

Aisha Rütch & Michaela Haldimann



JUNKIE

STIGMATISIERENDE SOZIALE ARBEIT?

**Stigmatisierung von Menschen mit
substanzgebundener Abhängigkeit durch
die Soziale Arbeit und Möglichkeiten für
eine nicht-stigmatisierende Praxis**

Bachelor-Thesis zum Erwerb des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Abstract

Stigmatisierung und Ablehnung gegenüber Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit durch Strukturen und Mitglieder der Gesellschaft ist allgemein bekannt und auch in der Schweiz ausgeprägt. Ob und inwiefern jedoch auch Strukturen und Professionelle der Sozialen Arbeit gegenüber Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit stigmatisierend wirken, scheint hingegen wenig bekannt. Die vorliegende Bachelor-Thesis fragt daher: *Inwiefern erleben Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit Stigmatisierung durch die Soziale Arbeit und welche Möglichkeiten gibt es für eine nicht-stigmatisierende Praxis?* Ein besonderes Anliegen ist, das Erleben der Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit zu erheben und ihre Erfahrungen und Bedürfnisse zur Grundlage für Empfehlungen an die Praxis zu machen. Ziel der Bachelor-Thesis ist es daher, praxisnah und klient*innenorientiert für ein mit viel Leid verbundenes Thema zu sensibilisieren und der Sozialen Arbeit Anregungen für eine nicht-stigmatisierende Praxis zu liefern. Dies ist relevant dafür, dass die Soziale Arbeit ihren Grundwerten von Gleichwertigkeit, Gerechtigkeit und Achtung der Menschenwürde gerecht werden kann.

Im ersten Teil der Bachelor-Thesis wird der Forschungsgegenstand dargelegt. Dazu gehören theoretische Bezüge zu Stigmatisierungsprozessen insbesondere bei Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit und deren Auswirkungen sowie Erkenntnisse, wie Soziale Arbeit Stigmatisierung reproduziert. Das Erleben der Klientel wird im empirischen Teil der Bachelor-Thesis durch sechs leitfadengestützte Interviews mit Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit eingefangen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Betroffenen von Professionellen der Sozialen Arbeit insbesondere als ‚Junkies‘ wahrgenommen und entsprechend stigmatisierend behandelt werden. Die interviewten Personen erleben, dass ihnen Eigenschaften unterstellt werden, welche der Personenkategorie ‚Junkie‘ zugeschrieben werden wie beispielsweise permanentes Lügen. Professionelle der Sozialen Arbeit tragen also zur Stigmatisierung von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit bei. Trotz der Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen durch die Soziale Arbeit zeigen sich viele der interviewten Personen zufrieden mit der Zusammenarbeit. Die Ergebnisse und Verbesserungsvorschläge der Befragten sprechen für ein klientenzentriertes und lösungsorientiertes Arbeiten sowie für eine selbstreflektierte Haltung, wie sie im Rahmen von Undoing Addiction vorgeschlagen wird. Diese Ansätze werden im letzten Teil der Bachelor-Thesis vorgestellt und als Annäherung an eine nicht-stigmatisierende Praxis empfohlen.

Stigmatisierende Soziale Arbeit?

**Stigmatisierung von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit durch
die Soziale Arbeit und Möglichkeiten für eine nicht-stigmatisierende Praxis**

Bachelor-Thesis zum Erwerb
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule
Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Aisha Rütsch
Michaela Haldimann

Bern, Dezember 2020

Gutachterin: Prof. Dr. Stefanie Duttweiler

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

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen bedanken, die zum Gelingen dieser Bachelor-Thesis beigetragen haben.

Besonderer Dank gilt den interviewten Personen, die sich spontan zu den Interviews bereiterklärt haben. Ihre Bereitschaft, offen und ehrlich von ihren Erfahrungen mit Professionellen der Sozialen Arbeit zu berichten, haben die vorliegende Bachelor-Thesis enorm bereichert und wir bedanken uns herzlich für die interessanten Gespräche. Ebenfalls möchten wir uns herzlich bei der Institution für Opioidagonistische Behandlung bedanken, wo wir die Interviews durchführen konnten.

Weiter bedanken wir uns bei Frau Prof. Dr. Stefanie Duttweiler für die fachliche Begleitung während der Erarbeitung der Bachelor-Thesis sowie bei Herrn Simon Haldimann für die Gestaltung der Umschlagseite.

Aisha Rütsch und Michaela Haldimann

Bern, Dezember 2020

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Erklärung und Begründung der Fragestellung	2
1.2	Aufbau der Bachelor-Thesis	3
2	Soziale Arbeit mit Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit	4
2.1	Soziale Arbeit in der Suchthilfe	6
2.2	Suchtverständnisse in der Suchthilfe	7
2.3	Suchtverständnis der Sozialen Arbeit	9
2.4	Opioidagonistische Behandlung.....	10
2.5	Zwischenfazit	13
3	Der Labeling Approach	14
3.1	Normkonformes und abweichendes Verhalten	14
3.2	Stigma	16
3.3	Generelle Thesen des Labeling Approachs	19
3.4	Vertiefung des Labeling Approachs nach Lemert.....	20
3.5	Zwischenfazit	25
4	Stigmatisierung von Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit	25
4.1	Woher stammt das Stigma ‚Sucht‘?	26
4.2	Welche Stigmata tragen Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit?	28
4.3	Fremd- und Selbststigmatisierungsprozesse im Teufelskreis	30
4.4	Erkennen und Auswirkungen von Stigmatisierung und Diskriminierung	31
4.5	Stigma-Management	35
4.6	Zwischenfazit	36
5	Stigmatisierung durch die Soziale Arbeit	37
5.1	Stigmatisierung durch die Involviertheit als ganze Person	37
5.2	Stigmatisierung durch Soziale Arbeit als Kontrollagentur.....	38
5.3	Stigmatisierung durch Doing social Problems	38
5.4	Stigmatisierung durch Doing Addiction	40
5.5	Zwischenfazit	42
6	Methodisches Vorgehen im empirischen Teil	43
6.1	Datenerhebung: problemzentriertes Leitfadeninterview	43
6.2	Zugang zu den Interviewpartnerinnen und -partnern.....	44

6.3	Konzeption des Leitfadens	45
6.4	Durchführung der Interviews	45
6.5	Transkription	46
6.6	Auswertung: Inhaltsanalyse - induktive Kategorienbildung	46
7	Ergebnisse der Interviewauswertung und Interpretation	50
7.1	Stigmatisierungserfahrungen der interviewten Personen	50
7.1.1	<i>Stigmatisierungserfahrungen durch Mitglieder und Strukturen der Gesellschaft</i>	50
7.1.2	<i>Stigmatisierungserfahrungen durch andere Professionen</i>	51
7.1.3	<i>Stigmatisierungserfahrungen durch die Soziale Arbeit</i>	52
7.1.4	<i>Anders- bzw. Gleichbehandlung durch die Soziale Arbeit</i>	55
7.2	Auswirkungen der Stigmatisierungserfahrungen	58
7.2.1	<i>Identifikation mit der substanzgebundenen Abhängigkeit</i>	58
7.2.2	<i>Identifikation bzw. Abgrenzung von weiteren stigmatisierten Gruppen</i>	59
7.2.3	<i>Anpassungsleistungen an Normalitätsvorstellungen</i>	62
7.3	Praxis der Sozialen Arbeit aus Sicht der interviewten Personen	65
7.3.1	<i>Aussagen zu methodischen und strukturellen Bedingungen</i>	65
7.3.2	<i>Zentrale Punkte und Verbesserungsvorschläge für die Zusammenarbeit</i>	68
7.3.3	<i>Zufriedenheit oder Genügsamkeit?</i>	70
7.4	Zwischenfazit	72
8	Möglichkeiten für eine nicht-stigmatisierende Praxis	72
8.1	Lösungsorientierung und Klientenzentrierung	73
8.2	Undoing Addiction	74
8.3	Möglichkeiten zur Entstigmatisierung von Strukturen	77
9	Fazit und Ausblick	80
9.1	Beantwortung der ersten Teilfrage der Forschungsfrage	80
9.2	Beantwortung der zweiten Teilfrage der Forschungsfrage	82
9.3	Abschliessendes Fazit	83
9.4	Ausblick	83
10	Literaturverzeichnis	85

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Schematische Darstellung der sekundären Devianz	21
Abbildung 2. Teufelskreis.....	30
Abbildung 3. Prozessmodell induktiver Kategorienbildung	47
Abbildung 4. Kategoriensystem	49

1 Einleitung

Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit erleben in ihrem Alltag häufig, dass sie aufgrund ihrer Abhängigkeit abgelehnt und ausgeschlossen werden. Es ist, wie wenn sie Trägerinnen und Träger einer Etikette ‚Junkie‘ sind, die von anderen Menschen als Zeichen dafür gelesen wird, ‚anders‘ zu sein. Die Etikette ist mit zahlreichen Zuschreibungen verbunden, die deren Trägerinnen und Träger in ihrer Individualität und ihrem Menschsein abwerten. Viele dieser Zuschreibungen sind geprägt von Alltagswissen über Abhängigkeit und mit defizitären Bildern und Vorstellungen verbunden, an denen sich viele Menschen orientieren. Heterogenität in der scheinbar homogenen Gruppe der ‚Junkies‘ wird oftmals ausgeblendet und so gelten *alle* Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit häufig als aggressiv, unberechenbar, unzuverlässig oder durch die Abhängigkeit fremdbestimmt.

Werden Menschen aufgrund von Eigenschaften oder Verhaltensweisen als ‚anders‘ wahrgenommen und gehen damit negativ bewertete Zuschreibungen einher, führt dies zu Stereotypisierung und schliesslich zur Ablehnung, Diskriminierung und zum Ausschluss der Betroffenen (Gaebel, Möller & Rössler, 2005, S. 1). Dieser Prozess wird *Stigmatisierung* genannt und ist Teil des Alltags von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit (Passie & Dierrsen, 2011, S. 92-93).

Es stellt sich die Frage, inwiefern auch Soziale Arbeit beziehungsweise Professionelle der Sozialen Arbeit zur Stigmatisierung von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit beitragen und inwiefern sie bestehende Stigmata reproduzieren. Gemäss dem Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz gestehen Professionelle der Sozialen Arbeit „jedem Menschen ungeachtet von Geschlecht, Rasse, Status und individuellen Besonderheiten den mit seiner Würde verbundenen gleichen Wert unbedingt zu“ (Avenir Social, 2010, S. 9). Doch sind Professionelle der Sozialen Arbeit dazu tatsächlich in der Lage? Können sie sich abwertenden Stigmatisierungsprozessen verwehren oder orientieren nicht auch sie sich an gesellschaftlichen Vorstellungen davon, was ‚normal‘ oder ‚verwerflich‘ ist, gerade weil sie eben auch Mitglieder dieser Gesellschaft sind? Und wirkt Soziale Arbeit in Institutionen, die gesellschaftlich geschaffenen Strukturen angepasst sind, wirklich so, dass alle Menschen gleichwertig behandelt werden?

Die vorliegende Bachelor-Thesis hat das Ziel, diesen Fragen auf den Grund zu gehen und Empfehlungen zu machen, wie eine nicht-stigmatisierende Praxis Sozialer Arbeit aussehen kann. Dazu sollen insbesondere diejenigen zu Wort kommen, die direkt vom Handeln der Professionellen der Sozialen Arbeit betroffen sind, nämlich Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit.

1.1 Erklärung und Begründung der Fragestellung

Aus den einleitenden Worten kann folgende Fragestellung abgeleitet werden, die in der vorliegenden Bachelor-Thesis beantwortet werden soll:

Inwiefern erleben Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit Stigmatisierung durch die Soziale Arbeit und welche Möglichkeiten gibt es für eine nicht-stigmatisierende Praxis?

Die Frage nach der Stigmatisierung stellt sich auf zwei Ebenen: einerseits Stigmatisierung durch Professionelle der Sozialen Arbeit in der direkten Zusammenarbeit mit ihrer Klientel, andererseits strukturelle Stigmatisierung durch Angebote, Systeme und Strukturen der Sozialen Arbeit.

Auf der ersten Ebene soll herausgefunden werden, ob und wie genau die Klientinnen und Klienten Stigmatisierung durch die Soziale Arbeit erleben. Fühlen sie sich stigmatisiert und wenn ja, wodurch genau? Durch bestimmte Aussagen oder bestimmte Handlungen der Professionellen? Was glauben die Klientinnen und Klienten, wie die Professionellen über sie denken?

Auf der zweiten Ebene soll herausgefunden werden, welche Strukturen es innerhalb der Sozialen Arbeit gibt, die Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit stigmatisieren und diskriminieren können. Haben die Klientinnen und Klienten das Gefühl, dass mit ihnen kategorisch anders umgegangen wird als mit Menschen ohne Abhängigkeit und wenn ja, wo sehen sie eine Andersbehandlung als legitim und sinnvoll und wo als diskriminierend?

Für die Soziale Arbeit ist die Beantwortung der obenstehenden Fragestellung deshalb relevant, weil zu ihren Grundwerten Gleichwertigkeit, Gerechtigkeit und Achtung der Menschenwürde gehören (Avenir Social, 2010, S. 9). Diesen kann sie nur dann gerecht werden, wenn sie die Einhaltung dieser Werte nicht simuliert. Eine stigmatisierende Praxis der Sozialen Arbeit würde darauf hinweisen, diese Grundwerte nur als Phrasen zu verstehen und könnte die Glaubwürdigkeit Sozialer Arbeit in Frage stellen. Umso wichtiger ist es, dass die Grundwerte Sozialer Arbeit mit ihrem tatsächlichen Wirken übereinstimmen.

In der Auseinandersetzung mit der bestehenden Literatur, die zur Beantwortung der Fragestellung dienen kann, fällt auf, dass zu folgenden Aspekten relativ wenige Erkenntnisse vorhanden sind:

Stigmatisierung von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit

Stigmatisierung wird in der Literatur hauptsächlich bezüglich physisch erkennbarer Merkmale oder bekannter psychischer Erkrankungen wie zum Beispiel Schizophrenie oder Depressionen untersucht. Stigmatisierung aufgrund von Suchterkrankungen wird seltener explizit thematisiert. Dies kann damit zusammenhängen, dass die gesellschaftliche Verortung von Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit noch tiefergestellt ist als jene von Menschen mit bekannten psychischen Erkrankungen (Schomerus et al., 2017, S. 3).

Stigmatisierung durch die Soziale Arbeit

Stigmatisierung scheint in der Literatur gut untersucht und aufgearbeitet zu sein. Dies jedoch vor allem in Bezug auf Stigmatisierung durch die Strukturen und Mitglieder der Gesellschaft und weniger in Bezug auf Stigmatisierung durch die Soziale Arbeit. Selbstreflexion stellt in der Sozialen Arbeit, insbesondere in der Ausbildung, einen hohen Wert dar. Zeitgleich stellt sich die Frage, inwiefern Professionelle der Sozialen Arbeit dazu in der Lage sind, selbstkritisch stigmatisierende Anteile oder Vorgänge (z.B. subtile, nonverbale Formen) zu erkennen und zu verändern.

Perspektive der Klientinnen und Klienten

Wenn es dazu kommt, dass Stigmatisierung durch die Soziale Arbeit genauer betrachtet wird, geschieht dies vorwiegend aus einer Expertinnen- und Expertenperspektive und kaum aus der Perspektive der Betroffenen selbst. Die Perspektive der Klientinnen und Klienten ins Zentrum zu stellen, ist deshalb ein besonderes Anliegen dieser Bachelor-Thesis.

Die vorliegende Bachelor-Thesis soll einen Beitrag dazu leisten, die erwähnten Forschungslücken aufzuarbeiten.

1.2 Aufbau der Bachelor-Thesis

Die Fragestellung der Bachelor-Thesis wird in drei Teilen beantwortet. Dazu gehört ein theoretischer Teil, welcher sich über die ersten fünf Kapitel erstreckt. In Kapitel zwei wird geklärt, inwiefern Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit überhaupt in Kontakt mit der Sozialen Arbeit sind und welche Rolle die Soziale Arbeit im Suchtbereich einnimmt. Im dritten Kapitel wird mit Bezug auf den Labeling Approach erklärt, wie die Etikettierung von als ‚anders‘ bezeichneten Menschen abläuft und welche Instanzen in diesem Prozess mitwirken. Anschliessend wird in Kapitel vier aufgezeigt, inwiefern diese Prozesse auf Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit zutreffen und wie sich deren Stigmata äussern und auf sie auswirken. Kapitel fünf wendet sich schliesslich der Frage zu, inwiefern Soziale Arbeit selbst stigmatisierend wirkt und Stigmatisierung reproduziert.

Im zweiten Teil der Bachelor-Thesis wird anhand sechs leitfadengestützter Interviews die Perspektive von Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit auf die Thematik erfragt. Im sechsten Kapitel wird das methodische Vorgehen dargelegt und in Kapitel sieben werden die Erkenntnisse aus den Interviews präsentiert und mit der Theorie aus den ersten fünf Kapiteln in Verbindung gebracht. Die Interviews wurden in einer Institution für Opioidagonistische Behandlung durchgeführt. Alle interviewten Personen beziehen dort Medikamente zur Substitution von Heroin. Sie können zu den Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit dazugezählt werden, weil trotz der Substitution häufig ein Nebenkonsum von Strassendrogen wie beispielsweise Kokain bestehen bleibt. Zudem ist auch während der Substitution nach wie vor eine Abhängigkeit gegeben, nämlich vom Medikament zur Substitution.

Der dritte Teil der Bachelor-Thesis dient den Empfehlungen an die Praxis Sozialer Arbeit sowie der Beantwortung der Fragestellung. Im Kapitel acht werden aus den Ergebnissen der Interviews Empfehlungen abgeleitet, wie eine nicht-stigmatisierende Praxis aussehen kann und wozu Soziale Arbeit in diesem Zusammenhang aufgefordert ist. Kapitel neun schliesst die Bachelor-Thesis mit einer Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse ab und weist auf weitere Forschungsmöglichkeiten hin.

In der vorliegenden Bachelor-Thesis werden bestimmte Begriffe in einfachen Anführungszeichen oder *kursiv* geschrieben. Begriffe in einfachen Anführungszeichen sind Ausdrücke, die negativ konnotiert sind, zur Herstellung von Differenz beitragen oder alltagssprachlich sind. Beispiele dafür sind die Begriffe ‚Sucht‘, ‚anders‘, ‚normal‘ oder ‚Junkie‘. Werden Begriffe *kursiv* geschrieben, sollen diese betont werden.

2 Soziale Arbeit mit Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit

Voraussetzung dafür, dass Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit Stigmatisierung durch Professionelle der Sozialen Arbeit erleben, ist, überhaupt in Kontakt mit der Sozialen Arbeit zu kommen. Deshalb wird nachfolgend aufgezeigt, weshalb und in welchen Arbeitsfeldern dieser Kontakt hergestellt wird.

Viele Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit werden mit sozialen Herausforderungen konfrontiert, die sie schliesslich zu Klientinnen und Klienten Sozialer Arbeit werden lassen. So zeigt Darke (2013, S. 115-116) auf, dass eine der grössten Herausforderungen von Heroinkonsumentinnen und -konsumenten die finanzielle Notlage ist, in der sich viele von ihnen befinden. Dies ist einerseits den hohen Beschaffungskosten von Heroin geschuldet und andererseits sind Konsumentinnen und Konsumenten häufig

erwerbslos (S. 115). Durch die Abhängigkeit stehen viele Konsumentinnen und Konsumenten zudem unter einem hohen Beschaffungsdruck, weil sie nur durch einen regelmässigen Konsum Entzugssymptome vermeiden können. Die finanzielle Notlage und der Beschaffungsdruck führen dann dazu, dass sie häufig nur durch kriminelle Handlungen an ‚schnelles Geld‘ für die Droge gelangen und sich schliesslich kaum vom Kreislauf der Beschaffungskriminalität lösen können (S. 116-117). Durch die Teilnahme an einem Substitutionsprogramm entfällt der Beschaffungsdruck häufig, wodurch auch die Beschaffungskriminalität abnimmt und sich die Lebenssituation allgemein verändern kann (Passie & Dierssen, 2011, S. 157-158). Allerdings sind viele Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit trotz Substitution noch auf Sozialhilfe angewiesen, weil sich der Drogenkonsum beispielsweise auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt oder ein Vorstrafenregister die Arbeitssuche erschwert (Darke, 2013, S. 115). Erwerbslosigkeit kann jedoch auch mit der Stigmatisierung von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit zusammenhängen. So ist es denkbar, dass sich Arbeitgebende an Stereotypen und Vorurteilen orientieren und deshalb keine Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit anstellen wollen. Die finanzielle Notlage kann neben Beschaffungskriminalität zu prekären Wohnverhältnissen oder Obdachlosigkeit führen (S. 116). Eine weitere Herausforderung von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit ist häufig auch ihre gesundheitliche Situation, die durch langjährigen Drogenkonsum oder Nebenwirkungen von Medikamenten zur Substitution beeinträchtigt sein kann. Menschen mit einer Heroinabhängigkeit erkranken neben dem Abhängigkeitssyndrom häufig auch noch an anderen psychischen Erkrankungen (S. 112). Mit diesen verschiedenen Herausforderungen werden Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit unter Umständen bereits früh konfrontiert. Denn Menschen mit Heroinabhängigkeit kommen in der Regel schon im Teenageralter mit legalen und illegalen Drogen in Kontakt (S. 67).

Gegenstand Sozialer Arbeit ist gemäss Engelke, Spatscheck und Borrmann (2016) „das Verhindern und Bewältigen sozialer Probleme“ (S. 241) und zu ihren Aufgaben gehört unter anderem die soziale Integration von Menschen, die Lösung sozialer Probleme, die Verhinderung und Beseitigung von sozialen Notlagen sowie die Begleitung und der Schutz von Menschen (Avenir Social, 2010, S. 7). Diese Aufgaben erfüllen Professionelle der Sozialen Arbeit in Arbeitsfeldern, die sich speziell der Bearbeitung der oben genannten sozialen Herausforderungen von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit widmen. Daher kommen Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit mit den verschiedensten Institutionen und Professionellen der Sozialen Arbeit in Kontakt. Dazu gehören beispielsweise Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen von betreuten Wohnformen, Sozialarbeitende, die im Rahmen der Sozialhilfe oder des Kindes- oder Erwachsenenschutzes tätig sind oder auch

Professionelle der Sozialen Arbeit in der Kinder- und Jugendarbeit, wenn erste Drogenkonsumerfahrungen gemacht werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit auf vielfältige Weise mit Professionellen der Sozialen Arbeit in Kontakt kommen können. Ein Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit, welches dabei besonders hervorzuheben ist, ist die Suchthilfe. So stellt Sting (2018, S. 1688) fest, dass sich Soziale Arbeit hauptsächlich in der Suchtprävention und Suchtrehabilitation mit Problemen in Zusammenhang mit Abhängigkeit beschäftigt.

2.1 Soziale Arbeit in der Suchthilfe

Soziale Arbeit setzt sich gemäss Laging (2018) in der Suchthilfe insbesondere dafür ein, die „sozialen Dimensionen‘ von Suchtgefährdung, Suchtentwicklung, Rehabilitation und Lebensführung unter den Bedingungen von Sucht“ (S. 167) zu bearbeiten. Angelehnt an ein Modell der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe beschreibt Laging, dass Soziale Arbeit dabei auf drei Ebenen tätig ist: auf der System-, Prozess- und Personen-Ebene (S. 172). Auf der Ebene des Systems ist Soziale Arbeit für die Integration von Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit in soziale Handlungssysteme, wie beispielsweise die Familie oder den Arbeitsplatz, zuständig (S. 172-173). Soziale Arbeit solle sich dabei nicht nur auf die nächste Umgebung von Klientinnen und Klienten konzentrieren, sondern habe als „Schnittstelle von Individuum und Gesellschaft“ (S. 174) auch den Auftrag, zur Bewusstseinsbildung der Gesellschaft beizutragen. Dies hauptsächlich deshalb, weil Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit von Stigmatisierung und Diskriminierung betroffen sind (S. 174). Auf Ebene Prozess ist sie für die Koordination des Helfernetzes und die Abstimmung der unterschiedlichen Unterstützungsangebote für Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit verantwortlich (S. 172). Die Personen-Ebene beschreibt die individuelle Beratung und Begleitung von Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit durch die Soziale Arbeit. Ziel ist, dass Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit durch individuelle Beratung und Begleitung sowie durch Teilhabe in der Gesellschaft in der Bearbeitung von Genesungs- und Bewältigungsprozessen unterstützt werden (S. 173).

Die Suchthilfe zeichnet sich als Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit dadurch aus, dass sie mit anderen Disziplinen und Professionen interdisziplinär zusammenarbeitet und Herausforderungen von Menschen in Zusammenhang mit Abhängigkeit bearbeitet. Die Professionellen der Sozialen Arbeit arbeiten hauptsächlich mit Fachpersonen aus der Psychologie, Psychiatrie, Medizin und der Pflege zusammen (Laging, 2018, S. 167). Die Suchthilfe beziehungsweise der Suchtdiskurs ist dabei besonders durch das Suchtverständnis

der Medizin geprägt (Laging, 2018, S. 169; Dollinger & Schmidt-Semisch, 2007, S. 9; Schabdach, 2009, S. 17). Dies obwohl in der Suchthilfe allgemein anerkannt ist, dass soziale Faktoren einen hohen Einfluss auf die Entwicklung einer Abhängigkeit haben und deshalb auch die Soziale Arbeit eine prägende Rolle einnehmen könnte (Laging, 2018, S. 168). Einen möglichen Erklärungsansatz dafür bieten Dollinger und Schmidt-Semisch (2007, S. 9-10), die beschreiben, dass Abhängigkeit weitverbreitet als Krankheit betrachtet wird. Dieses Suchtverständnis wirke sich darauf aus, welche Disziplin oder Profession den Diskurs massgeblich bestimme. Sie stellen folglich fest: „Sucht als Krankheit zu betrachten, bedeutet (. . .), vorrangig Ärzte zu den primären und verantwortlichen Suchtbearbeitern zu erklären.“ (S. 10) Neben dem medizinischen Suchtverständnis gibt es jedoch auch noch andere Perspektiven auf Abhängigkeit, die nachfolgend vorgestellt werden. Dabei wird aufgezeigt, welches Suchtverständnis die Soziale Arbeit vertritt und von welchem Suchtverständnis deshalb in der vorliegenden Bachelor-Thesis ausgegangen wird.

2.2 Suchtverständnisse in der Suchthilfe

Biologisch-pathologisches Suchtverständnis

Das biologisch-pathologische Suchtverständnis versteht Abhängigkeit als Erkrankung, die, wie jede andere Krankheit, Störungen und Symptome mit sich bringt, welche das Individuum nicht beeinflussen kann (Laging, 2018, S. 17). Folge davon ist, dass erkrankte Menschen keine Verantwortung dafür übernehmen können, wie sich die Erkrankung bei ihnen äussert oder wie sie sich aufgrund der Erkrankung verhalten. Ein biologisch-pathologisches Suchtverständnis führt deshalb dazu, dass Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit weder bewertet noch bestraft werden, sondern Therapiemöglichkeiten für die Behandlung der Erkrankung geschaffen werden (S. 17). Dollinger und Schmidt-Semisch (2007, S. 9) weisen jedoch auf die Gefahr hin, dass Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit nach diesem Suchtverständnis als bewusst handelnde Subjekte in den Hintergrund geraten. Es werde davon ausgegangen, dass die Abhängigkeit bestimme, wie sich Menschen verhalten. Morse spricht in diesem Zusammenhang ebenfalls von der Gefahr einer Objektivierung und Entmündigung des Menschen (zitiert nach Bauer, 2014, S. 12). Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit werden nach diesem Suchtverständnis zwar freundlich und verständnisvoll behandelt, es drohe jedoch auch ein bevormundender Umgang mit ihnen (S. 12).

Das biologisch-pathologische Suchtverständnis dominiert zwar den professionellen Suchtdiskurs, ist allerdings in der Gesellschaft wenig vertreten (Laging, 2018, S. 17). Stattdessen scheinen sich viele Menschen an einem moralisch-volitionalen Suchtverständnis zu orientieren, das die Stigmatisierung von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit zu begünstigen scheint.

Moralisch-volitionales Suchtverständnis

Das moralisch-volitionale Suchtverständnis negiert Abhängigkeit als Erkrankung, weil der Suchtmittelkonsum gemäss Schaler als vom Individuum bewusst getroffene Entscheidung betrachtet wird (zitiert nach Bauer, 2014, S. 11). Abhängigkeit kann demnach auf die Moral und den Willen eines Menschen zurückgeführt werden. Laging (2018) beschreibt, dass kaum bestritten werden könne, dass „auch im ausgeprägten Suchtverhalten Elemente von individueller Steuerungsfähigkeit enthalten“ (S. 18) seien. Dies deshalb, weil die Beschaffung und der Konsum von Suchtmitteln bewusst veranlasste Handlungen seien (S. 18). Vorteil des moralisch-volitionalen Suchtverständnisses ist gemäss Morse, dass Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit als verantwortungsvolle Subjekte verstanden und behandelt werden (zitiert nach Bauer, 2014, S. 12). Dies ist wichtig, um Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit in ihrer Autonomie und Entscheidungsfähigkeit zu stärken (Laging, 2018, S. 18). Morse stellt jedoch auch fest, dass ein moralisch-volitionales Suchtverständnis ausgesprochen moralisierend oder bestrafend wirken könne, weil abweichendes Verhalten als selbst verschuldet und eine entsprechende Strafe dafür als gerecht betrachtet wird (zitiert nach Bauer, 2014, S. 12). Ein moralisch-volitionales Suchtverständnis scheint deshalb einen optimalen Nährboden für Stigmatisierung zu bilden, weil die Abhängigkeit so auf negativ bewertete Eigenschaften wie zum Beispiel Willensschwäche zurückgeführt werden kann.

Bio-psycho-soziales Suchtverständnis

Im professionellen Suchtdiskurs wurde das biologisch-pathologische Modell zur Erklärung von Erkrankungen in den 1970er-Jahren durch ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell abgelöst (Laging, 2018, S. 20). Dies weil die Objektivierung von Menschen durch das biologisch-pathologische Modell zunehmend kritisiert wurde und psycho-soziale Aspekte zur Erklärung von Erkrankungen an Bedeutung gewannen. Das bio-psycho-soziale Modell geht davon aus, dass biologisch-organische, psychische sowie soziale Faktoren miteinander in einer Wechselwirkung stehen (S. 20). Soziale Faktoren können somit Ursache von Erkrankungen sein, jedoch hat die Abhängigkeit wiederum Folgen auf die soziale Situation der Betroffenen (S. 167-168). Um dies zu erklären, verwenden Sommerfeld, Dällenbach, Rügger und Hollenstein (2016) den Begriff der „zirkulären Bedingungskonstellation“ (S. 8). Zirkulär deshalb, weil die Folgen der Abhängigkeit auf die soziale Situation häufig „gesellschaftliche Ausschlussprozesse“ (S. 8) sind, welche wiederum den Verlauf der Erkrankung beeinflussen können. Ein bio-psycho-soziales Suchtverständnis scheint den Blick für solche Vorgänge zu öffnen und ermöglicht ein Wirkungsfeld für die Soziale Arbeit.

Salutogenetisches Suchtverständnis

Die Salutogenese nach Antonovsky fragt, weshalb Menschen auch bei Vorliegen von belasteten oder risikohaften bio-psycho-sozialen Faktoren gesund und nicht krank sind (Laging, 2018, S. 20). Gesundheit und Krankheit verlaufen gemäss Pauls auf einem Kontinuum, das die Einteilung von Menschen in völlig gesund oder völlig krank verhindert (zitiert nach Laging, 2018, S. 20). Ein salutogenetisches Suchtverständnis akzeptiert beschädigte oder erkrankte Fähigkeiten von Menschen, versucht jedoch, „gesunde Anteile zu identifizieren, dem Bewusstsein zugänglich zu machen und diese zu stärken“ (Laging, 2018, S. 21) und ist somit ressourcenorientiert.

2.3 Suchtverständnis der Sozialen Arbeit

Die vorgestellten Suchtverständnisse scheinen sich insbesondere in dem von ihnen vertretenen Menschenbild zu unterscheiden. Damit sich Soziale Arbeit einem dieser Suchtverständnisse zuordnen kann, sollte dieses also mit ihrem eigenen Menschenbild zu vereinbaren sein.

Die drohende Objektivierung sowie Entmündigung des Menschen bei einem biologisch-pathologischen Suchtverständnis scheinen nicht mit dem Menschenbild der Sozialen Arbeit vereinbar zu sein. Soziale Arbeit verschreibt sich den Menschenrechten und somit dem Auftrag, um die Würde der Einzelnen und der Wahrung von deren Autonomie besorgt zu sein (Avenir Social, 2010, S. 9-10). Dies kann nur gelingen, wenn sie den Menschen als Subjekt ins Zentrum stellt. Das moralisch-volitionale Suchtverständnis betont die Autonomie und Entscheidungsfähigkeit von Menschen und verhindert somit eine Objektivierung. Menschen sind zwar Subjekte, ihnen wird zugleich aber auch die volle Verantwortung für ihr Handeln übertragen. Sie haben also selbstverschuldet mit den Konsequenzen zu leben, wenn sie sich abweichend verhalten und damit nicht den normativen Moralvorstellungen der Gesellschaft entsprechen. Ein moralisch-volitionales Suchtverständnis scheint soziale Faktoren zur Entwicklung einer Abhängigkeit auszublenden und kann dazu führen, dass die Stigmatisierung als ‚abweichend‘ legitimiert wird. Auch dies widerspricht dem Menschenbild der Sozialen Arbeit. Als Bearbeiterin der sozialen Dimension scheint Soziale Arbeit Menschen eher als bio-psycho-soziales Wesen zu sehen, die in Austausch mit sich und ihrer Umwelt stehen. Dazu gehört, dass Soziale Arbeit gesellschaftliche Phänomene und wie sie auf Menschen wirken, genauer betrachtet und sich gegen schädliche Vorgänge wie Stigmatisierung einsetzt.

Professionelle der Sozialen Arbeit sollten also eigentlich ein bio-psycho-soziales Suchtverständnis vertreten, welches Stigmatisierung von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit zwar nicht verhindert, aber in Gegensatz zum moralisch-volitionalen Suchtverständnis nicht begünstigt. Allerdings stellt Laging (2018, S. 169) fest, dass selbst

unter Professionellen der Sozialen Arbeit das biologisch-pathologische Suchtverständnis der Medizin verbreitet ist. Bauer (2014) begründet dies damit, dass durch die „Stigmatisierung von Abhängigen durch die Bevölkerung und die Legitimation einer Finanzierung von Hilfe und Forschung“ (S. 13) dieses Suchtverständnis auch bei Fachpersonen bevorzugt wird. Dass dieses jedoch begünstigt, Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit als durch die Droge fremdbestimmt und somit unmündig zu sehen, scheint dabei in den Hintergrund zu treten. Die biologisch-pathologische Perspektive auf Abhängigkeit kann deshalb genauso zu Stigmatisierung führen, wie dies ein moralisch-volitionales Suchtverständnis tun kann.

