HSLU Hochschule Luzern

Soziale Arbeit

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang Sozialarbeit
Kurs: VZ 2021-2025 / TZ 2020-2025

Ellen Hurni und Elena Höfel

Integrationsangebote im Kanton Bern

Nutzung, Absentismus und aktuelle Entwicklungen: Herausforderungen und Handlungsempfehlungen aus Sicht der Sozialen Arbeit

Diese Arbeit wurde am **06.01.25** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

Vorwort der Studiengangleitung Bachelor

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von mehreren Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand_innen ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2025

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

Abstract

Die Bachelorarbeit *Integrationsangebote im Kanton Bern* wurde von Ellen Hurni und Elena Höfel verfasst. Ausgangslage bildet die soziale und berufliche Integration von Menschen, welche ein Kernauftrag der Sozialen Arbeit, sowie ein Grundbedürfnis von Menschen ist. Um die Integration zu fördern, stellt der Kanton eine Vielzahl von Integrationsangeboten bereit. Diese Forschungsarbeit untersucht, welche Faktoren die Teilnahme und das Absentismusverhalten der Teilnehmenden beeinflussen, welche Auswirkung Absentismus auf anwesende Teilnehmende hat und welche Veränderungen sich aktuell im Integrationsbereich abzeichnen. Der Fokus wurde auf Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung gelegt, da diese Zielgruppe häufig mit besonderen Herausforderungen konfrontiert sind.

Dazu wurden drei Integrationsbetriebe im Kanton Bern untersucht, in denen je eine Fachperson und zwei Teilnehmende interviewt wurden. Die Ergebnisse zeigten intrapersonelle, organisatorische und soziale Faktoren auf, welche das Teilnahmeverhalten beeinflussen. Zudem deutet sich ein Wandel an: Die Angebote werden vermehrt von Menschen mit komplexen Problemlagen genutzt, während leistungsstärkere Menschen eher eine Stelle im 1. Arbeitsmarkt finden. Die Forschungsarbeit legt nahe, dass sich der Integrationsbereich wegen dem Arbeitskräftemangel im 1. Arbeitsmarkt weiterentwickeln muss und neuere Integrationsformen erforderlich sind, um den Bedürfnissen der Teilnehmenden gerecht zu werden. Es werden Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit abgeleitet, die sich auf die Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere solche mit Abhängigkeitserkrankung, konzentrieren.

Inhaltsverzeichnis

Abstract I
1 Einleitung 1
1.1 Ausgangslage 1
1.2 Fragestellungen und Zielsetzung 3
1.3 Begrifflichkeiten und Formales 4
1.4 Abgrenzung und Aufbau der Arbeit 5
2 Aktivierender Sozialstaat in der Schweiz 5
2.1 Arbeitslosenversicherung (ALV) 6
2.2 Invalidenversicherung (IV) 7
2.3 Sozialhilfe 9
2.4 Auswirkungen für Leistungsempfangende 10
3 Soziale und berufliche Integration 11
3.1 Allgemeine Bedeutung 11
3.2 Soziale Integration 14
3.3 Berufliche Integration 15
3.4 Integration und die Rolle der Sozialen Arbeit 16
3.4.1 Mikroebene 17
3.4.2 Mesoebene 18
3.4.3 Makroebene 18
4 Krankheitsbilder der Untersuchungsgruppe und Konzepte 19
4.1 Psychische Erkrankungen 19
4.1.1 ICD-10 und DSM-5 19
4.1.2 Definition 20
4.1.3 Entstehung 21
4.2 Abhängigkeitserkrankung 24
4.2.1 Definition und Bezeichnung 24
4.2.2 Entstehung und Verlauf 25
4.2.3 Abhängigkeit als Krankheit 26
4.2.4 Psychosoziale Folgen der Abhängigkeitserkrankung 26
4.3 Absentismus 27
4.3.1 Definition 27
4.3.2 Ursachen von Absentismus 28
4.3.3 Folgen von Absentismus 29
4.4 Zusammenhänge Absentismus und Abhängigkeitserkrankung 29
5 Integrationsangebote Kanton Bern 32

5.1 Allgemeine Integrationsangebote....32
5.2 Suchtspezifische Angebote im Kanton Bern....33
5.3 Auslastung der BIAS-Integrationsplätze im Kanton Bern....35
6 Methodisches Vorgehen der Datenaufbereitung....36
6.1 Forschungsfeld und Sampling....36
6.2 Methodenwahl....38
6.3 Stichprobenauswahl....38
6.4 Durchführung der Interviews....39
6.5 Datenaufbereitung....39
7 Darstellung der Forschungsergebnisse....40
7.1 Ergebnisse Fachpersonen....40
7.2 Ergebnisse Teilnehmende....47
8 Diskussion....55
8.1 Beantwortung der Fragestellungen....64
9 Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit....65
9.1 Mikroebene....66
9.2 Mesoebene....67
9.3 Makroebene....69
10 Schlussfolgerungen....70
10.1 Zusammenfassung....70
10.2 Persönliches Fazit....71
10.3 Ausblick....72
11 Literatur- und Quellenverzeichnis....74
12 Anhang....I
A Interviewleitfaden Fachpersonen....I
B Interviewleitfaden Teilnehmende....III
C Kategorien und Codes Expert*innen und Teilnehmende....IV

Alle Kapitel wurden von Ellen Hurni und Elena Höfel gemeinsam verfasst.

Abkürzungen

AIS	Amt für Integration und Soziales
ALV	Arbeitslosenversicherung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BIAS	Beschäftigungs- und Integrationsangebote der Sozialhilfe
BKSE	Berner Konferenz für Sozialhilfe, Kindes- und Erwachsenenschutz
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GSI	Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
ICD	Intern. Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IV	Invalidenversicherung
IZU	Integrationszulage
KIA	Kommunale Integrationsangebote
RAV	Regionale Arbeitsvermittlungszentrum
SKOS	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe

1 Einleitung

In diesem Kapitel wird zunächst die Ausgangslage für die Forschungsarbeit skizziert. Im nächsten Schritt wird die Fragestellung hergeleitet und die Zielsetzung der Arbeit definiert. Im Weiteren wird der strukturelle Aufbau der Arbeit vorgestellt.

1.1 Ausgangslage

Die Schweiz als Arbeitsgesellschaft legt grossen Wert auf die (Wieder-) Eingliederung von Menschen in den Arbeitsmarkt, um deren finanzielle Unabhängigkeit, gesellschaftliche Teilhabe und soziale Integration zu fördern. Nach Schaufelberger (2013) geht mit der Erwerbsarbeit eine gesellschaftliche Anerkennung einher, Arbeit ist sinnstiftend und verschafft Identität (S. 9). Weiter führt die Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (SKOS, 2023) aus, dass gesellschaftlich integriert zu sein ein menschliches Grundbedürfnis ist, welches sich gesundheitsfördernd auswirken kann (S.6). Menschen, welche sich in eine Gemeinschaft integriert fühlen, entwickeln Perspektiven und Zukunftspläne (ebd.).

Manchen Menschen ist es aufgrund herausfordernder Lebensumstände nicht möglich, einer Erwerbsarbeit im 1. Arbeitsmarkt nachzugehen. Psychische Erkrankungen, wie eine Abhängigkeitserkrankung, sind mögliche Gründe dafür. Zwischen 2000 und 2023 ist der Anteil psychischer Erkrankungen als Ursache für eine Invalidenrente von 35,6 % auf 49,9 % gestiegen (Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], 2024, S. 8). Henkel führt auf: «Über 50 Studien aus nahezu allen OECD-Ländern belegen, dass unter Arbeitslosen die Suchtprobleme häufiger verbreitet sind als unter Erwerbstätigen» (Henkel, 2014; zit. in Kaspar & Leimgruber, 2021, S. 131). Dies einerseits, weil Abhängigkeitsprobleme das Risiko erhöhen, arbeitslos zu werden und andererseits, weil die Arbeitslosigkeit die Entwicklung von Abhängigkeitsproblemen begünstigt (ebd.). Verschiedene Quellen weisen darauf hin, dass Erwerbstätige mit einer Abhängigkeitserkrankung häufig mehr Fehlzeiten unter anderen Erkrankungsdiagnosen und damit insgesamt deutlich höhere Ausfallzeiten haben (vgl. Barmer, 2019; Brandenburg & Nieder, 2009, S. 118). Mit diesen Fehlzeiten kann der Bogen zum Begriff Absentismus gespannt werden, welcher als Ausdruck und/oder Folge der Abhängigkeit entstehen kann und welcher durch die Stigmatisierung der Krankheit verstärkt wird (Betroffene reagieren mit Verheimlichen, Bagatellisieren oder Rückzug) (Wetterling, 2021, S. 69-70). Brandenburg und Nieder (2009) verstehen unter Absentismus, wenn Mitarbeitende jeweils nur kurze, aber häufige Abwesenheiten vom Arbeitsplatz haben (S. 50). Das Absentismusverhalten Anderer kann bei anwesenden Mitarbeitenden erhöhten Druck und Stress auslösen, da aus deren Sicht mehr Verantwortung an sie übertragen wird (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 53).

Die vorangegangenen Ausführungen zeigen also, dass psychische Erkrankungen sowie Abhängigkeitserkrankungen die Teilhabe am 1. Arbeitsmarkt einschränken können. Dadurch können Betroffene von Exklusion bedroht sein. Um deren Reintegration zu fördern, stellt der Kanton Integrationsangebote zur Verfügung. Diese können den Individuen Struktur und Unterstützung bieten, um mit dem (Wieder-) Einstieg in den 1. Arbeitsmarkt finanzielle Unabhängigkeit zu ermöglichen und/oder durch die Teilhabe am 2. Arbeitsmarkt zu Stabilisierung und sozialer Eingebundenheit beitragen.

Die Schweiz verfügt über ein komplexes soziales Sicherungssystem, welches nach der individuellen Absicherung und der Verwandtenunterstützung auf Sozialversicherungen und staatlichen Bedarfsleistungen (z.B. Ergänzungsleistungen) beruht (Mösch Payot et al., 2021, S. 269). Die Sozialhilfe greift subsidiär als letztes Auffangnetz. Können soziale Risiken nicht ausreichend abgesichert und versorgt werden, hat die Sozialhilfe für die Einlösung des Anspruches auf Sozialstaatlichkeit zu sorgen, unabhängig davon, was die Ursachen der Notlage im Einzelfall sind (ebd.).

Die soziale und berufliche Integration von Menschen ist ein Auftrag der öffentlichen Sozialhilfe, welcher in Artikeln 3, 5 und 35 des Gesetzes über die öffentliche Sozialhilfe des Kantons Bern vom 11. Juni 2001 (Sozialhilfegesetz, [SHG]; BSG 860.1) festgehalten wird. Es sollen Massnahmen bereitgestellt werden, welche unter anderem aus beruflichen Qualifizierungsmassnahmen, Integrationshilfen oder Beschäftigungsprogrammen bestehen (Art. 35, Absatz 2 SHG).

Für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung stellt der Kanton Bern spezifische Angebote zur Verfügung. Er orientiert sich an den vier Säulen *Prävention, Beratung und Therapie, Schadensminderung* sowie *Regulierung*. Angebote werden in folgenden Bereichen zur Verfügung gestellt: ambulante Beratung und Therapie, stationäre Sozialtherapie, Suchtmedizin, Substitution, Schadensminderung, Wohnen und Arbeit (Amt für Integration und Soziales [AIS], 2008, S. 4-5).

Zurzeit ist der Arbeitsmarkt der Schweiz laut der Berner Konferenz für Sozialhilfe, Kindes- und Erwachsenenschutz (BKSE, 2023) sehr aufnahmefähig (S.2). Die meisten Menschen, welche arbeiten möchten und über die erforderlichen Kompetenzen oder Abschlüsse verfügen, könnten also eine Arbeit finden. Dann gibt es aber auch jene Menschen, welche gerne arbeiten möchten, dies jedoch aus gesundheitlichen Gründen nicht in einem Ausmass tun können, um finanziell unabhängig zu sein. Am ungünstigsten verhält es sich bei jenen, welche von der Sozialhilfe abhängig und langzeiterwerbslos sind, den Weg in den 1. Arbeitsmarkt aus gesundheitlichen Gründen nicht finden, jedoch *zu gesund* für die Kriterien der IV (ebd.) sind.

Diese Ausführungen der BKSE liefern Hinweise darauf, dass sich die Zielgruppe der Integrationsangebote im Wandel befindet, da leistungsstärkere Personen zunehmend leichter eine Stelle im

1. Arbeitsmarkt finden. Dies wirft Fragen auf, wer aktuell an den Integrationsangeboten teilnimmt, welche Dynamiken dabei vorherrschen und welche Konsequenzen sich daraus für die Gestaltung der Integrationsangebote ergeben. Welche Faktoren beeinflussen die Teilnahme und das Absentismusverhalten von Menschen? Eine detaillierte Herleitung der Fragestellung für die folgende Arbeit erfolgt im nächsten Kapitel.

1.2 Fragestellungen und Zielsetzung

Die vorliegende Forschungsarbeit hat zum Ziel, Gründe für Absentismus und deren Auswirkungen auf Teilnehmende im Integrationsbereich, mit dem Fokus auf Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, zu erforschen. Dieser Fokus wird gesetzt, weil abhängigkeitsbetroffene Menschen höhere Ausfallzeiten aufweisen als Menschen mit anderen Erkrankungsdiagnosen (vgl. Barmer, 2019; Brandenburg & Nieder, 2009, S. 118). Im Rahmen eines Praktikums in einem suchtspezifischen Integrationsangebot sowie im Gespräch mit Fachpersonen wurde die Häufigkeit von Absentismus im Integrationsangebot aufgezeigt. Wo es zum Thema Schulabsentismus bereits einige Studien gibt, fehlen solche im Feld der Integrationsangebote, insbesondere im Kontext mit Abhängigkeitserkrankungen. Im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen kann das Phänomen Absentismus aber als besonders relevant gesehen werden, da es als Ausdruck von Überforderung und Rückzug gesehen werden könnte (Wetterling, 2021, S. 69-70). Dies führt die Autorinnen zu folgender Forschungsfrage:

Forschungsfrage 1:

«Welche Faktoren beeinflussen die Teilnahme und das Absentismusverhalten von Menschen (mit Abhängigkeitserkrankungen) in Integrationsangeboten im Kanton Bern und wie wirkt sich Absentismus auf anwesende Teilnehmende aus?»

In Anbetracht des herrschenden Arbeitskräftemangels (Meyer, 2023, S. 15) und des sehr aufnahmefähigen Arbeitsmarkts (BKSE, 2023, S. 2), interessiert zudem die Frage, ob und welche Veränderungen dies auf Integrationsangebote hat und wie allfällige Entwicklungen aussehen könnten.

Forschungsfrage 2:

«Welche Veränderungen zeichnen sich aktuell im Integrationsbereich ab und wie könnte deren Entwicklung in Zukunft aussehen?»

Das Erkenntnisinteresse dieser Untersuchung hat nicht nur theoretische, sondern auch praxisrelevante Implikationen: Die Erkenntnisse der ersten Forschungsfrage sollen Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit und Integrationsbetriebe ableiten, um das Absentismusverhalten bei

Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung einerseits zu verstehen und andererseits Ansätze zu entwickeln, welche Absentismus minimieren könnten. Darüber hinaus liegt ein weiteres Erkenntnisinteresse im Umgang mit anwesenden Teilnehmenden bei Integrationsangeboten und deren Bedürfnissen, wenn andere Programmteilnehmende fehlen.

Ziel der zweiten Forschungsfrage ist es, aktuelle Tendenzen im Integrationsbereich aufzuzeigen und daraus Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit zu erarbeiten, um den erfragten Bedürfnissen der Teilnehmenden gerecht zu werden und deren Integrationsprozess nachhaltig zu gestalten.

Die Forschung fokussiert einerseits auf bestehende Herausforderungen in der Integration, andererseits möchte sie neue Entwicklungen und damit einhergehende Ideen und Herausforderungen aufzeigen.

1.3 Begrifflichkeiten und Formales

In dieser Arbeit wird der Begriff der Abhängigkeitserkrankung dem Begriff der Suchtmittelerkrankung vorgezogen. Die Autorinnen entscheiden sich dafür, weil das Wort Sucht in der Alltagssprache oft eine stigmatisierende Konnotation hat. Ebenfalls wird bevorzugt von psychischen Erkrankungen statt von psychischen Störungen gesprochen. Der Begriff Störung hat für die Autorinnen etwas Defektes, Fehlerhaftes an sich. Erkrankung hingegen signalisiert, dass es sich um einen medizinischen Zustand handelt, der wie jede andere Erkrankung behandelbar ist.

Eine trennscharfe Unterteilung der Angebote, welche die soziale Integration fördern oder auf die berufliche Integration abzielen, erweist sich als schwierig. Viele Angebote setzen auf beide Integrationsaspekte einen Fokus, weshalb die Autorinnen im Folgenden allgemein von Integrationsangeboten sprechen und es dabei jeweils um die soziale und/oder berufliche Integration geht.

Die Autorinnen orientieren sich an den Zitierrichtlinien der 7. Auflage des Publication Manuals of the American Psychological Association (APA, 2020) und am Leitfaden zur Gleichbehandlung aller Geschlechter der Hochschule Luzern (HSLU, 2020). Im Leitfaden wird unter anderem vorgeschlagen, womöglich eine geschlechtsneutrale Formulierung zu verwenden oder aber beide Geschlechtsformen zu nennen. Da sich dies an einer binären Geschlechterordnung orientiert und weitere Geschlechtsidentitäten ausgeschlossen werden, wird in der vorliegenden Forschungsarbeit der Stern* verwendet, um darauf hinzuweisen, dass es sich beim Geschlecht um ein soziales Konstrukt handelt und es Menschen gibt, welche sich nicht eindeutig einem von zwei Geschlechtern zuordnen lassen.

1.4 Abgrenzung und Aufbau der Arbeit

Um die Forschungsarbeit einzugrenzen, konzentrieren sich die Autorinnen auf den Kanton Bern. Dies auch aufgrund kantonaler Unterschiede in der Gesetzgebung und der Vielfalt der Angebotsstruktur.

Weiter fokussiert die vorliegende Arbeit auf Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung. Diese Zielgruppe weist erschwerte Integrationsbedingungen auf und die Integrationsherausforderungen für die Individuen wie auch die Soziale Arbeit sollen vor dem Hintergrund der Versorgungsstruktur im Kanton Bern beleuchtet werden. Ein anderer Schwerpunkt könnten folgende Gruppen darstellen: Jugendliche, Menschen mit Flucht- oder Migrationserfahrung, Menschen mit Beeinträchtigung. Die Autorinnen begrenzen sich auf die obengenannte Zielgruppe, weil die Fokussierung auf eine Gruppe die Möglichkeit bietet, praxisrelevante Erkenntnisse für die Soziale Arbeit und spezifische Versorgungsstrukturen im Kanton Bern zu gewinnen.

Die Arbeit gliedert sich in mehrere Kapitel, die systematisch zur Beantwortung der Forschungsfragen führen. Nach der Einführung wird im zweiten Kapitel die aktivierende Sozial- und Arbeitspolitik der Schweiz aufgeführt, um deren Entwicklung und aktuelle Herausforderungen zu beleuchten. Anschliessend widmet sich die Arbeit dem Konzept der sozialen und beruflichen Integration, da das Verständnis dieser Konzepte für die weiterführenden Kapitel relevant ist. Im vierten Kapitel geht es um die Besonderheiten und Herausforderungen der Zielgruppe dieser Forschungsarbeit. Es wird auf psychische Erkrankungen im Allgemeinen, die Abhängigkeitserkrankung und den Absentismus eingegangen. Es folgt eine Übersicht der bestehenden Integrationsangebote im Kanton Bern und deren Abgrenzung zum 1. Arbeitsmarkt. Das sechste Kapitel widmet sich der Methodik und beschreibt das qualitative Forschungsdesign, die Untersuchungsgruppe und die geplanten Erhebungsmethoden. Die Ergebnisse werden im siebten Kapitel präsentiert und im achten, verknüpft mit den theoretischen Grundlagen, diskutiert. Abschliessend beleuchtet das neunte Kapitel Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit auf Mikro-, Meso- und Makroebene. Die Arbeit endet mit dem Fazit und einem Ausblick für zukünftige Forschungsarbeiten.

2 Aktivierender Sozialstaat in der Schweiz

Später und zögerlicher als in anderen westlichen Industriestaaten setzte sich die Entwicklung des Sozialstaats in der Schweiz ein und baute sich aus, als in anderen OECD-Staaten bereits Rückbau und Stagnation herrschten (Nadai, 2009, S. 58). Die Anzahl der Leistungsempfangenden in den drei Hauptzweigen der sozialen Sicherung (Arbeitslosenversicherung [ALV], Invalidenversicherung [IV], Sozialhilfe) stieg in den 1990er Jahren unterschiedlich stark und zeitversetzt an und

wurde im politischen Diskurs häufig als explosionsartig beschrieben. Der Anstieg der Kosten und der Eindruck einer dauerhaften Abhängigkeit von Sozialleistungen führten in der Schweiz, ähnlich wie in anderen europäischen Ländern, zu einer Reform des sozialen Sicherungsnetzes vom Wohlfahrtstaat hin zu mehr *Aktivierung* (Nadai, 2009, S. 58-59).

Stichworte wie *aktivierender Staat, Arbeitsintegration, von Welfare zu Workfare, Fordern und Fördern, Neuordnung der Arbeitslosen- und Sozialhilfe* oder *Eingliederung vor Rente* geben Hinweise auf den laufenden Umbau des Sozialstaates (Wyss, 2007, S. 7).

Die Entwicklung und Reform des Sozialstaats in der Schweiz bieten einen zentralen Kontext für die Untersuchung der Integration von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung. Die Veränderungen, die seit den 1990er Jahren im sozialen Sicherungssystem stattgefunden haben, insbesondere der Übergang von einem passiven zu einem aktivierenden Sozialstaat, sind essenziell, um die heutigen Herausforderungen und Ansätze in der Arbeitsmarktintegration zu verstehen. Durch die Verschiebung von *Welfare zu Workfare* und die Betonung auf *Fordern und Fördern* setzt die Sozialpolitik verstärkt auf Massnahmen, die Eigenverantwortung und berufliche Eingliederung fördern – auch für vulnerable Gruppen wie Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung.

In den folgenden Kapiteln wird aufgezeigt, wie die historische Entwicklung des Sozialstaats und die Einführung aktivierender Politiken die aktuellen Rahmenbedingungen in den drei Zweigen der sozialen Sicherung geprägt haben, in denen arbeitsmarktpolitische Massnahmen umgesetzt werden, namentlich in der ALV, der IV und der Sozialhilfe.

2.1 Arbeitslosenversicherung (ALV)

Im Jahr 1995 wurde mit der zweiten Teilrevision des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und Insolvenzentschädigung (AVIG) vom 25. Juni 1982 (SR 837) ein Grundstein in der Aktivierungspolitik gelegt, welche die Bezugsbedingungen der Arbeitslosenversicherung verschärfte. Kürzere Bezugsdauer, härtere Zumutbarkeitsregeln, finanzielle Sanktionen und mehr Kontrolle des Bewerbungsverhaltens traten ein, Bildungs- und Beschäftigungsmassnahmen wurden verpflichtend (Nadai, 2009, S. 59). Der Hauptgedanke war ein Wandel von einer passiven zu einer aktiven Politik, die darauf abzielt, die Integrationsmöglichkeiten für Arbeitssuchende zu verbessern, zu bewirken. Das spezifische Ziel der Reform war die effektive Bekämpfung der Arbeitslosigkeit. Dies sollte durch den flächendeckenden Ausbau der öffentlichen Arbeitsvermittlung und eine Intensivierung der Bildungsmassnahmen erreicht werden. Die neu eingerichteten regionalen Arbeitsvermittlungszentren sind nicht nur für Beratung und Stellenvermittlung zuständig, sondern auch für die Umsetzung des Gesetzes und damit für die Kontrolle der arbeitslosen Personen. Bei dieser Kontrolle ersetzten die RAV die kommunalen Arbeitsämter, bei denen die

Arbeitslosen zuvor ihre physische Verfügbarkeit durch Stempeln nachweisen mussten. Anstelle dieser Stempelpflicht wurde ein Beratungssystem durch die RAV eingeführt, bei dem die Leistungsempfangenden mindestens einmal im Monat zu einem Beratungs- und Kontrollgespräch erscheinen müssen (Magnin, 2005, S. 10-12). Bei der Teilrevision des AVIG wurde festgelegt, dass der Bezug von Arbeitslosenentschädigung auf dem Prinzip von Leistung und Gegenleistung basieren soll. Dabei werden die Bemühungen der arbeitslosen Personen, ihre Vermittlungsfähigkeit zu verbessern, als Gegenleistung betrachtet, und nicht die Beiträge, die sie während einer unselbstständigen Erwerbstätigkeit eingezahlt haben (Magnin, 2005, S. 181). Die aktive Beschäftigungspolitik verfolgt die Absicht, die Flexibilität und Mobilität arbeitsloser Menschen zu erhöhen, damit die Vermittlungsfähigkeit erhöht werden kann (ebd.). Artikel 15 AVIG hält die Voraussetzungen der Vermittlungsfähigkeit fest: Die Vermittlungsfähigkeit beinhaltet einerseits die Arbeitsfähigkeit (in der Lage sein), andererseits die Vermittlungsbereitschaft. Die Annahme von zumutbarer Arbeit und aktive Teilnahme an Arbeitsvermittlungsmassnahmen werden gefordert. Versicherte müssen sich intensiv um Arbeit bemühen und auch bereit sein, befristete Beschäftigungen oder Zwischenverdienste anzunehmen. Auch die Bereitschaft zur Teilnahme an Eingliederungsmassnahmen sowie die Arbeitsberechtigung sind Elemente der Vermittlungsfähigkeit (Art. 15, AVIG). Magnin (2005) beschreibt, dass die Erwartungen, die an die Arbeitskräfte gestellt werden, längst nicht mehr in ihrer normativen Kraft steht und sich über das Arbeitsleben hinaus auch auf das Privatleben erstrecken (S. 183-184).

Im April 2011 fand die 4. AVIG-Revision statt. Das Hauptziel war, das Versicherungsprinzip zu stärken und Fehlanreize zu beseitigen, um frühzeitig gegen Langzeitarbeitslosigkeit vorzugehen und die Erschöpfung des Anspruchs auf Arbeitslosengelder zu vermeiden (Salzgeber, 2012).

Abschliessend kann gesagt werden, dass der seit 1995 bestehende Aktivierungsdruck durch die 4. AVIG-Revision und die damit einhergehenden Leistungskürzungen sowie andere Verschärfungen nochmals deutlich erhöht wurde.

2.2 Invalidenversicherung (IV)

Im Jahr 2008 trat die 5. Revision der IV in Kraft, die einerseits die IV finanziell entlasten, andererseits die Eingliederung in die Erwerbsarbeit erhöhen sollte. Das Motto der IV lautet seither *Eingliederung vor Rente*. Zu späte Anmeldungen, zu spätes Einsetzen der Eingliederungsbemühungen oder mangelnde Koordination unter den beteiligten Akteur*innen stellten ein Systemfehler der IV dar. Dieser sollte unter anderem durch die Früherfassung und Frühintervention korrigiert werden (du Bois-Reymond, 2007, S. 284). Im Rahmen der Früherfassung nimmt die IV frühzeitig Kontakt mit den Versicherten auf und prüft deren Arbeitsunfähigkeit. Sollte eine erfolgversprechende

Möglichkeit zur Wiedereingliederung bestehen, wird rasch die Frühintervention eingeleitet. Eingliederungsmassnahmen können somit bereits ergriffen werden, bevor endgültig über die Invalidität entschieden wird (du Bois-Reymond, 2007, S. 284-285).

Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen stelltder direkte Übergang in den Arbeitsmarkt oder in berufliche Massnahmen häufig eine zu grosse Herausforderung dar, was oft in einer IV-Rente resultierte (du-Bois-Reymond, 2007, S. 285). Um diese Barriere zu überwinden, wurden Integrationsmassnahmen eingeführt, die als Vorstufe zu beruflichen Massnahmen dienten und den Übergang zum Arbeitsmarkt erleichterten.

Zwei methodische Ansätze zur beruflichen Eingliederung wurden dabei verfolgt:

1. Stufenmodell (first train, then place): In diesem Modell wird zunächst die Eingliederungsfähigkeit der betroffenen Personen durch gezielte Massnahmen gefördert, bevor eine Integration in den Arbeitsmarkt – entweder direkt oder über Umschulungen – erfolgt.
2. Integratives Modell (first place, then train): Hier erfolgt die Integration direkt in den 1. Arbeitsmarkt, wobei die Arbeitsfähigkeit am Arbeitsplatz durch externe Fachpersonen kontinuierlich trainiert und gefördert wird (du-Bois-Reymond, 2007, S. 285).

Neben der Stärkung der Eingliederungsmassnahmen wurde mit der Revision der Zugang zu einer IV-Rente erschwert. Die Versicherten müssen zuerst an allen zumutbaren Programmen, welche die Eingliederungsfähigkeit erhalten, wiederherstellen oder verbessern, aktiv teilnehmen. Kommen sie dieser Pflicht nicht nach, können ihnen weitere Leistungen gekürzt oder verweigert werden. Der Anspruch auf eine Rente wird erst geprüft, wenn die möglichen Eingliederungsmassnahmen erfolglos ausgeschöpft worden sind oder wenn vom vornherein keine erfolgsversprechenden Massnahmen in Aussicht stehen (ebd.).

Mit der Umgestaltung der IV zur Eingliederungsversicherung im Rahmen der 5. Revision (und ab 2012 mit der Revision 6a) werden nun auch die bedürftigen Personen und Menschen mit Behinderung, die in den Arbeitsmarkt integriert werden sollen, in erster Linie als arbeitslos betrachtet (Nadai & Canonica, 2012, S. 28).

Mit der IV-Revision 6a, die 2012 in Kraft trat, fand ein Paradigmenwechsel statt: Von *einmal Rente, immer Rente* hin zu *Rente als Brücke zur Eingliederung*. Ziel war es, die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit von IV-Rentenbeziehenden durch gezielte Massnahmen zu verbessern, um eine Wiedereingliederung zu ermöglichen und den Rentenbedarf zu reduzieren (BSV, 2016, S. 19).

Erst 2019 änderte das Bundesgericht seine Rechtsprechung in Bezug auf Abhängigkeitserkrankungen und erkannte diese, vergleichbar mit anderen psychischen Erkrankungen als

krankheitswertig an. Seither wird individuell geprüft, ob und inwieweit eine diagnostizierte Abhängigkeit die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, anstatt den IV-Anspruch grundsätzlich abzusprechen (BGE 145 V 215).

Am 1. Januar 2022 ist die 7. IV-Revision und bis heute letzte IV-Revision in Kraft getreten. Vieles wurde umstrukturiert, speziell in Bezug auf die Eingliederung (Bollier, 2022, S. 3). Die Weiterentwicklung der IV soll durch eine intensive Unterstützung (ausgebaute Begleitung und Beratung) der Betroffenen ihr Eingliederungspotenzial und ihre Vermittlungsfähigkeit verstärken. Der Fokus liegt vor allem auf Kindern, Jugendlichen und Menschen mit einer psychischen Erkrankung (Bollier, 2022, S. 274).

