Zürich: Institut für Suchtforschung

Uchtenhagen, A./ Dobler-Mikola, A./ Steffen, T./ Gutzwiller, F./ Blättler, R./ Pfeifer, S. (2000). Betäubungsmittelverschreibung an Heroinabhängige. Wichtigste Resultate der Schweizer Kohortenstudie. Basel: S. Karger AG

Ujeyl, Mariam/ Haasen, Christian (2004). Epidemiologie der Störungen durch psychotrope Substanzen. In: Krausz, Michael/ Haasen, Christian (Hg.). Kompendium Sucht. Stuttgart: Georg Thieme Verlag S. 23-33

Vertheim, Uwe/ Farnbacher, Georg (2008). Arbeit und Diamorphinsubstitution: Ergebnisse aus dem Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. In: Henkel, Dieter/ Zemlin, Uwe (Hg.) Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. S. 267-283

Von Spiegel, Hiltrud (2006). Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis. 2. Auflage. Basel: Reinhardt

Voss, Günter G. (2007). Entgrenzung und Ergebnissteuerung von Arbeit. In: Voss, Günter G. (Hg.). Soziale Mechanismen im Betrieb. Theoretische und empirische Analysen zur Entgrenzung und Subjektivierung von Arbeit. München/Mering: Rainer Hampp Verlag S. 30-38

Voss, Günter G./ Wehrich, Margit (2007). Einleitung. In: Voss, Günter G. (Hg.). Soziale Mechanismen im Betrieb. Theoretische und empirische Analysen zur Entgrenzung und Subjektivierung von Arbeit. München/Mering: Rainer Hampp Verlag S. 11-16

Walter, Marc/ Sollberger, Daniel/ Euler, Sebastian (2016). Persönlichkeitsstörungen und Sucht. Stuttgart: Kohlhammer

Wilson Schaef, Anne (1997). Im Zeitalter der Sucht. Wege aus der Abhängigkeit. 5. Auflage. Hamburg: Hoffmann und Campe

Winter, Dani (2003). Rausch und Risiko. Drogenratgeber für Jugendliche und Eltern. Ein Ratgeber aus der Beobachter-Praxis. Zürich: Jean Frey AG

Elektronische Quellen

Avenir Social (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen.

URL: www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf
[Zugriffsdatum: 09.11.2016]

BetmG (2016). Schweizer Betäubungsmittelgesetz

URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19981989/index.html>
[Zugriffsdatum: 10.12.2016]

Bundesamt für Gesundheit (2006). Die Drogenpolitik der Schweiz. Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006-2011.

URL: <https://biblio.parlament.ch/e-docs/143228.pdf>
[Zugriffsdatum: 05.10.2016]

CONTACT Angebote

URL: <http://www.contact-suchthilfe.ch/angebote/>
[Zugriffsdatum: 02.01.2017]

CONTACT Arbeit- Direktverkauf

URL: <http://www.contact-arbeit.ch/holztextil-direktverkauf/>
[Zugriffsdatum: 02.01.2017]

CONTACT Arbeit- Produkte

URL: <http://www.contact-arbeit.ch/angebot/produkte/>
[Zugriffsdatum: 02.01.2017]

Duden (2016). Alkaloid. Bedeutungsübersicht.

URL: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Alkaloid>

FHNW (2017). Kompetenzprofil. Professionskompetenz in der Sozialen Arbeit.

URL: <http://www.fhnw.ch/sozialearbeit/ueber-uns/was-wir-bieten/ausbildung/kompetenzprofil>
[Zugriffsdatum: 04.01.2017]

GEF Kanton Bern (2008). Suchthilfekzept des Kantons Bern. Strategien und Massnahmen.

URL: https://www.gef.be.ch/gef/de/index/soziales/soziales/publikationen/suchthilfe.assetref/dam/documents/GEF/SOA/de/Soziales/Suchthilfe/suchthilfekzept_d_.pdf
[Zugriffsdatum: 13.10.2016]

KODA Behandlungskonzept (2015)

URL: http://www.koda.ch/pdf/behandlungskonzept_koda-1.pdf
[Zugriffsdatum: 11.12.2016]

KODA Homepage

URL: <http://www.koda.ch/about.html>
[Zugriffsdatum: 11.12.2016]

KODA Jahresbericht (2015).

URL: http://koda.ch/pdf/15_12_Jahresbericht%202015.pdf
[Zugriffsdatum: 13.10.2016]

KODA Leitbild

URL: http://www.koda.ch/pdf/leitbild_koda_1.pdf

[Zugriffsdatum: 11.12.2016]

Schweizer Behörden online (2016)

URL: <https://www.ch.ch/de/betreibungsregistrauszug-bestellen/>

[Zugriffsdatum: 10.12.2016]

Sucht Schweiz (2013). Heroin. Heilmittel, Todesdroge und verschreibungspflichtiges Medikament.

URL: www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Fokus_Heroin.pdf

[Zugriffsdatum: 04.01.2017]

Unveröffentlichte Quellen

CONTACT Betreuungskonzept (2016). Betreuungskonzept Holz+Textil. Unveröffentlichtes Dokument. CONTACT Arbeit Holz+Textil

CONTACT Mail (2016). E-Mail-Korrespondenz mit der Leitung des CONTACT Arbeit Holz+Textil. [21.12.2016] Unveröffentlichtes Dokument

CONTACT Merkblatt Beschrieb Arbeitsangebot. (2016) Unveröffentlichtes Dokument. CONTACT Arbeit Holz+Textil