2.4 Opioidagonistische Behandlung

Ein Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe ist die Opioidagonistische Behandlung, welche die Substitutionsgestützte und die Heroingestützte Behandlung umfasst. Diese ist für die vorliegende Bachelor-Thesis von grosser Relevanz, weil zur Beantwortung der Fragestellung Klientinnen und Klienten einer Institution für Opioidagonistische Behandlung und Sozialberatung interviewt wurden. Diese wird deshalb nachfolgend vorgestellt.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2013) erklärt: „Unter Substitutionsgestützter Behandlung bei Opioidabhängigkeit¹ versteht man den ärztlich verordneten Ersatz eines konsumierten Opioids, welches die Abhängigkeit erzeugt, durch ein legales Medikament (. . .) mit flankierenden somatischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen, sozialarbeiterischen oder sozialpädagogischen Massnahmen.“ (S. 6) In der Opioidagonistischen Behandlung wird also eine bestimmte Substanz, in der Regel Heroin, durch eine andere, legale Substanz ersetzt. Die Behandlung dient nicht dem Entzug, sondern führt dazu, dass die Abhängigkeit von einer illegalen Substanz auf ein legales Medikament verlagert wird (Gellert & Schneider, 2002, S. 8). Die Opioidagonistische Behandlung muss zwar durch eine Ärztin oder einen Arzt verschrieben und beaufsichtigt werden, die Betreuung erfolgt jedoch nicht nur durch die Medizin, sondern durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Medizin, Pflege, Therapie sowie Sozialer Arbeit.

Wie Gellert und Schneider (2002, S. 46) beschreiben, führt der regelmässige Konsum von Heroin zu einer psychischen und körperlichen Abhängigkeit. Das Absetzen von Heroin führt dementsprechend zu Entzugssymptomen, weil der Körper von der Substanz abhängig ist und danach verlangt. Durch den erneuten Konsum von Heroin oder anderen Opiaten kann das Verlangen gestillt und Entzugssymptome gestoppt werden. Opiate binden sich im Gehirn an

¹ Das BAG verwendet die Bezeichnung „Substitutionsgestützte Behandlung“ hier synonym zur Bezeichnung der Opioidagonistischen Behandlung.

Rezeptoren, die aufgrund der natürlich vorkommenden, körpereigenen Opiate vorhanden sind und entfalten dort ihre Wirkung. Opiate können zur Veranschaulichung mit Schlüsseln verglichen werden, die nur in Opiatrezeptoren, also in die entsprechenden Schlösser, passen. Es ist deshalb möglich, Opiate wie Heroin durch andere Opiate zu ersetzen (S. 46). Als solche Ersatzstoffe können Medikamente wie Methadon, Buprenorphin, retardiertes orales Morphin sowie Diazetylmorphin eingesetzt werden (BAG, 2013, S. 6). Das Medikament zur Opioidagonistischen Behandlung muss individuell ausgewählt und so dosiert werden, dass keine Entzugssymptome und somit kein Verlangen nach Heroin mehr bestehen. Das Ausbleiben von Entzugssymptomen und Verlangen sorgt dafür, dass Menschen auf Heroin oder andere Substanzen verzichten können (S. 12).

Die Opioidagonistische Behandlung von Menschen mit einer Heroinabhängigkeit ist eine längerfristige Behandlung, deren Ziel nicht zwingend die Abstinenz ist (BAG, 2013, S. 7). Durch die Entlastung, nicht ständig unter Beschaffungsstress zu stehen sowie der interdisziplinären Betreuung durch Fachpersonen ermöglicht es die Opioidagonistische Behandlung gemäss dem BAG (2013), dass Menschen von einer „instabilen, dekompenzierten in eine stabile, kompenzierte Abhängigkeit“ (S. 7) gelangen. Die Abhängigkeit bleibt zwar bestehen, allerdings ist der Zugang zur Substanz gesichert, erfolgt regelmässig und auf legale Weise.

Menschen mit einer Heroinabhängigkeit, die nicht an einer Opioidagonistischen Behandlung teilnehmen, müssen ständig darum besorgt sein, rechtzeitig vor Einsetzen der Entzugssymptome Drogen zu beschaffen und zu konsumieren. Dieser Beschaffungsstress und die oftmals schlechte finanzielle Lage führen häufig zu Beschaffungskriminalität. Durch die Teilnahme an der Opioidagonistischen Behandlung entfällt der Beschaffungsdruck und in der Regel geht gemäss Passie und Dierssen (2011, S. 157) die Beschaffungskriminalität innerhalb kurzer Zeit nach Beginn der Behandlung stark und vor allem nachhaltig zurück. Die Zeit, welche zuvor für die Beschaffung von Heroin beansprucht wurde, wird plötzlich frei und es ergeben sich Möglichkeiten zur Veränderung von bisher vernachlässigten Lebensbereichen (S. 158). Da das Substitutionsmittel vor Ort bezogen beziehungsweise abgeholt wird, ergibt sich vor allem im Rahmen der Heroingestützten Behandlung (welche noch vorgestellt wird) ein geordneter Tagesablauf, was sich positiv auf den Alltag der Personen auswirken kann (S. 160).

Substitutionsgestützte Behandlung

Heroin kann in der Substitutionsgestützten Behandlung durch Methadon, Buprenorphin (Subutex®) oder retardiertes orales Morphin (Sevre-Long®) ersetzt werden (BAG, 2013, S. 6).

Bei diesen Substanzen handelt es sich nicht um reines Heroin, sondern um heroin-ähnliche Medikamente.

An einer Substitutionsgestützten Behandlung können alle Menschen unabhängig ihres Alters teilnehmen, die an einer Opioidabhängigkeit nach ICD-10 oder DSM-5 erkrankt sind. Weil gemäss dem BAG (2013, S. 11) Methadon nach wie vor als Standard der Substitutionsgestützten Behandlung gilt, beziehen sich die folgenden Ausführungen auf das Methadon.

Methadon wird als Tablette oder Flüssigkeit eingenommen und hat eine sehr lange Wirkdauer, weshalb es nur einmal am Tag eingenommen werden muss (Gellert & Schneider, 2002, S. 47-48). Wird Methadon regelmässig eingenommen, hat es kaum psychotrope Wirkung und es kommt nicht zu einem Flash (S. 48). Viele Menschen in der Substitutionsgestützten Behandlung sind voll arbeitsfähig und bei einer stabilen Behandlung ist es nicht nötig, dass sie täglich zur Abgabe erscheinen. Stattdessen ist es möglich, dass ihnen das Methadon in kindersicherer Verpackung mitgegeben wird und sie dieses selbständig zu Hause einnehmen (BAG, 2013, S. 13). Bei einer ausreichend hohen Dosierung von Methadon kommt es dazu, dass die Opiatrezeptoren im Gehirn ständig besetzt sind, zusätzlich konsumiertes Heroin deshalb nicht mehr an die Rezeptoren andocken kann und so seine Wirkung verliert (Gellert & Schneider, 2002, S. 48). Bei der Einnahme von Methadon ist insbesondere beim Beikonsum von Alkohol äusserste Vorsicht geboten, weil Alkohol in Kombination mit Methadon zu Atemstillstand führen kann (S. 49). Methadon ist trotz seiner positiven Eigenschaften nach wie vor ein Opiat, das abhängig macht und Nebenwirkungen hat. Der Entzug von Methadon ist mit jenem von Heroin vergleichbar, dauert jedoch viel länger (S. 48). Zu den Nebenwirkungen von Methadon zählen Atemdepressionen, Verstopfungen, dauernde Übelkeit und ausgeprägtes Schwitzen (BAG, 2013, S. 11). Methadon verursacht zudem hormonelle Veränderungen, was zu Libido- und Potenzstörungen sowie zum Ausbleiben der Menstruation führen kann (Gellert & Schneider, 2002, S. 49).

Heroingestützte Behandlung

Heroin kann neben Methadon, Buprenorphin und retardiertem oralen Morphin auch mit Diazetylmorphin (Diaphin®) ersetzt werden. Diazetylmorphin ist pharmazeutisch hergestelltes, reines Heroin und die Behandlung damit ist als Heroingestützte Behandlung (HeGeBe) bekannt (BAG, 2013, S. 12).

Die Heroingestützte Behandlung mit Diazetylmorphin ist gemäss Art. 10 der Betäubungsmittelsuchtverordnung vom 25. Mai 2011 (BetmSV; SR 812.121.6) erst dann

erlaubt, wenn Klientinnen und Klienten mindestens 18 Jahre alt und seit mindestens zwei Jahren schwer heroinabhängig sind. Zudem müssen gewichtige Gründe gegen eine Substitutionsgestützte Behandlung vorliegen oder diese zweimal nicht erfolgreich absolviert worden sein (BAG, 2013, S. 12).

Diazetylmorphin wird als intravenöse oder intramuskuläre Injektion gespritzt (Passie & Dierssen, 2011, S. 66). Die Einnahme erfolgt gemäss Art. 13 der BetmSV unter Sichtkontrolle des Behandlungsteams. In der Regel wird Diazetylmorphin zweimal täglich eingenommen, die Klientinnen und Klienten erscheinen also zweimal pro Tag in der Abgabestelle. Das Diazetylmorphin wirkt auf unterschiedliche Arten, jedoch eher auf einen kürzeren Zeitraum als Methadon. So stellt sich nach dem Konsum von Heroin gemäss Passie und Dierssen (2011) in der Initialphase, bis zu vier Minuten nach der Injektion, „ein wohliges Glücksgefühl“ (S. 45) ein, das Flash. Es ist verbunden mit Entspannung, Zufriedenheit und Beruhigung. In der Hauptphase, welche bis zu drei Stunden nach der Injektion anhalten kann, kommt es zu einer „Minderung der Wachheit und Abwendung von der Aussenwelt“ (S. 45). Menschen, die Heroin konsumiert haben, scheinen in dieser Phase körperlich schlaff und dösend (S. 45-46). Der Zustand wird von Konsumierenden so beschrieben, dass zwar Umweltreize wahrgenommen werden können, sie sich jedoch von sich selbst abgeschnitten fühlen. Die Hauptphase ist von einem Gefühl des Schutzes und der Geborgenheit geprägt, Angst und Sorgen scheinen nur am Rande oder gar nicht zu existieren (S. 46). Die Angstminderung oder Angstfreiheit kann zu einem Gefühl der Gleichgültigkeit führen (S. 47). Schliesslich ist es auch möglich, dass der Heroinkonsum zu einer Steigerung des Selbstvertrauens führt, weil die wahrgenommene Ruhe als Gefühl der Stärke gedeutet wird (S. 48). Passie und Dierssen weisen darauf hin, dass die Substitution mit Diazetylmorphin zwar zu diesen geschilderten Wirkungen führen kann, dass diese jedoch nach ein paar Wochen abnehmen. Der Körper gewöhnt sich an den regelmässigen Einfluss des Diazetylmorphins (S. 51). Dieser Toleranzentwicklung kann auch durch eine Erhöhung der Dosis nicht entgegengewirkt werden (S. 59).

2.5 Zwischenfazit

Im obenstehenden Kapitel zwei wurde aufgezeigt, dass Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit von verschiedenen sozialen Problemen betroffen sein können, die Folge der Abhängigkeit sind. Sie werden so zu Klientinnen und Klienten verschiedener Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit, in denen sie allenfalls Erfahrungen von Stigmatisierung durch Professionelle der Sozialen Arbeit machen. Obwohl Soziale Arbeit ein bio-psycho-soziales Suchtverständnis vertreten sollte, orientieren sich viele Fachpersonen dennoch an einem biologisch-pathologischen Suchtverständnis, wonach Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit als von Drogen fremdbestimmt und unmündig angesehen werden können. Diese Vorstellung scheint zwar die Schuld für bestimmte Lebenslagen oder Probleme nicht ausschliesslich bei

den Betroffenen selbst zu suchen, begünstigt jedoch auch einen stigmatisierenden, paternalistischen Umgang mit ihnen.

Im folgenden Kapitel drei soll geklärt werden, wie es überhaupt zu Stigmatisierung kommen kann. Dazu werden Theorien eingeführt, welche die Entstehung und den Prozess von Stigmatisierung erklären und herleiten.

3 Der Labeling Approach

Der Labeling Approach ist eine soziologische Theorie abweichenden Verhaltens (Lamnek, 2018, S. 223). Er bildet die theoretische Grundlage der vorliegenden Bachelor-Thesis, da er erklärt, wie Stigmata, Etiketten oder Labels zustande kommen und welche Wirkung sie auf das Individuum haben. Die wechselwirkenden Prozesse zwischen der Etikettierung durch die Aussenwelt und der Verhaltens- und Identitätsanpassung der Individuen bilden das zentrale Element der Theorie. Substanzgebundene Abhängigkeit wird als abweichendes Verhalten eingestuft und geht häufig mit Fremd- und Selbststigmatisierung einher. Der Labeling Approach als Theorie abweichenden Verhaltens bildet daher eine geeignete Grundlage dafür, diese Wechselwirkung zu erklären.

Nach einer kurzen, allgemeinen Einführung des Labeling Approachs soll mithilfe des Labeling Ansatzes nach Edwin McCarthy Lemert eine Vertiefung vorgenommen werden. Lemert führte die Begriffe der *primären* und *sekundären Devianz* sowie der *Kontrollagenturen* ein, anhand derer aufgezeigt werden kann, inwiefern Soziale Arbeit zu Stigmatisierungsprozessen beitragen kann.

Bevor jedoch die Theorie abweichenden Verhaltens eingeführt werden kann, müssen die Begriffe von abweichendem und normkonformem Verhalten geklärt werden. Obwohl der Labeling Approach vor allem die Begriffe *Label* oder *Etikette* verwendet, wird synonym dazu der Begriff *Stigma* eingeführt und in der Bachelor-Thesis vorwiegend verwendet, da dieser sowohl umgangssprachlich als auch im entsprechenden wissenschaftlichen Diskurs häufiger angetroffen wird. Um vorab die nötigen Begriffe zu erklären, wird vor allem Bezug genommen auf den Soziologen und Devianz-Theoretiker Siegfried Lamnek, auf den Professor für Soziale Arbeit und Politikwissenschaften Peter Eisenmann sowie auf den Soziologen und bekannten Stigma-Theoretiker Erving Goffman.

3.1 Normkonformes und abweichendes Verhalten

Um ein Verhalten überhaupt als abweichend einordnen zu können, muss es Normen geben, an denen das Verhalten gemessen wird. *Normen* sind Regeln, an denen Individuen und Gruppen ihr Handeln ausrichten (Eisenmann, 2012, S. 196). In der Soziologie wird der Begriff ausdifferenziert als *Verhaltens expectation* beziehungsweise als *Verhaltensforderung*, was

bedeutet, dass Normen in wiederkehrenden Situationen ein ganz bestimmtes Verhalten fordern und vorschreiben (zit. nach Lamnek, 2018, S. 21; Eisenmann, 2012, S. 197). Lamnek (2018, S. 20) und Eisenmann (2012, S. 197) sind sich zudem darüber einig, dass den Normen stets gewisse Werte vorausgehen und Normen deshalb als konkretisierte Werte verstanden werden können. Der Wert Eigentum könne gemäss Lamnek (2018, S. 20) so zur Norm ‚Man soll nicht stehlen‘ konkretisiert und zu einem entsprechenden Gesetz kodifiziert werden. Eisenmann (2012, S. 219) erklärt, dass ein friedliches Zusammenleben als soziale Gemeinschaft nur möglich ist, wenn gewisse Regeln das Verhalten und den Umgang miteinander bestimmen. Normen haben deshalb die Funktion, dass Individuen und Gruppen sich in ihrem Verhalten an vorgegebene Regeln halten können, was Orientierung, Verlässlichkeit und Sicherheit im eigenen Handeln und in alltäglichen Interaktionen ermöglicht (S. 196).

Teilt nun eine Gruppe von Individuen gewisse Werte und hält an entsprechenden Normen fest, gilt ein Verhalten, welches diesen Normen nicht entspricht, als *Abweichung* oder synonym: als *Devianz* (Goffman, 2016, S. 172). Da sich Normen beziehungsweise deren Bedeutungen und Auswirkungen auf das Verhalten jedoch erst im gesellschaftlichen Kontext zeigen, kann die gleiche Handlung in einem System, also in einer Kultur, Epoche oder Situation, als *normkonform* und in einem anderen System als *normabweichend* gelten (Lamnek, 2018, S. 19). Die Soziologie abweichenden Verhaltens betrachtet alle Untergruppen von deviantem oder abweichendem Verhalten, wozu auch delinquentes oder kriminelles Verhalten zählt. Es kann zwischen drei Arten von abweichendem Verhalten unterschieden werden. *Kriminelles und abweichendes Verhalten (1)* stellt einen Straftatbestand dar und wird auch in der Bevölkerung als abweichend wahrgenommen (S. 14). Dies kann zum Beispiel der Konsum von Heroin oder Kokain sein, welche als illegale Substanzen dem Betäubungsmittelgesetz vom 3. Oktober 1951 (BetmG; SR 812.121) unterliegen. Der Konsum illegaler Substanzen stellt gemäss dem Art. 19a BetmG eine Rechtsverletzung dar und wird strafrechtlich verfolgt. Ebenso wird diese Handlung in der Gesellschaft als abweichend bewertet. *Kriminelles, aber nicht abweichendes Verhalten (2)* wird ebenfalls strafrechtlich sanktioniert, wird in der Gesellschaft jedoch weitgehend toleriert und eher als Kavaliersdelikt abgetan (Lamnek, 2018, S. 15). Unter den Jugendlichen und auch für viele Eltern wird der massvolle Konsum von Alkohol zum Beispiel an Festen auch unter 16 beziehungsweise 18 Jahren toleriert bis anerkannt, ist gemäss Art. 14 des Lebensmittelgesetzes vom 20. Juni 2014 (LMG; SR 817.0) jedoch verboten. *Abweichendes, aber nicht kriminelles Verhalten (3)* stellt an sich keinen Straftatbestand dar, gilt jedoch gesellschaftlich als abweichend (Lamnek, 2018, S. 15). Hier kann der regelmässige, exzessive Konsum von Alkohol bei Erwachsenen genannt werden.

Alkohol ist zwar eine Substanz, die bei Volljährigkeit legal konsumiert werden darf, gesellschaftlich wird deren exzessiven Konsum jedoch als sehr abweichend bewertet.

Sind Normen also Verhaltensforderungen, welche die Einhaltung bestimmter Regeln verlangen, muss es Mechanismen geben, welche dies durchsetzen. „Der sozial relevante Mechanismus, der der Durchsetzung der Normen dienen soll, wird in der Soziologie als *soziale Kontrolle* bezeichnet.“ (Lamnek, 2018, S. 23) Als Instrument sozialer Kontrolle dient die Sanktion. Sie hat die Funktion, Konformität herzustellen, also das individuelle Verhalten den gesellschaftlichen Erfordernissen anzugleichen. Dabei kann zwischen einer positiven und einer negativen Sanktion unterschieden werden. Wird die Konformität durch die Belohnung eines erwünschten Verhaltens erreicht, spricht man von einer positiven Sanktion (Belohnung). Wird ein Verhalten, welches von der gewünschten Konformität abweicht, missbilligt oder strafrechtlich verfolgt, spricht man von einer negativen Sanktion (Bestrafung) (Eisenmann, 2012, S. 218).

3.2 Stigma

Gemäss Goffman (2016, S. 9) wird der Begriff *Stigma* immer noch sehr ähnlich verwendet, wie in seiner früheren Bedeutung. Ursprünglich war ein Stigma ein Zeichen, welches in den Körper einer Person gebrannt oder geschnitten wurde, um sie als moralisch schlecht zu kennzeichnen. Häufig wurden so Sklaven oder Kriminelle *gebrandmarkt*, um öffentlich anzuzeigen, dass diese Personen gemieden werden sollten (S. 9). Goffman erklärt, dass jeder Person eine oder mehrere Personenkategorien zur Verfügung stehen, in die sie eingeteilt werden kann. Eine Person kann dabei eine Eigenschaft aufweisen, welche die anderen Mitglieder der zur Verfügung stehenden Kategorien nicht aufweisen. Wird diese Eigenschaft negativ bewertet und werden dazu weitere negative Eigenschaften zugeschrieben, sodass die ganze Person schlussendlich diskreditiert wird, spricht Goffman von einem Stigma (S. 10-11). Menschen tendieren dazu, anderen basierend auf einer einzigen Eigenschaft eine lange Kette negativer Eigenschaften zu unterstellen, obwohl diese womöglich gar nie gezeigt wurden. Ausserdem werden im Alltag dauernd Stigmatermini wie ‚Junkie‘, ‚Krüppel‘ oder ‚Irre/r‘ verwendet (S. 14). Der Mensch sei dazu in der Lage, sein Gegenüber innert Millisekunden in eine Personenkategorie einzuordnen und dessen Eigenschaften und soziale Identität zu antizipieren. Die Antizipationen verfestigen sich in Anforderungen an das Gegenüber, sich so zu verhalten oder zu sein, wie es antizipiert wurde. Goffman macht darauf aufmerksam, dass sich Menschen diesen Forderungen selten bewusst sind, die sie an ihre Gegenüber stellen. Aus diesem Grund spricht er von Forderungen, die im Affekt gestellt werden. Auch die Eigenschaften, welche dem Gegenüber zusätzlich unterstellt werden, sollten deshalb lediglich als Zuschreibungen betrachtet werden (S. 10). Diese *Charakterisierung im Affekt*, also die zugeschriebenen Eigenschaften, nennt Goffman die „virtuale soziale Identität“ (S. 10) einer

Person. Als „aktuale soziale Identität“ (S. 10) bezeichnet er hingegen diejenigen Eigenschaften, welche die Person tatsächlich und nachweislich gezeigt hat. Mit dem Stigma entsteht gemäss Goffman eine Diskrepanz zwischen der virtualen und aktuellen sozialen Identität. Das heisst: die Eigenschaften, die tatsächlich gezeigt werden, stimmen nicht mit denen überein, die einer Person zugeschrieben werden und die negativ bewertet sind (S. 11). Häufig werden um das Gegenüber ganze *Assoziationshöfe* gebaut, die sich zeigen, wenn beispielsweise jemand eine blinde Person anschreit oder sie beim Gehen stützt, als hätte die Person auch eine Beeinträchtigung des Hörvermögens oder der Muskeln, nur weil sie blind ist (S. 14).

Bei der aktuellen sozialen Identität stellt sich die Frage, ob überhaupt objektiv nachgewiesen werden kann, dass eine Person eine bestimmte Eigenschaft gezeigt hat, da auch dies wiederum sehr subjektiv wahrgenommen und bewertet werden kann. Es bleibt offen, wer darüber entscheidet, was die aktuelle soziale Identität einer Person ist: die Person selber oder wiederum ihre Umwelt?

Abgrenzung zu Stereotyp und Vorurteil

Mit dem Begriff Stigma werden meist auch die Begriffe Stereotyp und Vorurteil verwendet und häufig unklar voneinander abgegrenzt. Die Soziologin Anne-Maria Möller-Leimkühler (2005, S. 46) definiert den Begriff *Stereotyp* als typisierte Meinung, als Schemata über einzelne Personen, Gruppen, Religionen, Nationen etc. Diese Schemata repräsentieren nicht objektive Wahrheiten, sondern eher implizite Alltagstheorien über Personengruppen, die gesellschaftlich geteilt werden. Damit sind sie eingebettet in ein Geflecht von Werturteilen und Interpretationen. Stereotypen und Vorurteile haben die Gemeinsamkeit, dass beides Generalisierungen sind, die über eine Person aufgrund ihrer zugeschriebenen Gruppenzugehörigkeit getroffen werden. Der Unterschied ist, dass sich das *Vorurteil* dabei vor allem auf die emotionale Bewertung bezieht, welche gegenüber der Person und ihrer Gruppenzugehörigkeit vorgenommen wird (S. 46).

Aus einer sozialpsychologischen Perspektive erklären Aydin und Fritsch (2015, S. 247) wie es von einem Stereotyp zu einem Vorurteil und zu Diskriminierung kommt. Stereotypen werden auf der kognitiven Ebene als vereinfachte und generalisierte Wissensstrukturen über Personen gebildet (z.B. „Junkies sind aggressiv“). Wird dem Stereotyp zugestimmt und dieser mit eigenen, negativen Emotionen gekoppelt, kommt es zum Vorurteil auf der emotionalen Ebene (z.B. „Ich finde, dass Junkies aggressiv sind und ich fürchte mich vor ihnen“). Manifestieren sich diese kognitiven und emotionalen Einstellungen dann in entsprechenden Handlungen, kommt es zur Diskriminierung (z.B. Junkies mit despektierlichen Gesten und Beschimpfungen davonjagen) (S. 247).

Kognitive Vorgänge als Rechtfertigung von Stigmatisierung?

Stereotypen und Vorurteile haben die Funktion, Ordnung in eine komplexe Welt zu bringen (Möller-Leimkühler, 2005, S. 46). Kognitionstheoretisch wird erklärt, dass im Alltag eine komplexe Umwelt auf eine begrenzte Kapazität an Reizverarbeitung trifft. Generalisierte Schemata vereinfachen die Komplexität und damit den Wahrnehmungsprozess. Durch das Bilden von Stereotypen werden Kategorien geschaffen, in die eine Person in Sekundenschnelle eingeordnet werden kann. Anschliessend müssen dann nur noch kleinere Mengen an Informationen wahrgenommen werden, wodurch kognitive Ressourcen gespart werden (S. 46). Der Mensch ist nicht einfach zu faul, um sich mit der Komplexität und Fülle an Informationen auseinanderzusetzen, sondern diese Reduktionen sind dafür notwendig, überhaupt effizient wahrnehmen zu können. Die Einordnung des Gegenübers in eine stereotype Kategorie erleichtert zusätzlich die spätere Interaktion mit ihm. Mit der Kategorienbildung kann die eigene Gruppe von fremden Gruppen abgekapselt werden. Diese Abgrenzung von anderen Gruppen stärkt das interne Gemeinschaftsgefühl, die internen Normen und die Identifizierung mit der eigenen Gruppe. Häufig geht mit der positiven Bewertung der eigenen Gruppe aber eine negative Bewertung der fremden Gruppen einher, womit anschliessende Diskriminierung, Ausbeutung und Machtausübung legitimiert werden (S. 47).

Sowohl Möller-Leimkühler (2005, S. 47), wie auch Aydin und Fritsch (2015, S. 248) machen auf die extreme Stabilität, Hartnäckigkeit und Konsistenz von Stereotypen und Vorurteilen aufmerksam. Selbst wenn Erfahrungen gemacht werden, die dem bestehenden Stereotyp widersprechen (sog. stereotypinkonsistente Informationen), werden die stereotypen Vorstellungen nicht entsprechend korrigiert. Die positiven Erfahrungen werden als *Ausnahmefälle* abgetan und erhalten wenig Beachtung (Aydin & Fritsch, 2015, S. 248). So werden Variationen innerhalb einer Gruppe nicht wahrgenommen und es kommt zum sogenannten „Fremdgruppenhomogenitätseffekt“ (S. 248): allen Personen, welche zu einer bestimmten Gruppe zugeordnet werden, werden die gleichen (negativen) Eigenschaften zugeschrieben, unabhängig davon, ob diese bei der Person tatsächlich beobachtet wurden oder nicht (S. 248).

Die kognitionstheoretischen Überlegungen scheinen durchaus nachvollziehbar und können für stigmatisierte Personen erleichternde Erklärungen bieten, wenn die ihr zugefügte Stigmatisierung mit automatischen, unkontrollierbaren Vorgängen des Gehirns erklärt werden können, statt mit diskreditierenden Absichten ihnen gegenüber. Andererseits nimmt eine solche Erklärung für die Bildung von Kategorien und Stigmata die Stigmatisierenden stark aus ihrer Verantwortung. Selbst wenn Kategorisierungen automatisch passieren und nicht

vermieden werden können, kann doch bewusst wahrgenommen werden, dass gerade eine Kategorisierung und Stereotypisierung vorgenommen wurde und es kann bewusst entschieden werden, wie nun weiter damit umgegangen wird. Ist der Mensch dessen gewillt, ist er fähig zur kritischen Selbstreflektion, zur permanenten Überprüfung seiner automatischen Kategorisierungen und zur bewussten Steuerung seines eigenen Handelns. Stigmatisierung und die darauffolgende Diskriminierung sind also nicht durch automatische Vorgänge des Gehirns zu rechtfertigen.

3.3 Generelle Thesen des Labeling Approachs

Als Theorie abweichenden Verhaltens zeichnet sich der Labeling Approach dadurch aus, dass er nicht die Ursachen, sondern die Reaktionen auf abweichendes Verhalten ins Zentrum stellt (Lamnek, 2018, S. 223). Die Theorie hinterfragt die Einteilung in konform und abweichend, besonders wenn diese auf der Annahme einer beliebigen Norm basiert. Denn dann bestehe die Gefahr, dass nicht hinterfragt werde, ob eine Norm tatsächlich ausreichende Gültigkeit, Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit aufweist, um ein Verhalten als abweichend oder konform zu beurteilen (S. 33). Aus der Tatsache, dass die gleiche Handlung in einer Kultur, Situation oder Epoche als konform und in einer anderen als abweichend gelten kann, schliesst auch der Labeling Approach, dass ein Verhalten nicht *an sich* konform oder abweichend ist, sondern dieses erst durch die Beurteilung durch eine Instanz, welche ausserhalb des Verhaltens liegt, zu konformem oder abweichendem Verhalten wird (S. 33).

Obwohl sich der Labeling Approach in mehrere Labelingansätze unterteilen lässt (Edwin McCarthy Lemert, Howard Saul Becker etc.), wird eine gemeinsame Grundlage geteilt (Lamnek, 2018, S. 225). Frank Tannenbaum, der „Urvater“ (S. 225) des Labeling Approachs, beschreibt das zentrale Element der Theorie: die Zuschreibung von Abweichung mittels Umweltreaktionen auf ein bestimmtes Verhalten (S. 226). So sah er abweichendes Verhalten nicht im Individuum psychologisch oder physiologisch angelegt, sondern vielmehr durch die Reaktionen der Umwelt provoziert (zit. nach Lamnek, 2018, S. 225). Der oder die ‚Abweichende‘ entwickle sich als solche oder solcher dadurch, dass diejenigen Eigenschaften oder Verhaltensweisen betont, klassifiziert, abgesondert und damit hervorgerufen werden, welche man ihm oder ihr zuschreibt (Ahrens, 1975, S. 9). „Erst die Reaktionen der sozialen Umwelt machen also dem Abweicher seinen besonderen (abweichenden) Status bewusst und provozieren damit gerade diejenigen Verhaltensweisen, derer man ihn beschuldigt.“ (Lamnek, 2018, S. 226)

Lamnek (2018) differenziert die Grundlage des Labeling Approachs in den folgenden Thesen aus:

- a) Der Labeling Approach beschäftigt sich zuallererst mit der „Normsetzung“ (S. 224). Diejenigen, die über Macht verfügen, können jene Normen setzen, welche in ihren Interessen liegen. Die Normsetzung ist also sozial determiniert und machtdurchzogen und bildet die erste Voraussetzung dafür, dass überhaupt ein Verhalten als abweichend bezeichnet werden kann (S. 224).
- b) Durch die Normsetzung allein wird eine Handlung jedoch noch nicht zu abweichendem Verhalten. Erst wenn die gesetzten Normen durch eine bestimmte Instanz angewendet werden, wird Verhalten konform oder abweichend (S. 224).
- c) Da sowohl die Normsetzung wie auch die Normanwendung durch das sozialstrukturelle Machtgefälle determiniert sind, ist auch gesellschaftlich definiert, wer Abweichung definieren kann. Die Definition von Normen und die Zuschreibung von Abweichung können selektiv durch bestimmte Instanzen vorgenommen werden (S. 224).
- d) Mit ihrer selektiven Normanwendung bringen die Instanzen wirksame Zuschreibungsprozesse in Gang (S. 224). Sind die Zuschreibungen nicht mehr lediglich auf das Verhalten einer Person, sondern auf die Person selbst, also auf ihre Persönlichkeit gerichtet und wird sie als abweichende Person etikettiert, dann werden „ihre konformen Handlungsmöglichkeiten so sehr eingegrenzt, dass ihr nur mehr der Zugriff auf illegitime Mittel bleibt, sie also in eine abweichende Karriere gedrängt wird“ (S. 244).
- e) Die Person bildet aus der Zuschreibung, abweichend zu sein, eine Selbstdefinition als abweichende Person. Die zugeschriebene Rolle wird somit in die eigene Identität übernommen. Handlungen und Persönlichkeit stimmen dadurch wieder überein - „der Kreis schliesst sich“ (S. 244).

3.4 Vertiefung des Labeling Approachs nach Lemert

Der Labeling Approach geht grundsätzlich also davon aus, dass abweichendes Verhalten durch Umweltreaktionen hervorgerufen wird. Edwin McCarthy Lemert führte basierend auf dieser Annahme die Unterscheidung von *primärer* und *sekundärer* Devianz ein.

Primäre Devianz

Die primäre Devianz kann gemäss Lemert (1975) auf unterschiedliche „soziale, kulturelle, psychologische und psychologische [sic]“ (S. 433) Ursachen zurückgeführt werden. Dazu gehören beispielsweise körperliche Merkmale oder Beeinträchtigungen (S. 434). Diese Ursachen können zwar gesellschaftlich unerwünscht sein, solange sie jedoch als „normale Andersartigkeit“ (S. 433) betrachtet werden, wirken sie sich nur sehr beschränkt auf den Status und das Selbstkonzept eines Menschen aus. Möglich ist gemäss Lemert (1951) auch, dass die Abweichung eine „Funktion einer sozial akzeptierten Rolle“ (S. 75) darstellt und dadurch

von der Gesellschaft akzeptiert wird. Die Abweichung wird erst dann relevant, wenn sie die soziale Rolle und den sozialen Status eines Menschen bestimmt (S. 75). Interessant scheint, dass die Ursachen von primärer Devianz benannt werden können und in diesem Sinne keine konstruierten Zuschreibungen der Gesellschaft darstellen.

