

Sabrina Dürrmüller

# Früherkennung von Drogenkonsum auf Sozialdiensten

Indizien, die auf einen möglichen Substanzkonsum hinweisen und der professionelle Umgang  
damit

Bachelorthesis der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit. Dezember 2013

Sozialwissenschaftlicher Fachverlag «Edition Soziothek». Die «Edition Soziothek» ist ein Non-Profit-Unternehmen des Vereins Bildungsstätte für Soziale Arbeit Bern. Der Verein ist verantwortlich für alle verlegerischen Aktivitäten.

**Schriftenreihe Bachelor- und Masterthesen der  
Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit**

In dieser Schriftenreihe werden Bachelor- und Masterthesen von Studierenden der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit publiziert, die mit dem Prädikat „sehr gut“ oder „hervorragend“ beurteilt und vom Ressort Diplomarbeit der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit zur Publikation empfohlen wurden.

Sabrina Dürrmüller: Früherkennung von Drogenkonsum auf Sozialdiensten. Indizien, die auf einen möglichen Substanzkonsum hinweisen und der professionelle Umgang damit

© 2014 «Edition Soziothek» Bern  
ISBN 978-3-03796-490-3

Verlag Edition Soziothek  
c/o Verein Bildungsstätte für Soziale Arbeit Bern  
Hallerstrasse 10  
3012 Bern  
[www.soziothek.ch](http://www.soziothek.ch)

Jede Art der Vervielfältigung ohne Genehmigung des Verlags ist unzulässig.

Sabrina Dürrmüller

# Früherkennung von Drogenkonsum auf Sozialdiensten

Indizien, die auf einen möglichen Substanzkonsum hinweisen und der professionelle Umgang damit



Bachelor Thesis zum Erwerb  
des Bachelor-Diploms

Berner Fachhochschule  
Fachbereich Soziale Arbeit

## **Abstract**

Ein beträchtlicher Anteil der Menschen mit Suchtmittelproblemen ist, meist aufgrund der schädlichen Folgen des Drogenkonsums, auf persönliche und wirtschaftliche Hilfe angewiesen. Dadurch erhalten Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen auf Sozialdiensten die Möglichkeit, einen bedeutenden Beitrag zur Früherkennung von Sucht zu leisten. Durch eine frühe Erkennung eines Suchtmittelkonsums in der Zusammenarbeit werden sinnvolle und nachhaltige Interventionen ermöglicht. Sobald ein Konsum wahrgenommen wird, können sozialen, psychischen und gesundheitlichen Folgeschäden vorgebeugt, schadensmindernde Massnahmen eingeleitet oder Alternativen aufgezeigt werden. Eine Früherkennung bringt nicht nur den Vorteil einer bestmöglichen, individuellen Unterstützung, sondern auch eines Einsparens von Kosten. Allerdings stehen in der Regel finanzielle Probleme bei Gesprächen auf dem Sozialdienst im Vordergrund, was dazu führt, dass ein Drogenkonsum nicht zwingend sofort wahrgenommen wird oder Klienten und Klientinnen ihn zu vertuschen versuchen. Doch auch wenn Klienten und Klientinnen ihren Suchtmittelkonsum verheimlichen, gibt es Anzeichen, die darauf hinweisen können.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, mithilfe von Experteninterviews, solche Indizien, die spezifisch auf Sozialdiensten auf einen möglichen Substanzkonsum oder eine Abhängigkeit hinweisen können, zusammenzutragen. Da sich die Zusammenarbeit mit Drogenkonsumenten und -konsumentinnen als herausfordernd gestalten kann, wird in einem weiteren Schritt auf einen professionellen Umgang eingegangen. Ebenfalls anhand von Expertenwissen, wie auch ausgesuchter Theorie, wird diskutiert, wie mit dem Verdacht und anschliessendem Wissen, dass der Klient oder die Klientin Drogen konsumiert, professionell umgegangen werden kann.

Die Zusammenarbeit mit suchtmittelkonsumierenden Klienten und Klientinnen auf Sozialdiensten ist sehr komplex und gehört für viele Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen zum Berufsalltag. Umso erstaunlicher ist es, dass kaum Literatur oder Instrumente zu finden sind, die Sozialarbeitende im Umgang mit diesen unterstützen. Aufgabe der Sozialen Arbeit sollte es sein, Sozialarbeitende auf suchtspezifische Themen und den Umgang damit zu sensibilisieren, sowie Instrumente oder Modelle zu entwickeln, die Sozialarbeitende auf Sozialdiensten in der Zusammenarbeit mit Suchtmittelkonsumenten und -konsumentinnen unterstützen.

# Früherkennung von Drogenkonsum auf Sozialdiensten

Indizien, die auf einen möglichen Substanzkonsum hinweisen  
und der professionelle Umgang damit

Die Bachelor-These wurde für die Publikation formal überarbeitet, aber im Inhalt  
nicht geändert.

Bachelor Thesis zum Erwerb  
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule  
Fachbereich Soziale Arbeit

Vorgelegt von  
Sabrina Dürrmüller

Dezember 2013

## **Dank**

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mir während der Erarbeitung dieser Arbeit unterstützend zur Seite standen. Mein besonderer Dank gilt den Experten und Expertinnen, die nicht nur bereit waren, ein Interview zu führen, sondern mich zusätzlich mit wertvollen Literaturtipps und Inputs unterstützen. Ein herzliches Dankeschön geht an meine Mitarbeitenden, die sich Zeit für das Lektorat, wie auch das Zeichnen eines gelungenen Titelbilds nahmen.

# Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG.....	1
1.1. Ausgangslage .....	1
1.2. Stand der Forschung .....	1
1.3. Fragestellung .....	3
1.4. Aufbau der Arbeit .....	4
2. PRAXISFELD .....	5
2.1. Aufgaben und Ziele der Sozialhilfe.....	5
2.2. Suchtspezifische Angebote .....	7
3. GRUNDLAGEN ZUM DROGENKONSUM .....	9
3.1. Begriffsklärung .....	9
3.2. Konsummuster: Vom Genuss zur Abhängigkeit .....	10
3.3. Entstehung einer Abhängigkeit .....	12
3.3.1. Das Modell der Sucht-Trias .....	12
3.3.2. Das Bewältigungskonzept nach Böhnisch .....	14
4. FRÜHERKENNUNG.....	16
4.1. Zum Begriff „Früherkennung“ .....	16
4.2. Die Bedeutung von Früherkennung auf Sozialdiensten.....	16
5. INDIZIEN, DIE AUF DROGENKONSUM HINWEISEN KÖNNEN .....	18
5.1. Wirkungsweisen und Folgen des Drogenkonsums.....	18
5.2. Schwierigkeiten.....	21
6. PROFESSIONELLER UMGANG.....	22
6.1. Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit.....	22
6.1.1. Kooperative Prozessgestaltung .....	22
6.2. Theoretische Grundlagen in der Suchtarbeit .....	26
6.2.1. Motivational Interviewing .....	26
6.2.2. Transtheoretisches Modell.....	28
6.2.3. Vereinbarkeit.....	30

7. ZUSAMMENFASSUNG.....	31
8. EXPERTENINTERVIEWS.....	32
8.1. Grundlagen Experteninterviews .....	32
8.2. Die Experten und Expertinnen .....	32
8.2.1. Auswertung .....	33
8.3. Ergebnisse.....	35
8.4. Theoriebezug.....	45
9. FAZIT .....	56
9.1. Beantwortung der Forschungsfragen .....	56
9.2. Schlussfolgerung .....	59
9.3. Ausblick .....	61
10. QUELLENVERZEICHNIS.....	63
11. ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS.....	67
ANHANG A: Bewältigungsmodell und Dimensionen der Lebensbewältigung .....	68
ANHANG B: Würfelmodell.....	69
ANHANG C: Komponenten des Motivational-Interviewing-Ansatzes .....	70
ANHANG D: Leitfaden Experteninterviews.....	71

# 1. Einleitung

## 1.1. Ausgangslage

Anspruch auf persönliche und wirtschaftliche Hilfe haben laut Art.23 Sozialhilfegesetz (SHG) Personen, welche für ihren „Lebensunterhalt nicht hinreichend oder nicht rechtzeitig aus eigenen Mitteln aufkommen“ können. Darunter fallen die unterschiedlichsten Menschengruppen, unter anderem Drogenkonsumenten und Drogenkonsumentinnen. Da die Finanzen bei Besuchen auf dem Sozialdienst in der Regel im Vordergrund stehen, kann ein Substanzkonsum zum Teil problemlos verheimlicht oder bagatellisiert werden. Gerade diese Menschen benötigen aber nebst finanzieller Hilfe auch suchtspezifische Unterstützung. Da eine Drogenabhängigkeit und der Weg dorthin gravierende soziale, psychische, gesundheitliche wie auch juristische Folgen mit sich bringt, ist es von grosser Wichtigkeit, dass ein Suchtmittelkonsum oder eine bereits bestehende Abhängigkeit so früh wie möglich erkannt wird. Für Sozialarbeitende, welche nicht über ein suchtspezifisches Wissen verfügen, kann dies unter Umständen eine schwierige Aufgabe darstellen. Doch auch wenn Klienten und Klientinnen ihre Drogenabhängigkeit zu verheimlichen versuchen, gibt es Indizien, welche auf einen möglichen Substanzkonsum hinweisen. Ist es Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen möglich, diese Indizien wahrzunehmen und auf diese einzugehen, so besteht die Möglichkeit, dass sie schneller auf einen problematischen Konsum oder auf eine bereits manifestierte Abhängigkeit aufmerksam werden. Dadurch kann die Gesamtsituation besser eingeschätzt und sinnvoll darauf reagiert werden, um zum Beispiel Folgeschäden zu verhindern, das Überleben zu sichern oder Alternativen aufzuzeigen.

Diese Arbeit soll einerseits dazu dienen, solche Indizien aufzuzeigen, um substanzgebundene Süchte so schnell wie möglich erkennen und Klienten und Klientinnen in ihrer Situation bestmöglich unterstützen zu können. Da Fälle, in denen Drogenkonsum eine Rolle spielt, sehr komplex sind, wird andererseits der Frage des professionellen und sinnvollen Umgangs mit drogenkonsumierenden Klienten und Klientinnen nachgegangen.

## 1.2. Stand der Forschung

In einem ersten Schritt wurde ermittelt, ob Diagnoseinstrumente für Sozialdienste existieren, um herauszufinden, ob ein Substanzkonsum bei Klienten oder Klientinnen vorhanden ist, respektive ob Abhängigkeit von Drogen im Leben der Klientel eine Rolle spielt. Erste Recherchen haben gezeigt, dass zumindest den angefragten Sozialdiensten keine Instrumente vorliegen, um die Abhängigkeitssituation von Klienten zu erfassen. Die Kontaktaufnahme mit Infodrog (Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht) hat ergeben, dass ihnen keine solchen Instrumente vorliegen und ihnen ebenfalls nicht bekannt ist, dass es etwas in

dieser Art gibt. Sucht auf Sozialdiensten und der Umgang damit ist jedoch ein aktuelles Thema, so auch bei Infodrog. Ein Projekt zusammen mit dem Bundesamt für Gesundheit und der Expertengruppe Weiterbildung Sucht ist in Planung. Dabei geht es um Suchtfragen in der Regelversorgung. Konkret steht die Sensibilisierung von Sozialarbeitenden für Sucht und Suchtgefährdung im Mittelpunkt.

Es gilt festzuhalten, dass zwar mehrere Screening-Instrumente vorhanden sind, um eine Alkoholerkrankung und zum Teil auch Medikamentenabhängigkeiten zu erkennen und zu diagnostizieren. Dazu gehören bekannte Tests wie AUDIT, CAGE und MALT (Zürcher Fachstelle zur Prävention von Alkohol- und Medikamentenmissbrauch [ZÜFAM], n.d.). Diese setzen allerdings voraus, dass von einem Drogenkonsum ausgegangen wird, da sie spezifisch nach Konsummustern oder Folgen des Konsums fragen. Somit sind solche Instrumente für diese Arbeit nur insofern relevant, dass sie möglicherweise Anzeichen auf Indizien liefern können.

Früherkennung, wie auch Frühintervention, ist im Kindes- und Jugendbereich wesentlich stärker erforscht als in anderen Bereichen, wie etwa im Erwachsenen- oder Pensionsalter. Trotzdem sollte der Früherkennung von Suchtmittelkonsum in allen Altersgruppen Bedeutung zukommen. Zwar findet der Einstieg in den Drogenkonsum häufig in der Adoleszenz statt und dennoch kann sich zum Beispiel ein Alkoholmissbrauch erst nach vielen Jahren in einer Abhängigkeit manifestieren. Zudem sind besonders ältere Frauen gefährdet eine Medikamentenabhängigkeit zu entwickeln und auch depressive Störungen können erst im Pensionsalter auftreten, was zum Beispiel zu einer Selbstmedikation mithilfe von Drogen führen kann (Bachmann, Fabian & Kläusler-Senn, 2011, S.8).

Der aktuelle Forschungsstand lässt annehmen, dass Diagnoseinstrumente zur Erkennung von Drogenabhängigkeit bei Klienten und Klientinnen auf dem Sozialdienst noch nicht entwickelt wurden, das Thema an sich aber von grosser Aktualität ist. Besonders auch weil die Zusammenarbeit mit Drogenkonsumenten und -konsumentinnen für einen grossen Teil der Sozialarbeitenden auf Sozialdiensten zum Berufsalltag gehört. Somit ist es sinnvoll, vorerst mögliche Indizien, die auf Drogenkonsum hinweisen und auf Sozialdiensten auftreten können, zusammenzustellen und sich anschliessend mit dem professionellen Umgang damit auseinanderzusetzen. Denn auch zum Umgang mit Drogenkonsumenten und -konsumentinnen auf Sozialdiensten gibt es kaum Literatur.

### 1.3. Fragestellung

Aufgrund der Ausgangslage und dem Stand der Forschung ergaben sich folgende Fragen:

- Welche Indizien<sup>1</sup> sind auf Sozialdiensten wahrnehmbar, die auf einen möglichen Drogenkonsum, respektive eine Abhängigkeit der Klientel hinweisen können?
- Wie kann professionell mit dem Verdacht und anschliessend dem Wissen, dass der Klient oder die Klientin Drogen konsumiert, umgegangen werden?

Um die Thematik einzugrenzen, wird lediglich auf legale und illegale Substanzen, nicht aber auf stoffungebundene Süchte, wie Anorexie, Kaufsucht oder Spielsucht eingegangen. Dass der Fokus nicht nur auf legale oder illegale Substanzen gerichtet wird, hängt einerseits damit zusammen, dass häufig ein Mehrfachkonsum oder eine Mehrfachabhängigkeit vorliegt. Dabei werden legale und illegale Substanzen meist zusammen konsumiert. Andererseits sind die Folgen der legalen Substanzen nicht zu unterschätzen. So sind die gesundheitlichen Schäden legaler Drogen insgesamt deutlich höher als jene der illegalen. Dasselbe gilt für den sozialen und wirtschaftlichen Schaden (Steuergruppe Herausforderung Sucht, 2010, S.3). Einzig die Nikotinabhängigkeit wird nicht in diese Arbeit miteinbezogen. Dies aus dem Grund, dass dadurch zwar gesundheitliche, kaum aber soziale Schäden entstehen und sie somit eher Thema für die Medizin als für die Soziale Arbeit ist (vgl. Ladewig, 1998, S. 70).

Der Fokus der Fragestellung liegt nicht alleinig bei der Abhängigkeit, sondern schliesst andere Konsummuster mit ein. Wird ein Drogenkonsum früh entdeckt, so kann einer Abhängigkeit möglicherweise entgegen gewirkt und gravierende Folgen können verhindert werden. Nicht zu vergessen ist, dass gesundheitliche und soziale Folgen des Drogenkonsums nicht nur auf Abhängigkeit im medizinischen Sinn zurückgehen, sondern bereits durch problematischen Konsum und somit durch andere Stadien des Gebrauchs, entstehen können (Steuergruppe Herausforderung Sucht, 2010, S.2).

In dieser Arbeit werden alle Altersgruppen berücksichtigt, ausser die der Kinder. Es geht nicht darum Gefährdungen von Kindern zu erkennen und es wird davon ausgegangen, dass in angezeigten Fällen bereits Kinderschutzmassnahmen verordnet wurden. Trotzdem muss bei drogenkonsumierenden Eltern, die mit ihren Kindern zusammen wohnen, ein besonderes Augenmerk auf die Kinder geworfen werden. Speziell dann, wenn die Familie nicht anderweitig vernetzt ist oder keine Massnahmen angeordnet wurden. Dies ist auch deshalb sehr wichtig, weil Kinder aus suchtblasteten Familien zur grössten Risikogruppe, selbst drogenab-

---

<sup>1</sup> Ein Indiz ist ein Anzeichen oder ein Hinweis für etwas, an dem sich ein Zustand oder eine Entwicklung erkennen lässt (Duden, 2013).

hängig zu werden, zählen (vgl. Kumpfer zit. in National Association for Children of Alcoholics, n.d., S.1).

#### **1.4. Aufbau der Arbeit**

Um die oben aufgelisteten Fragen zu beantworten, wurde die Arbeit in zwei Hauptteile unterteilt und folgendes Vorgehen gewählt:

Damit drogenkonsumierende Klienten und Klientinnen bestmöglich unterstützt werden können, ist ein fundiertes Wissen zu drogenspezifischen Themen unumgänglich. Dazu gehört zum Beispiel Wissen über die Entstehung von Drogenabhängigkeit, wie auch über einzelne Substanzen, deren Wirkungsweisen, sowie über soziale, psychische und gesundheitliche Folgen von Konsum oder Abhängigkeit. Weiter sollte Wissen zu verschiedenen suchtspezifischen Angeboten, wie Substitution und Entzugsmöglichkeiten, verfügbar sein. Nebst all dem kommt auch der schweizerischen Drogenpolitik eine wesentliche Bedeutung im Umgang mit drogenkonsumierenden Klienten und Klientinnen zu. Diese Auflistung ist keinesfalls vollständig und verdeutlicht trotzdem, dass Suchtfachleute über anderes Wissen verfügen müssen, als Sozialarbeitende auf Sozialdiensten. Im ersten, theoretischen Teil dieser Arbeit, wird auf einige der aufgezählten Punkte bewusst eingegangen und versucht das Suchtverständnis zu erweitern. Nur wenn Grundlagen des Suchtmittelkonsums und der -abhängigkeit verstanden werden, ist es möglich, auf Indizien aufmerksam zu werden, sie zu verstehen und angemessen darauf zu reagieren. In einem weiteren Schritt wird die Thematik der Früherkennung und deren Bedeutung aufgegriffen. Anschliessend werden konkrete Modelle und Methoden für den professionellen Umgang mit Klienten und Klientinnen, die Drogen konsumieren oder bei welchen der Verdacht dazu besteht, vorgestellt.

Für die vorliegende Arbeit wurden drei Experteninterviews durchgeführt, welche im zweiten, dem empirischen Teil ausgewertet und diskutiert werden. Sie sollen dazu dienen, konkretes und ergänzendes Wissen für die Arbeit mit suchtmittelkonsumierenden Menschen auf Sozialdiensten zu liefern. Für die Experteninterviews wurden ausschliesslich Fachpersonen ausgesucht, welche im Suchtbereich arbeiten, über langjährige Berufserfahrung verfügen und sich bereits in irgendeiner Art mit dem Inhalt der Fragestellung auseinandergesetzt haben.

In einem Fazit werden die Forschungsfragen beantwortet, Empfehlungen für die Soziale Arbeit aufgestellt und in einem Ausblick weiterführende Fragen formuliert.

## 2. Praxisfeld

„Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen, um ihr Wohlbefinden zu heben. Unter Nutzung von Theorien menschlichen Verhaltens und sozialer Systeme vermittelt Soziale Arbeit am Punkt, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken. Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit für die Soziale Arbeit fundamental.“ (AvenirSocial, n.d., S.1). Dies gilt als internationale Definition Sozialer Arbeit, erarbeitet von der International Federation of Social Workers (IFSW)<sup>2</sup>. Soziale Probleme und deren Bewältigung werden somit zum Gegenstand von Sozialer Arbeit. Nach Heiner werden unter sozialen Problemen Phänomene, welche Personen oder Gruppen in ihrer Lebenssituation beeinträchtigen, verstanden. Öffentlich werden sie als veränderungsbedürftig bezeichnet (zit. in Schilling, 2005, S.220). Durch diese Definitionen wird der Sozialhilfe und somit Sozialdiensten ein wichtiger Platz in der Sozialen Arbeit zugeschrieben. Da Drogenabhängigkeit als soziales Problem betrachtet wird, ist jedoch nicht nur die Sozialhilfe, sondern auch die Suchthilfe und ihre Angebote unerlässlich. Im folgenden Kapitel wird aufgezeigt, wie Aufgaben und Ziele von Sozialdiensten aussehen und wie Angebote von suchtspezifischen Institutionen aufgebaut sind.

### 2.1. Aufgaben und Ziele der Sozialhilfe

In Art.12 BV ist das Recht auf Hilfe in Notlagen geklärt. Jeder Mensch, der nicht in der Lage ist für sich zu sorgen, hat Anrecht auf ein menschenwürdiges Dasein. Die Verfassung des Kantons Bern führt in Art. 29 Abs.1 weiter aus, dass Personen in Notlagen zudem Anspruch auf ein Obdach und eine grundlegende medizinische Versorgung haben. So hat die Sozialhilfe zum Ziel, jeder Person die Führung eines eigenverantwortlichen und menschenwürdigen Lebens zu ermöglichen (Art. 1 SHG<sup>3</sup>).

Die Sozialhilfe verfolgt das Prinzip der Subsidiarität und ist das unterste Netz der Sozialen Sicherheit (Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe [SKOS], 2005, A.3-1). Das heisst, sie setzt erst dann ein, wenn andere soziale Leistungssysteme, wie Sozialversicherungen, Stipendien oder familienrechtliche Unterhaltsbeiträge ausgereizt oder nicht zuständig sind und

---

<sup>2</sup> Originaldefinition der IFSW: „The social work profession promotes social change, problem solving in human relationships and the empowerment and liberation of people to enhance well-being. Utilising theories of human behaviour and social systems, social work intervenes at the points where people interact with their environments. Principles of human rights and social justice are fundamental to social work.“ (International Federation of Social Workers, 2012)

<sup>3</sup> Da die Kantone für die Sozialhilfe zuständig sind, wird sie in kantonalen Sozialhilfegesetzen geregelt. Die Gesetze unterscheiden sich stark in der Ausgestaltung der Sozialhilfe, wie auch in der Kompetenzaufteilung zwischen Gemeinden und Kantonen (SKOS, n.d.). In dieser Arbeit wird jeweils Bezug auf das bernische Sozialhilfegesetz genommen.

sich die bedürftige Person nicht selber helfen kann (SKOS, 2005, A.4-1; A.4-2). Ein Mensch ist dann bedürftig, wenn er für seinen Lebensunterhalt nicht hinreichend oder nicht rechtzeitig aufkommen kann (Art. 23 SHG).

Die Sozialhilfe verfolgt die Ziele, finanzielle Existenzsicherung, berufliche und soziale Integration zu erreichen, sowie Hilfe zur Selbsthilfe mit dem Fernziel Notlagen zu beheben und weiteren vorzubeugen (Art. 2-3 SHG). Dies erfolgt durch wirtschaftliche und/oder persönliche Hilfe. Die wirtschaftliche Hilfe deckt die Kosten für Miete und medizinische Grundversicherung sowie den Grundbedarf für den Lebensunterhalt. Häufig kommen zusätzlich situationsbedingte Leistungen hinzu (SKOS, 2005, A.6-3). Bei nicht Einhalten der Pflichten, können diese Leistungen gekürzt werden. Sie dürfen das absolute Existenzminimum jedoch nicht unterschreiten (A.8-3 - A.8-4). Weiter besteht die Möglichkeit mit Hilfe von Einkommens-Freibeträgen (EFB) oder Integrationszulagen (IZU) eine Arbeit im ersten Arbeitsmarkt oder in einem Integrationsprogramm, sowie die besondere Bereitschaft sich sozial oder beruflich zu integrieren, zu würdigen (C.2-1 & E.1-2). Ist eine Person nicht in der Lage diese Eigenleistungen zu erbringen, so steht ihr eine Minimale Integrationszulage (MIZ) zu (C.3-1). Die persönliche Hilfe besteht aus Beratung, Betreuung und der Vermittlung von Informationen (Art. 29 SHG). Zuständig für die Ausrichtung der Sozialhilfe sind Kanton und Gemeinde gemeinsam. Der Kanton legt Ziele und Grundsätze fest. Die Gemeinde vollzieht die individuelle Sozialhilfe (Art. 11-12 SHG; Art.15 SHG).

Die Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe beschreibt in ihren Richtlinien<sup>4</sup> verschiedene Grundprinzipien der Sozialhilfe. Für den professionellen Umgang mit Sozialhilfebezügern und -bezügern, insbesondere mit jenen, die zusätzlich einen problematischen Drogenkonsum aufweisen, kommt der Individualisierung sowie der Professionalität eine besondere Bedeutung zu.

*Individualisierung:* Hilfeleistungen müssen individuell einem Fall angepasst werden. Die Unterstützung soll somit Zielen der Sozialhilfe sowie den besonderen Bedürfnissen der Betroffenen entsprechen (SKOS, 2005, A.4-2).

*Professionalität:* Die Basis einer professionellen Sozialhilfe bildet die umfassende Abklärung der persönlichen und sozialen Situation. Als Ziel gilt die Sicherung der Autonomie bei bestmöglicher beruflicher und sozialer Integration. Dazu gehört meist die Erarbeitung eines Hilfsplans. Zudem sollten Beratungen durch den Sozialdienst oder durch externe Fachstellen als freiwilliges oder verbindlich vereinbartes Angebot zur Verfügung stehen (SKOS, 2005, A.4-3).

---

<sup>4</sup> Die SKOS-Richtlinien sind Empfehlungen und geben Auskunft zur Ausgestaltung und Bemessung der Sozialhilfe. Sie richten sich an Sozialhilfeorgane des Bundes, der Kantone und der Gemeinden sowie an Organisationen der privaten Sozialhilfe (SKOS, 2005, S.3-5). Mittlerweile orientieren sich alle Kantone, jeweils mit gewissen Besonderheiten und Abweichungen, an den SKOS-Richtlinien, (SKOS, 2013, S.4).

## 2.2. Suchtspezifische Angebote

In den letzten Jahren kam die Fachwelt zunehmend von der Abstinenzorientierung, als einzig richtigem Weg im Umgang mit Drogenkonsum, weg. Heute wird vermehrt akzeptanzorientiert gearbeitet. Eine akzeptanzorientierte Drogenarbeit bedeutet nicht, dass das Verhalten von Drogenkonsumierenden durchwegs akzeptiert wird. Es geht vielmehr um Akzeptanz von verschiedenen Werten und Lebensstilen. Drogenkonsum wird als bewusste Entscheidung zum Zwecke des Genusses oder zur Selbstmedikation, als Lebensstiläusserung oder auch als Krankheit, für die es angemessenen Unterstützungsangebote und Therapien geben muss, angesehen. Die Autonomie der Menschen steht im Vordergrund und nicht mehr das „wir-wissen-was-für-dich-das-Beste-ist“ (Stöver, 1999). So ist auch die Schweizer Drogenpolitik nicht nur abstinenzorientiert aufgebaut. Sie sichert ein vielfältiges, suchtspezifisches Angebot und lässt der Komplexität von Sucht und Drogenkonsum angemessene Bedeutung zukommen. So wurde das ursprüngliche Viersäulenmodell, bestehend aus Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression<sup>5</sup>, aufgrund von Mängel zum Würfelmodell weiterentwickelt (siehe Anhang). Mithilfe der Erweiterung um die Dimensionen Substanzen und Konsummuster wird eine differenzierte Analyse und die Planung für suchtpolitische Massnahmen möglich. Sämtliche Drogen wurden miteinbezogen und die Säulen wurden verfeinert. So umfasst zum Beispiel die Säule Therapie nicht nur klassisch abstinenzorientierte Therapien, sondern alle Angebote, die auf eine soziale Integration hin arbeiten. Weiter werden drei Konsummuster unterschieden. Das Ziel dabei ist, die suchtpolitischen Massnahmen auf die jeweiligen Substanzen und die vorhandenen Konsummuster abzustimmen (Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF), 2005, S.1-3). Die Konsummuster werden in risikoarmen Konsum, problematischen Konsum und Abhängigkeit unterteilt (EKDF, 2006, S.40-41, vgl. Kapitel 3.2. „Konsummuster: Vom Genuss zur Abhängigkeit“).