2.3 Sozialhilfe

Die Zuständigkeit der Sozialhilfe liegt nicht auf Bundesebene wie die beiden anderen beschriebene Zweige der sozialen Sicherheit. Sie liegt bei den Kantonen bzw. den Gemeinden (Mösch Payot et al., 2021, S. 278). Die SKOS setzt sich für eine annähernd einheitliche Sozialhilfepraxis in der gesamten Schweiz ein. Dazu veröffentlicht sie regelmässig überarbeitete Richtlinien, die beispielsweise die Berechnung der Sozialhilfe definieren. Diese Richtlinien sind als Empfehlungen für die kantonale und kommunale Umsetzung der Sozialhilfe gedacht und werden erst durch die kantonale Gesetzgebung verbindlich (Hauss & Canonica, 2012, S. 369).

Ende der 1990er Jahre fand in der Sozialhilfe eine Neuausrichtung hin zur Aktivierung statt (Nadai & Canonica, 2012, S. 28). Die SKOS hat den Integrationsauftrag erstmals konkretisiert. Es wurden Massnahmen zur sozialen und beruflichen Integration geschaffen, die mit dem Gegenleistungsprinzip verknüpft wurden. Die Sozialhilfe wandelte sich also in eine *aktive* Sozialhilfe und neben der Bedarfsdeckung wurden auch die soziale und berufliche Integration zu einem Ziel (Der Bundesrat, 2013, S. 25). Die Bedeutung der materiellen Existenzsicherung als unabdingbare Voraussetzung für die Integration erkannte die SKOS noch an, was sich jedoch mit der Revision von 2005 änderte. Der Grundbedarf II, der 1998 eingeführt worden war, wurde wieder abgeschafft und der *Grundbedarf zum Lebensunterhalt* gekürzt (Nadai, 2007, S. 14). Sozialhilfebeziehende können sich einen Bonus, die sogenannte *Integrationszulage* (IZU) erarbeiten, wenn sie sich aktiv um ihre Integration bemühen. Sei es durch die Teilnahme an Weiterbildungen, an Integrationsangeboten oder an gemeinnützigen Tätigkeiten. Wiederum können sie bei mangelnden Bemühungen mit Kürzungen bestraft werden oder es werden gar finanzielle Sanktionen verhängt, wenn sich jemand weigert, an zumutbaren Massnahmen teilzunehmen (ebd.). Bis zum Jahr 2014 sah der Kanton Bern eine IZU von 300 Franken monatlich vor. Im Rahmen von sozialpolitischen Sparmassnahmen wurde diese gekürzt (BKSE, 2017, S. 3). Art. 8a der Sozialhilfeverordnung des Kantons

Bern (SHV BE) vom 24. Oktober 2001, BSG 860.111, sieht seither eine IZU von 100 Franken im Monat vor.

2016 wurden die SKOS-Richtlinien erneut geändert. Der Grundbedarf wurde reduziert und der Maximalbetrag einer Sanktion beträgt neu 30% des Grundbedarfs (bisher 15%) (Wolffers, 2015, S. 316).

In einer Medienmitteilung vom 1. Juli 2024 informierte der Regierungsrat des Kantons Bern im Rahmen der aktuellen Sozialhilfegesetzesrevision, welche 2026 in Kraft treten soll, über neue Anreize für die Aufnahme einer Erwerbsarbeit: Neu sollen Personen, die wieder mehr verdienen und sich so aus der Sozialhilfe lösen können, die erhaltene Sozialhilfe nicht mit ihrem Lohn zurückzahlen müssen. Das soll zusätzliche Anreize schaffen, erwerbstätig zu werden.

Zwischen 1995 und 2024 fanden verschiedene Reformen im System der sozialen Sicherheit statt, insbesondere in der Arbeitslosenversicherung, der Sozialhilfe und der Invalidenversicherung. Diese Reformen haben im Sinne von Workfare bzw. Aktivierung das Ziel, Personen, die staatliche Leistungen über diese Institutionen beziehen, wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

Um dieses Ziel zu erreichen, werden die Betroffenen dazu verpflichtet, an Beschäftigungs- und Eingliederungsprogrammen der Arbeitslosenversicherung, der Sozialhilfe oder der Invalidenversicherung teilzunehmen. Gleichzeitig wird erwartet, dass sie sich kontinuierlich durch reguläre Bewerbungen um Arbeitsstellen bemühen. Zudem sollen Leistungskürzungen oder -einstellungen Anreize schaffen, um die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zu fördern.

2.4 Auswirkungen für Leistungsempfangende

Nadai (2007) beschreibt, dass die oben beschriebene Form der Sozialpolitik darauf abzielt, die Gesellschaftsmitglieder, insbesondere jene, die staatliche oder sozialversicherungstechnische Unterstützung erhalten, zu aktivieren (S. 12). Aktivierung bedeutet dabei zunächst, dass staatliche Leistungen oder Sozialversicherungen nicht einfach bedingungslos gewährt werden, sondern an sogenannte Gegenleistungen gebunden sind. Wer Unterstützung bezieht, muss aktiv nachweisen, dass er oder sie sich um eine Wiedereingliederung bemüht – häufig in Form von Arbeit, sei es auf dem regulären Arbeitsmarkt oder in Beschäftigungsprogrammen. Um dies zu erreichen, setzt die Aktivierungspolitik auf Anreize: Wer sich in der gewünschten Weise engagiert, erhält etwas höhere Leistungen oder überhaupt eine Leistung. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass der Bezug von Sozialleistungen mit Passivität gleichzusetzen sei, also dass Menschen, die unterstützt werden, tendenziell nichts tun und sich gewissermassen in der *sozialen Hängematte* der staatlichen Hilfe ausruhen. Um dieser vermeintlichen Bequemlichkeit entgegenzuwirken, werden

Unterstützungsleistungen auf das absolute Minimum reduziert. Alles, was darüber hinausgeht, muss durch eigene Aktivität erarbeitet werden (ebd.).

Nach der Auffassung von Wyss (2007), verstärkte eine solche Politik der Kürzungen und Einstellungen von Sozialleistungen den Druck zum Autoritären (S. 77). Die Leistungen werden nicht primär mit Blick auf die Beziehenden gekürzt oder gestrichen, sondern mit Blick auf die *normale Bevölkerung*. Dies suggeriert, dass aus Sicht der Verantwortlichen in der Politik egal ist, wie es den Betroffenen nach den Leistungskürzungen oder Leistungseinstellungen wirklich geht (ebd.). Ein solcher Zusammenhang verdeutlicht sich auch in der folgenden soziologischen Analyse von Nadai et al. (2015), welche die Auswirkungen der Umgestaltung des Sozialstaats auf die soziale Exklusion und den Arbeitsmarkt beschreiben:

> Aus soziologischer Sicht lässt sich die behauptete Zunahme der Fälle von schwer integrierbaren Erwerbslosen als zumindest teilweise sozialpolitisch induziert verstehen. Sie ist nicht nur eine Folge von Exklusionsprozessen, die ihren Ursprung im Strukturwandel von Arbeitsmärkten haben. Vielmehr trägt die Rekonfiguration des Sozialstaats, insbesondere die Transformation vom sorgenden zum aktivierenden und sozialinvestiven Staat ihren Teil dazu bei. Im Sozialinvestitionsparadigma verschmilzt Sozialpolitik mit Wirtschaftspolitik, bzw. wird dieser untergeordnet (S. 13).

Nadai (2005) führt weiter aus, dass das Konzept der Aktivierung so anziehend erscheint, weil es einen grundlegenden Widerspruch umgeht: Statt auf schwer veränderbare und langfristige strukturelle Faktoren wie den Arbeitsmarkt, demografische Entwicklungen oder Familienformen Einfluss zu nehmen, richtet sich Aktivierung auf das Individuum (S. 20-21). Durch Verhaltensänderungen soll sich dieses selbst in die Gesellschaft und den Arbeitsmarkt integrieren (ebd.).

3 Soziale und berufliche Integration

Das vorherige Kapitel verdeutlicht, wie das gegenwärtige System der sozialen Sicherheit in der Schweiz funktioniert. Sein Ziel ist es, dass Menschen integriert und finanziell unabhängig sind. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie die Begriffe *Integration*, *soziale Integration* und *berufliche Integration* definiert werden. Daher werden sie im folgenden Kapitel aus verschiedenen Sichtweisen beleuchtet und voneinander abgegrenzt.

3.1 Allgemeine Bedeutung

Das BSV (2021) führt auf, dass der Begriff der Integration seit über zwanzig Jahren eine zentrale Rolle in Europa spielt, vor allem aufgrund gesellschaftlicher Herausforderungen und

tiefgreifender sozialer sowie wirtschaftlicher Veränderungen. In den 1990er Jahren war dies besonders in der Schweiz spürbar. Die steigende Arbeitslosigkeit, die wachsende Inanspruchnahme von Sozialhilfe und verstärkte Migrationsbewegungen führten zu einer intensiven politischen Auseinandersetzung mit der Thematik und schlussendlich zu Reformen. Der Begriff *Integration* umfasst sowohl den sozialen Zusammenhalt als auch die Eingliederung. Häufig wird er mit problematischen Themen wie Armut und Ausgrenzung in Verbindung gebracht. Gleichzeitig ist Integration jedoch auch eng mit den Grundrechten und der Chancengleichheit von Minderheiten verbunden, insbesondere hinsichtlich des Zugangs zu Bildung und zum Arbeitsmarkt, welcher für eine erfolgreiche Teilhabe an der Gesellschaft essenziell ist (BSV, 2021).

Die Eidgenössische Migrationskommission (2023) betont, dass Integration ein fortwährender, gesamtgesellschaftlicher Prozess ist, für welchen alle Verantwortung tragen. Es brauche alle Teile der Gesellschaft, alle einzelnen Menschen und Institutionen für einen gesellschaftlichen Zusammenhalt.

Die nationale Plattform gegen Armut (2019) definiert Integration wie folgt: «Sozial und beruflich integriert zu sein, bedeutet, über ein ausreichendes Einkommen zur selbstbestimmten Lebensgestaltung zu verfügen und damit aktiv am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können.»

Der Begriff Integration kann weiter von einem soziologischen (Integrationstheorie) oder von einem politischen Ansatz (Integrationskonzept) her beleuchtet werden. Dazu werden anschliessend die Ausführungen von Strohmeier und Knöpfel (2005) beigezogen. Die Kombination dieser beiden Ansätze ermöglicht eine differenzierte Definition, da sie sowohl theoretische als auch praktische Perspektiven betrachten.

Soziologischer Ansatz

Integration kann aus einer Makro- sowie einer Mikroperspektive angeschaut werden (Strohmeier & Knöpfel, 2005, S. 8-9). Die Mikroperspektive schaut auf das Zusammenwirken der Individuen. Für das gemeinsame Aufeinanderzugehen braucht es drei Schritte. An erster Stelle steht das in Kontakt treten und das Kommunizieren der Individuen. Zweitens müssen daraus Beziehungen entstehen, bei denen sich beide Personen als gleichwertig, oder auch als anders, anerkennen und sich respektieren. Als dritten Schritt müssen die individuellen Handlungen aufeinander bezogen sein (Bsp. etwas gemeinsam unternehmen, gemeinsam an gesellschaftlichen Gestaltungsprozessen teilhaben). Von diesem Blickwinkel aus bedeutet Integration, dass Individuen durch Kommunikation und Handlungen in Beziehung treten (Strohmeier & Knöpfel, 2005, S. 8-9). Auf der Makroebene wird beschrieben, was eine Gesellschaft zusammenhält oder auseinandertreibt. Die Gesellschaft wird als Ganzes verstanden, wobei die Kooperationen und Interaktionen der

gesellschaftlichen Teilsysteme betont werden. Die Prozesse werden durch Mechanismen wie Markt, Werte, Normen und politische Organisationsformen strukturiert (ebd.). Das heisst, dass die Teilsysteme einer Gesellschaft eine gewisse Offenheit und Integrationsbereitschaft vorweisen müssen, damit integrationsbereite Individuen beispielsweise Zugang zum Arbeitsmarkt finden oder aber bei fehlender Erwerbsfähigkeit mithilfe sozialer Sicherungsmassnahmen von gesellschaftlichem Ausschluss oder Desintegration bewahrt werden.

Politischer Ansatz

Für die Beschreibung des politischen Ansatzes stützen sich Strohmeier und Knöpfel (2005) auf die Ausführungen von Saner (2002). Laut ihm ist *Integration* ebenfalls eine bestimmte Form des gesellschaftlichen Zusammenlebens und der Begriff beschriebt einen wechselseitigen Prozess zwischen Individuum und Gesellschaft, worin sich beide gemeinsam verändern. Um Integration in einen politischen Kontext zu setzen, bedarf es laut Saner andere Formen des Zusammenlebens, welche dem Begriff *Integration* gegenübergestellt werden müssen (Strohmeier & Knöpfel, 2005, S. 11). *Integration* bedeutet, dass A auf B zugeht und versucht, etwas gemeinsam mit B zu erreichen (Du bist Teil von uns und wir sind Teil von dir). Es wird als wechselseitigen Prozess dargestellt, zwischen Individuum und Gruppe. *Assimilation* dagegen heisst, A verändert sich nicht und erwartet Veränderungen von B. Dies ist also ein einseitiger Prozess, bei dem sich das Individuum an eine Gruppe anpasst (Du musst werden wie wir). *Kommunikative und kooperative Koexistenz* wird als Vorgang beschrieben, bei dem A und B aufeinander zugehen, ohne sich zu assimilieren oder etwas Neues zu schaffen (Du kannst so bleiben wie du bist, wir bleiben so wie wir sind). Zuletzt wird der Begriff *Inseration* aufgeführt, welcher bedeutet, dass A keinen Kontakt zu B aufnimmt und umgekehrt (Du lässt uns in Ruhe und wir lassen dich in Ruhe). In der Praxis weist eine Gesellschaft meist alle vier Teilaspekte auf. Der politische Integrationsbegriff beinhaltet eine ethische Komponente und Idealvorstellungen einer Gesellschaft (z.B.: alle sollen arbeiten; niemand soll *faulenzen*) (Strohmeier & Knöpfel, 2005, S. 11-13).

Nun interessiert für die vorliegende Arbeit insbesondere die sozialhilferechtliche Situation im Kanton Bern in Bezug auf die Integration. Daher wird der gesetzliche Rahmen des Begriffes anhand des Sozialhilfegesetzes des Kantons Bern vom 11. Juni 2001 aufgeführt (Sozialhilfegesetz, SHG BE; BSG 860.1). In Art. 1 SHG wird festgelegt: «Die Sozialhilfe sichert die gemeinsame Wohlfahrt der Bevölkerung und ermöglicht jeder Person die Führung eines menschenwürdigen und eigenverantwortlichen Lebens». Um dies zu erreichen, werden laut Art. 2 SHG Massnahmen in den Bereichen der finanziellen Existenzsicherung, der persönlichen Autonomie, der beruflichen und sozialen Integration sowie der Lebensbedingungen ergriffen, um, wie in Art. 3 SHG festgehalten, Ziele der Prävention, der Hilfe zur Selbsthilfe, des Ausgleichs von Beeinträchtigungen, der

Behebung von Notlagen, der Vermeidung von Ausgrenzung und der Förderung von Integration zu verwirklichen. Art. 35 Absatz 2 SHG spezifiziert diese Massnahmen und nennt insbesondere berufliche Qualifizierungsmaßnahmen, Integrationshilfen in den Arbeitsmarkt, Beschäftigungsprogramme, Familienarbeit, Freiwilligenarbeit sowie Therapien als zentrale Instrumente zur beruflichen und sozialen Integration. Diese gesetzlichen Verankerungen geben zwar keine begriffliche Definition her, stellen jedoch die notwendigen gesetzlichen Grundlagen dar, welche für die Führung eines menschenwürdigen und eigenverantwortlichen Lebens identifiziert werden.

Mit diesen Ausführungen wird bereits deutlich, dass die soziale und die berufliche Integration zusammenhängen und oftmals miteinander einhergehen – weshalb nun aufgezeigt wird, wie die beiden Begriffe unterschieden werden können. Somit kann der Integrationsbegriff noch vertiefter betrachtet werden, um anschliessend die Begriffe *soziale Integration* und *berufliche Integration* gesondert darzustellen.

3.2 Soziale Integration

Um den Begriff der sozialen Integration zu definieren, kann die Stellung der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe beigezogen werden, welche im Jahr 2023 ein Grundlagenpapier mit dem Fokus sozialer Integration veröffentlicht hat (SKOS, 2023).

Der Integrationsauftrag der Sozialhilfe beruht auf der Überzeugung, dass allen Menschen unserer Gesellschaft die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gewährt sein soll. Angelehnt daran macht sich die SKOS Gebrauch vom Begriff der Teilhabe, welcher auf Bartelheimer (2007) zurückzuführen ist. Ziel des Teilhabebegriffes ist es, weg von der Annahme zu gelangen, dass Menschen eine einseitige Vorleistung zu ihrer Integration erbringen müssen. Die Sozialhilfe soll die Teilhabe am wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen und politischen Leben ermöglichen und den Menschen Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein ermöglichen. Dafür stellt sie Angebote zur Förderung der sozialen und beruflichen Integration bereit (SKOS, 2023, S. 3). Ziele sozialer Integrationsangebote werden wie folgt zusammengefasst: Stärkung der Selbständigkeit im Alltag, Stabilisierung der Lebenssituation und der Gesundheit, Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe, Ermöglichung eines Engagements im Sinne der Teilgabe (z.B. wenn sich Sozialhilfebeziehende in der Freiwilligenarbeit engagieren und somit der Gesellschaft etwas zurückgeben können). Soziale Integrationsangebote können als Vorstufe oder Ergänzung zu beruflichen Angeboten oder Bildungsangeboten eingesetzt werden, wobei die SKOS dafür plädiert, dass die verschiedenen Unterstützungsangebote kombinierbar und anpassungsfähig sind (SKOS, 2023, S. 5).

Die Ziele und Nutzen der sozialen Integration lassen sich anhand des Grundlagenpapier der SKOS (2023) wie folgt zusammenfassen:

- Erfüllung des Grundbedürfnisses, in eine Gesellschaft integriert zu sein
- Perspektiven und Zukunftspläne entwickeln
- Neue Rollen einnehmen
- Soziale Nahbeziehungen eingehen
- Eine Tagesstruktur erlangen
- Befähigung, das eigene Leben in die Hände zu nehmen
- Vermeidung von Gesundheits- und anderen Folgekosten
- Sozialer Frieden (S.6)

Die aufgelisteten Ziele der Sozialhilfe und der SKOS bieten einen Überblick des Begriffes der sozialen Integration. Damit können einerseits Ansprüche der Klientel gegenüber Professionellen der Sozialen Arbeit geltend gemacht werden, sowie auch von Professionellen gegenüber ihren Auftraggebenden.

3.3 Berufliche Integration

Laut Eisner (2000) bezieht sich berufliche Integration auf die wirtschaftliche Eingliederung. Beruflich integriert ist eine Person, wenn sie einer Arbeit im 1. Arbeitsmarkt nachgeht und daher ein geregeltes Einkommen generiert (S.165).

Die Direktion für Bildung, Soziales und Sport der Stadt Bern (2020) schreibt in einem Grundlagenpapier zur beruflichen und sozialen Integration in der Sozialhilfe, dass eine Anstellung im 1. Arbeitsmarkt eine der wichtigsten Voraussetzungen für die wirtschaftliche Eigenständigkeit und damit für die Ablösung der Sozialhilfe ist (S. 7). Die Arbeitsintegration gehört zu den Kernaufgaben der Sozialhilfe (ebd.).

Im Verständnis der Autorinnen geht es bei der beruflichen Integration primär um die Vermittelbarkeit, die Arbeitsmarktfähigkeit und die Fähigkeit, den Lebensunterhalt selbständig zu erwerben.

In den letzten Jahren wurden im Kanton Bern vor allem die beruflichen Integrationsangebote ausgebaut. Sozial vulnerable Menschen benötigen jedoch oftmals zuerst Unterstützung zur Stabilisierung und Verbesserung ihrer Lebenssituation. Die komplexen Lebenssituationen führen dazu, dass die berufliche Integration häufig nicht nachhaltig gelingen kann, denn es stellt sich als herausfordernd dar, die Lebenssituation im Alleingang zu meistern und gleichzeitig die Herausforderungen eines Berufsalltags zu meistern. Daher empfehlen die SKOS-Richtlinien, Angebote zur Förderung der sozialen und beruflichen Integration gleichermassen bereitzustellen (SKOS, 2023, S. 4).

Gerade Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung sind besonders vulnerabel. Saner (2002), beschreibt Abhängigkeit als einen sich selbst verstärkenden Teufelskreis, der den Übergang in soziale Isolation nachvollziehbar macht: durch den Konsum und dessen angenehme Wirkung steigt die Lust auf Wiederholung (S. 83-85). Nach mehrmaligem Konsum entsteht eine Abhängigkeit (vgl. Kapitel 4.2.2). Die Abhängigkeit erfordert die Beschaffung von mehr *Stoff* und dadurch mehr Geld. Geld und *Stoff* zu organisieren kann zu Stress führen, welcher wiederum nach mehr Entspannung durch Konsum verlangt. Saner schreibt, dass mit der Zeit die Kontakte zu *nicht-Süchtigen* weniger werden und *Süchtige* am Rande der Gesellschaft angelangen (ebd.). Der 1. Arbeitsmarkt lässt für abhängigkeitserkrankte Menschen kaum krankheitsbedingte Rückfälle zu und bietet wenig Möglichkeiten, Schritt für Schritt wieder einzusteigen (Kaspar & Leimgruber, 2021, S.131). Daher ist es Aufgabe der Sozialen Arbeit, Rahmenbedingungen, Massnahmen und Methoden zu schaffen, die den Menschen den Weg ins Arbeitsleben (1. oder 2. Arbeitsmarkt) ebnen (ebd.).

Die Autorinnen definieren Integration nicht ausschliesslich durch die berufliche Eingliederung, die mit einem eigenständigen Einkommen einhergeht. Sie betonen vielmehr, die zentrale Rolle des sozialen Aspekts, insbesondere des Gefühls, gebraucht zu werden, einer Gemeinschaft anzugehören und über Zukunftsaussichten zu verfügen. Dies zeigt den Stellenwert von niederschwelligen Integrationsangeboten auf, in denen der Fokus nicht auf der beruflichen Integration liegt.

3.4 Integration und die Rolle der Sozialen Arbeit

Es ist sinnvoll, das komplexe Feld der Integration auf der Mikro-, Meso- und Makroebene zu betrachten, um das Aufgabenfeld und den Tätigkeitsbereich der Sozialen Arbeit aufzuzeigen. Diese differenzierte Betrachtung ermöglicht es der Sozialen Arbeit, sowohl individuell als auch strukturell wirksam zu werden und ihren berufsethischen Verpflichtungen gerecht zu werden.

Die berufsethischen Verpflichtungen sind im Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz festgehalten. Ein wichtiger Grundsatz ist folgender: «Alle Menschen haben das Anrecht auf die Befriedigung existenzieller Bedürfnisse sowie auf Integrität und Integration in ein soziales Umfeld. Gleichzeitig sind Menschen verpflichtet, andere bei der Verwirklichung dieses Anrechts zu unterstützen» (AvenirSocial, 2010, S. 7).

Konkretisiert wird dieser Auftrag im Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe des Kantons Bern vom 11. Juni 2001, in Art. 2, Art. 3 und Art. 35 (Sozialhilfegesetz, SHG; BSG 860.1). Es sollen Massnahmen bereitgestellt werden, welche unter anderem aus beruflichen Qualifizierungsmassnahmen, Integrationshilfen oder Beschäftigungsprogrammen bestehen (Art. 35, Absatz 2 SHG).

Die hiesige Aktivierungspolitik (vgl. Kapitel 2.4) verlangt von den Individuen, dass sie sich, meist in Form von Arbeit, für die staatlichen oder sozialversicherungstechnischen Unterstützungen bemühen (Nadai, 2007, S. 12). Nadai et al. (2015) erläutern, dass die Zunahme schwer integrierbarer Erwerbsloser nicht allein auf Exklusionsprozesse durch den Strukturwandel der Arbeitsmärkte zurückzuführen ist, sondern dass auch sozialpolitische Veränderungen dies begünstigen (S. 13).

Im Allgemeinen lassen diese Ausführungen darauf schliessen, dass die soziale Arbeit eine Schlüsselrolle einnimmt, indem sie Menschen bei der geforderten sozialen und beruflichen Integration unterstützt, sich der Aktivierungspolitik kritisch annimmt und sich für strukturelle Veränderungen einsetzt. Im Folgenden werden die verschiedenen Handlungsebenen aufgezeigt.

3.4.1 Mikroebene

Auf der Mikroebene arbeitet die Soziale Arbeit direkt mit den einzelnen Personen oder Gruppen, um deren spezifische Bedürfnisse zu adressieren und sie gezielt zu unterstützen.

Ein Arbeitsintegrationsprogramm im Kanton Solothurn beschreibt die Aufgabe der Sozialen Arbeit im Bereich der Integration wie folgt: Soziale Arbeit unterstützt Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung mit gezielten Massnahmen wie Beratung, Finanzierung von Projekteinsätzen oder Weiterbildungen in der sozialen Integration. Soziale Arbeit im Kontext der Integration wirkt auf der gesamten Lebenssituation der Klientel. Durch die Komplexität des Alltags und den Wechselwirkungen der diversen Lebensbereiche ist es unausweichlich, die ganze Lebenssituation anzuschauen und davon ausgehend Veränderungen und Unterstützung zu erzielen. Dafür ist eine Anamnese zu Beginn eine wichtige Grundlage, da sie die Basis für weitere Interventionen bildet (Stalder & Stopp, 2021, S. 148).

Ein weiteres Integrationsangebot des Kantons Bern ergänzt den Auftrag der sozialarbeiterischen Tätigkeit im Feld mit konkreten Beispielen. Folgende Eigenschaften sollten im Sinne eines alltags- und lebensweltorientierten Unterstützungssystems gefördert werden: Belastbarkeit, Gesundheitszustand, Sozialkompetenz, Zuverlässigkeit, Teamfähigkeit usw. Der Ansatz des Empowerments wird hier hervorgehoben, da er nach individuellen Fähigkeiten, Talenten und Interessen der Klientel sucht (Kaspar & Leimgruber, 2021, S. 132). Nebst der Stärkung der personellen Ressourcen (Selbstwertgefühl, Beziehungsfähigkeit), wird der Blick auf strukturelle (Einkommen, Wohnbedingungen) und soziale (Kontakte, Emotionale Unterstützung) Ressourcen gerichtet. Auch Kaspar und Leimgruber (2021) betonen die Wichtigkeit der Zusammenarbeit der verschiedenen Beteiligten des helfenden Netzwerks, damit eine qualifizierte Hilfeplanung vorgenommen werden kann (S. 133).

3.4.2 Mesoebene

Auf der Mesoebene geht es um die Vernetzung und Koordination zwischen verschiedenen Akteur*innen, die an der Integration beteiligt sind (beispielsweise Integrationsangebote, Sozialdienste, Ärzt*innen, Psycholog*innen).

Stalder und Stopp (2021) weisen darauf hin, dass der Austausch im Netz der Helfenden einen hohen Stellenwert hat. Die oftmals mehrdimensionalen Problemlagen der Klientel setzen Unterstützung verschiedener Professionen voraus. Es ist wichtig, dass sich die verschiedenen Fachpersonen austauschen und eine gemeinsame Zielrichtung anstreben (S. 148).

Laut Kaspar und Leimgruber (2021) gibt der 1. Arbeitsmarkt Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung kaum die Gelegenheit, Schritt für Schritt wieder einzusteigen. Krankheitsbedingte Rückfälle werden kaum zugelassen. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit besteht also unter anderem darin, den Menschen passende Rahmenbedingungen, Massnahmen und Methoden bereitzustellen, die ihnen den Weg in die Arbeitswelt ebnen (S. 131).

3.4.3 Makroebene

Auf Makroebene setzt die Soziale Arbeit auf die Einflussnahme in politisch-gesellschaftlichen Kontexten und befasst sich mit den Rahmenbedingungen und Strukturen, die die Arbeitsintegration ermöglichen oder erschweren.

So ist im Berufskodex Soziale Arbeit (2010) unter Punkt 5 (Ziele und Verpflichtungen der Sozialen Arbeit) festgehalten, dass Soziale Arbeit über ihre Netzwerke sozialpolitische Interventionen unterstützt und initiiert und sich sozialräumlich an der Gestaltung der Lebensumfelder sowie an der Lösung struktureller Probleme beteiligt, welche sich im Zusammenhang mit der Einbindung der Individuen in soziale Systeme ergeben (S. 7).

Weber (2021) postuliert, dass es auf Bundesebene zentral ist, «jene Systeme, Institutionen und Organisationseinheiten für die Thematik *Sucht* zu sensibilisieren, denen in der Prävention und der Behandlung von Abhängigkeiten und deren Folgen eine Rolle zukommt (S. 7)». Sei dies nun in der Finanzierung, Steuerung, Konzeptualisierung, Versorgung, Rechtsetzung oder in der Gestaltung des gesellschaftlichen Diskurses (ebd.).

Durch die Tätigkeiten der Sozialen Arbeit auf allen drei Ebenen wird die Integration umfassend gefördert, indem auf individueller, institutioneller und gesellschaftlicher Ebene Barrieren abgebaut und neue Zugänge geschaffen werden.

4 Krankheitsbilder der Untersuchungsgruppe und Konzepte

In dieser Forschungsarbeit werden Integrationsangebote im Kanton Bern untersucht. Der Fakt, dass zwischen 2000 und 2023 der Anteil psychischer Erkrankungen als Ursache für eine Invalidenrente von 35,6% auf 49,9 % gestiegen ist (BSV, 2024, S. 8), lässt darauf schliessen, dass Teilnehmende von Integrationsangeboten ebenfalls vermehrt von psychischen Erkrankungen betroffen sein können. Die Auswirkungen dieser Erkrankungen beeinträchtigen die Arbeitsfähigkeit der Menschen. Ein Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf dem Phänomen des Absentismus, der als mögliche Folge dieser Belastungen betrachtet wird. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Abhängigkeitserkrankung, welche eine psychische Erkrankung darstellt, die sich auf alle Lebensbereiche auswirkt und Menschen in ihrer gesamten Integrität betrifft (Kaspar & Leimgruber, 2021, S.131). Um ein umfassenderes Verständnis der Herausforderungen der untersuchten Gruppe zu erlangen, liefert das nächste Kapitel grundlegende Informationen zu psychischen Erkrankungen. Ergänzend wird die Abhängigkeitserkrankung sowie der Absentismus betrachtet – sei dies als mögliche Folge oder als Bewältigungsstrategie im Umgang mit den psychischen Belastungen.

4.1 Psychische Erkrankungen

Wann hat ein Mensch ein psychisches Problem, wann eine psychische Störung oder eine psychische Erkrankung? Und wann gelten Menschen als gesund? Eine klare Unterscheidung der verschiedenen Begriffe stellt sich als herausfordernd dar. Das folgende Kapitel ist ein Versuch, den Lesenden einen Überblick der Begrifflichkeiten zu verschaffen.