Beispiel

Denkbar ist, dass beispielsweise das Ausprobieren von Cannabis in frühen Jugendjahren gesellschaftlich zwar nicht erwünscht ist, dies jedoch als Jugendsünde angesehen wird. Da es zum Aufwachsen dazugehört, sich auszuprobieren und gegen Regeln zu verstossen, wird die Jugendsünde als „normale Andersartigkeit“ (Lemert, 1975, S. 433) betrachtet und nicht ernsthaft sanktioniert. So wird sich dieses abweichende Verhalten, bleibt es beim Ausprobieren, nicht ernsthaft auf Status und Selbstkonzept der oder des Jugendlichen auswirken.

Sekundäre Devianz

Gemäss Lemert (1975) bezieht sich sekundäre Devianz „auf eine besondere Klasse gesellschaftlich definierter Verhaltensweisen, mit denen Menschen auf die Probleme reagieren, die durch die gesellschaftliche Reaktion auf ihr abweichendes Verhalten geschaffen werden“ (S. 433). Sekundäre Devianz bezeichnet also abweichendes Verhalten, welches als Folge von Zuschreibungen und Reaktionen der Gesellschaft bei Personen auftritt, die primäre Devianz aufweisen. Die untenstehende Abbildung zeigt diesen Prozess schematisch auf.

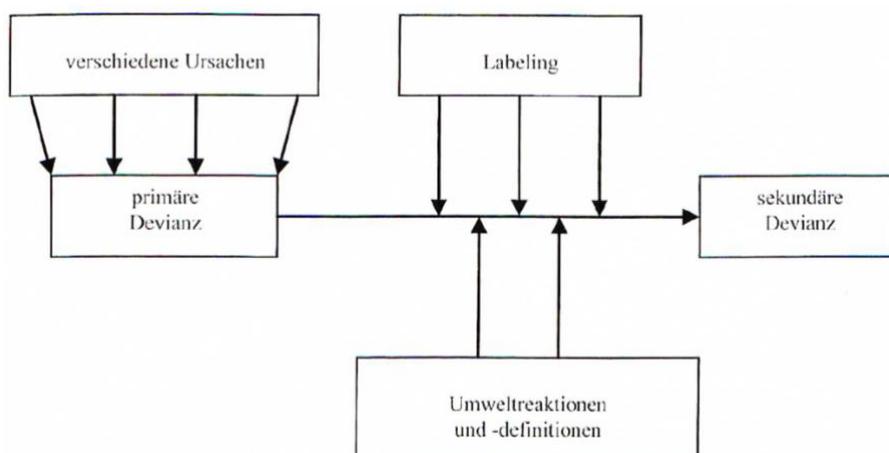


Abbildung 1. Schematische Darstellung der sekundären Devianz. Nach Lamnek, 2018, S. 229.

Lemert (1951, S. 76) beschreibt, dass je häufiger und stärker die gesellschaftlichen Reaktionen auf die primäre Devianz ausfallen, desto stärker verinnerlicht und identifiziert sich das als abweichend bezeichnete Individuum mit den Zuschreibungen. Beginn dieses Identifikationsprozesses sind die Folgen der Zuschreibungen an das Individuum. Diese sorgen

dafür, dass sich der Handlungsspielraum des als abweichend bezeichneten Individuums verkleinert (Lamnek, 2018, S. 228). Lemert (1975) schreibt in diesem Zusammenhang von einer Veränderung der „symbolischen und interaktionistischen Umgebung“ (S. 434) und zeigt auf, dass die Zuschreibungen zum „Mittelpunkt des Lebens“ (S. 434) werden. Werden Menschen laufend mit Zuschreibungen, Reaktionen und Erwartungen der Gesellschaft auf ihre primäre Devianz konfrontiert, prägt dies ihre Sozialisation also grundlegend und sie scheinen sich den Etikettierungen nicht entziehen zu können (S. 434). Wie Lamnek (2018) schreibt, ist die Auseinandersetzung mit den Zuschreibungen tatsächlich unausweichlich und das Individuum ist „gezwungen“ (S. 228), sich mit der Etikettierung zu beschäftigen. Die stetige Auseinandersetzung damit, als abweichend wahrgenommen und behandelt zu werden, führt schliesslich dazu, dass das Individuum bereits bestehende Rollen und Vorstellungen über sein Selbstkonzept reorganisiert (Lemert, 1951, S. 76). Die Person legt sich Rollen und ein Selbstkonzept an, welche besser zu den Erwartungen der Gesellschaft passen. Lamnek (2018) erklärt: „Die ursprünglich nicht deviante Selbstdefinition wird im Rahmen der Bemühungen um Konsistenz der Fremddefinition angeglichen.“ (S. 228) So kommt es, dass das als abweichend bezeichnete Individuum die Zuschreibungen der Gesellschaft verinnerlicht, sich damit identifiziert und sich dadurch selbst als abweichend wahrnimmt, um wieder in Übereinstimmung mit der Fremddefinition zu gelangen. Lemert (1975) stellt fest: „Gemessen an seinen Handlungen ist der sekundäre Abweichende ein Mensch, dessen Leben und Identität von der Realität der Devianz bestimmt sind.“ (S. 434)

Beispiel

Angenommen, das Ausprobieren von Cannabis in Jugendjahren (primäre Devianz) entwickelt sich zu einem regelmässigen Konsum, scheint dies in der Gesellschaft weder wünschenswert noch weiterhin als Jugendsünde akzeptiert zu werden. Der regelmässige Konsum von Suchtmitteln wird grösstenteils negativ bewertet und ist mit Zuschreibungen verbunden. So könnte die Person als ‚Kiffer‘ oder ‚faul‘ bezeichnet und damit vermutet werden, sie habe das Leben nicht im Griff (Zuschreibung, Stereotypisierung, Stigmatisierung). Die Person wird beginnen, sich mit diesen Zuschreibungen auseinanderzusetzen und wird, so die Theorie von Lemert, sich mit der Zuschreibung als ‚Kiffer‘ oder ‚faul‘ identifizieren. Infolgedessen wird sie sich entsprechend den Zuschreibungen verhalten, also beispielsweise in der Schule oder bei der Arbeit immer fauler werden und weniger Leistung erbringen (sekundäre Devianz).

Wie bereits erwähnt wurde, ist es für eine vollständige Identifikation als abweichende Person erforderlich, dass Zuschreibungen der Gesellschaft in Folge von primärer Devianz mehrfach vorkommen und vom als abweichend bezeichneten Menschen erlebt werden. Lemert (1951, S. 76) stellt fest, dass ein einziges deviantes Verhalten kaum gesellschaftliche Reaktionen

hervorrufen wird und deshalb auch keine sekundäre Devianz entstehen kann. Zudem bezweifelt er, dass ein einziges Erlebnis von Etikettierung aufgrund der primären Devianz dazu führt, dass sich ein Mensch als abweichend bezeichnet (S. 76). Vielmehr sei es eine wechselseitige Beziehung zwischen dem abweichenden Verhalten eines Menschen und den gesellschaftlichen Reaktionen darauf sowie einer Kumulation gesellschaftlicher Reaktionen mit damit einhergehender Steigerung von abweichendem Verhalten. Dies führe dazu, dass sich das als abweichend bezeichnete Individuum mit der Abweichung identifiziert und von der Gesellschaft ausgeschlossen wird (S. 76).

Kontrollagenturen

Nicht nur die Häufigkeit, sondern auch die Art und Stärke, wie auf abweichendes Verhalten reagiert wird, ist ausschlaggebend für die Identifikation als abweichende Person (Lemert, 1951, S. 23). Entscheidend dafür sind die Kräfte der sozialen Kontrolle: Das sind zum einen „zwischenmenschliche Kontakte“ (S. 440), also Zurückweisungen und Erniedrigungen von als abweichend bezeichneten Menschen durch andere Personen (Lemert, 1975, S. 440). Zum andern sind es „formelle Handlungen“ (S. 440), welche meistens durch „Wohlfahrts-, Bestrafungs- oder Besserungsinstanzen“ (S. 440) ausgeübt werden, um das Individuum unter Kontrolle zu stellen. Letztere bezeichnet Lemert (1951, S. 56) als *Kontrollagenturen*. Diese Kräfte der sozialen Kontrolle ermöglichen es privaten und öffentlichen Instanzen, zu definieren, wer oder was abweichend ist, wie abweichende Menschen bestraft werden oder inwiefern ihnen der Zugang zu bestimmten Leistungen gewährt oder verwehrt wird (Lemert, 1975, S. 435). Schliesslich entscheiden sie auch darüber, inwiefern die als abweichend geltenden Menschen an der Gesellschaft teilhaben können oder ob sie in gesonderte Exklusionsbereiche ausgeschlossen werden (S. 435).

Besondere Bedeutung haben dabei die formalen Reaktionen von Kontrollagenturen auf abweichendes Verhalten (Lamnek, 2018, S. 227). Die Kontrollagenturen vertreten Normalitätsvorstellungen der Gesellschaft und sind in Form von beispielsweise Wohlfahrtsinstanzen gesetzlich dazu legitimiert, Kontrolle auszuüben und abweichendes Verhalten zu sanktionieren. Wollen als abweichend bezeichnete Menschen Teil der Gesellschaft bleiben oder sich wieder in sie eingliedern, haben sie sich mit diesen Normalitätsvorstellungen zu identifizieren und sich entsprechend anzupassen (Lemert, 1975, S. 440-441). Allerdings scheint dabei nicht nur die Änderung des ursprünglich devianten Verhaltens erforderlich zu sein, sondern darüber hinaus eine weit grössere, zusätzliche Anpassungsleistung verlangt zu werden. Denn um zu beweisen, dass sich als abweichend bezeichnete Menschen an die Normalitätsvorstellungen angepasst haben, müssen sie nach Regeln der Kontrollagenturen leben, „die oft extrem streng sind und diejenigen, nach denen

die Normalen leben, ersetzen oder ergänzen“ (S. 441). Dadurch wird erschwert, sich überhaupt angepasst verhalten zu können und es erfordert allenfalls auch eine grundlegende Änderung des Selbst. Kann eine solche Anpassungsleistung an die Normalitätsvorstellungen nicht oder nur teilweise erbracht werden, wird dies von den Kontrollagenturen als Bestätigung dafür gesehen, dass das Individuum tatsächlich abweichend *ist* oder sich gar nicht anpassen *will* (S. 441). Folglich bleibt auch das auf der Abweichung basierende Stigma erhalten oder wird unter Umständen sogar noch verstärkt. Wie Lemert (1951, S. 68) feststellt, bewirken Kontrollagenturen dadurch nicht nur eine Vermeidung von Devianz, sondern erschaffen diese auch. Denn durch schier unerreichbare Erwartungen an das als abweichend bezeichnete Individuum wird provoziert, dass es sich in irgendeiner Form abweichend verhalten muss.

Soziale Arbeit als Kontrollagentur

Es stellt sich die Frage, ob Soziale Arbeit eine solche Kontrollagentur ist. Gemäss dem Tripelmandat nach Staub-Bernasconi (2018, S. 113) ist Soziale Arbeit den Klientinnen und Klienten, der Gesellschaft sowie der eigenen Profession verpflichtet. Sie nimmt also die Interessen und Anliegen aller drei beteiligten Akteure auf und muss diese vertreten. Dies kann dazu führen, dass sich Soziale Arbeit in einem Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle bewegt, weil sie einerseits Hilfen für Klientinnen und Klienten bereitstellt und diese Hilfen andererseits nur unter bestimmten Bedingungen gewähren kann. Oftmals gehen diese Bedingungen mit Vorstellungen der Gesellschaft einher, wer zur Inanspruchnahme bestimmter Hilfen berechtigt ist und was dafür erfüllt werden muss. In diesem Sinne fungiert Soziale Arbeit also durchaus als Kontrollagentur. Diese Vorgänge können sich in den verschiedenen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit sehr unterschiedlich ausgestalten. Im Arbeitsfeld der Sozialhilfe manifestiert sich die Tätigkeit der Sozialen Arbeit als Kontrollagentur aber besonders stark. So ist der Bezug von Sozialhilfe an bestimmte Bedingungen wie beispielsweise die Mitwirkungspflicht geknüpft (vgl. Art. 28 des Sozialhilfegesetzes des Kantons Bern vom 11. Juni 2001 (SHG; BSG 860.1)). Zur Mitwirkungspflicht gehört unter anderem, Termine wahrzunehmen und dazu pünktlich zu erscheinen. Wird diese Pflicht nicht eingehalten, drohen Sanktionen. Weil Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit aufgrund der Abhängigkeit sehr wahrscheinlich als abweichend wahrgenommen werden, müssen sie als Zeichen der Anpassungsfähigkeit *besonders gut* mitwirken und so beweisen, sich auch wirklich anpassen zu können oder zu wollen. So ist es beispielsweise für als nicht abweichend bezeichnete Menschen gut möglich, einen Termin aufgrund von Krankheit kurzfristig abzusagen. Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit müssen jedoch damit rechnen, dass diese kurzfristige Absage als Ausrede oder Zeichen des Widerstands gegen die Mitwirkungspflicht und somit gegen die Regeln der Sozialhilfe gedeutet wird. Dies würde wiederum als Bestätigung dafür gewertet werden, dass Klientinnen und Klienten mit

substanzgebundener Abhängigkeit tatsächlich abweichend sind. Das Stigma des ‚unzuverlässigen Junkies‘ würde aufrechterhalten oder sogar bestätigt werden.

3.5 Zwischenfazit

In diesem Kapitel konnte anhand des Labeling Approachs aufgezeigt werden, dass Menschen, die den Normalitätsvorstellungen der Gesellschaft nicht entsprechen, negativ konnotierten Zuschreibungen ausgesetzt sind, die zu abweichendem Verhalten führen. Der Labeling Approach hebt also deutlich hervor, dass abweichendes Verhalten gesellschaftlich hergestellt ist. Im Gegensatz dazu steht die Stigma-Theorie Goffmans, welche zwar die Folgen der Abweichung, nämlich die Stigmatisierung und den damit verbundenen Ausschluss des Individuums genauer betrachtet, die Abweichung an sich jedoch als gegeben und nicht zugeschrieben anzusehen scheint. Die Etikettierungsprozesse im Rahmen des Labeling Approachs führen aufgrund der negativen Zuschreibungen zum Ausschluss der als abweichend bezeichneten Menschen aus der Gesellschaft und dazu, dass sich die Betroffenen selbst mit der Abweichung identifizieren. Besondere Bedeutung bei der Ausbildung einer abweichenden Identität und bei der Herstellung abweichenden Verhaltens haben Kontrollagenturen. Soziale Arbeit kann zu diesen Kontrollagenturen dazugezählt werden, weil ihre Hilfeleistungen meistens bedingen, dass sich Klientinnen und Klienten an gesellschaftliche Normalitätsvorstellungen anpassen.

Bisher wurde insgesamt aufgezeigt, dass Professionelle der Sozialen Arbeit in verschiedenen Arbeitsfeldern mit Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit in Kontakt sind und sie dabei ein Suchtverständnis zu vertreten scheinen, welches Stigmatisierung begünstigt. Die Theorie des Labeling Approachs zeigt auf, wie es zu dieser Stigmatisierung kommen kann und was die Folgen davon sind. Es bleibt jedoch noch zu klären, inwiefern genau Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit nicht in die gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen passen. Dies wird im folgenden Kapitel vier genauer aufgezeigt.

4 Stigmatisierung von Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit

Nachdem Stigmatisierungsprozesse nun im Allgemeinen beleuchtet wurden, folgt im Kapitel vier eine spezifischere Betrachtung der Stigmatisierungsprozesse bei Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit. In diesem Kapitel wird dargelegt, woher das Stigma ‚Sucht‘ überhaupt stammt und von welchen weiteren Stigmata Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit genau betroffen sein können. Der Begriff der *Selbststigmatisierung* wird eingeführt und es wird aufgezeigt, wie diese in Kombination mit der Fremdstigmatisierung häufig zu einem Teufelskreis für die Betroffenen werden kann. Im letzten Teil des Kapitels wird thematisiert, welche Auswirkungen die erlebte Stigmatisierung

und Diskriminierung auf diverse Persönlichkeits- und Lebensbereiche der Betroffenen haben kann.

4.1 Woher stammt das Stigma ‚Sucht‘?

Wird die Hypothese aufgestellt, dass auch die Soziale Arbeit das Stigma ‚Sucht‘ reproduziert, muss zuerst erörtert werden, woher solche Ansichten überhaupt herrühren. Um ein tieferes Verständnis für die Gründe und möglichen Funktionen dieses Stigmas zu erreichen, wird im Folgenden ausgeführt, wie sich das Stigma historisch entwickelt und sich die Haltung gegenüber Suchtmittelabhängigkeiten im Laufe der Zeit gewandelt hat.

Im Mittelalter stand nicht das Individuum, sondern die Gemeinschaft als Ganzes im Zentrum und Werte wie Selbstreflexion waren deshalb nachrangig (Schabdach, 2009, S. 33). Alkohol war zu dieser Zeit ein elementares Nahrungs- und Genussmittel und so war auch der Alkoholrausch selbstverständlich (S. 35). Im 15. und 16. Jahrhundert veränderte sich die Einstellung zum Alkohol und zum Rausch aufgrund von technischen, religiösen und politischen Entwicklungen. Menschen entwickelten neue Verhaltensweisen, wozu gemäss Schabdach „Affektbeherrschung, Hygiene- und generell Schamverhalten“ (S. 38) gehörten. Selbstbestimmung und Selbstkontrolle gewannen an Bedeutung und Verhaltensweisen, welche zu einem Kontrollverlust führten, beziehungsweise einen Mangel an Selbstkontrolle implizierten, wurden problematisiert (S. 39-40). Dazu gehörte der exzessive Alkoholkonsum. Menschen, „die noch ihren Leidenschaften und dem Müssiggang verfallen waren“ (S. 51) wurden in sogenannte Zucht- und Arbeitshäuser eingewiesen. Dort sollte einerseits ihre Arbeitskraft genutzt werden, andererseits sollten sie sich an die „neuen Verhaltensanforderungen“ (S. 51) gewöhnen.

Mit der Aufklärung veränderten sich die gängigen Normen und Werte erneut (Schabdach, 2009, S. 63-64). Durch den Einsatz von Vernunft sollten Menschen zur richtigen Lebensführung finden. Individuelle Leistung und Selbstverantwortung wurden zu wichtigen Werten und das eigene Schicksal wurde nicht länger als gottgegeben, sondern als selbstverschuldet angesehen (S. 64). Im 19. Jahrhundert wurden die Phänomene der Aufklärung, wie beispielsweise die Entwicklung einer Klassengesellschaft oder die Selbstverantwortung für Krankheit, Armut und Unfälle, immer mehr kritisiert (S. 66-67). Die Idee der Selbstverschuldung wurde durch „eine Vorstellung von gesellschaftlicher Verantwortung“ (S. 68) abgelöst und Sozialversicherungen etablierten sich. Das Gefühl von gegenseitiger Verantwortung der Gesellschaftsmitglieder untereinander führte jedoch auch zu einer Sensibilität dafür, dass das Gegenüber eine Gefahr für die eigene Person werden könnte (S. 72). Das Individuum wurde deshalb dazu angehalten, sich so zu verhalten, wie es die Allgemeinheit für richtig befand, um ein möglichst geringes Risiko für sie darzustellen (S. 72).

Aus den obenstehenden Ausführungen kann gut nachvollzogen werden, wie sich die gesellschaftlichen Werte und Normen im Laufe der Zeit verändert haben. Dies bestätigt die Feststellung von Götz (2004, S. 168), dass sich Normalität und Abweichung mit der Zeit verändern. Galten Alkoholkonsum und Rausch lange als unbedenklich, wurden diese aufgrund neuer Werte und Normen auf einmal verpönt, bestraft und stigmatisiert.

Das Verständnis von Abhängigkeit veränderte sich im Laufe der Zeit auch im wissenschaftlichen Diskurs (Schabdach, 2009, S. 55). Mit der Aufklärung wurde exzessiver Alkoholkonsum im medizinischen Diskurs nicht länger als moralische Verfehlung betrachtet, sondern als krankhafter Zwang, der behandelt und durch Abstinenz geheilt werden musste. Folge davon war, dass Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit weiterhin ausgegrenzt und stigmatisiert wurden (S. 55). Es etablierte sich die Annahme, dass die Ursache für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit in der Physiologie und Psyche der Individuen liege (S. 82-85). Folglich bestand die Angst, Menschen mit einer Abhängigkeit könnten diese an ihre Nachkommen vererben, wodurch „die Entartung der ganzen Gesellschaft“ (S. 85) drohe. Die Stigmatisierung von Menschen mit einer Abhängigkeit hielt an, weil diese eine ‚Gefahr für die Normalität der Anderen‘ darstellten. Schon vor der Zeit des Nationalsozialismus bestand die Forderung, Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit zu sterilisieren und so die Ausbreitung der Erkrankung einzudämmen (S. 86). Während der NS-Zeit wurde diese Forderung in die Tat umgesetzt und Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit wurden Opfer von Sterilisation und des Euthanasieprogrammes oder wurden in Konzentrationslager eingewiesen. Nach dem zweiten Weltkrieg wurden die biologischen Theorien über Abhängigkeit immer mehr kritisiert (S. 87). Nach der Drogenwelle in den 1960er-Jahren etablierte sich der Erklärungsansatz, Menschen mit einer Abhängigkeit bräuchten den Konsum von Drogen oder Alkohol zur Bewältigung einer „tieferliegenden Störung und als Mittel vor der Flucht von unangenehmen Realitäten“ (S. 88). Dieser Erklärungsansatz ist es, der den Suchtdiskurs bis heute wesentlich prägt (S. 88).

In den bisherigen Ausführungen lag der Fokus auf der Alkoholabhängigkeit. Dies deshalb, weil Drogen wie Heroin und Kokain bis zum 20. Jahrhundert kaum Bedeutung beigemessen wurde (Schabdach, 2009, S. 115). Morphin, Kokain und Heroin wurden zum Ende des 19. Jahrhunderts durch die Pharmaindustrie entdeckt und als Schmerz- und Betäubungsmittel eingesetzt (S. 115). Neben der medizinischen Verwendung wurden Drogen in gehobenen Gesellschaftsschichten als „Abgrenzungssymbol gegenüber der alkoholtrinkenden Mehrheit“ (S. 116) konsumiert. Drogenkonsum war daher weder verpönt, noch wurde er ernsthaft als gesundheitsschädigend angesehen (S. 117). Als es in den 1950er- und 1960er-Jahren dann zu einer starken Zunahme des regelmässigen Heroinkonsums und einer damit verbundenen

Zunahme an Kriminalität und sozialen Problemen kam, reagierte Europa mit Prohibition darauf und Opiumverbote traten in Kraft (Passie & Dierssen, 2011, S. 27). Schabdach (2009, S. 119-120) betont, dass sich dies nur vor dem Hintergrund der Studenten- und Hippiebewegung verstehen lässt, da der Konsum von Drogen mit einer gesellschaftskritischen Haltung verbunden wurde, woran bürgerliche Gesellschaftsschichten Anstoss nahmen. Drogen waren „Mittel der Rebellion“ (S. 124) für die Anliegen dieser Bewegungen, welche bestehende Normen und Werte der Gesellschaft stark hinterfragten. Dies führte zu Angst und Verunsicherung beim Rest der Gesellschaft. Gemäss Schabdach waren es dann mitunter auch die Medien und die Wissenschaft, die zur Verschlechterung der öffentlichen Meinung über Drogenkonsumierende beitrugen (S. 125). Drogenkonsum wurde moralisch verurteilt und das Bild einer unsittlichen und minderwertigen „Suchtpersönlichkeit“ (S. 121) verbreitete sich. Als sich dann in den 1980er- und 1990er-Jahren offene Drogenszenen bildeten (z.B. der Platzspitz in Zürich) und HIV-Infektionen zunahm, wurde realisiert, dass die Prohibition Abhängigkeit nicht eliminiert, sondern Elend und Kriminalität nur noch verschlimmert (Passie & Dierssen, 2011, S. 27-29). Mit der Frankfurter Resolution sollte dann eine neue Richtung der Drogenpolitik eingeschlagen werden, in der soziale und gesundheitliche Hilfe maximiert und repressive Massnahmen minimiert werden sollten (S. 29-30). Dabei nahm die Schweiz mitunter eine Vorreiterrolle ein und begann 1994 mit ersten Heroingestützten Behandlungen (S. 31).

Vor allem im 20. Jahrhundert scheint Drogenabhängigkeit als offenkundiger Affront gegen bestehende Werte und Normen verstanden zu werden. Weil Drogen zu einem Zeichen von Widerstand und Kritik an der Gesellschaft wurden, reagierten viele Mitglieder der Gesellschaft darauf mit Ausgrenzung, Kriminalisierung und Stigmatisierung von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit.

4.2 Welche Stigmata tragen Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit?

Die Sozialarbeiterin und Sozialwissenschaftlerin Christa Berger (2017) erklärt, dass sich die aus früheren Jahrhunderten entstammenden Vorstellungen von ‚Sucht‘ als „Krankheit des Willens“ (S. 337) und als individuelle Charakterschwäche bis heute hartnäckig in der Gesellschaft festsetzen. Menschen mit Suchtmittelabhängigkeiten gelten auch heute noch als Versager, als unberechenbar und schwach, mit wenig Selbstkontrolle oder Selbstachtung. Diese Beurteilungen wirken stark moralisierend und sind despektierlich gegen das Individuum gerichtet (S. 337). Damit bestätigt sich die Feststellung von Laging (2018, S. 17), dass sich viele Mitglieder der Gesellschaft am moralisch-volitionalen Suchtverständnis orientieren. Das erste Stigma bildet daher die ‚Sucht‘, und zwar als Zeichen von Willensschwäche, von mangelnder Selbstkontrolle und von Versagen (Gölz, 2004, S. 168).

Da gegenwärtig in vielen Gebieten, so auch in der Schweiz, beruflicher Erfolg und die Affektkontrolle als höchste Persönlichkeitswerte gelten und Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit diese gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen oftmals nicht zu erfüllen scheinen, sind sie meist Trägerinnen und Träger mehrerer Stigmata (Gözl, 2004, S. 168). Verglichen mit anderen Suchtmittelerkrankungen (Internetabhängigkeit, Spielsucht) tragen Menschen, welche illegale Substanzen konsumieren, nämlich zusätzlich das Stigma der Kriminalität (Konsum illegaler Drogen) (S. 168). Tatsächlich werden aber auch Menschen als kriminell etikettiert, welche substituiert sind und damit legale Medikamente in Apotheken oder Substitutionspraxen beziehen. Dies bestätigt den Fremdgruppenhomogenitätseffekt nach Aydin und Fritsch (2015, S. 248), da die Eigenschaft ‚kriminell‘ allen Personen zugeschrieben wird, welche der ‚Gruppe der Abhängigen‘ zugeordnet werden. Eine Heterogenität innerhalb dieser Gruppe, also die Unterscheidung zwischen Abhängigen, welche illegalisierte Substanzen konsumieren und Abhängigen, welche legale Medikamente zur Substitution einnehmen, wird negiert.

Wenn bestimmte Substanzen verboten werden, müssen Menschen, die von einer dieser Substanzen abhängig sind, diese auf illegalem Weg beschaffen. Dies führt zu weiteren stigmatisierten Merkmalen wie Beschaffungskriminalität (Diebstähle, Dealerei), Prostitution und evtl. dadurch verursachte Geschlechtskrankheiten, Arbeitslosigkeit und häufig darauffolgende Obdachlosigkeit, Verwahrlosung und Begleiterkrankungen (Gözl, 2004, S. 168).

Die traditionell verankerten Tugenden von Arbeit, Fleiss und wirtschaftlichem Erfolg können dadurch kaum mehr erfüllt werden. „Ohne Rücksicht auf Ursache und Wirkung wird dem Drogenabhängigen angelastet, was ihm die Gesellschaft zuvor angetan hat.“ (S. 168) Dazu stellte der Labeling-Theoretiker Edwin McCarthy Lemert bereits 1975 fest: „Der Gedanke, daß der Versuch der Gesellschaft, die sozialen Probleme der Devianz durch staatliche Maßnahmen zu entschärfen, diese Probleme verstärken und perpetuieren könnte, ist keineswegs neu.“ (Lemert, 1975, S. 449) Als Beispiele von devianten Verhaltensweisen, welche durch Gesetze unterdrückt werden sollen, nennt Lemert die Prostitution, den Konsum illegaler Drogen und weiteres Suchtverhalten wie das Glücksspiel. Aufgrund der Illegalisierung entsteht eine unternehmerische Subkultur (S. 449-450). Die Nutzerinnen und Nutzer der verbotenen Waren und Dienstleistungen müssen folglich an der „kriminellen Subkultur“ (S. 450) teilnehmen, um ihre Nachfrage zu decken. Gesetze und repressive Massnahmen entscheiden also, „wie man an Drogen herankommt und wie sie gebraucht werden, welche Eigenschaften die süchtige Bevölkerung hat, wie stark ihr Kontakt zu Kriminellen und anderen Abweichenden ist, wie weit sie in andere Formen von Devianz verwickelt ist und welche besondere Art von Selbstbewußtsein sie hat.“ (S. 450)

4.3 Fremd- und Selbststigmatisierungsprozesse im Teufelskreis

Die Sozialpsychiater Gaebel, Möller und Rössler (2005, S. 1) erklären die Rolle von Merkmal, Zuschreibung, Stereotypen, Vorurteil und Diskriminierung innerhalb des Stigmatisierungsprozesses. Bezogen auf Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit kann ein Stigmatisierungsprozess wie folgt ablaufen: eine Person wird aufgrund eines Merkmals als ‚anders‘ wahrgenommen (z.B. Injektionsnarben), zu diesem Merkmal werden negativ bewertete Merkmale hinzugefügt (z.B. aggressiv, unberechenbar, schwach). Die Person wird anschliessend auf den Stereotyp ‚Junkie‘ reduziert und von der Gruppe der ‚Normalen‘, ‚Guten‘ oder ‚Gesunden‘ abgegrenzt. Folglich werden vor allem *stereotypkonsistente* Informationen wahrgenommen (z.B. eine Person mit substanzgebundener Abhängigkeit kickt wütend eine leere Dose auf der Strasse) und als Bestätigung (z.B. für Aggressivität) abgespeichert. *Stereotypinkonsistente* Informationen werden nicht berücksichtigt (z.B. eine Person mit substanzgebundener Abhängigkeit spricht sehr freundlich und reflektiert). Es kommt zu negativen Emotionen gegenüber der ganzen Personengruppe (z.B.: „Alle Junkies sind bössartig und gefährlich, ich mag sie nicht und fühle mich von ihnen bedroht“). Schliesslich manifestiert sich der Prozess in Abweisung und Diskriminierung gegenüber allen Personen, welche als ‚Junkies‘ klassifiziert werden (z.B. verachtende Blicke, Beschimpfungen, Ausschluss von Berufen und Aberkennung von Grundrechten) (S. 1).

Kommt dieser Prozess der Fremdstigmatisierung mit jener der Selbststigmatisierung zusammen, führt dies häufig zu einem Teufelskreis für die Betroffenen (Bottlender & Möller, 2005, S. 15). *Selbststigmatisierung* bedeutet, dass stigmatisierte Personen mit der Zeit beginnen, selbst an die ihnen zugeschriebenen negativen Bewertungen und Einstellungen zu glauben und diese zu internalisieren (Aydin & Fritsch, 2015, S. 245).

Die Professorin für Soziale Arbeit Regina Kostrzewa führt diesen Teufelskreis bezogen auf das Stigma ‚Sucht‘ mithilfe der untenstehenden Abbildung zwei genauer aus:



Abbildung 2. Teufelskreis. Nach Kostrzewa, 2018, S. 2.

Die Stigmatisierung beginnt bereits mit der *Diagnose* einer substanzgebundenen Abhängigkeit (Kostrzewa, 2018, S. 1). Durch die Diagnose erfolgt anschliessend eine Einordnung in die Personenkategorie ‚Junkie‘ und damit einhergehend die Abgrenzung von anderen Personen. Um dies zu verhindern und die Vulnerabilität einzudämmen, versuchen Betroffene häufig, ihre Abhängigkeit zu verbergen. Dies führt nach und nach zu *sozialem Rückzug*. Die Abhängigkeit und der soziale Rückzug werden von der Umwelt als Abweichung bewertet. Weitere, negativ bewertete Eigenschaften werden der Person zugeschrieben, Stereotypen und Vorurteile werden entwickelt und die Person wird gesellschaftlich *ausgegrenzt*. Mit der Zeit schreibt die stigmatisierte Person sich die zugeschriebenen, negativen Eigenschaften selbst zu und es kommt zur Selbststigmatisierung und *Verhaltensannahme* (S. 1). Das bedeutet, dass die stigmatisierte Person im Rahmen eines Sozialisationsprozesses beginnt, sich an die Erwartungen der Gesellschaft anzupassen und ihr Verhalten und ihr Selbstkonzept entsprechend neu organisiert. Mit zunehmender *Diskriminierung* seitens der Gesellschaft *verfestigt* die stigmatisierte Person ihre kritisierten Verhaltensweisen wie das Suchtverhalten und den sozialen Rückzug. Durch die Diskriminierung wird die Person nämlich nicht mehr als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft anerkannt, was zu einem gestörten Grundvertrauen in soziale Interaktionen führen kann (S. 2). Aydin und Fritsch verweisen auf Studien von Corrigan et al. von 2010 sowie von Kendra et al. von 2014, welche einen geringen Selbstwert sowie Vermeidungs- und Rückzugstendenzen als typische Folgen von Fremd- und Selbststigmatisierung nachweisen konnten (S. 250-251). Diese neu angenommenen Verhaltensweisen *bestätigen* schliesslich die ursprünglich gestellte Diagnose sowie die attribuierten Eigenschaften (Kostrzewa, 2018, S. 1). Es fällt auf, dass der Teufelskreis von Selbst- und Fremdstigmatisierung grosse Ähnlichkeit mit dem Labeling Approach aufweist und sich der Labeling Approach, auch wenn er von Kostrzewa nicht erwähnt wird, bestätigt.

4.4 Erkennen und Auswirkungen von Stigmatisierung und Diskriminierung

Erschwertes Erkennen von Stigmatisierung und Diskriminierung

Wie bereits erwähnt, geht Stigmatisierung meist mit Diskriminierung einher. *Soziale Diskriminierung* wird definiert als eine negative Behandlung, die von der betroffenen Person als illegitim wahrgenommen wird und aufgrund ihrer Gruppenzugehörigkeit erfolgt (Hansen, 2009, S. 158). Damit wird ersichtlich, dass Diskriminierung nicht immer so eindeutig identifizierbar ist, wie dies angenommen wird. Selten kann eine Behandlungsform nämlich eindeutig auf die stigmatisierte Gruppenzugehörigkeit der Person zurückgeführt werden (S. 158). Erhält eine substituierte Person eine Arbeitsstelle nicht, bleibt meist unklar, ob die Absage aufgrund von Vorurteilen gegenüber ihrer Gruppenzugehörigkeit passierte (z.B. „Das ist bestimmt ein Junkie und weil Junkies alle unzuverlässig sind, kann man den in der Firma nicht gebrauchen.“) oder aufgrund von fehlenden Qualifikationen für das spezifische Stellenprofil. Offenkundige Diskriminierung wird in vielen Gesellschaften nicht mehr akzeptiert.