Somit stehen schweizweit unterschiedliche Angebote in der Suchthilfe zur Verfügung. Im Kanton Bern hat die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) zudem die Aufgabe, erforderliche Angebote der allgemeinen Gesundheitsförderung, der Suchtprävention und der

---

<sup>5</sup> Die Säulen werden wie folgt definiert:

„Die *Prävention* trägt zur Verringerung des Drogenkonsums bei, indem der Einstieg in den Drogenkonsum und die Suchtentwicklung verhindert wird.“

„Die *Therapie* trägt zur Verringerung des Drogenkonsums bei, indem sie den nachhaltigen Ausstieg aus der Sucht ermöglicht bzw. auf die Erhaltung dieser Möglichkeit hinwirkt. Zudem fördert sie die soziale Integration und die Gesundheit der behandelnden Personen.“

„Die *Schadensminderung* trägt zur Verringerung der negativen Folgen des Drogenkonsums auf die Konsumierenden sowie indirekt auch auf die Gesellschaft bei, indem sie einen individuell und sozial weniger problematischen Drogenkonsum ermöglicht.“

„Die *Repression* und Marktregulierung trägt mit geeigneten regulativen Massnahmen zur Durchsetzung des Verbots von illegalen Drogen dazu bei, die negativen Folgen des Drogenkonsums für die Gesellschaft zu vermindern.“ (Bundesamt für Gesundheit, 2006, S.19-22)

Suchthilfe bereit zu stellen (Art. 69 SHG). Dazu gehören zum Beispiel Entzugskliniken, stationäre Therapien, Substitutionseinrichtungen, Gruppenangebote, Beratungsstellen, Angebote zur Prävention und Früherkennung, niederschwellige Konsumräume etc. und sie können je nach Auftrag Abstinenz, kontrollierten Konsum oder Schadensminderung zum Ziel haben.

Um die Eingliederung von Sozialhilfebezügern und -bezügerinnen und deren finanzielle Unabhängigkeit zu fördern, arbeiten Sozialdienste eng mit anderen Institutionen zusammen (Art. 19b SHG). Dies kann in angezeigten Situationen die Zusammenarbeit mit suchtspezifischen Angeboten oder Fachstellen sowie die Triage dorthin bedeuten.

## 3. Grundlagen zum Drogenkonsum

### 3.1. Begriffsklärung

In Literatur, wie aber auch umgangssprachlich sind unterschiedlichste Begriffe und Definitionen für den Suchtbereich verbreitet. Um Missverständnissen vorzubeugen wird im Folgenden auf einzelne Begriffe, welche im Laufe dieser Arbeit vermehrt auftauchen, eingegangen.

*Sucht oder Abhängigkeit:* Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwendete den Begriff „Sucht“ bis in die 70er Jahre. Mit der Zeit galt er jedoch als zu unspezifisch (Täschner, Bloching, Bühringer & Wiesbeck, 2010, S.11), da er früher einerseits als generelle Bezeichnung für Krankheiten (zum Beispiel „Gelbsucht“) verwendet wurde und andererseits metaphorische Redewendungen vorhanden sind, die mit Sucht im medizinischen Sinne nichts zu tun haben. Zudem konnte der Begriff zu Stigmatisierungen führen, da er den Menschen destruktive Tendenzen (zum Beispiel Rachsucht) zuschreiben konnte. Die WHO ersetzte den Begriff „Sucht“ durch „Abhängigkeit“ und erhoffte sich dadurch eine Definition durchzusetzen, die Sucht als eine besondere Krankheit beschreibt (Blum & Sting, 2003, S.27). In zahlreicher Fachliteratur lässt sich nach wie vor der Begriff „Sucht“ finden. Da es sich dabei um eine medizinische Definition handelt, wurden die Begrifflichkeiten in diesen Bereichen zwar angepasst, in anderen Kontexten findet der Begriff „Sucht“ jedoch weiter Verwendung (vgl. Blum & Sting, 2003, S.29). In dieser Arbeit werden die Begriffe synonym eingesetzt.

*Drogen, Suchtmittel und psychoaktive Substanzen:* Drogen oder auch Suchtmittel bezeichnen psychoaktive Substanzen, welche das zentrale Nervensystem (Wahrnehmung, Gefühle, Emotionen, Motorik) beeinflussen und das Bewusstsein verändern (vgl. Sucht Schweiz, n.d.c). Somit zählen nicht nur illegale, sondern auch legale Substanzen, wie Alkohol und Medikamente, zu den Drogen. Obwohl unter dem Begriff „Drogen“ häufig nur illegale Drogen assoziiert werden, gehören auch die legalen dazu (vgl. Suchtmittel e.V., n.d.) und werden in dieser Arbeit in dem Begriff miteingeschlossen. Drogen, Suchtmittel und (psychoaktive) Substanzen werden in dieser Arbeit synonym verwendet.

Die WHO (2010, S.93) unterscheidet neun Arten von psychotropen Substanzen:

- Alkohol
- Opiode (zum Beispiel Heroin, Methadon oder Buprenorphin (Subutex))
- Cannabinoide (zum Beispiel Marihuana, Haschisch)
- Sedativa und Hypnotika (zum Beispiel Benzodiazepine)
- Kokain
- Andere Stimulantien, inkl. Koffein (Ecstasy, Amphetamin, Methamphetamin, Ephedrin usw.)
- Halluzinogene (zum Beispiel LSD, Psilocybin (Halluzinogene Pilze))

- Tabak
- Flüchtige Lösungsmittel (zum Beispiel Klebstoffe, Lösungsmittel, Spraydosen)

Zusätzlich wird der „multiple Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen“ aufgelistet. Dafür wird häufig der Begriff „Polytoxikomanie“ verwendet. Unter „Polytoxikomanie“ wird eine Mehrfachabhängigkeit von verschiedenen Substanzen verstanden (Winter, 2003, S.199) und diese ist in der Praxis weit verbreitet (WHO, 2010, S.95-96).

### **3.2. Konsummuster: Vom Genuss zur Abhängigkeit**

Wer mit dem Drogenkonsum beginnt, ist nicht sofort abhängig. Der Weg in eine Abhängigkeit kann sehr schnell gehen, kann sich aber unter Umständen über mehrere Monate oder Jahre hinweg ziehen. Der Konsum von Drogen kann deshalb in verschiedene Stadien eingeteilt werden. Wichtig dabei ist festzuhalten, dass experimenteller Konsum oder der Konsum zum Genuss zu einer Abhängigkeit führen können, aber keinesfalls müssen. Ob eine Abhängigkeit entsteht, hängt von unzähligen Faktoren ab, welche in Kapitel 3.3. „Entstehung einer Abhängigkeit“ genauer ausgeführt werden.

*Experimentierkonsum:* Jugendliche müssen viele Entwicklungsaufgaben bewältigen und zunehmend Ansprüchen von aussen gerecht werden (Kindermann, 1989, S.7-8). Der experimentelle Drogenkonsum gehört dabei für viele Jugendliche zum „normalen“ Entwicklungsverlauf, wobei eigene Konsumgrenzen getestet werden (Kim, 2003, S.66). Hierbei sind vor allem Motive wie Neugierde, der Wunsch nach neuen Erfahrungen, die Suche nach Vergnügen, die Anpassung an Gruppennormen oder auch der Gruppendruck ausschlaggebend (Sucht Schweiz, n.d.b).

*Genuss oder risikoarmer Konsum:* Drogen können lediglich zum Genuss konsumiert werden und ein risikoarmer Konsum ist möglich. Wird die Droge als Genussmittel verwendet, so wird sie massvoll konsumiert, so dass weder für die Person selbst, noch für andere ein Schaden entsteht (Akzent Prävention und Suchttherapie, 2013, S.7). Unter risikoarmem Konsum wird ein gelegentlicher, tiefdosierter Konsum verstanden, welchen der Konsument gut unter Kontrolle hat (Eidgenössische Kommission für Drogenfragen [EKDF], 2006, S.40). Bei der Verwendung des Begriffs „risikoarm“ ist jedoch Vorsicht geboten und er soll nicht unterstützend wirken, um den Konsum zu verharmlosen. Risikoarm bedeutet nicht, dass keine Risiken entstehen, denn einen Drogenkonsum ohne Risiko gibt es nicht (vgl. Rave It Safe, n.d.).

*Problematischer Konsum (Missbrauch):* Ein problematischer Konsum wird einerseits als Risikokonsum, bei welchem Probleme zwar noch nicht sichtbar, unterschwellig jedoch vorhanden sind, und andererseits als gesundheitsschädigender Konsum bezeichnet. Dabei liegen Probleme in physischen, psychischen und/oder sozialen Bereichen vor (EKDF, 2006, S.40-

41). Diese Definition lässt sich mit derjenigen der WHO vereinbaren, die zwar nicht von problematischem Konsum, jedoch von Missbrauch spricht. Ein Missbrauch liegt nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) dann vor, wenn es durch den Konsum von psychotropen Substanzen zu einer körperlichen und/oder psychischen Gesundheitsschädigung kommt. Beispiele dafür sind: durch den Konsum von Cannabis oder anderen Substanzen ausgelöste Psychosen oder depressive Episoden sowie Infektionen mit Krankheiten durch unsteriles Injektionsmaterial (WHO, 2010a, S.76). Negative soziale Folgen, wie zum Beispiel Unstimmigkeiten im Freundeskreis aufgrund des Drogenkonsums, reichen alleine nicht aus, um von einem schädlichen Konsum sprechen zu können (WHO, 2010b, S.98).

Eine *Abhängigkeit* bezeichnet laut WHO eine Krankheit und liegt nach ICD-10 dann vor, wenn mindestens drei der folgenden Kriterien während des letzten Jahres zutrafen:

- Starkes Verlangen (Craving) oder eine Art Zwang die Substanz zu konsumieren
  - Verminderte Kontrollfähigkeit über den Konsum
  - Körperliche Entzugssymptome, wenn der Konsum gestoppt oder reduziert wird
  - Toleranzbildung: Dosis muss erhöht werden, um die gleiche Wirkung zu erzielen
  - Vernachlässigung anderer Interessen, erhöhter Zeitaufwand für die Beschaffung, für den Konsum oder für die Erholung vom Konsum
  - Anhaltender Konsum trotz Nachweises eindeutiger, schädlicher Folgen
- (WHO, 2010b, S.99)

Auch die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) steuert mit ihrer Definition in dieselbe Richtung wie die WHO. Laut EKDF liegt nämlich eine Abhängigkeit vor, wenn der Konsum schwerwiegende Auswirkungen mit sich bringt, die der Konsument oder die Konsumentin nicht unter Kontrolle hat, obwohl die Konsumprobleme bekannt sind (EKDF, 2006, S.41).

Grundsätzlich kann zwischen zwei Arten von Abhängigkeit unterschieden werden. Die *körperliche Abhängigkeit* entsteht, wenn sich der Körper bei häufigem Konsum an die Wirkung der Substanz anpasst. Dies führt zu einer Toleranzentwicklung und die Dosis muss stetig erhöht werden, damit die gewünschte Wirkung eintritt. Wird nicht konsumiert, kommt es zum Teil zu Entzugerscheinungen wie Schwitzen, Zittern, Krämpfen und Übelkeit (Winter, 2003, S.39). Bei der *psychischen Abhängigkeit* werden Drogen benötigt, um sich einerseits wohl fühlen oder andererseits um Probleme bewältigen und schlechte Stimmung aufhellen zu können (S.38). Häufig wird dabei ein starker Drang zum Konsum („Craving“) verspürt und auf die Wirkung kann oder will nicht mehr verzichtet werden (Sucht Schweiz, n.d.a).

Ein körperlicher Entzug ist meist sehr schmerzhaft und unter Umständen auch gefährlich, weshalb er meist mit Medikamenten unterstützt wird. Er ist jedoch nach einigen Tagen vor-

bei. Eine psychische Abhängigkeit zu überwinden, benötigt hingegen viel mehr Zeit und dauert oft über Monate, gar Jahre an. Das Craving muss überwunden, Lebensgewohnheiten müssen aufgegeben und neue Strategien zur Befriedigung von Gefühlen, wie auch zur Bewältigung von Problemen müssen (wieder) erlernt werden (vgl. Sucht Schweiz, n.d.a.).

Typische Anzeichen auf einen Drogenkonsum sind meist erst in späteren Stadien, respektive bei einer Abhängigkeit, ersichtlich. Es gibt Indizien, die bereits auf einen problematischen Konsum oder andere Konsummuster hinweisen können. Wie später in dieser Arbeit ersichtlich wird, sind diese schwieriger zu erkennen.

### **3.3. Entstehung einer Abhängigkeit**

Heutzutage wird vermehrt davon ausgegangen, dass eine Suchterkrankung multikausal bedingt ist. Das heisst, verschiedene biologische, psychologische und umweltspezifische Faktoren beeinflussen den Konsum von psychoaktiven Substanzen und eine möglicherweise daraus resultierende Abhängigkeit (Glantz & Pickens, zit. bei Lieb, 2005, S.3). In der Fachliteratur werden verschiedenste Entstehungstheorien diskutiert und praktisch alle Bezugswissenschaften der Sozialen Arbeit können einen Beitrag zur Begründung von Abhängigkeitsentwicklung leisten. Da im Rahmen dieser Arbeit nicht alle Theorien aufgegriffen werden können, musste eine Eingrenzung getroffen werden. Weil eine immer grössere Bedeutung den multifaktoriellen Modellen zukommt, wird zum einen darauf genauer eingegangen. Zum anderen wird das Bewältigungsmodell von Böhnisch vorgestellt. Dieses bietet Erklärungsansätze für Abweichendes Verhalten, worunter Sucht eingeordnet werden kann. Zudem stellt Böhnisch, aufbauend auf dem Bewältigungskonzept, verschiedene Interventions- und Arbeitsprinzipien für die Soziale Arbeit vor, welche nachhaltige Interventionen in das biografische Geschehen fördern (vgl. Böhnisch, 2008, S.290-330).

#### **3.3.1. Das Modell der Sucht-Trias**

Um Antworten auf die Frage, weshalb einige Menschen nie Drogen konsumieren, andere lediglich damit experimentieren und wiederum andere abhängig werden, zu finden, reicht es nicht aus, nur eine Theorie zu betrachten. Ein Versuch, unterschiedlichen Theorien angemessene Bedeutung zukommen zu lassen, ist der bio-psycho-soziale Erklärungsansatz. Dieser berücksichtigt bei der Analyse von Abhängigkeitsentstehung körperliche, psychologische und soziale Entstehungsbedingungen und deren Zusammenhänge. Ein Modell dieses Ansatzes, welches sich in den letzten Jahren erfolgreich durchgesetzt hat, ist die Sucht-Trias (Sucht Schweiz, 2013, S.3-4). Dieses betrachtet den Drogenkonsum und dessen Abhängigkeit als Resultat des Zusammenwirkens verschiedener Faktoren in der Person, der Umwelt und der Droge. Das Konzept ist sehr allgemein gehalten und enthält keine spezifischen Aussagen über explizite Ursachen oder Bedingungsbeziehungen (Bühringer & Türk, 1999,

S.586). Dies ermöglicht es, verschiedene Theorien aus Wissenschaftsdisziplinen wie zum Beispiel der Psychologie, Soziologie, Genetik, Neurologie usw. darin einzuordnen (Sucht Schweiz, 2013, S.4), wobei sie innerhalb dieser Trias unterschiedliche Schwerpunkte setzen (Blum & Sting, 2003, S.34).

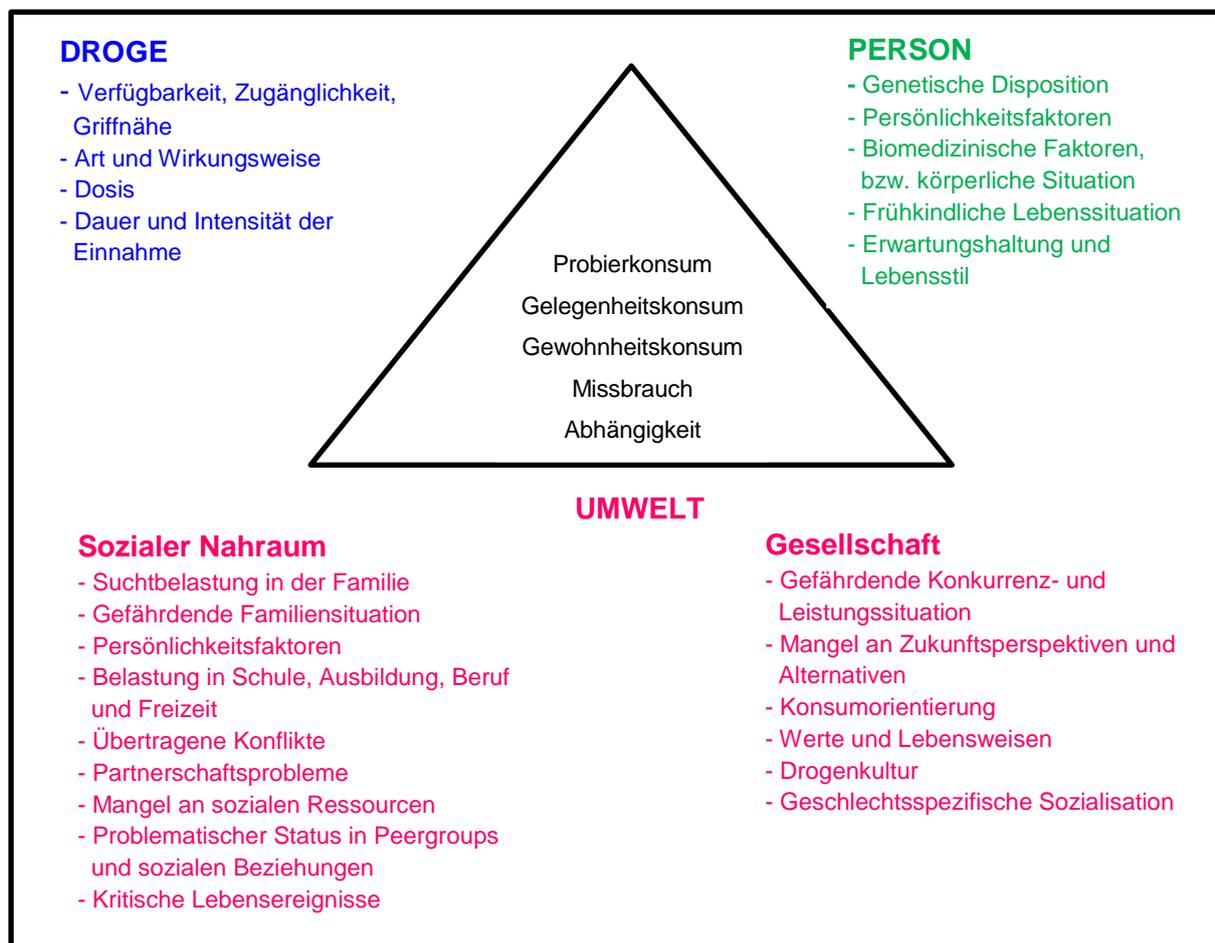


Abbildung 1: Trias der Suchtursachen (Blum & Sting, 2003, S.35)

Blum & Sting (2003, S.33-34) beschreiben die drei Komponenten der Suchttrias wie folgt:

Die *Droge* spielt bei der Entstehung einer Abhängigkeit insofern eine Rolle, wie sie wirkt und wie lange sie mit welcher Häufigkeit eingenommen wird sowie die Zugänglichkeit dazu.

Die *Person* wird durch die Bildung der Persönlichkeit im Entwicklungsverlauf geprägt und beinhaltet unter anderem genetische Dispositionen sowie prägende frühkindliche Lebenserfahrungen. So machte bereits Hurrelmann darauf aufmerksam, dass frühkindliche Lebenserfahrungen zu einer Störung der Beziehungsdynamik führen oder Probleme in der Bewältigung von Entwicklungsanforderungen nach sich ziehen und so zu Verhaltensauffälligkeiten wie Sucht führen können (zit. in Blum & Sting, 2003, S.34).

Die *Umwelt* wird in den sozialen Nahraum und die Gesellschaft aufgeteilt. Faktoren dieser Bereiche können auf eine Suchtentwicklung begünstigend wirken.

Die Inhalte der verschiedenen Komponenten können zusätzlich als Teil von möglichen Risikofaktoren, die einen Drogenkonsum begünstigen, betrachtet werden. Es gilt jedoch zu beachten, dass viele Menschen trotz mehreren Risikofaktoren keine Abhängigkeit entwickeln (Sucht Schweiz, n.d.a.).

### **3.3.2. Das Bewältigungskonzept nach Böhnisch**

Für das Verstehen „von Abweichendem Verhalten gilt, dass dieses solchermassen öffentlich etikettierte und sanktionierte Verhalten in seinem Kern auch als Bewältigungsverhalten, als subjektives Streben nach situativer und biografischer Handlungsfähigkeit und psychosozialer Balance in kritischen Lebenssituationen und -konstellationen erkannt wird“ (Böhnisch, 2010, S.11). Abweichendem Verhalten kann nebst Sucht unter anderem auch Gewalt und Autoaggressivität zugeordnet werden (vgl. S.12-14).

Lebenskonstellationen werden von Menschen dann als kritisch erlebt, wenn ihre personalen und sozialen Ressourcen für die Bewältigung von Problemen nicht mehr ausreichen. Ist das psychosoziale Gleichgewicht zwischen Selbstwert, sozialer Anerkennung und Selbstwirksamkeit gefährdet oder nicht mehr gegeben, so strebt das Individuum danach, die subjektive Handlungsfähigkeit in Lebenssituationen um jeden Preis zu erhalten und das Gleichgewicht wieder herzustellen<sup>6</sup>. Dies wird als Lebensbewältigung verstanden. Handlungsfähigkeit beinhaltet sozialer Rückhalt, wie auch soziale Integration. Abweichendes Verhalten zeichnet sich somit dadurch aus, dass in kritischen Lebenssituationen die Bewältigung nicht mehr normkonform angestrebt werden kann. Dies führt dazu, dass Betroffene sozialen Anschluss und Anerkennung dort suchen, wo es ihnen am realistischsten erscheint, was nicht selten deviante Konstellationen sind (Böhnisch, 2008, S.33-34). Ein Beispiel dafür ist ein Jugendlicher, der in sozial anerkannten Gruppen abgelehnt wird, und sich deshalb einer Gruppe mit von der Gesellschaft abgelehnten oder risikoreichen Verhaltensweisen anschliesst. Konsumieren die Mitglieder dieser Gruppe, so führt dies höchstwahrscheinlich zu eigenem Drogenkonsum (Kindermann, 1989, S.8).

Böhnisch erwähnt weiter die verschiedenen, typischen Bewältigungsaufgaben in den einzelnen Lebensaltern (Kindheit, Jugend, Erwachsenen- und Erwerbsalter, Alter), welche in der

---

<sup>6</sup> Sind Selbstwert, soziale Anerkennung und Selbstwirksamkeit nicht mehr gegeben, so können Erfahrungen des Selbstwertverlusts, Erfahrungen fehlenden sozialen Rückhalts und Erfahrungen sozialer Orientierungslosigkeit gemacht werden. Suchtmittelkonsumierende Menschen, besonders Abhängige, äussern in solchen Situationen des Ungleichgewichts nicht selten den Wunsch, ein „normales“ Leben zu haben. Diese Komponenten können in einem Dreieckkreismodell (siehe Anhang) dargestellt werden.

entgrenzten Gesellschaft<sup>7</sup> bewältigt werden müssen (Böhnisch, 2008, S.41-42). Kann ein Betroffener oder eine Betroffene diese Anforderungen nicht (mehr) mit normkonformen Strategien bewältigen, so kommt es zu Abweichendem Verhalten, wie zum Beispiel Drogenkonsum. So kann Substanzkonsum auch als Bewältigungsstrategie angesehen werden, um in erster Linie vorhandene Probleme lösen zu können.

---

<sup>7</sup> Entgrenzte Gesellschaft: Im Laufe der Zeit haben sich Strukturen der Lebensläufe und Lebenslagen verändert. Lebensläufe sind heutzutage nicht mehr bestehend aus einer Normalarbeitsbiographie. Vielmehr können Übergänge in Ausbildung, Arbeit und Ruhestand wie auch die Zeit für Familie und Freizeit autonom gestaltet werden. Es gibt keine klare Orientierung und soziale Verlässlichkeiten mehr. Das bedeutet, dass zum Beispiel Arbeits- und Familienzeit ineinander übergeht, dass erlernte Berufe nicht mehr tragen und dass das Lernen nicht mehr auf die traditionelle Schulzeit begrenzt ist, sondern lebenslang abverlangt wird. Dadurch entstehen entgrenzte Lebensläufe. Diese Entgrenzung bringt einerseits viele Chance und Optionen für Menschen. Andererseits werden durch diese Entgrenzungsdynamiken immer wieder neue wie auch kritische Lebensereignisse freigesetzt. Einige Menschen können zeitweise mit der Bewältigung dieser Aufgaben und Anforderungen überfordert sein (Böhnisch, 2008, S.31-33).

## **4. Früherkennung**

### **4.1. Zum Begriff „Früherkennung“**

In der Literatur bestehen unterschiedliche Definitionen von Früherkennung und deren Zielgruppen. Häufig bezieht sich die Definition darauf, gefährdete Personengruppen, vor allem Kinder und Jugendliche, zu identifizieren und eine Abhängigkeit möglichst früh in ihrer Entwicklung zu erkennen, damit möglichst frühzeitig unterstützende Massnahmen eingeleitet werden können (vgl. Suchtpräventionsstelle Stadt Zürich, 2010, S.4-9 ; Fachverband Sucht & RADIX, 2011, S.1). Wie bereits erwähnt, werden in dieser Arbeit alle Altersgruppen, ausser jene der Kinder, wie auch unterschiedliche Stadien von Drogenkonsum berücksichtigt. Früherkennung kann im eigentlichen Sinne der Erkennung einer Drogenproblematik im Anfangsstadium dienen. Sie soll im Falle dieser Arbeit jedoch nicht darauf beschränkt werden. Unter Früherkennung wird hier vor allem verstanden, dass ein Drogenkonsum oder eine Abhängigkeit möglichst früh in der Zusammenarbeit mit Klienten und Klientinnen erkannt wird. Zielgruppe der Früherkennung auf Sozialdiensten stellen so zum Beispiel junge Erwachsene, welche einen risikoreichen Drogenkonsum aufweisen, oder auch ältere Menschen, bei welchen sich bereits eine Abhängigkeit manifestiert hat, dar. So oder so gilt es, sich entwickelnde oder bereits verfestigte Abhängigkeiten so schnell wie möglich zu erkennen, um (weitere) schädliche Folgen zu verhindern oder bereits bestehende zu vermindern.

### **4.2. Die Bedeutung von Früherkennung auf Sozialdiensten**

Es könnte die Frage aufkommen, weshalb eine Früherkennung von Drogenkonsum auf Sozialdiensten überhaupt notwendig ist und weshalb sich Sozialdienste dafür verantwortlich fühlen sollten. Die Wichtigkeit von Früherkennung auf Sozialdiensten wird deshalb im Folgenden erläutert.