4.1.1 ICD-10 und DSM-5

Aktuell gibt es zwei deskriptive Klassifikationssysteme der klinischen Forschung und Praxis. Zum einen das ICD (international Classification of Disease), welche aktuell in der 10. Revision ist und von der Welt Gesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben wird. Weiter gibt es das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), welches von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben wird und aktuell in der 5. Revision ist (Strohmer, 2023).

Die Schweiz nutzt momentan zur Diagnose und Behandlung von Krankheiten den ICD-10 (Bundesamt für Statistik, o. J.). Daher wird im Folgenden der Fokus auf der Definitionsweise des ICD-10 gelegt. Nimmt man die deutsche Übersetzung vom Wort *Disorder*, bedeutet dies *Störung*. Werden also im Folgenden Definitionsweisen des ICD aufgeführt, wird in dieser Arbeit der Begriff

Psychische Störung gebraucht. Ansonsten wird der Begriff *psychische Erkrankung* bevorzugt (vgl. Kapitel. 1.3).

4.1.2 Definition

Laut der Welt Gesundheitsorganisation (WHO, 2019) stellen psychische Erkrankungen Störungen der psychischen Gesundheit einer Person dar, welche häufig durch eine Kombination belastender Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen charakterisiert sind. Zeigen können sich diese psychischen Störungen in Depressionen, Angststörungen, Verhaltensstörungen, bipolaren Störungen oder Psychosen. Psychische Gesundheit hingegen wird als ein Zustand des Wohlbefindens definiert, in dem ein Mensch dazu in der Lage ist, die normalen Lebenssituationen zu bewältigen, produktiv zu arbeiten und einen Beitrag zur Gemeinschaft zu leisten.

Der Begriff der Psychischen Störung orientiert sich an einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (vgl. Kapitel 4.1.3.1). Eine bestimmte Art einer psychischen Störung liegt vor, wenn die Klassifikationskriterien des ICD oder des DSM erfüllt sind (Wirtz, 2024). Wittchen et al. (2020) betonen, dass Diagnosen psychischer Störungen als temporäre Diagnosen zu betrachten sind, die auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung und deren Erkenntnissen in einem Konsensusverfahren von internationalen Expert*innen für einen gewissen Zeitraum festgelegt werden (S. 7-8). Können sich Menschen den wechselnden Anforderungen und Herausforderungen anpassen und den elementaren Funktionsaufgaben des Alltagslebens gerecht werden, werden sie als *psychisch gesund* angesehen. Werden dagegen diese Fähigkeiten zu oft, zu lange und/oder zu massiv beeinträchtigt, so dass alltägliche Anforderungen zu Hause, in der Schule oder bei der Arbeit nicht mehr bewältigt werden können und diese Menschen durch Verhaltensprobleme nicht mehr in der Lage sind, gesellschaftliche, normative oder persönliche Ziele zu erreichen oder darunter leiden, kann von einer *psychischen Störung* gesprochen werden (Wittchen et al., 2020, S. 8-9).

Aus den vorherigen Ausführungen zur Definition psychischer Erkrankungen wurde ersichtlich, dass diese nicht mit psychischen Problemen gleichzusetzen sind. Für die Definition psychischer Erkrankungen braucht es bestimmte Kriterien, welche erfüllt sein müssen. Lübeck (2022) weist jedoch darauf hin, dass Menschen psychische Probleme bekommen können, ohne eine psychische Erkrankung (diagnostiziert) zu haben (S. 33). Erhöhte Aggressivität oder Burnout können beispielsweise ein psychisches Problem ohne diagnostizierte Erkrankung darstellen. Meist geht ein enormer Leidensdruck mit diesen Symptomen einher, welche, wie bei psychischen Störungen auch, das Risiko für unerwünschte und belastende Folgen haben (Lübeck, 2022, S. 33). Weiter stellt Lübeck eine prägnante Verbindung der Begriffe her: «Psychische Probleme können Ausdruck psychischer Störungen oder durch diese verursacht oder mitbegründet sein oder

psychische Störungen nach sich ziehen» (ebd.). Beispiel: Eine Person, die unter starkem Stress leidet, kann zunächst Probleme wie Schlaflosigkeit oder Reizbarkeit entwickeln. Diese psychischen Probleme können Ausdruck einer zugrunde liegenden Angststörung sein oder durch diese mitverursacht werden. Hält der Stress an, und kann dieser nicht bewältigt werden, kann dies längerfristig zu einer Depression führen, wodurch eine psychische Störung entsteht (ebd.).

4.1.3 Entstehung

Zur Erklärung der Entstehung psychischer Erkrankungen können zahlreiche Theorien beigezogen werden. Da der Fokus dieser Forschungsarbeit nicht auf der Entstehung psychischer Erkrankungen liegt, wird im Folgenden auf die Theorie der psychischen Grundbedürfnisse nach Klaus Grawe, das Vulnerabilitäts-Stress-Modell und das bio-psycho-soziale Modell eingegangen. Die Ansätze berücksichtigen unterschiedliche, aber miteinander verbundene Dimensionen menschlicher Gesundheit und Krankheit. Weil sowohl individuelle Anfälligkeiten sowie äussere Belastungen als beeinflussbare Faktoren angesehen werden, bieten die Ansätze multifaktorielle und ganzheitliche Zugänge sowie Lösungsansätze zur Erklärung und Behandlung psychischer Erkrankungen.

4.1.3.1 Bio-psycho-Sozialer Ansatz

Geprägt wurde die moderne Fassung des Modells von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahre 1946, welche Gesundheit als Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, nicht nur als Abwesenheit von Krankheit definiert. Diese Definition betont die Gleichwertigkeit von biologischen, psychologischen und sozialen Dimensionen (Sommerfeld et al., 2016, S. 87). Vereinfacht kann gesagt werden, dass der Grundgedanke des Modells darin besteht, dass alle drei Teilbereiche in Wechselbeziehung zueinanderstehen. Diese Wechselwirkungen helfen, die Entwicklung und den Verlauf von Erkrankungen zu verstehen (Sommerfeld et al., 2016, S. 86), da Prozesse auf der sozialen und psychischen Ebene eng mit den biologischen Prozessen verbunden sind. Psychische und soziale Vorgänge beeinflussen das Gehirn und das Nervensystem durch Neuroplastizität. Dies zeigt, wie stark unser Verhalten und unsere Lebensweise unsere Biologie formen können (ebd.). Seit den 70er Jahren entwickeln sich die meisten Erklärungsansätze für psychische Erkrankungen zu einem interaktionalen oder auch bio-psycho-sozialen Ansatz hin (Wittchen et al. 2020, S. 23).

4.1.3.2 Psychische Grundbedürfnisse nach Grawe

Werden die psychischen Grundbedürfnisse nicht ausreichend befriedigt, können Menschen psychische Probleme entwickeln (welche zu psychischen Störungen führen können). Diese Annahme ist vom humanistischen Ansatz geprägt, wonach Menschen sich grundsätzlich selbst entwickeln und entfalten wollen und dazu im Normalfall im Stande sind. Diese Annahme wurde umfassend durch empirische Studien aus der Psychotherapieforschung bestätigt und theoretisch von Klaus Grawe fundiert (Lübeck, 2022, S. 20). Laut Grawe verfügen alle Menschen über vier psychische Grundbedürfnisse:

1. Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle
2. Bedürfnis nach Lustgewinn / Unlustvermeidung
3. Bindungsbedürfnis
4. Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz (Lübeck, 2022, S. 21)

Werden diese verletzt oder dauerhaft nicht befriedigt, können daraus Schädigungen der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens resultieren. Grawe ging davon aus, dass Menschen gewisse Schemata entwickeln, um ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen. Den Schemata liegen annähernde oder vermeidende Ziele zugrunde. Je nach Umgebung, in denen Menschen aufwachsen, tendieren diese eher in die eine oder andere Richtung (ebd.).

In dieser Ausführung lässt sich erkennen, dass die Bedürfnisse des Menschen im Mittelpunkt stehen und deren Erfüllung als Schlüssel zur psychischen Gesundheit betrachtet wird. Ebenfalls zeigt das Modell auf, dass die Nicht-Befriedigung der Grundbedürfnisse zu psychischen Erkrankungen führen kann, und dass das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung die Befriedigung der Grundbedürfnisse eines Menschen einschränkt.

4.1.3.3 Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Wittchen et al. (2020) bezeichnen das Vulnerabilitäts-Stress-Modell, als ein integratives Modell, welches menschliches Verhalten und das Entstehen von psychischen Störungen als Ergebnis der Interaktion biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren erklärt, wobei auch entwicklungsbezogenen Aspekten Bedeutung zugeschrieben werden (S. 23). Charakteristisch für integrative Modelle wie diesem ist, dass alle Perspektiven eine bedeutende Rolle spielen können bei der Entstehung, dem Verlauf und den Folgen von psychischen Störungen (Wittchen et al., 2020, S. 24). Es gibt Faktoren im Modell, welchen nur in bestimmten frühen Lebensphasen eine kritische Bedeutung zukommt, während sie zu einem späteren Zeitpunkt protektiv wirken können. Genetische Faktoren bilden Indikatoren für eine möglicherweise erhöhte Vulnerabilität (Anfälligkeit), welche nur beim Eintreten weiterer Stressoren (subjektive Belastungen) wie Stress, kritischen Lebensereignissen sowie weiteren moderierenden Einflüssen zu einem Ausbruch einer Störung führen können. Nach Ausbruch einer Störung wirken weitere Einflussfaktoren, welche das Ausmass, den Verlauf und die akuten- und langfristigen Folgen beeinflussen. Die Resilienz bezeichnet die Widerstands-/Anpassungsfähigkeit einer Person, also trotz hoher Belastung keine psychische Störung zu entwickeln (ebd.). Abbildung 1 verdeutlicht, wie die verschiedenen Faktoren zusammenspielen.

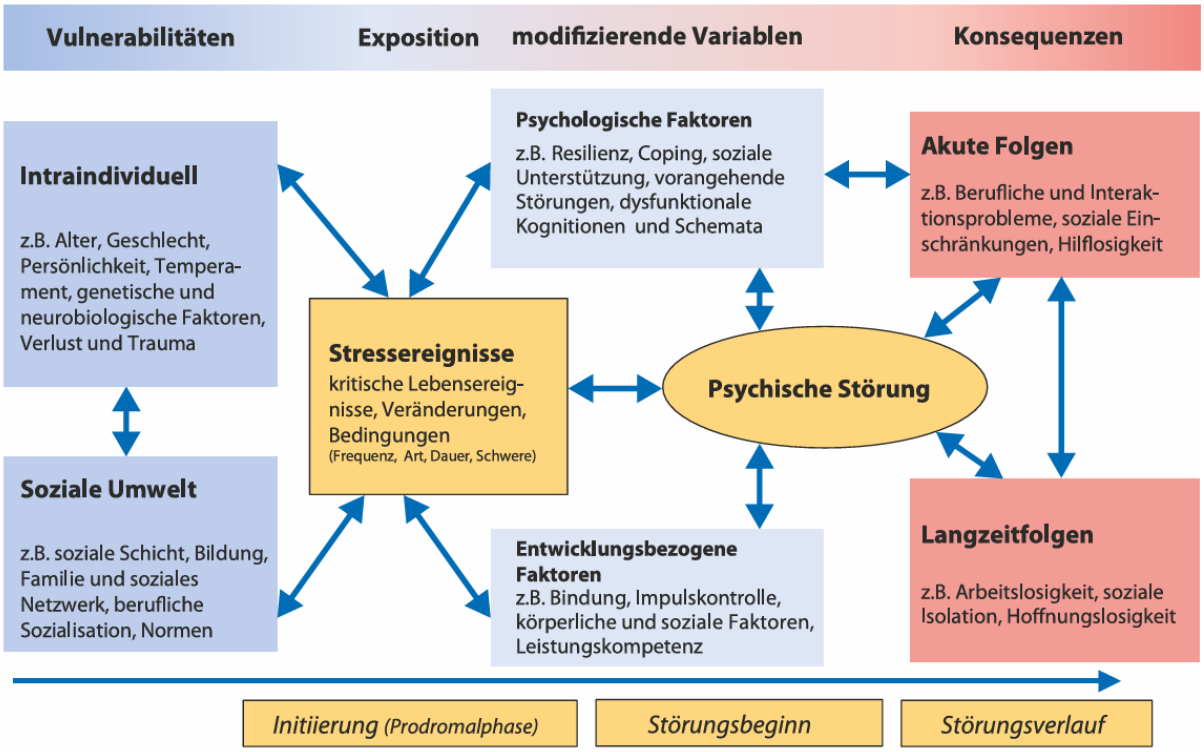

Abbildung 1: Vulnerabilitäts-Stress-Modell psychischer Störungen (Wittchen et al., 2020, S. 25)

4.2 Abhängigkeitserkrankung

Wenn eine Person regelmässig grosse Mengen Alkohol trinkt oder andere psychotrope Substanzen konsumiert – ist diese Person dann süchtig, abhängig, ein*e Alkoholiker*in, ein Mensch mit einer Suchterkrankung oder einer Abhängigkeitsstörung? Es existieren zahlreiche Begriffe, die diese Erkrankung beschreiben. Um im weiteren Verlauf dieser Arbeit eine einheitliche Terminologie zu gewährleisten, wird im folgenden Kapitel versucht, diese Begriffe genauer zu definieren.

4.2.1 Definition und Bezeichnung

Im ICD-10 wird der schädliche Gebrauch von Substanzen dem Kapitel *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* zugeordnet. Es werden zwei Diagnosen definiert: *schädlicher Gebrauch* und das *Abhängigkeitssyndrom*. Schädlicher Gebrauch wird diagnostiziert, wenn der Konsum zu körperlichen oder psychischen Problemen führt, wohingegen das Abhängigkeitssyndrom diagnostiziert wird, wenn drei der folgenden sechs Kriterien über 12 Monate erfüllt sind: Craving, Toleranz, Entzug, Kontrollverlust, Einschränkung bzw. Aufgabe wichtiger Aktivitäten, Fortsetzung des Konsums trotz körperlicher und psychischer Folgen (Bühringer et al., 2020, S. 846).

Eine Unterscheidung kann grundsätzlich zwischen substanzgebundenen und substanzungebundenen Abhängigkeiten gemacht werden. Substanzgebundene Süchte, auch als stoffgebundene Süchte bezeichnet, beinhalten den Konsum psychoaktiver Substanzen (z.B. Alkohol, Tabak). Im Gegensatz dazu stehen substanzungebundene oder stoffungebundene Süchte, bei denen ein bestimmtes Verhalten im Mittelpunkt des Suchtgeschehens steht (z.B. Videospielsucht) (Laging, 2023, S. 15).

Laging (2023) beschreibt, weshalb sie den Begriff der *Abhängigkeit* dem Begriff *Sucht* vorzieht. *Sucht* geht etymologisch auf *siechen* zurück, was das Leiden an einer Krankheit bedeutet (S.14). In der Alltagssprache hat der Begriff einen festen Platz erhalten, in der Fachwelt wird er jedoch aufgrund zunehmender Stigmatisierung und Marginalisierung der Betroffenen auch kritisch diskutiert (ebd.). Weiter führt Laging (2023) aus, dass die WHO aufgrund dessen im Jahre 1963 den Begriff der *Sucht* durch das *Abhängigkeitssyndrom* ersetzt hat (S. 14). Auch der Abhängigkeitsbegriff erfuhr Kritik, da er zu stark verallgemeinere und das Krankheitsgeschehen verharmlose. So koexistieren die beiden Begriffe heute in der Fachwelt (ebd.).

Die Autorinnen bevorzugen den Begriff der Abhängigkeit, da sie der Argumentation von Laging folgen können und der Stigmatisierung entgegenwirken wollen. An Stellen, an denen der Begriff *Sucht* passender erscheint, wird dieser trotzdem verwendet (z.B. Suchthilfe).

In dieser Forschungsarbeit liegt der Fokus auf substanzgebundenen Abhängigkeiten. Im Kontext der Zielgruppe von Integrationsangeboten spielen die substanzgebundenen Abhängigkeiten eine relevantere Rolle, da sie Menschen in ihrer Arbeitsfähigkeit einschränken und rechtliche Konsequenzen mit sich ziehen können. Bei substanzungebundenen Abhängigkeiten wird davon ausgegangen, dass dies weniger stark der Fall ist.

4.2.2 Entstehung und Verlauf

Warum entwickeln manche Menschen eine Abhängigkeit von einer Substanz, während andere trotz gleicher Verfügbarkeit und ähnlicher Umstände nicht betroffen sind? Welche Faktoren führen zu diesen unterschiedlichen Verläufen? Dieses Kapitel versucht, die entsprechenden Faktoren prägnant zusammenzufassen.

Mühlig (2022) führt auf, dass die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung als ein multifaktorielles Geschehen zu begreifen ist. Faktoren, die das Zustandekommen begünstigen, sind genetische Veranlagungen (z.B. Anzahl von Rezeptoren, Funktion der Transmittersysteme), die erworbene Vulnerabilität sowie äussere Belastungsfaktoren (vgl. Kapitel 4.1.3.3). Weiter schreibt Mühlig (2022), dass weitere empirische Korrelationen gefunden wurden zwischen der Entwicklung einer substanzbezogenen Erkrankung und Personenmerkmalen sowie spezifischen Umgebungsmerkmalen. Personenmerkmale können komorbide psychische Erkrankungen sein, unzureichende Selbststeuerungskompetenzen, die mangelnde Fähigkeit zur Emotionsregulation, gering ausgeprägte soziale und Problemlösekompetenzen oder die Tendenz zu vermeidendem Bewältigungsstil (Coping). Ungünstige Lebensbedingungen im Kindes- und Jugendalter können laut Mühlig (2022) resultieren, wenn mindestens ein Elternteil eine psychische Diagnose aufweist, eine instabile oder konflikthafte Familienkonstellation, sowie Schwierigkeiten in der Schule vorliegen.

Mühlig (2022) führt weiter auf, was auf biologischer Ebene mit Menschen geschieht, die psychotrope Substanzen zu sich nehmen. Nimmt eine Person psychotrope Substanzen zu sich, werden im Gehirn (im Lust- und Belohnungszentrum) Botenstoffe wie Dopamin freigesetzt, wodurch ein intensives Glücksgefühl empfunden wird. Um diesen Effekt aufrecht zu erhalten, muss der Körper immer grössere Mengen der Substanz aufnehmen, da er sich an die Wirkung gewöhnt (Toleranzsteigerung). Wird die Substanz plötzlich abgesetzt, kommt es zu psychischen wie körperlichen Entzugserscheinungen, welche sehr unangenehm bis lebensbedrohlich sein können und welche dazu führen, dass die Substanz erneut eingenommen wird (negative Verstärkung). Nach einem Entzug bleibt das Risiko eines Rückfalls noch Jahre später bestehen, da bestimmte Reize das unwiderstehliche Verlangen (Craving) nach der Substanz wieder wecken können (Mühlig, 2022).

4.2.3 Abhängigkeit als Krankheit

Es hat lange gedauert, bis die Abhängigkeit als Krankheit anerkannt wurde. Zuvor, jahrhundertelang, wurde sie als moralische Entgleisung, als Ausdruck von Charakter- und Willensschwäche angesehen. Mit betroffenen Menschen wurde erzieherisch und sanktionierend umgegangen. Erst im 19. Jahrhundert entstand durch das Aufkommen psychiatrischer Anstalten ein erstes Krankheitsverständnis (Kemper, 2020, S. 46). Bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts fühlte sich jedoch fast ausschliesslich der medizinische Bereich für die Behandlung von Abhängigkeitsfolgeerkrankungen zuständig (z.B. Leberzirrhose oder Alkoholdemenz), die psychologischen und sozialen Faktoren erhielten noch wenig Beachtung. Erst 1968 wurde in Deutschland Sucht als Krankheit in den Behandlungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse aufgenommen (Kemper, 2020, S. 47). Heute hat sich das Bild von abhängigkeitsbetroffenen Menschen gewandelt. Die Klinik-Südhang, welche mit abhängigkeitsbetroffenen Menschen arbeitet, geht von folgendem Suchtverständnis aus:

Der Mensch ist abhängig	Abhängigkeitserkrankungen entwickeln sich auf dem Boden neuronaler Systeme, welche evolutionär darauf ausgerichtet sind, den Menschen in seinen materiellen und psychologischen Abhängigkeiten zum Überleben zu befähigen.
Substanzgebrauchsstörung als Folge menschlicher Verwundbarkeit	Benachteiligung in der kindlichen Entwicklung sowie psychische Belastungen und genetische Präposition spielen als Risikofaktor für einen problematischen Konsum eine entscheidende Rolle.
Substanzgebrauchsstörung ist eine Erkrankung	Ein regelmässiger Konsum führt über Lernprozesse zu Anpassungen im Gehirn. Die Folge: Suchtverhalten wird zunehmend priorisiert und automatisiert. Die subjektive Kontrolle über das Suchtverhalten nimmt im Verlauf der Erkrankung ab.
Die Substanzgebrauchsstörung kann therapiert werden	Die Prozesse der Substanzgebrauchsstörung sind therapeutisch beeinflussbar. Daraus leitet sich die Behandlung der Suchterkrankung ab.

Tabelle 1: Das Verständnis von Sucht der Klinik Südhang (eigene Darstellung auf der Basis von Südhang, o. J.)

Tabelle 1 zeigt, dass die Abhängigkeitserkrankung nicht eine Frage des individuellen Versagens oder der mangelnden Willenskraft ist, sondern eine komplexe Erkrankung darstellt, welche in der bio-psycho-sozialen Umwelt des Menschen verankert ist. Weiter soll es Entstigmatisierung und Empathie fördern, einen ganzheitlichen Ansatz ermöglichen und die Hoffnung stärken, dass es Wege aus der Abhängigkeit gibt.

4.2.4 Psychosoziale Folgen der Abhängigkeitserkrankung

Die Abhängigkeitserkrankung kann, wie erwähnt, den Konsum diverser Substanzen beinhalten. Wetterling (2021) fasst, auf Deutschland bezogen, die psychosozialen Folgen des Alkoholmissbrauchs zusammen, welche aus Sicht der Autorinnen auch auf andere

Abhängigkeitserkrankungen übertragen werden können (S. 68). Nebst den organischen Folgen, die ein übermässiger Konsum bestimmter Substanzen nach sich zieht, wird hier der Fokus auf die psychosozialen Folgen gelegt. Alkoholabhängige Menschen werden in der Gesellschaft häufig als Alkoholiker*innen stigmatisiert. Darunter wird verstanden, dass Personen mit bestimmten Merkmalen oder Eigenschaften einer Gruppe zugeordnet werden, die in der Gesellschaft negativ bewertet werden. Laut einer Studie in Deutschland werden alkoholabhängige Menschen deutlich stärker abgelehnt als andere psychisch kranke Menschen (Schizophrenie oder Depressive) (ebd.). Die Stigmatisierung führt häufig dazu, dass Betroffene das Trinkverhalten verheimlichen, verleugnen, bagatellisieren oder mit Rückzug reagieren. Daraus wiederum kann soziale Isolation entstehen und/oder ein vermehrter Aufenthalt unter anderen alkoholabhängigen Menschen (Wetterling, 2021, S. 69-70). Auch die Angehörigen einer alkoholabhängigen Person sind mit den Folgen der Abhängigkeit konfrontiert. Häufig kommt es zu Partnerschafts- und familiären Konflikten. Dadurch, dass die betroffene Person ab einem gewissen Grad die berufliche Tätigkeit vernachlässigt, drohen Arbeitslosigkeit und finanzielle Probleme. Die Angehörigen selbst können ebenfalls hohe Belastungen erleben, wenn sie nebst dem Beruf mit der Pflege und Unterstützung der alkoholabhängigen Person beschäftigt sind (Wetterling, 2021, S. 71).

4.3 Absentismus

In folgendem Kapitel wird der Begriff *Absentismus* genauer untersucht, welcher genutzt wird, um spezifische Formen der Abwesenheit von Arbeitnehmenden im Arbeitskontext zu analysieren und zu beschreiben. Seit Beginn des 21. Jahrhunderts wird im Zusammenhang mit der Fehlzeitenforschung auch der Begriff *Präsentismus* untersucht. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, wird nur kurz darauf eingegangen. Anschliessend wird das Phänomen des Absentismus mit der Abhängigkeitserkrankung in Verbindung gebracht und dargestellt, wie sich Absentismus bei dieser Zielgruppe ausdrücken kann und was mögliche Gründe dafür sein könnten.

Im Zusammenhang mit der Abhängigkeitserkrankung ist das Phänomen Absentismus besonders relevant, denn es könnte als Ausdruck von Überforderung und Rückzug gesehen werden (vgl. Kapitel 4.2.4).

4.3.1 Definition

Je nach Quelle wird Absentismus unterschiedlich definiert. Bis heute scheint es keine allgemeingültige Beschreibung des Begriffs zu geben (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 13). Brandenburg und Nieder (2009) beschreiben drei Gruppen von Mitarbeitenden mit auffälligen Fehlzeiten. So unterscheiden sie zwischen *Problemfällen*, Langzeitkranken und Mitarbeitenden, die jeweils nur kurze,

aber häufige Abwesenheiten vom Arbeitsplatz haben (S. 50). Letztere Gruppe von Mitarbeitenden praktizieren einen sogenannten Absentismus. Es besteht keine medizinische Notwendigkeit, dass sie zu Hause bleiben. Ihre Abwesenheit beruht auf Verärgerung oder Überforderung (S. 51).

Sczesny und Thau (2004) unterscheiden im Allgemeinen zwischen zwei grundlegenden Typen des Fehlens: zum einen ein eher motivationales Fehlen, das heisst Fehlzeiten aufgrund des eigenen steuerbaren Willens, und zum anderen ein Fehlen verursacht durch eine ernste Krankheit (S. 17). Beschäftigte erscheinen also nicht planmässig zur Arbeit (ebd.).

Der Begriff *Absentismus* wird häufig allgemein als Abwesenheit von Arbeitnehmenden vom Arbeitsplatz definiert und somit synonym zu Fehlzeiten verwendet, wie Schnabel und Lechmann (2009) aufführen (S. 405). Theoretisch liesse sich eine grobe Unterscheidung zwischen unfreiwilliger Abwesenheit aufgrund einer tatsächlichen Erkrankung und freiwilliger, verhaltensbedingter Abwesenheit treffen. Letztere wird im deutschen Sprachraum durch unterschiedliche Begriffe wie „Blaumachen“ oder „Absentismus“ beschrieben. In der Praxis bestehen jedoch erhebliche methodische Schwierigkeiten, zwischen freiwilligem und unfreiwilligem Fehlen zu differenzieren. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Krankheit nicht immer als organisch messbarer und objektiv feststellbarer Zustand definiert werden kann (ebd.).

Mit diesem Hintergrund wird für diese Arbeit Absentismus aus einer neutralen Perspektive als das Fehlen am Arbeitsplatz definiert.

Erscheinen Arbeitnehmende zur Arbeit, obwohl sie sich krank fühlen, spricht man hingegen von Präsentismus (Schnabel & Lechmann, 2019, S. 404). Präsentismus stellt für Arbeitnehmende und Unternehmen ein Problem dar, da erkrankte Mitarbeitende weniger produktiv sind und häufiger Fehler machen. Bei ansteckenden Krankheiten riskieren sie zudem, das Kollegium zu infizieren, was zu weiteren Ausfällen führen kann. Darüber hinaus können verschleppte Krankheiten schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben, die langfristig höhere Fehlzeiten und Kosten verursachen. Daher wird argumentiert, dass die durch Präsentismus bedingten Produktivitätsverluste teils gravierender sind als jene bedingt durch Absentismus (Schnabel & Lechmann, 2019, S. 404-405).

4.3.2 Ursachen von Absentismus

Brandenburg und Nieder (2009) beschreiben vier Theorien zur Erklärung des Fernbleibens vom Arbeitsplatz:

Belastungstheorie: Es besteht ein Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen, Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit.

Missbrauchstheorie: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden missbräuchlich genutzt, wenn Anreize für Fehlverhalten bestehen und adäquate Kontrollmechanismen fehlen. In solchen Fällen werden bestehende Spielräume bei der Anwesenheit ausgenutzt, was zu einem nicht regelkonformen Verhalten führen kann.

Coping-Theorie: Arbeitsunfähigkeitszeiten werden gezielt genutzt, um Belastungen zu verringern und den Gesundheitszustand zu stabilisieren. Regelmässige Erholungspausen bei leichteren Erkrankungen tragen dazu bei, dass betroffene Arbeitnehmende im höheren Alter signifikant seltener an Langzeiterkrankungen leiden als andere.

Selektionstheorie: Der Anteil von Mitarbeitenden mit Leistungseinschränkungen nimmt zu, was zu einer Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten führt (S.25).

Weitere Modelle, die im Zusammenhang mit der Ursachenforschung genannt werden, sind das Rückzugsmodell (Berufliche Tätigkeiten die belastend sein könnten werden vermieden), das medizinische Modell (Betroffene nutzen ihre Abwesenheit, um gesundheitliche Beeinträchtigungen, die durch die Arbeit entstehen könnten, zu vermeiden) und das Abweichendes-Verhalten-Modell (Betroffene bleiben ihrer Arbeit fern, weil es ihnen an grundlegender Sozialisation mangelt) (Personio, o.J.).

4.3.3 Folgen von Absentismus

Hohe Fehlzeiten bedeuten für ein Unternehmen wirtschaftliche Verluste, stellen es aber auch vor organisatorische Herausforderungen: Mitarbeitende, die regelmässig am Arbeitsplatz anwesend sind, werden durch die Abwesenheit anderer stark belastet, da sie diese kompensieren müssen. Auch Vorgesetzte haben durch Fehlzeiten eine erhebliche Mehrarbeit (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 53).

Ein gewisses Mass an Fehlzeiten kann eine Reaktion von Mitarbeitenden auf, ihrer Meinung nach, unzufriedenstellende Arbeitsbedingungen sein. Da die übliche Reaktion von Beschäftigten bei Unzufriedenheit das *Verlassen des Arbeitsplatzes* ist, dienen Fehlzeiten als Warnsignale und Frühwarnsystem (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 54).

4.4 Zusammenhänge Absentismus und Abhängigkeitserkrankung

Der Zusammenhang zwischen Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung und Absentismus ist komplex und vielschichtig. Verschiedene Quellen weisen darauf hin, dass Erwerbstätige mit einer

Abhängigkeitserkrankung (unabhängig von der Art des riskanten Konsummusters) häufig mehr Fehlzeiten unter anderen Erkrankungsdiagnosen und damit insgesamt deutlich höhere Ausfallzeiten haben (Barmer, 2019; Brandenburg & Nieder, 2009, S. 118). Laut Barmer (2019) sind in Deutschland Abhängigkeitserkrankte, im Vergleich zu Arbeitnehmenden ohne die Erkrankung, über alle Diagnosen hinweg mit durchschnittlich 59 Tagen (innerhalb eines Jahres) fast dreimal so lange krankgeschrieben. Auch in anderen Bereichen zeigen sich Auswirkungen: Arbeitssicherheit, Betriebsklima und Produktivität werden beeinträchtigt (Raiser, 2020, S. 370).

Um zu verstehen, weshalb Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung anfällig auf Absentismus sind, können verschiedene Modelle, wie sie in Kapitel 4.1.3 beschrieben werden, herbeigezogen werden.