Häufiger sind daher subtile oder unbewusste Formen von Diskriminierung zu beobachten - auch von Personen, welche von Gleichwertigkeit und Gleichberechtigung überzeugt scheinen. Diese Formen erschweren es zusätzlich, Diskriminierung überhaupt als solche zu erkennen (S. 159). Studien von McCoy und Major von 2003 zeigten, dass Mitglieder von stigmatisierten Gruppen häufiger Situationen erleben, in denen sie sich nicht sicher sind, ob sie gerade diskriminiert werden, als Situationen, in denen dies für sie eindeutig ist (zit. nach Hansen, 2009, S. 161).

Auswirkungen auf die Identität

Gölz (2004, S. 170) nennt verschiedene Formen von Identitätsübernahmen und Verhalten, welche durch Stigmatisierung bei Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit ausgelöst werden können. Der Spezialist für Suchtmedizin bestätigt, dass viele Menschen, die stigmatisiert werden, im Laufe der Zeit die zugeschriebene Identität übernehmen. Weiter gebe es aber Betroffene, die sich selbst die Identität ‚des Normalen‘ zuschreiben. Damit entstehe eine Diskrepanz zwischen der Identitätsvorstellung der Person selbst (als ‚normal‘) und derjenigen ihrer Umwelt über sie (als ‚abweichend‘), was zu energiezehrenden und verunsichernden Vermittlungsprozessen nach innen und nach aussen führen kann (S. 170). Manche Betroffene versuchen, sich ganz besonders so wie ‚die Normalen‘ zu verhalten, um ihr Stigma zu verbergen oder abzuschwächen. Um sich das Verbergen ihrer Stigmata zu ersparen, bezeichnen sich Betroffene manchmal selbst mit abfälligen Begriffen wie ‚Junkie‘ oder ‚Fixer‘ und stellen zugeschriebene Charakteristika und Merkmale absichtlich besonders ‚abscheulich‘ dar. Auch dies hat im Endeffekt oft die Eindämmung der eigenen Vulnerabilität zum Ziel. Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit können aus der Zuschreibung der Willensschwachheit oder der fehlenden Kontrolle auch Vorteile ziehen, wenn sie sich damit Verantwortung entziehen können (S. 170-171).

Hansen (2009, S. 160) ergänzt, dass Stigmatisierung und Diskriminierung sowohl eine schädigende wie auch eine entlastende Wirkung auf die betroffene Person haben kann, je nachdem, wie sie die Situation wahrnimmt und beurteilt. Wenn die substituierte Person ihre Jobabsage darauf zurückführen kann, dass Arbeitgebende Vorurteile gegenüber ihrer stigmatisierten Gruppenzugehörigkeit hegt, ist dies entlastender und schützender, als wenn sie dies auf ihre eigenen Kompetenzen zurückführen muss (S. 159). Eine Situation kann gemäss Hansen also verschieden interpretiert werden: personal (mangelnde Kompetenzen), external (Vorurteile von Arbeitgebenden) oder auch internal. Bei einer internalen Interpretation wird die negative Behandlung auf die Gruppenzugehörigkeit zurückgeführt, welche als Teil des Selbst, als eigene Identität angesehen wird. Die betroffene Person glaubt dann, die Stelle nicht

zu erhalten, weil sie ein ‚Junkie‘ ist. Besonders jetzt kann die Stigmatisierung und Diskriminierung sehr schädigende Wirkungen haben (S. 159-160).

Gölz (2004, S. 171) weist darauf hin, dass Betroffene selbst in einer späten Rehabilitationsphase mit Adaptionsschwierigkeiten bezüglich ihrer Identität konfrontiert werden, da wiederum neue Identitäten und kongruente Verhaltensweisen eingeübt werden müssen. Der grosse Konflikt bestehe darin, die Vergangenheit und ihre Spuren (z.B. Injektionsnarben) als Teil der Identität zu akzeptieren und die Zeit in der Drogenszene zeitgleich als inadäquaten Teil für die neue Identität abzulehnen. Häufig jedoch, insbesondere im Arbeitsmarkt, würden Personen mit (ehemaliger) substanzgebundener Abhängigkeit nie mehr aus der früheren Identität entlassen. Unter diesen Bedingungen eine geschlossene, kongruente Persönlichkeit zu entwickeln, sei deshalb meist kaum leistbar (S. 171).

Auswirkungen auf soziale Interaktionen

Gölz (2004, S. 171) berichtet ausserdem von Auswirkungen der Stigmatisierung auf den sozialen Umgang. Bewegen sich die Betroffenen in der Drogenszene, passen sich Jargon und soziale Umgangsformen häufig dieser abweichenden Gruppe an. Bewerben sich Betroffene aber für eine Wohnung oder Arbeitsstelle oder sind sie ansonsten von ‚Normalen‘ umgeben, müssen sie womöglich „ein kompliziertes Rollenspiel beherrschen, das einen in seiner stigmatisierten Existenz nicht verrät“ (S. 171). Weitere Spaltungen geschehen, indem sich Personen beispielsweise in einer Praxis substituieren lassen und dort als ‚Junkie‘ unterwegs sind und eine Infektion in einer anderen Praxis behandeln lassen, wo sie als ‚normale‘ Patientinnen und Patienten auftreten können (S. 171).

Auswirkungen auf die affektive Dimension

Hansen (2009, S. 161) macht wiederum auf eine Untersuchung von McCoy und Major von 2003 aufmerksam, welche aufzeigte, dass erlebte Stigmatisierung und Diskriminierung eine depressive Stimmung auslösen kann. Ebenso wurde herausgefunden, dass diese Reaktion geringer ausfiel, wenn die negative Behandlung auf die Vorurteile der Diskriminierenden zurückgeführt wurde und somit entlastend wirkte. Werden mehrere diskriminierende Erfahrungen über einen längeren Zeitraum hinweg erlebt, können sich die kurzen Etappen depressiver Stimmung hin zu einer klinischen Depression entwickeln (zit. nach Hansen, 2009, S. 161).

Hansen und Sassenberg konnten mit ihren eigenen Untersuchungen 2006 und 2008 aufzeigen, dass Mitglieder von verschiedenen stigmatisierten Gruppen sehr ähnlich auf diskriminierende Erfahrungen reagieren (Hansen, 2009, S. 162). Eine typische Reaktion auf

Stigmatisierung und Diskriminierung sei Wut. Die Wut könne fremdgerichtet sein (auf die Diskriminierenden mit ihren Vorurteilen) oder sie können selbstgerichtet sein (auf die eigene Gruppenzugehörigkeit). Dabei konnte ein Zusammenhang zur Stärke der Identifizierung mit der stigmatisierten Gruppe festgestellt werden. Bei einer stärkeren Identifizierung mit der Gruppe wurde die Wut weniger auf sich und mehr auf die Diskriminierenden gerichtet, was einen schützenden Effekt darstellt. Starke Identifizierung mit der eigenen Gruppe kann aber auch einen negativen Effekt haben, wenn Betroffene glauben, die Diskriminierung aufgrund ihrer Gruppenzugehörigkeit zu verdienen (zit. nach Hansen, 2009, S. 162-163). Glaubt eine substituierte Person, sie habe es nicht verdient, eine Wohnung zu erhalten, weil sie ‚ein Junkie‘ sei und Menschen ohne Abhängigkeit würden die Wohnung mehr verdienen, richtet sich ihre Wut sofort stärker auf sie selbst. Die Untersuchungen konnten aufzeigen, dass sich stigmatisierte Personen aufgrund ihres Stigmas mitverantwortlich für ihre schlechte Behandlung fühlen.

Als dritte Auswirkung auf der affektiven Dimension nennt Hansen (2009, S. 163) die permanente Angst vor Zurückweisung. Erleben Personen tagtäglich mehrmals Stigmatisierung und Diskriminierung, entwickeln sie die Erwartung, in diversen Situationen wieder stigmatisiert zu werden. Damit kommt es zu einer permanenten Angst, in sozialen Situationen diskreditiert und abgelehnt zu werden. Dies hat Einfluss darauf, wie sich die Betroffenen in künftigen Situationen verhalten (S. 163). 2002 begleiteten Mendoza-Denton et al. Studierende, welche mit einem afroamerikanischen Hintergrund auf ihrer Universität eine deutliche Minderheit darstellten (zit. nach Hansen, 2009, S. 163). Es konnte eindeutig festgestellt werden, dass diejenigen von ihnen, welche von Beginn an mehr Angst vor Zurückweisung hatten, im Verlaufe der Semester häufiger das Gefühl von Fremdsein und Verunsicherung erlebten, weniger Vertrauen und mehr Probleme mit Mitstudierenden und Dozierenden hatten. Obwohl alle Probandinnen und Probanden mit den gleich guten Noten an der Universität starteten, zeigte sich nach fünf Semestern bei den genannten Studierenden ein deutlicher Leistungsabfall, welcher bei den Studierenden mit weniger Angst vor Zurückweisung nicht festgestellt werden konnte (zit. nach Hansen, 2009, S. 163-164). Die Angst vor Ablehnung hat also in mehreren Bereichen gravierende Folgen für die stigmatisierten Personen und das Beispiel kann auf Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit übertragen werden, weil sie ebenfalls eine stigmatisierte Minderheit darstellen.

Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfe

Schomerus et al. (2017, S. 3) erklären, dass sich das Stigma ‚Sucht‘ von Stigmata anderer psychischen Erkrankungen vor allem durch eine viel stärkere Schuldzuweisung auszeichnet. Dies „weist auf eine starke normative und moralische Konnotation des Sucht-Stigmas hin“ (S.

4). Stigmatisierung könne als Versuch verstanden werden, das stigmatisierte Verhalten zu bestrafen und damit zu minimieren, wirke aber tatsächlich genau umgekehrt. Die Stigmatisierung und Diskriminierung erschwere die Veränderung oder Beendigung des Suchtverhaltens, nehme den Personen das Selbstvertrauen und isoliere sie, was die Annahme von Hilfe verunmögliche (S. 4). Aydin und Fritsch (2015) verweisen auf Studien von Carrigan von 2004 sowie von Kendra et al. von 2014, welche aufzeigten, dass Stigmatisierung „eine Hauptbarriere für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischen Problemen darstellt“ (S. 246). Schomerus et al. (2017, S. 4) betonen zudem, dass bei Menschen mit Suchtkrankheiten die Selbststigmatisierung die Zuversicht für eine künftige Abstinenz schwächt und dass die befürchtete und die erlebte Stigmatisierung die „Symptomlast der Erkrankung“ (S. 4) vergrößert.

4.5 Stigma-Management

Die verschiedenen Aussagen von Götz erinnern an das Stigma-Management nach Goffman. *Stigma-Management* bezeichnet nach Goffman den Umgang der betroffenen Person mit ihrem Stigma (zit. nach von Engelhardt, 2010, S. 135). Goffman unterscheidet zwischen zwei Gruppen von Stigmaträgerinnen und -trägern, die zwei unterschiedliche Formen von Stigma-Management betreiben:

Personen, deren Stigma der Aussenwelt bekannt ist (z.B. durch ein offensichtliches, körperliches Merkmal), nennt Goffman die *Diskreditierten*. Das Stigma-Management ist hier ein *Spannungsmanagement*, da die Betroffenen sich mit der Spannung auseinandersetzen, welche zwischen den (oft verinnerlichten) Normalitätsvorstellungen der Aussenwelt und der eigenen, offensichtlichen Abweichung dieser Normalitätsvorstellungen besteht (zit. nach von Engelhardt, 2010, S. 135-136).

Personen, deren Stigma der Aussenwelt (womöglich) nicht bekannt ist (z.B. Abhängigkeit oder psychische Krankheit in frühen Stadien), nennt Goffman die *Diskreditierbaren*. Ihr Stigma-Management ist vorwiegend ein *Informationsmanagement*, wobei die Informationen über das unbekanntes Stigma gesteuert werden (zit. nach von Engelhardt, 2010, S. 135-136). Festzuhalten ist, dass die meisten Menschen mit einem Stigma sich je nach Gegenüber und Situation sowohl als *diskreditiert* als auch als *diskreditierbar* fühlen und so regelmässig beide Arten von Stigma-Management anwenden (von Engelhardt, 2010, S. 135).

Ein wesentlicher Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen ist, dass die Diskreditierbaren im Vergleich zu den Diskreditierten in ihrem Stigma-Management die Möglichkeit haben, ihr Stigma zu verheimlichen, sodass die Aussenwelt keine Kenntnis des Stigmas erlangt und sie folglich als ‚Normale‘ behandelt werden. Goffman nennt diese Informationskontrolle Täuschung. Doch auch Diskreditierte haben als Form des Stigma-Managements die Möglichkeit des *Verbergens*, indem sie sich beispielsweise durch sozialen Rückzug ihrer

Umwelt entziehen, ein körperliches Merkmal verschleiern oder das Merkmal durch eine starke Veränderung der eigenen Person ganz zu eliminieren versuchen (z.B. Operationen oder Therapien und Entzüge) (zit. nach von Engelhardt, 2010, S. 135-137).

Eine zweite Umgangsform mit dem Stigma ist das *Eingestehen*. Sowohl Diskreditierte als auch Diskreditierbare können akzeptieren und hinnehmen, dass sie ein stigmatisiertes Merkmal aufweisen und von der Aussenwelt stigmatisierend behandelt werden (zit. nach von Engelhardt, 2010, S. 135-136). Es ist vorstellbar, dass eine solche Bewältigungsstrategie die Selbststigmatisierung und den Selbsthass fördern kann. Damit diese Bewältigungsstrategie hilfreich und gelingend ist, müsste eine enorme Stabilität und Selbstsicherheit vorausgesetzt sein, ansonsten kann diese Strategie mit grossen psychischen Belastungen einhergehen.

Die bisher genannten Umgangsformen weisen auf eine starke Identifikation und Orientierung an den gängigen Normalitätsvorstellungen hin. Es kann jedoch auch sein, dass Personen mit einem Stigma diese Normalitätsstandards aufgeben und durch Neue ersetzen. Die dritte Umgangsform kann deshalb als Strategie des *Ausbrechens* bezeichnet werden. Personen mit einem Stigma versuchen hier ihrer Aussenwelt (und auch sich selbst) klar zu machen, dass sie ganz ‚normale‘ Menschen mit Anrecht auf Anerkennung sind (zit. nach von Engelhardt, 2010, S. 136). Es kann auch dazu kommen, dass die Personen ihre Andersartigkeit als besondere Chance betrachten, welche ‚den Normalen‘ verwehrt bleibt. Distanzieren sie sich selbstbewusst vom Bild der ‚Normalen‘, kann es zu einer Umkehrung kommen, wobei „der konventionell Normale zum negativen Abweichler wird“ (von Engelhardt, 2010, S. 136).

4.6 Zwischenfazit

Im Kapitel vier wurde klar, dass das Stigma ‚Sucht‘ eine lange Geschichte hat und die Attributionen von Willensschwäche und Versagen bis heute gesellschaftlich tief verankert sind. Als Trägerinnen und Träger mehrere Stigmata (‚Sucht‘, Kriminalität, Aggressivität, Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, Verwahrlosung etc.) können Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit gesellschaftliche Normalitätsvorstellungen, welche sich besonders durch die Werte Arbeit, Fleiss und Affektkontrolle auszeichnen, kaum mehr erfüllen. Die Selbststigmatisierung, welche meist zum Fremdstigmatisierungsprozess hinzukommt, bildet für Betroffene einen Teufelskreis, welcher zu verfestigten Stigmata, angepassten Verhaltensweisen und zu geringerem Selbstwert führt. Die Auswirkungen dieser Prozesse auf die Identität, auf soziale Interaktionen, auf die affektive Dimension und auf die Inanspruchnahme von Hilfe sind vielschichtig und gravierend für das Leben der Betroffenen.

Bisher wurden die Soziale Arbeit im Suchtbereich, Stigmatisierungsprozesse generell und die Stigmatisierungsprozesse bei Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit beleuchtet. Das Kapitel fünf zeigt nun auf, inwiefern die Soziale Arbeit zur Stigmatisierung von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit beitragen kann.

5 Stigmatisierung durch die Soziale Arbeit

Grundlage der Fragestellung der vorliegenden Bachelor-Thesis ist die Vermutung, dass auch Professionelle der Sozialen Arbeit Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit stigmatisieren beziehungsweise deren Stigmatisierung reproduzieren. Im nachfolgenden Kapitel wird aufgezeigt, auf welche theoretischen Ansätze sich diese Vermutung stützt.

5.1 Stigmatisierung durch die Involviertheit als ganze Person

Der Gegenstand Sozialer Arbeit manifestiert sich an konkreten Lebenssituationen von Menschen und so sind Leistungen und Interventionen der Sozialen Arbeit gemäss Hochuli Freund und Stotz (2017) „auf die ganze, untrennbare Person eines Klienten bezogen“ (S. 58). Sie beschreiben verschiedene Strukturmerkmale professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit, unter denen Professionelle der Sozialen Arbeit ihren Auftrag erfüllen. Dazu gehört auch die „Involviertheit der Professionellen als ganze Person“ (S. 58). Nicht nur Klientinnen und Klienten, sondern auch die Professionellen der Sozialen Arbeit sind also auf diese Weise in die Arbeitsbeziehung involviert. Professionelle der Sozialen Arbeit wenden Methoden zur Bearbeitung von individuellen Problemlagen nicht mechanisch an, sondern vereinen Theorie und Praxis in ihrer eigenen Person, ihrem Handeln und in der Interaktion mit Klientinnen und Klienten (S. 58). Professionelle der Sozialen Arbeit sind somit ihr „eigenes Arbeitsinstrument“ (S. 60) oder setzen gemäss von Spiegel (2018) „ihre Person als Werkzeug“ (S. 84) ein. Hochuli Freund und Stotz (2017, S. 59) folgern daraus, dass die professionelle Beziehung zwischen Klientel und Professionellen der Sozialen Arbeit nicht nur vom fachlichen Wissen der Professionellen, sondern auch von deren Persönlichkeit geprägt ist. Umso wichtiger ist es, dass sich Professionelle der Sozialen Arbeit mit ihren eigenen Emotionen und Biografien auseinandersetzen (S. 60). Diese beschriebene *Involviertheit als ganze Person* der Professionellen der Sozialen Arbeit scheint zu beschreiben, dass diese trotz ihrer Professionalität eben auch Menschen sind und somit geprägt sind von der eigenen Lebensgeschichte sowie den eigenen Erfahrungen, Emotionen, Werten und Einstellungen. Es ist deshalb naheliegend, dass sich auch Professionelle der Sozialen Arbeit menschlichen Tendenzen, wie beispielsweise die Umwelt zur Orientierung in Kategorien einzuteilen und somit Stereotype und Vorurteile zu bilden, nicht verwehren können. Sie sind, wie alle Menschen, geprägt von ihrer Sozialisation und haben gesellschaftliche Normen, Kategorien oder Normalitätsvorstellungen erlernt. Es ist kaum vorstellbar, dass Professionelle der Sozialen Arbeit sich dadurch nicht auch an Zuschreibungen gegenüber bestimmten Personengruppen orientieren und nicht auch zu Etikettierungsprozessen, wie sie vom Labeling Approach beschrieben werden, beitragen. So ist es gut denkbar, dass sie auch Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit voreingenommen oder sogar stigmatisierend begegnen und so zur Bildung oder Reproduktion von Stigmatisierung beitragen.

Professionelle der Sozialen Arbeit sind jedoch nicht nur als ganze Personen in eine Arbeitsbeziehung zu Klientinnen und Klienten involviert, sie handeln auch in einem institutionellen Kontext und erfüllen in diesem Rahmen einen bestimmten Auftrag. Nachfolgend soll deshalb aufgezeigt werden, wie Soziale Arbeit im institutionalisierten Kontext zur Stigmatisierung von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit beiträgt.

5.2 Stigmatisierung durch Soziale Arbeit als Kontrollagentur

Wie in Kapitel 3.4 erklärt wurde, ist Soziale Arbeit eine Kontrollagentur, deren Ziel die Vermeidung oder Minderung abweichenden Verhaltens ist. Weil sich die Kontrollagenturen jedoch nicht nur an den gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen orientieren, sondern von den als abweichend bezeichneten Personen zusätzliche Anpassungsleistungen fordern, die für die Individuen kaum zu erreichen sind, verstärken die Kontrollagenturen schliesslich abweichendes Verhalten beziehungsweise erschaffen dieses erst (Lemert, 1951, S. 68). Das abweichende Verhalten unterliegt dann wiederum Etikettierungsprozessen, welche zur Stigmatisierung von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit beitragen.

Soziale Arbeit stigmatisiert beziehungsweise reproduziert Stigmatisierung von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit also einerseits durch diese Funktion als Kontrollagentur. Andererseits scheint sie dies auch durch ihren Bezug auf soziale Probleme zu tun, was nachfolgend anhand des Doing social Problems aufgezeigt werden soll.

5.3 Stigmatisierung durch Doing social Problems

Doing social Problems bezeichnet und analysiert Konstruktionsprozesse von Institutionen und Organisationen, die sich auf die Bearbeitung von sozialen Problemen spezialisiert haben und die durch ihren Alltag zur Konstruktion von sozialen Problemen beitragen (Groenemeyer, 2010, S. 15). Soziale Arbeit kann aufgrund ihres Gegenstandes dazugezählt werden. Die Institutionen beziehen sich alle auf eine bestimmte Definition von sozialen Problemen, die gemäss Groenemeyer Resultat einer „öffentlichen und politischen Problematisierung“ (S. 13) eines bestimmten Umstandes ist. Sie beziehen sich also, analog den Kontrollagenturen nach Lemert, auf *gesellschaftlich hergestellte* Vorstellungen davon, was ein soziales Problem ist. Diese Vorstellung davon, was ein soziales Problem ist, bezieht sich wiederum darauf, was ‚normal‘ ist, denn ein soziales Problem scheint eine Abweichung ‚vom Normalen‘ zu sein. Die gesellschaftlich geprägte Definition von sozialen Problemen ist es schliesslich, die Zweck und Interventionen von solchen Institutionen legitimiert, denn sie sind die Spezialistinnen und Spezialisten für die Bearbeitung sozialer Probleme (S. 13). Doch nicht nur die Mitglieder der Gesellschaft, auch die Institutionen selbst stellen soziale Probleme her. Die Kategorien von sozialen Problemen werden durch Fachpersonen in den Institutionen auf Menschen und Situationen angewendet und so zu „konkreten Betroffenheiten“ (S. 15) gemacht. Klientinnen

und Klienten müssen bestimmte Merkmale oder Verhaltensweisen zeigen, die von den Fachpersonen als soziale Probleme interpretiert werden. Die Institutionen konstruieren so aus einem bestimmten Merkmal oder Verhalten eines Menschen die Betroffenheit von einem sozialen Problem. Dies legitimiert sie dann dazu, das soziale Problem zu bearbeiten. Groenemeyer schreibt dazu: „Es sind diese Prozesse der Konstruktion sozialer Probleme im Alltag der institutionellen und organisatorischen Kontexte der Problembearbeitung und ihre Konsequenzen, die als Doing social Problems beschrieben und analysiert werden sollen“ (S. 15).

Dieser Vorgang zeigt zwar auf, wie soziale Probleme reproduziert werden, scheint per se jedoch noch nicht stigmatisierend zu sein oder Stigmatisierung zu reproduzieren. Wichtig ist deshalb, die Folgen für das Individuum zu berücksichtigen, wenn es als Trägerin oder Träger eines sozialen Problems bezeichnet wird.

Problemkategorien sind gemäss Groenemeyer (2010, S. 17) mit einer eigenen Wirklichkeit ausgestattet, die sich insbesondere auf die davon betroffenen Menschen auswirkt. Die Kategorisierung als soziales Problem entscheidet nicht nur darüber, bei welcher Institution oder Organisation die Betroffenen zu Klientinnen und Klienten werden, sondern auch, wie das soziale Problem durch die Institution oder Organisation bearbeitet wird (S. 18). Die Institutionen verkörpern dabei „bestimmte gesellschaftlich bzw. politisch positiv bewertete Ziele und Wertideen“ (S. 18). Somit können sie in ihrem Handeln von gesellschaftlichen Vorstellungen darüber geleitet sein, was ‚richtig und falsch, erstrebenswert und unerwünscht, normal und abnormal‘ ist. Dies kann dazu führen, dass Klientinnen und Klienten möglichst wieder *in diese Vorstellungen passend gemacht* werden sollen. Das Handeln der Institutionen zur Bearbeitung der sozialen Probleme erhält dadurch eine moralisierende Ebene (S. 18). Dies kann zur Stigmatisierung von Menschen führen, die nicht in die gesellschaftlichen und politischen Ziel- und Wertvorstellungen passen. So ist es beispielsweise vorstellbar, dass Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit bei Erwerbslosigkeit an Arbeitsintegrationsprogrammen teilnehmen müssen, weil dies als Mittel dafür gilt, sich die empfangene Sozialhilfe zu *verdienen* oder tagsüber ein ‚Herumlungern‘ an öffentlichen Plätzen zu verhindern. Beides impliziert, dass Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit ‚faul‘ sind und keinen Beitrag zum Allgemeinwohl leisten, was stigmatisierend ist.

Gemäss Groenemeyer (2010) leistet Doing social Problems aber auch durch die Kategorisierung an sich „Moralarbeit“ (S. 18). Menschen überhaupt zu bestimmten Kategorien zuzuordnen, „beinhaltet eine moralische Bewertung, die Grundlage und Bezugspunkt für das

Selbstbild der Betroffenen ist.“ (S. 18). Dies auch deshalb, weil „die Kategorisierung als Klient oder Klientin“ (S. 51) stigmatisierende oder auch sinnstiftende Auswirkungen haben kann. Denn bestimmte Kategorien sind gesellschaftlich unerwünscht oder unterliegen bestimmten Vorurteilen. Die Zugehörigkeit zu solchen Kategorien, wie beispielsweise zu ‚den Süchtigen‘, kann folglich diskreditierend wirken. Hingegen sind andere Kategorien weniger negativ konnotiert, wie beispielsweise die Zugehörigkeit zu Menschen, die von Altersarmut betroffen sind. Ersteres wird von vielen Personen als selbstverschuldet, Letzteres als strukturelles Problem angesehen und deshalb erhalten die beiden Kategorien unterschiedliche moralische Bewertungen.

Die Kategorisierungen können zudem zu Selektionsprozessen werden, wenn Klientinnen und Klienten aus bestimmten Kategorien bevorzugt oder benachteiligt behandelt werden (Groenemeyer, 2010, S. 51). Ist damit „die Verteilung von Ressourcen, Chancen und Sanktionen verbunden“ (S. 51), handelt es sich um Diskriminierungsprozesse. Solche Diskriminierungsprozesse sind häufig nicht mit den Einstellungen der einzelnen Fachpersonen verbunden, sondern sind „in die institutionelle Logik der Organisationen“ (S. 51) eingebunden. Ein Beispiel dafür ist, wenn im Rahmen von Kinderschutzmassnahmen von Eltern mit substanzgebundener Abhängigkeit Abstinenz von ihren Medikamenten zur Substitution gefordert wird, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, das Kind bei sich behalten zu dürfen. Gemäss Gölz (2004) gibt es jedoch „keinerlei Belege, dass abstinente Mütter ihre Kinder besser versorgen als Substituierte“ (S. 169). Die Forderung nach Abstinenz kann damit in Verbindung gebracht werden, dass Menschen durch die Kategorisierung als ‚Süchtige‘ benachteiligt behandelt werden, weil das gesellschaftliche Vorurteil besteht, Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit seien weniger gute Eltern als andere Menschen. Die entsprechende Institution lässt sich von diesem Vorurteil leiten und verbindet damit das Gewähren beziehungsweise Nicht-Gewähren einer Chance auf Elternschaft. Das Recht auf Familie stellt jedoch gemäss Art. 14 BV (SR 101) ein Grundrecht dar. Daher handelt es sich schliesslich um einen Diskriminierungsprozess. Aufgrund ihrer Eingebundenheit in Strukturen der Gesellschaft, Politik, Justiz und Institutionen, können solche Vorgänge auch als *strukturelle* Stigmatisierung und Diskriminierung bezeichnet werden (Schomerus et al., 2017, S. 3).

5.4 Stigmatisierung durch Doing Addiction

Professionelle der Sozialen Arbeit sind darauf spezialisiert, soziale Probleme zu erkennen und zu bearbeiten. Dazu beziehen sie sich, wie im Rahmen des Doing social Problems aufgezeigt wird, auf gesellschaftlich dominierte Kategorisierungen und drohen so, diese zu reproduzieren und damit einhergehende Stigmatisierungsprozesse zu unterstützen (Streck, 2015, S. 186). Insbesondere bei Begegnungen mit Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit beziehen sich Professionelle der Sozialen Arbeit gemäss Streck ständig auf die

„Problemkategorie ‚Sucht‘“ (S. 186). Wie sich diese Bezugnahme auf Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit auswirkt und zu deren Stigmatisierung beiträgt, kann anhand von Doing Addiction aufgezeigt werden.

Drogenkonsum ist gemäss Zinberg durch die drei Eigenschaften *Drug*, *Set* und *Setting* geprägt, die wechselseitig aufeinander einwirken (zitiert nach Schmidt-Semisch, 2010, S. 144). *Drug* beschreibt die Substanz an sich, *Set* die Eigenschaften oder die Verfassung der Konsumierenden und unter *Setting* werden die „situativen, sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des Gebrauchs“ (Schmidt-Semisch, 2010, S. 144) beschrieben. Das biologisch-pathologische Suchtverständnis, welches den Suchtdiskurs dominiert, legt den Fokus hauptsächlich auf die Faktoren *Drug* und *Set*. Mit Doing Addiction wird nun ein Ansatz eingeführt, welcher den Faktor *Setting* genauer analysiert. In Anlehnung an das Konzept des Doing Gender beschreibt Schmidt-Semisch Doing Addiction als „eine Perspektive, die Sucht als etwas betont, das wir alle in unserem Alltag produzieren und reproduzieren“ (S. 145). Abhängigkeit wird so zu einem „Produkt interpersoneller Kommunikation und soziokultureller Entwicklungen sowie (. . .) gesellschaftlicher Machtkonstellationen“ (S. 145). Im Fokus steht also nicht länger die pharmakologische Wirkung von Substanzen oder die physische sowie psychische Verfassung der Drogenkonsumierenden, sondern der gesellschaftliche Diskurs über Drogen und Abhängigkeit. Folglich müssen „soziale Prozesse“ (S. 147), welche den Diskurs gestalten und in denen Abhängigkeit als Unterscheidungsmerkmal mit Auswirkungen auf das Individuum verwendet und reproduziert wird, genauer betrachtet werden. Denn Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit zeigen nicht oder nicht nur aufgrund von pharmakologischen Wirkungen Verhaltensweisen, die als ‚süchtiges‘ Verhalten wahrgenommen werden. Stattdessen orientieren sich auch sie am „kulturellen Wissen“ (S. 147) darüber, wie sich ‚Süchtige‘ verhalten und daran, was andere Menschen als ‚süchtiges‘ Verhalten deuten und was sie von ihnen erwarten. Der gesellschaftliche Diskurs über Abhängigkeit ist es also, der ‚Sucht‘ und ‚süchtiges‘ Verhalten überhaupt erst herstellt.

Das kulturelle Wissen und somit der gesellschaftliche Diskurs über Abhängigkeit ist durch eine medizinische Perspektive auf ‚Sucht‘ geprägt, die von vielen Menschen jedoch mit Alltagstheorien ergänzt wird (Schmidt-Semisch, 2010, S. 152). Diese Alltagsvorstellung von Abhängigkeit und die damit einhergehenden Vorstellungen, Regeln und Bewertungen werden „sozial erlebt, erlernt und weiter tradiert“ (S. 152). Das Alltagsverständnis von ‚Sucht‘ zeichnet sich durch ein sehr defizitäres Bild von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit aus. Dazu gehört beispielsweise die Annahme, Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit seien von der Droge völlig fremdbestimmt oder könnten nicht mehr beurteilen, was richtig und

falsch ist (S. 152). Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit gelten deshalb häufig als unmündig, krank, nicht selbstbestimmt und unberechenbar. Wie Doing social Problems beschreibt, wird diese gesellschaftliche Vorstellung von Abhängigkeit auch von Institutionen der Suchthilfe angenommen (S. 153). Weil Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit laufend mit diesen defizitären Vorstellungen der Gesellschaft und Institutionen über Abhängigkeit konfrontiert werden, werden sie schliesslich „gelehrt“, ihr Leben und Verhalten im Kontext von ‚Sucht‘ zu verstehen und das Bild des defizitären ‚Süchtigen‘ für sich zu übernehmen“ (S. 153). Folge davon ist schliesslich, dass sich Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit mit dem defizitären Bild über Abhängigkeit identifizieren, sich tatsächlich als fremdbestimmt und krank wahrnehmen und so auch die Erwartung entwickeln, nicht anders sein zu können. Doing Addiction wird so „zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung“ (S. 153), welche die Chancen auf einen selbstbestimmten, kontrollierten Konsum oder den Ausstieg aus problematischem Drogenkonsum erschwert (S. 153-154).

Die Folgen von Doing Addiction erinnern stark an den Labeling Approach und kann als dessen Konkretisierung auf Abhängigkeit verstanden werden. Doing Addiction scheint jedoch deutlicher hervorzuheben, dass das Individuum nicht erst Etikettierungserfahrungen machen muss, um sekundäre Devianz zu zeigen. Stattdessen scheint bei Doing Addiction die Teilhabe am Diskurs und somit das Wissen um die Etikette der ‚Süchtigen‘ und den damit verbundenen Erwartungen auszureichen, um ‚süchtiges‘ Verhalten hervorzurufen. Alleine der Bezug auf Abhängigkeit reicht also aus, um mit den damit einhergehenden gesellschaftlichen Vorstellungen und Erwartungen und somit auch Stereotypen und Vorurteilen konfrontiert zu werden und diese zu reproduzieren. Weil Institutionen und Professionelle der Sozialen Arbeit in der Begegnung mit Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit häufig nicht vermeiden können, sich auf die Problemkategorie ‚Sucht‘ zu beziehen, drohen auch sie, zu Doing Addiction beizutragen. Übernehmen sie dabei unhinterfragt gesellschaftliche Stereotype und Vorurteile, reproduzieren sie Stigmatisierung von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit. Kommt es dadurch zu benachteiligender Behandlung gegenüber Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit, trägt Soziale Arbeit sogar zu deren Diskriminierung bei.