Eine Herausforderung der Früherkennung, sei dies im Kinder-/ Jugend- oder Erwachsenenalter, ist die Erreichbarkeit der Betroffenen. Früherkennung ist eine Gemeinschaftsaufgabe von Bezugs- und Fachpersonen (Bachmann, Fabian & Kläusler-Senn, 2011, S.7). Dies verdeutlicht das Würfelmodell. Dieses zeigt unter anderem auf, dass gefährdete Personen, wie auch Menschen mit einer manifestierten Sucht oder anderen Konsummustern in verschiedenen Arbeitsfeldern erkannt werden können. Dazu gehört unter anderem das Arbeitsfeld „Soziales“ (Suchtpräventionsstelle Stadt Zürich, 2010, S.7-8), worin sich Sozialdienste finden lassen. Sozialarbeitende auf dem Sozialdienst erhalten Zugang zu Suchtmittelkonsumierenden, welche sich in einer finanziellen Problemlage befinden. Es ist nicht zu vergessen, dass viele Drogenabhängige bereits frühzeitig zu Sozialhilfebezügern und -bezügerrinnen werden, weshalb der Früherkennung auf Sozialdiensten zusätzliche Bedeutung zukommt. Die körper-

liche und kognitiv-psychische Leistungsfähigkeit wird durch den Suchtverlauf erheblich beeinträchtigt, wodurch Betroffene kaum oder nur noch eingeschränkt einer Arbeit nachgehen können, sofern sich überhaupt eine Arbeitsstelle finden lässt (Täschner, Bloching, Bühringer & Wiesbeck, 2010, S.48). Drogenkonsumierende, die Sozialhilfeleistungen beziehen, sind jedoch nicht zwingend mit anderen Institutionen vernetzt. Dadurch erhält der Sozialdienst die Möglichkeit Suchtmittelkonsumierende zu erreichen, welche sonst bei keiner sozialen Institution angeschlossen sind.

Es wurde zum Beispiel belegt, dass Schwierigkeiten bei der Erreichung und Früherkennung von Erwachsenen mit problematischem Alkoholkonsum bestehen. Nebst Ärzten und Ärztinnen oder der Alterspflege können auch Sozialdienste zentrale Aufgaben in der Früherkennung wahrnehmen. Dies kann anschliessend eine Motivierung zur Verhaltensänderung und/oder Triagen zu Fachstellen bedeuten (Bachmann, Fabian & Kläusler-Senn, 2010, S.7).

Drogenkonsum kann bei Konsumierenden zu vielfältigen Schädigungen und zu einem Verlust der Autonomie führen. Der Konsum kann sich zusätzlich negativ auf das Umfeld der Person auswirken (Akzent, 2013, S.9). Früherkennung ist insofern sinnvoll, da (wenn noch nicht vorhanden) einer Verfestigung von Störungen oder Beeinträchtigungen durch Suchtmittelkonsum und deren möglichen Spätfolgen vorgebeugt werden kann (Suchtpräventionsstelle Stadt Zürich, 2010, S.9-10). Zudem steigt durch eine Früherkennung die Chance, dass die Person früher mit geeigneten Hilfsangeboten unterstützt werden kann, wodurch eine Verbesserung der aktuellen Lebenssituation ermöglicht wird (Akzent, 2013, S.5). Sollte es bereits zu Schädigungen gekommen sein, können schadensmindernde Massnahmen in Betracht gezogen werden. Indem langfristigen gesundheitlichen, psychischen, sozialen, wie auch gesellschaftlichen Schädigungen vorgebeugt und von wenig sinnvollen Massnahmen abgesehen wird, können zudem Kosten gespart werden.

Nicht zuletzt ergeben sich der Auftrag und die Ziele der Sozialhilfe durch das Sozialhilfegesetz. Laut Art.3 SHG leistet sie Prävention, Hilfe zur Selbsthilfe, gleicht Beeinträchtigungen aus, behebt Notlagen, verhindert die Ausgrenzung und fördert die Integration. Indem auf Früherkennung von Drogenkonsum bewusst geachtet wird, können diese Ziele effizienter umgesetzt werden. An dieser Stelle gilt es festzuhalten, dass Früherkennung „als unterstützender und fördernder Ansatz anerkannt und nicht einseitig als repressiv-erzieherisches Mittel missbraucht“ (Fabian & Kläusler-Senn, 2011, S.42) werden soll.

## 5. Indizien, die auf Drogenkonsum hinweisen können

In der Literatur lassen sich Wirkungsweisen, Entzugssymptome sowie Folgen des Drogenkonsums finden, welche auf mögliche Indizien schliessen lassen. Diese sind allgemein formuliert und nicht zwingend typisch für das Erkennen auf Sozialdiensten. Wer sich der Einflüsse auf Körper, Psyche und Soziales bewusst ist, erkennt jedoch eher auftauchende Indizien in der Zusammenarbeit mit Klienten und Klientinnen. Es wird nur auf jene körperlichen und psychischen Folgen eingegangen, welche unter Umständen auf Sozialdiensten und ohne grosses medizinisches Wissen wahrgenommen werden könnten. Die folgende Auflistung ist nicht abschliessend und erteilt der Leserschaft nur einen kleinen Einblick. Indizien, die speziell auf Sozialdiensten erkannt werden können, werden mit Hilfe von Experteninterviews im praktischen Teil dieser Bachelor-Thesis erarbeitet. An dieser Stelle soll erwähnt sein, dass es sich bei Indizien um Anzeichen und nicht um Beweise handelt. Ein Indiz kann auf einen Drogenkonsum hinweisen, muss aber nicht. Ihm können auch andere Ursachen zugrunde liegen. Ob ein Konsum oder gar eine Abhängigkeit vorliegt, gilt es in jedem Fall abzuklären. Dafür bedarf es einer umfassenden und professionellen Analyse.

### 5.1. Wirkungsweisen und Folgen des Drogenkonsums

Im Folgenden werden mögliche Indizien in fünf Bereiche (Beziehungsebene, emotionale Ebene, Verhaltensebene, körperliche Ebene, Lebenssituation) aufgeteilt. Die Aufteilung wurde in Anlehnung an den Beobachtungsbogen von Morell & Burri (vgl. ZÜFAM, n.d., S.18-20) vorgenommen. Auf die Unterscheidung nach Substanzen wird verzichtet, da verschiedene Substanzen oftmals ähnliche oder gleiche Indizien hervorrufen und dadurch eine Einteilung erschwert wird. Zudem ist ein Mischkonsum häufig, wodurch es schwierig wird, bestimmte Anzeichen nur einer Substanz zuzuschreiben. In einem ersten Schritt geht es vor allem um das Erkennen von Konsum und nicht um welche Drogen es sich handelt. Dies ist in einem weiteren Schritt und für eine Interventionsplanung zwar unabdingbar, es würde aber den Rahmen sprengen, würden alle Substanzen mit ihren Eigenschaften und Folgen aufgezählt. Auch auf Unterschiede zwischen Jung und Alt wird bewusst verzichtet, da es falsch wäre, bestimmte Indizien nur auf eine Altersgruppe zu beziehen. In Kapitel 5.2. „Schwierigkeiten“ wird allerdings auf einige Schwierigkeiten beim Wahrnehmen von Indizien eingegangen, wobei Altersklassen eine Rolle spielen können. Die Auflistung sind Indizien, die sich aus unmittelbaren Wirkungsweisen (inkl. Nebenwirkungen), längerfristigen Folgen oder Entzugerscheinungen zusammenstellen. Diese Indizien können durch Gesprächsinhalte und das Verhalten sowie Auftreten einer Person oder aber durch Mitteilungen von aussen (wie zum Beispiel durch Angehörige, durch die Zusammenarbeit mit weiteren Fachpersonen oder auch durch Arztrechnungen etc.) wahrgenommen werden.

<p>Beziehungsebene</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausschluss aus sozialen Systemen (Arbeitswelt, Familie, Freundeskreis etc.)</li> <li>- Sozialer Rückzug, Abbruch von Beziehungen sowie Vereinsamung und Isolation</li> <li>- Verslossenheit</li> <li>- Verheimlichung, Lügen und Vertuschen</li> <li>- Konflikte in der Familie (Häusliche Gewalt, Trennung oder Scheidung etc.)</li> </ul> <p>(Güdel, 2013a, S.39 ; ZÜFAM, n.d., S.19)</p>
<p>Emotionale Ebene</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abnehmende Lebensfreude</li> <li>- Reizbarkeit und Aggressivität</li> <li>- Starke Stimmungsschwankungen</li> <li>- Persönlichkeitsveränderung wie Apathie oder Interessenverlust</li> <li>- Depressive oder ängstliche Stimmung</li> <li>- Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen<sup>8</sup></li> <li>- Enthemmung</li> </ul> <p>(Akzent, 2013, S.15-17 ; Schmidt, 1999, S.78-79 ; WHO, 2010a, S.67 ; ZÜFAM, n.d., S.19)</p>
<p>Verhaltensebene</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stress (als Folge ungünstiger Lebensbedingungen)</li> <li>- Unruhe</li> <li>- Nervosität</li> <li>- Wechsel zwischen Schläfrigkeit und Überaktivität</li> <li>- Scheint unmotiviert, verminderter Antrieb oder aber übermässige Energie und Euphorie</li> <li>- Konzentrationsmangel, geringes Durchhaltevermögen</li> <li>- Hirnleistungsstörungen: Vergesslichkeit, Probleme, Neues zu lernen oder Gedächtnislücken, reduzierte Merkfähigkeit</li> <li>- Beeinträchtigte Leistungsfähigkeit (zum Beispiel am Arbeitsplatz)</li> <li>- Koordinations- / Artikulationsstörungen</li> <li>- Verwaschene Sprache, lallend</li> <li>- Verwirrtheit und/oder Halluzinationen, paranoide Vorstellungen oder substanzinduzierte Psychosen</li> <li>- Selbstüberschätzung</li> <li>- Unentschuldigtes Fehlen, Zuspätkommen oder Abmelden</li> <li>- Unzuverlässigkeiten häufen sich</li> </ul> <p>(Akzent, 2013, S.17 ; Güdel, 2013a, S.39 ; Kutschke, 2012, S.141-142 ; Rehwald, Reineke, Wienemann &amp; Zinke, 2012, S.45 ; Schmidt, 1999, S-78-79 ; Thoms, 2012, S. 165 ; WHO, 2010a, S.66 ; ZÜFAM, n.d., S.20)</p>

<sup>8</sup> Chronischer Drogenkonsum kann zu Komorbiditäten (Begleiterkrankungen), wie affektive Störungen, Persönlichkeits- oder Angststörungen sowie Psychosen führen. Oft ist jedoch nicht klar erkennbar, ob dies substanzinduzierte Störungen sind, oder ob die Störungen bereits vorher vorhanden waren und der Drogenkonsum eine Art Reaktion, wie Selbstmedikation, darauf darstellt (vgl. Kruse et al., 2000, S.333-335 ; vgl. Maier, Franke & Linz, 1999, S.83-85).

<p>Körperliche Ebene und Aussehen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gleichgewichtsstörungen</li> <li>- Übermässig viele Stürze und Verletzungen</li> <li>- Frakturen und Verletzungen oder gar Messerstichverletzungen aufgrund von Auseinandersetzungen</li> <li>- Mundgeruch, „Fahne“ (Bonbons oder Parfum zum Überdecken)</li> <li>- Schlechte Zahnhigiene</li> <li>- Mangelnde Körperhygiene, ungepflegtes Erscheinungsbild bis zur Verwahrlosung oder im Gegenteil: übermässig geschminkt und auf Erscheinungsbild achtend</li> <li>- Entzündete und eingestochene Venen</li> <li>- Hautveränderungen</li> <li>- Entzugssymptome (zum Beispiel zitternde Hände oder starkes Schwitzen)</li> <li>- Schlafstörungen</li> <li>- Appetitstörungen, Mangelernährung und Gewichtsabnahme</li> <li>- Infektionskrankheiten (HIV-AIDS, Hepatitis etc.)</li> <li>- Lebererkrankungen (Leberzirrhose, Fettleber etc.)</li> </ul> <p>(Akzent, 2013, S.17 ; Kruse, Körkel &amp; Schmalz, 2000, S.63-68 ; Kutschke, 2012, S.83; 142; 190 ; Schmidt, 1999, S.77-79 ; Täschner et al., 2010, S.30-32;46 ; WHO, 2010a, S.68 ; ZÜFAM, n.d., S.20)</p>
<p>Lebenssituation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obdachlosigkeit</li> <li>- Abbruch von Schule oder Ausbildung durch Überforderung</li> <li>- Arbeitsplatzverlust oder Probleme am Arbeitsplatz</li> <li>- Schulden</li> <li>- Beschaffungsprostitution und Beschaffungskriminalität (Einbrüche, Diebstahl etc.)</li> <li>- Strafvollzug und Bussen zum Beispiel wegen Verstoss gegen das Betäubungsmittelgesetz oder Verkehrsunfälle unter Drogeneinfluss, Gewalt</li> </ul> <p>(Abstein, 2012, S.7 ; Akzent, 2013, S.17 ; Güdel, 2013a, S.39 ; Kutschke, 2012, S.190 ; Ladewig, 2002, S.57 ; Täschner et al., 2010, S.47)</p>

Tabelle 1: Indizien, die auf Drogenkonsum hinweisen können (Eigene Zusammenstellung)

Eine Drogenabhängigkeit kann bereits beim Erstgespräch mit einem Klienten oder einer Klientin gegeben sein. Manchmal entsteht ein Drogenkonsum und eine sich entwickelnde Drogenabhängigkeit aber erst während der Zusammenarbeit. Besonders weil der Sozialdienst zum Teil konstante Begleitungen über längere Zeit übernimmt, sollten Sozialarbeitende ein Sensorium für mögliche Indizien entwickeln, um einen problematischen Drogenkonsum oder eine Abhängigkeit möglichst schnell wahrzunehmen und handeln zu können.

## 5.2. Schwierigkeiten

Beim Erkennen von Indizien, respektive von Drogenkonsum, können unterschiedliche Schwierigkeiten auftauchen. Einige davon werden im Folgenden beschrieben.

Auch wenn die Mehrheit in der Adoleszenz mit dem Drogenkonsum beginnt (Kindermann, 1989, S.7-8), darf nicht vernachlässigt werden, dass es durchaus ältere Leute gibt, die erst in späteren Lebensaltern in den Drogenkonsum einsteigen<sup>9</sup>. Eine Abhängigkeit zu erkennen, wird jedoch im Alter<sup>10</sup> schwieriger. Durch Mehrfacherkrankungen werden etwa Entzugsscheinungen, wie zum Beispiel Zittern oder Ängste weniger als solche wahrgenommen oder die soziale Kontrolle durch soziale Netzwerke ist kleiner, da diese mit zunehmendem Alter zurückgehen (Fleischmann, 1999, S.171-172). Bei älteren Personen besteht die Gefahr, dass Indizien, die auf Drogenkonsum hinweisen, in erster Linie dem Alter zugeschrieben und nicht als solche erkannt werden.

Bei einer Medikamentenabhängigkeit gilt besonders zu beachten, dass Medikamentenkonsum Gesundheitsbemühungen zum Ausdruck bringt und dadurch eher als positives Verhalten betrachtet wird (Elsesser & Sartory, 2001, S.40). Umso älter Menschen werden, desto normaler wird auch ein hoher Medikamentenkonsum angesehen (Fleischmann, 1999, S.172). Da Medikamente ein hohes Abhängigkeitspotential in sich tragen<sup>11</sup>, gilt es ein besonderes Augenmerk auf Anzeichen eines Medikamentenmissbrauchs zu legen.

Im Gegensatz zum Alter gilt die Jugendzeit als Phase des Austestens von Regeln und Grenzen (Böhnisch, 2010, S.113). Dazu kann auch der Konsum von Drogen gehören. Besonders bei jungen Erwachsenen gilt es aufzupassen, dass Betroffene nicht auf eine Sucht reduziert werden, nur weil zum Beispiel mit Substanzen experimentiert wurde. Gefahr besteht darin, dass jemand, der mit einem Etikett belegt wurde (Labeling-Approach), sich mit der Zeit entsprechend seiner zugeschriebenen Rolle zu verhalten beginnt. Dies weil die Selbstdefinition des eigenen Verhaltens durch die Etikettierung erheblich eingeengt wird (Böhnisch, 2010, S.56-57). Es gilt jedoch für alle Altersstufen, dass Personen nicht auf eine Sucht oder den Drogenkonsum reduziert werden dürfen.

---

<sup>9</sup> Besondere Risikofaktoren um im Alter mit dem Drogenkonsum zu beginnen sind zum Beispiel der Arbeitsplatzverlust oder eine Berentung und der damit verbundene Verlust von Wertschätzung, der Verlust oder eine lange Krankheit des Partners oder der Partnerin oder psychische Erkrankungen sowie Vereinsamung (Vossman & Geyer zit. nach Kutschke, 2012, S.68). Dies sind Faktoren, die durchaus Gesprächsinhalte auf Sozialdiensten darstellen können.

<sup>10</sup> Wann jemand als „alt“ bezeichnet wird, ist unterschiedlich. Da in der Regel mit 65 Jahren die AHV für den Lebensunterhalt von Menschen aufkommt und der Sozialdienst nicht weiter zuständig ist, werden hier auch Person unter 65 Jahren miteinbezogen.

<sup>11</sup> Besonders Benzodiazepine weisen ein hohes Abhängigkeitspotential auf und sind die am meisten missbräuchlich verwendeten Medikamente (Elsesser & Sartory, 2001, S.20-21).

## **6. Professioneller Umgang**

Werden Indizien, welche auf eine Drogenabhängigkeit hinweisen können, wahrgenommen oder ist nach weiteren Abklärungen klar, dass eine Sucht oder ein problematischer Konsum vorliegt, so muss professionell mit diesem Wissen umgegangen werden. Der professionelle Umgang kann sich entweder auf den Umgang mit Verdacht oder auf das Wissen einer bestehenden Sucht oder eines Drogenkonsums, der sich (noch) nicht in einer Abhängigkeit manifestiert hat, beziehen. In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, wie professionell mit dem Verdacht auf Drogenkonsum, respektive dem sicheren Wissen davon, umgegangen werden kann.

### **6.1. Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit**

Um zu verdeutlichen, was unter professionellem Handeln verstanden wird und was es alles beinhalten kann, wird im Folgenden auf das Prozessmodell der kooperativen Prozessgestaltung von Hochuli Freund und Stotz eingegangen. Diese Modelle werden verwendet, um den Prozess professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit fassen zu können (Hochuli Freund & Stotz, 2013, S.134).

#### **6.1.1. Kooperative Prozessgestaltung**

Das Prozessmodell von Hochuli Freund und Stotz ist auf Anforderungen an professionelles Handeln aufgebaut (2013, S.129). Die Strukturmerkmale und -probleme professionellen Handelns sind Teil dieser Anforderungen und werden hier zuerst aufgegriffen, bevor das Modell vorgestellt wird. Diese bieten einen Katalog, was professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit beinhaltet. Als Zielsetzung der Sozialen Arbeit gelten die Wahrung der „sozialen Gerechtigkeit“ und der Würde von Menschen, der Beitrag zur „sozialen Integration“ sowie die Hilfe bei der Bewältigung von individuellen Problemlagen und der anwaltschaftlichen Vermittlung zwischen der Gesellschaft und dem selbständigen und autonomen Individuum. Dieser allgemeine Auftrag der Sozialen Arbeit dient als Leitplanke für professionelles Handeln (S.36).

Eine geringe Spezialisierung, wie auch eine unklare Zuständigkeit, benannt als „diffuse Allzuständigkeit komplexer Probleme“ sind bestimmend für die Soziale Arbeit. Dabei entsteht ein mehrfacher Problembearbeitungsfokus. Dieser ist einerseits auf die Veränderung einer Person und ihrer Lebensweisen und andererseits auf die Veränderung der Lebensbedingungen gerichtet. Dies führt dazu, dass eine Ungewissheit besteht, was der Fall ist, wo der Unterstützungsschwerpunkt und was in der eigenen Zuständigkeit liegt. Dies sind erste Strukturmerkmale professionellen Handelns. Für konkrete Fälle kann daraus geschlossen werden,

dass die Thematik des Falls zuerst eingeschätzt und die eigene Zuständigkeit geklärt werden muss. Die professionelle Unterstützung eines Klienten oder einer Klientin kann oft nur in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Fachpersonen durchgeführt werden (S.45-48; S.59).

Schwierigkeiten des professionellen Handelns bilden sich unter anderem in der Einbettung in bürokratische Organisationen. Gildemeister und Galuske verweisen darauf, dass Soziale Arbeit einem komplexen Recht unterliegt, meist abhängig von staatlicher Finanzierung ist und geregelte Verfahrensabläufe zu befolgen hat (zit. in Hochuli Freund & Stotz, 2013, S.48). Sozialarbeitende handeln somit innerhalb der Bereiche sozialer Kontrolle und sozialpolitischer Interventionen. Professionelles Handeln in Beratung und Begleitung orientiert sich allerdings an der Autonomie der Klientel und der individuellen Lebenslagen. Mit dieser Problematik verbunden, findet sich auch das „Doppelte Mandat“. Dieses Spannungsfeld verschiedener Anforderungen kann nicht aufgehoben werden. Um die Professionalität zu sichern, müssen diese Widersprüche immer wieder fallbezogen reflektiert und die Kontrollfunktion gegenüber Klienten und Klientinnen transparent gemacht werden (Hochuli Freund & Stotz, 2013, S.48-51).

Für die Lösung sozialer Probleme lassen sich grundsätzlich keine standardisierten Vorgehensweisen finden. Dies wird auch als „strukturelles Technologiedefizit“ bezeichnet. Aus diesem Grund muss ein methodisch strukturiertes Vorgehen geschaffen werden, bei welchem Theoriewissen und fallbezogenes Wissen aufeinander bezogen werden (S.51; S.60).

Ein wesentlicher Aspekt von professionellem Handeln ist die Koproduktion. Dies bedeutet, dass eine Leistung nur zustande kommen kann, wenn Sozialarbeitende und Klienten und Klientinnen gemeinsam daran arbeiten. Dafür wird Kooperation vorausgesetzt. Professionelles Handeln zeichnet sich somit durch die Arbeit an einem gemeinsam ausgehandelten Ziel aus, wobei dieser Aushandlungsprozess nur auf der Basis einer gelingenden Beziehung zustande kommen kann. Dabei gilt es die Asymmetrie der Machtverhältnisse von Klienten und Klientinnen und Sozialarbeitenden sowie den möglicherweise unfreiwilligen Kontext zu beachten. Sollte eine Kooperationsbereitschaft zu Beginn nicht gegeben sein, so gilt es, diese erarbeiten zu wollen (S.53-57).

Ein weiterer wesentlicher Bestandteil von professionellem Handeln ist die Fähigkeit zur Auseinandersetzung und Reflexion mit sich selbst. Dies ist besonders wichtig, da Sozialarbeitende in der Zusammenarbeit mit Klienten und Klientinnen als ganze Person, mit ihrer Biografie, den eigenen Wertvorstellungen wie auch ihren Emotionen beteiligt sind. Organisationen, welche professionelles Handeln zusichern, müssen deshalb Gefässe, wie Supervision und Intervision, für gemeinsame professionelle Selbstreflexion zur Verfügung stellen (S.57-60).

Kooperative Prozessgestaltung ist ein Prozessmodell für die Soziale Arbeit, welches als Struktur und Denkmodell für professionelles Handeln dienen kann und auf dem oben erwähnten Anforderungskatalog (vgl. Hochuli Freund & Stotz, 2013, S.129-131) aufbaut. Kooperative Prozessführung sind „Prozesse, die sowohl intra- und interprofessionell als auch gemeinsam mit einer KlientIn oder einer Klientengruppe im Hinblick auf definierte Ziele geplant, umgesetzt und ausgewertet werden“ (S.133). Das Ziel professionellen Handelns sollte es sein, Bildungsprozesse von Klienten und Klientinnen zu ermöglichen und zu fördern. Dies kann nur in Aushandlungs- und Verständigungsprozessen zwischen der Klientel und den Professionellen geschehen. Dafür ist Kooperation unabdingbar (S.133).

Das Modell ist zirkulär, wird in sieben Prozessschritte eingeteilt und in zwei Phasen unterschieden: die analytische Phase, welche Situationserfassung, Analyse, Diagnose und Evaluation beinhaltet, und die Handlungsphase, deren Bestandteile Ziele, Interventionsplanung und -durchführung sind. Innerhalb dieser Schritte können unterschiedliche Methoden beigezogen werden (S.146).

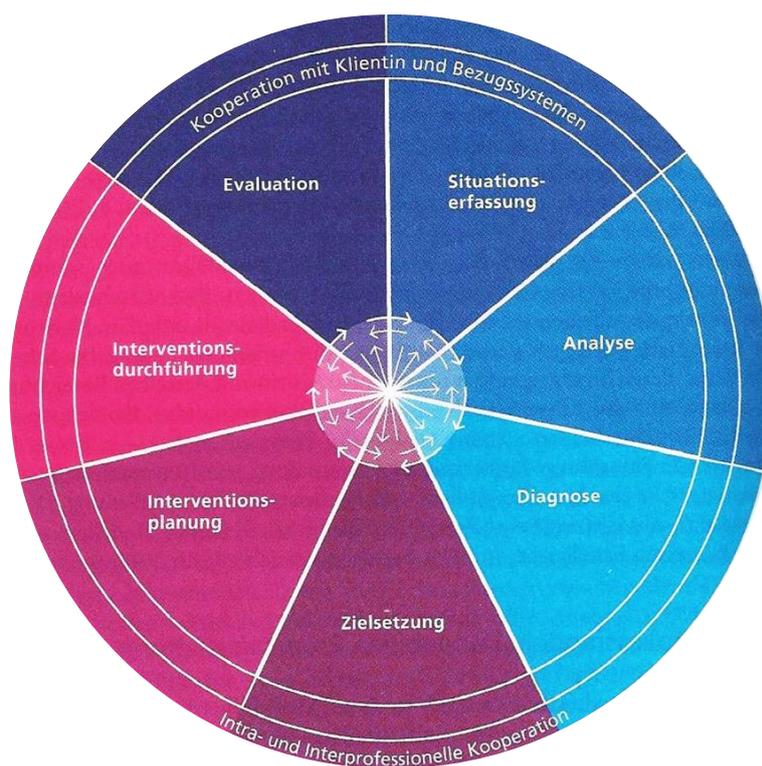


Abb. 2: Prozessmodell Kooperative Prozessgestaltung (Hochuli Freund & Stotz, 2013, S.136).

*Situationserfassung:* Durch die Situationserfassung soll eine erste Orientierung über den Fall, involvierte Systeme, allfällige Themen und die eigene Zuständigkeit gegeben werden (S.152). Jeder Fall beinhaltet bestimmte Aufträge. Diese können in drei Arten aufgeteilt werden und sich jeweils in den Zielen unterscheiden: der Auftrag der Sozialen Arbeit, der Orga-

nisationsauftrag und der klientenbezogene Auftrag (S.148). Es gilt allen angemessen Rechnung zu tragen. Weiter soll die Vorgeschichte (biographische Daten, bisherige Interventionen etc.) erfasst werden. Die Informationsgewinnung geschieht mit einer Haltung von Offenheit und ohne Bewertungen vorzunehmen (S.172), wobei eine Kooperation mit dem Klienten oder der Klientin unabdingbar ist (S.151).

*Analyse:* Zweck der Analyse ist die Bestimmung der Fallthematik. Daraus wird abgeleitet, was in der Diagnose besser erklärt und verstanden werden soll. Ist nach der Analyse der Handlungsbedarf bereits klar, gibt sie vor, welche Unterstützung indiziert wird (S.175; S.209).

*Diagnose:* Die Diagnose hat zum Ziel, Erklärungen für einen Fall oder eine Fallthematik zu liefern, damit anschliessend hilfreiche Interventionen abgeleitet werden können. Ein Fall kann mehrperspektivisch und mit unterschiedlichen Wissensbeständen angesehen werden. Wird der Fall mit einer bestimmten Theorie betrachtet, so können Erklärungen generiert werden (Becker-Lenz & Müller zit. in Hochuli Freund & Stotz, 2013, S.213). Diese Erklärungen sind vorerst Hypothesen, die während des ganzen Unterstützungsprozesses immer wieder zusammen mit der Klientel überprüft werden müssen. Wichtig ist dabei immer, dass die Funktion, welche eine Handlungsstrategie für einen Menschen hat, mitberücksichtigt wird (Hochuli Freund & Stotz, 2013, S. 212-214).