Die Autorinnen betrachten das Modell der vier Grundbedürfnisse nach Grawe (vgl. Kapitel 4.1.3.2) als besonders geeignet, um den Zusammenhang aufzuzeigen. Denn die Befriedigung der psychischen Grundbedürfnisse werden durch die Abhängigkeit beeinträchtigt, was sich auf das Verhalten im Arbeitskontext auswirken kann. Das Absentismusverhalten kann also als Bewältigungsstrategie und Ausdruck eines inneren Konfliktes verstanden werden, wenn die Grundbedürfnisse nicht ausreichend erfüllt sind.

Nachfolgend wird anhand der vier Grundbedürfnisse nach Grawe versucht, den Zusammenhang zwischen Absentismus und einer Abhängigkeitserkrankung detaillierter zu veranschaulichen:

1. **Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle**
   Es kann angenommen werden, dass das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle auch das Bedürfnis nach klaren Strukturen und einem sicheren Rahmen im Leben umfasst. Das Lebensführungssystem wird durch eine Suchtmittelabhängigkeit eines Menschen erschüttert (Sommerfeld, 2021, S. 292). Unter Umständen greifen die individuellen Muster der Lebensführung sowie die Lebensbewältigung nicht mehr (ebd.). Zudem geht das wiederkehrende Bedürfnis nach Konsum (vgl. Kapitel 4.2.2) mit einem Verlust der Selbstkontrolle einher (Gross, 2016, S. 22). Ein Verlust von Struktur, Sicherheit und einer Entfremdung eines geregelten Alltags könnte sich in unregelmässigen Arbeitszeiten oder einem erhöhten Absentismus äussern. Der Absentismus könnte als Ausdruck eines Versuchs gesehen werden, die eigene Lebensführung, die oft als chaotisch empfunden wird, zu bewältigen.
2. **Bedürfnis nach Lustgewinn / Unlustvermeidung**
   Häufig werden Suchtmittel eingesetzt, um unangenehme Gefühle oder Stress abzubauen (Schmidt-Semisch & Dollinger, 2018, S. 34). Das kurzfristige Bedürfnis nach

Unlustvermeidung wird dadurch erfüllt. Arbeit kann als belastend oder als stressig empfunden werden. Die Betroffenen könnten durch die fehlende Möglichkeit, Suchtmittel während der Arbeit konsumieren zu dürfen, einem inneren Konflikt exponiert sein. Dem Konsumbedürfnis nachgehen zu können könnte in einer Erhöhung von Absentismus resultieren.

3. **Bindungsbedürfnis**

   Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung befinden sich häufig in sozialen Spannungen und Konflikten im angestammten Umfeld und leiden unter sozialer Isolation (Gremminger, 2021, S. 18), was ihre Fähigkeit, Bindungen aufrechtzuerhalten oder zu entwickeln, schwächen könnte. Die soziale Stigmatisierung, wie es Abhängigkeitserkrankte oft erleben (vgl. Kapitel 4.2.4), sowie ihr Rückzug, der oft mit dem weiteren Konsum von Suchtmitteln einhergeht, tragen dazu bei, dass sich Betroffene isolieren. Wenn das Bedürfnis nach Bindung nicht erfüllt wird und stabile Beziehungen fehlen, kann dies dazu führen, dass sich Betroffene sozial zurückziehen und sich zunehmend isoliert fühlen, was wiederum das Risiko für Absentismus am Arbeitsplatz erhöht.

4. **Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz**

   Um das Bedürfnis nach Selbstwertschutz zu bewahren, können Situationen vermieden werden, die bedrohlich empfunden werden. Am Arbeitsplatz können zahlreiche Situationen oder die ganze Umgebung als bedrohlich gesehen werden. So könnten soziale Interaktionen oder Leistungsanforderungen, die aufgrund der durch eine Abhängigkeitserkrankung verursachte Reduktion der Leistungs- und Kommunikationsfähigkeit nicht ausreichend erfüllt werden können, als potenzielle Risiken für das Selbstwertgefühl wahrgenommen werden. Das Gefühl, den Erwartungen nicht gerecht zu werden, könnte dazu führen, dass soziale Situationen oder Leistungsanforderungen vermieden werden, um negative Erfahrungen zu minimieren. Absentismus könnte dann eine Auswirkung dieser Vermeidung sein.

Wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge gibt es zudem auch zahlreiche kausale und selektive Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Abhängigkeit (Kaspar & Leimgruber, 2021, S. 131). Über 50 Studien aus fast allen OECD-Ländern zeigen, dass Abhängigkeitsprobleme bei Arbeitslosen häufiger auftreten als bei Erwerbstätigen. Diese erhöhten Prävalenzraten lassen sich teilweise dadurch erklären, dass Abhängigkeitserkrankungen das Risiko einer Arbeitslosigkeit erhöhen können (selektiver Zusammenhang) oder dass Arbeitslosigkeit die Entstehung von Abhängigkeitsproblematiken begünstigen kann (kausaler Zusammenhang). Internationale Forschungsergebnisse verdeutlichen ausserdem, dass eine berufliche Wiedereingliederung während oder kurz nach einer Suchtbehandlung einen wichtigen Schutzfaktor gegen Rückfälle darstellt (ebd.).

Angesichts des wechselseitigen Risikos zwischen Abhängigkeitserkrankungen und Arbeitslosigkeit sowie der wichtigen Funktion von Beschäftigung als ein Schutzfaktor gegen Rückfälle, gewinnen Integrationsangebote an Bedeutung. Solche Angebote versuchen zum einen die psychische Stabilität und Wohlbefinden sowie die soziale Integration zu fördern, zum anderen ist auch die Integration in den 1. Arbeitsmarkt ein Ziel. Im Folgenden werden aufgrund des Fokus der Untersuchungsgruppe unter anderem Integrationsangebote vorgestellt, welche auf die Bedürfnisse von arbeitslosen Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung oder einem erhöhtem Abhängigkeitsrisiko ausgerichtet sind. Für eine ganzheitliche Übersicht wird zunächst jedoch ein allgemeiner Überblick der Angebote im Kanton Bern verschafft.

5 Integrationsangebote Kanton Bern

Die vorangegangenen Kapitel geben Erklärungsansätze dafür, warum Menschen mit psychischen Erkrankungen, darunter Abhängigkeitserkrankungen, erschwerten Zugang zum ersten Arbeitsmarkt finden. Um jene Menschen vor Exklusion und Isolierung zu bewahren, stellen im Kanton Bern die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) im weiteren Sinne und das Amt für Integration und Soziales (AIS) im engeren Sinne diverse Angebote zur sozialen und beruflichen Integration dar.

5.1 Allgemeine Integrationsangebote

Gemäss dem Sozialhilfegesetz stellt das AIS die erforderlichen Beschäftigungs- und Integrationsangebote (BIAS) für Erwerbslose sicher, die gegenüber der Arbeitslosenversicherung nicht oder nicht mehr anspruchsberechtigt sind und deshalb von der Sozialhilfe unterstützt werden müssen (AIS, 2024, S. 3). Gesteuert werden die Angebote durch das AIS im Rahmen von Leistungsverträgen mit den strategischen Partner*innen in den Regionen, welche für die Koordination des Angebots in ihrem Perimeter verantwortlich sind. Diese strategischen Partner*innen können weitere Unterverträge mit anderen Anbietern machen. Sie sorgen für ein differenziertes, bedarfsgerechtes Angebot und haben für eine gute Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten, Gemeinden, Unternehmen sowie öffentlichen Betrieben und Verwaltungen in ihren Einzugsgebieten zu sorgen. Zudem sind sie u.a. für eine Überprüfung der Wirkung der Angebote und für das Reporting gegenüber dem Kanton zuständig (AIS, 2024, S. 4).

Nebst den BIAS-Angeboten, auf welche hier nicht im Detail eingegangen wird, stellt der Kanton des Weiteren kommunale Integrationsangebote (KIA) zur Verfügung. KIA bieten Menschen ohne berufliche Vorkenntnisse Beschäftigung und eine Tagesstruktur. Sie sind eher auf sozialhilfebeziehende Menschen angelegt, die geringe Chancen auf einen (Wieder-) Einstieg in den 1.

Arbeitsmarkt haben. Die AIS steuert die KIA-Angebote und deren Ausgestaltung, welche ergänzend zu den BIAS-Angeboten bereitgestellt werden. Die Angebote selbst werden von den Gemeinden angeboten, Unterverträge mit anderen Anbietenden sind hier ebenfalls möglich (AIS, 2023, S.3).

Im Teillohnmodell des Vereins für Arbeitsintegration jobtimal.ch zahlen Arbeitgebende einen reduzierten branchen- und ortsüblichen Lohn, der den individuellen Leistungsfähigkeiten der Teilnehmenden (Arbeitnehmenden) entspricht. Die Differenz zum Existenzbedarf wird von der Sozialhilfe gedeckt. So erhalten auch langzeitarbeitslose Menschen, welche Sozialhilfe beziehen, die Möglichkeit, trotz Leistungseinschränkungen eine Stelle im 1. Arbeitsmarkt zu erhalten (GSI, o.J.). Laut jobtimal.ch (2024) sind im Teillohnmodell angestellte Mitarbeitende direkt bei ihnen angestellt und werden durch sie an Unternehmen vermittelt. Der Integrationsprozess wird in den ersten zwei Jahren durch einen Job-Coach eng begleitet, mit dem Hauptziel einer Festanstellung der betroffenen Person (ebd.).

Die aufgeführten Integrationsangebote und Modelle stellen bereits eine breite Angebotspalette für Menschen dar, welche (noch) nicht einer regulären Erwerbsarbeit im 1. Arbeitsmarkt nachgehen können. Nun interessiert für diese Forschungsarbeit, wie Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung bei deren Integration unterstützt werden.

5.2 Suchtspezifische Angebote im Kanton Bern

Schweizweit wurde 2015 die nationale Strategie Sucht vom Bundesrat verabschiedet. Diese sollte einen umfassenden Orientierungs- und Handlungsrahmen für Akteur*innen im Suchtbereich sowie in angrenzenden Bereichen der Sozial- und Gesundheitspolitik schaffen. Sie entwickelt die schweizerische Suchtpolitik mit den vier Säulen *Prävention*, *Therapie* und *Beratung*, *Schadensminderung* sowie *Regulation* weiter. Ziel ist es, die Prävention von Abhängigkeitserkrankungen und deren Früherkennung zu stärken sowie die langfristige Versorgung von Betroffenen sicherzustellen (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2024).

Da sich die vorliegende Forschungsarbeit im Kanton Bern verortet und eine ausführliche Betrachtung der nationalen Ebene den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde, liegt der Fokus ausschliesslich auf den Massnahmen, die spezifisch vom Kanton entwickelt wurden. Das Suchthilfeangebot des Kantons Bern umfasst sechs Kernbereiche: Ambulante Beratung und Therapie, stationäre Sozialtherapie, Suchtmedizin, Substitution, Schadensminderung, Wohnen und Arbeit (AIS, 2008, S. 4-5).

Der grösste Teil der Suchthilfeangebote wird durch den Kanton und die Gemeinde finanziert. Gesetzliche Grundlagen der Steuerung und Finanzierung der Angebote bilden je nach Angebotsbereich das Sozialhilfegesetz, das Spitalversorgungsgesetz und/oder das Krankenversicherungsgesetz (AIS, 2008, S. 18). An dieser Stelle wird nicht auf alle Angebote im Detail eingegangen. Hier interessiert in erster Linie die Angebotspalette *Wohnen und Arbeit*. Diese Angebote stehen Menschen zur Verfügung, deren Wohnkompetenz und/oder Arbeitsfähigkeit aufgrund der Abhängigkeitserkrankung oder weiteren Diagnosen vorübergehend oder dauerhaft eingeschränkt sind. Im Arbeitsbereich werden Arbeitsintegrations- und Beschäftigungsprogramme, Taglohnangebote und heiminterne Werkstätten zur Verfügung gestellt. Ziel der Wohn- und Arbeitsangebote sind

- eine Verbesserung und Stabilisierung der Lebenssituationen
- Erhalt oder Verbesserung der Wohnkompetenz und/oder Arbeitsfähigkeit
- Reintegration in den freien Wohnungs- und Arbeitsmarkt
- Herstellen einer geregelten Tagesstruktur
- Förderung der Selbständigkeit
- Organisation geeigneter Anschlusslösungen (AIS, 2008, S. 23-24)

Die Integrationsangebote nehmen oftmals Teilnehmende mit verschiedenen Problemlagen oder Lebensumständen auf. So kann es sein, dass es suchtspezifische Integrationsangebote gibt, in denen Menschen ohne Abhängigkeitsthematik arbeiten, sowie allgemeine Integrationsangebote, bei denen abhängigkeitsbetroffene Menschen teilnehmen. Eine klare Unterscheidung ist also nicht möglich. Eine Gemeinsamkeit aller Angeboten ist, dass die Arbeitsbedingungen den individuellen Bedürfnissen der Teilnehmenden angepasst sein sollten. Der Fokus liegt auf Stabilisierung und Rehabilitation, nicht auf Produktivität oder Wettbewerb. Ziele sind die Verbesserung der Lebenssituation, der Erhalt oder die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sowie die Förderung der Selbstständigkeit.

Abhängigkeitsbetroffene Menschen können oftmals die von der Wirtschaft definierten Anforderungen an eine Arbeitskraft nicht erfüllen aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen oder abhängigkeitsbedingter Instabilität. Dies kann teilweise zu fehlender Zuverlässigkeit führen oder zur Verunmöglichung der Einhaltung der Pflichten in einem regulären Arbeitsverhältnis (Stalder & Stopp, 2021, S. 144).

Integrationsangebote erlauben Absentismus oder andere krankheitsbedingte Verhaltensweisen, welche im regulären Arbeitsmarkt nicht toleriert werden würden (Kaspar & Leimgruber, 2021, S. 131). Daraus kann erschlossen werden, dass Fehlzeiten der Teilnehmenden als Indikator für Belastungsgrenzen und Herausforderungen ansehen und diese gezielt adressieren.

5.3 Auslastung der BIAS-Integrationsplätze im Kanton Bern

Um einen Überblick über die momentane Auslastung von Integrationsplätzen im Kanton Bern zu erhalten, wurde beim Amt für Integration und Soziales Kanton Bern nachgefragt, ob aktuelle Zahlen dazu erhältlich sind. Abbildung 2 zeigt die Anzahl geplanter Jahresplätze von BIAS-Programmen sowie deren Besetzungen seit dem Jahr 2012:

Jahr	Geplante Jahresplätze	Besetzte Jahresplätze
2012	894	1'033
2013	985	1'024
2014	1'018	974
2015	966	943
2016	970	965
2017	965	938
2018	1'022	940
2019	1'041	1'001
2020	1'017	883
2021	996	959
2022	995	819
2023	960	733

Abbildung 2: Entwicklung der Auslastung von BIAS-Programmplätzen im Kanton Bern (2012-2023) (Amt für Integration und Soziales Kanton Bern, E-Mail, 2024, 07. November)

Laut dem Amt für Integration und Soziales Kanton Bern (E-Mail, 07. November 2024) ist die Interpretation der Anzahl geplanter und besetzten Jahresplätzen grundsätzlich schwierig. Die Planung der Angebote erfolgt durch die BIAS-Partner jeweils früh, zudem können sie ihre Angebote danach noch anpassen (ebd.). Waren 2012 und 2013 noch weniger Plätze geplant als besetzt wurden, sieht man in den letzten Jahren eine leichte Tendenz in die entgegengesetzte Richtung. Eine Erklärung dafür ist gemäss Amt für Integration und Soziales Kanton Bern (E-Mail, 2024, 07. November) folgende:

> Bezüglich des grösser werdenden Gaps zwischen geplanten und besetzten Jahresplätzen: Dies ist ab 2020 auf Corona zurückzuführen; unter anderem konnten gewisse Angebote vorübergehend nicht durchgeführt werden. Aktuell sind es insbesondere der starke Arbeitsmarkt und die tiefe Sozialhilfequote, die zu einer Abnahme der Teilnehmendenzahlen geführt hat.

Die Autorinnen gehen davon aus, dass diese Erklärungsansätze für die Abnahme der Teilnehmendenzahlen auch für andere Integrationsplätze im Kanton Bern angewendet werden können.

Der Kanton Bern stellt vielfältige Massnahmen zur sozialen und beruflichen Integration von Menschen mit erschwertem Zugang zum 1. Arbeitsmarkt zur Verfügung. Diese beinhalten allgemeine

Beschäftigungs- und Integrationsangebote sowie spezifische Programme wie das Teillohnmodell oder kommunale Integrationsangebote. Ergänzend gibt es suchtspezifische Angebote, die Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen unterstützen. Die Schwerpunkte der Angebote liegen auf der Stabilisierung der individuellen Lebenssituation, auf der Förderung der Selbständigkeit und auf der (Wieder-) Eingliederung in den Arbeitsmarkt.

6 Methodisches Vorgehen der Datenaufbereitung

Das folgende Kapitel beschreibt das methodische Vorgehen der empirischen Untersuchung. Zum einen wird erläutert, welche Samplingkriterien zum Einsatz kamen, zum anderen, welche Methodik für die Datensammlung (Interviews) gewählt wurden. Zudem wird die Durchführung der Interviews beschrieben und die Aufbereitung der Daten erläutert.

6.1 Forschungsfeld und Sampling

Um das Themenfeld der Arbeitsintegration und den Zusammenhang von Absentismus und Abhängigkeitserkrankung und deren Auswirkung in Integrationsangeboten zu erforschen, wurde in der vorliegenden Forschungsarbeit ein qualitativer Ansatz verfolgt.

In der qualitativen Sozialforschung wird häufig das erhobene empirische Material analysiert, um daraus eine allgemeine, abstrakte Theorie zu entwickeln (Pohlmann, 2022, S. 50). Dieses Vorgehen nennt man Induktion und unterscheidet sich von der Deduktion, bei der von einer übergeordneten Theorie ausgehend konkrete Schlussfolgerungen auf spezifische Fälle gezogen werden. Ein Beispiel für induktives Vorgehen ist das Sammeln von Werten durch offene Interviews, bei welchen die Teilnehmenden angeben, welche Werte ihr Handeln beeinflussen (ebd.). Aus den Angaben der Befragten werden anschliessend verallgemeinernde Muster abgeleitet. Ein wesentliches Merkmal der qualitativen Sozialforschung besteht darin, zu verstehen, was im Forschungsfeld als relevant und handlungsleitend wahrgenommen wird. Standardisierte Methoden erweisen sich hierbei oft als ungeeignet, da sie lediglich das erfassen, was die Forschenden aufgrund vorab festgelegter Kriterien als wichtig ansehen, während die Sichtweisen der Befragten unbeachtet bleiben (Pohlmann, 2022, S. 50). Die Offenheit im methodischen Vorgehen ist deshalb ein entscheidendes Prinzip. Forschende begeben sich aktiv in die Situationen, in welchen sie mit den Beteiligten sprechen oder deren Handlungen beobachten und folgen deren Erzählungen, auch wenn diese zunächst unwichtig erscheinen. Weitere wesentliche Prinzipien sind:

- **Offenheit**: Es ist von Bedeutung, dass Forschende sich auf die individuellen Situationen und Erzählungen der Befragten einlassen. Dabei sollten die

Interviewenden keine vorgefertigten Antworten nahelegen, sondern möglichst offen und unvoreingenommen agieren.

- **Kommunikation**: Die Art und Weise, wie das Gespräch geführt wird, spielt eine entscheidende Rolle. Wichtig ist es, eine alltägliche und angenehme Gesprächsatmosphäre zu schaffen.

- **Prozessorientierung**: Statt standardisierter Fragen sollten die Interviews flexibel und dynamisch gestaltet werden, um sich den Gegebenheiten des Gesprächs anpassen zu können.
- **Reflexion**: Die gegebenen Antworten werden paraphrasiert, um sicherzustellen, dass sie korrekt verstanden wurden. Im Anschluss daran erfolgt die Auswertung der Interviews (Pohlmann, 2022, S. 51-53).

Um die Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit zu beantworten, wurden insgesamt neun Interviews durchgeführt. Drei davon fanden mit Leitungspersonen von Integrationsangeboten im Kanton Bern statt. Zudem wurden sechs Teilnehmende dieser Angebote befragt.

Das Sampling für die Leitungspersonen erfolgte gezielt auf ausgewählte Institutionen im Kanton Bern, welche Integrationsplätze für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung anbieten. Aufgrund der beschränkten suchtspezifischen Angebote wurde zudem eine Institution angefragt, welche nebst Abhängigkeitsbetroffenen auch andere Zielgruppen begleitet. Die schriftliche Kontaktaufnahme wurde per E-Mail entweder direkt an die betreffenden Personen oder an das Sekretariat gesendet. Dabei haben sich die Autorinnen in kurzer Form vorgestellt, den Empfangenden Informationen über das Forschungsthema mitgeteilt und erste mögliche Terminvorschläge unterbreitet. Die Samplingkriterien beinhalteten eine mehrjährige Erfahrung im Integrationsbereich und das Innehaben einer Leitungsfunktion.

Das Sampling der Teilnehmenden der Integrationsprogramme erfolgte durch das sogenannte *Schneeballverfahren*. Dieses Verfahren wird bei Forschungsvorhaben oft genutzt, wo eine Zielgruppe schwer erreichbar oder es schwierig ist, Teilnehmende direkt zu rekrutieren (Akremi, 2014, 271-272). In diesem Fall wurden die Leitungspersonen gebeten Teilnehmende anzufragen, ob sie bereit wären, mit den Autorinnen ein Interview durchzuführen.

Um die Chancen auf ausreichend Interviewpartner*innen bei den Teilnehmenden zu erhöhen, wurde die Teilnahme am Integrationsprogramm als einziges Samplingkriterium gewählt. Da der Fokus dieser Arbeit auf Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung liegt, wurden die

Leitungspersonen gebeten, je nach Erreichbarkeit, Personen mit dieser Thematik anzufragen. Bei drei der interviewten Teilnehmenden ist den Autorinnen eine Abhängigkeitserkrankung bekannt, weiteren drei ist keine bekannt. Um das Phänomen Absentismus in Integrationsangeboten und deren Auswirkungen besser zu verstehen, erwiesen sich die Interviews mit diesen Teilnehmenden aber dennoch als relevant und wertvoll für die Beantwortung der Fragestellungen der vorliegenden Arbeit.

6.2 Methodenwahl

In der qualitativen Forschung werden verbale Daten mittels Leitfadeninterview oder mittels Erzählungen gewonnen (Mayer, 2013, S. 37). Um konkrete Aussagen über den vorliegenden Forschungsgegenstand zu erhalten, wurden als Erhebungsmethode Leitfadeninterviews verwendet, sowohl für die Leitungspersonen als auch für die Teilnehmenden. Die Leitfäden wurden strukturiert entwickelt, um sicherzustellen, dass wichtige Themenbereiche angesprochen werden. Durch die offen formulierten Fragen blieb gleichzeitig Platz für spontane Erzählungen und persönliche Erfahrungen (Mayer, 2013, S. 37). Besonders darauf geachtet wurde, dass die Fragen und Formulierungen einfach und leicht verständlich sind, um sicherzustellen, dass alle interviewten Personen angemessen antworten können.

Mit den Leitungspersonen wurde eine besondere Form des Leitfadeninterviews, das Expert*inneninterview, durchgeführt. Im Expert*inneninterview wird nicht die betroffene Person an sich, sondern in ihrer Rolle als Expert*in für einen spezifischen Bereich gesehen (Mayer, 2013, S. 38). Die Befragten wurden als Repräsentant*innen für den Integrationsbereich und nicht als Einzelfälle einbezogen (ebd.).

6.3 Stichprobenauswahl

Für die Expert*inneninterviews wurden drei Leitungspersonen von verschiedenen Integrationsangeboten im Kanton Bern ausgewählt. Pro Institution wurde zudem ein Interview mit je zwei Programmteilnehmenden geführt. Die Personen sowie die Institutionen werden anonymisiert dargestellt:

Institution/Angebot	Fachperson	Teilnehmende
Institution 1 (I1): Angebot mit Plätzen: Beschäftigung, Soziale Integration und Arbeitsintegration, externes Jobcoaching. Zielgruppe: Menschen mit	**Fachperson 1 (F1):** Betriebsleiterin von I1	**Teilnehmer 1 (T1):** 29 J., männlich, seit 1 Jahr im Programm, Abhängigkeitsthematik vorhanden
		Teilnehmerin 2 (T2): 59 J., weiblich, seit 3,5 Jahre im Programm, Abhängigkeitsthematik vorhanden

Alkoholthematik, aber auch andere psychische Erkrankungen		
Institution 2 (I2): BIAS-Angebot Zielgruppe: Menschen, welche in der Sozialhilfe sind, nicht suchtspezifisch	**Fachperson 2 (F2):** Standortleiter I2	**Teilnehmer 3 (T3):** 22 J., männlich, seit 6 Mt. Im Programm, keine Abhängigkeitsthematik bekannt
		Teilnehmer 4 (T4): 60 J., männlich, seit 6.5 Jahren im Programm, keine Abhängigkeitsthematik bekannt
Institution 3 (I3): Angebot zum Wohnen und Arbeiten. Zielgruppe: Menschen mit Abhängigkeitsthematik, offen für andere psychische Erkrankungen	**Fachperson 3 (F3):** Betriebsleiter von I3	**Teilnehmer 5 (T5):** 27J., männlich, nutzt Wohnangebot ebenfalls, seit 1.5 Jahren im Programm, keine Abhängigkeitsthematik bekannt
		Teilnehmer 6 (T6): 33 J., männlich, nutzt Wohnangebot ebenfalls, seit weniger als einem Jahr im Programm, Abhängigkeitsthematik vorhanden

Tabelle 2: Stichprobenauswahl (eigene Darstellung)

6.4 Durchführung der Interviews

Die Durchführung der Interviews erfolgte stets bei den Integrationsangeboten selbst, entweder in einem Sitzungszimmer oder in einem Büro. Mit Einverständnis der interviewten Personen wurden alle neun Interviews aufgezeichnet, um sie später für die Auswertung zu transkribieren. Es konnten alle Interviews in der Muttersprache der interviewten Personen geführt werden (Schweizerdeutsch). Dies trägt dazu bei, den Interviewten eine vertraute und natürliche Kommunikationsweise zu ermöglichen. Die Autorinnen sind der Ansicht, dass Erfahrungen und Gedanken durch die Anwendung der Muttersprache authentischer und ungefilterter ausgedrückt werden können, was wiederum die Qualität und Tiefe der Antworten erhöht. Die Nutzung der Muttersprache trägt zudem zu einer entspannten Gesprächsatmosphäre bei, was insbesondere bei sensiblen Themen wie Abhängigkeitserkrankungen und Absentismus von Vorteil sein kann.

6.5 Datenaufbereitung

Die aufgenommenen Daten wurden wörtlich transkribiert, um eine präzise Analyse der gesammelten Daten zu ermöglichen. Ein Wortprotokoll legt gemäss Mayring (2016) die Basis für eine ausführliche Interpretation der Daten (S. 89). Dabei wurden sowohl verbale als auch nonverbale Ausdrucksformen berücksichtigt, um die Aussagen der Teilnehmenden umfassend wiederzugeben. Die Transkription erfolgte sorgfältig und unter der Wahrung der Anonymität der interviewten Personen.

Für die Analyse der Daten wurde das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse gemäss Mayring (2016) angewandt (S. 114-121). Im Zentrum dieser Analyse steht ein am Material entwickeltes Kategoriensystem. Dadurch werden diejenigen Aspekte definiert, die aus dem Material herausgearbeitet werden sollen (Mayring, 2016, S. 114). Das Datenmaterial wird dabei schrittweise durchgesehen und in verschiedene Einheiten unterteilt, die anschliessend bearbeitet und zusammengeführt werden (Mayring, 2016, S. 115-116). Mithilfe der Technik *der inhaltsanalytischen Zusammenfassung* entstehen induktive Kategorien, die aus den Daten abgeleitet und zugleich an theoriegeleiteten, also deduktiv festgelegten, Kriterien ausgerichtet sind (ebd.). Auf diese Weise ergibt sich für die Bearbeitung der Fragestellung und den Einsatz der beschriebenen Methoden und Techniken eine Mischung aus deduktiven und induktiven Kategorien.

7 Darstellung der Forschungsergebnisse

Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse der Forschung präsentiert. Dazu werden die Aussagen aller neun Interviewpartner*innen zusammengetragen. Die wörtlichen Zitate sind entsprechend gekennzeichnet. Die Ergebnisse aus den Interviews mit den Fachpersonen und mit den Teilnehmenden werden für den Ergebnisteil getrennt dargestellt. Dieses Kapitel präsentiert die Forschungsergebnisse in strukturierter Form. Es wurde eine Kategorisierung vorgenommen, um die gewonnenen Erkenntnisse übersichtlich darzustellen. Im Folgenden werden diejenigen Kategorien und Unterkategorien aufgeführt, die zur Beantwortung der Fragestellungen relevant sind.

7.1 Ergebnisse Fachpersonen

Die Interviews mit Fachpersonen der Integrationsangebote ergeben eine Vielzahl an Erkenntnissen. Verschiedene Aspekte wie Nutzung und Auslastung, Absentismus sowie aktuelle Herausforderungen in der Arbeitsintegration und Sozialpolitik werden thematisiert.

Zugang zu den Programmen und Klientel

Zuweisungen zu den Programmen erfolgen unterschiedlich. So kann es sein, dass eine Person sich selbst meldet und schildert, was sie sucht. Häufiger jedoch kommt es vor, dass sich ein Sozialdienst oder andere involvierte Personen melden. In den letzten Jahren sind zudem Menschen mit einer Invaliditäts-Rente oder mit Ergänzungsleistungen vermehrt in den Fokus geraten.

> *F1: «Die Zuweisung ist unterschiedlich. Manchmal melden sich die Leute selbst, direkt, rufen uns an oder schreiben eine E-Mail und schildern, was sie suchen. Manchmal melden sich die Zuständigen von den Sozialdiensten. Manchmal Personen, welche involviert sind, wie Psychiatriespitex, normale Spitex, selten auch Hausärzte, Psychotherapeuten. Suchtkliniken gibt es auch häufiger (...) dass die Sozialarbeitenden in den Kliniken uns anrufen*

> *im Namen der Person, die eine Anschlusslösung sucht für nach dem Klinikaufenthalt» (Zeile 86-92).*

Im gesamten Bereich der Arbeitsintegration gab es in den letzten Jahren einen Wechsel der Klientel. Es gibt weniger potenziell oder bestehende Klient*innen, welche hochschwellige Plätze belegen können. Dies kann darauf zurückzuführt werden, dass der steigende Fachkräftemangel den Arbeitsmarkt verändert. Viele Menschen, die früher in der Arbeitsintegration waren, haben nun einen einfacheren Zugang zum 1. Arbeitsmarkt, auch im Niedriglohnsektor (zum Beispiel in der Baubranche). Unternehmen sind heutzutage weniger selektiv bei der Auswahl ihrer Angestellten. Für alle drei befragten Institutionen bedeutet dies, dass sie vor allem Klientel haben, die niederschwellige Plätze belegen.