5.5 Zwischenfazit

Im Kapitel fünf konnte aufgezeigt werden, dass Professionelle der Sozialen Arbeit durch ihre Involviertheit als ganze Personen, durch ihre Tätigkeiten in Kontrollagenturen oder durch Vorgänge wie Doing social Problems und Doing Addiction zur Stigmatisierung von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit beitragen können. Es stellt sich die Frage, ob dies in der Praxis tatsächlich zutrifft oder ob Professionelle der Sozialen Arbeit solche Prozesse vermeiden können. Anhand qualitativer Interviews mit Klientinnen und Klienten mit

substanzgebundener Abhängigkeit soll dieser Frage auf den Grund gegangen und herausgefunden werden, was sich die Betroffenen von einer nicht-stigmatisierenden Praxis wünschen.

6 Methodisches Vorgehen im empirischen Teil

Im Kapitel sechs wird das methodische Vorgehen zur empirischen Datenerhebung erläutert, welche im Rahmen der Bachelor-Thesis durchgeführt wurde. Die Wahl der jeweiligen Methoden wird begründet und deren Umsetzung erklärt. Der gesamte empirische Teil ist in den Bereich der qualitativen Sozialforschung einzuordnen. Die Unterkapitel sind chronologisch entsprechend des tatsächlichen Vorgehens aufgebaut: Methodenwahl zur Datenerhebung, Herstellung eines Zugangs zu Interviewpartnerinnen und -partner, Konzeption eines Leitfadens, Durchführung der Interviews, Transkription und Auswertung.

6.1 Datenerhebung: problemzentriertes Leitfadeninterview

Aufgrund der in Kapitel eins erläuterten Forschungslücken wurde eine Methode gewählt, welche die Perspektive der Betroffenen einfängt, da *mit* den Betroffenen und nicht *über* die Betroffenen gesprochen werden sollte. Entsprechend wurde auch die Forschungsfrage gestaltet: „Inwiefern erleben Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit Stigmatisierung durch die Soziale Arbeit?“ Es geht also darum, das persönliche Erleben, die Emotionen und Gedanken der Betroffenen zu untersuchen. Dazu eignet sich insbesondere das Leitfadeninterview. Es bildet neben der schriftlichen Befragung, der telefonischen Befragung und der Gruppendiskussion eine von vier Formen der Befragung (Schaffer, 2014, S. 117). Leitfadeninterviews werden gemäss Schaffer dann verwendet, „wenn es um die Beschreibung des alltäglichen Lebens und der Beziehungen von Befragten innerhalb deren spezifischem Lebensmilieu oder um individuelle Lebensgeschichten geht. Im Vordergrund stehen die Erlebniswelt und die subjektiven Deutungen der Befragten.“ (S. 121) Das Leitfadeninterview eignet sich zur Beantwortung der Fragestellung, weil die Fragen offen gestellt und in ihrer Reihenfolge der Gesprächsdynamik und dem „Artikulationswillen der Befragten“ (S. 121) angepasst werden können, weil die Befragten frei und explorativ auf die Fragen antworten können und weil die subjektive Sicht der Befragten im Zentrum steht. Qualitative Interviews treten wiederum in drei verschiedenen Typen auf: narrativ-biografisch, themenfokussiert oder problemzentriert (S. 121). Zur Datenerhebung dieser Bachelor-Thesis eignet sich das problemzentrierte Interview, da sich die Forschungsfrage und damit auch der Leitfaden auf *eine* Problemstellung konzentrieren (Stigmatisierung durch Soziale Arbeit) und immer wieder darauf zurückkommen (S. 151). „Das Forscher_innenteam geht nicht völlig theorielos ins Feld“ (S. 151), sondern theoretische und empirische Erkenntnisse zur Problematik werden im Voraus gesichtet und auch das eigene, professionelle

Erfahrungswissen zum Thema kann miteinbezogen werden. Ausserdem kann das problemzentrierte Interview für induktive Datenauswertungen verwendet werden, was wiederum gut zur späteren Auswertungsmethode passt (S. 151).

6.2 Zugang zu den Interviewpartnerinnen und -partnern

Der Zugang zu Interviewpartnerinnen und -partnern konnte durch persönliche Kontakte zu einer Institution für Opioidagonistische Behandlung hergestellt werden. Die Opioidagonistische Behandlung und Sozialberatung für Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit eignete sich hervorragend, um die Zielgruppe der Forschungsfrage zu erreichen. Ziel war es, die gesamte Interviewsituation für die Befragten möglichst niederschwellig zu gestalten. Während drei Tagen wurden deshalb alle Klientinnen und Klienten, welche zum Medikamentenbezug im Warteraum der Institution erschienen sind, spontan angesprochen und um ein Interview gebeten. Die Interviews konnten direkt im Anschluss in einem separaten Besprechungszimmer geführt werden oder es konnten Termine für den nächsten Tag vereinbart werden. Insgesamt konnten sechs Interviews zwischen 20 und 60 Minuten geführt werden. Alle interviewten Personen haben eine Abhängigkeit von Heroin und manche haben weitere substanzgebundene Abhängigkeiten, beispielsweise von Kokain oder Alkohol. Ausserdem sind alle interviewten Personen substituiert, sie beziehen also täglich Medikamente zur Substitution (Diaphin®, Methadon, L-Polamidon®, Sevre-Long® oder Subutex®) am Interviewort. Die jüngste interviewte Person (Herr Ammann²) ist zwanzig Jahre alt, die älteste Person (Herr Ernst) ist 59 Jahre alt. Alle interviewten Personen stehen bereits seit vielen Jahren in Kontakt mit der Sozialen Arbeit und zwar zwischen sechs Jahren (Herr Ammann) und 24 Jahren (Herr Frick). Ebenfalls sammelten alle interviewten Personen Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit verschiedenen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit. Alle sechs interviewten Personen sind aktuell Klienten eines Sozialdienstes sowie der Sozialberatung der Opioidagonistischen Behandlung. Drei der interviewten Personen wohnten oder wohnen zudem in betreuten Wohnformen (Herr Ammann, Herr Catillaz, Herr Dähler) und weitere drei Personen nahmen oder nehmen an einem Arbeitsintegrationsprogramm teil (Herr Catillaz, Herr Ernst, Herr Frick).

Generell ist zu erwähnen, dass von den zahlreich angesprochenen Klientinnen und Klienten ein Grossteil die Interviewanfrage freundlich abgelehnt hat. Die häufigsten Begründungen waren fehlende Zeit, geringe Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Sozialer Arbeit oder dass alles in Ordnung sei und nichts zur Zusammenarbeit zu sagen sei. Dass die Institution viel mehr männliche als weibliche Klientinnen und Klienten hat, spiegelt sich auch im Geschlechterverhältnis der interviewten Personen wider. Die wenigen Frauen, die zum Bezug erschienen sind, haben alle die Interviewanfrage abgelehnt. Dafür haben sechs Männer

² Alle Namen der interviewten Personen wurden anonymisiert und frei erfunden.

zugesagt oder sogar von sich aus Interesse an einem Interview geäußert und dann daran teilgenommen. Die Ungleichverteilung der Geschlechter ist zwar bedauerlich, der Faktor Geschlecht wird aber nicht als zentralster Faktor zur Beantwortung der Fragestellung betrachtet. Das zentrale Element der Forschungsfrage ist die Stigmatisierung durch die Soziale Arbeit und es kann davon ausgegangen werden, dass bei *jeder* interviewten Person diesbezüglich Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Antworten gefunden werden können.

6.3 Konzeption des Leitfadens

Beim problemzentrierten Interview entsprechen die im Vorfeld herausgefilterten Aspekte der Problematik den unterschiedlichen Themenblöcken, welche mit dem Leitfaden abgefragt werden sollen (Schaffer, 2014, S. 152). Der Leitfaden wurde entlang Helfferichs SPSS-Prinzip erstellt. Im ersten Schritt (Sammeln) wurden möglichst viele Fragen gesammelt, die für die Forschungsfrage von Interesse sein könnten (Helfferich, 2011, S. 182). Bedenken zur genauen Formulierung, zur Eignung etc. wurden hier noch nicht berücksichtigt (S. 182). Im zweiten Schritt (Prüfen) wurde die erstellte Frageliste stark reduziert. Jede Frage wurde geprüft und alle Faktenfragen, geschlossenen Fragen und Fragen, die für die interviewten Personen nicht erzählwürdig sein könnten, wurden gestrichen. Eliminiert wurden zudem alle Fragen, bei denen eine implizite Erwartung mitschwang sowie Fragen nach abstrakten Zusammenhängen, die durch die interviewten Personen gar nicht beantwortet werden konnten. Unbedingt enthalten sein, sollten Fragen, die eine überraschende Antwort ermöglichten (S. 182-183). Im dritten Schritt (Sortieren) wurden die übrig gebliebenen Fragen in vier Themenblöcke gebündelt. Die Themenblöcke waren namentlich: Selbstwahrnehmung, Befindlichkeit im Kontakt mit Professionellen der Sozialen Arbeit und Begründung, Einschätzung der Fremdwahrnehmung der Professionellen der Sozialen Arbeit und Andersbehandlung durch Professionelle der Sozialen Arbeit. Alleinstehend blieben die Fragen zu den sozio-demografischen Angaben (Alter, Geschlecht etc.) sowie die beiden Abschlussfragen (Zukunftswunsch und Ergänzung durch interviewte Person) (S. 185). Im letzten Schritt (Subsumieren) wurde nun für jeden der vier Themenblöcke eine erzählgenerierende Einstiegsfrage formuliert und die restlichen Fragen des Themenblockes darunter subsumiert (S. 185). Insgesamt wurde sichergestellt, dass der konzipierte Interviewleitfaden die generellen Anforderungen an einen Leitfaden erfüllt, wie die Ermöglichung von Offenheit, eine übersichtliche Darstellung und die Orientierung am natürlichen Erzählfluss (S. 180).

6.4 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden entlang der vier Phasen problemzentrierter Interviews nach Schaffer (2014, S. 153) durchgeführt. In der ersten Phase (Vorbereitung) wurde das theoretische und

empirische Material zur Thematik gesichtet, Erfahrungswissen diskutiert und der Interviewleitfaden konzipiert. Vor Ort wurde dann zu Beginn des Interviews die Interviewsituation eingeführt: Vorstellung der Interviewerin, einführende Worte zum Untersuchungszweck, Zusicherung der Anonymität, Informationen über Dauer und Aufzeichnung des Gesprächs, Unterschreiben der Einverständniserklärung und allgemeines Joining. In der zweiten Phase (Warming-Up und Leitfaden) wurden die einzelnen Themenblöcke mit ihren Erzählaufforderungen eingeleitet. Die Reihenfolge der Fragen wurde im Gespräch dem logischen Erzählfluss angepasst. Während dieser Phase durften immer wieder Rückfragen und Verständnisfragen gestellt werden. In der dritten Phase (Ad-hoc-Fragen) wurde überprüft, ob alle Fragen im Leitfaden behandelt wurden und übersprungene Fragen wurden noch gestellt. Die letzte Phase (Abschluss) rundete das Interview mit zwei Abschlussfragen ab (Zukunftswunsch und Ergänzungen durch die interviewte Person) (S. 153). Bei der gesamten Durchführung wurde darauf geachtet, dass die Prinzipien qualitativer Interviews gemäss Lamnek erfüllt wurden, wie das Prinzip der Zurückhaltung (interviewte Person sollte sich interessant und akzeptiert fühlen), das Prinzip der Flexibilität (Fragenreihenfolge und Dauer pro Frage der interviewten Person anpassen) oder das Prinzip der Kommunikativität (Orientierung an der sprachlichen und sozialen Kompetenz der interviewten Person) (zit. nach Schaffer, 2014, S. 144-146).

6.5 Transkription

Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und anschliessend mit der Transkriptions-Software *f4transkript* transkribiert. Die Transkription erfolgte nach den erweiterten Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl (2015, S. 21-23). Diese generieren einen höheren Detaillierungsgrad als die einfachen Transkriptionsregeln sowie eine stärkere Annäherung an das tatsächlich Gesprochene und lassen damit geringere Verzerrung durch die Transkribierenden zu. Die erweiterten Regeln schreiben vor, dass im jeweiligen Dialekt der interviewten Person transkribiert wird und syntaktische Fehler beibehalten werden. Wort- und Satzabbrüche wurden mit Schrägstrichen markiert und Pausen gemäss ihrer Länge dokumentiert. Pausen bis zu drei Sekunden wurden mit einem, zwei oder drei Punkten in Klammern dargestellt, Pausen über drei Sekunden mit der jeweiligen Ziffer in Klammern gesetzt. Besonders betonte Worte wurden in Grossbuchstaben geschrieben und auf Unverständliches wurde mit der Abkürzung *unv.* hingewiesen (vgl. S. 21-23).

6.6 Auswertung: Inhaltsanalyse - induktive Kategorienbildung

Die Interviews wurden anschliessend gemäss der induktiven Kategorienbildung nach Mayring (2015, S. 85-90) analysiert. Die induktive Kategorienbildung gehört zur zusammenfassenden Inhaltsanalyse (S. 68). Deren Ziel ist es, das gesamte Material auf das Wesentliche zu reduzieren, so dass es „immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (S. 67). Bei der induktiven

Kategorienbildung wird jedoch nicht das gesamte Material, sondern nur bestimmte Teile davon analysiert (S. 68). Abbildung drei zeigt den Ablauf der induktiven Kategorienbildung auf:

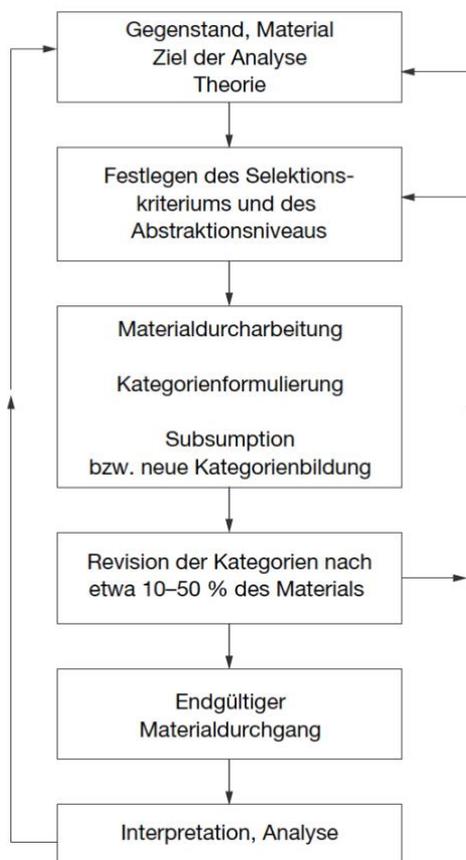


Abbildung 3. Prozessmodell induktiver Kategorienbildung. Nach Mayring, 2015, S. 86.

Um zu bestimmen, welche Teile des Materials ausgewertet werden, wird ein Selektionskriterium eingeführt (Mayring, 2015, S. 86). Dieses orientiert sich an der Fragestellung und schließt nicht-relevante Bestandteile des Materials aus (S. 86-87). Für die Interviews der vorliegenden Bachelor-Thesis wurde das Selektionskriterium so festgelegt, dass Aussagen zu erlebter Stigmatisierung und Diskriminierung durch Soziale Arbeit, andere Professionen und der Gesellschaft aufgrund der substanzgebundenen Abhängigkeit erfasst werden konnten. Zudem wurden Aussagen zur Selbstwahrnehmung, zur Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit und Verbesserungsvorschläge aufgenommen.

Nach Festlegung des Selektionskriteriums erfolgt die Festlegung des Abstraktionsniveaus. Dieses bestimmt, wie konkret oder abstrakt die später zu bildenden Kategorien sind (Mayring, 2015, S. 87). Für die Analyse des vorliegenden Materials wurde das Abstraktionsniveau so gesetzt, dass Unterscheidungen zwischen Stigmatisierungserfahrungen durch die Soziale Arbeit, andere Professionen und die Gesellschaft, Unterscheidungen zwischen positiven und negativen Erlebnissen, Unterscheidungen zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie

Unterscheidungen zwischen strukturellen und individuellen Verbesserungsvorschlägen für die Soziale Arbeit gemacht werden konnten. Diese Unterscheidungen sollten sich schliesslich in den gebildeten Kategorien widerspiegeln.

Nach der Festlegung von Selektionskriterium und Abstraktionsniveau wird das Material durchgearbeitet (Mayring, 2015, S. 87). Tritt das Selektionskriterium zum ersten Mal auf, wird unter Berücksichtigung des Abstraktionsniveau eine erste Kategorie gebildet. Bei erneutem Auftreten des Selektionskriteriums wird entschieden, ob die neue Textstelle auch unter die bestehende Kategorie subsumiert werden kann oder ob eine neue Kategorie gebildet werden muss (S. 87.) Damit die Interviews so ausgewertet werden konnten, wurden die Transkripte ausgedruckt und die entsprechenden Stellen markiert. Die dabei entstandenen Kategorien wurden in einer Tabelle festgehalten.

Nach Mayring (2015, S. 87) werden die gebildeten Kategorien nach Durcharbeiten von ungefähr zehn bis fünfzig Prozent des Materials einer Revision unterzogen. Es wird geprüft, ob die Kategorien dem Analyseziel entsprechen und ob das Selektionskriterium und Abstraktionsniveau sinnvoll festgelegt wurden. Konnten beispielsweise nur wenige Kategorien gebildet werden, kann dies darauf hinweisen, dass das Abstraktionsniveau genauer festgelegt werden muss (S. 87). Bei der vorliegenden Analyse wurde die Revision nach ungefähr der Hälfte des bereits durchgearbeiteten Materials vorgenommen. Das Selektionskriterium sowie Abstraktionsniveau konnten beibehalten werden.

Anschliessend an die Revision wird das Material weiter durchgearbeitet (Mayring, 2015, S. 87). Schliesslich entsteht ein Kategoriensystem, das mit bestimmten Passagen aus den Interviews (Ankerbeispielen) verbunden ist und weiter analysiert und interpretiert werden kann (S. 87). Bei der vorliegenden Analyse wurden die bereits bestehenden Kategorien miteinander verglichen, Ähnlichkeiten herausgearbeitet und die Kategorien in Haupt- und Unterkategorien subsumiert. Dadurch kristallisierte sich ein finales Kategoriensystem heraus, das in Abbildung vier dargestellt ist:

K1	Abgrenzung von stigmatisierten Gruppen	Von Menschen ohne Obdach	Von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit	Von Menschen, die Sozialhilfe beziehen	
K2	Identifikation mit stigmatisierter Gruppe	Mit Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit			
K3	Funktion der Substitution für eigenes Leben	Gelingenderer Alltag	Arbeiten / Funktionieren können	Verbesserung der Gesundheit	
K4	Auswirkungen von strukturellen Bedingungen der Sozialen Arbeit	Gefühl von Abwertung aufgrund hoher Fluktuation	Gefühl von Abwertung aufgrund hoher Fallbelastung	Gefühl von Überforderung	
K5	Bemühungen, Stigma zu reduzieren	Substitution verheimlichen	Bestehendem Stigma entgegenwirken	Bemühung um Normalität / Teufelskreis brechen	Sich vor SAR verstellen
K6	Selbstwahrnehmung	Positive Selbstwahrnehmung	Negative Selbstwahrnehmung		
K7	Einschätzung der Fremdwahrnehmung der Professionellen der Sozialen Arbeit	Übereinstimmend mit Selbstwahrnehmung	Divergierend zur Selbstwahrnehmung		
K8	Negative Erfahrungen mit Machtgefällen und deren Auswirkungen auf Emotionen und Verhalten				
K9	Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen	Durch Gesellschaft	Durch andere Professionen	Durch Soziale Arbeit	
K10	Keine Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen	Durch Soziale Arbeit			
K11	Zusammenarbeit mit Sozialer Arbeit	Bedingungen für gute Zusammenarbeit	Bedingungen für schlechte Zusammenarbeit		
K12	Verbesserungsvorschläge für Soziale Arbeit	Individuell / Methodisch	Strukturell	Keine	
K13	Selbstreflexion				

Abbildung 4. Kategoriensystem

7 Ergebnisse der Interviewauswertung und Interpretation

Das Kapitel sieben dreht sich um die Ergebnisse der empirischen Datenerhebung. Es ist in drei thematische Unterkapitel eingeteilt (7.1, 7.2 und 7.3). Diese fassen jeweils mehrere Kategorien aus dem oben aufgeführten Kategoriensystem zusammen (z.B. Unterkapitel 7.1 diskutiert die Kategorien acht bis zehn). Sie sind thematisch wiederum in weitere Unterkapitel (7.1.1 etc.) eingeteilt, in denen jeweils zuerst die Interviewergebnisse präsentiert werden und anschliessend interpretiert und mit den Theorien aus den Kapiteln zwei bis fünf in Bezug gesetzt werden. Das Kapitel sieben wird mit einem Zwischenfazit abgeschlossen, welches die zentralsten Erkenntnisse nochmals hervorhebt. Wie erwähnt, wurden in der ganzen Arbeit die Namen der interviewten Personen anonymisiert und durch erfundene Pseudonyme ersetzt.

7.1 Stigmatisierungserfahrungen der interviewten Personen

Das folgende Kapitel fasst die Kategorien acht bis zehn des Kategoriensystems zusammen und zeigt, dass die interviewten Personen von unterschiedlichen Stigmatisierungserfahrungen berichten. Diese werden in Stigmatisierungserfahrungen durch Mitglieder und Strukturen der Gesellschaft, durch andere Professionen sowie durch die Soziale Arbeit unterteilt. Der Fokus liegt auf Stigmatisierungserfahrungen durch die Soziale Arbeit, weil diese zentral für die Beantwortung der Fragestellung der Bachelor-Thesis sind.

7.1.1 *Stigmatisierungserfahrungen durch Mitglieder und Strukturen der Gesellschaft*

Von deutlich erkennbaren Stigmatisierungserfahrungen durch Mitglieder der Gesellschaft erzählen zwei der interviewten Personen. Die Erfahrungen unterscheiden sich insbesondere in der Art und Weise, wie diese erlebt und wahrgenommen wurden.

Herr Frick berichtet von einer subtilen Stigmatisierungserfahrung: „Ich han in der Beiz agfange rede vo Diaphinprogramm, Beschäftigungsprogramm und so (...) da hesch schnäll en Etikette.“ (Herr Frick, Zeile 61) Herr Frick erzählt zwar nicht von offen ausgesprochenen Beleidigungen, scheint aber trotzdem wahrzunehmen, dass er ab Bekanntgabe der Substitution anders wahrgenommen und behandelt worden ist als vorher.

Herr Burger berichtet dagegen von verbalen Beschimpfungen und erzählt, dass er vor Beginn seines Drogenkonsums Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit selbst beschimpft habe mit „hau ab, du vrdammte Junkie“ (Herr Burger, Zeile 248). Dies bereue er heute, weil er jetzt auch zu diesen Menschen gehöre und das Gefühl kenne (Herr Burger, Zeilen 247-269). Er erzählt zudem davon, dass er ehemaligen Arbeitgebenden aus Angst vor einer Kündigung nicht von der Substitution erzählt habe (Herr Burger, Zeilen 592, 620).

Interpretation und Theoriebezug

Interessant ist, dass Herr Frick den Begriff *Etikette* verwendet, welcher *den* zentralen Begriff des Labeling Approachs darstellt. Er nutzt den Begriff, um zu beschreiben, was Folge davon ist, sich als Mensch mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit zu erkennen zu geben. Herr Frick scheint nämlich genau das zu spüren, was gemäss dem Labeling Approach passiert: Auf primäre Devianz, also hier die substanzgebundene Abhängigkeit und die Erwerbslosigkeit, folgen Zuschreibungen an das Individuum. Sobald Herr Frick die Substitution und das Arbeitsintegrationsprogramm erwähnt, verändert sich der Umgang seiner Mitmenschen mit ihm und er spürt, dass er eine Etikette trägt. Denn mit seiner Offenbarung erhält er die Etiketten ‚Süchtiger‘ sowie ‚Erwerbsloser‘ und dadurch verändert sich gemäss Lemert (1975) auch seine „interaktionistische Umgebung“ (S. 434). Er wird nicht mehr als Herr Frick, sondern als ‚Süchtiger‘ und ‚Erwerbsloser‘ angesehen.

Die Erfahrung von Herrn Burger kann als Zeichen dafür interpretiert werden, dass sich auch die interviewten Personen an bestehenden gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen orientieren oder orientiert haben. Herr Burger entlarvt sich selbst als ehemaliger Stigmatisierender und Diskriminierender von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit. Er scheint zu erkennen, dass er früher Zuschreibungen und Beleidigungen verwendet hat, mit denen er heute selbst konfrontiert wird. Dass er nun selbst unter solchen Zuschreibungen zu leiden scheint, hat zur Folge, dass er sein vergangenes Verhalten bereut.

7.1.2 Stigmatisierungserfahrungen durch andere Professionen

Bezüglich Stigmatisierungserfahrungen durch andere Professionen erzählen die interviewten Personen hauptsächlich von Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten. Insbesondere Hausarztpraxen scheinen Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit nicht als Patientinnen und Patienten aufnehmen zu wollen. Dies wird von den interviewten Personen unterschiedlich aufgenommen. Herr Dähler scheint sich beispielsweise damit abgefunden zu haben, weil er diesen Umstand relativ emotionslos erwähnt. Herr Burger hingegen sucht aktiv nach Gründen dafür und vermutet, sein Hausarzt wolle nicht mehr für ihn zuständig sein, weil dieser schon alt und *von der alten Schule* sei und deshalb ein schlechtes Bild über Drogen und Substitution habe (Herr Burger, Zeilen 647-654). Weiter berichtet Herr Frick davon, dass Ärztinnen und Ärzte nicht auf sein Erfahrungswissen über seinen eigenen Körper vertrauen und ihm vorwerfen, er wolle doch wie alle Patientinnen und Patienten mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit nur eine höhere Dosierung von bestimmten Medikamenten erreichen. Dies empfindet er als mühsam und steht in Widerspruch zu seinem Empfinden, sich selbst zu kennen und zu wissen, was gut für ihn ist (Herr Frick, Zeilen 133-137).

Interpretation und Theoriebezug

Grund dafür, weshalb Hausarztpraxen keine Menschen aus Substitutionsprogrammen aufnehmen möchten, könnten die vielfach komplexen medizinischen Bedingungen sein, in denen sich die Klientinnen und Klienten bewegen. Begleiterkrankungen und die suchtmedizinische Auseinandersetzung damit, welche Medikamente überhaupt miteinander kombiniert werden dürfen, könnte die Kapazitäten der Hausarztpraxen allenfalls übersteigen. Die Beobachtung, Ärztinnen und Ärzte nähmen die Anliegen ihrer Patientinnen und Patienten nicht ernst oder vermuteten Medikamentenmissbrauch, könnte mit dem biologisch-pathologischen Suchtverständnis zusammenhängen, das den Suchtdiskurs dominiert und insbesondere von der Medizin vertreten wird. Weil davon ausgegangen wird, dass die Menschen krank sind und von der Abhängigkeit fremdbestimmt werden, tritt der Mensch als selbstbestimmtes Individuum und Expertin oder Experte für sich selbst in den Hintergrund und kann dementsprechend nicht beurteilen, was gut für sie oder ihn ist. Der Wunsch nach einem bestimmten Medikament oder einer angepassten Dosierung wird dadurch als Wunsch eines von der Abhängigkeit bestimmten Menschen gesehen. Dies kann zu einer Haltung führen, die sich nach Morse in einem entmündigenden und paternalistischen Umgang mit Patientinnen und Patienten zeigt (zitiert nach Bauer, 2014, S. 12). Diese Erfahrung hat zumindest Herr Frick explizit erwähnt. Sie widerspricht seinem Selbstbild, eine selbstbestimmte Person zu sein, die sich kennt und weiss, was gut für sie ist.

7.1.3 Stigmatisierungserfahrungen durch die Soziale Arbeit

Zwei der interviewten Personen erzählen von Erfahrungen mit dem Stigma ‚Junkie‘. Herr Catillaz beschreibt, dass er sich von seiner Sozialarbeiterin nur als ‚Junkie‘ wahrgenommen gefühlt hat: „Ja, die Eintü, woni ha gha ufem Sozialamt C1, die het mi scho (...) ähm, eifach s Junkie haut, eifach Junkie“ (Herr Catillaz, Zeile 164). Er habe dies daran gespürt, wie sie mit ihm gesprochen und sich ihm gegenüber verhalten habe. So sei hauptsächlich ihre Zuschreibung, er gäbe Geld nur für Drogen aus, immer wieder Thema gewesen: „Es isch eifach, wes um Gäüt isch gange, de hani eifach immer gmerkt, dass si (...) dass si es Vorurteil oder dass si gloubt, dases sowiso nur fürt Droge isch“ (Herr Catillaz, Zeilen 177-178). Konkret habe er dies erlebt, als er eine hohe Busse habe bezahlen müssen und deshalb beim Sozialdienst um einen Vorschuss gebeten habe. Die Sozialarbeiterin habe ihm diesen zwar gewährt, habe jedoch die Busse als Vorwand interpretiert, Drogen kaufen zu können und habe ihm dies im Nachhinein auch immer wieder vorgehalten (Herr Catillaz, Zeilen 164-191). Auch Herr Frick berichtet von solchen Erfahrungen und erwähnt zudem die Zuschreibung durch Sozialarbeitende, ‚Junkies‘ würden nur lügen. Er zeigt sich darüber erstaunt, von Professionellen der Sozialen Arbeit so behandelt zu werden, weil er dies aufgrund ihrer Berufswahl nicht erwartet hätte (Herr Frick, Zeilen 87-92).

Herr Catillaz erzählt ausserdem, von seiner Bezugsperson im betreuten Wohnen scherzhaft als ‚Kiffer‘ bezeichnet zu werden. Er neige dazu, Aufgaben aufzuschieben und sei deshalb nicht sehr zuverlässig. Der Sozialpädagoge begründe dieses Verhalten mit der Feststellung, er sei „äbe haut so ä typische Kiffer“ (Herr Catillaz, Zeile 156). Inwiefern dies Herrn Catillaz verletzt, ist schwer einzuschätzen. Er scheint die Zuschreibungen des Sozialpädagogen jedoch damit zu relativieren, dass dieser früher selbst Cannabis konsumiert habe und daher wisse, wie das so sei (Herr Catillaz, Zeilen 155-159).

Herr Burger erzählt, dass ihm von Professionellen der Sozialen Arbeit zugeschrieben wurde, vor und während Terminen auf Drogen zu sein. Er bestätigt zwar, dass dies tatsächlich vorkomme, allerdings sei es nicht immer der Fall. In Situationen, in denen es nicht zutreffe, fühle er sich dann durch die Zuschreibung angegriffen und habe das Gefühl, er müsse sich dagegen verteidigen (Herr Burger, Zeilen 524-527).

Interpretation und Theoriebezug

Von Stigmatisierungserfahrungen durch die Soziale Arbeit erzählen hauptsächlich diese drei interviewten Personen. Die Erfahrungen unterscheiden sich vor allem in der Art und Weise, wie die Stigmatisierung wahrgenommen wurde und danach, welcher Stereotyp angewendet wurde (‚Junkie‘ oder ‚Kiffer‘). Der Bezug auf Stereotypen kann als Zeichen dafür gedeutet werden, dass sich Professionelle der Sozialen Arbeit an gesellschaftlichen Kategorien und den damit verbundenen Zuschreibungen orientieren und somit zu Doing Addiction beitragen.

Insbesondere Herr Catillaz scheint durch die Formulierung, er sei ‚einfach nur der Junkie‘ gewesen, hervorzuheben, dass diese Kategorisierung die Arbeitsbeziehung zwischen seiner Sozialarbeiterin und ihm dominiert hat und die Sozialarbeiterin ihn *nur* als ‚Junkie‘ wahrgenommen hat. So interpretiert die Sozialarbeiterin von Herrn Catillaz seine Frage um einen Vorschuss nicht als Bitte um Unterstützung in einer finanziellen Notlage, sondern als Vorwand, Drogen kaufen zu können. Sie scheint gar nicht damit zu rechnen, dass er das Geld für etwas anderes benötigen könnte. Durch diese Einstellung und indem sie Herrn Catillaz gegenüber ihren Verdacht äussert, wozu er das Geld verwenden wird, orientiert sie sich an Stereotypen und reproduziert diese. Die Reproduktion des Stigmas geschieht allerdings nicht nur durch solche Äusserungen, sondern auch dadurch, dass sie Herrn Catillaz das Gefühl vermittelt, ein ‚Junkie‘ zu sein. Er beschreibt, dass er dies dadurch merke, wie sie mit ihm gesprochen und sich ihm gegenüber verhalten habe. Es scheint, dass die Sozialarbeiterin kaum für Doing Addiction sensibilisiert ist und deshalb massgeblich zur Reproduktion des Stigmas ‚Junkie‘ beiträgt. Dass sie sich am kulturellen Wissen über die Kategorie ‚Junkie‘ orientiert, wirkt sich wiederum auf ihre Probleminterpretation im institutionalisierten Kontext

aus. Sie scheint von dieser Deutung dermassen überzeugt zu sein, dass sie die Situation gar nicht mehr anders interpretieren kann.

Dass sich Doing Addiction auch in ihrer Einstellung gegenüber Herrn Catillaz zeigt, erklärt allenfalls, weshalb er sich über ihre Zuschreibung des ‚Junkies‘ verärgert zeigt. Die Bezeichnung des Sozialpädagogen als ‚Kiffer‘ scheint er im Gegensatz dazu gelassener hinzunehmen. Der Unterschied zwischen diesen beiden Bezeichnungen könnte darin liegen, dass Herr Catillaz aus der Sprache und dem Verhalten der Sozialarbeiterin schliesst, dass sie ihn tatsächlich *nur* als ‚Junkie‘ wahrnimmt. Der Sozialpädagoge bezeichnet Herrn Catillaz jedoch im Scherz als ‚Kiffer‘ und Herr Catillaz scheint diese Äusserung auch wirklich nur als Scherz zu deuten. Vermutlich gibt ihm der Sozialpädagoge ansonsten nicht das Gefühl, ein ‚Kiffer‘ zu sein und reproduziert so das Stigma und die dazugehörigen Zuschreibungen nicht beziehungsweise weniger.