*Zielsetzung:* Realistische Ziele werden zusammen mit den Klienten und Klientinnen ausgehandelt und sind handlungsleitend für den weiteren Unterstützungsprozess. Dafür müssen Ressourcen und Kompetenzen für die Erreichung der Ziele eingeschätzt werden. Es kann zwischen Bildungszielen, welche sich Klienten und Klientinnen selber setzen und Unterstützungszielen auf Seite der Sozialarbeitenden, welche den Bildungsprozess der Klientel ermöglichen, unterschieden werden. Es gilt zu berücksichtigen, dass Klienten und Klientinnen unter Umständen zu Beginn eines Unterstützungsprozesses wesentliche Informationen noch nicht bekannt geben. So können sich die Ziele im Laufe der Zeit auch ändern (S.246-253). Pantuček fügt an, dass eine Ausrichtung auf Ziele für Betroffene eine neue Kultur darstellen kann, da sie aufgrund der Biographie vor allem bedürfnisorientiert leben, um den Alltag überhaupt meistern zu können (zit. in Hochuli Freund & Stotz, 2013, S.247).

*Interventionsplanung:* Es soll geklärt werden, was zukünftig zu tun ist. Ziel ist es, mit allen Beteiligten Interventionsmöglichkeiten abzuwägen, auszuwählen und konkret zu planen. Mit Hilfe von Interventionen sollen Bildungsprozesse von Klienten und Klientinnen unterstützt und ermöglicht sowie die Lebensbedingungen verbessert werden (S.262 ; 281).

*Interventionsdurchführung:* In diesem Prozessschritt wird die Interventionsplanung umgesetzt. Anpassungen können nötig sein, wenn es zu Veränderungen im Verlaufe der Intervention kommt. Grundsätzlich gilt es als wichtig, Personen, Aufgaben, Vorgehensweisen, Orga-

nisationen und Tätigkeiten miteinander zu vernetzen, für den Informationsfluss zu sorgen und den Verlauf zu dokumentieren (S.283 ; 296).

*Evaluation:* Das bisherige Vorgehen wird bewertet und Folgerungen für die weitere Arbeit werden abgeleitet. Dazu gehört jeweils eine kurze Evaluation einzelner Prozessschritte, wie auch eine Evaluation des gesamten Prozesses nach einer längeren Zeitspanne. Ein weiterer Bestandteil ist die Auswertung gemeinsam mit den Klienten und Klientinnen oder mit dem gesamten System (S. 302 ; 310).

Bei einer professionellen Handlungsweise gilt es, die Situation zuerst genau zu erfassen, Probleme und Themen zu verstehen und zu erklären. Erst anschliessend sollen gemeinsam mit den Beteiligten Ziele formuliert und Interventionen geplant, realisiert und ausgewertet werden (S.136). Dabei sollte jeder Mensch individuell in der Persönlichkeit und der Lebenssituation wahrgenommen werden, damit er sinnvoll und zielgerichtet begleitet werden kann (S.135).

## **6.2. Theoretische Grundlagen in der Suchtarbeit**

In diesem Kapitel werden zwei Ansätze beschrieben, die in der Suchtarbeit häufig Anwendung finden. Zum einen ist dies die Methode des Motivational Interviewings (Motivierende Gesprächsführung) von Miller und Rollnick und zum anderen das Transtheoretische Modell von Prochaska et al. Diese beiden Ansätze lassen sich verbinden, was zum Schluss des Kapitels dargestellt wird.

### **6.2.1. Motivational Interviewing**

Motivational Interviewing (MI) ist ein Ansatz der Gesprächsführung um die Eigenmotivation, ein problematisches Verhalten zu ändern, zu erhöhen (Körkel & Veltrup, 2003, S.115). Noch heute wird zum Teil die Ansicht vertreten, dass gescheiterte Therapien, Ablehnung sämtlicher Behandlungsangebote oder kein Veränderungswunsch, trotz schädlichen Folgen des Konsums, fehlender Motivation der Konsumierenden zuzuschreiben sei. So wird Motivation zu einer Eigenschaft von Drogenabhängigen umformuliert, die sie entweder haben oder nicht. Dies birgt die Gefahr, dass Sozialarbeitende wie auch Therapeuten ihre eigenen Misserfolge in Beratung und Therapie vertuschen und sie auf die Klientel abschieben können (vgl. Zingerle, 1997, S.327). Nicht selten wird dann versucht, Konsumierende mit ihrer „fehlenden“ Motivation zu konfrontieren, um sie zu einer Verhaltensänderung zu bewegen. Das führt dazu, dass Sozialarbeitende immer mehr Argumente für eine Veränderung liefern und sich die Klienten und Klientinnen immer mehr dagegen wehren. Dieses Phänomen ist bekannt als „Konfrontations-Leugnungs-Falle“ (Körkel & Veltrup, 2003, S-116). MI verwirft diese

Ansicht und geht davon aus, dass Menschen nicht unmotiviert, sondern ambivalent<sup>12</sup> sind. Das frustrierende „Fehlen von Motivation“ wird als ungelöste Ambivalenz bezeichnet. Somit stellen Ambivalenzen eine zentrale Herausforderung dar, die zuerst gelöst werden muss, bevor eine Veränderung eintreten kann (Miller & Rollnick, 2009, S.32). Da Drogenkonsumierende zu Beginn nicht immer problemeinsichtig sind, kommt der Motivationsarbeit im Sinne eines Aufbaus der Veränderungsbereitschaft spezielle Bedeutung zu (Frank, 2012, S.74). Miller und Rollnick (2009, S.56) erachten MI dann als sinnvoll, „wenn es um eine Veränderung geht, zu der eine Person noch nicht eindeutig bereit oder willens ist, oder wenn sie ambivalent ist“. Grundsätzlich werden beim MI zwei Ziele verfolgt. Zum einen ist dies der Aufbau von Veränderungsbereitschaft (Phase 1) und zum anderen ist es die Erarbeitung von persönlich verbindlichen Zielen und Wegen zur Veränderung (Phase 2). Um diese Ziele zu erreichen, stehen sieben Methoden zur Verfügung, welche auf vier Prinzipien aufbauen und von einem gewissen „Geist beseelt“ sind (Körkel & Veltrup, 2003, S.115; vgl. Anhang B).

Als „Geist“ oder „spirit“ bezeichnen Miller und Rollnick (2009, S.53-55) ihr Verständnis für MI: Sozialarbeitende<sup>13</sup> sollen eine positive zwischenmenschliche Atmosphäre schaffen, welche eine Veränderung fördert. Dafür wird keine Art des Übergeordnetseins vermittelt. Es wird davon ausgegangen, dass eine intrinsische Motivation zur Veränderung in Personen vorhanden ist. Diese soll gefunden und hervorgerufen werden, indem Ziele, Werte und Wahrnehmungen der Klientel in den Prozess miteinbezogen werden (*Evocation*). Die Selbstbestimmung der Betroffenen wird respektiert und die Verantwortung für eine Veränderung liegt bei ihnen (*Autonomie*).

Die Prinzipien bilden die Basis, auf welcher die praktische Anwendung des MIs aufbaut. Eine erste Grundhaltung besteht im *Ausdrücken von Empathie*. Dabei versucht der Sozialarbeitende Gefühle und Betrachtungsweisen der Klientel zu verstehen und zu akzeptieren, ohne sie zu werten. Akzeptanz bedeutet nicht Zustimmung. Sozialarbeitende dürfen durchaus anderer Meinung sein und dies auch ausdrücken. Wichtig ist, dass Akzeptanz Veränderung fördern kann (Miller & Rollnick, 2009, S.58). Ein weiteres Prinzip ist das *Entwickeln von Diskrepanzen*. Werden Diskrepanzen zwischen dem aktuellen Verhalten und wichtigen, persönlichen Werten und Zielen wahrgenommen, motiviert dies zu einer Verhaltensveränderung. So sollten es auch die Klienten oder Klientinnen sein, welche die Argumente für eine Veränderung ausdrücken, und nicht die Sozialarbeitenden (S.60-62). Weiter sollte auftauchender *Widerstand*<sup>14</sup> *umgelenkt* werden. Keinesfalls sollte für die Veränderung argumentiert werden,

---

<sup>12</sup> Ambivalenz ist die Zwiespältigkeit gegenüber einer Veränderung. Aus Sicht der Klienten und Klientinnen gibt es jeweils gute Gründe für und gegen eine Änderung (Körkel & Veltrup, 2003, S.117).

<sup>13</sup> Miller und Rollnick sprechen in ihrem Buch von Therapeuten. Da sich die Thematik dieser Arbeit auf Sozialdienste beschränkt, wird hier jeweils der Begriff „Sozialarbeitende“ oder Ähnliches verwendet.

<sup>14</sup> Es werden vier Arten von Widerstand unterschieden: Argumentieren, Unterbrechen, Negieren und Ignorieren (vgl. Miller & Rollnick, 2009, S.73-74).

da dies die Betroffenen in die entgegengesetzte Richtung drängen könnte. Vielmehr gilt es Widerstand als Signal wahrzunehmen, um die eigene Vorgehensweise zu ändern (S.62-63). MI geht davon aus, dass Widerstand aufgrund zwischenmenschlicher Interaktion entsteht und in der Regel eine Reaktion auf das Handeln von Sozialarbeitenden darstellt (S.139-140). Als letztes Prinzip wird die *Förderung der Selbstwirksamkeit* beschrieben. Ziel sollte es sein, Selbstvertrauen des Klienten und der Klientin in die eigenen Fähigkeiten, mit Schwierigkeiten umzugehen, zu stärken, damit eine Veränderung erfolgreich umgesetzt werden kann (S.64).

Auf die sieben Methoden, respektive Methodengruppen<sup>15</sup> wird nicht weiter eingegangen, da nicht alle explizit für die Bearbeitung der Leitfragen von Bedeutung sind. Jene Methoden, die einen Beitrag für die Interviewauswertung leisten, werden in Kapitel 8.4. "Theoriebezug" aufgegriffen und kurz erläutert.

In der ersten Phase des MI geht es darum, die Bereitschaft und die Motivation zu stärken, um zum Beispiel den Suchtmittelkonsum zu reduzieren. Sobald der Klient oder die Klientin änderungsbereite Äusserungen (change-talk) macht und Zuversicht, eine Veränderung umsetzen zu können vorhanden ist (confidence-talk), kann in Phase 2 übergetreten werden. Dort geht es darum, einen persönlich verbindlichen Handlungsplan zu erstellen und gemeinsam Ziele zu formulieren (Körkel & Veltrup, 2003, S.121). „Die Entwicklung dieses Plans ist ein Prozess gemeinsamer Entscheidungen und Verhandlungen, der das Bestimmen von Zielen, das Erwägen von Veränderungsmöglichkeiten, die Erstellung eines Veränderungsplans sowie das Hervorrufen von Selbstverpflichtung beinhaltet.“ (Miller & Rollnick, 2009, S.183).

### 6.2.2. Transtheoretisches Modell

Mithilfe des Transtheoretischen Modells, auch bekannt als Stufenmodell der Verhaltensänderung, wird verdeutlicht, warum, wann und wie ein Mensch sein Verhalten ändert. Ebenfalls deutlich wird die benötigte Zeit, die es braucht, dass es zu einer Veränderung kommen kann. Ob eine Person ihr Gesundheitsverhalten ändert, hängt dem Modell zufolge von ihren kognitiven Strategien, der Selbstwirksamkeitserwartung und anderen psychologischen Einflüssen ab. Ein Veränderungsprozess läuft über verschiedene Stufen ab, wobei die Übergänge zur nächsten Stufe durch jeweils typische Strategien gemeistert werden (vgl. Faselst & Hoffmann, 2010, S.77). Das Modell beinhaltet sechs aufeinanderfolgende Stufen (Prochaska & Norcross, 2001, S.443):

*Absichtslosigkeit:* Die Person denkt nicht über Verhaltensänderung nach und ist meist problemuneinsichtig. Es kommt häufig dann zu Interventionen, wenn von aussen Druck ausgeübt wird (soziales Umfeld, Arbeitgeber, Sozialarbeitende etc.). Auf dieser Stufe kann der Wunsch

---

<sup>15</sup> Die Methoden und Methodengruppen stellen sich aus offenen Fragen, aktivem Zuhören, Bestätigen, Zusammenfassen, Methoden zur Förderung von „change talk“, Methoden des Umgangs mit Widerstand sowie Methoden zur Förderung von „confidence talk“ zusammen (vgl. Miller & Rollnick, 2009, S.98-165).

nach einer Veränderung auftauchen. Dieser muss allerdings von ernsthaften Absichten, das Verhalten zu ändern, unterschieden werden (S.443).

*Absichtsbildung:* Die Betroffenen sind sich ihrer problematischen, gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen bewusst. Sie ziehen es in Erwägung gesünder zu leben, haben jedoch noch keine Bemühungen zu einer Verhaltensänderung unternommen (S.443). Wichtig ist, dass es sich bei einer Absichtsbildung lediglich um eine Erwägung und nicht um eine Verpflichtung zur Verhaltensänderung handelt. Dies kann erklären, weshalb einige Personen genau wissen, wo sie hin wollen und vielleicht sogar, wie sie dorthin gelangen können, da bereits eine Menge an Informationen gesammelt wurde, sie aber Gelegenheiten zu Verhaltensänderungen trotzdem nicht nutzen. Der Klient oder die Klientin ist in solchen Situationen noch nicht bereit, in die nächste Stufe überzugehen. Ambivalenzen sind auf dieser Stufe am ausgewogensten. Aufgabe des Sozialarbeiters und der Sozialarbeiterin ist es, diese in ein Ungleichgewicht für eine Veränderung zu bringen (DiClemente & Velasquez, 2002, S.208-209). Methoden des MIs können dabei Unterstützung leisten.

*Vorbereitung:* Die Person ist entschlossen, das Verhalten zu ändern und beabsichtigt innerhalb eines Monats damit zu beginnen (Prochaska & Norcross, 2001, S.444). Ziel ist es, Klienten und Klientinnen beim Erarbeiten eines Hilfeplans zu unterstützen (DiClemente & Velasquez, 2002, S.210).

*Handlung:* Auf dieser Stufe kommt es zu einer gesundheitsförderlichen Verhaltensänderung. Dafür wird nicht nur das eigene Verhalten verändert, sondern es werden bewusst neue Erfahrungen gesammelt und es wird Distanz zum schädlichen Umfeld geschaffen oder gar ein Neues gesucht (Prochaska & Norcross, 2001, S.444). Eine Verhaltensänderung kann neue Schwierigkeiten für Betroffene mit sich bringen und Aspekte des früheren Lebens werden zum Teil vermisst. Auf dieser Stufe ist es wichtig, dass Klienten und Klientinnen in ihren Taten bestätigt werden und ihnen versichert wird, dass sie das Geplante erreichen können (DiClemente & Velasquez, 2002, S.212).

*Aufrechterhaltung:* Die Verhaltensänderung wird aufrechterhalten und Massnahmen, um Rückfällen vorzubeugen, werden erarbeitet (Prochaska & Norcross, 2001, S.444). Die Förderung von Motivation zur Festigung des Verhaltens ist angezeigt (DiClemente & Velasquez, 2002, S.212).

*Stabilisierung:* Die Betroffenen haben den Veränderungsprozess abgeschlossen und das Zielverhalten erreicht. Dies ist dann der Fall, wenn genügend Selbstwirksamkeitserwartung<sup>16</sup> vorhanden ist, um Risikosituationen zu meistern, und keine Verlockung nach Rückfällen verspürt wird (Prochaska & Norcross, 2001, S.444).

---

<sup>16</sup> Hierbei steht die Zuversicht, in risikohaften Situationen gesund handeln zu können, der Versuchung, wissentlich ungesund zu handeln, gegenüber (Faselt & Hoffmann, 2010, S.80).

Klienten und Klientinnen befinden sich häufig in Lebenssituationen, in denen Verhaltensänderungen in verschiedenen Bereichen angezeigt sind. Die Betroffenen können sich in den unterschiedlichen Bereichen jeweils auf anderen Stufen befinden, abhängig davon, worauf der Fokus einer Veränderung liegt (DiClemente & Velasquez, 2002, S.204).

Wie lange jemand auf einer Stufe bleibt ist unterschiedlich und es kann auf allen zu Rückfällen kommen (Faselt & Hoffmann, 2010, S.80). Dabei fallen Klienten und Klientinnen in der Regel in eine untere Stufe zurück. Rückfälle gelten als normal und sollen vielmehr als eine Lernchance als ein Versagen angesehen werden (DiClemente & Velasquez, 2002, S.206).

Obwohl das Transtheoretische Modell immer wieder kritisiert wird (vgl. Faselt & Hoffmann, 2010, S.83-84), findet es trotzdem eine breite Anwendung und kann zum Verständnis der Komplexität einer Verhaltensänderung beitragen.

### **6.2.3. Vereinbarkeit**

Wie am Anfang dieses Kapitels angetönt, können sich das MI sowie das Transtheoretische Modell gegenseitig unterstützen. Das vollständige Durchlaufen der Stufen zur Verhaltensänderung und Stabilisierung erfordert nicht nur Energie für das Planen und Umsetzen der Veränderung, sondern vor allem auch die Motivation dazu (DiClemente; Rollnick; Simpson & Joe zit. in DiClemente & Velasquez, 2002, S.202). Da MI zum Ziel hat, die Bereitschaft und die Motivation zu einer Veränderung zu fördern (Phase 1), eignet es sich für Klienten und Klientinnen, die sich in den Stufen der „Absichtslosigkeit“ und der „Absichtsbildung“ des Transtheoretischen Modells befinden. Doch auch in den späteren Stufen der Verhaltensänderung erwies sich die Anwendung von MI als effizient. Dabei geht es allerdings nicht mehr um das Motivieren zu einer Veränderung an sich, sondern vielmehr um das Unterstützen der Betroffenen beim Erstellen und Umsetzen eines Handlungsplans (Phase 2). MI kann Klienten und Klientinnen auf den Stufen der „Handlung“ und „Aufrechterhaltung“ unterstützen, ihre Selbstwirksamkeit aufzubauen, und sie in ihren Leistungen bekräftigen. Dies sind beides wichtige Faktoren, damit eine Langzeitveränderung aufrecht erhalten werden kann (DiClemente & Velasquez, 2002, S.202-203). Auf den verschiedenen Stufen des Transtheoretischen Modells können einzelne Methoden des MIs unterstützend wirken (vgl. DiClemente & Velasquez, 2002, S.204-213). Der Kreis der Verhaltensänderung fördert das Verständnis, wobei eine effiziente Anwendung des MIs dazu führt, dass Betroffene auch nach einem Rückfall wieder zu einer Veränderung motiviert werden können (DiClemente & Velasquez, 2002, S.213).

## 7. Zusammenfassung

Suchtmittelkonsum kann ein soziales Problem darstellen oder aber andere soziale Probleme können durch den Suchtmittelkonsum geprägt und beeinflusst werden. Diese Zusammenhänge sind gegen aussen nicht immer ersichtlich und müssen von den Betroffenen nicht zwingend offen gelegt werden. Das kann dazu führen, dass Suchtmittelkonsumenten und -konsumentinnen über lange Zeit Sozialhilfe beziehen, ohne dass der Drogenkonsum Inhalt von Gesprächen wird. Indizien, die sich im Auftreten und der Zusammenarbeit mit Betroffenen, sowie weiteren involvierten Stellen zeigen und sich aus Wirkungen, Folgeschäden sowie Entzugssymptomen der Drogen ergeben, können ein Indikator für einen bestehenden Suchtmittelkonsum sein. Diese gilt es in erster Linie wahrzunehmen. Mithilfe des Transtheoretischen Modells kann die Veränderungsbereitschaft den Drogenkonsum zu ändern, eingeschätzt werden. Die Methode des Motivational Interviewings bietet Unterstützung im Umgang mit Suchtmittelklienten und -klientinnen und kann zu einer Förderung der Problemeinsicht oder der Veränderungsmotivation beitragen. Auch im Umgang mit komplexen Problemlagen, wie dies ein Suchtverhalten darstellt, muss in der Sozialen Arbeit Professionalität gegeben sein. Als Richtlinie für professionelles Handeln kann das Prozessmodell der kooperativen Prozessgestaltung dienen.

## 8. Experteninterviews

In den vorherigen Kapiteln wurden Grundlagen zum Thema Drogen und Sucht, dem Praxisfeld sowie auch der Früherkennung zusammengestellt. Diese sollen Unterstützung bei der Beantwortung der Leitfragen bieten und zu einem besseren Verständnis der Thematik beitragen. Die Themen wurden jedoch allgemein bearbeitet und liefern in diesem Umfang noch keinen konkreten Bezug zum Umgang mit Drogenkonsumenten und Drogenkonsumentinnen auf Sozialdiensten, respektive dem Erkennen von Indizien. Da es kaum Literatur zum übergeordneten Thema „Umgang mit Sucht auf Sozialdiensten“ gibt, wird mit Hilfe von Experteninterviews versucht, diese Lücke zu schliessen und die Theorie mit der Praxis auf Sozialdiensten zu verknüpfen, damit die Leitfragen abschliessend beantwortet werden können. Dafür wurden drei Experteninterviews, mit ausgesuchten Fachleuten aus dem Suchtbereich, geführt.

### 8.1. Grundlagen Experteninterviews

Mit Hilfe von Experteninterviews wird Wissen erfragt, welches Auskunft über das eigene Handlungsfeld der Experten und Expertinnen oder Informationen über die Kontextbedingungen des Handelns der Zielgruppe liefert (Meuser & Nagel, 2005, S.75). Als Experte oder Expertin gilt jemand, der selbst Teil des Handlungsfeldes ist oder jemand, der einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse hat (S.73-74). Experten und Expertinnen verfügen somit über ein besonderes Wissen bestimmter sozialer Sachverhalte (Gläser & Laudel, 2004, S.10). Bei der Durchführung von Interviews wird eine leitfadenorientierte Gesprächsführung empfohlen, da diese beidem gerecht wird, „dem thematisch begrenzten Interesse des Forschers an dem Experten wie auch dem Expertenstatus des Gegenübers“ (Meuser & Nagel, 2005, S.77). Der Leitfaden für die durchgeführten Experteninterviews ist im Anhang ersichtlich.

### 8.2. Die Experten und Expertinnen

Für die Bearbeitung dieser Arbeit wurde das Experteninterview ausgewählt, da es Informationen liefert, die in der Literatur kaum vorhanden und sonst nur sehr schwer zugänglich sind. Es wurden drei Experten und Expertinnen ausgewählt, welche langjährige Erfahrung im Suchtbereich haben. Die Fachpersonen arbeiten in den Institutionen "Berner Gesundheit - Beratungsstelle für Suchtfragen, Prävention und Sexualpädagogik", "Fachstelle Suchthilfe des Sozialdienstes Stadt Bern" und "Infodrog - Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht"<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Die Reihenfolge der Interviewaussagen in der Auswertung lässt nicht auf die Institution zurückschliessen.

Es wurden bewusst Fachpersonen aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern innerhalb des Suchtbereichs gewählt. Einerseits aus dem Grund, dass viele Sozialarbeitende auf Sozialdiensten keine Fachpersonen für Suchtfragen sind. Um die Leitfragen bestmöglich beantworten zu können, ist Wissen zu Sucht jedoch unabdingbar. Andererseits kann mit Hilfe der verschiedenen Perspektiven unterschiedliches Wissen zusammengetragen werden, was eine ganzheitlichere Bearbeitung der Leitfragen ermöglichen soll.

### **8.2.1. Auswertung**

Ziel der Auswertung ist es, Indizien, die spezifisch auf Sozialdiensten auf eine Sucht oder einen problematischen Konsum hinweisen, aufzuzeigen und zu klären, wie anschliessend mit dem Verdacht oder dem Wissen, dass Klienten oder Klientinnen Drogen konsumieren, umgegangen werden kann. Gläser und Laudel (2004, S.194-195) schlagen vor, dass die Auswertung der Interviews auf den theoretischen Grundlagen aufbauend ist. Dadurch wird sichergestellt, dass theoretische Vorüberlegungen die Auswertung leiten und die Forschungsfragen beantwortet werden können. Die drei Interviews werden deshalb anhand des Prozessmodells „Kooperative Prozessgestaltung“ ausgewertet. Dafür wurden die Aussagen der drei Experten und Expertinnen transkribiert, paraphrasiert und anschliessend den Prozessschritten als Kategorien zugeordnet (vgl. Kapitel 8.3. „Ergebnisse“). In einem weiteren Teil werden Unterschiede sowie Gemeinsamkeiten herausgearbeitet und die Aussagen werden anhand von theoretischen Grundlagen in der Suchtarbeit diskutiert (siehe Kapitel 8.4. „Theoriebezug“).

Obwohl das Kategoriensystem gestützt auf die Theorie gebildet wird, ist es nach wie vor offen und kann verändert werden (Gläser & Laudel, 2004, S.195). Aufgrund der Interviewausagen, deren Inhalten und Häufigkeit sowie Überschneidungen zwischen einzelnen Prozessschritten, werden übersichtshalber mehrere einzelne Schritte in einer Kategorie zusammengefasst:

*Analyse:* Die Analyse beinhaltet in der Auswertung die eigentliche Analyse aber auch die Situationserfassung. Sie soll Antworten auf die Fragen „was liegt vor?“, „worum geht es in diesem Fall?“ und „was ist die Problematik?“ beantworten. Insbesondere werden Aussagen zum Umgang mit aufgetauchten Indizien und dem Verdacht, dass jemand Drogen konsumiert, berücksichtigt.

Indizien, welche konkret auf Sozialdiensten beobachtet werden können, könnten unter dem Begriff „Analyse“ eingeordnet werden, weil sie die Frage nach der Problematik beantworten. Da diese aber einen ganzen Teil der Arbeit bilden und mithilfe einer Leitfrage explizit erfragt werden, werden die Aussagen dazu in einer zusätzlichen Kategorie „*Indizien*“ bearbeitet und in einer Tabelle zusammengefasst.

*Diagnose:* Obwohl die Kategorie „Diagnose“ zu Beginn der Auswertung eingeplant war, musste im Verlaufe der Erarbeitung festgestellt werden, dass es zu wenig Aussagen gab, die allein der Diagnose und nicht zusätzlich weiteren Kategorien zugeordnet werden konnten. Während der Diagnose sollen Erklärungen für einen Fall und Antworten auf die Frage, warum eine Problematik entstanden ist, generiert werden. Sie soll zudem Aufschluss darüber geben, welche Funktion eine Handlungsstrategie im Leben eines Menschen hat. Aufbauend auf der Diagnose sollen sinnvolle Unterstützungen ermöglicht werden, die die Lebenssituation der Klientel merklich verbessert. Anhand der aufgegriffenen Theorien in dieser Arbeit können Hintergründe und Verhaltensweisen der Klientel erklärt und verstanden werden. Mithilfe der Theoriebezüge innerhalb der einzelnen Kategorien können einige Aspekte der Diagnose aufgegriffen werden. „Diagnose“ wird somit nicht als eigene Kategorie in die Auswertung aufgenommen.

*Intervention:* Unter der Kategorie „Intervention“ werden die Zielsetzung, die Interventionsplanung und die Interventionsdurchführung vereint. Es ist klar, dass ein Drogenkonsum vorliegt. Bei der Auswertung liegt der Fokus auf dem Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Klienten und Klientinnen.

*Evaluation:* „Wurden die Ziele erreicht?“, „Waren die Interventionen sinnvoll?“, „Fand die Beziehungsgestaltung auf einer professionellen Basis statt?“ sind Fragen, die für diesen Prozessschritt leitend sind. Mithilfe der Experteninterviews können diese Fragen zwar nicht beantwortet werden, es werden jedoch Informationen zur Bedeutung der Evaluation geliefert.