> *F2: «Das hat sich verändert, weil der Bedarf an Arbeitskräften gestiegen ist. Auch im Niedriglohnsektor. Es hat jetzt viele Menschen gegeben, welche «nachgerutscht» sind im Arbeitsmarkt, weil es Menschen gibt, die früher eher schlechter waren, die man zu Fachkräften ausgebildet hat. Und Menschen, die früher in der Arbeitsintegration waren, die finden jetzt trotz fehlender Ausbildung etwas im Arbeitsmarkt» (Zeile 202-208).*

> *F2: «Im Moment sind wir mehr in den niederschwelligen Bereichen (wie im Keramikatelier oder Nähatelier, Recycling). Und für körperlich eher anstrengende Dinge oder auch im Büro, wo es intellektuell anfordernd ist, da sind eher weniger Menschen zu finden» (Zeile 42-44).*

Auslastung der Programme

Die Auslastung der Plätze ändert sich immer wieder. Saisonale Unterschiede werden zum Teil beobachtet. Im Sommer ist die Auslastung tendenziell tiefer als im Winter. Als eine mögliche Erklärung hierfür wurde beispielsweise die Winterzeit mit Weihnachten und Neujahr genannt, welche für viele Personen schwierig sein kann und mit Einsamkeit verknüpft wird. Die folgende Aussage zeigt auf, dass in dieser Zeit Menschen vielleicht eher einen Motivationsschub habe und etwas in ihrem Leben verändern möchten.

> *F1: «Und im Winter ist dann eher die fehlende Beschäftigung grösser, wenn man mehr in den eigenen vier Wänden ist. Und weniger draussen und unter Menschen. Je nachdem wirken der Winter und das Wetter auch drückend auf die Psyche der Menschen. Und Weihnachten, Neujahr ist für viele eine schwierige Phase, wo es sein kann, dass man zu einem Tiefpunkt gelangt, wo man findet, so, ich möchte jetzt etwas angehen» (Zeile 220-224).*

Eine Veränderung in der Auslastung hin zu einer eher tieferen Besetzung wurde auch dem Fachkräftemangel zugeschrieben, wie folgende Aussage verdeutlicht:

> *F3: « (...), dass diese Menschen, bei denen noch eine gewisse Arbeitsfähigkeit vorhanden ist, einfacher eine Stelle finden, ist sicher dem Fachkräftemangel geschuldet. Dass man eher mal Menschen einstellt und Risiken eingeht, weil es schlicht Arbeitskräfte braucht» (Zeile 138-141).*

Die Institutionen stehen dadurch vor Herausforderungen, da sie jeweils als soziale Firmen fungieren, welche auch Dienstleistungen am Markt anbieten und dadurch einen grossen Kundenkreis haben, bei welchem die Qualität stimmen muss. Das Fachteam (beispielsweise Gärtner*innen, Serviceangestellte, Zivildienstleistende oder Studi-Jobs) musste jeweils als Antwort auf die Schwankungen und Änderungen der Klientel aufgestockt werden.

Absentismus

Die Analyse der Transkripte machte sichtbar, dass das Thema Absentismus sehr präsent ist in den Institutionen. Um die Ergebnisse übersichtlich darzustellen, werden sie im folgenden Abschnitt unterteilt in die Unterkategorien *Gründe für Absentismus, institutionelle Hürden für eine kontinuierliche Teilnahme, Auswirkungen/Umgang der Institution mit Absentismus* und *Auswirkung auf andere Teilnehmende*.

Gründe für Absentismus

Die Aussagen zeigten unterschiedliche Gründe für Absentismus auf. Als wichtiger Faktor wurde die Abhängigkeitserkrankung, oft einhergehend mit anderen (psychischen) Erkrankungen, gesehen, welche Motivationsprobleme, Morgentiefs, Antriebsstörungen usw. mit sich bringen. Einige Teilnehmende melden sich von der Arbeit ab. Die untenstehende Aussage von F1 verdeutlicht, dass das Thema Schuld und Scham, es nicht geschafft zu haben abstinent zu bleiben, zu unentschuldigten Abwesenheiten führen kann.

> *F3: «Ein ganz, ganz grosser Grund ist der psychische Zustand des Menschen, dass sie Morgentiefs haben, Motivationsschwierigkeiten» (Zeile 190-191).*
>
> *F1: «Manche Menschen melden sich in solchen Momenten gar nicht, das führt zu unentschuldigten Abwesenheiten. Weil sie sich so schämen, dass sie es nicht geschafft haben, nicht zu konsumieren. So ein hohes Schuld- und Schamgefühl, dass sie sich gar nicht mehr melden» (Zeile 321-323).*

Zudem wurde noch der finanzielle Aspekt als ein möglicher Grund für Absentismus genannt, wie die Aussage von F3 unterstreicht:

> *F3: «Finanziell lohnt sich das ja nicht wirklich für die. Als ich hier begonnen habe, gab es im Kanton Bern noch eine viel höhere IZU. Mittlerweile sind es nur noch 100 Franken und die Menschen haben höhere Ausgaben» (Zeile 323-325).*

Dass Absentismus gerade bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung häufig vorkommt und Ausdruck tieferliegender Probleme ist, zeigte die Aussage von F1. Absentismus wird unter anderem als Grund für die Teilnahme an einem Integrationsangebot gesehen, anstatt im 1. Arbeitsmarkt tätig sein zu können.

> *F1: «Der Grund, weshalb Menschen da sind, äussert sich oft im Absentismus. Es steckt etwas dahinter, dass sie nicht kommen und das ist oft auch ein Faktor, weshalb sie in*

> *einem Integrationsangebot sind und nicht im 1. Arbeitsmarkt. Es ist etwas, woran sie arbeiten. Sei das, den Suchtmittelkonsum zu stabilisieren oder Gesundheit oder Pünktlichkeit» (Zeile 417-420).*

Institutionelle Hürden für eine kontinuierliche Teilnahme

Die Fachpersonen beleuchteten verschiedene institutionelle Hürden für eine kontinuierliche Teilnahme an Integrationsangeboten. So werden Anforderungen wie Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit, die im Dienstleistungssektor erwartet werden, als Herausforderung empfunden. Die Erwartungen werden bei den Teilnehmenden teilweise als belastend oder angstauslösend empfunden. Eine Hürde, die oft unterschätzt wird, ist laut F3 die Schwierigkeit im sozialen Umgang

> *F3: «Mehr als man denkt, gibt es die Hürde, mit anderen Menschen überhaupt in Kontakt zu kommen. (...) Z.B. zusammen Zmittag zu essen hier ist für viele gar nicht so einfach. Oder zwischendurch machen wir Ausflüge mit dem Ziel, dass bei den Menschen auch das Soziale mehr gewichtet wird, und das ist eine grosse Hürde. Viele kommen da nicht mit. Das ist schon ein Thema» (Zeile 209-215).*

Dies führt dazu, dass sich Teilnehmende stark zurückziehen und sich nicht abmelden. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Regelung der Nüchternheit am Arbeitsplatz. Diese wird von manchen als unüberwindbare Hürde gesehen, da sie sich aktuell nicht in der Lage fühlen, abstinent zu bleiben.

> *F1: «Das Erste, was mir in den Sinn kommt, ist die Regelung der Nüchternheit bei der Arbeit. Manchmal haben wir das Gefühl, sehr niederschwellige Plätze anzubieten, doch diese Regelung, nüchtern bei der Arbeit zu erscheinen ist sicher eine Hürde, die manche Menschen davon abhält, herzukommen» (Zeile 314-317).*

Die folgende Aussage von F2 beschreibt eine Schwierigkeit, die mit der Gruppenzusammenstellung und den damit verbundenen Erwartungen in den Angeboten einhergeht.

> *F2: «Ich sehe darin auch eine Schwierigkeit, dass man viele Menschen auf einen Haufen stellt oder in eine Firma steckt, wo der Anteil an Unzuverlässigkeit relativ hoch ist. Dann ist es naheliegend, dass man sich an diesen orientiert, die nicht kommen. «Wenn der nicht kommt, muss ich auch nicht kommen – weil ich erhalte ja nur 100 Franken» das ist ein häufiges Argument. Das kann schon sehr demotivierend sein» (Zeile 181-185).*

Auswirkungen und Umgang der Institution mit Absentismus

Absentismus wirkt sich in verschiedener Weise auf die Institutionen aus. Einerseits müssen Aufträge in einer gewissen Zeitspanne erledigt werden, was durch Absentismus der Teilnehmenden manchmal schwierig auszuführen ist. Wie schon bei der Auslastung der Programme beschrieben, bedeutet das für die Institutionen, dass das Fachteam aufgestockt werden muss. Und auch für diese kann sich der Absentismus der Programmteilnehmenden negativ auf die Motivation auswirken, wie die untenstehende Aussage von F3 unterstreicht.

> *F2: «Das ist sicher das Ausführen von Kundenaufträgen. Weil wir auch am Markt Geld generieren, können wir unsere Aufträge so nur mit bezahlten Mitarbeitenden auffüllen. (...) Wir bei uns stellen mehr Mitarbeitende an, fahren vermehrt mit Aushilfen, das sind Studierende, die wir besonders am Wochenende brauchen zur Auslastung der Mitarbeitenden» (Zeile 168-174).*

> *F3: «Es ist auch auf Seite der Mitarbeitenden Thema, die haben auch manchmal Motivationsschwierigkeiten. Man hat etwas geplant und dann ist alles wieder anders am Morgen. Das sind Themen. Ich muss den Mitarbeitenden auch sagen, mir stinkt das auch, ich hätte lieber eine zuverlässige Crew und gleichzeitig ist es halt auch unser Auftrag, unsere Thematik und wir müssen uns damit beschäftigen» (Zeile 231-235).*

Alle drei Fachpersonen betonten die Wichtigkeit von Austausch und Kommunikation mit den Teilnehmenden im Umgang mit Absentismus. Fehlt jemand unentschuldigt, wird versucht die Person zu erreichen, um zu erfahren, ob alles in Ordnung ist. Die Aussage von F2 zeigt auf, dass auf Absentismus nicht nur kurzfristig reagiert wird, sondern auch versucht wird, die Ursachen langfristig zu verstehen und mit den Teilnehmenden zu bearbeiten.

> *F2: «Meistens, wenn sie unentschuldigt fehlen, hört man ja an diesem Tag nichts mehr von ihnen. Wenn dies mehrmals passiert, thematisiert die Integrationsfachperson dies in einer Phase, in der es dem Klienten wieder besser geht und versucht dort, Einfluss darauf zu nehmen. Und man versucht das Thema auch längerfristig zu sehen und dahinter zu sehen» (Zeile 98-101).*

Die folgenden Aussagen von F1 und F3 verdeutlichen, dass die Individualität der Teilnehmenden eine grosse Rolle spielt. Nicht bei jeder Person wird der gleiche Ansatz im Umgang mit Absentismus gewählt.

> *F1: «Dann geht es meistens darum, dort hinzuschauen und Massnahmen zu ergreifen und Gründe zu eruieren, woran das liegt. Unser Ansatz ist sehr individuell, weil es bei jedem Menschen andere Gründe gibt. Jeder Mensch braucht unterschiedliche Strategien, auf die er gut anspricht» (Zeile 421-423).*

> *F3: «Bei manchem muss man Klartext sprechen, sagen, dass geht gar nicht weiter. Wenn es um Motivationsthematiken geht. Und bei anderen mit Krankheitsthematiken denke ich ist es wichtig, Verständnis zu haben. Dass man sie selbst mitdenken lässt und Wege findet, die ihnen helfen würden, das besser in den Griff zu bekommen. Da braucht es als Team eine Sicht der Menschen. Wir haben Supervisionen, auch bei unterschiedlichen Haltungen» (Zeile 239-244).*

<u>*Auswirkungen von Absentismus auf andere Teilnehmende*</u>

Absentismus wirkt sich stark auf die anderen, anwesenden Teilnehmenden aus. Einerseits löst es Sorgen um die anderen aus. Sie sind ein Team, sie wissen, wer eigentlich bei der Arbeit sein sollte, und fragen sich, weshalb sie nicht anwesend sind.

> *F1: «Das eine ist, zu merken, es fehlen Leute, was Sorgen auslöst» (Zeile 372).*

Andererseits betonten die Fachpersonen, dass es bei anwesenden Teilnehmenden Stress und Druck auslöst, wenn sie sehen, was die Aufgaben für den Tag sind und anstatt fünf Personen nur drei anwesend sind. Die Aussage von F1 zeigt auf, was die Reaktion in ihrer Institution im Umgang damit ist.

> *F1: «Druck rausnehmen wollen, den sie im 1. Arbeitsmarkt hätten. Dies versuchen wir, das ist eine Aufgabe den ganzen Tag durch. Das startet am Morgen bei der Besammlung, bei der die Aufgaben verteilt werden, das ist schon der erste Moment, wo man merkt, wer alles da ist. Und sie das auch merken und reagieren und man manchmal spürt, die Stimmung verändert sich. Dort zu zeigen, dass es nicht bedeutet, dass sie nun alles machen müssen, sondern dass genau dies nicht unser Ziel ist, und dass wir andere Lösungen finden werden und dies auch benennen» (Zeile 382-388).*

Auch F2 hat Massnahmen ergriffen, um die Dynamik innerhalb der Gruppe zu verbessern und Konflikte oder Unmut aufgrund von Abwesenheiten zu vermeiden.

> *F2:« Ich habe z.B. aufgehört, die Arbeitspläne der Teilnehmenden aufzuhängen, wo man sieht wer wann arbeitet. Das ist eine Reaktion darauf. Klar wissen sie die Arbeitstage der anderen, aber ich habe immer wieder Leute die über längere Zeit nicht auftauchen. Da entsteht eine schlechte Stimmung, darum habe ich mit dem aufgehört» (Zeile 186-189).*

Massnahmen gegen Absentismus

Zur Reduzierung von Absentismus werden Massnahmen ergriffen, die individuell an die Bedürfnisse der Teilnehmenden angepasst sind, wie die Fachpersonen erläuterten. Da die Gründe für Fehlzeiten unterschiedlich sind, wird ein personalisierter Ansatz verfolgt. Zunächst wird eruiert, welche Unterstützung erforderlich ist, um eine Teilnahme zu ermöglichen. Dies kann medizinische Hilfe wie einen Termin bei der Hausärztin, psychotherapeutische Begleitung, Suchtberatung oder einen Entzug umfassen. Ebenso können praktische Massnahmen wie die Bereitstellung eines neuen ÖV-Abonnements oder andere kleine organisatorische Hilfen notwendig sein. Folgende Aussage von F1 unterstreicht, dass es manchmal auch nur Kleinigkeiten sind, die Absentismus reduzieren können, die Teilnehmenden aber oft auf Hilfe dabei angewiesen sind.

> *F1: «Ganz kleine Sachen, um den Menschen zu ermächtigen, damit es klappt. Es braucht Hilfe, dies aufzugleisen» (Zeile 428-429).*

Zudem sprach F1 auch von der Wirksamkeit von Druck, auf den einige Teilnehmende gut reagieren. Es sollte kein sinnloser Druck entstehen, es geht dabei immer auch um die vereinbarten Ziele.

> *F1: «Was häufig funktioniert ist Druck und Forderungen. Aufzeigen, dass Absenzen da sind. Diese widersprechen den Zielen, die der Teilnehmer hat, so wie es momentan läuft, geht es nicht in die Richtung von den Zielen, deswegen unterstützen wir dies auch nicht. Wir fordern eine Änderung» (Zeile 431-433).*

F3 sah nebst den institutionellen Massnahmen zur Reduzierung von Absentismus auch fehlende strukturelle Anreize für die Teilnehmenden als Problem. Er beschrieb, wie äussere Faktoren und mangelnde Perspektiven die Motivation negativ beeinflussen.

> F3: «*Zum anderen denke ich, hat es auch einen stark strukturellen Aspekt. Für viele ist es von aussen, vom extrinsischen her, nicht motivierend. Sie sind in der Rolle als Sozialhilfebezüger*in, als Kranke installiert und wissen, dass man sie nicht braucht, das ist auch eine Realität. Wenn Menschen sich 40–50-mal beworben haben und immer eine Absage erhalten haben, kann ich das auch nachvollziehen. Und dort fehlen schon die Anreize. Wenn sie ihre finanzielle Situation verbessern könnten, würden sie mit ihrer Restenergie vielleicht schon mehr machen wollen. Nun haben sie nicht wirklich Grund dazu» (Zeile 289-295)*.

Sozialpolitische Herausforderungen und Wünsche an die Politik

Allgemeine sozialpolitische Herausforderungen in der Arbeitsintegration von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen liegen sowohl auf finanzieller als auch auf struktureller Ebene vor. Die Finanzierung gestaltet sich zunehmend schwierig, da die Budgets in den letzten Jahren eher reduziert wurden. F1 beschrieb die Situation so:

> *F1: «Da ist in den vergangenen Jahren das Budget eher gekürzt worden. Man versucht zu sparen und will eher weniger als mehr Ressourcen in diesem Bereich. Das ist nur schon eine Herausforderung, ein Angebot am Laufen zu halten» (Zeile 478-481)*.

Dies erschwert nicht nur die Aufrechterhaltung bestehender Programme, sondern macht es nahezu unmöglich, Massnahmen wie eine angemessene Entlöhnung der Teilnehmenden zu realisieren. Gleichzeitig benötigen Teilnehmende mit komplexen Problemlagen oft längerfristige Unterstützung, was die Herausforderungen für die Institutionen verstärkt. Folgende Aussage verdeutlicht, dass die verfügbaren Mittel häufig auf maximal drei Jahre beschränkt sind:

> *F3: «Für die berufliche Integration ist ein Jahr vorgesehen. Man sagt, drei Jahre müssen genügen, damit jemand in den 1. Arbeitsmarkt gelangt. So lange ist Geld vorhanden» (Zeile 237-238)*.

Alle drei Fachpersonen äusserten den Wunsch, dass leistungsschwächere Menschen direkt in den 1. Arbeitsmarkt integriert werden. Sie sehen ein grosses Potenzial darin. F1 plädierte für mehr spezialisierte Stellen, welche darauf ausgelegt sind, auch weniger leistungsfähige Menschen einzubinden.

> *F1: «Zum Beispiel, wie kann man möglichst arbeitsmarktnah platzieren, beschäftigen. Das ist etwas, was ich denke, braucht es auch mehr, Arbeitsplätze im 1. Arbeitsmarkt, die darauf ausgelegt sind, dass auch Menschen dort arbeiten dürfen, die nicht 100% leistungsfähig sind. Das direkte Integrieren, das hätte ein Haufen Potenzial, aber es braucht finanzielle Unterstützung, die auf politischer Ebene gesprochen werden muss» (Zeile 491-495)*.

Die folgenden Aussagen von F2 und F3 unterstreichen diesen Wunsch. Die Idee wurde geäussert, Arbeitsagog*innen direkt in Unternehmen zu platzieren, um diese bei ihren Integrationsbemühungen zu unterstützen. Dabei wurde mehr Mut von der Politik gefordert.

> *F2: «Man könnte doch in den Firmen Arbeitsagogen platzieren, die diese Firmen entschädigen. Und nicht in anderen Firmen alle Menschen auf einen Haufen bringen, die Probleme haben. Ich wünschte mir mehr Mut von der Politik» (Zeile 318-320).*
>
> *F3: «Das jetzt Arbeitsagog*innen von einer Firma angestellt sind mit diesem Fokus, davon habe ich bis jetzt keine Kenntnis. Ich habe das Gefühl, das ist ein Wunsch von uns. Aber im Arbeitsmarkt, also im 1. ist das noch nicht angekommen (Zeile 348-350).*

Im Sinne der Inklusion wurde von F3 zudem der Wunsch formuliert, mehr finanzielle Anreize für die Teilnehmenden zu schaffen. F2 hingegen betonte, wie wichtig es ist, die Menschen stärker als Teil der Gesellschaft wahrzunehmen und ihnen Zugang zu regulären Arbeitsplätzen zu ermöglichen. Der Wunsch an die Politik ist, diese Entwicklung aktiv zu fördern, mit der Vision, dass Integrationsangebote vielleicht irgendwann überflüssig werden.

> *F3: «Ich würde mir wünschen, dass man in diesem Bereich mehr Anreize schafft. Ich finde, Menschen sollten die Möglichkeit haben, über Arbeit ihre finanzielle Situation zu verbessern. Auch im Sinne der Inklusion» (Zeile 309-311).*
>
> *F2: «Da würde ich mir als Sozialpädagoge mehr Inklusion wünschen. Ich wünschte mir, dass es Firmen wie diese gar nicht brauchen würde. Das ist meine persönliche Meinung, auch wenn es heissen würde, dass ich dann arbeitslos bin. Es würde mich freuen, wenn diese Menschen Plätze in Firmen finden würden. Im IV-Bereich ist dies eher der Fall. Wir möchten doch diese Menschen Teil der Gesellschaft sein lassen. Da wünschte ich mir auch von der Politik, dass sie das mehr fördern würde» (Zeile 310-316).*

7.2 Ergebnisse Teilnehmende

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus den Interviews mit den Teilnehmenden der Integrationsangebote dargestellt. Die Interviews lieferten Ergebnisse zum Zugang, Motivationsfaktoren der Teilnahme, Ziele, Gründe für Absentismus und die Wahrnehmung der Teilnahmebereitschaft im Allgemeinen. Der Einfluss des Absentismus auf die eigene Motivation und die Rolle der Fachpersonen, aus Sicht der Teilnehmenden, bilden den Schluss der Ergebnisse.

Zugang zum Integrationsangebot

Die Analyse der Interviews macht sichtbar, dass der Zugang zum Angebot von verschiedenen Faktoren und Akteur*innen beeinflusst wird. Ein wiederkehrendes Muster war die zentrale Rolle der Sozialdienste und anderen Institutionen (vor allem Suchtkliniken) bei der Vermittlung. Die Unterstützung durch die fallführende Person war für viele Teilnehmende entscheidend, um Zugang zum Angebot zu erhalten. Dies unterstreicht die Bedeutung eines gut funktionierenden Netzwerks aus Sozialdiensten, die gezielt auf passende Angebote hinweisen. Bei den Interviews kam auch

heraus, dass sich die Teilnehmenden zum Teil selbst über mögliche Angebote informiert haben. Der grösste Teil der Befragten sprach von einer Eigeninitiative, das Programm zu besuchen. Sie suchen nach Angeboten, die ihnen eine Tagesstruktur bieten, da sie meist aus Krisensituationen kommen und der Wunsch nach Stabilität und Struktur vorhanden ist. Geschätzt wurde von den Befragten, wenn sie möglichst schnell und unbürokratisch im Integrationsangebot beginnen konnten.

> *T1: «Ich hatte sicher im Südhang davon gehört. (...) Und als ich in der Tagesklinik war, habe ich mich umgeschaut, ich habe mich etwas unwohl gefühlt, ja zum gerade wieder in den 1. AM zu gehen. Und dann habe ich halt geschaut, was es für andere Lösungen gibt. Und hier bin ich dazu gekommen, ich habe einfach mal angerufen und mit X* (Fachmitarbeiterin) geredet. *Das hat sehr positiv getönt und dann konnte ich relativ schnell einen Schnuppertag abmachen und ja, dann ist es ziemlich schnell gegangen und dann konnte ich gleich nach Tagesklinikaustritt hierherkommen» (Zeile 15-21).*

> *T3: «Sie haben es mir vom Sozialamt vorgeschlagen. Weil ich einen handwerklichen Beruf gemacht habe, hat das am besten gepasst. (...). Ich bin freiwillig hier. Ich war auf der Suche nach einer Beschäftigung, die eine Tagesstruktur gibt, das ist viel besser als nur zu Hause zu sitzen» (Zeile 6-11).*

Motivationsfaktoren zur Teilnahme

Da die Kategorie *Motivationsfaktoren zur Teilnahme* viele Antworten aus den Interviews lieferte, wurde diese unterteilt in *sinnstiftende Tätigkeit, Arbeitsbedingungen, soziale Unterstützung und Team* sowie *Beziehung zu anderen Teilnehmenden*. Allgemein lassen sich die Antworten der Befragten wie folgt zusammenfassen: erfolgreiche Integrationsangebote müssen mehrere zentrale Elemente vereinen. Die Tätigkeiten sollten sinnstiftend und abwechslungsreich sein, die Arbeitsbedingungen flexibel und fair. Es braucht eine umfassende soziale Unterstützung. Ausserdem wurde ein starkes, positives Teamklima geschätzt.

<u>Sinnstiftende Tätigkeit</u>

Auf die Frage, was die Teilnehmenden motiviert am Angebot teilzunehmen, kamen Antworten von der Sinnhaftigkeit der Arbeit, des persönlichen Wachstums bis hin zu strukturellen Vorteilen der Arbeit. Das Zubereiten von Speisen, an welchen andere Menschen Freude haben, oder die Arbeit an sich, die Zusammenarbeit mit anderen Menschen wurde mehrfach als treibender Faktor genannt nebst Tätigkeiten, die persönliche Erfolge mit sich bringen. Viele Teilnehmende betonten, dass sie durch ihre Arbeit Wertschätzung und ein Verantwortungsgefühl erhalten und das Gefühl, «gebraucht zu werden».

> *T2: «Die Vielseitigkeit und der Sinn der Arbeit gefällt mir. Es ist nicht einfach den ganzen Tag etwas ausstanzen, einfach mit den Menschen, ich brauche Menschen und die Sinnhaftigkeit. (...) Auch die Wertschätzung, die wir hier haben, das ist elementar. Für mich gibt es keine Arbeit, die minderwertig ist» (Zeile 18-24).*

> *T5: «Wir erhalten Verantwortung. Es hat Konsequenzen für das ganze Team, wenn man nicht auftaucht. Wir haben immer genug Arbeit» (Zeile 52-53).*

Arbeitsbedingungen

Die Arbeitsbedingungen wurden als bedeutender Faktor wahrgenommen, der sowohl förderlich als auch hinderlich wirken kann. Besonders bei T5 wird deutlich, was die Nähe zum 1. Arbeitsmarkt für ihn bedeutet. Er sagte, dass für ihn der Druck, der mit der Nähe zum 1. Arbeitsmarkt einhergeht, motivierend wirken kann. Und dass es Konsequenzen mit sich bringe, wenn er nicht bei der Arbeit erscheint, im Gegensatz zu anderen Programmen, bei denen es relativ *egal* war, ob er bei der Arbeit erschien oder nicht:

> *T5: «Was mir gefällt, ist, dass es relativ nah am 1. AM ist, im Vergleich zu anderen Arbeitsintegrationsangeboten» (Zeile 22-23).*
>
> *T5: «Der Druck kann für mich gut sein, wenn mehr Arbeit da ist. Aber sie schauen schon gut, dass es nicht auf uns Teilnehmer zurückfällt» (Zeile 59).*

Die Mitgestaltungsmöglichkeiten bei den Tätigkeiten scheinen zu mehr Zufriedenheit zu führen. T6 berichtete davon, wie er sich im regelmässigen Standortgespräch für einen Wechsel der Tätigkeit einsetze und dies umgesetzt wurde.

> *T6: «Am Anfang war ich viel am Putzen und da wollte ich mehr Freiheiten, mich kreativ ausleben und das haben wir an Standortgesprächen besprochen. Auch in der Küche gibt es alle paar Monate ein Gespräch und da spricht man solche Sachen an. Mittlerweile lassen sie mich auch kochen und ich finde, es läuft sehr gut» (Zeile 92-96).*

Soziale Unterstützung

Die zwischenmenschliche Unterstützung wurde von den Teilnehmenden besonders geschätzt. Zum einen die individuelle Betreuung durch die Fachpersonen und zum anderen die offene Kommunikation. Die Befragten schätzten es, wenn ihnen auf Augenhöhe begegnet wurde und Verständnis für die schwierigen Lebensphasen gezeigt wurde. Die Möglichkeit, sich bei Problemen an Bezugspersonen wenden zu können, sowie regelmässige Gespräche wurden als zentral für das Wohlergehen empfunden.

> *T1: «Was ich sehr schätze, ist, dass sich hier alle auf Augenhöhe begegnen. (...) Und man setzt sich auch recht für mich ein (...)» (Zeile 32-46).*
>
> T2: «*Man erhält jegliche Hilfe, das weiss ich persönlich. Ich kann zu jemandem gehen. Besser kann man es nicht haben. (...) Es hört dir immer jemand zu oder jemand ist da. Es ist so viel Verständnis vorhanden, vielleicht ist es manchmal sogar zu viel» (Zeile 127-130).*
>
> T3: «*Hier kann ich Spass haben. Hier 'schisst mi niemer zäme'*» (Zeile 34-35).

Team, Beziehung zu anderen Teilnehmenden

Aus den Befragungen wurde deutlich, dass die Dynamik innerhalb der Teams und die Beziehung zu anderen Teilnehmenden eine grosse Rolle spielt. Soziale Kontakte und eine wertschätzende Atmosphäre wurden als motivierend wahrgenommen.

> T1: «*Vor ein paar Monaten ist X gestorben. Auch jemand der Arbeitsintegration* (Teilnehmerin). *Und dort hat man gemerkt, doch, es war ein rechter Zusammenhalt. Wir haben uns einmal alle hier zusammengetroffen. Dort merkst du den Zusammenhalt. In diesen Phasen, wo es für alle nicht ganz einfach war. Auch für das Fachteam, weil sie schon eine Weile hier war. Von dem her, schon auch unterstützend» (Zeile 119-123)*.
>
> T3: «Die Menschen hier motivieren mich auch. Früher hatte ich nur schlechte Menschen um mich herum, auch in der Lehre, hier ist es wunderbar. Mit den Vorgesetzten und dem Team, dann freue ich mich arbeiten zu gehen» (Zeile 20-22).

T4 erzählte, wie er durch seine langjährige Erfahrung im Integrationsangebot den jüngeren, neueren Teilnehmenden Informationen und Ratschläge auf den Weg mitgeben kann. Er nimmt dies als positiv wahr, sorgt sich aber auch um deren Wohlergehen. Der häufige Wechsel der Teilnehmenden gefällt ihm, er sieht aber auch immer wieder eine Herausforderung darin.

> *T4: «Ich bin sehr gerne unter Menschen und durch mein Alter bin ich fast wie eine Vaterfigur hier. Wenn die Jüngeren Fragen haben, auch wegen dem Sozialdienst, kommen sie oft zu mir. Das hält mich jung. Auch der Wechsel der Menschen hier gefällt mir. Es besteht auch eine gewisse Herausforderung, man muss immer wieder spüren, wie es mit diesen Menschen funktioniert» (Zeile 21-25).*

Ziele

Aus den Erzählungen der Teilnehmenden schälten sich drei Hauptgruppen von Zielen heraus. Die beruflichen Ziele, die persönliche Entwicklung und die gesundheitliche Stabilisierung. Die Vielfalt der Zielsetzungen gaben Auskunft über die verschiedenen Lebenslagen der Befragten und deren Bedürfnisse.

Ziele bei der beruflichen Qualifikation konnten sein, bestehende Qualifikationslücken zu schliessen oder neue berufliche Wege einzuschlagen, durch Praktika zum Beispiel. Der Wunsch, eine Stelle im 1. Arbeitsmarkt zu finden, wurde mehrmals in Zusammenhang mit dem langen Weg dorthin benannt. T1 sagte, dass der Weg zurück in den 1. Arbeitsmarkt länger dauert, als er zu Beginn gedacht hatte.