Zu weiteren Möglichkeiten, weshalb Herr Catillaz die Bezeichnung als ‚Kiffer‘ durch den Sozialpädagogen gelassener nimmt, könnte zählen, dass der Sozialpädagoge früher selbst Cannabis konsumiert hat. Es scheint, als folgere Herr Catillaz daraus, dass der Sozialpädagoge wisse, wovon er spreche und die ähnlichen Erfahrungen den Sozialpädagogen dazu legitimieren, solche Aussagen zu machen. Die stigmatisierenden Anteile dieser Äusserung fallen ihm allenfalls auch weniger auf, weil dies durch den scherzhaften Umgangston erschwert wird. Hansen (2009, S. 158-160) weist darauf hin, dass Stigmatisierung, je nachdem, wie eine Situation wahrgenommen und beurteilt wird, nicht als solche identifiziert wird.

Da Herr Catillaz durch die Professionellen der Sozialen Arbeit womöglich laufend mit der Stigmatisierung und den damit einhergehenden Zuschreibungen an ‚Junkies‘ konfrontiert wird, müsste dies gemäss dem Labeling Approach dazu führen, dass er die Zuschreibung in sein Selbstkonzept und seine Identität übernimmt. Herr Catillaz beschreibt sich im Interview als offen, gutherzig sowie unzuverlässig (Herr Catillaz, Zeile 21). Unzuverlässigkeit ist offenbar tatsächlich eine Zuschreibung, die mit den Stigmata ‚Junkie‘ und ‚Kiffer‘ verbunden ist. Es könnte sein, dass sich Herr Catillaz im Laufe der Zeit mit dieser Zuschreibung identifiziert hat und jetzt von sich selbst denkt, unzuverlässig zu sein. Weil er sich damit identifiziert, unzuverlässig zu sein, könnte dies im Rahmen einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung dann tatsächlich dazu führen, dass er Aufgaben aufschiebt. Diese Vermutung wird dadurch gestützt, dass er im Interview erklärt, er neige dazu, Aufgaben aufzuschieben. Es ist jedoch auch festzuhalten, dass sich Herr Catillaz womöglich nicht vollständig mit den Stigmata

identifiziert, denn ansonsten hätte er bei der Selbstbeschreibung wahrscheinlich noch weitere Zuschreibungen eines ‚Junkies‘ und ‚Kiffers‘ erwähnt.

Dass eine Überprüfung, ob sich Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit aufgrund der Zuschreibungen tatsächlich mit den Etikettierungen identifizieren, schwierig ist, zeigt auch das Beispiel von Herrn Frick. Auch er scheint bereits die Erfahrung gemacht zu haben, als ‚Junkie‘ stigmatisiert worden zu sein. Er beschreibt sich im Interview jedoch als gewissenhaft und jemanden, der gerne arbeitet. Beide Eigenschaften scheinen nicht mit Zuschreibungen an ‚Junkies‘ vereinbar zu sein. Er erzählt zudem, er nehme für viele Dinge die Schuld auf sich. Dies könnte darauf hinweisen, dass er als ‚Junkie‘ gelernt hat, die Schuld für Probleme zu übernehmen, weil ihm dies in Folge eines moralisch-volitionalen Suchtverständnisses vermittelt wurde (vgl. Bauer, 2014, S. 11). Allerdings scheint dieser Erklärungsansatz wenig stichhaltig zu sein, weil konkrete Beispiele fehlen, woran der Identifikationsprozess belegt werden könnte. Es fällt auf, dass Gewissenhaftigkeit und Arbeitswille Antonyme von Zuverlässigkeit und Faulheit sind, welche wiederum typische Zuschreibungen der Stigmata ‚Junkie‘ und ‚Kiffer‘ darstellen. Dies könnte als Bemühung gedeutet werden, den Stigmata entgegenzuwirken. Diese Thematik wird im Kapitel 7.2.3 weiter ausgeführt.

Ähnlich wie Herr Catillaz und Herr Frick ist offenbar auch Herr Burger Vorwürfen der Professionellen der Sozialen Arbeit ausgesetzt, die sich auf seine substanzgebundene Abhängigkeit beziehen. Ihm wird insbesondere vorgeworfen, ständig unter Drogeneinfluss zu stehen. Dadurch bewegt sich Herr Burger in einem Umfeld, welches stets damit rechnet, dass er effektiv unter Drogeneinfluss steht und seine Handlungen entsprechend interpretiert. Seine Handlungs- und Interaktionsmöglichkeiten sind also eingeschränkt, weil sein gesamtes Verhalten entsprechend dieser Zuschreibung gedeutet wird und den Zuschreibungen widersprechende Verhaltensweisen nicht wahrgenommen werden. Herr Burger erzählt, dass er tatsächlich manchmal unter Drogeneinfluss Termine wahrgenommen habe, dies jedoch nicht immer der Fall war. Ein möglicher Erklärungsansatz ist, dass Herr Burger aufgrund der Zuschreibungen unter Drogeneinfluss zu den Terminen erschienen ist und es sich daher um sekundäre Devianz handelt. Überzeugender scheint jedoch, dass Herr Burger festgestellt hat, dass es schlicht keine Rolle spielt, ob er nüchtern oder unter Drogeneinfluss zum Termin erscheint. Die Meinung der Professionellen der Sozialen Arbeit scheint sich unabhängig davon nicht zu verändern. Dass er dann tatsächlich unter Drogeneinfluss zu Terminen erschienen ist, könnte also auch als Zeichen der Resignation gedeutet werden.

7.1.4 Anders- bzw. Gleichbehandlung durch die Soziale Arbeit

Um herauszufinden, ob sich die interviewten Personen durch Professionelle der Sozialen Arbeit stigmatisiert fühlen, wurden sie in den Interviews unter anderem danach gefragt, ob sie

den Eindruck hätten, anders behandelt zu werden als andere Klientinnen und Klienten. Interessant ist, dass zwei der drei oben genannten Personen, welche von Stigmatisierungserfahrungen erzählt haben, diese Frage bejahen, den Grund dafür jedoch nicht in der Stigmatisierungserfahrung sehen. Herr Catillaz und Herr Frick begründen die Andersbehandlung damit, dass alle Klientinnen und Klienten individuell seien und eine Gleichbehandlung deshalb gar nicht möglich sei (Herr Catillaz, Zeilen 213-214; Herr Frick, Zeilen 162-165). Weder Herr Catillaz noch Herr Frick haben diese Frage mit der Erfahrung in Verbindung gebracht, als ‚Junkie‘ wahrgenommen und behandelt zu werden.

Später im Interview berichtet Herr Frick, sich nicht individuell wahrgenommen, sondern mit allen Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit ‚in einen Topf geworfen‘ zu fühlen. Seiner Meinung nach sei diese Gruppe jedoch sehr vielfältig und eine Gleichbehandlung scheint er deshalb für ungerechtfertigt zu halten: „Also da gsehn ich ehrlech gseit nid mal eine oder zwöi Töpf wo mir drinn sind.“ (Herr Frick, Zeilen 149-152)

Herr Burger beantwortete die Frage nach der Andersbehandlung in Bezug auf seine aktuelle Sozialarbeiterin des Sozialdienstes. Er erzählt, dass sie zu Beginn ihrer Zuständigkeit gar nicht gewusst habe, dass er an einem Substitutionsprogramm teilnehme. Als sie dies erfahren habe, habe sich die Zusammenarbeit mit ihr nicht geändert, sondern sie habe ihn so behandelt, wie zuvor und er denke auch nicht, dass sie nun Vorurteile ihm gegenüber habe (Herr Burger, Zeilen 605-610).

Die drei weiteren interviewten Personen berichten nicht explizit von Stigmatisierungserfahrungen durch Professionelle der Sozialen Arbeit. Darauf angesprochen, ob sie bereits einmal mit Vorurteilen ihrer zuständigen Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter beziehungsweise Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen konfrontiert wurden, konnten sie dies jedoch auch nicht ausschliessen. So erzählt beispielsweise Herr Ernst, dass er es sich allgemein vorstellen könne, dass Professionelle der Sozialen Arbeit Vorurteile hätten, dies jedoch auf jene Sozialarbeitende, mit denen er aktuell zu tun habe, nicht zutrefe (Herr Ernst, Zeilen 233-236). Auch Herr Dähler fallen keine solchen Situationen ein, er kann sich aber Vorurteile gegenüber Sozialhilfebeziehenden vorstellen (Herr Dähler, Zeilen 144-145; 198-204). Herr Ammann schliesst Vorurteile oder eine Andersbehandlung von Professionellen der Sozialen Arbeit ihm gegenüber aus. Er erzählt jedoch, dass sich Kolleginnen und Kollegen aus dem betreuten Wohnen schon so gefühlt hätten, weil Beschuldigungen immer an die gleichen Personen gerichtet wurden (Herr Ammann, Zeilen 140-148).

Interpretation und Theoriebezug

Das von Herr Catillaz und Herr Frick beschriebene Misstrauen der Sozialarbeitenden ihnen gegenüber und ihre Stigmatisierungserfahrungen würden dafürsprechen, dass sie anders

behandelt worden sind als andere Klientinnen und Klienten. Es stellt sich die Frage, weshalb Herr Catillaz und Herr Frick diese Form von Andersbehandlung nicht als Stigmatisierung bewerten. Dass alle Menschen individuell seien und eine Gleichbehandlung folglich nicht möglich sei, ist für sie womöglich eine relevante Haltung, die sich im Handeln widerspiegeln sollte. Folglich wäre eine Andersbehandlung durch die Professionellen der Sozialen Arbeit Ausdruck dafür, dass diese die gleiche Haltung (individuelle Behandlung) vertreten. Die Haltung der beiden Klienten würde in diesem Fall mit jener der Professionellen der Sozialen Arbeit übereinstimmen. Dies würde erklären, weshalb die Klienten eine Andersbehandlung positiv deuten. Im Umkehrschluss müssten sie eine Gleichbehandlung negativ bewerten. Darauf weist die spätere Aussage von Herrn Frick hin, dass es ihn störe, mit allen Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit ‚in einen Topf geworfen zu werden‘. Eine Andersbehandlung in Form von individueller Behandlung scheint für Herrn Catillaz und Herrn Frick also sinnvoll zu sein. Eine Andersbehandlung in Form von Benachteiligung aufgrund der substanzgebundenen Abhängigkeit empfinden sie jedoch als illegitim. Die Wahrnehmung von Herrn Frick, mit allen Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit ‚in einen Topf geworfen‘ zu werden, bestätigt den Fremdgruppenhomogenitätseffekt nach Aydin und Fritsch (2015, S. 248), der erklärt, dass Heterogenität in einer scheinbar homogenen Gruppe von den Beobachtenden nicht zugelassen wird.

Herr Burger scheint die Gleichbehandlung nicht als Abweichung einer von ihm vertretenen Haltung zu deuten, sondern als Zeichen dafür, nicht *benachteiligend anders* behandelt zu werden. Er interpretiert die Frage also anders als Herr Catillaz und Herr Frick. An diesem Beispiel kann zudem aufgezeigt werden, wie die Sozialarbeiterin dem Doing Addiction entgegenzuwirken scheint. Auch nachdem sie von der Substitution erfährt, scheint sie Herrn Burger nicht nach einer bestimmten Kategorie zu beurteilen, sondern nimmt die Substitution zur Kenntnis und behandelt ihn weiterhin so wie zuvor.

Es sind unterschiedliche Gründe dafür denkbar, weshalb die Hälfte der interviewten Personen über keine Stigmatisierungserfahrungen mit Professionellen der Sozialen Arbeit erzählen konnten. Möglich ist, dass sie mit Professionellen der Sozialen Arbeit in Kontakt sind, die eine Sensibilität für Abhängigkeit und Stigmatisierung aufweisen. Gerade in Einrichtungen der Suchthilfe (z.B. Interviewort) dürfte eine solche Sensibilität erwartet werden. Allerdings haben die interviewten Personen alle auch Kontakte zu Professionellen der Sozialen Arbeit ausserhalb der Suchthilfe, wo die Sensibilität dafür geringer ausfallen könnte. Denkbar ist auch, dass Stigmatisierungserfahrungen gar nicht mehr so klar benannt werden können, weil sie schon über längere Zeit oder auf subtile Art und Weise stattfindet. Diese Vermutung bestätigt Hansen (2009, S. 159), die darauf hinweist, dass selbst Personen, die von

Gleichwertigkeit überzeugt sind (z.B. Professionelle der Sozialen Arbeit), subtile oder unbewusste Formen von Diskriminierung anwenden. Die Betroffenen scheinen für stigmatisierende Verhaltensweisen der Professionellen der Sozialen Arbeit jedoch auch Gründe zu suchen, die nichts mit der Abhängigkeit zu tun haben und beziehen solche Verhaltensweisen auf die Verfassung der Sozialarbeitenden. So beispielsweise Herr Frick, der trotz Stigmatisierungserfahrungen Verständnis dafür zeigt, wenn Professionelle der Sozialen Arbeit einen schlechten Tag haben oder erschöpft sind (Herr Frick Zeilen 154-158).

7.2 Auswirkungen der Stigmatisierungserfahrungen

Das folgende Kapitel fasst die Kategorien eins bis drei, sowie fünf bis sieben des Kategoriensystems zusammen. Es wird aufgezeigt, inwiefern sich die interviewten Personen aufgrund von Stigmatisierungserfahrungen mit ihrer substanzgebundenen Abhängigkeit identifizieren und zu welchen anderen stigmatisierten Gruppen sie sich zugehörig fühlen oder von welchen sie sich abgrenzen wollen. Zudem wird geklärt, inwiefern sie sich selbst an gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen orientieren und sich diesen anpassen wollen. Schliesslich wird aufgezeigt, welche Rolle die Soziale Arbeit in diesem Zusammenhang einnimmt.

7.2.1 Identifikation mit der substanzgebundenen Abhängigkeit

Um herauszufinden, wie weit fortgeschritten der Prozess des Labelns und der darauffolgenden Identifikation mit der zugeschriebenen, abweichenden Rolle ist, sollten die interviewten Personen sich selbst beschreiben. Keine der interviewten Personen nennt die substanzgebundene Abhängigkeit oder ‚Suchtverhalten‘, um sich selbst zu beschreiben. Stattdessen beschreiben sie sich vorwiegend mit positiv bewerteten Begriffen wie kontaktfreudig, geduldig und hilfsbereit (z.B. Herr Ammann, Zeilen 35-36).

Interpretation und Theoriebezug

Aus diesen Selbstbeschreibungen könnte geschlossen werden, dass sich die interviewten Personen selbst kaum damit identifizieren, ‚süchtig‘ und ‚abweichend‘ zu sein. Dies würde gegen die Theorie des Labeling Approachs sprechen. Selbst wenn die interviewten Personen etikettiert und stigmatisiert werden, hätte das in diesem Fall nicht zur Annahme der abweichenden Identität geführt, wie es der Labeling Approach besagt.

Dagegen spricht jedoch, dass andere Aussagen aus den Interviews sehr wohl darauf hinweisen, dass es zur Annahme der Zuschreibungen und somit zu einer Identitätsübernahme als abweichende Person kommt (vgl. Herr Catillaz, der sich als unzuverlässig beschreibt). Ebenso kann es durchaus sein, dass die Internalisierung der Zuschreibungen und die neue Selbstdefinition als ‚süchtige, abweichende‘ Person bereits so weit fortgeschritten ist, dass es

für die Person normal, unbewusst und nicht mehr explizit erwähnenswert ist (so, wie Einige bei der Selbstbeschreibung nicht erklären würden, sie seien eine Frau oder ein Mann).

Zudem könnte es der Interviewsituation geschuldet sein, dass vorwiegend positiv konnotierte Begriffe verwendet wurden, um sich selbst zu beschreiben. Der Vorstellungsgespräch-Charakter der Frageformulierung könnte dazu geführt haben, dass die interviewten Personen zuerst die als positiv bewerteten Eigenschaften von sich präsentieren wollten. Möglich ist auch, dass es den interviewten Personen überflüssig erschien, die substanzgebundene Abhängigkeit zu erwähnen, da die Interviews in der Opioidagonistischen Behandlung durchgeführt wurden und somit bekannt war, dass eine Abhängigkeit besteht.

7.2.2 Identifikation bzw. Abgrenzung von weiteren stigmatisierten Gruppen

Was stattdessen in mehreren Interviews immer wieder thematisiert wird, ist eine Identifikation mit oder eine Abgrenzung von weiteren stigmatisierten Gruppen wie ‚den Obdachlosen‘ oder ‚den faulen Sozialhilfebeziehenden‘. Die Intensität der Abgrenzungsbemühung von den substituierten Personen gegenüber obdachlosen und strassendrogen-konsumierenden Personen reicht bis zur Stigmatisierung, indem die gesamte Gruppe beispielsweise als ungepflegt und ‚kaputt‘ bezeichnet wird: „S’tuet mr leid, aber sie gönd kaputt, sie kauft ke Kleider, sie stinke.“ (Herr Burger, Zeilen 230-231)

Gegenüber der Gruppe der Sozialhilfebeziehenden geschieht durch Herrn Dähler und Herrn Catillaz zunächst eine Identifikation, indem sie sich selbst als *schwierige* oder *komplizierte* „Sozialfäll“ (Herr Dähler, Zeile 162) bezeichnen: „Villich bi ig eifach e schwirige Fau.“ (Herr Catillaz, Zeile 147). Beide interviewten Personen glauben, die Professionellen der Sozialen Arbeit würden sie mit diesen Worten bezeichnen, obwohl sie dies nie explizit von ihnen gehört haben.

Durch Herrn Frick ist eine starke Abgrenzung gegenüber denjenigen Sozialhilfebeziehenden erkennbar, welche nicht arbeiten und *nur von der Sozialhilfe profitieren*: „[Meine Arbeit in der Gärtnerei im Arbeitsintegrationsprogramm] isch nid eifach so zeichne zum Zit verbringe (..) es isch ä nützlechi Arbeit, sogar mit ökologischem Hintergrund und ja mis Soz isch mi Lohn, das verdieneni und das hilft mir fürs Sälbstertraue.“ (Herr Frick, Zeilen 43-44)

Interpretation und Theoriebezug

Dass alle interviewten Personen von sich aus verschiedene Personenkategorien angesprochen haben, zeigt, dass sie sich zu mehreren stigmatisierten Gruppen zugehörig fühlen oder gefühlt haben und bestätigt die Aussage von Götz (2004, S. 168), dass Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit meist Trägerinnen und Träger mehrerer Stigmata sind.

Die von den interviewten Personen angesprochenen Gruppen sind: ‚die Süchtigen‘, ‚die Obdachlosen‘, ‚die Sozialhilfebeziehenden‘ und / oder ‚die Kriminellen‘. So erklärt Herr Frick beispielsweise: „Es isch eifach würllich nid liecht gsi, wil ja, plötzlich gsehsch, bisch süchtig, muesch zu Gäld cho (...) und ich bi süsch nid en (...) en Kriminelle (. . .)“ (Herr Frick, Zeilen 104-105). Die Aussage verweist darauf, dass bei einer Abhängigkeit von illegalisierten Substanzen zu illegalen Mitteln gegriffen werden muss, um die Substanz zu beschaffen. In der Suchthilfe ist es ein häufig diskutierter Punkt, dass die Drogenpolitik, statt die Abhängigkeit zu eliminieren, die damit einhergehenden Probleme nur noch verschlimmert. Die Prohibition verstärkt die negativen Folgen für die Individuen (Beschaffungskriminalität führt zu Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit etc.) und hat auch Auswirkungen auf die Bevölkerung (steigende Kriminalitätsrate, Zunahme sozialer Probleme etc.). Zudem ist eine Abgrenzung gegenüber kriminellen Personen zu erkennen. Herr Frick erklärt, vor der substanzgebundenen Abhängigkeit *kein* ‚Krimineller‘ gewesen zu sein und deutet an, aufgrund des Beschaffungsdrangs und der Geldnot zu ‚einem Kriminellen‘ geworden zu sein. Die Pausen in diesem Satz und die betroffene Art und Weise, wie er den Begriff „en Kriminelle“ (Herr Frick, Zeile 105) ausgesprochen hat, vermittelte den Eindruck, dass ihm dies sehr schwerfällt und ihm die Bezeichnung als ‚Krimineller‘ widerstrebt. Auch dies könnte eine zuvor von ihm angesprochene „Etikette“ (Herr Frick, Zeile 62) darstellen, welche er zu tragen spürt, ihm jedoch widerstrebt.

Zur Aussage von Herrn Burger ist festzuhalten, dass Obdachlosigkeit häufig mit einem (erneuten) Abrutschen in die Drogenszene und mit dem Konsum von Strassendrogen in Verbindung gebracht wird. Davon scheinen sich substituierte Personen unbedingt abgrenzen zu wollen. Einige der Befragten haben bereits die Erfahrung gemacht, „uf dr Gass“ (Herr Burger, Zeilen 333-334) zu leben und beurteilen ihr heutiges Leben *mit* der Substitution als wesentlich angenehmer und stabiler. Die Abgrenzungsbemühung ist besonders vor dem Hintergrund nachvollziehbar, dass die meisten substituierten Personen zuerst viele Jahre mit substanzgebundener Abhängigkeit, Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit und in prekären Lebenssituationen verbringen und es enorme Überwindung und Entwicklung braucht, bis sie sich bei einer Opioidagonistischen Behandlung anmelden und den Konsum der Strassendrogen ganz abbauen. Im Vergleich zu diesen früheren Lebenslagen, in denen die Abhängigkeit und die Substanzbeschaffung sehr dominant waren, scheint dies in ihrem heutigen Alltag weniger präsent. Dadurch fällt womöglich auch die Identifikation als ‚süchtige‘ Person im Vergleich zu früher geringer aus.

Interessant ist auch die Formulierung von Herrn Burger, mit der er seine Aussage beginnt: „S’tuet mr leid (. . .)“ (Herr Burger, Zeile 230). Es stellt sich die Frage, was genau ihm leidt. Einerseits könnten ihm die obdachlosen Personen leidtun, da er selbst weiss, wie prekär ihre

Lebenslagen sein können. Die Formulierung kann ein Hinweis darauf sein, dass ihm bewusst ist, dass es anderen Personen (noch) schlechter geht als ihm und sie einem deshalb noch mehr Leid tun können. Dies würde für eine Abgrenzung sprechen, indem er sich selbst als ‚weniger bedauernswert‘ beziehungsweise als ‚besser dran‘ betrachtet.

Andererseits kann es ihm leid tun, was er über die Personengruppe sagt oder das Gefühl hat, sagen zu müssen (kaputt, stinken). Auch dies spricht für eine Abgrenzung von der Personengruppe. Er könnte mit der Formulierung ausdrücken wollen, dass es ihm nicht recht ist, sich so abzugrenzen beziehungsweise die Gruppe nun selber zu stigmatisieren.

Es kann auch interpretiert werden, dass Herr Burger seine stigmatisierende und beleidigende Aussage durch die Formulierung abschwächen will, vor allem vor dem Hintergrund der Interviewsituation. Er könnte glauben, dass die beiden angehenden Professionellen der Sozialen Arbeit, die ihn interviewen, eine solche beleidigende Aussage gegenüber obdachlosen Personen nicht gutheissen würden. Die Formulierung „S'tuet mr leid, aber (. . .)“ (Herr Burger, Zeilen 230) funktioniert daher wie eine Abschwächung seiner darauffolgenden Worte und macht ihn für die beleidigende Aussage weniger anklagbar. Ähnlich funktionieren im Schweizerdeutschen beliebte Aussagen wie „Nicht böse gemeint, aber ...“ oder „Nimm's nicht persönlich, aber...“ und danach folgen sehr wohl persönliche oder beleidigende Aussagen.

Die Begriffe ‚Fall‘ und ‚Sozialfall‘ wurden von den beiden interviewten Personen wie selbstverständlich und nebenbei im Interview verwendet, um sich selbst zu bezeichnen. Diese Unbewusstheit weist auf eine starke Internalisierung der Etikette ‚Sozialfall‘ hin, die sich durch eine permanente, unterschwellige Stigmatisierung und Diskriminierung entwickeln kann. Aus dem Selbststigma schliessen die beiden interviewten Personen dann offenbar wiederum auf die Fremdwahrnehmung ihrer Sozialarbeitenden und Sozialpädagoginnen und -pädagogen und erwarten bereits, als ‚schwierigen Sozialfall‘ wahrgenommen und stigmatisiert zu werden, selbst wenn diese Begriffe noch gar nicht explizit geäussert wurden. Dies zeigt den wechselwirkenden, prozesshaften Charakter der Fremd- und Selbststigmatisierung auf, der insbesondere durch Kostrzewa (2018, S. 2) beschrieben wird.

Zusätzlich spannend ist, dass sie sich nicht nur als ‚Fall‘, sondern auch als ‚Sozialfall‘, also als Fall für die Sozialhilfe bezeichnen. Dies impliziert, dass sie Klienten der Sozialen Arbeit sind *und* nicht selbst für ihren Lebensunterhalt sorgen können. Durch Stigmatisierung durch die Bevölkerung oder durch Schlagzeilen in den Medien sind die Begriffe ‚Fall‘ und ‚Sozialfall‘ allgemein bekannt. Dies führt dazu, dass die Klientinnen und Klienten diese Begriffe auf sich beziehen und irgendwann als Bezeichnungen für sich selbst akzeptieren und womöglich unbewusst in den eigenen Wortgebrauch aufnehmen. Dies geschieht selbst dann, wenn die

Professionellen der Sozialen Arbeit dies Begriffe nicht vor den Klientinnen und Klienten benutzen, wie es Herr Dähler und Herr Catillaz bestätigen.

Die letzte Aussage von Herrn Frick, in der er seine eigene, nützliche und harte Arbeit mit einem simplen Zeitvertrieb oder Arbeitslosigkeit vergleicht, verdeutlicht wiederum die ausgeprägte Abgrenzung von stigmatisierten Gruppen. Aus dieser und ähnlichen Aussagen kann geschlossen werden, dass die interviewten Personen befürchten, als ‚faule Sozialhilfebeziehenden‘ abgestempelt zu werden. Um diesem Stigma entgegenzuwirken, bemüht sich beispielsweise Herr Frick um nützliche Arbeit, mit welcher er die Sozialhilfe verdienen kann. Um sein Selbstvertrauen *als Sozialhilfebeziehender* zu stärken, ist es offenbar notwendig, einen Arbeitsplatz vorweisen zu können und einen nützlichen Beitrag an die wirtschaftliche Wertschöpfung zu leisten.

Abgrenzungsbemühungen sind in mehreren Interviews an diversen Stellen immer wieder erkennbar und sind damit beinahe omnipräsent. Allerdings ist festzuhalten, dass von den interviewten Personen kaum explizit erwähnt wurde, dass sie sich von stigmatisierten Gruppen abgrenzen möchten. Es handelt sich eher um Hinweise und Schlussfolgerungen, die infolge der Interpretation und des Theoriebezugs gemacht werden. Die Abgrenzung von stigmatisierten Gruppen scheint im Leben der Betroffenen zwar viel Raum einzunehmen, im Gespräch wurde jedoch der Eindruck erweckt, dass dies wenig bewusste Vorgänge sind. Es kann dennoch festgehalten werden, dass es den interviewten Personen sehr wichtig ist, sich möglichst positiv darzustellen und sich beispielsweise in Form von Arbeit und Lohn, Gesetzesachtung und festem Wohnsitz auch als vollwertige Mitglieder der Gesellschaft zu beweisen.

7.2.3 Anpassungsleistungen an Normalitätsvorstellungen

Obwohl die interviewten Personen völlig frei auf die Frage zur Selbstbeschreibung antworten konnten und unabhängig voneinander interviewt wurden, fällt auf, dass die Eigenschaften Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit sowie Produktivität und Arbeitswille und ihre jeweiligen Gegenteile besonders oft genannt wurden (z.B. Herr Ernst, Zeile 48). Die interviewten Personen verwendeten diese Eigenschaften nicht nur zur Selbstbeschreibung, sondern auch als Antwort auf die Frage, was die Professionellen der Sozialen Arbeit über sie sagen würden.

Von mehreren der interviewten Personen wurde angesprochen, dass Erwerbslosigkeit zu Obdachlosigkeit führen kann und dies wiederum dafür sorgt, in Kontakt mit der Drogenszene zu kommen und Strassendrogen zu konsumieren. Wird die Polizei darauf aufmerksam, kann dies zu Bussen beziehungsweise Gefängnisstrafen führen. Herr Burger beschreibt diesen Prozess als Teufelskreis (Herr Burger, Zeilen 224-233). Die interviewten Personen lassen in

ihren Aussagen wiederholt Bemühungen erkennen, aus diesem Teufelskreis auszubrechen und ein Leben mit festem Wohnsitz und geregelterm Alltag zu führen.

Die interviewten Personen wurden während den Interviews danach gefragt, welche Bedeutung und Funktion die Opioidagonistische Behandlung für ihr Leben hat. Mehrere Personen antworteten darauf ähnlich wie Herr Burger: „Dass ig funktioniere, dass ig cha schaffe und damit dass ig am Morge cha ufstah und schaffe“ (Herr Burger, Zeile 217).

Interpretation und Theoriebezug

Die Eigenschaften Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit sowie Produktivität und Arbeitswille scheinen für die interviewten Personen eine besondere Bedeutung zu haben. Wer sich schon als zuverlässig und pünktlich sieht und einer Arbeit nachgeht oder zumindest nachgehen will, scheint dies besonders hervorzuheben. Wer unzuverlässig, unpünktlich und erwerbslos ist, scheint danach zu streben, diese Eigenschaften zu verändern und beispielsweise eben doch noch zuverlässig zu werden. Wie Götz (2004, S. 168) betont, handelt es sich bei diesen drei Eigenschaften um traditionelle Tugenden beziehungsweise gesellschaftliche Normen, deren Erfüllung besonders hoch gewichtet wird. Zugleich sind die Gegenteile davon, also Unzuverlässigkeit, Unpünktlichkeit und Faulheit, typische Zuschreibungen an Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit und können auf das Stigma ‚Junkie‘ zurückgeführt werden. Die Tendenz der interviewten Personen, sich mit genau diesen gesellschaftlich positiv konnotierten Begriffen zu beschreiben, spricht dafür, dass sie sich der Wichtigkeit dieser Normen sehr bewusst sind. Sich beispielsweise als zuverlässig zu beschreiben, könnte dementsprechend als Anpassung an diese gesellschaftlichen Normen gedeutet werden. Es scheint ausserdem möglich, dass die interviewten Personen, wenn auch unbewusst, wissen, dass ihnen solche Eigenschaften aufgrund der Stigmatisierung als ‚Junkie‘ abgesprochen werden. Durch die Hervorhebung, eben doch zuverlässig und pünktlich zu sein, könnten sie sich von diesem Vorurteil distanzieren.

Mehrere der interviewten Personen vermuten, dass sie von Professionellen der Sozialen Arbeit als unzuverlässig oder unpünktlich beschrieben werden würden. Diese Vermutung kann als Bestätigung dafür gesehen werden, dass sich Professionelle der Sozialen Arbeit an gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen orientieren und im Rahmen ihrer Tätigkeit versuchen, die Klientinnen und Klienten *darauf passend zu machen*. Die Bemühung, sich gesellschaftlichen Normen anzupassen, ist deshalb womöglich nicht nur intrinsisch in den Klientinnen und Klienten selbst angelegt, sondern extrinsisch durch die Professionellen der Sozialen Arbeit motiviert. Professionelle der Sozialen Arbeit können dementsprechend dazu

beitragen, gesellschaftliche Normen zu reproduzieren und Abweichungen davon zu problematisieren.

Ähnlich wie die Selbstbeschreibungen mit gesellschaftlich positiv konnotierten Begriffen, können auch die Bemühungen der interviewten Personen, aus dem erwähnten Teufelskreis auszubrechen und beispielsweise einen festen Wohnsitz zu haben, als Anpassungsleistungen an die etablierten Normalitätsvorstellungen gedeutet werden. Dies wird durch die Feststellung von Götz (2004, S. 171) gestützt, dass stigmatisierte Personen häufig versuchen, ihr Stigma abzuschwächen, indem sie sich zum Beispiel ganz besonders wie ‚die Normalen‘ verhalten und Normalität im Alltag herstellen oder wiederherstellen möchten. Durch die Herstellung eines scheinbar ‚normalen‘ Lebens (mit festem Wohnsitz, Erwerbstätigkeit etc.) wird das Stigma der Abhängigkeit abgeschwächt oder allenfalls sogar erfolgreich verborgen. Die genannten Anpassungsleistungen an die etablierten Normalitätsvorstellungen können somit Strategien des Stigma-Managements darstellen (vgl. Kapitel 4.5).

Der Einstieg in den beschriebenen Teufelskreis scheint aus Sicht der interviewten Personen durch Erwerbslosigkeit verursacht zu werden. ‚Normal‘ zu sein oder sich den gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen anzugleichen, scheint für sie deshalb vor allem zu bedeuten, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Zumindest die Opioidagonistische Behandlung dient für sie offenbar dem Zweck, funktionieren und arbeiten gehen zu können. Insbesondere Herr Burger scheint den Aspekt der Arbeit hervorzuheben, weil er zweimal formuliert, durch die Opioidagonistische Behandlung morgens aufstehen und zur Arbeit erscheinen zu können. Daraus folgt, dass die Opioidagonistische Behandlung nicht einfach nur den Zweck hat, funktionieren und arbeiten gehen zu können, sondern sich als ‚normale‘ Person mit einem ‚normalen‘ Alltag zu *zeigen*. Die Teilnahme an einer Opioidagonistischen Behandlung kann daher ebenfalls als Anpassungsleistung dafür gesehen werden, sich den gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen anzunähern.

Die Norm, einer Arbeit nachzugehen, scheinen die interviewten Personen soweit internalisiert zu haben, dass es für sie ‚normal‘ ist, erwerbstätig zu sein und sie Erwerbslosigkeit als Abweichung dieser Normalität verstehen. Dies scheint insofern paradox zu sein, weil jene Normalitätsvorstellungen, die sie verinnerlicht haben und woran sie sich orientieren, auch jene sind, anhand deren sie stigmatisiert und ausgegrenzt werden. Es stellt sich die Frage, weshalb sie diese Norm dennoch akzeptieren und so stark übernehmen. Grund dafür kann einerseits in ihrer Sozialisation liegen. Denn auch sie sind Mitglieder einer bestimmten Gesellschaft, wachsen darin auf und lernen, bestimmte Normen zu internalisieren. Gerade in der Schweiz werden Arbeit und Leistung enorm hoch angesehen und sind für viele Menschen

identitätsstiftend. Andererseits sind die interviewten Personen seit bis zu 24 Jahren in Institutionen der Sozialen Arbeit integriert, die sie in die bestehenden Normalitätsvorstellungen passend machen wollen. Mittel dazu sind sehr oft Arbeitsintegrationsprogramme oder geregelte Tagesstrukturen, die sicherstellen sollen, auf irgendeine Weise produktiv zu sein. Durch das Wirken der Sozialen Arbeit werden die interviewten Personen also auch ständig damit konfrontiert, wie wichtig es ist, einer Arbeit nachzugehen. Dies kann dazu beitragen, dass sie diese Norm weiter verinnerlichen. Im Rahmen von Interventionen der Sozialen Arbeit werden häufig auch entsprechende (normorientierte) Ziele vereinbart, welche die Klientinnen und Klienten in einem bestimmten Zeitraum erreichen sollten. Können diese nicht erreicht werden, führt dies zu Enttäuschung, wie Herr Frick erklärt: „Und denn tūe mir so Ziel setzt und wenn ich (...) wenn ich denn sālber nid das ha erreicht ähm, denn bini enttūscht“ (Herr Frick, Zeilen 112-113). Die Enttäuschung könnte dabei nicht nur in der Nicht-Erreichung eines bestimmten Ziels liegen, sondern der Misserfolg könnte auch als Ausdruck dafür gedeutet werden, den Normalitätsvorstellungen noch nicht genügend zu entsprechen, also noch nicht ‚genug normal‘ zu sein.