Eine weitere Kategorie, die zusätzlich zu den Prozessschritten aufgegriffen wird, ist die der *Haltung*. Obwohl nicht explizit danach gefragt wurde, wurden Aussagen zu Haltungsfragen gemacht. Da Grundhaltungen nicht nur einem Prozessschritt zugeordnet werden können, sondern prozessübergreifend gelten, werden sie in einer separaten Kategorie behandelt.

Es wurden nicht zu allen Kategorien explizit Fragen gestellt, weshalb Aussagen der Experten und Expertinnen zum Teil nur kurz ausfielen oder keine dazu gemacht wurden.

## 8.3. Ergebnisse

### 8.3.1. Indizien

Die genannten Indizien werden im selben Raster wie im Theorieteil dargestellt. Wiederholungen der Interviewten wurden bewusst gestrichen, da sie nichts darüber aussagen, wie häufig ein Indiz auf Sozialdiensten vorkommt.

<p>Beziehungsebene</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erhalt von Berichten von der Fachstelle Häusliche Gewalt und die dazugehörigen Anzeigen. Diese enthalten zum Teil Informationen, ob Beteiligte unter Drogeneinfluss handelten.</li> <li>- Vorfälle von Häuslicher Gewalt im Allgemeinen, da dabei nicht selten Alkohol im Spiel ist.</li> <li>- Hinweise aus dem sozialen Netzwerk (Familie, Freundeskreis, Arbeitsprojekte, andere Hilfsstellen etc.)</li> </ul>
<p>Emotionale Ebene</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei einer psychischen Erkrankung ist die Gefahr höher, dass gleichzeitig eine Suchterkrankung vorliegt.</li> </ul>
<p>Verhaltensebene</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unruhiges Verhalten oder auch Einnicken während Gesprächen</li> <li>- Kognitive Einschränkungen und Konzentrationsstörungen</li> <li>- Vergesslichkeit (zum Teil unklar, ob Person verstanden hat, was ihr mitgeteilt wurde, und ob sie es nach dem Gespräch noch in Erinnerung hat)</li> <li>- Verwaschene Sprache</li> <li>- Unpünktlichkeit, Termine nicht wahrnehmen, verpassen oder sich nicht abmelden</li> <li>- Nichterfüllung von Aufträgen oder Auflagen (kann mit der Beschaffung von Drogen in Zusammenhang stehen/ Beschaffungsstress. Diese hat in der Regel Priorität.)</li> <li>- Inkongruente Entschuldigungen für unerledigte Aufträge oder nicht wahrgenommene Termine</li> <li>- Ausweichendes Verhalten, keine klaren Antworten auf Fragen, unklare Aussagen und Auskünfte</li> <li>- Der Bezug von vielen Vorschüssen. Häufig wird die Bitte für Vorschüsse zum Beispiel mit dem Verlust vom Portemonnaie oder von Geld begründet.</li> <li>- Schlechte Erreichbarkeit per Telefon oder häufig wechselnde Telefonnummern (kann mit dem Dealen in Zusammenhang stehen)</li> </ul>
<p>Körperliche Ebene und Aussehen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geruch nach Alkohol oder starkes Parfümieren, um den Geruch zu überdecken</li> <li>- Auffällige Augen (zum Beispiel sehr kleine Pupillen)</li> <li>- Starkes Schwitzen</li> <li>- Vernachlässigung der Körperpflege, ungepflegtes Aussehen, schlechter Geruch</li> <li>- Schlechte Zähne</li> <li>- Verwahrlostes Aussehen oder im Gegenteil ein übertriebenes Outfit. Zum Beispiel bei Frauen, die sich prostituieren, oder bei Dealern, die genügend Geld haben, um sich Markenkleider zu leisten.</li> <li>- Sichtbare Einspritzstellen oder Blut an Kleidung</li> <li>- Typische Krankheiten wie HIV oder Hepatitis</li> <li>- Das Erhalten von vielen Arztrechnungen aufgrund von Stürzen und Unfällen</li> </ul>

Lebenssituation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obdachlosigkeit</li> <li>- Häufiger Wechsel der Arbeitsstellen oder Mühe, Rahmenbedingungen der Arbeitsstelle (auch Arbeitsprojekte) einzuhalten (häufiges Zuspätkommen oder früheres Weggehen)</li> <li>- Schulden</li> <li>- Geldprobleme. Geld reicht nicht aus, Budget stimmt nie. Vorhandenes Geld wird für anderes als das Vorgesehene verwendet</li> <li>- Bussen und Anzeigen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz</li> <li>- Spuren und Verletzungen von Schlägereien</li> <li>- Umgekehrter Tag / Nacht - Rhythmus (Morgentermine können zum Beispiel schlecht wahrgenommen werden, da die Klienten und Klientinnen schlafen)</li> <li>- Häufige Partybesuche, besonders bei jüngeren Menschen</li> </ul>
-----------------	--

Tabelle 2: Indizien, die auf Sozialdiensten auf Drogenkonsum hinweisen können (Zusammenstellung anhand der Experteninterviews)

### 8.3.2. Haltung

Aussagen zu Haltungen werden in dieser Kategorie aufgenommen. In anderen Kategorien werden sich zusätzlich Äusserungen zu einer angemessenen Haltung im Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Menschen finden. Diese mussten aufgrund des Kontextes einem Prozessschritt zugeordnet werden.

Fachperson 1:

In der Zusammenarbeit mit Drogenkonsumenten und -konsumentinnen sollte auf das Moralisieren verzichtet werden. Auch mit Zwang arbeiten macht keinen Sinn. Es sei denn, es liegt eine Selbst- oder Fremdgefährdung vor und sofortiges Handeln ist angezeigt. Weiter ist wichtig, dass der Klient oder die Klientin nicht auf die Sucht reduziert wird. Sie ist zwar ein Teil der Person, macht aber nicht den ganzen Menschen aus. Es ist ein Mensch mit Problemen und diese müssen bearbeitet werden. So sollte Suchtmittelabhängigen mit möglichst wenig Vorurteilen begegnet werden und sie sollten so behandelt werden, wie andere Klienten und Klientinnen auch.

Fachperson 2:

Es ist wichtig, dass jemand nicht verurteilt wird und aufgrund seines Substanzkonsums als schlechtere Person angesehen wird. Ebenfalls zentral ist die eigene Haltung gegenüber dem Suchtmittelkonsum, welche auch reflektiert werden sollte. Sind Sozialarbeitende ablehnend gegenüber Suchtmittel eingestellt, beeinflusst dies in der Regel das Gespräch negativ. Zudem sollten Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen keinen paternalistischen Ansatz vertreten. Vielmehr müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit Betroffene selbst herausfinden können, was für sie sinnvoll ist und was nicht. Es sollten nicht die Sozialarbeiter oder Sozialarbeiterinnen sein, die den scheinbar richtigen Weg vorgeben.

Fachperson 3:

Der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin darf keine Angst vor suchtspezifischen Themen haben oder gar die Einstellung vertreten, dass die Arbeit mit Drogenabhängigen nur schwierig ist und es einfacher ist, nicht von ihrem Konsum zu wissen.

### **8.3.3. Analyse**

Unter dieser Kategorie werden Aussagen zusammengefasst, die über den Umgang mit Indizien Auskunft geben. Unterschiede im Erkennen von problematischem Konsum und Abhängigkeit werden ersichtlich.

Fachperson 1:

Ein Indiz bedeutet nicht, dass jemand zwangsläufig abhängig ist. Das sind erst Vermutungen, denen andere Ursachen als Drogenkonsum zugrunde liegen können. Es ist aber ein Indiz und sollte deshalb beachtet, wie auch überprüft werden. Auf jeden Fall sollte der Klient oder die Klientin mit den Beobachtungen des Sozialarbeiters oder der Sozialarbeiterin konfrontiert werden, auch wenn die Betroffenen oft zuerst mit Abstreiten oder Herunterspielen des Konsums reagieren. Am Ansprechen und Konfrontieren führt jedoch kein Weg vorbei. Es muss nachgefragt und weiter abgeklärt werden, um herauszufinden, wie die Situation tatsächlich aussieht, und dies in Kooperation mit dem Klienten oder der Klientin. Zudem müssen sie sich dadurch immer wieder mit ihrem eigenen Verhalten und möglicherweise den daraus resultierenden Folgen auseinandersetzen.

Wenn der Konsum abgestritten wird, sind Sozialarbeitende jedoch weiterhin sicher, dass eine Sucht vorliegt oder der Drogenkonsum problematisch ist, dann kann auf die Methode der „Motivierende Gesprächsführung“ zurückgegriffen werden. Ziel soll sein, dass sich der Klient oder die Klientin seiner Situation nach und nach bewusst wird, denn erzwingen nützt nichts. Eine Sucht kann nur der Klient oder die Klientin selber verändern und deshalb muss er oder sie, sie in einem ersten Schritt selber wahrnehmen und sie sich eingestehen. Es ist sinnvoll Motivierende Gesprächsführung dann anzuwenden, wenn es darum geht Ambivalenzen ein Stück weit aufzulösen und Veränderungsmotivation zu erzeugen. Damit dies möglich wird, muss eine Problemeinsicht seitens der Klientel vorhanden sein. Wichtig ist, dass Sozialarbeitende nicht gleich aufgeben, sondern dran bleiben.

Bei einem problematischen Konsum können unter Umständen dieselben Indizien wie bei einer Abhängigkeit auftauchen. Diese sind allerdings schwieriger wahrnehmbar, da sie nicht so deutlich ausgeprägt sind und Verwahrlosungsspuren noch nicht vorhanden sind. Ein Drogenkonsum ist ein risikobehaftetes Verhalten. Obwohl sich zwar noch keine Abhängigkeit manifestiert hat, besteht die Möglichkeit dazu. Dies bedeutet, dass es hilfreich sein kann,

sich Risikofaktoren, die Sucht begünstigen, bewusst zu sein und hellhörig zu werden, wenn sich jemand belastet fühlt. Denn Belastungssituationen können unter anderem Risikofaktoren darstellen.

Da es unter den Institutionen im Suchtbereich differenzierte Angebote gibt, ist es wichtig, dass abgeklärt wird, wie der Drogenkonsum eines Menschen aussieht: Ist es bereits eine Abhängigkeit oder ein problematischer Konsum etc. Dies ermöglicht es anschliessend, angebrachte Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten für Betroffene zu finden. Um herauszufinden wo eine Person steht, kann ein Gespräch bei einer Beratungsstelle hilfreich sein.

Fachperson 2:

Grundsätzlich ist es sinnvoll, wenn Hinweise auf Suchtmittelkonsum, respektive die eigenen Wahrnehmungen, möglichst konkret und neutral formuliert, angesprochen werden. Dabei wird der Person auch die Freiheit gelassen, ob sie über das Problem sprechen möchte und ob es gemeinsam angeschaut werden soll oder nicht. Weiter ist auf Sozialdiensten wichtig, dass versucht wird, das Vertrauen zu den Klienten und Klientinnen aufzubauen. Dadurch fällt es leichter über heikle Themen zu sprechen. Verneint der Klient oder die Klientin aber trotzdem sämtlichen Drogenkonsum, obwohl Sozialarbeitende nach wie vor den Verdacht haben, dass irgendetwas nicht stimmt, dann ist es sinnvoll, wenn sie sich nicht auf einen Kampf einlassen. Oft dreht sich dann alles immer wieder um dieselben Fragen und Schwierigkeiten und es geht nicht weiter. Dann gilt es, eine andere Strategie zu finden. In solchen Situationen könnte eine Auflage, die Sachlage bei einer Suchtfachstelle abklären zu lassen, eine Variante sein. Diese haben andere Möglichkeiten die Situation zu beurteilen. Anschliessend besteht eine Grundlage, auf welcher wieder neutraler zusammen weiter gearbeitet werden kann.

Da sich die Übergänge meist fliegend gestalten, ist es für Sozialarbeitende auf Sozialdiensten schwierig zu unterscheiden, ob es sich um einen problematischen Konsum oder um eine Abhängigkeit handelt. Die eigentliche Feststellung, ob jemand drogenabhängig ist oder einen problematischen Konsum aufweist, ist nicht die Aufgabe von Sozialdiensten. Es ist wichtig, dass mögliche Suchtmittelprobleme von Sozialarbeitenden wahrgenommen werden. Die Aufgabe, festzustellen, ob eine Abhängigkeit oder ein anderes Konsummuster vorliegt, müsste jedoch an Fachstellen delegiert werden. Dadurch kann anschliessend angemessen auf das vorliegende Problem eingegangen werden.

### Fachperson 3:

Es gibt wenige klare Indizien. Die meisten sind indirekte Marker und es können andere Gründe als Sucht dahinter liegen. Die Ursachen müssen deshalb immer abgeklärt werden. Wenn Leute über eine längere Zeit auf dem Sozialdienst begleitet werden, können Indizien unter Umständen eher auffallen. Nachdem Indizien wahrgenommen wurden, müssen sie unbedingt angesprochen werden. Sozialarbeitende dürfen nicht davon ausgehen, dass ihr Klient oder ihre Klientin sie sowieso anlügen wird. Da das Thema nach wie vor tabuisiert ist, sind Betroffene zum Teil sogar froh, wenn jemand nachfragt. Das sollten in erster Linie aber nicht Fragen wie „Trinken Sie Alkohol?“ sein und sie müssen in einer wohlwollenden, offenen Art ohne Verurteilungen formuliert werden. Es sollten eher Fragen gestellt werden, die auch in Screening-Tests, wie Audit oder CAGE verwendet werden. Das bedeutet nicht, dass ein Test gemacht werden muss, aber es können durchaus Fragen daraus aufgegriffen werden. Werden Betroffene direkt auf den Konsum angesprochen, geben sie oft zu, dass sie konsumieren. Natürlich gibt es immer auch Schwerstabhängige, die ihre Situation verleugnen. Dies sind aber eher wenige. Das andere ist, dass sich ein grosser Teil, besonders am Anfang der Suchtentwicklung, nicht bewusst ist, dass bereits ein problematischer Konsum vorliegt, da es dadurch noch zu keinen Schwierigkeiten gekommen ist. Dies kann auch damit in Zusammenhang stehen, dass sie sich an Menschen messen, die einen höheren Konsum als sie selbst aufweisen. Solange sich Konsumenten und Konsumentinnen dem Problem nicht bewusst sind, scheint es nicht bedrohlich.

Wenn jemand jeglichen Konsum abstreitet, kann dies vorerst zur Kenntnis genommen und abgewartet werden. Innerlich darf nicht die Haltung entstehen „Ich überführe ihn dann schon noch.“ Dies führt zu Stress auf beiden Seiten. Eine andere Möglichkeit besteht darin, dem Klienten oder der Klientin vorzuschlagen, ein Abklärungsgespräch bei einer Fachstelle wahrzunehmen und ihnen zu erklären, dass es hilfreich sein kann, den Ursachen auf den Grund zu gehen. Unter Umständen muss ein bisschen Druck gemacht werden, möglicherweise sogar mit einer Weisung. Eine weitere Möglichkeit könnte sein, die Leistungsfähigkeit in einem Arbeitsprojekt überprüfen zu lassen und der Institution zusätzlich den Auftrag zu erteilen, darauf zu achten, ob ein Drogenkonsum vorliegt. Der Sozialdienst ist im Wahrnehmen viel eingeschränkter, da nur ein kleines Zeitfenster zum Beobachten zur Verfügung steht.

Einen problematischen Konsum wahrzunehmen ohne nachzufragen und über den Konsum zu sprechen ist nicht möglich. Durch das Gespräch wird die Situation meist klarer. Dafür sollten sich Sozialarbeitende die Zeit nehmen. Grundsätzlich ist es möglich, die Klienten und Klientinnen ohne vorliegende Indizien nach ihrem Substanzkonsum zu fragen. Dies sollte allerdings mehr im Sinne einer allgemeinen Gesundheitsfrage sein. Es gibt aber auch da Grenzen. Jemand, der problemlos unterwegs ist, und lediglich am Ende des Monats zu wenig Geld hat, der

muss ohne vorliegende Indizien nicht gefragt werden. Die Fragen nach dem Drogenkonsum sollten ein beiläufiges Thema sein und in einem anamnestischen Ton formuliert werden. Wenn der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin zum Schluss fragt: „Jetzt habe ich noch eine ganz schwierige Frage. Ich muss noch fragen, wie viel Alkohol Sie konsumieren.“, dann wird der Gefragte nichts sagen.

Sozialarbeitende haben das Recht, nach dem Suchtmittelkonsum zu fragen und zwar sehr wohlwollend und lösungsorientiert. Es darf jedoch nicht dazu kommen, dass sie „um den Brei herum reden“ oder dem Klienten oder der Klientin das Gefühl geben, dass sie „über das Hintertürchen“ versuchen etwas herauszufinden. Dadurch begeben sie sich auf dasselbe Niveau wie die Sucht, denn das ist eine Art von Hintergehen, ein bisschen flunkern und etwas vertuschen wollen, und eine Sucht beinhaltet nicht selten genau diese Eigenschaften. Es sollte zudem vermieden werden, dass innerlich Misstrauen aufgebaut wird. Besser ist es, das Indiz und die Gefühle gegenüber der Klientel klar zu äussern.

Sobald klar ist, dass jemand Drogen konsumiert, geht es in einem weiteren Schritt darum, den Konsum einordnen zu können. „Ist die Person bereits abhängig?“, „Besteht ein problematischer Konsum oder handelt es sich um Wochenendkonsum?“ etc. Das sind Fragen, die geklärt werden müssen, um angemessen darauf reagieren und passende Angebote vermitteln zu können.

#### **8.3.4. Intervention**

In dieser Kategorie wird der Fokus auf den professionellen Umgang mit Klienten und Klientinnen gelegt, wenn klar ist, dass ein Konsum vorliegt. Es werden Aussagen darüber gemacht, auf was im Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Menschen geachtet werden sollte, damit einerseits eine bestmögliche Unterstützung zustande kommt und sich andererseits Interventionen als sinnvoll und nachhaltig erweisen können.

Fachperson 1:

Grundsätzlich ist wichtig, dass nicht über den Klienten oder die Klientin hinweg entschieden wird, sondern dass er oder sie in den Prozess miteinbezogen wird. Wenn klar ist, dass ein Substanzkonsum vorhanden ist, kann der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin der Klientel beratend zur Seite stehen. Auch die Motivationsarbeit ist ein grosser Teil davon. Da die Klienten und Klientinnen Termine auf dem Sozialdienst wahrnehmen müssen, hat der Sozialdienst die Möglichkeit die Veränderungsmotivation zu fördern, damit Betroffene sich bereit fühlen, etwas zu verändern, und zum Beispiel eine Fachstelle aufsuchen. Der Sozialdienst kann aber in alle möglichen Projekte oder Institutionen der Suchthilfe vermitteln. Eine differenzierte Hilfe auf verschiedenen Ebenen kann organisiert werden. Bedarfs- und bedürfnis-

gerechte Einschätzungen können vorgenommen werden, um anschliessend den Betroffenen passende Angebote vermitteln zu können. Da es nicht möglich ist, das ganze Suchtphänomen auf dem Sozialdienst zu bearbeiten, sind Fachstellen von grosser Bedeutung. Diese können den Betroffenen jedoch nur anempfohlen werden. Zu Beginn muss eine Konsultation noch nicht verbindlich sein, so dass sich der Klient oder die Klientin noch nicht festlegen muss. Eine Vermittlung zu anderen Stellen kann dann vorgenommen werden, wenn jemand dazu bereit ist, eine Veränderung anzugehen. Da Personen aufgrund ihrer Sucht meist über lange Zeit Sozialhilfe beziehen, kann der Sozialdienst eine Kontinuität in der Begleitung der Personen herstellen. Dadurch können Visionen und Ziele der Betroffenen besser in andere Helfernetze getragen werden. Mit den involvierten Institutionen soll nach Möglichkeit zusammengearbeitet werden. Der Sozialdienst kann so den Austausch und die Zusammenarbeit aller Beteiligten koordinieren. In der Regel willigen die Klienten und die Klientinnen dazu ein. Eine Fachstelle kann aber auch dann beigezogen werden, wenn sich Sozialarbeitende selbst zu einem Thema beraten lassen wollen.

Ein Ziel des Sozialdienstes ist es, dass die Menschen beruflich (re)integriert werden. Allerdings steht die Sucht meistens so im Vordergrund, dass diese zuerst bearbeitet werden muss, und dies braucht in der Regel Zeit. Veränderungsprozesse sind Lernprozesse und können nicht einfach beschleunigt werden. In solchen Situationen kann man sich auf das Sozialhilfegesetz berufen. Es geht nämlich nicht nur um die berufliche, sondern auch um die soziale Integration. Eine Lösung könnten zum Beispiel auch Taglohnprojekte sein, in welchen die Betroffenen trotz aktuellem Konsum arbeiten können. Dies hat meist eine stabilisierende Wirkung. Jemanden in die freie Wirtschaft zu schicken, ist aber nochmals etwas anderes. Der Druck wird erhöht, wenn jemand einfach in das Arbeitsleben geschickt wird. Die Anforderungen und der Stress steigen, was sich eher kontraproduktiv auswirkt und die Sucht wird dadurch gesteigert. Die Sucht muss zuerst bearbeitet werden, ansonsten sind Integrationsversuche weder sinnvoll noch nachhaltig.

Personen, die am Anfang einer Abhängigkeit stehen, können leichter von einem problematischen Konsum wegkommen. Dabei ist wichtig, dass angemessene Angebote gefunden werden. Es sollte darauf geachtet werden, dass diese Menschen möglichst in gesunden Verhältnissen ihre Zeit verbringen. Ein Taglohnprojekt, wo sich viele Drogenabhängige finden lassen, ist zum Beispiel keine geeignete Lösung. Therapeutische Angebote oder Selbsthilfegruppen, bei welchen es um die Stärkung von persönlichen Ressourcen oder um den Umgang mit Belastungssituationen geht, wären sinnvoller.

Schlussendlich sind es aber immer die Betroffenen selber, die das Verhalten ändern müssen. Sozialarbeitende können dies allenfalls anregen. Dies muss den Klienten und Klientin-

nen klar gemacht werden. Ansonsten entsteht nicht selten die Erwartung an Sozialarbeitende, dass sie das Leben für jemanden ändern werden.

Fachperson 2:

Der Fokus sollte darauf gerichtet sein, dass eine Person ihr Leben wieder so gestalten kann, dass sie nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen ist. Ziel sollte es somit sein, Betroffene mit geeigneten Angeboten unterstützen zu können. Bei einer Abhängigkeit sollte zusätzlich eine Zusammenarbeit mit anderen Fachstellen stattfinden. Dadurch kann auch die Aufgabe der sozialen und beruflichen Reintegration miteinander angegangen werden. Gemeinsam mit der betroffenen Person soll herausgefunden werden, was sie braucht und was für sie das geeignetste Angebot ist. Es geht nicht darum, dass Sozialarbeitende auf Sozialdiensten zu Suchtfachpersonen werden und die Betroffenen in ihrem Suchtproblem beraten, sondern vielmehr dass sie wissen, wo welche Unterstützung angeboten wird und wo sie Klienten und Klientinnen in bestimmten Situationen hinschicken können. Benötigen sie zum Beispiel selbst Unterstützung oder kommen in einer Situation mit einem Klienten oder einer Klientin nicht weiter, so können auch sie sich selbst an eine Fachstelle wenden.

Wichtig ist grundsätzlich, dass angebotsorientiert gearbeitet wird und dass Abstinenz nicht zwingend das Ziel sein muss. Verschiedene Angebote, Hilfsmöglichkeiten und Therapien sollten den Betroffenen vorgestellt werden, so dass sie eine Auswahl haben. Es wird erfahrungsgemäss weniger Widerstand seitens der Klientel hervorgerufen, wenn verschiedene Angebote und Möglichkeiten aufgezeigt werden, als wenn nur eine Variante, welche als die Richtige angesehen wird, jemandem aufgezwungen wird. Oft braucht es verschiedene Angebote oder auch Rückfälle, bis das Passende gefunden wird. Betroffene sollten deshalb immer wieder zu dieser Auseinandersetzung mit Angeboten ermutigt werden. Heutzutage kann auch auf suchtspezifische Internetseiten, auf Online-Selbsttests zur Überprüfung des eigenen Konsumverhaltens oder auch Unterstützung per Internet (zum Beispiel Onlineberatung) aufmerksam gemacht werden. Computergenerierte Feedbacks zum eigenen Konsum können oft besser angenommen werden und die Schwelle, sich an eine Fachstelle zu wenden, kann sinken. Die Wahl der Angebote unterscheidet sich je nach Konsummuster und Länge der Konsumdauer. Bei einer Langzeitabhängigkeit braucht es eher Angebote in Richtung Stabilisierung, wo es hingegen bei einer kurzen Abhängigkeit vermehrt Richtung Abstinenz oder risikoarmen Konsum gehen sollte. Kommt es zu einer Vernetzung mit anderen Institutionen, sind regelmässige Standortgespräche unerlässlich. Dabei werden zusammen mit dem Klienten oder der Klientin Ziele festgelegt, aufgeteilt, wer für was zuständig ist, und wie die Informationen fließen.

### Fachperson 3:

Wenn jemand zwar Drogen konsumiert, er aber noch gut funktioniert und es keine Indizien gibt, dass eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt, dann kann es in erster Linie darum gehen zu fragen, ob überhaupt ein Interesse besteht, im Bereich des Konsums etwas zu verändern. Es soll nicht abstinenzorientiert gefragt werden, denn es geht um Veränderung und nicht um Abstinenz. Gibt es Anhaltspunkte, die darauf hinweisen, dass die Person etwas verändern möchte, dann sollte eine Vernetzung stattfinden. Dies geht dann in ein beraterrisches, therapeutisches Setting hinein, wo genügend Zeit vorhanden sein muss. Manchmal werden auch Visionen und Wünsche, was jemand erreichen oder verändern will, geäußert. Dort sollte angeknüpft und geschaut werden, was sich dafür verändern müsste und welche Angebote und Fachinstitutionen es gibt, die dabei Unterstützung leisten könnten. Es reicht nicht aus, nur den Klienten oder die Klientin an eine Fachstelle zu vermitteln. Anschliessend muss auch auf der Fachebene eine Zusammenarbeit entstehen. Gemeinsam mit Klienten und Klientinnen müssten Ziele formuliert werden und zu Gunsten von ihnen, wenn immer möglich, vernetzt gearbeitet werden. Grundsätzlich ist es besser Fachstellen eher früher als später beizuziehen, denn die Arbeit mit Drogenabhängigen kann ein grosses Frustrpotential beinhalten. Der Fall sollte auf verschiedene Stellen verteilt werden, denn Sozialarbeitende auf Sozialdiensten sind meist keine Suchtfachpersonen. Wenn ein Konsum erkannt wird, gilt im Sinne von Früherkennung und Frühintervention: möglichst früh versuchen zu vernetzen.

Es gibt Phasen im Leben, in welchen eine Person nichts an ihrem Konsum verändern möchte. Dies ist durchaus ihr Recht, wenn sie ihr Leben auf diese Weise leben möchte. Die Aufträge und die Ziele, die ein Sozialdienst verfolgt, dürfen dabei allerdings nicht vergessen werden. Es gibt gesetzliche Vorgaben und Regeln, die eingehalten werden müssen, um Sozialhilfeleistungen beziehen zu können. Dies muss klar vermittelt werden. Das Ziel des Sozialdienstes ist, dass die Menschen zukünftig wieder unabhängig von Sozialhilfe leben können. Um dies überhaupt erreichen zu können, müssen Klienten und Klientinnen aber dazu befähigt werden ihre Selbständigkeit zurück zu erlangen und ein gewisses Einkommen generieren zu können. Selbstverständlich unterscheiden sich die Ziele bei Schwerstabhängigen und solchen, die noch nicht lange oder nur gelegentlich konsumieren. So sind bei Abhängigen auch die Schritte in eine bestimmte Richtung sehr klein. Es geht aber auch darum, dass die Menschen überhaupt wieder anfangen zu glauben, dass sie sich noch verändern können. Das Ziel muss nicht Abstinenz sein. Es kann auch eine minimale Konsumkontrolle sein, damit zum Beispiel gewisse Aufgaben erledigt oder Anforderungen erfüllt werden können.