> *T1: « (...) mein Ziel ist grundsätzlich, wieder in den 1. Arbeitsmarkt einzusteigen. Als ich hier angefangen habe, dachte ich es geht dann schneller und jetzt merke ich, dass es vielleicht doch noch ein bisschen Zeit braucht» (Zeile 56-58).*

Andere Ziele bezogen sich mehr auf die persönliche Weiterentwicklung, insbesondere in Bereichen wie Kommunikation, Struktur und Motivation. Ein Ziel einer Person war zum Beispiel, offener über Herausforderungen sprechen und die Kommunikation im Allgemeinen verbessern zu können. Auch Aspekte wie Arbeitsdisziplin und Pünktlichkeit wurden genannt. T5, der nebst dem

Arbeiten in einer begleiteten WG wohnt, hatte als Ziel genannt, unabhängig in einer regulären WG zu leben. Das Aufgleisen der IV war Thema bei zwei Befragten.

> T1: «*Bei mir war so das Thema, dass es mir manchmal nicht so gelingt zu reden oder kommunizieren, wenn es mir nicht so gut geht. Das ist etwas, was wir immer wieder angeschaut haben. Damit ich lerne zu sagen, denn man merkt es mir meistens an, wenn es mir nicht so gut geht*» (Zeile 66-71).

> *T5: «Bei der Arbeit ist es die Pünktlichkeit und dass ich eine Kontinuität habe. Motivationsprobleme und die psychische Verfassung werden auch angesprochen» (Z 35-37).*

Die dritte Hauptgruppe von Zielen lassen sich als Umgang mit psychischen und physischen Belastungen definieren. Einige Teilnehmende berichteten, dass ihre primären Ziele nicht mehr die berufliche Wiedereingliederung seien, sondern dass der Fokus auf der Verbesserung ihrer Gesundheit liege und im Vermeiden von Überforderung. Auch die psychische Belastung steht für die meisten Befragten im Vordergrund.

> T4: *«Ziele sind heute bei mir eigentlich nur noch wegen der Gesundheit. Anfangs war mein Ziel so schnell wie möglich wieder fortzukommen von hier. Nun mit der Gesundheit und auch mit dem Alter mache ich mir keine Illusionen mehr» (Zeile 27-29).*

Gründe für Absentismus

In der Forschungsarbeit geht es darum herauszufinden, wie es um den Absentismus der Teilnehmenden steht. Daher wurde die Frage gestellt, was bei den Teilnehmenden zu Absenzen führt und inwiefern die Thematik tatsächlich vorhanden ist. Die geschilderten Antworten liessen sich wiederum drei Themenbereichen zuordnen: Verlässlichkeit und Eigenmotivation, psychische Herausforderungen und externe Einflüsse sowie Programmbedingungen. Allgemein lässt sich sagen, dass die Teilnahme am Integrationsprogramm nicht allein durch äussere Verpflichtungen, sondern vor allem durch persönliche und emotionale Motivationsfaktoren geprägt sind. Einige Teilnehmende berichteten, dass sie sehr selten Absenzen haben. Wenn sie fehlten, dann war dies aufgrund von Krankheit oder persönlichen Krisen (z.B. Todesfall in der Familie). Beim Zitat von T2 kommt die innere Verpflichtung stark zum Ausdruck. Laut ihr ginge es nicht (nur) darum, die Erwartungen des Programmes zu erfüllen, sondern auch darum, sich selbst gegenüber Zuverlässigkeit zu zeigen.

> T2: «*Ich glaube ich habe in diesen Jahren zwei Mal gefehlt, einmal als meine Mutter starb und einmal war ich krank und sonst war ich immer da, nicht weil ich muss, sondern weil es für mich wichtig ist, meine Zuverlässigkeit auch mir gegenüber (...)» (Zeile 58-61).*

Es wurde deutlich, dass sich psychische Belastungen auf die Motivation und schliesslich auf die Teilnahmefähigkeit auswirken. T5 und T6 erzählten von Depressionen und allgemeinen Motivationsschwierigkeiten im Leben. T5 schilderte, dass er seine Abwesenheiten nicht als Motivationsproblem sieht, sondern eher als Ausdruck der Überforderung oder des psychischen Tiefs.

> *T5: «Also grundsätzlich will ich schon kommen, auch an den Tagen, wo ich nicht komme, denke ich, ich will kommen, aber ich kann nicht, man ist so kaputt. Es ist nicht ein Motivationsproblem in diesem Moment (...) Wenn ich arbeiten komme, dann geht es mir meistens besser. So in einer Depression drin habe ich dann gar keine Energie. (...) Es geht dann einfach nicht...» (Zeile 39-43).*
>
> *T6: «Ich habe allgemein Mühe, aufzustehen und Motivation fürs Leben zu haben. Ja...» (Zeile 41-42). «Ich fehle vielleicht alle 2-3 Wochen, sicher zweimal im Monat oder so, wo es nicht geht» (Zeile 59-60).*

Zu den externen Einflussfaktoren und Programmbedingungen kann der Wechsel einer Leitungsperson oder allgemein des Fachteams dazugezählt werden. T2 berichtete von einem Wechsel der Leitungsperson im Programm. Die damit einhergehende Dynamik beeinflusste ihre Motivation, zur Arbeit zu kommen. Trotzdem ist sie immer gekommen, wegen der hohen Zuverlässigkeit sich selbst gegenüber.

> *T2: «Eine Zeit lang gab es eine schwierige Phase. Der Wechsel von X, der als Leitungsperson wegging. Das war wirklich eine schwierige Phase. Da hatte ich Mühe, auch mit Nachfolgern. Aber ich kam immer. (...). Ich hatte das Gefühl, die Menschlichkeit, die Wärme fehlte. Irgendwie war alles so zack, zack. Man konnte kaum ein bitzli plaudern und es war alles kühler und distanzierter* (...). *Eine Person kann zum Teil sehr viel Schwierigkeiten reinbringen oder eine Dynamik» (Zeile 54-56, 64-71).*

T4 beschrieb die Herausforderung eines häufig wechselnden Fachteams und des Gesundheitszustandes der Bezugsperson.

> *T4: «Der jetzige Leiter ist der 4. Standortleiter, seit ich hier bin. Früher war es ein Chaos. Auch die Bezugsperson, die ich hatte, hatte gerade ein Burnout kurz bevor ich hier angefangen habe» (Zeile 14-16).*

Wahrnehmung der Teilnahmebereitschaft allgemein

Auf die Frage, wie die Teilnehmenden die Teilnahmebereitschaft allgemein im Integrationsangebot wahrnehmen, kamen Antworten, die von einer hohen Bereitschaft einzelner Personen bis hin zu regelmässigem Fehlen reichten. Viermal wurde genannt, dass die Teilnahmebereitschaft schwankend ist, wie z.B. T1 berichtete:

> *T1: «Ja manchmal ist halt ein Wechsel. (...) Ja... ich denke die Motivation schwankt» (Zeile 103-108).*

Andere Befragte schätzten die Teilnahmemotivation eher hoch ein.

> *T5: «Die Menschen sind motiviert» (Zeile 52).*

Das Verständnis für das Fehlen von anderen Teilnehmenden wird in diesem Zitat gut ersichtlich. T6 wies auf die Herausforderungen hin, die die Teilnehmenden mit sich bringen und zeigt Verständnis für deren Belastungen. Die Programme seien extra für Menschen mit Schwierigkeiten da, sonst wären sie auf dem 1. Arbeitsmarkt.

> *T6: « (…) ein Teil kommt, dann geht es ihnen plötzlich nicht gut und sie sind nicht da… aber irgendwie auch verständlich, weil dafür sind wir auch hier und nicht auf dem normalen Arbeitsmarkt» (Zeile 82-85).*

Faktoren für hohe / tiefe Teilnahmebereitschaft

Die Teilnehmenden wurden dazu befragt, warum sie denken, dass eine hohe Teilnahmebereitschaft vorhanden ist. Als zentrale Punkte wurde genannt, dass die anderen Menschen motivierend wirken und dass man das Gefühl erhalte, gebraucht zu werden. Auch, dass es Konsequenzen für das ganze Team hat, wenn man nicht zur Arbeit geht.

> T1: « *Es haben sicher alle die besseren Tage und weniger gute. Ich denke vielen hilft es, dann dahin zu kommen, unter Menschen zu sein (…)» (Zeile 108-113).*
>
> *T5: «Die Menschen sind motiviert. Man erhält hier das Gefühl, dass man gebraucht wird. Wir erhalten Verantwortung. Es hat Konsequenzen für das ganze Team, wenn man nicht auftaucht. Wir haben immer genug Arbeit» (Zeile 52-54).*

Im Weiteren wurden die Teilnehmenden dazu befragt, welche Faktoren ihrer Meinung nach die Abwesenheiten beeinflussen. T2 beschrieb die Herausforderungen und Potenziale, an der Teilnahme eines Integrationsprogramms liegen. Sie hob hervor, dass sie einen Mangel an Eigenverantwortung beobachtet. Sie erzählte, dass die Wichtigkeit des Programmes, die Chancen und das Potenzial oftmals nicht erkannt wird und dass sie das schade fände.

> T2: *«Also ich habe das Gefühl, das die Thematik manchmal nicht ernst genug genommen wird. Es ist wirklich eine Chance hier. (…) Einfach so eine Gleichgültigkeit allem gegenüber, vielleicht auch sich selbst, Ich habe mir schon einige Male überlegt und irgendwie so ein Pfupf, der fehlt, vor allem auch von sich selbst etwas machen, nicht immer nur nehmen, nicht nur konsumieren, sondern auch mal machen (…) Genau, das kann eine Riesenchance sein, für sich selbst, dass man am Abend sagen kann: «Heute gings mir echt nicht so gut, aber ich bin gegangen, yay!» Selbstmotivation. Ich habe das Gefühl, es fehlt daran» (Zeile 82-95).*

Einfluss auf die eigene Motivation

Mit dieser Frage sollte herausgefunden werden, ob der Absentismus anderer Teilnehmenden einen Einfluss auf die eigene Motivation hat. T2 betonte die persönliche Entwicklung im Umgang mit den Herausforderungen der Gruppendynamik, wenn Teilnehmende fehlen. Anfangs belastete sie dies stark, doch im Laufe der Zeit entwickelte sie Strategien, um sich abzugrenzen und selbst zu schützen.

> *T2: «Anfangs hatte ich sehr Mühe. Vor allem habe ich mir auch immer grosse Sorgen gemacht um die Menschen, wegen Abstürze usw. Mittlerweile habe ich gelernt mich abzugrenzen. Denn ich mache es für mich, mir tut es gut. (…) Am Anfang hatte ich elend Mühe, wenn andere nicht kamen. Ich dachte, das gibt's doch nicht. Dann habe ich gemerkt, nein, das darf ich nicht. Das heisst nicht, dass die anderen mir egal sind, gar nicht, aber einfach zu meinem Schutz, weil sonst geht es mir selbst nicht gut» (Zeile 99-106).*

Die Schwierigkeit, Rückschläge bei anderen Teilnehmenden mitzuerleben, beschrieb T4 ebenfalls. Besonders, wenn sich ihr Leben stark um Drogen oder Alkohol drehe. Abstürze oder Programmabbrüche anderer führen bei ihm zu Selbstzweifel (weil er viel mit ihnen gesprochen hat), aber auch zum Wunsch, sie zu motivieren.

> *T4: « (…) Dann zu sehen, dass nur noch die Drogen oder der Alkohol Platz im Leben haben, ist manchmal schwierig. Dann frage ich mich, für was ich Stundenlang mit ihnen gesprochen habe. Der erste Gedanke war dann, was habe ich falsch gemacht? Ich denke dann auch: ihr seid so jung, macht etwas aus eurem Leben, warum 'chlemmsch di nid is füdle? '» (Zeile 49-53).*

Ein Aspekt bildet die Belastung durch mehr Verantwortung. T4 schilderte den erhöhten Aufwand bei Abwesenheiten der Anderen. Gleichzeitig erwähnte er, dass der persönliche Umgang mit der Überlastung durch psychologische Begleitung verbessert wurde.

> *T4: « (…) Wenn ich dann weiss, dass praktisch niemand da ist, brauche ich auch viel mehr Zeit zum Organisieren. Ich kann auch schlecht am Donnerstag nach Hause gehen mit unerledigter Arbeit, das geht nicht. Ich bin seit einem Jahr in psychologischer Begleitung und da lerne ich Nein zu sagen, mich abzugrenzen (…)» (Zeile 40-47).*

Es wurden aber auch positive Aspekte genannt, wenn andere nicht wie geplant kommen, weil dann die Aufgabenverteilung anders aussieht.

> *T2: «Es ist auch schön, dann kann ich wieder mal in die Küche. Die Aufgabenverteilung ist dann anders. (…) Mit den Jahren weiss man auch, was zu tun ist» (Zeile 117-119).*

In einem anderen Integrationsprogramm wurde die Abwesenheit anderer Teilnehmenden gar nicht gross bemerkt, da die Verantwortlichen die Arbeitsbelastung gut verteilen. Gleichzeitig erwähnte T5, dass er den Druck als motivierend empfindet.

> *T5: «Das bekommen wir gar nicht so mit* (wenn andere TN fehlen) (…) *Ich weiss auch nicht von allen wann, wie, wo sie arbeiten. (…) Der Druck kann für mich gut sein, wenn mehr Arbeit da ist, aber sie schauen schon gut, dass es nicht auf uns Teilnehmer zurückfällt. Wir arbeiten in unserem Tempo. Wenn ich weiss, dass etwas bald fertig sein muss, dann gebe ich gerne ein bisschen mehr Effort» (Zeile 56-62).*

Die Rolle der Fachperson

Die Erkenntnisse auf die Frage, was die Fachpersonen im Angebot machen können, damit die Menschen zur Teilnahme motiviert sind, zeigten, dass deren Rolle weit über die rein funktionale Unterstützung hinausgeht. Die Wichtigkeit der Begegnung auf Augenhöhe und die emphatische Haltung der Fachpersonen wurde von mehreren Teilnehmenden betont.

> *T1: «Was ich sehr schätze, ist, (…), wenn man den Menschen auf Augenhöhe begegnet und ich spüre, da ist einfach eine Person, die versteht, dass ich in ein negatives Ding hineingerutscht bin und dass da ein Mensch dahinter ist (…) und dass das Verständnis und die Empathie da ist, das ist etwas, was mir sehr wichtig ist. Und dass ich merke, dass ich ernstgenommen werde» (Zeile 130-144).*

Zwischenmenschliche Aspekte wie Herzlichkeit, Offenheit und ein angenehmes Klima wurden wiederholt als essenziell hervorgehoben. Fachpersonen, welche nahbar sind und mit denen auch einmal geplaudert werden kann, fördern das Wohlbefinden und die Motivation. Eine kühle Haltung oder zu viel Druck wurden als hinderlich wahrgenommen. Die Relevanz der Erreichbarkeit der Fachperson wurde von allen Befragten erwähnt. Die Teilnehmenden schätzen es, wenn zusammen nach individuellen Lösungen gesucht wird und sich die Fachperson Zeit nimmt für die Anliegen.

> *T2: «Es hört dir immer jemand zu oder jemand ist da. Es ist so viel Verständnis vorhanden» (Zeile 125-130).*

Die Teilnehmenden wurden ebenfalls dazu befragt, was Fachpersonen anders machen könnten, um die Teilnahmemotivation zu fördern. Es wurde wenig Kritik oder Verbesserungsvorschläge genannt. Nähe, Vertrauen und Unterstützung wurden erneut als wichtige Faktoren genannt, auf welche die Fachpersonen achten sollten. Der Wunsch nach klaren Strukturen und Konsequenzen wurde geäussert. T4 erzählte, dass die Fachpersonen eine wichtige Rolle spielen, indem sie Teilnehmende nicht nur unterstützen, sondern auch auf das Wohlbefinden der Gruppe und Einzelpersonen achten und sie bremsen, wenn sie in eine Überforderung gelangen.

> *T4: Ich brauche schon manchmal jemand der mir sagt, wann ich Feierabend machen soll. Es ist ein Vertrauen da» (Zeile 59-60).*

T5 berichtete von einer gewissen Hierarchie, welche er im Integrationsangebot wahrnimmt. Er akzeptiere dies jedoch, weil es in seinen Augen «normal» sei.

> *T5: «Der Chef ist sehr nahe am ersten AM. Er ist eher streng und lässt den Chef raushängen. Aber eigentlich finde ich es ok so. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Chefs halt einfach ein bisschen so sind (lacht). Man spürt schon eine Hierarchie» (Zeile 65-68).*

T2 zeigte auf, dass es manchmal an klaren Konsequenzen für bestimmte Verhaltensweisen fehle. Sanktionen, wie ein Ausschluss aus dem Programm, strebt sie nicht an, jedoch klare Regeln und Strukturen, welche Orientierung geben könnten.

> *T2: «Manchmal habe ich das Gefühl, man kann das machen, was man will, es hat keine Konsequenz. Es geht nicht darum jemanden rausschmeissen» (Zeile 132-134).*

8 Diskussion

Die Ergebnisse der Interviews werden in diesem Kapitel nun mit den Erkenntnissen der vorangehenden Kapitel verknüpft, um auf diese Weise die beiden Forschungsfragen zu beantworten. Die Forschungsarbeit befasst sich mit den Einflussfaktoren auf die Teilnahmebereitschaft und das Absentismusverhalten von Menschen (insbesondere mit einer Abhängigkeitserkrankung) in Integrationsangeboten im Kanton Bern, sowie mit den aktuellen Veränderungen in diesem Bereich und

deren zukünftigen Entwicklung. Die Diskussion gliedert sich in zwei Teile, die sich jeweils mit einer der beiden Forschungsfragen befassen. Das Ziel besteht darin, auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse der Diskussion, Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit in Zusammenarbeit mit Menschen mit Abhängigkeitserkrankung im Integrationsbereich abzuleiten.

«Welche Faktoren beeinflussen die Teilnahme und das Absentismusverhalten von Menschen (mit Abhängigkeitserkrankungen) in Integrationsangeboten im Kanton Bern und wie wirkt sich Absentismus auf anwesende Teilnehmende aus?»

Die individuelle Teilnahmebereitschaft, an Integrationsangeboten im Kanton Bern teilzunehmen, wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Zu den zentralen Einflussgrössen zählen intrapersonelle Faktoren wie z.B. psychische Erkrankungen sowie institutionelle Rahmenbedingungen und soziale Faktoren. Fachpersonen beobachten, dass sich diese Faktoren auch auf die Dynamik innerhalb der Gruppen und die anwesenden Teilnehmenden auswirken. Insbesondere das Vulnerabilitäts-Stress-Modell sowie die Theorie der Grundbedürfnisse nach Grawe und Theorien zu Absentismus bieten wertvolle Ansätze, um das Teilnahme- und Absentismusverhalten zu analysieren.

Einflussfaktoren auf das individuelle Absentismusverhalten

Intrapersonelle Faktoren

Zu den intrapersonellen Faktoren gehört unter anderem die Abhängigkeit an sich (vgl. Kapitel 4.2.2). Die Abhängigkeitserkrankung führt häufig zu höheren Ausfallzeiten als dies bei anderen Erkrankungsdiagnosen der Fall ist (Barmer, 2019; Brandenburg & Nieder, 2009, S. 118). Das Risiko eines Rückfalls kann noch Jahre nach einem Entzug bestehen (Mühlig, 2022). Treten bestimmte Stressoren ein, kann ein Rückfall oder ein Rückzug aus dem Umfeld begünstigt werden (vgl. Kapitel 4.1.3.3). Die befragten Fachpersonen sehen die Absenzen und Rückfälle als Teil eines Prozesses, in dem sich eine betroffene Person befindet. Ihnen zufolge geht es darum, herauszufinden, was hinter der Absenz steckt, welche Stressoren oder Ereignisse dazu führen und wie diese individuell bearbeitet werden können. Häufig komme es vor, dass Teilnehmende vor Scham, einen Rückfall erlitten zu haben, den Kontakt mit dem Integrationsangebot abbrechen. Die Stigmatisierung abhängiger Menschen ist nach wie vor vorhanden (Wetterling, 2021, S. 68). Die Teilnehmenden berichten hingegen weniger von der Abhängigkeit als Grund für Absenzen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Interviews mit Menschen geführt wurden, welche diesbezüglich momentan in einer stabilen Phase sind. Faktoren, welche ihnen zufolge zu Absenzen führen, sind Krankheit, persönliche Krisen oder psychische Belastungen. Der Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und der Arbeit kann mit dem Rückzugsmodell hergestellt werden, welches aufzeigt, dass berufliche Tätigkeiten, die belastend sein können, vermieden werden (Personio,

o.J.). Zwei Teilnehmende berichten von Schwierigkeiten, morgens aufzustehen. Sie können den Arbeitsanforderungen (z.B. Pünktlichkeit) nicht gerecht werden, weil sie die Depression daran hindert. Dies habe T5 zufolge nichts mit fehlender Motivation zu tun. Sczesny und Thau (2004) bestätigen diese Aussage (S. 17). Laut ihnen kann hier nicht von einem steuerbaren Willen gesprochen werden. Es handelt sich um ein Fehlen aufgrund einer ernsten Erkrankung (ebd.).

Die gegebene Tagesstruktur durch das Angebot wird von vielen Teilnehmenden als motivierend und essenziell empfunden, vor allem, wenn sie direkt von einem Klinikaufenthalt kommen. Die Herstellung einer geregelten Tagesstruktur ist u.a. Bestandteil des Suchthilfekonzeptes des Kantons Bern, was die Wichtigkeit derer bestätigt (vgl. Kapitel 5.4).

Institutionelle Faktoren

Die Fachpersonen berichteten, dass die strikte Nüchternheit am Arbeitsplatz als institutionelle Hürde angesehen wird. Gelingt es einer Person nicht, nüchtern bei der Arbeit zu erscheinen, darf sie an diesem Tag nicht arbeiten. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell zeigt, dass Menschen mit einer erhöhten Vulnerabilität in stressigen Lebenssituationen schneller dekompensieren. Diese Dekompensation kann mit dem Gebrauch von Substanzmitteln geschehen. Dies erklärt, warum selbst *kleine* institutionelle Hürden, wie die Anforderung der Nüchternheit, gravierende Auswirkungen auf die Teilnahmebereitschaft haben können. Die Voraussetzung der Nüchternheit wirft die Frage auf, was mit denjenigen Menschen passiert, welche ihre Abhängigkeit (noch) nicht so weit stabilisieren konnten, dass sie nüchtern bei der Arbeit erscheinen können. Ein Entzug wäre eine Option, doch die Wartezeiten auf einen Platz in einer Entzugsklinik betragen zurzeit ca. 4-6 Wochen (Südhang, 2024, November). In der Zwischenzeit dürfen die Teilnehmenden nicht am Programm teilnehmen, was die soziale Isolation und somit eine negative Spirale verstärken kann. Dies kann darauf hinweisen, dass hier eine Lücke im Versorgungssystem besteht.

Die Nähe zum 1. Arbeitsmarkt wird von den Teilnehmenden als positiv sowie negativ wahrgenommen. Manche profitieren davon, brauchen einen gewissen Druck und schätzen die Verantwortung, welche damit einhergeht. Die Reaktion auf Druck ist unterschiedlich Es kommt dabei auf die Resilienz einer Person an. Bei höherer Resilienz kann Druck motivierend wirken und die Arbeitsleistung fördern. Ist die Vulnerabilität jedoch stärker, kann schon wenig Druck dazu führen, dass Menschen in Überforderung gelangen (vgl. Kapitel 4.1.3.3). Dieser Druck und die Übergabe an Verantwortung muss also von den Fachpersonen reguliert werden. Kaspar und Leimgruber (2021) schreiben, dass der Umgang mit Druck und die Belastbarkeit Kompetenzen sind, welche im Integrationsangebot gefördert werden sollten (S. 132). Hierzu eignen sich beispielsweise Institutionen, welche verschiedene Anforderungsstufen anbieten, je nach Bedürfnissen und Möglichkeiten der Teilnehmenden. Können Teilnehmende von einer Beschäftigungsarbeit mit wenig

Verantwortung bis hin zu einem externen Coaching in derselben Institution begleitet werden, kann jeweils an die individuellen Bedürfnisse angeknüpft werden und die Anforderungen können laufend angepasst werden. So kann einer Über- und Unterforderung entgegengewirkt werden.

Die Aktivierungspolitik verlangt für staatliche oder sozialversicherungstechnische Unterstützungen Gegenleistungen von den Sozialhilfeempfangenden. Diese werden z.B. in Form der Teilnahme an einem Integrationsprogramm geleistet. Für besondere Bemühungen sollen die Teilnehmenden mit zusätzlichen Integrationszulagen belohnt werden (Nadai, 2007, S. 12). Der fehlende Lohn und die tiefen Integrationszulagen (im Kanton Bern 100 Franken pro Monat / vgl. Kapitel 2.3) führen laut den befragten Fachpersonen bei einigen Teilnehmenden zu einem fehlenden Anreiz, am Programm teilzunehmen. Wenn die Motivation extrinsisch erfolgt, also über Motivationsfaktoren, die ausserhalb der Person liegen, lohnt es sich nicht wegen 100 Franken am Programm teilzunehmen. Diese fehlende Motivation wird vermutlich dadurch verstärkt, dass z.B. Zivildienstleistende, wie sie in manchen Betrieben zur Verstärkung eingesetzt werden, für die gleiche Arbeit (subjektiv wahrgenommen) einen Lohn erhalten.

Die Sinnhaftigkeit der Arbeit wurde von allen Befragten als Motivationsgrund genannt. Es scheint ihnen wichtig zu sein, dass die Tätigkeit einen Nutzen hat. An dieser Stelle können insbesondere Beschäftigungsprogramme kritisch hinterfragt werden, in denen Fliessbandarbeit gefördert wird. Kaspar & Leimgruber (2021) schreiben, dass es für die Zufriedenheit der Programmteilnehmenden sinnvolle und sinnstiftende Tätigkeiten und Beschäftigungen braucht, damit das Gefühl vom *Gebraucht-werden* entstehen kann (S.137). Künstlich geschaffene Arbeitswelten können ausserdem kränkend und demotivierend wirken (ebd.).

Soziale Faktoren

Die sozialen Faktoren spielen eine zentrale Rolle für die Teilnahmebereitschaft und das Absentismusverhalten der Menschen in Integrationsangeboten. Dynamiken im Team, sowohl unter Teilnehmenden als auch mit den Fachpersonen, können motivierend oder belastend wirken. Besonders Veränderungen im Team, wie der Wechsel von Fachpersonen, können Unsicherheiten auslösen, da stabile Beziehungen und der Vertrauensaufbau besonders für Menschen mit unsicherem Bindungsverhalten wichtig sind. Häufig weisen Menschen mit psychischen Erkrankungen unsichere Bindungsverhalten auf (vgl. Kapitel 4.1.3.3). Nach Grawe ist das Bindungsbedürfnis eines der Grundbedürfnisse (vgl. Kapitel 4.1.3.2). Dies lässt darauf schliessen, dass eine verlässliche und stabile Beziehung zur Fachperson essenziell ist, um dieses Bedürfnis zu befriedigen.

Ein wichtiger Aspekt ist die Beziehung zwischen Fachperson und Teilnehmenden. Fachpersonen, die eine wertschätzende Haltung vermitteln und auf Augenhöhe agieren, fördern das

Verantwortungsgefühl und die Motivation der Teilnehmenden. Besonders Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen stehen oft unter dem Einfluss von Stigmatisierung und Schamgefühlen, die durch Rückfälle oder persönliche Krisen verstärkt werden (vgl. Kapitel 4.2.4). Durch Empathie und eine Haltung auf Augenhöhe kann eine Grundlage geschaffen werden, auf der soziale Unterstützung wirksam werden kann. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell zeigt, dass externe soziale Unterstützung eine stabilisierende Wirkung haben kann.

Dennoch berichten die Fachpersonen, dass soziale Interaktionen für viele Teilnehmende herausfordernd sind. Psychische Erkrankungen wie z.B. Depressionen oder Angststörungen erschweren soziale Interaktionen und können dazu führen, dass sich Teilnehmende schnell zurückziehen oder das Angebot abbrechen – was zu Absentismus führt (vgl. Kapitel 4.1.2). Gleichzeitig bildet ein Integrationsangebot die Möglichkeit, soziale Kompetenzen zu trainieren und schrittweise ein funktionierendes Netzwerk aufzubauen. So erzählte z.B. eine Fachperson von regelmässig geplanten Freizeitaktivitäten, die den Teilnehmenden Gelegenheiten zur Vernetzung bieten sollen.

Die Gruppendynamik im Angebot kann sowohl förderlich als auch hinderlich wirken. Eine Fachperson schilderte, dass die Anwesenheit vieler Menschen mit vergleichbaren Schwierigkeiten im Angebot Herausforderungen birgt. Sie beobachtet, dass manchmal unzuverlässiges Verhalten von Anderen abgeschaut wird. Dies kann eine negative Gruppendynamik verstärken und die Eigenmotivation beeinträchtigen. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, dass positive Vorbilder im Team (oder auch Zivildienstleistende oder freiwillige Mitarbeitende) eine motivierende Wirkung entfalten. Für die Integration braucht es drei Schritte: Das In-Kontakt-Treten und die Kommunikation der Individuen, die daraus entstehenden Beziehungen (als gleichwertig empfunden) und die aufeinander bezogenen Handlungen (Strohmeier & Knöpfle, 2005, S. 8-9). Aufgabe der Fachpersonen ist es, aktiv auf die Gruppendynamik zu achten und dafür zu sorgen, dass diese drei Schritte möglich sind.

Es zeigt sich, dass soziale Faktoren komplex und ambivalent sind. Einerseits können sie motivierend wirken, wenn die Dynamik im Team positiv gestaltet ist und Fachpersonen wertschätzend und unterstützend auftreten. Anderseits können sie auch demotivierend sein, wenn Konflikte, Überforderungen oder negative Gruppeneffekte überwiegen. Fachpersonen müssen also eine aktive Rolle im Umgang mit sozialen Herausforderungen übernehmen, um Absentismus zu verhindern und die Teilhabe zu fördern.

Auswirkung des Absentismus auf anwesende Teilnehmende

Die befragten Fachpersonen berichteten, dass das Absentismusverhalten bei den anwesenden Teilnehmenden unterschiedliche Reaktionen auslöst. Eine häufige Beobachtung ist, dass Sorge

um die abwesenden Personen entsteht, da aus Datenschutzgründen keine Informationen zu den Gründen der Abwesenheiten weitergegeben werden können. Dieser Umstand trägt dazu bei, dass ein Spekulationsraum entsteht, der belastend wirken kann. Um dies zu reduzieren, wurde beispielsweise in einem Angebot entschieden, die Einsatzpläne nicht mehr sichtbar zu machen. Die Wirkung dieser Massnahme wurde ersichtlich, als ein Teilnehmer dieser Institution berichtete, dass ihm daher gar nicht auffalle, wenn jemand abwendend ist, der eigentlich eingeplant wäre.

Die Perspektive der Teilnehmenden selbst zeigt ein differenziertes Bild. Drei der Befragten gaben an, dass sie sich Gedanken oder Sorgen um die Abwesenden machen, gleichzeitig versuchen sie jedoch, sich abzugrenzen und sich stärker auf ihre eigenen Ziele zu fokussieren. Dies bietet eine Gelegenheit, in Bezugspersonengesprächen Themen wie Abgrenzung oder den Aufbau innerer Stärke zu thematisieren. Solche Ansätze fördern die persönliche Resilienz und stärken die psychische Stabilität der Teilnehmenden. Die beschriebenen Themen der Bezugspersonengespräche sind Aufgaben der Sozialen Arbeit auf Mikroebene (vgl. Kapitel 3.4.1 Rolle der Sozialen Arbeit, Mikroebene).