7.3 Praxis der Sozialen Arbeit aus Sicht der interviewten Personen

In diesem Kapitel werden die Kategorien vier sowie elf bis dreizehn des Kategoriensystems zusammengefasst. Die interviewten Personen berichten in den Interviews darüber, was sie an der Zusammenarbeit mit Professionellen der Sozialen Arbeit mögen, was sie als negativ wahrnehmen und wo sie Verbesserungspotenzial sehen.

7.3.1 Aussagen zu methodischen und strukturellen Bedingungen

Alle interviewten Personen betrachten es als elementar, dass sie von Professionellen der Sozialen Arbeit Hilfe und Unterstützung erhalten und sich bei Problemen an sie wenden können. Diese Erfahrungen machen grundsätzlich alle der interviewten Personen. So stellt beispielsweise Herr Dähler fest, dass er sich bei Problemen an seine Sozialarbeiterin aus der Opioidagonistischen Behandlung oder seinen Sozialarbeiter auf dem Sozialdienst wenden könne, weil diese ihm Offenheit und Bereitschaft vermitteln, über Probleme sprechen zu können und gemeinsam nach Lösungen dafür zu suchen (Herr Dähler, Zeilen 74-78, 122-124). Auch Herr Burger schätzt an seiner Sozialarbeiterin, dass sie ihm hilfreiche Empfehlungen gibt und ihn in administrativen Belangen unterstützt. Allerdings vergesse sie viele Dinge oder halte Versprochenes nicht ein, wodurch er sich nicht ernstgenommen fühle (Herr Burger, Zeilen 665-668). Herr Burger tönt explizit an, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit tendenziell zu wenig Zeit oder Kapazität für seine Anliegen haben.

Auch Aussagen von Herrn Ammann und Herrn Catillaz weisen auf dieses Ressourcenproblem der Sozialen Arbeit hin. So erzählt Herr Ammann, es gäbe Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, welche ihn *nur als Arbeit* betrachtet hätten: „Si bespräche am Abe, wasde

gmacht hesch und du bisch für si nume e Bericht.“ (Herr Ammann, Zeilen 95-98) Er hätte sich gewünscht, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen hätten ihm mehr Zuwendung entgegengebracht (Herr Ammann, Zeilen 104-111). Herr Catillaz ergänzt, dass bestimmte Sozialdienste den Ruf hätten, ihre Klientinnen und Klienten nur als „Numero“ (Herr Catillaz, Zeilen 127) zu behandeln (Zeilen 125-128). Dieser stellt zudem fest, seine ehemalige Sozialarbeiterin hätte nur das Nötigste für ihn gemacht (Herr Catillaz, Zeile 121-122). Im Gegenzug dazu wird es von den interviewten Personen besonders positiv hervorgehoben, wenn sie den Eindruck erhalten, die Leistungen der Professionellen der Sozialen Arbeit würden über das Nötigste hinausgehen (z.B. Herr Burger, Zeilen 435-439).

Zwei der interviewten Personen erzählen, dass sie sich von Situationen, in denen sie mit mehr als einer Person der Sozialen Arbeit zu tun haben, gestresst fühlen. Zu diesen Situationen zählen insbesondere Standort- oder Netzgespräche. Herr Dähler erklärt, dass dies daran läge, dass alle Personen *nur für seinen Fall* zusammenkämen und er sich dadurch so gestresst fühle, dass er vergesse, was er eigentlich an einem solchen Netzgespräch sagen wollte (Herr Dähler, Zeilen 83-109). Auch bei Herrn Catillaz lösen die Netzgespräche Stress aus, weil er sich aufgrund der Anwesenheit mehrerer Personen unter Druck gesetzt fühlt (Herr Catillaz, Zeilen 96-97).

Interpretation und Theoriebezug

Die Aussagen von Herrn Ammann, Herrn Burger und Herrn Catillaz können auf fehlende zeitliche Ressourcen der Professionellen der Sozialen Arbeit hinweisen. Dass Zeit in der Sozialen Arbeit ein knappes Gut ist, scheint unter Professionellen der Sozialen Arbeit bekannt zu sein und weist auf strukturelle Probleme hin, mit der sich Soziale Arbeit konfrontiert sieht.

Herr Burger beschreibt, dass die Sozialarbeiterin auf dem Sozialdienst vergesslich sei und Abmachungen nicht einhalte. Möglich ist, dass die Sozialarbeiterin aufgrund der hohen Fallbelastung in der Sozialhilfe zu wenig Zeit dafür hat, sich an alle Versprechungen zu erinnern oder Vereinbartes zu erledigen. Diese strukturelle Herausforderung der Sozialarbeiterin vermittelt Herrn Burger schliesslich das Gefühl, nicht ernstgenommen zu werden. Nicht ernstgenommen zu werden bezieht Herr Burger in diesem Fall also nicht auf sich als Person mit substanzgebundener Abhängigkeit, weshalb es sich nicht als Stigmatisierung deuten lässt. Eine gewagte Hypothese, weshalb die Sozialarbeiterin Vieles vergisst, ist hingegen die Vermutung, dass sie nicht mehr Zeit in ihn investieren möchte. Gerade in der Sozialhilfe könnte sorgfältig abgewägt werden, welche der sowieso schon knappen Ressourcen, seien dies nun Geld oder Zeit, in Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit investiert werden. Wird davon ausgegangen, dass

Probleminterpretationen von Institutionen der Sozialen Arbeit aufgrund von Doing social Problems durch gesellschaftliche Vorstellungen von Abhängigkeit geprägt sind, könnten Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit in der Sozialhilfe als defizitär beurteilt werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine solche defizitäre Person von der Sozialhilfe ablösen kann, könnte als nicht sehr hoch beurteilt werden, was zur Folge hätte, dass auch weniger in sie investiert wird.

Herr Ammann und Herr Catillaz beschreiben, sich von den Professionellen der Sozialen Arbeit nicht als Individuen, sondern als Bericht oder Nummer wahrgenommen zu fühlen. Sie beziehen diese Aussagen jeweils nicht eindeutig auf die zeitlichen Ressourcen, sondern scheinen fehlende Wertschätzung dafür verantwortlich zu machen, nicht individuell wahrgenommen zu werden. Fehlende Wertschätzung könnte aber Folge davon sein, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit nicht über die Zeit dafür verfügen, ein Gespräch ressourcen- und lösungsorientiert zu gestalten. In Arbeitsfeldern, in denen hauptsächlich finanzielle Notlagen oder prekäre Lebenssituationen im Zentrum stehen, sind Gespräche womöglich eher problemorientiert und werden deshalb als wenig wertschätzend wahrgenommen. Herr Ammann bezieht sich in seiner Aussage auf ein betreutes Wohnen, wo die Alltagsnähe höher zu sein scheint als beispielsweise auf einem Sozialdienst. Möglicherweise sind auch da die zeitlichen Ressourcen der Professionellen der Sozialen Arbeit zu knapp bemessen, um individuell auf die Klientinnen und Klienten einzugehen. Allerdings könnte fehlende Zuneigung, wie sie Herr Ammann erlebt hat, auch dem Spannungsfeld von Nähe und Distanz geschuldet sein. Dieses manifestiert sich insbesondere in der Sozialpädagogik, wo Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen besonders nahe am Alltag der Klientinnen und Klienten teilnehmen. Es ist möglich, dass sie deswegen besonders sensibel dafür sind, nicht *zu viel* Nähe zuzulassen. Diese Sensibilität könnte jedoch auch dazu führen, nicht *genügend* Nähe zuzulassen.

Sinn und Zweck von Netz- und Standortgesprächen ist, dass alle involvierten Fachpersonen zusammenkommen und mit der Klientin oder dem Klienten über ihre oder seine aktuelle Situation sprechen. Dies soll ermöglichen, dass die Beteiligten gut und in Übereinstimmung miteinander zusammenarbeiten und sollte deshalb auch im Interesse der Klientel liegen. Es scheint sehr wichtig zu sein, dass die Gespräche *mit* den Klientinnen und Klienten zusammen stattfinden, denn es soll nicht *über* sie, sondern *mit* ihnen gesprochen werden. Dies kann als Zeichen dafür gedeutet werden, dass Klientinnen und Klienten zugetraut wird, als Expertin oder Experte für sich selbst einzutreten. Netz- oder Standortgespräche ohne die Klientinnen und Klienten könnten als Zeichen der Bevormundung gedeutet werden. Situationen, in denen mehrere Personen zusammenkommen und über einen sprechen, sind generell nicht

angenehm und können Stress auslösen. Dennoch sollte dies als Hinweis aufgefasst werden, die Gesprächsführung methodisch zu überprüfen. Professionelle der Sozialen Arbeit oder auch andere Fachpersonen, die solche Gespräche leiten, sollten sensibel dafür sein, dass solche Situationen für die Klientinnen und Klienten herausfordernd sind. Zu Beginn des Gesprächs sollte deshalb beispielsweise geklärt werden, weshalb genau ein solches Gespräch stattfindet und was dessen Ziel ist. Dies kann dazu beitragen, dass Klientinnen und Klienten entlastet werden.

7.3.2 Zentrale Punkte und Verbesserungsvorschläge für die Zusammenarbeit

Die meisten der interviewten Personen äussern, dass ihnen eine vertrauensvolle und urteilsfreie Atmosphäre in der Zusammenarbeit mit Professionellen der Sozialen Arbeit wichtig ist. Herr Burger und Herr Frick erzählen, dass ein Vertrauensverhältnis davon geprägt sein müsse, ihnen in Bezug auf die substanzgebundene Abhängigkeit keine Vorwürfe zu machen. Beide beschreiben, dass sie sich vor solchen Vorwürfen mittels Lügen schützen würden.

Herr Frick erklärt, er müsse darauf vertrauen können, dass Rückfälle im Umgang mit Drogen von den Professionellen der Sozialen Arbeit nicht skandalisiert werden: „Me mues Vertraue chönne ha und dass die Person mich o verstat, dass ich ähm nid mues ähm lüge und so und wenn ich mal en Absturz han, muess ich nid lüge, dases ja ke Skandale git, de chanis eifach säge, dass si weiss, (...) dass es halt mängisch derzue ghört.“ (Herr Frick, Zeilen 56-58) Käme es also zu einem Rückfall und er wüsste, dass dieser mit negativen Reaktionen seiner Sozialarbeitenden verbunden wäre, würde er den Rückfall vor ihr verschweigen oder sie darüber belügen.

Herr Burger erklärt, dass er sich bei unangenehmen, für ihn schambehafteten Fragen der Professionellen der Sozialen Arbeit häufig angegriffen fühlt und zur Verteidigung lügen muss: „Wenn sie mir unangenähme Frage fragt, ig schäme mich. Beispiel: ‚Ja wo schlafsch du?‘ ‚Wenn hesch du ds letscht mau Droge konsumiert?‘ ‚Wie isch das und das?‘ Ig / Äs isch mr nächhär / Ig fühle mi när agriffe und denn müesst dr mr vrteidige indäm dass ig LÜGE.“ (Herr Burger, Zeilen 507-510).

Auch Herr Catillaz scheint bereits ähnliche Erfahrungen gemacht zu haben, denn er nennt als Verbesserungsvorschlag, dass Professionelle der Sozialen Arbeit ihn ‚normal‘ behandeln sollen. Danach gefragt, was dies für ihn bedeute, erklärt er: „Ja keni Vorurteil ha haut und äbe ja (...) das isch no schwirig z säge irgendwie (..) eim fair behandle eifach und keni Machtspili oder wie me däm seit (..) wüu teu zeige/ auso teu lös eim ja o la merke, dass si am lengere Hebu si, so quasi.“ (Herr Catillaz, Zeilen 224-227)

Herr Frick erzählt zudem, er sei von Professionellen der Sozialen Arbeit auch schon wie ein Kind behandelt worden, obwohl er Abitur gemacht habe und vier Sprachen spreche (Herr Frick, Zeilen 79-84).

An der Zusammenarbeit mit Professionellen der Sozialen Arbeit mögen zwei der interviewten Personen nicht, wenn diese auf Fehlern oder unerledigten Aufgaben beharren.

Herr Ernst erklärt, er finde es zwar gut, wenn ihn seine Sozialarbeiterin dazu motiviere, Aufgaben zu erledigen. Es ärgere ihn jedoch, wenn sie unangenehme Wahrheiten direkt anspreche und dann darauf beharre, jene zu verändern. Der Unterschied zwischen diesen zwei Sachverhalten sei, dass er bei Letzterem ja durchaus selbst wisse, dass er etwas verändern müsse und somit das Beharren der Sozialarbeiterin unnötig und wenig hilfreich sei (Herr Ernst, Zeilen 101-111, 124-132).

Ähnlich erlebt dies Herr Catillaz, der beschreibt, dass der Sozialpädagoge des betreuten Wohnens ihn oft unter Druck setze, mehrere Aufgaben nacheinander zu erledigen. Auch er stellt zwar eine Entlastung fest, wenn er Dinge erledigt hat, die er sonst aufgeschoben hätte. Das Mass an Erwartungen des Sozialpädagogen fordere und beanspruche ihn aber sehr, da ihn beispielsweise Telefongespräche viel Überwindung kosten und ihm das Vorgehen des Sozialpädagogen deshalb oft zu schnell und zu fordernd sei (Herr Catillaz, Zeilen 106-113).

Interpretation und Theoriebezug

Sowohl Herr Burger als auch Herr Frick nehmen die Reaktionen der Professionellen der Sozialen Arbeit auf Umstände in Zusammenhang mit der Abhängigkeit offenbar als Schuldzuweisungen und als Urteile wahr. Dementsprechend wünschen sie sich eine urteilsfreie Haltung ihnen gegenüber. Auch für Herrn Ammann ist es wichtig, dass Professionelle der Sozialen Arbeit Verständnis für die Aus- und Nebenwirkungen der Opioidagonistischen Behandlung haben und deshalb akzeptierend und urteilsfrei auf beispielsweise Absenzen bei der Arbeit reagieren (Herr Ammann, Zeilen 82-85).

Herr Burger offenbart, sich bei unangenehmen Fragen der Professionellen der Sozialen Arbeit zu schämen. Er nennt das Gefühl von Scham noch an zwei weiteren Stellen im Interview: Scham für das Übernachten in der Notschlafstelle sowie für die Teilnahme an der Opioidagonistischen Behandlung (Herr Burger, Zeile 48 & 579). Gemäss Aydin und Fritsch (2015, S. 250) ist Scham eine Hauptfolge von Selbststigmatisierung. Beziehen Menschen ein Stigma sehr stark auf sich (so Herr Burger z.B. das Stigma der Obdachlosigkeit oder Abhängigkeit), verspüren sie erhöhte Schamgefühle und Hemmungen, über ihre Anliegen zu sprechen. Dies hindere Betroffene oft daran, Hilfe anzunehmen (S. 251). Ob dies bei Herrn Burger der Fall ist, kann im Interview nicht festgestellt werden. Zumindest Herr Ernst erklärt aber, dass er lange Zeit keine professionelle Hilfe habe annehmen können und den Eindruck hatte, alles alleine schaffen zu müssen (Herr Ernst, Zeilen 226-230).

Herr Catillaz wünscht sich neben einer urteilsfreien Behandlung, dass ihm Professionelle der Sozialen Arbeit auf Augenhöhe begegnen und ihre machtvollere Position ihm gegenüber nicht ausnutzen. Der bewusste Umgang mit dem Machtgefälle zwischen den Professionellen der Sozialen Arbeit und ihren Klientinnen und Klienten wurde so explizit nur von Herrn Catillaz angesprochen.

Eine Begegnung auf Augenhöhe scheint jedoch zumindest auch Herrn Frick wichtig. Seine Feststellung, wie ein Kind behandelt zu werden, weist auf die virtuelle und aktuelle soziale Identität nach Goffman (2016, S. 11-14) und den damit verbundenen Assoziationshöfen hin: Die Professionellen der Sozialen Arbeit nehmen von Herrn Frick an, aufgrund der substanzgebundenen Abhängigkeit nicht intelligent zu sein (virtuale soziale Identität) und sprechen deshalb wie mit einem Kind mit ihm (Assoziationshof). Dabei tritt in den Hintergrund, dass Herr Frick gut gebildet ist (aktuelle soziale Identität).

Das Beharren auf Fehlern und das Fordern ihrer Behebung kann damit zu tun haben, dass Professionelle der Sozialen Arbeit durchaus den Auftrag haben, Klientinnen und Klienten auf anstehende Aufgaben und Verbesserungsmöglichkeiten aufmerksam zu machen. Beide interviewten Personen anerkennen dies und empfinden es im Nachhinein oft als hilfreich. Nur scheint die Art und Weise, wie Professionelle der Sozialen Arbeit sie auf solche Dinge hinweisen und auf den Defiziten beharren, für die Klientinnen und Klienten wenig hilfreich zu sein.

Die Aussagen der interviewten Personen lassen erkennen, dass es ihnen wichtig ist, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit in ihnen gleichwertige Menschen sehen, die auch bereits Dinge erreicht haben. Als erwachsene Person von anderen Erwachsenen nur aufgrund der Abhängigkeit als weniger mündig wahrgenommen und behandelt zu werden, verletzt Herrn Frick (Zeilen 83-84). Ein stärkerer Fokus der Professionellen der Sozialen Arbeit auf Ressourcen und auf bereits Gelingendes kann der Klientel Wertschätzung und Achtung als gleichwertige Personen entgegenbringen. Dies gehört zum Klientenzentrierten und Lösungsorientierten Ansatz und wird in Kapitel 8.1 weiter ausgeführt.

7.3.3 Zufriedenheit oder Genügsamkeit?

In den Interviews fällt auf, dass mehrere der interviewten Personen keine Angaben darüber machen können, was für eine Verbesserung der Zusammenarbeit notwendig wäre. Herr Ammann sagt beispielsweise, dass er mit der Zusammenarbeit zufrieden sei, diese ja gut sei und *für ihn* nicht sehr gut sein müsse (Herr Ammann, Zeilen 90-92). Herr Ernst zeigt sich ebenfalls zufrieden und meint, die Professionellen der Sozialen Arbeit sollen ihn *wie bis anhin* freundlich und respektvoll behandeln (Herr Ernst, Zeilen 241-242). Er stellt jedoch auch fest, dass eine Zusammenarbeit mit Professionellen der Sozialen Arbeit nie perfekt sein könne, weil schliesslich kein Mensch perfekt sei. Auch Herr Dähler bezieht sich in seiner Antwort auf

Perfektion, geht jedoch davon aus, dass die Zusammenarbeit mit Professionellen der Sozialen Arbeit erst dann sehr gut wäre, wenn *er* perfekt wäre (Herr Dähler, Zeilen 118).

Interpretation und Theoriebezug

Es sind unterschiedliche Gründe dafür denkbar, weshalb zum Teil keine Verbesserungsvorschläge genannt werden. Möglich ist, dass sich Herr Ammann damit abgefunden hat, wie die Zusammenarbeit aktuell ausgestaltet ist und deshalb nicht erwartet, dass sich diese noch verbessert. Allenfalls hat er bereits viele Erfahrungen mit Professionellen der Sozialen Arbeit und den jeweiligen Institutionen gemacht, so dass sich eine Art Müdigkeit bei ihm eingestellt hat. Diese könnte bewirken, dass er eine Verbesserung nicht für nötig hält. Andererseits könnte er auch von sich selbst denken, gar keine sehr gute Zusammenarbeit *verdient* zu haben oder nicht in der Position zu sein, eine solche zu verlangen. Darauf kann geschlossen werden, weil er im Interview betont, dass *für ihn* eine gute Zusammenarbeit ausreiche. Dies könnte auf Bescheidenheit oder Genügsamkeit infolge eines durch die Selbststigmatisierung geminderten Selbstwertes hinweisen (vgl. Aydin & Fritsch, 2015, S. 250-251).

Herr Dähler hat möglicherweise gelernt, die Schuld an Problemen nur bei sich zu suchen. Die allgemeine Vorstellung, Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit seien selbst an ihrer Situation schuld (moralisch-volitionales Suchtverständnis), hat er allenfalls soweit übernommen, dass er davon ausgeht, *er* müsse sich vor allem verändern und perfekt werden, damit auch die Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit besser wird.

Ob die Aussagen wirklich von Zufriedenheit oder doch eher von Genügsamkeit herrühren, kann nicht abschliessend festgelegt werden. Dass die interviewten Personen die Schuld für negative Aspekte in der Zusammenarbeit bei sich suchen, kommt jedoch häufiger vor. So sagt beispielsweise Herr Catillaz, „es ligt a mir“ (Zeile 92), dass ihn Netzgespräche, in denen drei Personen gleichzeitig etwas ‚von ihm wollen‘, unter Druck setzen (Herr Catillaz, Zeilen 89-97). Dass dieses Setting mittels methodischer Überlegungen und besserer Strukturierung durch die Professionellen der Sozialen Arbeit aber durchaus angenehmer gestaltet werden könnte, scheint er gar nicht zu erwarten. Es kann sein, dass Herr Catillaz die Möglichkeit, dass in diesem Fall nicht primär *er* an sich arbeiten muss, gar nicht erst in Betracht zieht. Dies deshalb, weil er es sich womöglich so sehr gewohnt ist, dass im Kontext mit der Sozialen Arbeit immer *er* derjenige ist, der sich verändern und optimieren muss. Eine Begegnung auf Augenhöhe, wo auch Professionelle der Sozialen Arbeit zu ihren Fehlern stehen, könnte den Selbstwert der Klientel wieder stärken und eine Bereicherung für das Arbeitsverhältnis und für eine gelingende Zusammenarbeit bringen.

7.4 Zwischenfazit

Die Auswertung der Interviews zeigt, dass sich Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit kaum selbst als ‚Süchtige‘ identifizieren. Allerdings erleben sie in ihrem Alltag, dass sie von anderen Menschen als ‚Süchtige‘ identifiziert werden und müssen sich mit der damit einhergehenden Stigmatisierung auseinandersetzen. Solche Stigmatisierungserfahrungen machen Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit jedoch nicht nur in Alltagserfahrungen mit Mitmenschen, sondern auch im professionellen Kontext mit Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen. Die Hälfte der interviewten Personen berichtet über konkrete Stigmatisierungserfahrungen durch Professionelle der Sozialen Arbeit, die andere Hälfte kann solche zumindest nicht ausschliessen. Die Stigmatisierungserfahrungen äussern sich hauptsächlich in Verhaltensweisen und Einstellungen der Professionellen der Sozialen Arbeit gegenüber ihren Klientinnen und Klienten (z.B. wie Kinder behandeln oder vermuten, dass Geld nur für Drogen ausgegeben wird). Vorwiegend wird die Stigmatisierung auf subtile Art und Weise vermittelt, manchmal aber auch direkt angesprochen. Die Verhaltensweisen und die damit verbundenen Einstellungen der Professionellen der Sozialen Arbeit scheinen sich dabei an Stereotypen und Vorurteilen zu orientieren, welche in der Gesellschaft etabliert sind. Bei den Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit löst die stigmatisierende Behandlung durch die Professionellen der Sozialen Arbeit oft Schuld- und Schamgefühle sowie vereinzelt auch Ärger aus. Um der Stigmatisierung entgegenzuwirken, bemühen sich viele Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit um ‚Normalität‘ und grenzen sich von stigmatisierten Gruppen ab. Für die Zusammenarbeit mit Professionellen der Sozialen Arbeit wünschen sich Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit insbesondere, dass die Abhängigkeit beziehungsweise die Opioidagonistische Behandlung angesprochen werden kann, ohne dass dies negative Reaktionen der Professionellen der Sozialen Arbeit hervorruft. Zentral dafür ist für sie ein akzeptierender, urteilsfreier und wertschätzender Umgang und Offenheit der Professionellen der Sozialen Arbeit dafür, sie nicht nur als ‚Süchtige‘ zu sehen.

8 Möglichkeiten für eine nicht-stigmatisierende Praxis

Das Kapitel acht basiert auf den Erkenntnissen des empirischen Teils und legt dar, wie sich Soziale Arbeit einer nicht-stigmatisierenden Praxis annähern kann. Dafür werden Empfehlungen für die Zusammenarbeit der Professionellen der Sozialen Arbeit mit Klientinnen und Klienten sowie für strukturelle Veränderungen gemacht.

8.1 Lösungsorientierung und Klientenzentrierung

Für Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit sind folgende Punkte für eine gute Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit zentral: (Vor)Urteilsfreiheit, Wertschätzung als selbstbestimmte, gleichwertige und individuelle Persönlichkeiten sowie Anerkennung und Fokussierung auf das Gelingende. Diese Elemente erinnern stark an die Lösungsorientierung nach Steve de Shazer und Insoo Kim Berg sowie an die Klientenzentrierung nach Carl Rogers.

Die Lösungsorientierung geht davon aus, dass Probleme nicht genau analysiert werden müssen, um Lösungen darauf zu finden und bewegt den Fokus weg von Defiziten, hin zu den Ressourcen der Klientel (Baeschlin & Baeschlin, 2018, S. 24). Statt den Klientinnen und Klienten aufzuzeigen, was alles noch nicht funktioniert, sollten Professionelle der Sozialen Arbeit Situationen gestalten, in denen sich die Klientel kompetent und erfolgreich fühlt. Professionelle der Sozialen Arbeit sollten ausserdem stets offen sein für Veränderungen im Leben und im Verhalten der Klientinnen und Klienten (S. 16-19). Diese offene Haltung bedingt konsequenterweise, sich nicht an Kategorien und Stereotypen zu orientieren und sich in der Zusammenarbeit mit Klientinnen und Klienten nicht davon leiten zu lassen.

Als Basisvariablen der Klientenzentrierung gelten Wertschätzung oder Akzeptanz, Kongruenz sowie Empathie (Stimmer, 2012, S. 233-236). Im Zentrum von Interventionen der Sozialen Arbeit steht die Klientin oder der Klient mit ihrer oder seiner subjektiven Wirklichkeit. Professionelle der Sozialen Arbeit urteilen nicht über die Perspektiven und Verhaltensweisen der Klientel, sondern schaffen eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung, in der die Ressourcen der Klientinnen und Klienten aktiviert werden können (S. 230-236). Die Klientinnen und Klienten in ihrer subjektiven Wirklichkeit verstehen zu wollen und deshalb zur Perspektivenübernahme bereit zu sein, bedingt, sich nicht an verallgemeinernden Stereotypen zu orientieren, sondern sich individuell auf das Gegenüber einzulassen. Dies mit einer Haltung, nicht nach Bestätigung für die Stereotypen zu suchen, sondern tatsächlich urteilsfrei verstehen und sich um Unvoreingenommenheit bemühen zu wollen.

Ein stärkerer Fokus der Professionellen der Sozialen Arbeit auf bereits Gelingendes und auf die Ressourcen der Klientinnen und Klienten vermittelt ihnen Wertschätzung und Achtung als gleichwertige Personen. Eine solche Haltung gegenüber der Klientel stärkt nicht nur die Arbeitsbeziehung, sondern kann auch das von Herrn Catillaz angesprochene Machtgefälle (vgl. Herr Catillaz, Zeilen 224-227) zwischen Klientel und Fachperson etwas ausgleichen.

Bei der Lösungsorientierung und Klientenzentrierung handelt es sich um zwei Ansätze, die in der Sozialen Arbeit allgemein bekannt und weit verbreitet sind. Sie werden deshalb nicht weiter

ausgeführt. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die meisten Professionellen der Sozialen Arbeit zumindest während der Ausbildung bereits mit den beiden Ansätzen auseinandergesetzt haben. Deshalb müssten diese Haltungen auch in der Praxis verbreitet sein. Die Lösungsorientierung und Klientenzentrierung scheinen für die Zusammenarbeit mit vielen Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit geeignet und relevant, sorgen aber offenbar nicht ausreichend dafür, dass Menschen *mit substanzgebundener Abhängigkeit* nicht stigmatisiert werden. Deshalb ist es notwendig, einen Ansatz einzuführen, der das Bewusstsein der Professionellen der Sozialen Arbeit für Stigmatisierungsprozesse *aufgrund einer substanzgebundenen Abhängigkeit* schärft. Im nächsten Kapitel wird dazu der Ansatz *Undoing Addiction* vorgestellt.

8.2 Undoing Addiction

Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit wünschen sich insbesondere einen urteilsfreien Umgang von Professionellen der Sozialen Arbeit mit ihnen. Dieser scheint davon geprägt sein zu müssen, dass Verhaltensweisen oder Herausforderungen der Klientinnen und Klienten nicht ständig mit der Kategorie ‚süchtig‘ in Verbindung gebracht und negativ bewertet werden. Bedingung dafür ist, dass Professionelle der Sozialen Arbeit selbstreflektiert und bewusst mit der Kategorie ‚Sucht‘ umgehen, sich nicht von damit verbundenen gesellschaftlichen Vorurteilen leiten lassen und somit nicht zu Doing Addiction beitragen. Schmidt-Semisch (2010) bezeichnet eine solche Haltung, die sich den „problematischen Effekte[n] der eigenen ‚Social Problems Work‘ und damit auch des ‚Doing Addiction‘“ (S. 157) bewusst ist, als *Undoing Addiction*.

Undoing Addiction bedeutet hauptsächlich, Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit nicht mehr anhand den Erklärungsprinzipien von ‚Sucht‘ verstehen zu wollen, sondern sie als selbstbestimmte, autonome Individuen zu sehen (Dollinger & Schmidt-Semisch, 2010, S. 73). Undoing Addiction steht demnach in krassem Gegensatz zu Doing Addiction, welches sich an kulturellem Wissen über Abhängigkeit orientiert, das wiederum äusserst defizitorientiert ist und in dessen Rahmen Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit Autonomie abgesprochen wird. Undoing Addiction legt die Grundlage dafür, dass Betroffene und auch Professionelle der Sozialen Arbeit, „ein bestimmtes Verhalten als selbstbestimmt und autonom erfahren, begreifen und deuten“ (S. 73) können. Ziel von Undoing Addiction ist nicht, Drogen oder Probleme, die mit Drogenkonsum einhergehen, zu verharmlosen, sondern sich gemäss Dollinger und Schmidt-Semisch „der eigenen Perspektivität bewusst zu sein“ (S. 73) oder gemäss Schmidt-Semisch (2010) Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit „nicht stereotyp in einen Suchtrahmen zu pressen“ (S. 157). Konkret äussert sich eine Haltung von Undoing Addiction dadurch, dass Professionelle der Sozialen Arbeit Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit nicht mehr nur vor dem Hintergrund der Kategorie ‚Sucht‘

verstehen und bewerten, sondern damit rechnen, dass es neben diesem möglichen Deutungsmuster auch noch andere Beweggründe für ein bestimmtes Verhalten gibt. Gemäss Dollinger und Schmidt-Semisch (2010) wird Verhalten von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit so zu „Verhalten, das aufgrund individueller Entscheidungen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ausgewählt wird und das Sinn hat für diese Personen.“ (S. 73)

Undoing Addiction wirkt sich sowohl auf die Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit als auch auf die Professionellen der Sozialen Arbeit selbst aus. Gemäss Dollinger und Schmidt-Semisch (2010) stärkt die Erfahrung, als selbstbestimmt verstanden zu werden, einerseits „Selbstwirksamkeits- und Kompetenzerwartungen“ (S. 74) von Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit. Denn Undoing Addiction wendet sich vom etablierten, defizitären Suchtverständnis ab und ermöglicht es, dass sich Klientinnen und Klienten selbst nicht mehr als ‚süchtig‘ und durch die Abhängigkeit fremdbestimmt wahrnehmen müssen. Verhaltensweisen, die vorher auf das kulturelle Wissen darüber, wie sich ‚Süchtige‘ zu verhalten haben, zurückgeführt wurden, werden durch Verhaltensweisen abgelöst, die auf einem autonomen Selbstbild basieren (S. 73-74). Die gestärkte Selbstwirksamkeit kann sich wiederum positiv auf andere Lebensbereiche auswirken und bietet Professionellen der Sozialen Arbeit „neue Anknüpfungspunkte“ (S. 74).

Andererseits verändern Professionelle der Sozialen Arbeit durch eine Haltung des Undoing Addictions die Arbeitsbeziehung zu Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit. Der bevormundende Umgang, der im Rahmen des Doing Addictions droht, wird durch eine unterstützende und befähigende Zusammenarbeit abgelöst. Ziel ist, dass Ressourcen, Handlungsoptionen, Chancen sowie Partizipationsmöglichkeiten der Klientinnen und Klienten erhöht werden können (S. 74).

Professionelle der Sozialen Arbeit werden durch Undoing Addiction gemäss Dollinger und Schmidt-Semisch (2010) dazu aufgefordert, „typisierte Problemdeutungen in ihren je spezifischen Verwendungszusammenhängen aufzuarbeiten und zu kontrollieren“ (S. 74) und Klientinnen und Klienten in ihrer Individualität wahrzunehmen. Professionelle der Sozialen Arbeit müssen also selbstkritisch reflektieren, inwiefern sie sich in ihrer Einstellung und ihrem Handeln gegenüber Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit an Stereotypen und Vorurteilen orientieren. Es gilt, sich nicht von der Problemkategorie ‚Sucht‘ leiten zu lassen, Menschen gerade nicht ‚in den gleichen Topf‘ zu werfen, sondern sie individuell wahrzunehmen und damit zu verhindern, dass Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit Stigmatisierungserfahrungen durch die Soziale Arbeit machen.