Im Allgemeinen gilt, mit den Klienten und Klientinnen zusammen zu erarbeiten, was Ziele sind, was sie verändern wollen und was unter Umständen geändert werden muss, damit sie Sozialhilfeleistungen in Anspruch nehmen können. Es muss deklariert werden, was gesetzli-

che Vorgaben sind und was persönliche Ziele und Wünsche sind. Sozialarbeitende sollten bei den individuellen Zielen nicht einen bestimmten Lösungsweg als den Richtigen ansehen. Dies löst Widerstand aus. Es sollte vielmehr mit den Klienten und Klientinnen zusammen erarbeitet werden, was sie brauchen.

Es gibt aber auch Situationen, in denen ein gewisser Druck sinnvoll und notwendig ist, damit ein Verhalten verändert wird. So sind Beratungen auf Fachstellen unter Zwang nicht weniger erfolgreich als solche, die freiwillig sind. Natürlich muss es dann darum gehen, aus einer extrinsischen eine intrinsische Motivation zu erzeugen. Dies ist die Aufgabe von Beratungsstellen und nicht die von Sozialdiensten, denen dafür in der Regel keine Zeit zur Verfügung steht. Das ist natürlich nicht das Beste. Besser ist, wenn jemand freiwillig und problemeinsichtig eine Fachstelle aufsucht. Grundsätzlich ist es aber hilfreicher, wenn eine klare Weisung vorliegt, die den Rahmen vorgibt, als wenn Klienten und Klientinnen auf eine Beratungsstelle gehen ohne zu wissen, was sie dort sollen. Es kann unter Umständen förderlich wirken, wenn erklärt wird, dass es so nicht weiter gehen kann und dass zum Beispiel zuerst eine Veränderung geschehen muss, bevor Geld für bestimmte Integrationsprojekte etc. ausgegeben wird.

Das andere ist, dass Massnahmen nicht zielführend sind, wenn nicht angemessen auf das Konsummuster eingegangen wird. Bei einem problematischen Konsum kann mehrmals über dasselbe gesprochen werden und es verändert sich trotzdem nichts. Wenn der Sozialdienst diesen Klienten oder diese Klientin in ein Integrationsprojekt zwingt, dann ist das hinausgeworfenes Geld. Dies bringt nichts, da der Klient oder die Klientin den gestellten Anforderungen nicht nachkommen kann, weil er zum Beispiel immer zu spät kommt oder nicht leistungsfähig ist. Bei Abhängigkeit wird von einer Krankheit gesprochen. Das wäre dann, wie wenn eine Person mit einer Krankheit zu einer Arbeit gezwungen wird, obwohl sie in ihrem Zustand gar nicht dazu im Stande ist.

### **8.3.5. Evaluation**

Es wurden keine Fragen direkt zur Evaluation bei der Zusammenarbeit mit suchtmittelkonsumierende Klienten und Klientinnen gestellt, weshalb dieser Prozessschritt weniger im Fokus stand. Einige Aussagen der Interviewten betonen jedoch die Bedeutsamkeit der Evaluation und werden hier in die Auswertung aufgenommen.

Fachperson 2:

Wenn der Konsum in einem Rahmen ist, bei welchem der Klient oder die Klientin zuerst selbständig versuchen will, etwas daran zu ändern, so sollte von Zeit zu Zeit nachgefragt werden, wie es ihm oder ihr dabei ergeht, ob etwas verändert werden konnte oder ob doch

ein anderer Weg gesucht werden muss, zum Beispiel mithilfe von Fachstellen. Nur weil eine Person sagt, sie möchte vorerst ohne weitere Hilfe versuchen etwas am Konsum zu ändern, darf nicht davon ausgegangen werden, dass das Problem damit gelöst ist. Es sollte nachgefragt werden.

Klienten und Klientinnen neigen unter Umständen dazu, verschiedene involvierte Stellen gegeneinander auszuspielen. Diesem Phänomen sollten sich Sozialarbeitende bewusst sein und regelmässige Vernetzungsgespräche sind deshalb unerlässlich. Die Zusammenarbeit mit Suchtmittelabhängigen kann verschiedene Schwierigkeiten und Gefahren mit sich bringen. Einerseits besteht die Gefahr, dass sich bei den Sozialarbeitenden eine ablehnende Haltung gegenüber Personen mit Suchtmittelproblemen entwickeln kann, zum Beispiel durch häufiges Nichterscheinen zu Terminen oder das Nichterledigen von Aufträgen. In solchen Situationen ist es wichtig zu verstehen, dass solches Verhalten nicht bewusst gegen den Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin gerichtet ist, sondern vielmehr als Teil des Krankheitsbildes oder von sich etablierten psychischen Prozessen betrachtet werden muss. Eine weitere Gefahr betrifft das Co-Verhalten oder die Co-Abhängigkeit, denn nicht nur Angehörige, sondern auch Sozialarbeitende können ein Co-Verhalten entwickeln. Dies kann sich zum Beispiel dadurch zeigen, dass Sozialarbeitende beginnen Verantwortung für ihre Klienten und Klientinnen zu übernehmen oder die Sucht nach aussen bagatellisiert wird. Um diesen Gefahren begegnen zu können, ist es wichtig, dass bei Kontakten, insbesondere mit Suchtmittelabhängigen, Gefässe wie Supervision, Intervision und Fallbesprechungen zur Verfügung stehen und auch genutzt werden. Dies ermöglicht es die professionelle Arbeitsbeziehung zwischen Klientel und Sozialarbeitenden zu reflektieren.

Fachperson 3:

Nachdem gemeinsam Ziele formuliert wurden und geklärt wurde, wer für welche Aufgaben zuständig ist, ist es wichtig, dass diese Ziele regelmässig mit allen Beteiligten überprüft werden, insbesondere dann, wenn zusätzliche Fachstellen involviert sind.

#### **8.4. Theoriebezug**

In diesem Kapitel werden die Hauptaussagen der Interviewten zusammengefasst, wobei Unterschiede und Gemeinsamkeiten herausgearbeitet werden. Anschliessend werden sie mit der bearbeiteten Theorie in Verbindung gesetzt. Dabei wird vor allem auf die Inhalte des professionellen Handelns, wie auch auf die theoretischen Grundlagen der Suchtarbeit eingegangen. In einem kleineren Umfang werden weitere bearbeitete Themen miteinbezogen.

#### **8.4.1. Indizien**

Auf die Auflistung und Zusammenstellung der Indizien wird an dieser Stelle nur marginal eingegangen. Die Liste kann als solche zur Kenntnis genommen werden und als Anregung zur Erkennung von Drogenkonsum auf Sozialdiensten dienen. Werden die zwei Tabellen, jene im Theorieteil und jene mit den Aussagen der Experten und Expertinnen verglichen, so ist auffallend, dass sich viele Indizien überschneiden. Die Indizien im Theorieteil wurden mehrheitlich aufgrund suchtspezifischen Wissens, Wirkungsweisen, Entzugserscheinungen und Langzeitfolgen des Drogenkonsums sowie suchtbedingten Lebenswelten erarbeitet. Die Indizien, die aus den Experteninterviews hervorgingen, basieren auf diesen theoretischen Erkenntnissen, wurden aber zusätzlich durch die Rahmenbedingungen auf dem Sozialdienst und die zu erfüllenden Auflagen und Pflichten beeinflusst. Dadurch bieten sie die Möglichkeit, dass sie in der Art und Weise, wie sie genannt wurden, auch tatsächlich auf Sozialdiensten anzutreffen und wahrnehmbar sind.

#### **8.4.2. Haltung**

Zusammenfassung Interview:

Zwei Personen machen darauf aufmerksam, dass Klienten und Klientinnen nicht auf ihre Sucht reduziert oder verurteilt werden dürfen. Im Verlaufe des Interviews wird ersichtlich, dass Sozialarbeitende keinen paternalistischen Ansatz vertreten sollten. Alle drei Experten und Expertinnen sind der Meinung, dass Abstinenz nicht zwingend das Ziel sein muss und dass es nicht die Sozialarbeitenden sein sollten, die den Klienten und Klientinnen den anscheinend richtigen Weg vorgeben. Eine Person verweist darauf, dass die eigene Haltung gegenüber Suchtmittelkonsum reflektiert werden muss.

Theoriebezug:

In der Zusammenarbeit mit Suchtmittelkonsumenten und -konsumentinnen gilt, sie nicht auf ihre Sucht zu reduzieren oder deswegen zu verurteilen sowie keine paternalistische Haltung einzunehmen. Darauf machen nicht nur die Experten und Expertinnen aufmerksam, sondern es finden sich theoretische Belege dazu. So schlägt Böhnisch vor, das Delikt von der Person zu trennen, da die Betroffenen dadurch die Möglichkeit erhalten, ein aktives Verhältnis zu ihren Möglichkeiten der Bewältigung zu bekommen. Zudem würde durch eine Reduktion auf die Sucht eine Etikettierung der Klientel stattfinden. Dies wiederum birgt die Gefahr, dass Betroffene beginnen, die ihnen zugeschriebenen Rollen mit den entsprechenden Verhaltensweisen zu übernehmen (Böhnisch, 2008, 310-311). Der akzeptanzorientierte Ansatz in der Suchtarbeit betont etwa, dass die Autonomie der Menschen im Vordergrund stehen sollte und nicht, dass Sozialarbeitende wissen, was für jemanden das Beste und vor allem das Richtige ist. Auch Miller und Rollnick setzen im MI eine gewisse Grundhaltung voraus. Diese

beinhaltet unter anderem, dass Sozialarbeitende keine Art des Übergeordnetseins vermitteln, dass die Selbstbestimmung der Betroffenen respektiert wird und die Verantwortung für eine Veränderung bei ihnen liegt.

### **8.4.3. Analyse**

Zusammenfassung Interview:

Wenn Indizien auftauchen bedeutet dies nicht, dass jemand zwangsläufig drogenabhängig ist oder einen problematischen Konsum aufweist. Es können durchaus andere Ursachen dahinterliegen. Dies betonen alle drei Interviewten. Deshalb ist es unerlässlich, dass Klienten und Klientinnen auf die wahrgenommenen Indizien angesprochen und damit konfrontiert werden. Uneinigkeit besteht darin, wie die Betroffenen auf das Konfrontieren reagieren würden. So wird einerseits erwähnt, dass Klienten und Klientinnen häufig zuerst mit Abstreiten oder Herunterspielen reagieren. Auf der anderen Seite wird angegeben, dass Betroffene oft zugeben, dass sie konsumieren, wenn sie direkt angesprochen werden. Es wird jedoch angefügt, dass es durchaus auch Schwerstabhängige gibt, die ihre Situation verleugnen. Dies seien jedoch wenige. Zusätzlich wird erklärt, weshalb es auch bei anderen dazu kommen kann, dass sie ihren Konsum abstreiten. Dies könne damit in Zusammenhang stehen, dass sie sich an Menschen mit ausgeprägterem Konsum messen und sich unter Umständen den Auswirkungen des eigenen Konsums noch nicht bewusst sind. Die Fachpersonen sehen unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten, wenn es zu einem Abstreiten des Konsums kommt. Vorschläge, diesem zu begegnen, bestehen zum Beispiel darin, die Methode „Motivational Interviewing“ anzuwenden, dies zur Kenntnis zu nehmen und vorerst abzuwarten, dass sich Sozialarbeitende nicht auf Kämpfe einlassen sollten und stattdessen ein Abklärungsgespräch bei einer Fachstelle anordnen oder auch einer anderen Institution den Auftrag geben, abzuklären, ob ein Drogenkonsum vorliegt.

Theoriebezug:

Das Abstreiten oder Bagatellisieren des eigenen Konsums wird nach Miller und Rollnick als eine Art des Widerstandes verstanden und als „Negieren“ bezeichnet. Andere Arten von Widerstand sind zum Beispiel, die „Unwilligkeit, sich zu verändern“ oder das „Argumentieren“, wenn zum Beispiel die Expertise des Sozialarbeitenden in Frage gestellt wird. Auf diese Arten von Widerstand wird zusätzlich in Kapitel 8.4.4. „Interventionen“ eingegangen. Widerstand gilt als Prädiktor, dass eine Verhaltensveränderung ausbleiben wird (Miller & Rollnick, 2009, S.72). Somit muss Widerstand abgebaut werden, sobald er bemerkt wird. Es wird davon ausgegangen, dass Widerstand aufgrund zwischenmenschlicher Interaktion entsteht. Steigt der Widerstand, so ist dies wahrscheinlich eine Reaktion auf das Handeln von Sozial-

arbeitenden. Im MI werden verschiedene Methoden formuliert, um mit Widerstand umzugehen (Miller & Rollnick, 2009, S.139-154).

Zusammenfassung Interview:

Ebenfalls verschiedene Ansichten bestehen zu den Möglichkeiten einen problematischen Konsum auf Sozialdiensten erkennen zu können. So wird zweimal angegeben, dass die Indizien im Grunde dieselben sein können, jedoch weniger offensichtlich wahrnehmbar sind und es grundsätzlich schwierig ist, sie dem richtigen Konsummuster zu zuordnen. Die dritte Person ist allerdings der Meinung, dass es nicht möglich ist, problematischen Konsum wahrzunehmen ohne nachzufragen und über den Konsum zu sprechen.

Theoriebezug:

Es wird ersichtlich, dass es schwierig ist, Indizien dem richtigen Konsummuster zuzuordnen. Unter anderem aus diesem Grund kommt der Zusammenarbeit mit Fachstellen eine wichtige Bedeutung zu. In Kapitel 8.4.4. „Interventionen“ wird ersichtlich, weshalb das Erkennen des richtigen Konsummusters essentiell ist. Grundsätzlich ist es im Sinne von Früherkennung und Frühintervention von grosser Bedeutung, dass nicht nur Suchtmittelabhängigkeit, sondern auch andere Konsummuster wahrgenommen werden.

Zusammenfassung Interview:

Alle Interviewten sind sich einig, dass der vorliegende Drogenkonsum genau abgeklärt werden und einem Konsummuster (Abhängigkeit, problematischer, risikoarmer Konsum etc.) zugeordnet werden muss. Nur dadurch ist es anschliessend möglich, angemessen auf das bestehende Problem einzugehen und passende Angebote zu vermitteln. Eine Fachperson betont, dass es zwar zu den Aufgaben auf Sozialdiensten gehört, einen Suchtmittelkonsum wahrzunehmen, ihn jedoch nicht einzuordnen. Für alle kann ein Abklärungsgespräch auf einer Beratungsstelle hilfreich oder auch unerlässlich sein, um den Konsum richtig einordnen zu können.

Theoriebezug:

Obwohl es sich hier um Analyse handelt, wird auf weitere Prozessschritte Bezug genommen. Es wird verdeutlicht, wie eng diese Schritte in Zusammenhang stehen, dass sie in der Regel aufeinander aufbauen und die Qualität der Zusammenarbeit und der Interventionen leiden kann, werden einzelne Schritte zu wenig oder nicht richtig ausgeführt. Wie im nächsten Kapitel ersichtlich wird, sind zum Beispiel einzelne Interventionen weder wirksam noch nachhaltig, wenn ein bedeutender Suchtmittelkonsum nicht festgestellt und richtig eingeordnet wurde. Bei professionellen Handlungsweisen gilt, die Situation mit individuellen Problemen und

Themen eines Klienten oder einer Klientin zu erfassen. Anschliessend sollen gemeinsam mit Beteiligten Ziele formuliert und Interventionen geplant, realisiert und ausgewertet werden. Nur durch das Wahrnehmen der Persönlichkeit und der Lebenssituation kann jemand sinnvoll und zielgerichtet begleitet werden, wobei die Wichtigkeit einer umfassenden Analyse betont wird.

Zusammenfassung Interview:

Einmal wurde ein Bezug zu den Risikofaktoren hergestellt. Da bei einem Drogenkonsum immer auch das Risiko besteht in eine Abhängigkeit zu geraten, ist es hilfreich, wenn auf diese geachtet werden kann.

Theoriebezug:

Da Risikofaktoren einen Suchtmittelkonsum begünstigen können, kann es im Sinne von Früherkennung bedeutend sein, wenn Sozialarbeitende auf Risikofaktoren sensibilisiert und sich diesen bewusst sind. Risikofaktoren sind bei den vorgestellten Modellen zur Suchtentstehung zu erkennen. Einerseits macht Böhnisch auf die Bewältigungsaufgaben in den verschiedenen Lebensaltern aufmerksam, die als Risikofaktoren gelten können. Andererseits zählen die unterschiedlichen Komponenten der Suchttrias ebenfalls zu möglichen Risikofaktoren. Werden diese Risiken erkannt, kann auch das Sensorium für eine Suchtentstehung gestärkt werden.

#### **8.4.4. Intervention**

Zusammenfassung Interview:

Die Experten und Expertinnen sind ausnahmslos der Auffassung, dass Klienten und Klientinnen in den Prozess miteinbezogen werden müssen. Zusammen mit ihnen müssen Ziele ausgehandelt und effiziente Unterstützungsangebote erarbeitet werden. Es sind nicht die Sozialarbeitenden, die den anscheinend richtigen Weg kennen und vorgeben. Dies kann Widerstand erzeugen. Sind weitere Institutionen involviert, werden diese ebenfalls in entsprechende Prozesse miteinbezogen.

Theoriebezug:

Es ist erforderlich, dass Klienten und Klientinnen in Prozesse miteinbezogen und gemeinsam mit ihnen Ziele formuliert werden sowie ihnen verschiedene Unterstützungsangebote zur Verfügung gestellt werden. Mit dieser Art von Umgang wird eine Bevormundung, wie sie im MI bekannt ist, vermieden und eine konstruktive Zusammenarbeit gefördert. Als „Bevormundung“ werden Verhaltensweisen seitens der Sozialarbeitenden bezeichnet, die bei Klienten und Klientinnen Widerstand hervorrufen oder verstärken (Miller & Rollnick, 2009, S.76). Die

Aussagen der Interviewten weisen auf einige Arten der Bevormundung hin, auf die es bewusst zu verzichten gilt:

„Für eine Veränderung argumentieren“: Sozialarbeitende versuchen Klienten und Klientinnen zu einer Veränderung zu überreden, indem sie die Seite der Ambivalenz vertreten, die für eine Veränderung spricht (Miller & Rollnick, 2009, S.77). So sprechen Sozialarbeitende immer mehr Argumente für eine Veränderung aus, wobei sich Klienten und Klientinnen immer mehr dagegen wehren.

„Vorrang beanspruchen“: Sozialarbeitende haben die Einstellung, dass sie wissen, was das Beste für ihre Klienten und Klientinnen ist und diese sollen sich ihren Vorstellungen unterordnen.

„Die Expertenrolle einnehmen“: Während Gesprächen vermitteln Sozialarbeitende, dass sie alle Antworten haben (Miller & Rollnick, 2009, S.77).

Bevormundungen müssen vermieden werden, weil dadurch oft Widerstand ausgelöst wird, was auch in den Experteninterviews zum Ausdruck gebracht wurde. So bedarf es zum Beispiel nur wenig Bevormundung, damit die Motivation der Klientel, eine Veränderung einzugehen, negativ beeinflusst wird (Miller & Rollnick, 2009, S.78). Es kann allerdings unterstützend wirken, verschiedene Möglichkeiten aufzuzeigen und unter Umständen zu erwähnen, was andere Betroffene in ähnlichen Situationen als hilfreich erlebt haben.

Böhnisch geht auf einen anderen Aspekt des Widerstandes ein. Dieser steht ebenfalls mit dem Abstreiten, welches in Kapitel 8.4.3. „Analyse“ betrachtet wurde, in Zusammenhang, hat jedoch Einfluss auf die Interventionsplanung. Suchtmittelkonsumenten und -konsumentinnen<sup>18</sup> teilen nicht immer die Diagnose, die sie bezüglich ihrem Konsum erhalten. Manchmal passen sie sich lieber den verhängnisvollen Umständen an, als dass sie versuchen würden, aus ihnen herauszukommen oder sehen Hilfsangebote eher als Einmischung oder Gefahr an. Dies kann mithilfe der Bewältigungstheorie folgendermassen erklärt werden: „Das Erlangen subjektiver und akzidentieller Handlungsfähigkeit wird bei vielen KlientInnen vor die Frage gestellt, ob damit – auf den weiteren Lebenslauf gesehen – biografische Chancen vergeben und Ressourcen blockiert werden.“ (Böhnisch, 2008, S.291). Es ist wichtig, dass verstanden wird, weshalb jemand auf eine bestimmte Art und Weise handelt. Dadurch wird es möglich, diese Gründe in die Interventionsplanung miteinzubeziehen, wodurch Unterstützung am richtigen Ort angesetzt werden kann. Dadurch steigt das Potential, dass eine nachhaltige Intervention zustande kommt.

Auch das Transtheoretische Modell liefert Ansätze, wie Widerstand gegen eine Veränderung begegnet werden kann. Mithilfe des Modells wird ersichtlich, dass sich Klienten und Klientin-

---

<sup>18</sup> Böhnisch bezieht seine Theorien nicht nur auf Sucht, sondern schliesst alle Arten von deviantem Verhalten mit ein. Da diese Arbeit den Fokus auf Suchtmittelkonsumenten und -konsumentinnen richtet, werden auch in Zusammenhang mit seiner Theorie, suchtspezifische Begriffe verwendet.

nen, die Widerstand aufweisen und nichts an ihrer Situation ändern wollen, auf einer unteren Stufe des Modells befinden. Dies bedeutet, dass Widerstand seitens der Klientel die Sozialarbeitenden keineswegs entmutigen soll. Vielmehr sollten Gründe, weshalb sich jemand auf dieser Stufe befindet, erkundet und Betroffene motiviert werden, sich mit einer Verhaltensänderung auseinanderzusetzen (DiClemente & Velasquez, 2002, S.204). Dafür kann MI durchaus unterstützend wirken.

#### Zusammenfassung Interview:

Die Bedeutung von Fachstellen wird betont, da ein Suchtphänomen auf einem Sozialdienst nicht vollumfänglich bearbeitet werden kann. Es wird immer wieder erwähnt, dass mit involvierten Stellen nach Möglichkeit zusammengearbeitet werden soll. Zwei der Interviewten weisen darauf hin, dass nicht nur Drogenkonsumierende, sondern auch Sozialarbeitende auf Fachstellen Unterstützung einholen können. Eine Fachperson macht zusätzlich auf das Beziehen von fachspezifischen Internetseiten aufmerksam.

#### Theoriebezug:

Auch Hochuli Freund und Stotz weisen darauf hin, dass eine professionelle Unterstützung der Klientel oft nur in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Fachpersonen erfolgen kann. Im Sozialhilfegesetz des Kantons Bern wird festgehalten, dass Sozialdienste eng mit anderen Institutionen zusammenarbeiten, um die Eingliederung von Sozialhilfebezügern und -bezüglerinnen und deren finanzielle Unabhängigkeit zu fördern.

#### Zusammenfassung Interview:

Ein Unterschied besteht beim Zeitpunkt der Vernetzung. So wird einmal genannt, dass Motivationsarbeit ein Teil der Arbeit auf Sozialdiensten ist und dass das Aufsuchen von Fachstellen der Klientel nur anempfohlen werden könne. Eine Vermittlung zu anderen Stellen kann vorgenommen werden, wenn jemand dazu bereit ist, eine Veränderung einzugehen. Eine andere Ansicht dazu hat eine weitere Person. Sie ist der Meinung, dass Druck seitens der Sozialarbeitenden in bestimmten Situationen sinnvoll und notwendig ist. Die Motivationsarbeit sei vor allem die Aufgabe von Beratungsstellen, da auf Sozialdiensten in der Regel zu wenig Zeit dazu zur Verfügung stehe. Die beiden sind sich in dem Standpunkt einig, dass es auf jeden Fall besser sei, wenn jemand freiwillig und problemeinsichtig eine Fachstelle aufsucht. Auch über den Einsatz von Zwang herrscht wenig Konsens.

#### Theoriebezug:

Interessant bei diesen Interviewaussagen (vgl. Kapitel 8.3.4. „Intervention“) ist die unterschiedliche Haltung gegenüber auszuübendem Druck oder auch Zwang. Es wird unterschied-

den zwischen Druck, eine Beratungsstelle für eine klare Diagnose aufzusuchen (vgl. Kapitel 8.3.3. „Analyse“) und Druck, eine Beratungsstelle aufzusuchen, damit eine Veränderung stattfindet. Dies ist auch insofern spannend, da sich alle einig sind, dass zusammen mit Klienten und Klientinnen Ziele formuliert und nach passenden Unterstützungsangeboten gesucht wird. Schlussendlich schlägt nur eine Person vor, auf Zwang zu verzichten. Der Umgang mit Druck und Zwang bei suchtmittelkonsumierenden Sozialhilfeempfänger und -empfängerinnen stellt eine separate Thematik dar und kann hier nicht umfänglich diskutiert werden.

Im Zusammenhang mit professionellem Handeln leistet Müller einen bedeutenden Beitrag, wenn trotz der Anwendung von Zwang Professionalität gegeben sein soll. Er unterscheidet drei Arten von Interventionen: Eingriff, Angebot und gemeinsames Handeln<sup>19</sup>. Ein Eingriff beinhaltet Macht und Zwang (Müller, 2012, S.140-141) und muss Potential mit sich bringen, wenigstens teilweise in gemeinsames Handeln überzugehen. Ansonsten ist ein Eingriff eine willkürliche und gewaltsame Intervention, welche in der professionellen Arbeit zu unterlassen ist (S.143-144). Darauf wird im Interview mit der Aussage, dass es Ziel sein muss, aus einer extrinsischen eine intrinsische Motivation zu machen, Bezug genommen. Das MI geht davon aus, dass eine intrinsische Motivation zur Veränderung in Personen vorhanden ist. Diese soll hervorgerufen werden, indem die Person mit in den Prozess einbezogen wird und ihre Ziele, Werte und Wahrnehmungen berücksichtigt werden. Die Selbstbestimmung der Menschen gilt es stets zu respektieren. Müller stellte folgende Arbeitsregel auf, welche es bei Anwendung von Macht und Zwang zu beachten gilt: „Eingriffe dürfen vorhandenes Potential der Selbstbestimmung nicht zerstören. Erniedrigende Eingriffe sind deshalb ebenso illegitim wie alle Versuche, mit Gewaltmitteln Menschen zu bessern oder glücklicher machen zu wollen.“ (2012, S.147). Macht wie auch Gewaltmittel sind auf Sozialdiensten durch die Kontrolle der Geldauszahlungen in ausgeprägtem Masse vorhanden.

Kommt es zu Interventionen, wenn von aussen Druck ausgeübt wird, so steht die Person in der Regel auf der Stufe der Absichtslosigkeit im Transtheoretischen Modell und denkt nicht über eine Veränderung nach oder ist problemuneinsichtig.

Eine Person machte im Interview auf das Doppelte Mandat aufmerksam und dass auf Sozialdiensten aufgrund von Rahmenbedingungen und Vorschriften in bestimmten Fällen Druck gemacht werden muss. Auf Sozialdiensten kommt es immer auch zu einem Spannungsfeld zwischen sozialer Kontrolle und sozialpolitischen Massnahmen sowie der Wahrung der Autonomie, wie auch der Betrachtung individueller Lebenslagen, welches nicht aufgehoben

---

<sup>19</sup> Angebote verzichten auf Zwang und Klienten und Klientinnen können sie annehmen oder ablehnen. Bei einer Ablehnung entstehen keinerlei Sanktionen (Müller, 2012, S.141). Die Angebote können sich auf eine Änderung der Fähigkeiten einer Person oder auf die Veränderung einer Situation richten (S.150-151). Beim *gemeinsamen Handeln* geht es darum, dass Angebote ausgehandelt werden, denn diese können schlussendlich nur in Kooperation mit dem Klienten oder der Klientin wirksam werden und zu einer Lösung des Problems beitragen (S.155).

werden kann. In solchen Situationen muss die Kontrollfunktion Klienten und Klientinnen transparent gemacht werden und Widersprüche müssen fallbezogen reflektiert werden.