Ein weiterer Effekt des Absentismusverhaltens Anderer ist der erlebte erhöhte Druck auf einige Teilnehmende. Einige berichten, dass sie dadurch mehr Stress empfinden, da aus ihrer Sicht dann mehr Verantwortung auf ihnen liegt. Diese Auswirkung von Absentismus auf anwesende Mitarbeitende/Teilnehmende bestätigen Brandenburg und Nieder (2009, S. 53). Dies betrifft vor allem Personen, die schon länger im Betrieb sind, weil sie eher erkennen, welche Aufgaben alle erledigt sein sollten. Auch die Fachpersonen beobachten diesen erhöhten Druck bei einigen Teilnehmenden. Sie beschreiben es als ihre Aufgabe, diesen Druck durch gezielte Massnahmen zu regulieren und zu nehmen. Dies verlangt eine hohe Aufmerksamkeit (auch auf nonverbale Anzeichen) und die Unterstützung beim Erledigen der Aufgaben (insbesondere, wenn das Angebot einen externen Auftrag verfolgt). Diese Unterstützung durch externe Mitarbeitende (Zivildienstleistende, Freiwillige, Teilzeitkräfte) wird bereits heute in allen drei Integrationsangeboten eingesetzt.

Trotz der Herausforderungen bietet der Absentismus aus Sicht einiger Teilnehmenden auch positive Aspekte. Die Aufgaben werden gezwungenermassen neu verteilt. Diese Abwechslung wird als motivierend empfunden. Es wird auch geschätzt, dass mehr Verantwortung oder neue Aufgaben übernommen werden *können*. Ebenfalls herrscht grosses Verständnis für die Abwesenheiten, da die Teilnehmenden wissen, dass die Mitmenschen aus begründeten Motiven im Integrationsangebot sind und zurzeit nicht im 1. Arbeitsmarkt tätig sein können.

Zusammenfassend kann Absentismus als belastend aber auch als Lernchance beurteilt werden. Fachpersonen kommt die zentrale Rolle zu, Druck und Sorgen zu minimieren und gleichzeitig

positive Dynamiken wie die Übernahme von mehr Verantwortung gezielt zu fördern. Die Erfahrungen der Befragten verdeutlichten, dass Integrationsangebote nicht nur Brücken zum Arbeitsmarkt darstellen, sondern auch als Ort persönlicher und sozialer Entwicklung wahrgenommen werden können.

«Welche Veränderungen zeichnen sich aktuell im Integrationsbereich ab und wie könnte deren Entwicklung in Zukunft aussehen?»

Die Forschungsergebnisse zeigen auf, dass sich der Integrationsbereich in den letzten Jahren auf verschiedenen Ebenen gewandelt hat. Zentral ist die Veränderung der Klientel und auch die Tendenz hin zu einer tieferen Nutzung der Angebote (vgl. Kapitel 5.5), welche die Integrationsangebote spüren. Die Ergebnisse bestätigen die Aussage des Amts für Integration und Soziales, dass dies möglicherweise auf den Fachkräftemangel in der Schweiz zurückzuführen ist. Die Forschungsergebnisse zeigen auf, dass Menschen mit geringeren Qualifikationen vermehrt leichter eine Arbeitsstelle im 1. Arbeitsmarkt finden, vor allem auch im Niedriglohnsektor. Martin Meyer (2023), Leiter von Adecco Deutschschweiz verdeutlicht, dass die Veränderungen im Arbeitsmarkt generell auf einen Arbeitskräftemangel hinweisen (S. 15). Er betont, dass es auch in Berufsgruppen, in denen kein akuter Fachkräftemangel herrscht, zunehmend schwieriger wird, Arbeitskräfte zu rekrutieren (ebd.). Menschen, die früher verstärkt auf Integrationsprogramme angewiesen waren, finden heute also leichter Zugang zum 1. Arbeitsmarkt. Diese Entwicklung wirkt sich auf verschiedene Weisen auf die (Arbeits-)Integrationsangebote aus und erfordern Neuanpassungen.

Der Arbeitskräftemangel wirkt sich insofern auf die (Arbeits-)Integrationsangebote aus, dass sie vermehrt Teilnehmende haben, die aufgrund komplexer Problemlagen niederschwellige Plätze belegen, während die „stabileren“ eher eine Stelle im 1. Arbeitsmarkt finden. So fehlen die Menschen in den Programmen, welche verlässlicher sind und welchen normalerweise mehr Verantwortung übertragen werden kann. Da viele der Angebote Dienstleistungen am Markt anbieten, bringt der Wandel der Klientel Herausforderungen mit sich. Vermehrt muss das Team (z.B. Zivildienstleistende, Gärtner*innen, Serviceangestellte usw.) aufgestockt werden, um die Schwankungen der Klientel auszugleichen und die Qualität der Dienstleistungen sicherzustellen. Diese Entwicklung könnte im Sinne der Inklusion Chancen bieten. Strohmeier und Knöpfel (2005) beschreiben, dass die strukturell bedingten Zugänge zu gesellschaftlichen Systemen, wie z.B. Arbeit, einen Grund darstellen, weshalb nicht alle Menschen gleichermassen in die Gesellschaft eingebunden sind (S. 10).

Durch eine Aufstockung des Teams kann ein *Miteinander-Arbeiten* im Vordergrund stehen, was sich wiederum positiv auf die Wahrnehmung der Angebote durch die Gesellschaft auswirkt. Die

Wahrnehmung der ungleichen Einbindung in die Gesellschaft durch die Teilnahme an einem Integrationsangebotes zeigt sich auch in einer Aussage einer interviewten Fachperson, welche sich im Sinne der Inklusion wünscht, dass alle einen *regulären* Arbeitsplatz finden, um Teil der Gesellschaft zu sein. Dies wirft die Frage auf, ob das eigentliche Ziel darin liegt, durch die Arbeit im 1. Arbeitsmarkt als Teil der Gesellschaft wahrgenommen zu werden oder ob es nicht vielmehr um die Überwindung der bestehenden Stigmata geht, welche gemäss Wetterling (2021) in der Gesellschaft gegenüber Abhängigkeitserkrankten besonders ausgeprägt sind (S. 68), um eine andere Wahrnehmung von Zugehörigkeit und Teilhabe in der Gesellschaft zu schaffen.

Die Ergebnisse zeigen zudem auf, dass sich die Institutionen mehr finanzielle Anreize für die Teilnehmenden wünschen. Wie in Kapitel 2 beschrieben wird, ist dies in der heuten Aktivierungspolitik jeweils an Verhaltensforderungen und Bedingungen seitens Klientel gebunden, welche oftmals nicht realistisch oder fair sind. Eine Gefahr könnte darin bestehen, dass eine Lohnungleichheit innerhalb der Institutionen entstehen könnte, welche Teilnehmende demotivieren könnte.

Auf der anderen Seite wirft der einfachere Zugang in den 1. Arbeitsmarkt zudem die Frage auf, inwiefern leistungsschwächere Menschen, gerade mit einer Abhängigkeitserkrankung, möglicherweise überfordert sein könnten. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (vgl. Kapitel 4.1.3.3) erklärt, dass eine Vulnerabilität, wie eine Abhängigkeitserkrankung, im Zusammenhang mit Stressfaktoren, wie sie bei einem Arbeitsplatz im 1. Arbeitsmarkt entstehen können, zu einer Überforderung führen kann. Das Risiko für Rückfälle wird durch die Belastung erhöht. Die momentane einfachere Eingliederung in den 1. Arbeitsmarkt, ohne Unterstützung für die Betroffenen, kann also kritisch betrachtet werden. Dies kann auch aus Sicht der Grundbedürfnisse nach Grawe (vgl. Kapitel 4.1.3.2 & 4.4) betrachtet werden. Durch die hohen Anforderungen, den Leistungsdruck und soziale Erwartungen, welche im 1. Arbeitsmarkt bestehen, sind die individuellen Grundbedürfnisse tangiert. Dies bestätigt die theoretisch beschriebenen Ansätze von Nadai (2007, 2005), Nadai et al. (2015) und Wyss (2007), wie sie in Kapitel 2 erläutert sind. Die Aktivierungspolitik mit dem Fokus auf Eigenverantwortung der Individuen berücksichtigt nicht die notwendigen Schutzmechanismen für vulnerable Gruppen, was dazu führt, dass diese nicht nachhaltig in den 1. Arbeitsmarkt integriert werden können. Diese Dynamik verdeutlicht die Wichtigkeit einer unterstützenden Herangehensweise, welche zum einen die Eingliederung in den Arbeitsmarkt fördert, zum anderen aber auch einen Fokus auf Vulnerabilitäten und individuelle Bedürfnisse setzt. Ansätze wie das in Kapitel 5.1 beschriebene Teillohnmodell für Sozialhilfebeziehende von jobtimal.ch (2024) bieten dazu Möglichkeiten. Auch Supported Employment, das als Konzept der Arbeitsintegration zu verstehen ist (Schaufelberger, 2013, S. 16), ist an diesem Punkt zu erwähnen. Das Handlungskonzept fokussiert auf die Begleitung und Unterstützung beim Erlangen oder Erhalten von

bezahlter Arbeit von Menschen mit einem erschwerten Zugang zum Arbeitsmarkt (supported employment, o.J.). Kernelemente des Supported Employments sind individuelle und bedürfnisorientierte Unterstützungsprozesse durch Job-Coaches. Die gezielte Vermittlung direkt in den 1. Arbeitsmarkt steht im Fokus (ebd.). Das integrative Modell der IV, wie von du-Bois, Reymond (2007) beschrieben, baut auch auf diesem Grundgedanken von *first place, then train*, auf (S. 285).

Die Entwicklung des Teillohnmodells, Supported Employment und das Prinzip von *first place, then train* zeigen einen Paradigmenwechsel des Integrationsbereichs auf, welcher mit der in Kapitel 2 beschriebenen Aktivierungspolitik einhergeht. Die Entwicklungen verdeutlichen die sozialpolitische Forderung, Menschen direkt und aktiv in den Arbeitsmarkt einzubinden.

Die direkte Integration in den 1. Arbeitsmarkt, welche als Ziel verfolgt wird, ist durch die Aktivierungs- und Arbeitsmarktpolitik immer auch an Erwartungen und Forderungen gebunden, auch wenn ein individueller Ansatz verfolgt wird. Gerade für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung können solche Forderungen oft überfordernd wirken. Supported Employment oder das Teillohnmodell, welche als individuell gestaltete Ansätze fungieren, stossen durch strukturelle Rahmenbedingungen im aktivierenden Kontext an ihre Grenzen, da sie oft eher kurzfristig gedacht sind oder auf eine bestimmte Dauer der Begleitung/Unterstützung limitiert sind. Hierbei könnten Arbeitsagog*innen eine wichtige Rolle einnehmen. Die Ergebnisse der Interviews mit den Fachpersonen zeigen eine mögliche Vision und den Wunsch auf, dass Arbeitsagog*innen vermehrt im 1. Arbeitsmarkt angestellt werden könnten, um so vor Ort unterstützend und begleitend zu wirken. Nebst den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen könnte so auch die längerfristige Stabilität und Integration gefördert werden. Die grundsätzliche Problematik der herrschen Aktivierungs- und Arbeitsmarktpolitik bleibt aber, auch mit der innovativen Idee und der Abmilderung einiger Probleme durch den Einsatz von Arbeitsagog*innen, dennoch bestehen.

Weitere Veränderungen zeigen sich in der finanziellen Unterstützung von Integrationsangeboten, welche stark limitiert ist, wie die Ergebnisse verdeutlichen. Der zeitlich begrenzte Raum, der für die berufliche Integration in den 1. Arbeitsmarkt vorgesehen ist, steht oft im Widerspruch zur Realität vieler Teilnehmenden der Integrationsangebote. Gerade Menschen mit einer erhöhten Vulnerabilität, z.B. aufgrund einer Abhängigkeitserkrankung, benötigen genügend Zeit, ihre Resilienz und Kompetenzen zu stärken, um dem Druck im 1. Arbeitsmarkt standzuhalten, sowie die Wechselwirkung zwischen Stress und Vulnerabilität zu reduzieren und um eine nachhaltige Integration zu ermöglichen (Kaspar & Leimgruber, 2021, S. 131). Für manche Personen wiederum ist der Einstieg in den 1. Arbeitsmarkt gar kein Ziel mehr, sondern vielmehr die Schaffung von Stabilität und Tagesstruktur durch die Teilnahme an einem Integrationsangebot, wie die Ergebnisse zeigen.

8.1 Beantwortung der Fragestellungen

Im vorangehenden Kapitel wurden die beiden Fragestellungen anhand der Erkenntnisse aus der Forschung und deren Bezugnahme auf die Literatur bereits ausführlich diskutiert. Die Beantwortung der beiden Fragestellungen wird an dieser Stelle nun nochmals kurz zusammengefasst, um die wesentlichen Erkenntnisse hervorzuheben.

«Welche Faktoren beeinflussen die Teilnahme und das Absentismusverhalten von Menschen (mit Abhängigkeitserkrankungen) in Integrationsangeboten im Kanton Bern und wie wirkt sich Absentismus auf anwesende Teilnehmenden aus?»

Aus den Befragungen liessen sich drei Hauptgruppen von Faktoren erschliessen, welche die Teilnahme und das Absentismusverhalten von Teilnehmenden beeinflusst: intrapersonelle, institutionelle und soziale. Zu den *intrapersonellen* Faktoren gehören psychische Erkrankungen, die gerade bei der untersuchten Zielgruppe häufig vorliegen. Weitere Faktoren, insbesondere bei abhängigkeitserkrankten Menschen, sind Schamgefühle aufgrund von Rückfällen. Die Stigmatisierung dieser Krankheit in der Gesellschaft ist nach wie vor präsent und führt bei Betroffenen oftmals zu Rückzug oder Kontaktabbruch. Fachpersonen sehen Absenzen als Teil des Prozesses einer betroffenen Person und betonen die Wichtigkeit individueller Unterstützung. *Institutionelle* Hürden wie die strikte Nüchternheitspflicht am Arbeitsplatz erschweren die Teilnahme, da einige Betroffene ihre Abhängigkeit (noch) nicht ausreichend stabilisieren können. Die langen Wartezeiten in Entzugskliniken und geringe finanzielle Anreize, die zur Teilnahme motivieren sollten, begünstigen Absentismus. Sind Angebote nahe am 1. Arbeitsmarkt angelehnt, kann dies motivierend wie auch belastend wirken. Eine Übernahme an Verantwortung soll gefördert werden, während Situationen, die zu Überforderung führen können, gut von Fachpersonen reguliert werden müssen. *Soziale Faktoren* spielen ebenfalls eine ambivalente Rolle. Positive Gruppendynamiken und eine stabile Beziehung zu Fachpersonen stärken die Motivation und das Verantwortungsgefühl der Teilnehmenden. Andererseits können Konflikte oder negative Vorbilder Absentismus begünstigen. Fachpersonen müssen die Gruppendynamik aktiv steuern.

Die Auswirkungen des Absentismus auf andere anwesende Teilnehmende sind unterschiedlich. Zum einen können daraus Sorgen und ein erhöhter wahrgenommener Druck entstehen, zum anderen führt es teilweise zu einer neuen Aufgabenverteilung und neuen Verantwortungsübernahmen, welche als positiv wahrgenommen werden. Die zentralen Aufgaben der Fachpersonen bestehen darin, Belastungen zu mindern und positive Entwicklungen zu fördern.

Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die Integrationsangebote nicht nur als Brücken zum 1. Arbeitsmarkt zu verstehen sind, sondern dass diese auch Platz für soziale und persönliche Entwicklungen darstellen.

«Welche Veränderungen zeichnen sich aktuell im Integrationsbereich ab und wie könnte deren Entwicklung in Zukunft aussehen?»

Die Ergebnisse wie auch die Literatur zeigen auf, dass der Fachkräftemangel, der sich zunehmend zu einem allgemeinen Arbeitskräftemangel entwickelt, die Integrationslandschaft prägt und verändert. Der Zugang zum 1. Arbeitsmarkt ist für viele Menschen, auch für solche mit niedrigeren Qualifikationen, einfacher geworden. Konkret bedeutet dies für die Integrationsangebote, dass vermehrt niederschwellige Plätze besetzt und die hochschwelligen unbesetzt sind. Als Reaktion auf das veränderte Klientel mussten die befragten Angebote ihr Team durch reguläre Teilzeitmitarbeitende, Zivildienstleistende sowie Freiwillige aufstocken, um weiterhin Dienstleistungen am Markt anbieten und somit die Finanzierung des Angebots aufrechterhalten zu können. Eine wachsende Herausforderung stellt gleichzeitig die Finanzierung der Angebote dar. Das Budget und somit die Ressourcen wurden in den letzten Jahren gekürzt. Diese Rahmenbedingungen stehen oft im Widerspruch zu den Bedürfnissen der Teilnehmenden (insbesondere mit einer Abhängigkeitserkrankung).

Die direktere und aktivere Einbindung in den 1. Arbeitsmarkt wird als erstrebenswert angesehen. Es bestehen Ansätze wie u.a. das Teillohnmodell, Supported Employment und das integrative Modell der IV, *first place, then train*, welche darauf abzielen. Ein weiterer, innovativer Gedanke aus den Ergebnissen ist der Einsatz von Arbeitsagog*innen im 1. Arbeitsmarkt, um Betroffene direkt vor Ort zu begleiten und zu unterstützen. Im Kontext der herrschenden Aktivierungs- und Arbeitsmarktpolitik wird der Zugang zum 1. Arbeitsmarkt als Ziel der Arbeitsintegration angeschaut. Alle Ansätze müssen in diesem Kontext vorsichtig betrachtet werden, da diese Politik auf eine schnelle Eingliederung und Eigenverantwortung der Betroffenen fokussiert (Beuchat, 2017, S. 3). Dies birgt insbesondere für vulnerable Personen wie Menschen mit einer Abhängigkeit hohe Risiken.

9 Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit

Aufbauend auf den gewonnenen Erkenntnissen und im Zusammenhang mit dem Berufskodex der Sozialen Arbeit werden nun Handlungsempfehlungen für den Umgang mit Absentismus sowie zur Weiterentwicklung im Bereich der Integrationsangeboten auf Praxis auf Mikro-, Meso- und Makroebene abgeleitet.

Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung oder anderen psychischen Erkrankungen stehen oft vor erheblichen Herausforderungen, die ihre Teilhabe am regulären Arbeitsmarkt oder an Integrationsangeboten erschweren. Aus Sicht der Autorinnen resultieren diese Hürden jedoch nicht nur aus individuellen Beeinträchtigungen, sondern auch aus strukturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Die aktivierende Sozialpolitik der Schweiz fokussiert stark auf einer Anpassung der Verhaltensweisen der Individuen, statt die Verhältnisse kritisch zu hinterfragen und diese bedarfsgerecht zu gestalten. Denn, wie aus soziologischer Sicht beschrieben wird, ist Integration durch Mechanismen wie Markt, Werte, Normen und politische Organisationsformen strukturiert und liegt nicht (allein) im Entscheidungsraum der Individuen (Strohmeier & Knöpfle, 2005, S. 8-9).

Laut dem Berufskodex hat die Soziale Arbeit Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren (AvenirSocial, 2010, S. 7). Ausserdem initiiert und fördert Soziale Arbeit durch ihre Netzwerke sozialpolitische Interventionen und wirkt aktiv an der Gestaltung von Lebensumfeldern mit. Sie engagiert sich zudem in der Bewältigung struktureller Herausforderungen, die im Zusammenhang mit der Integration von Individuen in soziale Systeme entstehen (ebd.)

Der Berufskodex an sich und insbesondere die darin verankerten Leitprinzipien liefern grundlegende Legitimation für den Handlungsbedarf der Sozialen Arbeit im Integrationsbereich. Soziale Arbeit sollte sich stets an diesen ethischen Leitlinien orientieren.

9.1 Mikroebene

Aus den Rückmeldungen der Interviewpartner*innen wurde ersichtlich, dass die Zusammenarbeit zwischen Fachperson und Teilnehmenden eine individuelle und einfühlsame Herangehensweise erfordert, um die jeweiligen Bedürfnisse und Herausforderungen zu berücksichtigen. Bei jeder teilnehmenden Person sollte bei Programmantritt eine Sozialanamnese gemacht und daraufhin in Coproduktion ein Handlungsplan mit Zielen erstellt werden. Einige Teilnehmende erzählten, dass sie anfangs schnell wieder in den 1. Arbeitsmarkt zurückwollten und erst mit der Zeit merkten, dass der Weg dahin länger dauert. Auf Mikroebene sollte die Fachperson dies thematisieren. Damit die Menschen nachhaltig auf bio-psycho-sozialer Ebene gestärkt werden können, braucht es Zeit.

Essenziell ist die Beziehungsebene zwischen Teilnehmenden und Fachpersonen. Der Austausch muss auf Augenhöhe stattfinden. Die Teilnehmenden schilderten, wie wertvoll das Verständnis und die Empathie der Fachpersonen ist. Gerade bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen spielen Scham und Stigmatisierung eine grosse Rolle. Nur durch eine stabile, vertrauensvolle Beziehung können Rückfälle thematisiert werden und die Gründe dahinter eruiert werden. Dies ist

von hoher Relevanz, denn die Gründe dahinter liefern Hinweise auf Handlungsbedarf. Die Abhängigkeit sollte als Teil vom Prozess angesehen werden und niemals als Versagen bewertet werden. Da Rückfälle meist aus Stresssituationen oder Krisen hervorgehen, können gezielt Stressbewältigungsstrategien oder Abgrenzungsstrategien mit den Betroffenen erarbeitet werden.

Diese Strategien können auch in schwierigen Situationen im Integrationssetting angewendet werden, z.B. wenn Teilnehmende fehlen und dies den Anderen Sorge bereitet oder wenn viele Teilnehmende fehlen und die ganze Arbeit (subjektiv empfunden) auf den eigenen Schultern zu liegen scheint. Natürlich ist es gerade in solchen Situationen dringend wichtig, dass die Fachperson merkt, wenn Teilnehmende diesen Druck auf sich nehmen. Sie sollten ein besonderes Augenmerk auf das verbale und nonverbale Verhalten den Teilnehmenden haben und Massnahmen zur Druckentlastung bieten können. Besonders bei Teilnehmenden, die durch Mehrverantwortung oder Gruppendynamiken überfordert sind, können klare Priorisierungen und die gezielte Delegation von Aufgaben helfen, den Druck zu mindern. Gleichzeitig sollte eine schrittweise Übernahme von mehr Verantwortung gefördert werden, wenn die Person im Stande dazu ist, denn dies kann die Selbstwirksamkeit und das Selbstvertrauen der Person stärken.

Die Gruppendynamik positiv zu fördern, ist Aufgabe der Fachpersonen. Menschen verbringen einen grossen Teil ihrer Lebenszeit bei der Arbeit, die Zielgruppe dieser Forschungsarbeit verbringt sie (zeitweise) in einem Integrationsangebot. Die Menschen müssen sich wohl fühlen, respektiert werden und gleichzeitig das Gefühl von Verbundenheit spüren, um ihre Grundbedürfnisse befriedigen zu können.

Um spezifisch Absenzen entgegenzuwirken, bewährt es sich laut Fachpersonen, diese individuell mit den Teilnehmenden anzuschauen. Wie bei den Rückfällen, wenn es sich um Abhängigkeitserkrankungen handelt, müssen auch bei anderen Absenzen die Gründe dahinter gemeinsam eruiert werden und daraus ableitende Handlungs- oder Unterstützungsmassnahmen aufgegleist werden.

Im Fachteam untereinander sowie im Gespräch mit den Teilnehmenden sollte eine Haltung eingenommen werden, die Absenzen nicht als Versagen beurteilt. Es soll ein Verständnis da sein, ohne eine Dynamik des *Nachahmens* zu fördern.

9.2 Mesoebene

Auf der Mesoebene, wo es konkret um die Vernetzung und Kooperation mit anderen Akteur*innen des Sozialwesens geht, ergibt sich aus den Forschungsergebnissen folgender Handlungsbedarf für die Soziale Arbeit:

Fachpersonen, welche Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung begleiten, müssen ein Abhängigkeitsverständnis haben, welches diese klar als Krankheit definiert (vgl. Kapitel 4.2.3). Der Konsum oder das Rückfallverhalten darf nicht als willensschwach bewertet werden. Die Interviews zeigten, dass dieses Verständnis noch nicht überall (auch unter Fachpersonen) gleich verbreitet ist. Es ist also Aufgabe der Sozialen Arbeit, welche sich für Minderheiten und die Entstigmatisierung stark macht, sich dafür einzusetzen, dass die Abhängigkeit als Krankheit anerkannt wird. Aufklärung und Austausch, z.B. bei Standortgesprächen oder gemeinsamen Fallbesprechungen, sind entscheidend, um ein einheitliches Verständnis bei allen Beteiligten zu fördern. Werden Betroffene weniger stigmatisiert, hat dies auch Einfluss auf die eigene Wahrnehmung ihrer Krankheit. Es kann in Folge einer Entstigmatisierung vermutlich besser über die Thematik oder Rückfälle gesprochen werden, weil die Scham nicht mehr so gross ist.

Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Institutionen ist essenziell. Je besser die Vernetzung unter Professionellen im Unterstützungssystem ist, desto gezielter können passende Angebote gefunden werden. Das heisst, Fachpersonen von Integrationsangeboten sollten sich mit der lokalen Angebotslandschaft auskennen. (Entzugs-) Kliniken, Psycholog*innen, Ärzte und diverse Beratungsstellen sollten für die Stabilisierung und Förderung der bio-psycho-sozialen Gesundheit der Teilnehmenden bekannt und erreichbar sein. Geht es um die Eingliederung in den Arbeitsmarkt, sollten die Fachpersonen im Austausch mit diversen Arbeitgebenden sein, welche den Teilnehmenden z.B. im Rahmen eines Praktikums oder eines Arbeitsversuchs die Möglichkeit bieten, Schritt für Schritt Fuss zu fassen und Kompetenzen im 1. Arbeitsmarkt aufzubauen. Schaufelberger (2013) erwähnt, dass Fachpersonen im Rahmen von Supported Employment eine vermittelnde Rolle zwischen allen Beteiligten einzunehmen haben und sich um die Arbeitsplatzfindung für die Betroffenen einsetzen sollten (S. 26). Die Arbeitsplatzfindung erfordert Engagement und Frustrationstoleranz, da Absagen üblich sind. Dementsprechend braucht es die Bereitschaft von Fachpersonen Arbeitgebende zu akquirieren und sie für das Modell Supported Employment zu gewinnen (Schaufelberger, 2013, S. 96). Die Vernetzung kann Übergänge zwischen verschiedenen Unterstützungsangeboten erleichtern.

Da die Ergebnisse auf eine Veränderung der Teilnehmenden von Integrationsangeboten hindeuten, ist eine Anpassung der institutionellen Rahmenbedingungen notwendig. Konkret müssen besonders jene Institutionen, die einen externen Auftrag zu erfüllen haben, verstärkt unterstützende Mitarbeitende anstellen. Dies könnte, wie es schon in einigen Institutionen gemacht wird, in Form von Zivildienstleistenden, freiwilligen Menschen oder regulär angestellten Mitarbeitenden geschehen. Da die Tendenz zeigt, dass eher leistungsschwächere Menschen in den Integrationsangeboten vertreten sind, braucht es diese Unterstützung zur Kompensation und um den Druck

herauszunehmen. Es führt ebenfalls dazu, dass sich Fachpersonen auf die Bezugspersonenarbeit und die Begleitung der Teilnehmenden im Alltag fokussieren können und sich nicht mit den Aufgaben beschäftigen müssen, welche für das Klientel vorgesehen wären. Wichtig ist jedoch, dass diese extern angestellten Arbeitskräfte eine Einführung oder Schulung erhalten, welche über den Umgang mit psychisch erkrankten Menschen aufklärt, um angemessen agieren zu können. Tools zur Beobachtung von Belastungsgrenzen und zur Einschätzung von Gruppendynamiken könnten eingesetzt werden, um regelmässig die Befindlichkeiten der Einzelpersonen sowie der Gruppe abzuholen.

Organisatorische Prozesse sollten anpassungsfähig sein. Zum Beispiel könnte auf öffentlich sichtbare Einsatzpläne verzichtet werden, um sozialen Druck zu minimieren und Diskretion zu fördern. Dies könnte beispielsweise durch digitale Tools unterstützt werden, die den Zugang auf autorisierte Personen beschränken. Ein anderer Aspekt ist, dass die Tagesziele, v.a. in einem Angebot mit externem Auftrag, auch bei Abwesenheiten von Teilnehmenden erreicht werden können, ohne zusätzlichen Druck auf die Anwesenden zu erzeugen.

9.3 Makroebene

Der Berufskodex von AvenirSocial (2010) verpflichtet die Soziale Arbeit zur Aufdeckung von Anordnungen, Massnahmen, welche in Bezug auf Menschen und ihre sozialen Umfelder ungerecht, schädlich oder unterdrückend sind (S. 11). Des Weiteren soll sich die Soziale Arbeit für benachteiligte und vulnerable Menschen und Gruppen einsetzten und deren Rechte stärken (S. 5). Daraus lässt sich auf der Makroebene einen umfassenden Handlungsbedarf für die Soziale Arbeit ableiten.

Die herrschende Aktivierungs- und Arbeitsmarktpolitik, welche stark auf Eigenverantwortung und schnelle Eingliederung abzielt (Beuchat, 2017, S. 3), berücksichtigt oft nicht die komplexen Bedürfnisse der betroffenen Personen, wie die Ergebnisse aufzeigen. Des Weiteren sind die finanziellen Mittel oftmals begrenzt und verhindern einen optimalen Unterstützungsbedarf für die erfolgreiche und langfristige Integration von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung. Angesichts dieser Politik und deren negativen Auswirkungen für die Betroffenen ist es für die Soziale Arbeit von zentraler Bedeutung, sich für gerechtere und den individuellen Bedürfnissen angepasste Rahmenbedingungen einzusetzen.

Die beschriebenen Veränderungen und Entwicklungen im Integrationsbereich und die Wünsche der Fachpersonen hin zu einer stärkeren Einbindung der Individuen in den 1. Arbeitsmarkt bieten Chancen wie auch Herausforderungen für die Soziale Arbeit. Ansätze, wie das Teillohnmodell oder Supported Employment, welche zum Teil schon ausgebaut sind und Chancen ermöglichen,

müssen im Kontext der Aktivierungs- und Arbeitsmarktpolitik auch kritisch betrachtet werden. Die innovative Idee, vermehrt Arbeitsagog*innen im 1. Arbeitsmarkt einzusetzen, bedeutet für die Soziale Arbeit, sich verstärkt in die Gestaltung und Umsetzung von Arbeitsmarktintegration zu involvieren und strukturellen Änderungen entgegenzuwirken.