Die Ergebnisse der Interviews haben gezeigt, dass insbesondere das Beharren auf defizitären Vorstellungen über die Klientinnen und Klienten sowie ein festgefahrener, unveränderbares Bild des ‚süchtigen Klienten‘ oder der ‚süchtigen Klientin‘ zu *Resignation* bei den Betroffenen führen. Ahnen die Klientinnen und Klienten, dass all ihre Verhaltensweisen und Eigenschaften ausschliesslich unter der Kategorie ‚Sucht‘ betrachtet und interpretiert werden, macht es keinen Unterschied mehr, welches Verhalten sie nun tatsächlich zeigen. Es besteht also kein Grund und keine Motivation dazu, ein Verhalten zu verändern, wenn dies von den Professionellen der Sozialen Arbeit sowieso nicht wahrgenommen wird. Dieser Umstand kann eine Weiterentwicklung der Klientinnen und Klienten und auch der Professionellen der Sozialen Arbeit sowie ihrer gemeinsamen Arbeitsbeziehung verhindern. Diese Kausalitätskette ist besonders vor dem Hintergrund fatal, dass die Förderung der Veränderungsmotivation und ein Empowerment der Klientel zentrale Ziele der Sozialen Arbeit darstellen. Durch die Anwendung von Undoing Addiction in der Praxis der Sozialen Arbeit kann eine solche Abwärtsspirale verhindert werden, weil eigene Kategorisierungen erkannt und stigmatisierende Anteile eingestanden werden und diese einer Offenheit für Veränderungen im Leben der Klientel und einer Anerkennung der Klientinnen und Klienten als *individuelle und gleichwertige Personen* weichen. Dies deckt sich mit den empirisch eruierten Verbesserungswünschen der interviewten Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit.

In der Theorie klingt dies alles sehr sinnvoll und einleuchtend. Wie Professionelle der Sozialen Arbeit nun jedoch die Haltung von Undoing Addiction internalisieren können, bleibt bisher unklar. Eine Möglichkeit dafür kann die Angewöhnung der Person-first Sprache darstellen. Achten Professionelle der Sozialen Arbeit darauf, dass sie nicht von ‚Süchtigen‘ oder gar von ‚Junkies‘ sprechen, sondern von ‚Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit‘, verändert sich der Fokus stark: die *Person* und nicht deren Label tritt in den Vordergrund. Die Empfehlung wird durch die These gestützt, dass Sprache Wirklichkeit schafft (Baeschlin & Baeschlin, 2018, S. 16). Das konsequente Ausschliessen der diskreditierenden Labels wie ‚Junkie‘ aus dem eigenen Wortschatz führt zu einer Veränderung des Denkens über Personen mit substanzgebundener Abhängigkeit. Ein verändertes Denken führt zu einer veränderten Haltung gegenüber Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit und diese wiederum zu einem veränderten Umgang mit ihnen. Diese Prozesse können eine hilfreiche Grundlage dafür bilden, Undoing Addiction vertiefter verstehen und verinnerlichen zu können. Personen mit substanzgebundener Abhängigkeit nicht mehr lediglich unter der Kategorie ‚Sucht‘ zu verstehen und zu beurteilen, scheint durch die Aneignung der Person-first Sprache erreichbar und wird daher sehr empfohlen.

8.3 Möglichkeiten zur Entstigmatisierung von Strukturen

Die meisten der interviewten Personen haben sich in den Interviews auf zwischenmenschliche Erfahrungen mit Professionellen der Sozialen Arbeit als Individuen bezogen. Strukturelle Bedingungen, die zu Stigmatisierungserfahrungen führen können, wurden kaum explizit erwähnt. Allerdings lassen einige Aussagen erkennen, dass strukturelle Bedingungen die Erfahrungen der Klientinnen und Klienten mit den jeweiligen Professionellen der Sozialen Arbeit beeinflussen. Dies scheint naheliegend, weil sich die jeweiligen gesellschaftlichen Strukturen oder politischen Entscheidungen für die Klientinnen und Klienten in der Praxis manifestieren, sie deren Auswirkungen also in der Praxis ‚zu spüren bekommen‘. Nachfolgend werden solche strukturellen Bedingungen, welche zu Stigmatisierungserfahrungen führen können, verdeutlicht und entsprechende Veränderungsmöglichkeiten auf der strukturellen Ebene abgeleitet.

Gesellschaftliches Umdenken anregen

Die interviewten Personen erzählen davon, als ‚Junkie‘ wahrgenommen und behandelt zu werden. Dies äussert sich beispielsweise in der Zuschreibung, sie würden Geld ausschliesslich für die Beschaffung von Drogen ausgeben oder würden permanent lügen. Die Professionellen der Sozialen Arbeit lassen sich also vom Stereotyp ‚Junkie‘ und den damit verbundenen Zuschreibungen leiten. Dies kann mit ihrer persönlichen Einstellung zusammenhängen, die im Rahmen von Undoing Addiction reflektiert werden sollte. Allerdings orientieren sich auch die Institutionen der Sozialen Arbeit an solchen gesellschaftlichen Vorstellungen, wie anhand des Doing social Problems aufgezeigt wurde (vgl. Kapitel 5.3). Dies führt dazu, dass auch die Probleminterpretationen, wie sie in den entsprechenden Institutionen üblich sind, durch gesellschaftliche Normalitätsvorstellungen beeinflusst werden. Für das Bestehen der Institutionen ist dies unter Umständen sogar zwingend notwendig, denn sie schöpfen ihre Daseinsberechtigung daraus, dass sie als Spezialistinnen dafür gelten, gesellschaftlich anerkannte soziale Probleme zu bearbeiten. Dies scheint wiederum zu bedingen, dass die Institutionen die sozialen Probleme im Sinne der gesellschaftlichen Vorstellungen interpretieren und dementsprechend bearbeiten. Weil in der Gesellschaft das Vorurteil verbreitet ist, Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit seien ‚Junkies‘ und würden ihr Geld nur für Drogen ausgeben, müssen Institutionen genau kontrollieren, wofür ‚der Junkie‘ sein Geld denn tatsächlich ausgibt. Käme es dazu, dass eine Klientin oder ein Klient mit substanzgebundener Abhängigkeit einen Vorschuss der Sozialhilfe tatsächlich für Drogen ausgibt und würde dies in der Öffentlichkeit bekannt, käme es mit hoher Wahrscheinlichkeit zum gesellschaftlichen Aufschrei, die Sozialhilfe finanziere Drogenkonsum. Das Vertrauen der Gesellschaft in die entsprechende Institution wäre beeinträchtigt und ihre Kompetenz zur Bearbeitung von sozialen Problemen in Frage gestellt.

Durch diese strukturell bedingte, besonders strenge Behandlung aufgrund der Zugehörigkeit zur stigmatisierten Gruppe werden Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit also wiederum dem Stigma ausgesetzt und dieses wird reproduziert.

Soziale Arbeit muss, um sich diesen gesellschaftlich bedingten, stigmatisierenden Strukturen zu entziehen, vor allem auch zu einem Umdenken in der Gesellschaft beitragen. Dieses Umdenken sollte nicht erst durch eigene Betroffenheit erfolgen müssen, wie es beispielsweise Herr Burger erlebt hat. Dieser hat früher selbst Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit stigmatisiert und zu einem Umdenken kam es erst, als er selbst betroffen war (vgl. Kapitel 7.1.1). Um dieses Umdenken anzuregen, ist ein Undoing Addiction in der Bevölkerung denkbar, welches die Problemkategorie ‚Sucht‘ auch in der Öffentlichkeit hinterfragt und das kulturelle Wissen über Abhängigkeit verändert. Dies würde wiederum ermöglichen, dass sich auch Doing social Problems an veränderten gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen orientieren könnte. Bisher scheint sich Undoing Addiction auf die Professionellen der Sozialen Arbeit als Individuen oder auf besonders geschaffene Angebote zu beschränken. Streck (2015) zeigt am Beispiel der offenen Drogenarbeit in Deutschland auf, wie Soziale Arbeit Räume schafft, in denen Undoing Addiction umgesetzt und die Kategorisierung ‚süchtig‘ somit „neutralisiert“ (S. 198) wird. Weil sich diese Gelegenheiten und Unterbrechungen jedoch auf Angebote der offenen Drogenarbeit beschränken, kommt es in der Gesellschaft nicht zu einer „Veränderung des kulturellen Wissens über ‚Sucht‘“ (S. 200). Vielmehr gelten die Räume offener Drogenarbeit als „Orte der Kontrolle, der Segregation und der wohlfahrtsstaatlichen Organisation von abweichendem Verhalten“ (S. 200). Dies könne schliesslich gemäss Schmidt-Semisch und Wehrheim als „exkludierende Toleranz“ aufgefasst werden (zitiert nach Streck, 2015, S. 200-201). Undoing Addiction sollte aber nicht dafür gebraucht werden, Kontrolle zu verstärken und Exklusionsbereiche herzustellen. Vielmehr sollte mit Undoing Addiction die Inklusion von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit in die Gesellschaft hergestellt werden können, anstatt Akzeptanz zu simulieren. Dieses notwendige, gesellschaftliche Umdenken voranzutreiben, gehört auch zum Auftrag der Sozialen Arbeit, weil sie sich für die Integration des Individuums stark macht (Avenir Social, 2010, S. 7). Damit sie diesen Auftrag erfüllen und gesellschaftliche Prozesse vorantreiben und prägen kann, muss sie ihre Position in der Gesellschaft und Politik stärken. Es stellt sich die Frage, wie genau Soziale Arbeit dies tun kann, denn dieser Prozess scheint langwierig und komplex zu sein. Allenfalls liegt ein Anfang bereits darin, andere Professionen, die am Suchtdiskurs teilhaben, für Undoing Addiction zu sensibilisieren. So könnte Soziale Arbeit beispielsweise in Institutionen für Opioidagonistische Behandlung im Dialog mit Ärztinnen und Ärzten darauf hinweisen, dass die Autonomie der Klientel durch ein biologisch-pathologisches Suchtverständnis eingeschränkt werden kann und Alternativen vorschlagen.

Dem Leistungsdenken entgegenwirken

Wie in Kapitel 7.2.3 aufgezeigt werden konnte, passen sich die interviewten Personen gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen an. Insbesondere die Norm, einer Arbeit nachzugehen, scheinen sie internalisiert zu haben. Sie grenzen sich von ‚faulen Sozialhilfebeziehenden‘ ab, betonen sie *wollen* arbeiten oder dass sie bereits einer sinnvollen Arbeit nachgehen. Zudem beschreiben sie sich auffallend häufig mit Eigenschaften, die in der gegenwärtigen Leistungsgesellschaft sehr erwünscht sind, weil sie in Arbeitsleistungen umgewandelt werden können. Wie in Kapitel 7.2.3 auch hergeleitet wurde, kann Soziale Arbeit durch leistungsorientierte Interventionen (z.B. Arbeitsintegrationsprogramme) dazu beigetragen haben, dass der Drang nach Leistung verstärkt wird. Doch es scheint, als müsste nicht nur gearbeitet werden, um *Leistung* zu erbringen, sondern auch, um *integriert* zu sein. Das Thema Arbeit wird in den verschiedensten Kontexten durch Professionelle der Sozialen Arbeit abgefragt und erhält Priorität, sobald ‚fehlende Beschäftigung‘ festgestellt wird. Andere Lebensbereiche, wie beispielsweise Beziehungen zu Familie und Freunden werden zwar thematisiert, scheinen im Gegensatz zur Arbeit aber weniger Bedeutung zu erhalten. Wenn fehlende soziale Kontakte festgestellt werden, wird oftmals versucht, diese durch die Integration in eine Arbeitsstelle herzustellen, weil davon ausgegangen wird, dass dort *automatisch* Kontakte zu Mitarbeitenden hergestellt werden.

Soziale Arbeit scheint sich also nicht vom gesellschaftlichen Leistungsstreben abgrenzen zu können und verlangt von ihren Klientinnen und Klienten, unabhängig davon, ob für den Einzelfall sinnvoll oder nicht, ein bestimmtes Mass an Leistung. Können Klientinnen und Klienten dieser Forderung nach Produktivität und Leistung nicht oder nicht im für sie vorgesehenen Rahmen entsprechen, kann dies für die Klientinnen und Klienten persönlich enttäuschend sein. Ausserdem können Sanktionen (z.B. Kürzungen der Sozialhilfe) und vor allem auch eine Bekräftigung des Stigmas des ‚unproduktiven, faulen Junkies oder Sozialhilfebeziehenden‘ folgen. Soziale Arbeit ist deshalb dazu aufgefordert, ihr Verhältnis zum beschriebenen Leistungsdrang und den damit verbundenen Normen zu hinterfragen. Es ist zu prüfen, inwiefern es berechtigt ist, dass der Lebensbereich Arbeit bei jeder Klientin und bei jedem Klienten einen so hohen Stellenwert hat und ob dadurch nicht andere Lebensbereiche zurückgestellt werden, die ebenso zur Integration eines Menschen beitragen können.

Für einen Ressourcenausbau eintreten

Wie in Kapitel 7.3.1 aufgezeigt wurde, fühlen sich viele der interviewten Personen durch fehlende zeitliche Ressourcen der Professionellen der Sozialen Arbeit nicht ernstgenommen oder als Individuum nicht wertgeschätzt. Grund dafür können hohe Fallbelastungen und die

damit einhergehenden knappen zeitlichen Ressourcen sein. Knappe zeitliche Ressourcen begünstigen es, nur eine kleine Auswahl an Interventionen anzuwenden, weil gar nicht die Zeit bleibt, ausserhalb des gewohnten Rahmens nach Lösungen zu suchen. Ausserdem droht die Gefahr, bei knappen Ressourcen abzuwägen, in welche Klientinnen und Klienten tatsächlich investiert wird. So ist anzunehmen, dass in Menschen, die aufgrund ihrer Abhängigkeit als defizitär betrachtet werden, weniger investiert wird als in andere Klientinnen und Klienten. Könnten Professionelle der Sozialen Arbeit mehr Zeit in Klientinnen und Klienten investieren, könnte individueller und kreativer geprüft werden, welche Interventionen sich spezifisch für eine Klientin oder einen Klienten eignen. Es ist anzunehmen, dass auf den Einzelfall angepasste Interventionen nachhaltigere Lösungen für individuelle Problemlagen darstellen und somit erfolgsversprechender sind. Dies scheint nicht nur im Interesse der Klientinnen und Klienten zu liegen, sondern auch in jenem der anderen Anspruchsgruppen Sozialer Arbeit. Soziale Arbeit sollte sich deshalb verstärkt dafür einsetzen, mehr zeitliche und finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt zu erhalten, weil so qualitatives und nachhaltiges methodisches Handeln sichergestellt werden kann.

9 Fazit und Ausblick

Um die Bachelor-Thesis abzuschliessen, wird in diesem Kapitel die Fragestellung in ihren beiden Teilfragen beantwortet. Zudem wird aufgezeigt, welche weiterführenden Untersuchungen an die Bachelor-Thesis anschliessen könnten.

9.1 Beantwortung der ersten Teilfrage der Forschungsfrage

Inwiefern erleben Menschen mit einer substanzgebundenen Abhängigkeit Stigmatisierung durch die Soziale Arbeit (. . .)?

Der theoretische Teil der Bachelor-Thesis hat gezeigt, dass Soziale Arbeit zur Stigmatisierung von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit beitragen kann. Dies einerseits durch ihre Tätigkeit als Kontrollagentur, andererseits dadurch, dass sie sich auf gesellschaftliche Kategorisierungen bezieht, wie sie im Rahmen von Doing social Problems und Doing Addiction erläutert werden. Der Labeling Approach erklärt, welche Prozesse dies beim stigmatisierten Individuum auslösen kann (sekundäre Devianz und Identitätsübernahme). Fachpersonen aus dem Suchtbereich wie Gölz oder Kostrzewa liefern zudem empirische Daten, welche das spezifische Erleben und die Folgen von Stigmatisierung bei Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit beschreiben (Spaltung und Adaption der eigenen Identität, Depression, Wut, ständige Angst vor Zurückweisung, Selbststigmatisierung, niedriger Selbstwert, Scham, sozialer Rückzug und Hemmungen, Hilfe anzunehmen). Aus dem gesamten theoretischen Material kann geschlossen werden, dass Menschen mit

substanzgebundener Abhängigkeit von Stigmatisierung betroffen sind, sie deren Auswirkungen in ihrem Leben vielschichtig spüren und Soziale Arbeit zu ebendieser beitragen kann.

Im empirischen Teil konnte überprüft werden, welche dieser Annahmen von Klientinnen und Klienten bestätigt werden und welche weiteren Aspekte im Erleben der Klientel relevant sind. Dazu wurden Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit befragt, inwiefern sie Stigmatisierung durch die Soziale Arbeit erleben. Die Ergebnisse zeigten, dass Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit Stigmatisierungserfahrungen durch die Soziale Arbeit machen. Die Stigmatisierungserfahrungen können hauptsächlich auf das Label ‚Junkie‘ und die damit verbundenen Zuschreibungen zurückgeführt werden. Entsprechende Etiketten wurden durch Professionelle der Sozialen Arbeit zum Teil offen ausgesprochen. Meistens spürten die Betroffenen die Labels jedoch dadurch, dass Professionelle der Sozialen Arbeit ihnen gegenüber stereotype Zuschreibungen aussprachen oder sie entsprechend ihren Vorurteilen und Assoziationshöfen behandelten. Die aus den Interviews erkennbaren, stereotypen Zuschreibungen sind, dass alle Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit immer mehr Geld verlangen, dieses ausschliesslich für Drogen ausgeben und auch während Terminen ständig unter Drogeneinfluss stehen sowie dass alle Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit permanent lügen. Die Vorurteile und Assoziationshöfe, die sich gemäss den Interviews im Umgang der Professionellen der Sozialen Arbeit zeigen, sind, dass Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit nicht intelligent sind und mit ihnen deshalb wie mit Kindern gesprochen werden muss sowie dass Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit besonders gut kontrolliert werden müssen, weil sie ihr Geld nur für Drogen ausgeben.

Die Fragestellung bezieht sich insbesondere auf das Erleben der Betroffenen. Die Klientinnen und Klienten erwähnen ein Verspüren von Wut, Kränkung, Verletzung und Scham aufgrund der stigmatisierenden Erfahrungen. Ebenso sind in mehreren Interviews fortgeschrittene Identitätsübernahmen als abweichende Personen (z.B. als schwierigen Sozialfall) und damit ausgeprägte Selbststigmatisierungen erkennbar, welche wiederum die Annahme von Hilfe gehemmt haben kann.

Eine Folge der Stigmatisierung, die in allen Interviews sehr deutlich hervorgekommen ist, ist die Bemühung, dem Stigma entgegenzuwirken. Dies wird besonders dadurch versucht, sich von stigmatisierten Gruppen (‚faule Sozialhilfebeziehende‘ oder ‚ungepflegte Strassendrogenkonsumierende‘) abzugrenzen und unbedingt den etablierten Normen von Erwerbstätigkeit, Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit zu entsprechen.

Festzuhalten ist dennoch, dass sich die interviewten Personen in vielen Aspekten zufrieden in der Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit zeigten und keine spezifischen Erfahrungen von

beispielsweise einer benachteiligenden Andersbehandlung nennen konnten. Dies kann dafür sprechen, dass sie keine Stigmatisierung durch die Soziale Arbeit erleben. Es kann aber auch sein, dass die Stigmatisierung subtil abläuft und deshalb schwer erkennbar ist oder die Betroffenen sich aufgrund eines niedrigen Selbstwerts infolge von Fremd- und Selbststigmatisierung nicht in der Position sehen, die Soziale Arbeit überhaupt kritisch zu hinterfragen.

Damit konnte durch die theoretische Auseinandersetzung und besonders durch die empirische Datenerhebung der erste Teil der Fragestellung in verschiedenen Aspekten beleuchtet und ausführlich beantwortet werden.

9.2 Beantwortung der zweiten Teilfrage der Forschungsfrage

(. . .) und welche Möglichkeiten gibt es für eine nicht-stigmatisierende Praxis?

Aus den Ansätzen Doing social Problems, Doing Addiction und besonders aus den Auswertungen der Interviews konnten schliesslich Möglichkeiten für eine nicht-stigmatisierende Praxis abgeleitet werden.

Damit Professionelle der Sozialen Arbeit Prozesse einer stigmatisierenden Behandlung entgegenwirken oder verhindern können, bieten sich drei Ansätze an: Klientenzentrierung, Lösungsorientierung sowie Undoing Addiction. Die Klientenzentrierung und die Lösungsorientierung eignen sich für die Zusammenarbeit mit vielen Klientinnen und Klienten, unabhängig davon, ob eine Abhängigkeit besteht oder nicht. Durch sie kann den Wünschen der interviewten Personen, nicht ständig auf Defiziten zu beharren und ihnen mehr Wertschätzung als gleichwertige Personen entgegenzubringen, entsprochen werden. Undoing Addiction bezieht sich dann besonders auf die Zusammenarbeit mit Klientinnen und Klienten, welche eine Abhängigkeit haben. Mit der Internalisierung und Anwendung dieses Ansatzes in der Praxis, kann dem Bedürfnis, als individuelle Person betrachtet und angemessen behandelt zu werden, eher entsprochen werden. Undoing Addiction verhindert, dass die Eigenschaften und Verhaltensweisen der Klientinnen und Klienten ausschliesslich unter der Kategorie ‚Sucht‘ interpretiert werden und führt zu einer Offenheit für Veränderungen im Leben der Klientel sowie zu einer breiteren Interpretations- und Interventionspalette. Um Undoing Addiction zu internalisieren, kann sich die Aneignung der Person-first Sprache lohnen. Durch die Eliminierung von diskreditierenden Labels aus dem eigenen Wortschatz rückt das stigmatisierte Merkmal der Person in den Hintergrund und stattdessen wird deren *Menschsein* betont. Dies fördert, Klientinnen und Klienten mit substanzgebundener Abhängigkeit zuallererst als Menschen zu betrachten, die individuell und gleichwertig wie alle anderen Menschen sind.

Doch nicht nur die Professionellen als ‚Werkzeuge‘ ihrer Tätigkeit müssen im Einzelnen eine nicht-stigmatisierende Haltung einnehmen und ihre Klientel entsprechend behandeln, sondern auch das grosse Ganze, also die Strukturen der Sozialen Arbeit müssen eine Entstigmatisierung erleben. Dazu werden folgende drei Möglichkeiten empfohlen, welche die Soziale Arbeit angehen kann: Gesellschaftliches Umdenken anregen (1), dem Leistungsdenken entgegenwirken (2) und für einen Ressourcenausbau eintreten (3). Ersteres bezieht sich darauf, dass Soziale Arbeit die Öffentlichkeit entstigmatisiert und die beiden Letzteren beziehen sich darauf, dass sich Soziale Arbeit selbst entstigmatisiert. Durch eine weitere Stärkung der Sozialen Arbeit im gesellschaftlichen, professionellen und politischen Diskurs kann ein Umdenken in Richtung Entstigmatisierung beschleunigt werden (1). Soziale Arbeit sollte hinterfragen, inwiefern sie in ihren eigenen Strukturen und Angeboten die etablierte Norm von Leistung aufschaukelt, da diese zu Diskreditierung und Ausschluss derjenigen führt, die Leistung nicht im gewünschten Mass erbringen. Neben den Kategorien Arbeit und Beschäftigung, die in Beratungsgesprächen und Interventionen Sozialer Arbeit häufig viel Raum einnehmen, könnten andere Lebensbereiche (Freizeit, Familie etc.) zumindest mit in den Fokus rücken (2). Ausserdem sollte sich Soziale Arbeit weiterhin und verstärkt dafür einsetzen, dass die Fallbelastung und die zur Verfügung stehende Zeit pro Klientin oder Klient eine wertschätzende und klientenzentrierte Behandlung erlauben (3).

9.3 Abschliessendes Fazit

Abschliessend kann also festgestellt werden, dass eine Stigmatisierung von Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit durch die Soziale Arbeit besteht. Diese ist durch vielschichtige, komplexe Prozesse bedingt und geschieht in der direkten Zusammenarbeit mit der Klientel häufig auf eine subtile Art und Weise. Es kann festgestellt werden, dass viele Betroffene die Stigmatisierung sehr ähnlich erleben und die Soziale Arbeit im Grossen und Ganzen aber dennoch als hilfreich und positiv beurteilt wird. Soziale Arbeit scheint im Vergleich zu anderen Professionen oder anderen Akteuren der Gesellschaft zwar sensibler für das Thema Stigmatisierung zu sein, jedoch besteht auch für die Soziale Arbeit durchaus noch Verbesserungspotential. Dies fordert ein Wille zur Entstigmatisierung, die Bereitschaft zur kritischen Selbstreflexion, die Fähigkeit professionelles Handeln und Angebote entsprechend anzupassen und sich im gesellschaftlichen, professionellen und politischen Diskurs weiter stark zu machen.

9.4 Ausblick

Aus der Bachelor-Thesis und den gewonnenen Erkenntnissen können weitere Forschungsmöglichkeiten abgeleitet werden, die ausführlicher betrachtet und genauer analysiert werden könnten. Im Folgenden werden davon fünf Möglichkeiten kurz vorgestellt:

Die vorliegende Bachelor-Thesis hat die Perspektive und das subjektive Erleben der Klientinnen und Klienten abgefragt. Interessant wäre es, das *Handeln* der Professionellen der Sozialen Arbeit zu analysieren, um herauszufinden, wie eine stigmatisierende Behandlung tatsächlich und konkret ausgestaltet ist. Dies könnte beispielweise mittels Fallbeispielen, welche die Professionellen der Sozialen Arbeit bearbeiten müssen, erhoben werden.

Da sich in der durchgeführten empirischen Erhebung nur männliche Klienten zu einem Interview bereiterklärt haben, wäre es interessant, auch noch Klientinnen mit substanzgebundener Abhängigkeit zu interviewen. So könnte ermittelt werden, ob bei ihnen andere Merkmale stigmatisiert werden (z.B. Prostitution, Mutterschaft etc.) als bei männlichen Klienten und wodurch sich ihr Erleben und ihre Erfahrungen genau unterscheiden.

Die vorliegende Bachelor-Thesis hatte zum Ziel, die Stigmatisierung durch die Soziale Arbeit als Ganzes zu analysieren. In einer weiterführenden Untersuchung könnte analysiert werden, ob es Unterschiede in der Stigmatisierung zwischen den verschiedenen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit gibt. So könnten beispielsweise durch die Betrachtung der Sozialhilfe, von sozialpädagogisch betreuten Wohnformen, Arbeitsintegrationsprogrammen und der niederschweligen Suchthilfe (z.B. Gassenküche) ein *intraprofessioneller* Vergleich geleistet werden.

Auch ein vertiefter *interprofessioneller* Vergleich ist denkbar, indem die verschiedenen Instanzen, welche die Kategorie ‚Sucht‘ bearbeiten, genauer untersucht und miteinander verglichen werden. So könnte beispielsweise im Bereich der Medizin, der Justiz, der Psychologie und der Sozialen Arbeit diesbezüglich geforscht werden.

In der Interviewauswertung ist zudem aufgefallen, dass auch Menschen mit substanzgebundener Abhängigkeit wiederum andere diskreditierte Gruppen stigmatisieren. So scheinen beispielsweise substituierte Personen ein besseres Bild von sich zu haben als von Strassendrogenkonsumierenden. Es könnte untersucht werden, welche Stigmata hier vorherrschen, was mögliche Beweggründe dafür sind und wie sie für eigenes stigmatisierendes Wirken sensibilisiert werden können.

10 Literaturverzeichnis

- Ahrens, Stephan. (1975). *Aussenseiter und Agent: Der Beitrag des Labeling-Ansatzes für eine Theorie abweichenden Verhaltens*. Stuttgart: F. Enke.
- Avenir Social. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz: Ein Argumentarium für die Praxis*. Bern: Avenir Social.
- Aydin, Nilüfer & Fritsch, Katrin. (2015). Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten. *Psychotherapeut*, 60, 245-257. doi: 10.1007/s00278-015-0024-9
- Baeschlin, Marianne & Baeschlin, Kaspar. (2018). *Einfach, aber nicht leicht: Leitfaden für lösungsorientiertes Arbeiten in sozialpädagogischen Organisationen* (6., überarb. Aufl.). Winterthur: Verlag ZLB.
- Bauer, Robert. (2014). *Sucht zwischen Krankheit und Willensschwäche*. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag.
- Berger, Christa. (2017). Stigmatisierung trotz guter Absicht: Zum Umgang mit einem konstitutiven Dilemma in der Suchtprävention. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 49(2), 335-342.
- Bottlender, Roland & Möller, Hans-Jürgen. (2005). Psychische Störungen und ihre sozialen Folgen. In Wolfgang Gaebel, Hans-Jürgen Möller & Wulf Rössler (Hrsg.), *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung: Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker* (S. 7-17). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Bundesamt für Gesundheit. (2013). *Substitutionsgestützte Behandlung bei Opioidabhängigkeit* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung.html>
- Darke, Shane. (2013). *Heroinabhängigkeit im Lebenslauf: Typische Biografien, Verläufe und Ergebnisse*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Dollinger, Bernd & Schmidt-Semisch, Henning. (2007). Reflexive Suchtforschung. In Bernd Dollinger & Henning Schmidt-Semisch (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung* (S. 7-33). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Dollinger, Bernd & Schmidt-Semisch, Henning. (2010). Nebenfolgen Sozialer Arbeit. Ein Blick auf Probleme von Problemarbeit am Beispiel der Suchtsemantik. *Widersprüche*, 118, 63-78.
- Dresing, Thorsten & Pehl, Thorsten. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitung und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (6. Aufl.) [PDF]. Abgerufen von <http://www.audiotranskription.de/praxisbuch>
- Eisenmann, Peter. (2012). *Werte und Normen in der Sozialen Arbeit: Philosophisch-ethische Grundlagen einer Werte- und Normenorientierung Sozialen Handelns* (2., überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Engelke, Ernst, Spatscheck, Christian & Borrmann, Stefan. (2016). *Die Wissenschaft Soziale Arbeit. Werdegang und Grundlagen* (4. überarb. und erw. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Gaebel, Wolfgang, Möller, Hans-Jürgen & Rössler, Wulf. (2005). Einführung. In Wolfgang Gaebel, Hans-Jürgen Möller & Wulf Rössler (Hrsg.), *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung: Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker* (S. 1-6). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Gellert, Rüdiger & Schneider, Gundel. (2002). *Substitution und Heroin: Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und professionelle Helfer*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Goffman, Erving. (2016). *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* (23. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Gölz, Jörg. (2004). Stigmatisierung von Drogenabhängigen. *Suchttherapie*, 5(4), 167-171. doi: 10.1055/s-2004-813766
- Groenemeyer, Axel. (2010). Doing Social Problems – Doing Social Control: Mikroanalysen der Konstruktion sozialer Probleme in institutionellen Kontexten – Ein Forschungsprogramm. In Axel Groenemeyer (Hrsg.), *Doing Social Problems: Mikroanalysen der Konstruktion sozialer Probleme und sozialer Kontrolle in institutionellen Kontexten* (S. 13-56). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Hansen, Nina. (2009). Die Verarbeitung von Diskriminierung. In Andreas Beelmann & Kai Jesko Jonas (Hrsg.), *Diskriminierung und Toleranz: Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven* (S. 155-170). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helferich, Cornelia. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.) [PDF]. Abgerufen von <http://www.springer.com>
- Hochuli Freund, Ursula & Stotz, Walter. (2017). *Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit: Ein methodenintegratives Lehrbuch* (4. aktual. Aufl). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Kostrzewa, Regina. (2018). *Stigmatisierung und Selbststigmatisierung im Kontext von Suchterkrankungen: Ein veränderbarer Teufelskreis?* [PDF]. Abgerufen von <http://www.konturen.de/fachbeitraege>
- Lamnek, Siegfried. (2018). *Theorien abweichenden Verhaltens I: „Klassische“ Ansätze: Eine Einführung für Soziologen, Pädagogen, Juristen, Journalisten und Sozialarbeiter* (10., durchges. Aufl.). Paderborn: Wilhelm Fink Verlag.
- Laging, Marion. (2018). *Soziale Arbeit in der Suchthilfe: Grundlagen – Konzepte – Methoden*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Lemert, Edwin. (1951). *Social pathology*. New York: McGraw-Hill Book Company Inc.
- Lemert, Edwin. (1975). Der Begriff der sekundären Devianz. In Klaus Lüderssen & Fritz Sack (Hrsg.), *Seminar: Abweichendes Verhalten I: Die selektiven Normen der Gesellschaft*. (S. 433-476). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Mayring, Philipp. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Möller-Leimkühler, Anne Maria. (2005). Stigmatisierung psychisch Kranker aus der Perspektive sozialpsychologischer Stereotypenforschung. In Wolfgang Gaebel, Hans-Jürgen Möller & Wulf Rössler (Hrsg.), *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung: Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker* (S. 40-55). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

- Passie, Torsten & Dierssen, Oliver. (2011). *Die heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger: ein Praxishandbuch*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Schabdach, Michael. (2009). *Soziale Konstruktionen des Drogenkonsums und Soziale Arbeit: Historische Dimensionen und aktuelle Entwicklungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schaffer, Hanne. (2014). *Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit: Eine Einführung* (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Schmidt-Semisch, Henning. (2010). Doing Addiction: Überlegungen zu Risiken und Nebenwirkungen des Suchtdiskurses. In Bettina Paul & Henning Schmidt-Semisch (Hrsg.), *Risiko Gesundheit: Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft* (S. 143-162). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schomerus, Georg, Bauch, Alexandra, Elger, Bernice, Evans-Lacko, Sara, Frischknecht, Ulrich, Klingemann, Harald, Kraus, Ludwig, Kostrzewa, Regina, Rheinländer, Jacob, Rummel, Christina, Schneider, Wiebke, Speerforck, Sven, Stolzenburg, Susanne, Sylvester, Elke, Tremmel, Michael, Vogt, Irmgard, Williamson, Laura, Heberlein, Annemarie & Rumpf, Hans-Jürgen (2017). *Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden*. doi: 10.1024/0939-5911/a000501
- Sommerfeld, Peter, Dällenbach, Regula, Rüeegger, Cornelia & Hollenstein, Lea. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie: Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Staub-Bernasconi, Silvia. (2018). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: Auf dem Weg zu kritischer Professionalität* (2. Aufl.). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Stimmer, Franz. (2012). *Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit* (3. überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Sting, Stephan. (2018). Sucht und Rausch. In Hans-Uwe Otto, Hans Thiersch, Rainer Treptow & Holger Ziegler (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit: Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik* (6. überarb. Aufl.) (S. 1684-1692). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Streck, Rebekka. (2015). Undoing Addiction? Situative Neutralisierung von ‚Sucht‘ in der offenen Drogenarbeit. In Bernd Dollinger & Nina Oelkers (Hrsg.), *Sozialpädagogische Perspektiven auf Devianz* (S. 186-202). Weinheim: Beltz Juventa.

Von Engelhardt, Michael. (2010). Erving Goffman: Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. In Benjamin Jörissen & Jörg Zirfas (Hrsg.), *Schlüsselwerke der Identitätsforschung* (S. 123-140). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Von Spiegel, Hiltrud. (2018). *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit: Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis* (6. durchg. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.