#### Zusammenfassung Interview:

Es besteht Konsens darüber, dass es zu den Zielen des Sozialdienstes gehört, Klienten und Klientinnen zu befähigen, dass sie ohne Sozialhilfe leben können. Ziele und die Wahl geeigneter Angebote sind individuell und unterscheiden sich nach Konsummuster. Wird nicht angemessen auf das Konsummuster und die betroffene Person eingegangen, so sind Interventionen nicht zielführend. Zwei Interviewte machen explizit auf auftauchende Probleme aufmerksam, werden die Konsummuster zu wenig berücksichtigt. Das Ziel kann, muss aber nicht, Abstinenz sein. Eine Person hebt speziell hervor, dass Sucht zuerst bearbeitet werden muss, bevor es um die berufliche Integration gehen kann, da ansonsten Integrationsversuche nicht nachhaltig sind.

#### Theoriebezug:

Durch die schweizerische Drogenpolitik wird ein Rahmen gesetzt, der es ermöglicht, individuell auf die unterschiedlichen Konsummuster einzugehen und entsprechende Angebote zu vermitteln. Es muss in Betracht gezogen werden, dass eine Veränderung des Suchtverhaltens in der Regel über eine lange Zeit hinweg stattfindet. Eine Fachperson macht darauf aufmerksam, dass Veränderungsprozesse Lernprozesse sind und nicht unendlich beschleunigt werden können. Das Transtheoretische Modell besagt, dass eine Verhaltensänderung bezüglich Suchtmittelkonsum von kognitiven Strategien, der Selbstwirksamkeitserwartung sowie von anderen psychologischen Einflüssen abhängt. Eine Verhaltensänderung setzt somit auch eine Auseinandersetzung mit diesen Komponenten voraus. So muss zum Beispiel die Selbstwirksamkeit einer Person soweit gefördert werden, dass sie überhaupt daran glaubt, dass sie über die nötigen Fähigkeiten zu einer Veränderung verfügt. Andererseits ist eine Änderung zum Beispiel nur dann möglich, wenn neue Strategien erlernt werden. An dieser Stelle wird eine Verbindung zum Bewältigungskonzept von Böhnisch sichtbar. Dieses geht davon aus, dass Sucht als deviantes Verhalten, aufgrund von fehlenden Problemlösestrategien zustande kommt. Das Transtheoretische Modell macht nicht nur deutlich, wie viel Zeit für eine Veränderung benötigt wird, sondern kann auch Aufschluss darüber geben, wo der Klient oder die Klientin in einem Veränderungsprozess steht. Je nach Stufe sind andere Interventionen angebracht. Stufen können nicht übersprungen werden und Rückfälle gehören dazu. Bei Rückfällen gilt, die Betroffenen darüber aufzuklären, dass Rückfälle normal sind und dass sie vielmehr als eine Lernoption, anstatt als ein Versagen angesehen werden müssen. Auch nach mehreren gescheiterten Versuchen, ist eine Verhaltensänderung noch möglich. Die Chance, dass das Ziel erreicht wird, ist dann sogar grösser (DiClea-

mente & Velasquez, 2002, S.213). Diese Aspekte müssen Klienten und Klientinnen, die bereits gescheitert sind und nicht mehr an eine Veränderung glauben, vermittelt werden. Es ist angezeigt, dass Betroffene jeweils durch den Sozialdienst unterstützt und befähigt werden, Ziele erreichen oder weitere Stufen begehen zu können. Dazu gehört ebenfalls die Auseinandersetzung mit den oben erwähnten Komponenten.

MI kann dazu dienen, dass entweder die Problemeinsicht oder die Veränderungsbereitschaft gefördert wird, damit es überhaupt zu einer Veränderung kommen kann und mit den Betroffenen zusammen gearbeitet werden kann, damit sie im Stufenmodell der Verhaltensveränderung (Transtheoretisches Modell) aufsteigen können, um den gewünschten Zielzustand zu erreichen. Um diese Ziele zu erreichen, stellt MI sieben Methoden zur Verfügung, auf welche gegebenenfalls zurückgegriffen werden kann. Besonders hilfreich erscheinen an dieser Stelle die Methoden zur Förderung von „confidence talk“<sup>20</sup>. Diese können dort ansetzen, wo Menschen das starke Bedürfnis haben ihre Situation zu verändern, jedoch keine oder zu wenig Möglichkeiten für die Umsetzung sehen. Mithilfe dieser Methoden sollen Argumente, die dafür sprechen zuversichtlich zu sein, hervorgerufen werden (Miller & Rollnick, 2009, S.155-156) und die Selbstwirksamkeit kann gefördert werden. Trotz Zeitdruck auf Sozialdiensten müssen Sozialarbeitende darauf achten, dass sie den Prozess einer Veränderung nicht zu beschleunigen versuchen. Dies würde im MI eine weitere Art der Bevormundung darstellen. Diese Beschleunigung führt häufig dazu, dass der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin der Veränderungsbereitschaft der Betroffenen vorauseilt, worauf „Bremsreaktionen“ auf Seiten der Klientel erfolgen (Miller & Rollnick, 2009, S.77).

Grundsätzlich sollte es Ziel professionellen Handelns sein, Bildungsprozesse von Klienten und Klientinnen zu fördern. Dadurch wird ein wesentlicher Beitrag geleistet, damit Veränderungen überhaupt möglich und Ziele erreicht werden können. Was zusätzlich als essentiell betrachtet werden kann, worauf in den Interviews aber nicht oder nur marginal Bezug genommen wurde, ist ein Aspekt, auf welchen DiClemente und Velasquez (2002, S.207) hinweisen: „Keep in mind that research shows that the clinician’s belief in the client’s ability to change is a strong predictor of outcome. Success builds on success, and with each small change the resigned precontemplator<sup>21</sup> builds self-efficacy about making bigger changes.“

In einem Interview wurde spezifisch darauf eingegangen, dass es nicht sinnvoll ist, jemanden, der noch nicht lange konsumiert und noch keine Abhängigkeit aufweist, mithilfe eines Taglohnprojekts integrieren zu wollen, da sich dort weitere Drogenkonsumierende finden lassen (vgl. Kapitel 8.3.4. „Intervention“). Dies würde eine Intervention darstellen, die zu wenig auf das vorliegende Konsummuster eingeht. Böhnisch macht darauf aufmerksam, dass

---

<sup>20</sup> „Confidence talk“ bedeutet, dass eine Person über ihre Zuversicht, eine Änderung durchführen zu können, spricht (Miller & Rollnick, 2009, S.164).

<sup>21</sup> „Precontemplators“ bezeichnen jene Personen, die sich auf der Stufe der Absichtslosigkeit befinden.

Betroffene in geeigneten Milieus<sup>22</sup> Bewältigungskompetenzen entwickeln können, die sich an „normalem“ Handeln orientieren (Böhnisch, 2008, S.300). Eine unangepasste Intervention kann dazu führen, dass einerseits nicht die erwünschten Bewältigungskompetenzen erlernt werden können und dass es andererseits zu einer Bildung von weiteren dysfunktionalen Netzwerken<sup>23</sup> kommen kann.

Allerdings müssen nicht nur die Konsummuster an sich für die Interventionsplanung beachtet werden, sondern es können zusätzlich die unterschiedlichen Phasen der Veränderungsbereitschaft des Transtheoretischen Modells mit berücksichtigt werden. Die Phasen, in welchen sich Betroffene befinden, können in die Planung angemessener Interventionen miteinbezogen werden.

#### **8.4.5. Evaluation**

Zusammenfassung Interview:

Beide Interviewten, welche sich zur Evaluation äusserten, sind der Meinung, dass Ziele der Klientel stetig überprüft werden müssen und dass nachgefragt wird. Sie betonen zusätzlich die Wichtigkeit von Vernetzungsgesprächen wenn weitere Stellen involviert sind. Eine Fachperson macht auf Schwierigkeiten und Gefahren in der Zusammenarbeit mit Suchtmittelkonsumierenden aufmerksam. Dabei wird es als unerlässlich erachtet, dass bei Kontakten mit Suchtmittelkonsumenten und -konsumentinnen Gefässe wie Supervision, Intervision und Fallbesprechungen zur Verfügung stehen und genutzt werden, um eigene Haltungen, Schwierigkeiten, wie auch die Beziehung zwischen Klientel und Sozialarbeitenden zu reflektieren.

Theoriebezug:

Mit diesen Aussagen werden wesentliche Punkte angesprochen, die als Anforderungen für professionelles Handeln gelten. Da der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin stets als ganze Person in dem Prozess beteiligt ist, sind Reflexionsarbeiten wichtig, um die Professionalität zu sichern. Dafür müssen Organisationen, welche professionelles Handeln zusichern, Gefässe zur gemeinsamen professionellen Selbstreflexion zur Verfügung stellen.

---

<sup>22</sup> Milieu wird als ein verfügbarer, sozialräumlicher und sozialemotionaler Kontext der Gegenseitigkeit bezeichnet. In diesem Kontext können Bewältigungskompetenzen entwickelt werden, die sich am „Normalverhalten“ orientieren (Böhnisch, 2008, S.300).

<sup>23</sup> Dysfunktionale Netzwerke verstärken die vorhandene Problematik anstatt eine Verhaltensänderung zu fördern (Böhnisch, 2008, S.297).

## 9. Fazit

In diesem Kapitel werden in einem ersten Teil mithilfe von theoretischen und empirischen Erkenntnissen Antworten auf die Forschungsfragen formuliert. Da für die Bearbeitung der Thematik lediglich drei Experten und Expertinnen befragt wurden, können die empirischen Daten nicht als abschliessend betrachtet werden. In der zweiten Hälfte des Fazits werden aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit aufgestellt. Diese richten sich in Form von Empfehlungen an die Forschung und an die institutionelle Ebene. Zum Schluss werden im Ausblick Themen und weiterführende Fragestellungen, die über diese Arbeit hinausgehen, aufgegriffen.

### 9.1. Beantwortung der Forschungsfragen

*Welche Indizien sind auf Sozialdiensten wahrnehmbar, die auf einen möglichen Drogenkonsum, respektive eine Abhängigkeit der Klientel hinweisen können?*

Es hat sich gezeigt, dass Indizien auf Sozialdiensten besonders durch das Verhalten und Auftreten von Klienten und Klientinnen sowie durch Inhalte von Beratungsgesprächen, wahrnehmbar werden. Weiter werden Wirkungsweisen, Langzeitfolgen und Entzugssymptome von Substanzen sowie Faktoren suchtspezifischer Lebenswelten in Form von Indizien sichtbar. Nicht zu vergessen sind Hinweise aus dem sozialen Netzwerk der Betroffenen. Indizien werden vor allem bei einer Abhängigkeit sichtbar. Bei einem problematischen Konsum oder anderen Konsummustern sind Indizien schwieriger erkennbar und können weniger klar dem richtigen Konsummuster zugeordnet werden, weshalb es dafür meist Fachstellen braucht. Alle Konsummuster können jedoch durch Gesprächsinhalte wahrgenommen werden, sei dies durch Andeutungen oder klare Aussagen zu Substanzkonsum. Im Verlauf der Arbeit hat sich gezeigt, dass es falsch wäre, nur die Abhängigkeit mit einzubeziehen. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass Drogenkonsum wie auch Suchtgefährdung wahrgenommen werden können, bevor es zu einer manifesten Abhängigkeit kommt. Es gilt somit nicht nur ein Sensorium für Indizien, sondern auch für Risikofaktoren zu entwickeln und Klienten und Klientinnen unter Umständen konkret nach ihrem Substanzkonsum zu fragen. Auf die Risikofaktoren, respektive die Suchtgefährdung wurde im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter eingegangen. Diese Aspekte gilt es jedoch bei der Früherkennung von Substanzkonsum trotzdem mit zu berücksichtigen.

Die Auflistung der Indizien, welche auf Sozialdiensten wahrgenommen werden können, gibt einen ersten Überblick. Sie kann allerdings nicht als abschliessend angesehen werden. Dazu wurden mit drei Interviews zu wenige Daten erhoben. Aus diesem Grund können durchaus auch Indizien, die im theoretischen Teil erarbeitet wurden, auf Sozialdiensten wahrnehmbar

sein. Die Tabellen mit möglichen Indizien werden an dieser Stelle nicht nochmals abgebildet und sind unter Kapitel 5.1. „Wirkungsweisen und Folgen des Drogenkonsums“ und Kapitel 8.3.1. „Analyse“ ersichtlich.

*Wie kann professionell mit dem Verdacht und anschliessendem Wissen, dass der Klient oder die Klientin Drogen konsumiert, umgegangen werden?*

Um diese Frage zu beantworten, werden die wichtigsten Punkte, die für den professionellen Umgang von Bedeutung sind, aufgenommen. Die folgende Zusammenfassung wesentlicher Aspekte basiert auf den Aussagen aus den Experteninterviews. Dabei kann das Prozessmodell der Kooperativen Prozessgestaltung und deren Anforderungen an professionelles Handeln als Grundlage für den professionellen Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Menschen dienen.

*Mit Indizien konfrontieren:* Indizien sind Hinweise auf einen Drogenkonsum und keine Beweise. Deshalb müssen Klienten und Klientinnen mit den beobachteten Indizien konfrontiert und darauf angesprochen werden. Wichtig dabei ist, dass Sozialarbeitende nicht auf indirektem Weg einen Drogenkonsum erkennen wollen (zum Beispiel durch ein offensichtliches Riechen am Klienten oder der Klientin, um festzustellen, ob Alkohol getrunken wurde).

*Haltung:* Sozialarbeitende sollten keinen paternalistischen Ansatz vertreten und nicht ihre eigenen Lösungsvorschläge als die einzig richtigen ansehen, sondern mit Klienten und Klientinnen verschiedene Lösungsmöglichkeiten ausarbeiten. Auch wenn Drogenkonsumenten und -konsumentinnen, besonders Abhängige, zum Teil unter komplett anderen Bedingungen als Sozialarbeitende leben, gilt es ihre Selbstbestimmung zu respektieren und sie nicht auf den Suchtmittelkonsum zu reduzieren. Die eigene Haltung gegenüber psychoaktiven Substanzen muss reflektiert werden, da sie ansonsten Einfluss auf die Zusammenarbeit haben kann.

*Einbezug der Klientel:* Klienten und Klientinnen müssen in den ganzen Prozess miteinbezogen werden. Gemeinsam mit ihnen und gegebenenfalls mit weiteren involvierten Institutionen sollen Ziele formuliert und Lösungswege ausgearbeitet werden. Stehen den Betroffenen verschiedene Möglichkeiten zur Stabilisierung der Situation oder für eine Veränderung des Konsums zur Auswahl, entsteht weniger Widerstand. Ausserdem besteht eine Ko-Produktion. Das heisst, Interventionen können nur zielführend und Ergebnisse befriedigend sein, wenn der Klient oder die Klientin bei der Umsetzung mithilft. Dafür ist Kooperation erforderlich.

*Befähigung der Klientel:* Um ausgehandelte Ziele, wie auch das Fernziel eines Lebens ohne Sozialhilfe, zu erreichen, müssen Klienten und Klientinnen befähigt werden, diese Ziele zu

erreichen. Dafür sind angemessene Unterstützungsangebote, wie auch angepasste Interventionen nötig. Es konnte gezeigt werden, dass die Selbstwirksamkeit grossen Einfluss darauf hat, ob eine Veränderung angegangen wird. Deshalb gilt es, den Glauben der Klientel, dass sie zu einer Veränderung in der Lage ist, zu fördern. Glaubt der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin selbst daran, dass Betroffene im Stande sind, eine Veränderung zu erreichen, kann sich dies positiv auf das Verhalten der Klientel auswirken.

*Angepasste Interventionen:* Es ist unerlässlich, dass eine umfangreiche Situationsanalyse durchgeführt und eine entsprechende Diagnose bezüglich des Substanzkonsums getroffen wird. Nur wenn Interventionen individuell den Betroffenen und den vorhandenen Konsummuster angepasst werden, können sie zielführend und nachhaltig sein. Auch wenn es Ziel der Sozialdienste ist, dass Klienten und Klientinnen wieder unabhängig von Sozialhilfe leben können, stellt dies nicht immer das primär zu bearbeitende Ziel dar. Unter Umständen muss ein Suchtmittelkonsum oder eine Abhängigkeit zuerst behandelt werden, bevor andere Integrationsversuche greifen können. Je nach Lebenssituation und Länge eines Drogenkonsums sind es zum Teil sehr kleine Schritte, die in Richtung mehr Lebensqualität und Selbstständigkeit führen. Interventionen müssen nicht Abstinenz zum Ziel haben. Sie können auch auf Schadensminderung oder kontrollierten Konsum ausgerichtet sein. Ziel sollte es jedoch sein, die Lebensqualität und die Selbstständigkeit der Betroffenen, bei grösstmöglicher Wahrung der Autonomie, zu fördern.

*Umgang mit Widerstand:* Es ist zu erwarten, dass in der Zusammenarbeit mit Suchtmittelkonsumenten und -konsumentinnen in bestimmten Phasen auf Widerstand gestossen wird. Da Widerstand als Prädiktor für eine ausbleibende Veränderung verstanden werden kann, sollte versucht werden ihn möglichst abzubauen. Auch wenn sich die Zusammenarbeit als schwierig gestaltet oder Klienten und Klientinnen zu keinerlei Veränderungen bereit sind, ist es wichtig, dass Sozialarbeitende nicht gleich aufgeben, sondern weiter dran bleiben und versuchen zu motivieren.

*Fachstellen einbeziehen:* Fachstellen können auf unterschiedliche Arten beigezogen werden. Zum einen haben Sozialarbeitende selbst die Möglichkeit sich Unterstützung zu einem Fall zu holen. Zum anderen können Fachstellen einbezogen werden, damit der Konsum einer Person eingeordnet werden kann und anschliessend eine Grundlage besteht, auf welcher auf dem Sozialdienst weitergearbeitet werden kann. Ausserdem können Fachstellen dann beigezogen werden, wenn der Klient oder die Klientin eine Verhaltensänderung anstreben will und das Suchtphänomen auf dem Sozialdienst nicht mehr vollumfänglich bearbeitet werden kann. Im Sinne von Früherkennung und Frühintervention ist es grundsätzlich besser, wenn Fachstellen möglichst früh beigezogen werden.

*Interinstitutionelle Zusammenarbeit*<sup>24</sup>: Werden Klienten und Klientinnen mit Fachstellen vernetzt, so muss anschliessend auf der Fachebene eine Zusammenarbeit mit regelmässigem Austausch entstehen. Dadurch kann unter anderem einem Auspielen der beteiligten Institutionen untereinander vorgebeugt und die Erreichung vereinbarter Ziele effizienter angegangen werden. Obwohl eine gelingende Zusammenarbeit zeitaufwändig ist, sollte sie zu Gunsten des Klienten oder der Klientin so gut wie möglich wahrgenommen werden.

*Reflexion*: Da Sozialarbeitende als ganze Person in einem Prozess beteiligt sind, ist Selbstreflexion über die eigene Haltung sowie über die professionelle Arbeitsbeziehung zwischen Sozialarbeitenden und Klientel unabdingbar. Institutionen, die professionelles Handeln gewährleisten, müssen Gefässe zur Reflexion, wie Supervision, Intervision oder Fallbesprechungen, zur Verfügung stellen, die von Sozialarbeitenden allerdings auch genutzt werden müssen.

Es wäre falsch, die unzureichenden Zeitressourcen auf Sozialdiensten an dieser Stelle nicht zu berücksichtigen. Viele der aufgegriffenen Aspekte sind zeitaufwändig. So muss zuerst Vertrauen aufgebaut und die Situation des Klienten oder der Klientin besser kennen gelernt werden. Auch Motivationsarbeit ist mit grossem Zeitaufwand verbunden und Veränderungen stellen meist langandauernde Prozesse dar. Obwohl gewisse Aufgaben an weitere Institutionen und Fachstellen abgegeben werden, bedarf es anschliessend zu Gunsten der Klientel einer Zusammenarbeit mit den involvierten Stellen. Trotz des Aufwandes und den geringen zeitlichen Ressourcen, wäre es falsch, suchtmittelkonsumierenden Menschen aufgrund ihrer Art oder der Komplexität der Fälle weniger Zeit als anderen Klienten und Klientinnen zu widmen.

## **9.2. Schlussfolgerung**

Die Zusammenarbeit mit suchtmittelkonsumierenden Klienten und Klientinnen auf Sozialdiensten ist nicht nur komplex, sondern gehört für viele Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen zum Arbeitsalltag. Umso erstaunlicher ist es, dass kaum Literatur oder Instrumente zu finden sind, die Sozialarbeitenden Unterstützungshilfen im Umgang mit Drogenkonsumenten und -konsumentinnen bieten. Aufgrund von Expertenaussagen sowie theoretischen Erkenntnissen werden im Folgenden Empfehlungen für die Soziale Arbeit formuliert, die nicht nur

---

<sup>24</sup> Unter interinstitutioneller Zusammenarbeit wird hier das koordinierte Zusammenarbeiten der involvierten Institutionen zu Gunsten des Klienten oder der Klientin verstanden. Mit interinstitutioneller Zusammenarbeit (IIZ) wird im Bereich der Sozialhilfe häufig die Zusammenarbeit von Institutionen der sozialen Sicherheit, der Bildung und der Arbeitsmarktintegration verstanden. Dazu gehören etwa wichtige Akteure, wie die Sozialhilfe, die Arbeitslosen- und die Invalidenversicherung oder auch die Berufsberatung (vgl. Nationales IIZ Steuerungsgremium, 2011, S.2). Diese Art von interinstitutioneller Zusammenarbeit ist hier nicht gemeint, obwohl die Beteiligung einzelner dieser Akteure nicht auszuschliessen ist.

Unterstützung bieten, sondern auch zu einer Optimierung der Arbeit mit Suchtmittelkonsumenten und -konsumentinnen beitragen sollen.

### **9.2.1. Forschung**

Da Sozialarbeitenden keine Instrumente, ausgerichtet für Sozialdienste, zur Verfügung stehen, um sie in der Zusammenarbeit mit Suchtmittelkonsumenten und -konsumentinnen zu unterstützen, besteht in diesem Gebiet Forschungsbedarf. Ein Leitfaden im Sinne von „Suchtmittelkonsum auf Sozialdiensten erkennen und handeln“ könnte durchaus hilfreich sein. Es gilt abzuklären, ob es für Sozialarbeitende nicht unterstützend wäre, würden Leitlinien für das Handeln bei auftauchenden Indizien und für das weitere Vorgehen entwickelt. Ein Beispiel könnte eine Art Stufenmodell, wie es für den Umgang mit suchtgefährdeten oder suchtmittelkonsumierenden Senioren und Seniorinnen entwickelt wurde, sein. Dabei werden einzelne Stufen zum Vorgehen aufgezeigt und beschrieben (vgl. Akzent Prävention und Suchttherapie, 2013, S.10-13). Es müssten Stufen wie die Erfassung der Ausgangslage, das Wahrnehmen von Indizien (Früherkennung), wie auf Indizien reagiert werden kann und anschliessend wie mit Abstreiten oder Uneinsichtigkeit umgegangen werden kann, aufgegriffen werden. Weiterführend sollte eine Stufe enthalten sein, die aufzeigt, was für Möglichkeiten bestehen, wenn eine Veränderung angestrebt werden will oder aber wenn im Moment keine Veränderungsbedarf besteht. Allenfalls könnte unterstützend eine ausführlichere Liste mit Indizien, die spezifisch auf Sozialdiensten erkennbar sind, ausgearbeitet werden. Auch die Erarbeitung eines Fragekatalogs, der es erleichtern würde, Klienten und Klientinnen auf Drogenkonsum anzusprechen, könnte Thema werden.

Klare Leitlinien könnten Unterstützung bieten, damit weniger willkürlich gehandelt wird und ohne hinreichendes Fachwissen einschneidende und nicht nachhaltige Interventionen geplant werden. Leitlinien müssten jedoch unbedingt Spielraum offen lassen, um Vorgehen und Entscheidungen individuell einem Fall anpassen zu können. Ansonsten wäre die Professionalität nicht mehr gegeben.

### **9.2.2. Institutionelle Ebene**

Damit eine Optimierung der Zusammenarbeit mit Drogenkonsumenten und -konsumentinnen stattfinden kann, müssen in erster Linie Mitarbeitende auf Sozialdiensten auf suchtspezifische Themen hin geschult und sensibilisiert werden. Das heisst nicht, dass sie selbst zu Suchtfachpersonen werden, sondern dass sie im Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Menschen sicherer werden. Auch Infodrog betont die Wichtigkeit von Weiterbildungen. Diese sollen dazu beitragen, dass Sozialarbeitende ein Grundwissen zu Sucht erhalten und dass sie sich sicherer im Umgang und in der Beratung von Personen mit Suchtmittelproblemen fühlen. Dies bringt nicht zuletzt den Gewinn, dass Sozialarbeitende ihren beruflichen Alltag

besser zu bewältigen vermögen (pers. Mitteilung, 22.11.2013 ; Experteninterview, 24.10.2013). Einerseits sollten somit vermehrt Projekte lanciert werden, die Sozialarbeitende, die Kontakt zu suchtmittelkonsumierenden Menschen haben, schulen und sensibilisieren. Dadurch kann es nebst bereits genannten Vorteilen zu einer effizienteren Früherkennung von Drogenkonsum kommen. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass diese Weiterbildungs- und Sensibilisierungsaktivitäten am besten zusammen mit Suchtfachstellen durchgeführt werden. Dadurch können Sozialarbeitende Fachpersonen der Suchthilfeinstitutionen kennen lernen, wodurch es ihnen einfacher fallen wird, jemanden dorthin zu vernetzen (pers. Mitteilung, 22.11.2013). Werden Weiterbildungsaktivitäten zum Thema Sucht und dem Umgang damit angeboten, können Sozialdienste die Arbeitsqualität in Bezug auf suchtmittelkonsumierenden Klienten und Klientinnen steigern und eine stressfreiere Bewältigung des Berufsalltags wird ermöglicht. Dies setzt voraus, dass den Mitarbeitenden Zeit zur Verfügung gestellt wird, sich mit diesen Thematiken auseinanderzusetzen.

### **9.3. Ausblick**

In Zusammenhang mit einer Optimierung der Arbeit mit Suchtmittelklienten und -klientinnen, wie auch der Unterstützung von Sozialarbeitenden auf Sozialdiensten, die Kontakt zu dieser Klientengruppe haben, könnten folgende Themen und Fragestellungen von Interesse sein.

In der Zusammenarbeit mit suchtmittelkonsumierenden Klienten und Klientinnen wurde auf die Anwendung von Druck und Zwang aufmerksam gemacht. Aus den Experteninterviews ging hervor, dass der Umgang damit unterschiedlich ist und dass differenzierte Haltungen dazu bestehen, die nicht selten von Erfahrungswerten geprägt sind. Diese verschiedenen Handhabungen wurden nicht nur durch die Interviews deutlich, sondern spiegeln sich auch im Praxisalltag. Bei der Anwendung von Zwang, welcher auf Sozialdiensten häufig durch Weisungen und Kürzungen der Sozialhilfeleistungen ersichtlich wird, stellen sich nicht nur ethische Fragen, sondern auch die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt. Fragen wie, „Was muss gegeben sein, damit Zwang angewendet werden darf?“, „Wann ist er sinnvoll?“ oder „Gibt es überhaupt Situationen, in denen Zwang die richtige Lösung ist oder müsste auf andere Strategien zurückgegriffen werden?“, stehen dabei im Fokus. Um die Frage, wann und ob Zwang bei suchtmittelkonsumierenden Klienten und Klientinnen auf Sozialdiensten angebracht und zielführend ist, beantworten zu können, müssten der Kontext und die Aufgaben von Sozialdiensten sowie suchtspezifische Themen miteinander in Verbindung gebracht werden.