Aus den Erkenntnissen der vorliegender Forschungsarbeit zeigt sich, dass die gesellschaftliche Wahrnehmung von Abhängigkeitserkrankungen und deren Integration in den Arbeitsmarkt immer noch stark stigmatisiert ist (Kaspar & Leimgruber, 2021, S. 131). Es ist eine zentrale Aufgabe der Sozialen Arbeit, durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung gegen diese Stigmatisierungen vorzugehen und ein Bewusstsein für die Abhängigkeitserkrankung und damit einhergehende Bedürfnisse zu schaffen. Dies im breiten, öffentlichen Rahmen, aber auch gezielt in der Politik. Weber (2021) betont in diesem Kontext, dass vor allem auf Bundesebene Arbeit geleistet werden muss, um relevante Institutionen und Akteure für die Thematik von Abhängigkeitserkrankungen zu sensibilisieren (S. 7). Die Soziale Arbeit muss in ihrer Rolle als Vermittlerin über Soziale Probleme und deren Ursachen und Wirkungen (AvenirSocial, 2010, S. 14), auf politischer Ebene darauf hinwirken, dass Abhängigkeit als Erkrankung gesehen wird und Massnahmen zur Unterstützung der Betroffenen in politische Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden.

10 Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel wird zunächst eine Zusammenfassung der Ergebnisse und ein persönliches Fazit präsentiert. Danach wird die Arbeit mit einem Ausblick auf weitere mögliche Forschungsansätze abgeschlossen.

10.1 Zusammenfassung

Durch den herrschenden Arbeitskräftemangel hat sich die Zielgruppe der Integrationsangebote im Kanton Bern gewandelt. Die Angebote werden zunehmend von Menschen mit komplexen Problemlagen besucht, da leistungsstärkere Menschen eher eine Stelle im 1. Arbeitsmarkt finden. Dies stellt die Angebote teilweise vor Herausforderungen, v.a. wenn sie externe Aufträge zu erbringen haben. Dieser Trend unterstreicht die Notwendigkeit, die Angebote den sich wandelnden Bedürfnissen der Zielgruppe anzupassen. Dies wirft allgemein die Frage auf, inwiefern innovative Ansätze die bestehenden Angebote ergänzen können. Angebote, welche leistungsschwächere Menschen, durch Fachpersonen begleitet und unterstützt, näher am 1. Arbeitsmarkt platzieren. Die direktere Einbindung wird als erstrebenswert betrachtet, muss jedoch im Kontext der Aktivierungs- und Arbeitsmarktpolitik vorsichtig betrachtet werden. Gerade Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung, welche durch stigmatisierende Erfahrungen, psychische Belastungen und die

Rückfallgefahr durch Druck und Stress im 1. Arbeitsmarkt oft mit schwierigen Integrationsprozessen konfrontiert sind, müssten in diesem Prozess eng begleitet und unterstützt werden.

Intrapersonelle, institutionelle sowie auch soziale Faktoren spielen für das Absentismusverhalten von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung eine zentrale Rolle. Fachpersonen erkennen diese Absenzen als Teil eines Prozesses an und heben die Bedeutung einer individuellen Unterstützung der Teilnehmenden stark hervor. Auswirkungen von Absentismus auf andere, anwesende Teilnehmende der (Arbeit-) Integrationsangebote zeigen sich einerseits in Sorgen um die abwesenden Personen sowie in stärker erlebtem Druck, zusätzliche Aufgaben übernehmen zu müssen. Andererseits werden Aufgaben z.T. aufgrund Absenzen neu verteilt, was zu neuen Lernerfahrungen und zu einer verstärkten Verantwortungsübernahme führen kann.

Aus den Erkenntnissen lassen sich praxisrelevante Handlungsempfehlungen ableiten. Auf der Mikroebene ist es wichtig, individuelle Bedürfnisse und Ressourcen von Teilnehmenden stärker zu berücksichtigen und mithilfe gezielter Unterstützungsmassnahmen deren Teilnahmefähigkeit zu fördern. Auf der Mesoebene geht es um die enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen, um eine ganzheitliche Unterstützung sicherzustellen, die sich am bio-psycho-sozialen Verständnis orientiert. Auf der Mesoebene sollte für politische und strukturelle Anpassungen eingestanden werden, um die Finanzierung und die Flexibilität von Integrationsprogrammen langfristig zu sichern.

10.2 Persönliches Fazit

Die Forschungsarbeit zeigt wichtige Erkenntnisse im Integrationsbereich auf, doch konnten nicht alle Aspekte zufriedenstellend untersucht werden.

Die Arbeit thematisiert die Rolle der institutionellen Hürden und der sozialen Stigmatisierung von Integrationsangeboten nur ansatzweise. Diese Faktoren sind jedoch in diesem Kontext von massgeblicher Bedeutung, um ein ganzheitliches Verständnis zu schaffen. Bei der Auswahl der Institutionen wurde zuerst nach Integrationsangeboten gesucht, welche ausschliesslich Plätze für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung anbieten. Im Suchprozess wurde jedoch bald deutlich, dass praktisch alle Institutionen Plätze für verschiedene Zielgruppen anbieten. Das bedeutet, dass die Aussagen der Fachpersonen und der Teilnehmenden nicht nur von einem abhängigkeitsspezifischen Ansatz her beleuchtet wurden. Als Sampling für die Teilnehmenden wurde das Schneeballverfahren angewendet. Die Leitungspersonen, mit denen auch Interviews geführt wurden, vermittelten zwischen den Teilnehmenden und den Autorinnen. Dies kann insofern kritisch betrachtet werden, als dass tendenziell motiviertere Teilnehmende an den Interviews teilnahmen und dadurch eher positive Rückmeldungen gegeben wurden, welche die Ergebnisse verzerren.

Die Autorinnen sammelten während des Forschungsprozesses wertvolle Erfahrungen. Die gute Zeitplanung erwies sich als hilfreich. Kritisch reflektieren die Autorinnen den umfangreichen und vielfältigen Fokus der Arbeit, der im Verlauf des Schreibprozesses zu Herausforderungen führte.

10.3 Ausblick

Die Forschungsarbeit beleuchtet verschiedene Aspekte, Herausforderungen und zukünftige Entwicklungen im Integrationsbereich mit dem Fokus auf Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung. Spannende Ansatzpunktpunkte für die Praxis werden identifiziert, die Forschung weist aber auch Limitationen auf. Dies liefert Grundlagen für zukünftige Forschungsarbeiten.

In weiteren Forschungsarbeiten könnte die Wirkung von Integrationsangeboten untersucht werden, welche mit Teilzeitmitarbeitenden, Zivildienstleistenden oder Freiwilligen zusammenarbeiten. Dabei wäre von besonderem Interesse, wie Teilnehmende die Gruppendynamik wahrnehmen, wenn es nicht mehr nur Fachpersonen und *zu integrierende Person* gibt. Wie verändert sich die Wahrnehmung, wenn ein Arbeitsumfeld geschaffen wird, in dem Menschen mit unterschiedlichen Kompetenzen und Verantwortungen nebeneinander, miteinander agieren?

Die weitere Tendenz, die sich im Gespräch mit den Fachpersonen abzeichnete, ist der Ansatz, Teilnehmende direkt in den 1. Arbeitsmarkt zu integrieren und sie dort zu fördern. Dies wirft die Frage auf, wie Arbeitnehmende diesen Ansatz wahrnehmen. Die Begleitung von Mitarbeitenden, welche mehr Unterstützung brauchen, erfordert auch gewillte Arbeitgebende, die bereit sind, Zeit und Ressourcen zu investieren.

Unbeantwortet blieb auch die Frage, wie genau mit jenen Teilnehmenden umgegangen wird, die aufgrund eines Rückfalls (temporär) vom Programm ausgeschlossen werden. Insbesondere stellt sich die Frage, welche Massnahmen ergriffen werden, wenn ein Klinikaufenthalt erforderlich erscheint, die Wartezeit jedoch mehrere Wochen beträgt. Gibt es Lösungsansätze, um diese Menschen in dieser Phase adäquat zu unterstützen?

In dieser Forschungsarbeit wurde der Fokus auf Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung gelegt. Allerdings richten sich Integrationsangebote auch an weitere Zielgruppen, wie etwa Menschen mit Migrationshintergrund oder Menschen mit Beeinträchtigung. Auch in diesen Kontexten wäre interessant herauszufinden, welche Faktoren die Teilnahme und den Absentismus beeinflussen und wie sich die Angebote wandeln.

Diese Fragen bieten wertvolle Ansätze für zukünftige Forschungen, Projekte und Arbeiten, um eine soziale und berufliche Integration zu ermöglichen, welche sich den psychosozialen,

gesundheitlichen und sozialen Herausforderungen der Individuen annimmt, um eine bestmögliche Unterstützung zu gewährleisten.

11 Literatur- und Quellenverzeichnis

Akremi, L. (2014). Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In: N. Baur & J. Blasius (Hrsg.). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. (S. 265-282). Springer VS.

Amt für Integration und Soziales des Kantons Bern. (2008). *Suchthilfekonzept des Kantons Bern: Strategien und Massnahmen*. https://www.gsi.be.ch/content/dam/gsi/dokumente-bilder/de/themen/soziales/suchthilfe/suchthilfekonzept-d.pdf

Amt für Integration und Soziales des Kantons Bern. (2023). *Konzept KIA (Kommunale Integrationsangebote) 2024-2026*. https://www.gsi.be.ch/content/dam/gsi/dokumente-bilder/de/themen/integration/arbeitsintegration/angebote-anbieter/dok-1-konzept-kia2024-2026-de.pdf

Amt für Integration und Soziales des Kantons Bern. (2024). *Detailkonzept Beschäftigungs- und Integrationsangebote der Sozialhilfe BIAS*. https://www.gsi.be.ch/content/dam/gsi/dokumente-bilder/de/themen/integration/arbeitsintegration/angebote-anbieter/KON-BIAS-Detailkonzept-2024-de.pdf

AvenirSocial (Hrsg.). (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz: Ein Argumentarium für die Praxis* [Broschüre].

Barmer (2019). *Erwerbstätige mit grossen Alkoholproblemen: Bremen Spitzenreiter - Doppelt so viele Männer betroffen*. https://www.barmer.de/presse/bundeslaender-aktuell/niedersachsen-bremen/archiv-pressemitteilungen/alkohol-arbeitsplatz-1067836

Berner Konferenz für Sozialhilfe, Kindes- und Erwachsenenschutz (2017). *Revision des Sozialhilfegesetzes und Einsparungen in der Sozialhilfe im Kanton Bern. Die Motion Studer ist bereits erfüllt*. https://www.bernerkonferenz.ch/assets/uploads/Einsparungen_in_der_Sozialhilfe.pdf

Beuchat, S. (2017). *Aktivierende Sozialpolitik – Notwendiger Unsinn?!* https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2019/01/Online-SKOS-vom-18.05.2017.pdf

Bollier, G. E. & Conrad, B. (2022). *Leitfaden: schweizerische Sozialversicherungen*. (17. Aufl.). hrm4you.

Brandenburg, U. & Nieder, P. (2009). *Betriebliches Fehlzeiten-Management. Instrumente und Praxisbeispiele für erfolgreiches Anwesenheits- und Vertrauensmanagement*. (2. Aufl.). Gabler.

Bundesamt für Sozialversicherungen (2016). *Bericht im Rahmen des zweiten mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung: Synthesebericht zum zweiten Forschungsprogramm (2010 – 2015)*. https://www.bundespublikationen.admin.ch/de/product/000000000862647878/Synthesebericht%20IV-Forschungsprog.%2016%2F15

Bundesamt für Sozialversicherungen. (2021, 8. Juli). *Integration*. https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialpolitische-themen/soziale-absicherung/integration.html

Bundesamt für Sozialversicherungen. (2024, Mai). *IV-Statistik 2023: Statistiken zur sozialen Sicherheit*. https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/suche.html#documentsPages

Bundesamt für Statistik. (o.J.). *Medizinisches Kodierungshandbuch. Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz*. https://www.bfs.admin.ch/asset/de/14628240#:~:text=Um%20diese%20Informationen%20zu%20erfassen%2C%20werden%20zwei%20medizinische,Kodierung%20der%20Diagnosen%20und%20Behandlungen%20unterliegt%20präzisen%20Richtlinien.

Bundesamt für Statistik. (2024, 16. August). *Nationale Strategie Sucht* https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html#:~:text=Die%20Nationale%20Strategie%20Sucht%20basiert%20auf%20dem%20Gleichgewicht%20zwischen%20Eigenverantwortung

Bühringer, G., Behrendt, S. & Endrass, T. (2020). Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen. In J. Hoyer, S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Pathologie & Psychotherapie* (3. Aufl.) (S. 837-860). Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_1

Der Bundesrat (2013). *Ausgestaltung der Sozialhilfe und der kantonalen Bedarfsleistungen. Handlungsbedarf und -möglichkeiten.*

Direktion für Bildung, Soziales und Sport der Stadt Bern. (2020). *Grundlagenpapier berufliche und soziale Integration in der Sozialhilfe: Analyse, Soll-Zustand und Massnahmen*. 20200529-Grundlagenpapier-berufliche-und-soziale-Integration-StadtBern.pdf

Du Bois-Reymond, A. (2007). Umsetzung der 5. IV-Revision – was heisst das aus Sicht des BSV? *Soziale Sicherheit CHSS, 2007* (6), 284-285.

Eidgenössische Migrationskommission. (2024, 20. Juni). Integration. https://www.ekm.admin.ch/ekm/de/home/archiv/identitaet-zusammenhalt/integration.html

Eisner, D. (2000). Soziale Integration. In C. Suter (Hrsg.), *Sozialbericht 2000* (S. 131-164). Seismo.

Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion. (2024, 31. Oktober). *Angebote und Anbietende* https://www.gsi.be.ch/de/start/themen/integration/arbeitsintegration/angebote-und-anbieter.html

Gremminger, S. (2021). Sucht ist (auch) ein soziales Problem. In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera (Hrsg.). *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandaufnahme aus der Praxis* (S. 17-20). Springer VS.

Gross, W. (2016). *Was Sie schon immer über Sucht wissen wollten.* Springer.

Hauss, G. & Canonica A. (2012). Begleiten, um sie loszuwerden. Professionelles Arbeiten mit Klientinnen und Klienten in einem Schweizer Sozialdienst. *Zeitschrift für Soziale Arbeit, 61* (9-10), 368-375. doi.org/10.5771/0490-1606-2012-9-10

Jobtimal.ch (2024). *Stellen schaffen mit dem Teillohnmodell – Arbeitsintegration kann einfach sein.* https://jobtimal.ch/das-teillohnmodell/

Kaspar, A. & Leimgruber, S. (2021). Arbeitsfeld Tagesstruktur und Soziale Integration: Raus aus der Isolation durch soziale Integration. In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera (Hrsg.). *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 127-142). Springer VS.

Kemper, U. (2020). Theorie und Praxis des bio-psycho-sozialen Modells: Rolle und Beitrag der Medizin. In C. Rummel & R. Gassmann (Hrsg.). *Sucht: bio-psycho-sozial: Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen, Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin* (S. 46-56). W. Kohlhammer.

Laging, M. (2023). *Soziale Arbeit in der Suchthilfe: Grundlagen—Konzepte—Methoden* (3., überarb. Auflage). W. Kohlhammer.

Lübeck, D. (2022). Psychologie für die Arbeit mit Erwachsenen mit psychischen Problemen. In E. Wunderer & C. Heigermoser (Hrsg.), *Psychologie für Soziale Berufe*. Belz Juventa.

Magnin, C. (2005). Beratung und Kontrolle: Widersprüche in der staatlichen Bearbeitung von Arbeitslosigkeit. Seismo Verlag.

Mayer, H. O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung.* (6. überarbeitete Aufl.). Ouldenburg Verlag.

Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken.* (6. Aufl.). Beltz Verlag.

Meyer, M. (2023). *Fachkräftemangel Index Schweiz 2023.* https://www.adeccogroup.com/-/media/project/adecco-group/switzerland/swiss-skills-shortage-2022/tag-ch-graphic-device-11-2022-skills-shortage-index-2023_de.pdf

Mösch Payot, P., Schleicher, J. & Häfeli, C. (2021). Die Person und ihr staatlicher Schutz. In P. Mösch Payot & M. Schwander (Hrsg.): *Recht für die Soziale Arbeit. Grundlagen und ausgewählte Aspekte.* (S. 237-348). (5. Aufl.). Haupt.

Mühlig, S. (2022). Sucht- und Substanzbezogene Störungen. In M. A. Wirtz (Hrsg.): Dorsch Lexikon der Psychologie. Hogrefe. https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/sucht-und-substanzbezogene-stoerungen

Nadai, E. (2005). Der kategorische Imperativ der Arbeit: Vom Armenhaus zur aktivierenden Sozialpolitik. *Widerspruch: Beiträge zu sozialistischer Politik, 25* (1), 19-27. https://doi.org/10.5169/SEALS-652434

Nadai, E. (2007). Die Vertreibung aus der Hängematte: Sozialhilfe im aktivierenden Staat. *Denknetz, Jahrbuch 2007,* 10-19.

Nadai, E. (2009). Das Problem der Bodensatzrosinen: Interinstitutionelle Kooperation und die forcierte Inklusion von Erwerbslosen. *Sozialer Sinn*, *10* (1), 55–72. https://doi.org/10.1515/sosi-2009-0104

Nadai, E. & Canonica, A. (2012). Arbeitsmarkt als neu entstehendes Berufsfeld: Zur Formierung von professionellen Zuständigkeiten. *Swiss Journal of Sociology*, *38* (1), 23-37. http://dx.doi.org/10.26041/fhnw-728

Nadai, E., Canonica, A. & Koch, M. (2015). *… und baute draus ein grosses Haus: Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) zur Aktivierung von Erwerbslosen.* UVK.

Nationale Plattform gegen Armut. (2019, 29. Oktober). *Soziale und berufliche Integration*. https://www.gegenarmut.ch/themen/soziale-und-berufliche-integration

Personio (o.J.). *Absentismus – Definition Ursachen und Massnahmen*. https://www.personio.ch/hr-lexikon/absentismus/#was-bedeutet-absentismus

Pohlmann, M. (2022). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. UVK

Raiser, P. (2020). Suchtmittelprobleme im Unternehmen – Ansprache und betriebliche Intervention durch Vorgesetzte. In L. von Rosenstiel, E. Regnet & M.E. Domsch (Hrsg.): *Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement.* (S. 669-380). (8. Aufl.). Schäffer-Poeschel.

Regierungsrat des Kantons Bern. (2024). Revidiertes Sozialhilfegesetz bringt Einheitlichkeit, unterstützt Zusammenarbeit und fördert Qualität. https://www.be.ch/de/start/dienstleistungen/medien/medienmitteilungen.html?newsID=15f44a60-8215-450b-94e8-c3a898c32511

Salzgeber, R. (2012, September*). Auswirkungen der 4. AVIG-Revision auf die Sozialhilfe.* https://dievolkswirtschaft.ch/de/2012/09/salzgeber/

Saner, H. (2002). *Nicht-optimale Strategien*. Lenos.

Schaufelberger, D. (2013). *Supported Employment – Arbeitsintegration für Personen mit erschwertem Zugang zum Arbeitsmarkt* (1. Aufl.). interact.

Schmidt-Semisch, H. & Dollinger, B. (2018). Sozialwissenschaftliche Perspektiven auf Drogen und Sucht. In: M. von Heyden, H. Jungaberle & T. Majić (Hrsg.): *Handbuch Psychoaktive Substanzen*. (S. 33- 40). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-55125-3

Schnabel, C. & Lechmann, D. S. J. (2019). Präsentismus und Absentismus von Arbeitnehmern: zwei Seiten derselben Medaille? *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 99* (1), 404-410. https://doi.org/10.1007/s10273-019-2465-1

Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe. (2023). *Grundlagenpapier. Der Integrationsauftrag der Sozialhilfe: Fokus Soziale Integration*. https://skos.ch/fileadmin/user_upload/skos_main/public/pdf/Publikationen/Grundlagenpapiere/2023_10_SKOS_Grundlagenpapier_Soziale-Integration.pdf

Sczesny S. & Thau, S. (2004). Gesundheitsbewertung vs. Arbeitszufriedenheit: Der Zusammenhang von Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens mit selbstberichteten Fehlzeiten. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 48* (1), 17-24. https://doi.org/10.1026/0932-4089.48.1.17

Sommerfeld, P., Dällenbach, R. Rüegger, C., Hollenstein, L. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie: Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Springer VS.

Sommerfeld, P. (2021). Soziale Arbeit als massgebliche Kraft in der interprofessionellen Suchthilfe? In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera (Hrsg.). *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandaufnahme aus der Praxis* (S. 279-302). Springer VS.

Stalder, M. & Stopp, K. (2021). Arbeitsfeld Arbeitsintegration: Soziale Teilhabe durch Arbeitsintegration. In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera (Hrsg.). *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S.143-156). Springer VS.

Strohmer, J. (2023). Klassifikation psychischer Störungen. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch Lexikon der Psychologie*. Bern: Hogrefe. https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/klassifikation-psychischer-stoerungen

Strohmeier, R. & Knöpfel, C. (2005). *Was heisst soziale Integration? Öffentliche Sozialhilfe zwischen Anspruch und Realität*. Caritas

Supported Employment (o.J.). *Jeder Mensch hat ein Recht auf Arbeit*. https://supportedemployment.ch/wissen/

Südhang (o. J.). *Mensch und Sucht*. https:// www.suedhang.ch/sucht/

Südhang (2024, November). *Aktuelle Aufnahmekapazitäten und Wartezeiten*. https://www.suedhang.ch/aufnahmekapazitaeten/

Weber, M. (2021). Verstehen, verbinden, vorausschauen. Soziale Arbeit und Sucht aus nationaler Perspektive. In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera (Hrsg.). *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 5-9). Springer VS.

Weltgesundheitsorganisation (2019). *Psychische Gesundheit-Faktenblatt*. https://who-sandbox.squiz.cloud/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf

Wetterling, T. (2021). Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In O. Bilke-Hentsch, E. Gouzoulis-Mayfrank & M. Klein (Hrsg.). *Sucht: Risiken-Formen-Interventionen: Interdisziplinäre Ansätze von der Prävention zur Therapie* (S.68-76). W. Kohlhammer.

Wirtz, M. (2024). Psychische Störung. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch Lexikon der Psychologie*. Bern: Hogrefe. https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/psychische-stoerung

Wittchen, H.-U., Knappe, S. & Hoyer, J. (2020). Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In J. Hoyer, S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Pathologie & Psychotherapie* (3. Aufl.) (S. 3-27). Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_1

Wolffers, F. (2015). Reformen und neue Herausforderungen für die Soziale Arbeit. *Soziale Sicherheit CHSS, 2015* (6), 316-321.

Wyss, K. (2007). *Workfare: Sozialstaatliche Repression im Dienst des globalisierten Kapitalismus*. Edition 8.

12 Anhang

A Interviewleitfaden Fachpersonen

Interviewfragen:

Zur Person und Institution:

1. Erzählen Sie uns über sich als Fachperson (Position, Aufgaben, Dauer Anstellung)
2. Über Ihre Institution haben wir uns schon informiert und trotzdem würden wir gerne noch einmal von Ihnen die wichtigsten Eckdaten hören, wie Finanzierung, Angebot, Ziele, Plätze und Begleitung durch das Fachteam.

Welche fachlichen Hintergründe bringt das Team mit?

Auslastung und Nutzung von Integrationsprogrammen

3. Welche Zielgruppen nehmen ihr Angebot in Anspruch? Gibt es Häufigkeiten?
4. Wer weist die Klientel zu?

Wie ist hierbei der Ablauf (Gespräche, Vereinbarungen, Verpflichtungen für Klientel?

Kommen Leute auch von sich aus?

Zusammenarbeit mit Sozialdiensten, geht ihr euch vorstellen?

Einfluss auf Neuanmeldungen?

5. Können Sie bitte die aktuellen Zahlen zur Auslastung in Ihrer Institution nennen (nach Bereichen SI, AI, Beschäftigung)?

Wie nehmt Ihr diese Zahlen wahr, wie schätzen Sie sie ein?

Spezifisch: Gibt es Unterschiede zwischen Personen mit einer Suchterkrankung und anderer Klientel bzgl. Absentismus?

6. Nehmen Sie Schwankungen in der Auslastung wahr? (Saisonale Unterschiede??

Gründe für das Fernbleiben (Unterschied Absentismus vs. Gar nicht anmelden)

Einführungssatz: In dieser Bachelorarbeit wollen wir das Thema Absentismus in Integrationsangeboten genauer beleuchten. Unter Absentismus verstehen wir das systematische und wiederholte Fernbleiben von einer Verpflichtung, wie zum Beispiel der Arbeit.

7. Welche Faktoren führen Ihrer Meinung nach dazu, dass die Klientel den Angeboten fernbleiben oder nicht erscheinen nach einer Zuweisung oder Anmeldung?
8. Welche Rolle spielen psychische und Abhängigkeitserkrankungen in Bezug auf Absentismus in den Programmen?
9. Welche spezifischen Herausforderungen bringen diese Erkrankungen mit sich?

10. Welche Hürden erschweren die Aufrechterhaltung der Teilnahme an einem Angebot wie Ihrem?

- organisatorische

- soziale

- psychologische

- politische

11. Wie gehen Sie als Institution mit dem Fernbleiben der Klientel um?

Welche Folgen hat der Absentismus auf den Betrieb des Programms?

Welche Konsequenzen hat der Absentismus für die Klientel? (Finanzielle Sanktionen durch RAV/WSH/IV?

Meldet ihr Absenzen den zuweisenden und finanzierenden Stellen? Zum Schutz der Klientel verschweigen?

Zusammenhänge zwischen Nutzung, Auslastung und Absentismus

12. Wie wirkt sich Ihrer Erfahrung nach, die Auslastung der Programme auf die Teilnahmequote aus? Färbt der Absentismus auch auf andere Teilnehmende ab?

(im Sinne: die anderen kommen nicht und ich muss alles machen, dann bleibe ich lieber auch zuhause).

13. Haben Sie Daten oder Beispiele, die diesen Zusammenhang verdeutlichen?

Lösungsansätze, um dem Absentismus entgegenzuwirken

14. Wurden in ihrer Institution oder auf politischer Ebene Massnahmen oder Ansätze ergriffen, um Klientel anzuwerben?

15. Wurden in ihrer Institution oder auf politischer Ebene Massnahmen oder Ansätze ergriffen, um Absentismus und Nicht-Erscheinen nach Anmeldung/Zuweisung in Integrationsprogrammen zu reduzieren?

16. Was sollten/könnten Professionelle in der Zusammenarbeit machen, damit die Klientel dem Programm nicht fernbleibt und motiviert ist zu kommen usw.

Sozialpolitik

17. Welche spezifischen Herausforderungen sehen Sie in der aktuellen Sozialpolitik hinsichtlich der sozialen und beruflichen Integration von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere im Kontext des Arbeitsimperativs, der darauf abzielt, diese Personen so weit wie möglich in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren?

B Interviewleitfaden Teilnehmende

1. **Allgemeine Fragen**

   Erzählen Sie uns doch, worin Ihre Arbeit hier besteht, wie lange Sie schon hier sind und in welchem Pensum Sie tätig sind.

2. **Teilnahmemotivation**

   Was gefällt Ihnen an diesem Integrationsprogramm?

   Welche Aspekte des Programms motivieren Sie zur Teilnahme?

   Haben Sie zusammen mit den Fachpersonen im Programm oder mit den zuweisenden Stellen Ziele formuliert, welche mit dem Programm erreicht werden sollen?

   Welche sind das?

   Regelmässige Standortgespräche? Wie sehen diese aus (wer nimmt daran teil, was wird besprochen)?

   Sind Absenzen und Motivation auch Thema bei den Standortgesprächen?

3. **Gründe für Abwesenheit**

   Gibt es Gründe, warum Sie manchmal nicht am Programm teilnehmen?

   Warum? Wie oft?

   Was hätte geholfen, damit Sie nicht ferngeblieben wären?

4. **Einfluss des Absentismus anderer Teilnehmer**

   Wie nehmen Sie allgemein die Teilnahmebereitschaft im Programm wahr?

   Hohe Bereitschaft/Motivation: weshalb?

   Viele Abwesenheiten: Weshalb?

   Hat es einen Einfluss auf Ihre eigene Motivation, wenn andere Teilnehmende fehlen?

   Wie wirkt es sich auf Sie und Ihre Teilnahme aus, wenn Sie merken, dass andere Teilnehmende nicht regelmässig kommen?

   Wie können die Fachpersonen dazu beitragen, dass die Teilnehmenden motiviert sind zu kommen?

   Was sind Aspekte, die dazu beitragen, dass die Teilnehmenden nicht kommen?

C Kategorien und Codes Expert*innen und Teilnehmende

Kategorie 1	Person und Institution
	Rolle der Fachperson
	Finanzierung Angebot
	Ziel des Angebots
	Fachlicher Hintergrund des Teams
	Forderungen der Institution Klientel gegenüber, Kontrolle
Kategorie 2	Auslastung der Programme
	Schwankungen der Auslastung
	Massnahmen zur Anwerbung Klientel
	Gründe für schwache Auslastung
Kategorie 3	Zielgruppen und Zugang zu den Programmen
	Zielgruppenprofil
	Zuweisung
	Ablauf
	Veränderungen
Kategorie 4	Absentismus
	Gründe für Absentismus
	Spezifische Herausforderungen für Menschen mit Suchterkrankung
	Hürden der Institution für kontinuierliche Teilnahme
	Auswirkungen/Umgang der Institution mit Absentismus
	Auswirkung auf andere Teilnehmende
	Konsequenzen
Kategorie 5	Massnahmen gegen Absentismus
	Massnahmen zur Reduzierung
	Massnahmen durch Fachkräfte
Kategorie 6	Sozialpolitik
	Herausforderungen
	Arbeitsimperativ
	Politische Hürden
Kategorie 7	Zusammenarbeit Sozialdienste
	Verpflichtungen für Klientel / Konsequenzen seitens Sozialdienst
	Unterschiede Sozialdienste
	Zusammenarbeit Institution und Sozialdienste

Kategorie 1	Allgemeine Informationen zur Beschäftigung im Integrationsangebot
	Persönliche Angaben
	Zugang zum Integrationsangebot
	Aufgabenbeschreibung
	Dauer der Beschäftigung
	Anderer Job
	Freizeit
Kategorie 2	Motivationsfaktoren zur Teilnahme
	Allgemeine positive Faktoren
	Arbeitsbedingungen
	Soziale Unterstützung
	Team, Beziehung zu anderen TN
Kategorie 3	Ziele
	Ziele im Integrationsangebot
	Erreichte Ziele
	Herausforderungen bei der Zielerreichung
Kategorie 4	Standortgespräche
	Frequenz und Inhalt der Standortgespräche
	Absenz als Thema
	Motivation als Thema
Kategorie 5	Gründe für Abwesenheit
	Persönliche Gründe
	Krankheit
	Psychische Belastung
	Frequenz der Abwesenheit
	Unterstützungsbedarf
	Bessere Unterstützung
	Flexiblere Bedingungen
	Konsequenzen des Fehlens
Kategorie 6	Einfluss des Absentismus anderer Teilnehmenden
	Wahrnehmung der Teilnahmebereitschaft allgemein
	Faktoren für hohe Teilnahmebereitschaft
	Faktoren für tiefe Teilnahmebereitschaft
	Einfluss auf eigene Motivation

	Negative Auswirkungen von Fehlzeiten anderer
Kategorie 7	Rolle der Fachperson
	Motivationsfördernde Massnahmen (Fachperson)
	Hindernisse bei der Motivation
	Beziehung zu Fachpersonen