Die Thematik der vorliegenden Bachelor-Arbeit wurde ausschliesslich auf der Ebene der Professionellen bearbeitet. Auf die Ebene der Klientel wurde nicht speziell eingegangen, obwohl immer wieder erwähnt wurde, dass der Einbezug von ihnen essentiell sei. Es wäre interes-

sant zu erforschen, wie suchtmittelkonsumierende Sozialhilfeempfänger und -empfängerinnen zu den Leistungen, Angeboten und Unterstützungsmöglichkeiten von Sozialdiensten stehen. Dabei könnten sich folgende Fragen stellen:

- Erhalten drogenkonsumierende Klienten und Klientinnen ihrer Meinung nach zu viel, zu wenig oder angemessene Unterstützung?
- Welche Unterstützung wäre ihrer Meinung nach hilfreich wie auch sinnvoll und welche davon kann der Sozialdienst zur Verfügung stellen?

Dem Sozialdienst kommt grundsätzlich viel Entscheidungsmacht zu, was grossen Einfluss auf die Lebenssituationen von Klienten und Klientinnen haben kann. Dabei stellt sich die Frage, ob ein Sozialdienst, der nicht auf suchtspezifische Themen spezialisiert ist, der richtige Ort ist, um konsumierende Klienten und Klientinnen über eine meist lange Zeitspanne hinweg zu begleiten. Oder müssten vermehrt Stellen geschaffen werden, die dem Sozialdienst zwar angegliedert sind, die aber auf Sucht spezialisiert sind, über Ressourcen verfügen, um Klienten und Klientinnen angemessen zu unterstützen und die finanzielle Unterstützung von Suchtmittelkonsumierenden übernehmen würden?

Eine Auseinandersetzung mit diesen weiterführenden Themen würde es ermöglichen, zusätzliche Informationen zum Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Klienten und Klientinnen zu generieren. Durch den Einbezug der Klientel würden weitere Erkenntnisse gewonnen werden, welche Erfolge in der Zielerreichung erhöhen könnten. Dies wiederum würde zu einer Optimierung der Unterstützung von Klienten und Klientinnen führen.

## 10. Quellenverzeichnis

- Abstein, Joachim. (2012). Suchthilfe – ein klassisches Handlungsfeld der Sozialarbeit. In Sigmund Gastiger & Hans Joachim Abstein (Hrsg.), *Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe* (S.7-18). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Akzent Prävention und Suchttherapie. (2013). *Suchtgefährdung im Alter – erkennen und handeln. Leitfaden für Mitarbeitende und Leitende aus Altersinstitutionen* [PDF]. Abgerufen von [http://www.akzent-luzern.ch/factsheets/betreuung/130909\\_leitfaden\\_suchtgefaehrdung\\_im\\_alter\\_beirat.pdf](http://www.akzent-luzern.ch/factsheets/betreuung/130909_leitfaden_suchtgefaehrdung_im_alter_beirat.pdf)
- AvenirSocial (n.d.). *IFSW – International Federation of Social Workers. Definition of Social Work* [PDF]. Abgerufen auf [http://www.avenirsocial.ch/cm\\_data/DefSozArbeitIFS WIASSW.pdf](http://www.avenirsocial.ch/cm_data/DefSozArbeitIFS WIASSW.pdf)
- Bachmann, Alwin, Fabian, Carlo & Kläusler-Senn, Charlotte. (2011). Früherkennung und Frühintervention: Wo stehen wir? *Suchtmagazin*, 5, 4-9.
- Blum, Cornelia & Sting, Stephan. (2003). *Soziale Arbeit in der Suchtprävention*. München: Ernst Reinhardt.
- Böhnisch, Lothar. (2008). *Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung* (5. überarbeitete Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Böhnisch, Lothar. (2010). *Abweichendes Verhalten. Eine pädagogische-soziologische Einführung* (4. überarbeitete Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Bühringer, Gerhard & Türk, Dilek. (1999). Psychische und soziale Ursachen der Sucht. *Der Internist*, 6, 583-589.
- Bundesamt für Gesundheit. (n.d.). *Viersäulenpolitik* [Website]. Abgerufen von <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/06044/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit. (2006). *Die Drogenpolitik der Schweiz. Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDrollI) 2006-2011*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- DiClemente, Carlo & Velasquez, Mary M. (2002). Motivational Interviewing and the Stages of Change. In William R. Miller & Stephen Rollnick (Hrsg.), *Motivational Interviewing. Second Edition. Preparing People for Change* (S.201-216). New York: Guilford.
- Duden. (2013). Abgerufen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Indiz>
- Eidgenössische Kommission für Drogenfragen. (2005). *Das Würfel-Modell kurz erklärt. Ergänzung zum Foliensatz* [PDF]. Abgerufen von [http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/00625/00791/?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCGen1,e2ym162epYbg2c\\_JjKbNoKSn6A—](http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/00625/00791/?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCGen1,e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A—)
- Eidgenössische Kommission für Drogenfragen. (2006). *Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen*. Bern: Huber.

- Elsesser, Karin & Sartory, Gudrun. (2001). *Medikamentenabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Fabian, Carlo & Kläusler-Senn, Charlotte. (2011). Oltner-Charta. *Suchtmagazin*, 5, 42-43.
- Fachverband Sucht & RADIX. (2011). *Oltner-Charta. Früherkennung und Frühintervention bei gefährdeten Kindern und Jugendlichen* [PDF]. Abgerufen auf [http://www.fachverbandsucht.ch/downloads/Charta\\_Pyramide.pdf](http://www.fachverbandsucht.ch/downloads/Charta_Pyramide.pdf)
- Faselt, Franziska & Hoffmann, Stefan. (2010). Transtheoretisches Modell. In Stefan Hoffmann & Stefan Müller (Hrsg.), *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention* (S.77-87). Bern: Huber.
- Fleischmann, Heribert. (1999). Suchtprobleme im Alter. In Markus Gastpar, Karl Mann & Hans Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S.170-180). Stuttgart: Thieme.
- Frank, Arno. (2013). Medizinische Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit. In Sigmund Gastiger & Hans Joachim Abstein (Hrsg.), *Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe* (S.71-84). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Güdel, Heike. (2013a). Suchtarbeit auf dem Sozialdienst. *Suchtmagazin*, 5, 37-41.
- Güdel, Heike. (2013b). *Das Lebensbewältigungskonzept nach Böhnisch als theoretische Grundlage für die Sozialarbeit in der Fachstelle Suchthilfe des Sozialdienstes Bern* (unveröffentlicht). Sozialdienst Stadt Bern – Fachstelle Suchthilfe: Bern.
- Gläser, Jochen & Laudel, Grit. (2004). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hochuli Freund, Ursula & Stotz, Walter. (2013). *Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- International Federation of Social Workers. (2012). *Definition of Social Work* [Website]. Abgerufen auf <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>
- Kim, Ju-Il. (2003). *Drogenkonsum von Jugendlichen und suchtpreventive Arbeit. Akzeptierende Drogenziehung als Alternative*. Frankfurt am Main: IKO.
- Kindermann, Walter. (1989). *Drogenabhängigkeit bei jungen Menschen. Ein Ratgeber für Eltern, Geschwister und Freunde* (4.Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Körkel, Joachim & Veltrup, Clemens. (2003). Motivational Interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 4, 115-124.
- Kruse, Gunther, Körkel, Joachim & Schmalz, Ulla. (2000). *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kutschke, Andreas. (2012). *Sucht – Alter – Pflege. Praxishandbuch für die Pflege suchtkrankter alter Menschen*. Bern: Huber.
- Ladewig, Dieter. (2002). *Sucht und Suchtkrankheiten. Ursachen, Symptome, Therapien* (3.Aufl.). München: C.H.Beck.
- Lieb, Roselind. (2005). Genetische Disposition und familiärer Kontext. In Rainer Thomasius & Udo J. Küstner (Hrsg.), *Familie und Sucht. Grundlagen – Therapiepraxis – Prävention*. Stuttgart: Schattauer.

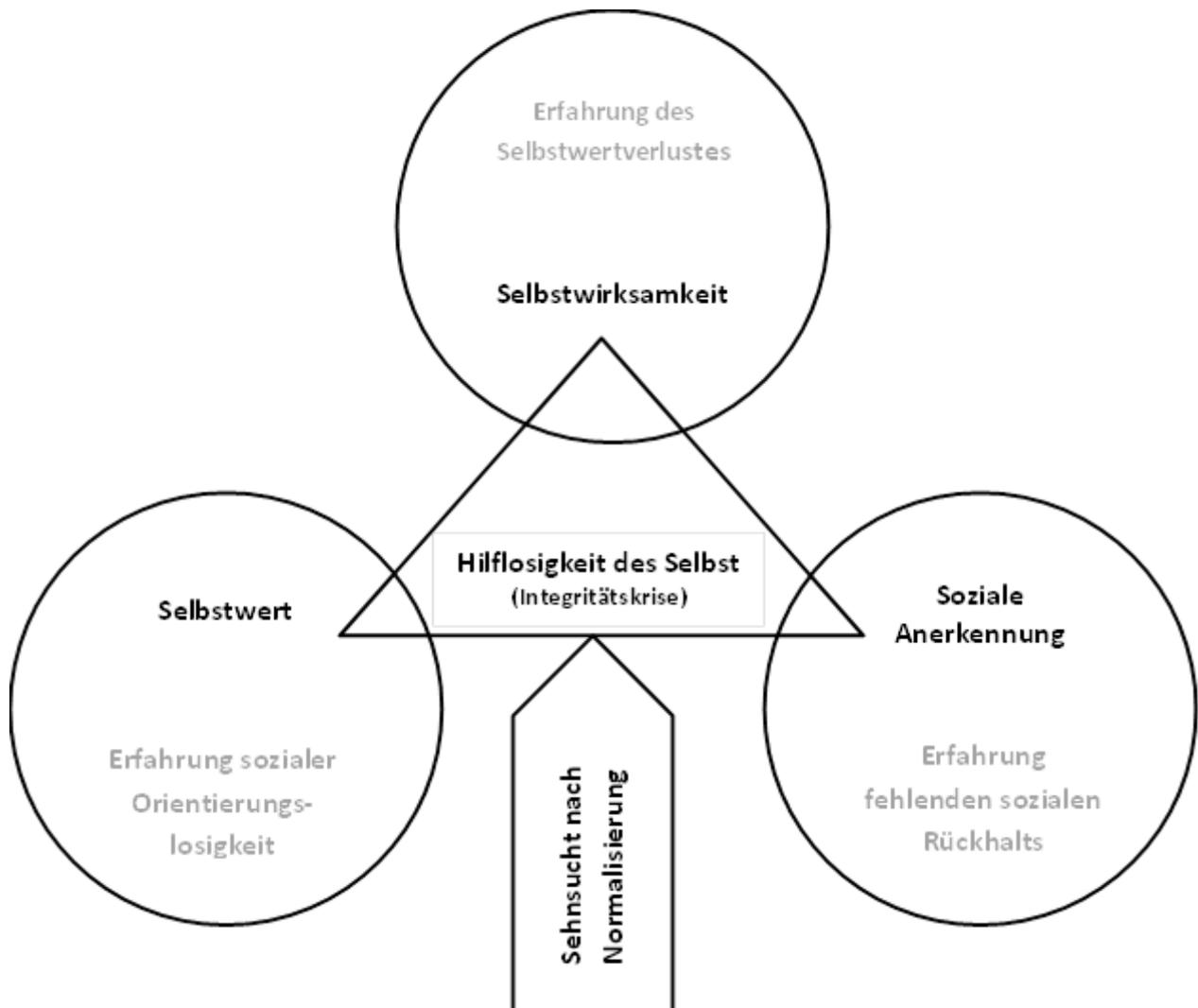
- Maier, Wolfgang, Franke, Petra & Linz, Maria. (1999). Mehrfachdiagnosen (Komorbidität). In Markus Gastpar, Karl Mann & Hans Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S.83-93). Stuttgart: Thieme.
- Meuser, Michael & Nagel, Ulrike. (2005). Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig beachtet. In Alexander Bogner, Beate Littig & Wolfgang Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (2. Aufl.) (S. 71-93). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Miller, William R. & Rollnick, Stephen. (2009). *Motivierende Gesprächsführung* (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Müller, Burkhard. (2012). *Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit* (7.Aufl). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- National Association for Children of Alcoholics. (n.d.). *Children of Addicted Parents : Important Facts* [PDF]. Abgerufen auf <http://www.nacoa.net/pdfs/addicted.pdf>
- Nationales IIZ Steuerungsgremium. (2011). *Wichtigste Grundsätze der interinstitutionellen Zusammenarbeit IIZ* [PDF]. Abgerufen auf [http://www.iiz.ch/mm/Grundsatz\\_IIZ\\_de.pdf](http://www.iiz.ch/mm/Grundsatz_IIZ_de.pdf)
- Prochaska, James O. & Norcross, John C. (2001). Stages of Change. *Psychotherapy*, 38, 443-448.
- Rave It Safe. (n.d.). *Haltung zum Drogenkonsum* [Website]. Abgerufen auf <http://www.raveitsafe.ch/de/ueber-uns/haltung>
- Rehwald, Rainer, Reineke, Gabi, Wienemann, Elisabeth & Zinke, Eva. (2012). *Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe. Ein Ratgeber* (2. überarbeitete Aufl.). Frankfurt am Main: Bund.
- Schilling, Johannes. (2005). *Soziale Arbeit. Geschichte – Theorie – Profession* (2. überarbeitete Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Schmidt, Lutz G. (1999). Diagnostik der Abhängigkeitserkrankungen. In Markus Gastpar, Karl Mann & Hans Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S.70-82). Stuttgart: Thieme.
- Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe. (n.d.). *SKOS-Richtlinien. Rechtsgrundlagen* [Website]. <http://www.skos.ch/de/?page=richtlinien/rechtsgrundlagen/>
- Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe. (2005). *Richtlinien für die Ausgestaltung und Bemessung der Sozialhilfe* (4. überarbeitete Aufl., Ergänzungen 12/05, 12/07, 12/08, 12/10). Bern: SKOS.
- Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe. (2013). *Die SKOS-Richtlinien auf einen Blick. Fragen und Antworten* [PDF]. Abgerufen auf [http://www.skos.ch/store/pdf\\_d/richtlinien/Fragen\\_und\\_Antworten\\_SKOS-Richtlinien.pdf](http://www.skos.ch/store/pdf_d/richtlinien/Fragen_und_Antworten_SKOS-Richtlinien.pdf)
- Steuergruppe Herausforderung Sucht. (2010). *Herausforderung Sucht. Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik der Schweiz. Kurzfassung*. Bern: Stämpfli Publikationen.
- Stöver, Heino (1999). *Akzept. Ziele* [Website]. Abgerufen von <http://www.akzept.org/ziele.html>

- Suchtpräventionsstelle Stadt Zürich. (2010). *Früherkennung und Frühintervention. Standortbestimmung* [PDF]. Abgerufen auf [http://www.stadt-zuerich.ch/content/ssd/de/index/gesundheit\\_und\\_praevention/suchtpraevention/publikationen\\_u\\_broschueren/standortbestimmungfrueherkennungundfruehintervention.html](http://www.stadt-zuerich.ch/content/ssd/de/index/gesundheit_und_praevention/suchtpraevention/publikationen_u_broschueren/standortbestimmungfrueherkennungundfruehintervention.html)
- Sucht Schweiz. (n.d.a). *Abhängigkeit* [Website]. Abgerufen von <http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/substanzen-und-sucht/abhaengigkeit/>
- Sucht Schweiz. (n.d.b). *Konsumformen* [Website]. Abgerufen von <http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/substanzen-und-sucht/konsumformen/>
- Sucht Schweiz. (n.d.c). *Substanzen und Sucht* [Website]. Abgerufen von <http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/substanzen-und-sucht/>
- Sucht Schweiz. (2013). *Theoretische Grundlagen der Suchtprävention* [PDF]. Abgerufen von [http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/Theoretische-Grundlagen-der-SuchtPraevention.pdf](http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Theoretische-Grundlagen-der-SuchtPraevention.pdf)
- Suchtmittel e.V. (n.d.). *Suchtmittel (Drogen)* [Website]. Abgerufen von <http://www.suchtmittel.de/info/suchtmittel/>
- Täschner, Karl-Ludwig, Bloching, Benedikt, Bühringer, Gerhard & Wiesbeck, Gerhard. (2010). *Therapie der Drogenabhängigkeit* (2.Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Thoms, Edelhard. (2012). Kokain. In Anil Batra & Oliver Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (S.161-168). Stuttgart: Thieme.
- Weltgesundheitsorganisation. Dilling, Horst & Freyberger, Harald J. (Hrsg.). (2010a). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (5. überarbeitete Aufl.). Bern: Huber.
- Weltgesundheitsorganisation. Dilling, Horst, Mambour, Werner & Schmidt Martin H. (Hrsg.). (2010b). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (7. überarbeitete Aufl.). Bern: Huber.
- Winter, Dani. (2003). *Rausch und Risiko. Drogenratgeber für Jugendliche und Eltern*. Zürich: Beobachter.
- Zingerle, Helmut. (1997). Motivation und Gesprächsführung. In Elmar Fleisch, Reinhard Haller & Wolfgang Heckmann (Hrsg.), *Suchtkrankenhilfe. Lehrbuch zur Vorbeugung, Beratung und Therapie* (S. 237-248). Weinheim: Beltz.
- Zürcher Fachstelle zur Prävention von Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. (n.d.) *Die relevanten Abklärungsinstrumente für Alkohol-, Tabak- und Medikamentenabhängigkeit in Bezug auf das Thema „Sucht im Alter“* [PDF]. Abgerufen von [http://www.suchtimalter.ch/index.php?eID=tx\\_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/user\\_upload/pdf/dossier.pdf&t=1380807823&hash=dd1ce7a8bd6d2765a751f87f4d77dfa6d0d1dcd](http://www.suchtimalter.ch/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/user_upload/pdf/dossier.pdf&t=1380807823&hash=dd1ce7a8bd6d2765a751f87f4d77dfa6d0d1dcd)

## **11. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis**

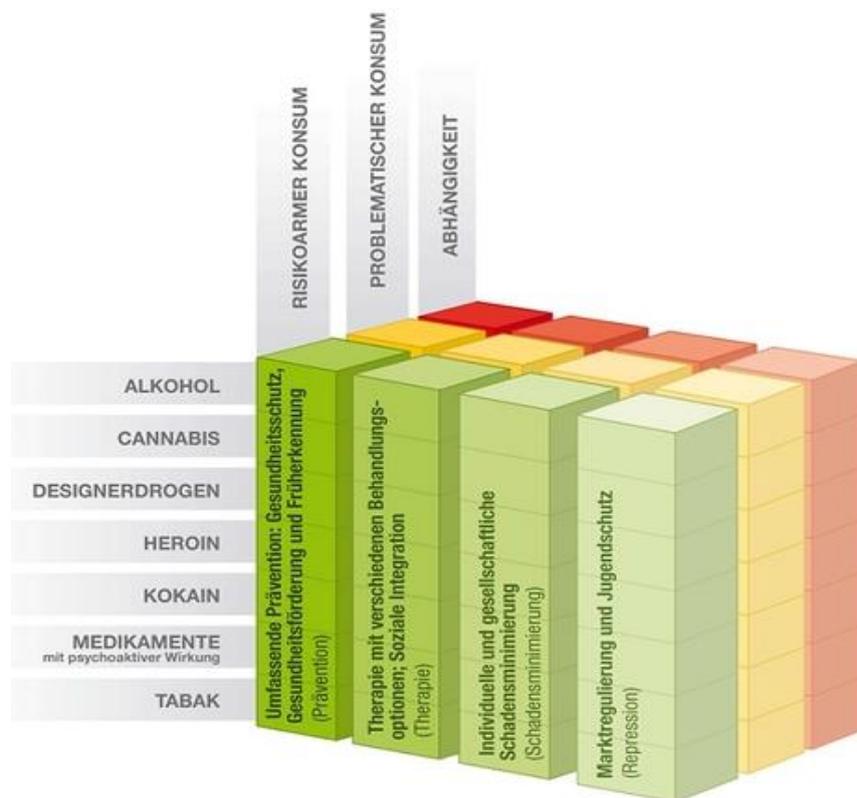
Abbildung 1: Trias der Suchtursachen	S. 13
Abbildung 2: Prozessmodell Kooperative Prozessgestaltung	S. 24
Tabelle 1: Indizien, die auf Drogenkonsum hinweisen können	S. 19
Tabelle 2: Indizien, die auf Sozialdiensten auf Drogenkonsum hinweisen können	S. 35

## Anhang A: Bewältigungsmodell und Dimensionen der Lebensbewältigung



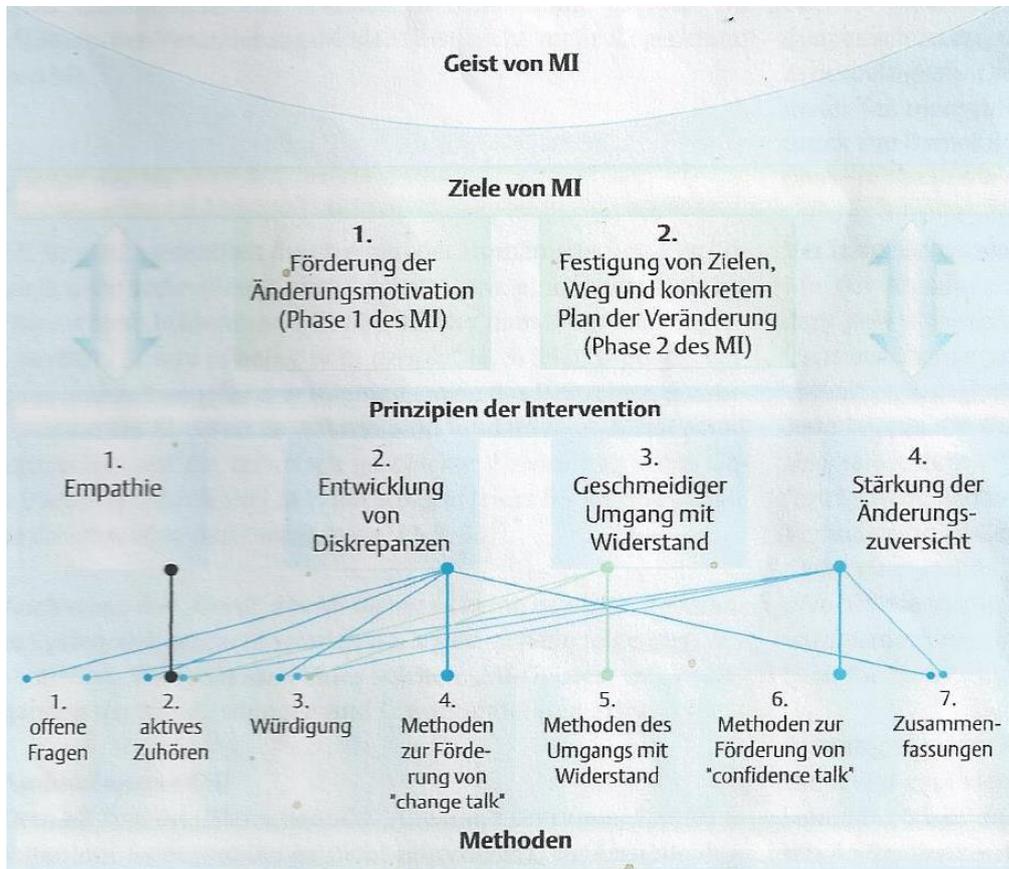
Quelle: Güdel (2013b, S.5)

## Anhang B: Würfelmodell



Quelle: Bundesamt für Gesundheit (n.d.)

## Anhang C: Komponenten des Motivational-Interviewing-Ansatzes



Quelle: Körkel & Veltrup, 2003, S.116

## Anhang D: Leitfaden Experteninterviews

### Definitionen:

Um Missverständnisse auszuschliessen und um die Fragestellung der Bachelor-Arbeit bestmöglich beantworten zu können, werden anschliessend bestimmte Begriffe kurz definiert, so wie sie dann auch in der Arbeit angewendet werden.

*Drogen:* Unter Drogen werden legale (Alkohol und Medikamente) und sämtliche illegale Substanzen verstanden. Ausgenommen davon ist Nikotin.

*Sucht:* Es wird nur auf stoffgebundene Süchte eingegangen. Stoffungebundene Süchte sind nicht Bestandteil der Arbeit.

*Abhängigkeit:* Es wird die Definition der WHO nach ICD-10 verwendet.

Eine Abhängigkeit liegt dann vor, wenn mindestens drei der folgenden Kriterien während des letzten Jahres zutrafen:

- Innerer Zwang zum Konsum
- Verminderte Kontrollfähigkeit über den Konsum
- Körperliche Entzugssymptome, wenn der Konsum gestoppt oder reduziert wird
- Toleranzbildung: Dosis muss erhöht werden, um die gleiche Wirkung zu erzielen
- Andere Interessen werden vernachlässigt, erhöhter Zeitaufwand für die Beschaffung, für den Konsum oder für die Erholung vom Konsum
- Trotz Wissen um bereits vorliegende Gesundheitsschäden wird weiter konsumiert

*Problematischer Konsum:* Risikokonsum, bei dem die Probleme zwar nicht sichtbar, aber unterschwellig vorhanden sind, sowie gesundheitsschädigender Konsum, bei dem konkrete Probleme auf physischer, psychischer oder sozialer Ebene beobachtbar sind (Definition nach EKDF).

### **Fragen Indizien:**

Konsumiert jemand Drogen oder befindet er/sie sich bereits in einer Abhängigkeit, so gibt es Indizien, welche auf dieses Verhalten oder diesen Zustand hinweisen können. Diese können sich auf einem Sozialdienst während des gesamten Beratungsverlaufs oder auch durch das Verhalten des Klienten oder der Klientin zeigen.

- 1) Welche Indizien, die auf eine Drogenabhängigkeit hinweisen, können auf Sozialdiensten wahrgenommen werden?
- 2) Kann ein problematischer Konsum auf Sozialdiensten überhaupt wahrgenommen werden? Wenn ja, inwiefern unterscheiden sich die Indizien dafür von den oben genannten?

### **Fragen Umgang:**

- 3) Wie sollte der Sozialarbeitende handeln, wenn Indizien auftauchen und der *Verdacht* besteht, dass der Klient oder die Klientin Drogen konsumiert?
  - 3.1.) Was sollte der Sozialarbeitende vermeiden, wenn Indizien auftauchen?
  - 3.2.) Wie sollte der Sozialarbeitende reagieren, wenn der Klient oder die Klientin jeglichen Drogenkonsum abstreitet?
  - 3.3.) Bei welchen Indizien oder in welchen Situationen sollte der Sozialarbeitende eine Suchtfachstelle beiziehen? Welches wäre ein geeignetes Vorgehen in diesen Situationen?
- 4) Wie kann mit dem Wissen, dass jemand drogenabhängig ist, auf einem Sozialdienst sinnvoll umgegangen werden?

(*Sinnvoll:* Das Wohl der Klientel sollte dabei im Vordergrund stehen und als Grundlage dienen. Weiter sollte das Handeln unter Berücksichtigung vorhandener suchtspezifischen Theorien und der Lebenswelt der Klientel bewusst gewählt werden, damit eine möglichst erfolgsversprechende Verbesserung der Situation, respektive die Aufrechterhaltung des Status Quo möglich ist. Der Auftrag des Sozialdienstes ist mit zu berücksichtigen.)

  - 4.1.) Was sollte dabei in der Zusammenarbeit mit dem Klienten oder der Klientin beachtet werden?
  - 4.2.) Welches Verhalten seitens der Sozialarbeitenden wirkt sich eher kontraproduktiv auf eine Veränderung, respektive Verbesserung der Situation aus?
- 5) Sollte anders gehandelt werden, wenn jemand „lediglich“ einen problematischen Konsum aufweist, sich aber noch nicht in einer Abhängigkeit befindet?

### **Abschlussfrage:**

- 6) Konnte etwas nicht erwähnt werden, das für die Bearbeitung des Themas von Bedeutung wäre und mitberücksichtigt werden sollte?