



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

„Alice Salomon“- Hochschule
für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin
Soziale Arbeit, Gesundheit, Erziehung und Bildung

Masterarbeit

Begleitung als Gestaltungsprinzip der Sozialen Arbeit in Suchtberatungsstellen

- der Versuch einer empirischen Annäherung

Marlen Stritzel



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Veröffentlicht auf aliceOpen, dem Publikationsserver der Alice Salomon Hochschule Berlin im Januar 2021.

Zitiervorschlag

Stritzel, Marlen (2020): Begleitung als Gestaltungsprinzip der Sozialen Arbeit in Suchtberatungsstellen – der Versuch einer empirischen Annäherung.

Verfügbar unter: [urn:nbn:de:kobv:b1533-opus-3497](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:b1533-opus-3497)



Dieses Werk steht unter der [Lizenz Creative Commons Namensnennung 4.0 International \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Marlen Stritzel/Matr.Nr. 43340

**Begleitung als Gestaltungsprinzip der Sozialen Arbeit in
Suchtberatungsstellen**

-der Versuch einer empirischen Annäherung-

Masterarbeit zur Erlangung des Akademischen Grades

„Master of Arts“ (M. A.)

im Studiengang

Praxisforschung in Sozialer Arbeit und Pädagogik

an der

"Alice Salomon" - Hochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik

University of Applied Sciences

Eingereicht: Wintersemester 2020/2021

Am: 27.10.2020

Erstgutachter*in: Prof. Dr. Rita Hansjürgens

Zweitgutachter*in: Prof. Dr. Daniela Molnar

Abstract

Im Zentrum der vorliegenden Arbeit steht die Fragestellung, wie sich Begleitung innerhalb der Suchtberatung zeigt und gestaltet. Dem Gegenstand wurde sich auf einer theoretischen und empirischen Ebene genähert. Der Beginn der Arbeit stellt eine Bestimmung des Feldes in Form einer Darstellung der aktuellen Situation der ambulanten Suchthilfe – im Speziellen der Suchtberatung dar. Darauf folgt der empirische Teil der Arbeit, bei dem das Forschungsdesign durchgängig qualitativ gerahmt ist. Die Methodologie der Grounded Theory nach Corbin und Strauss dient in diesem Zusammenhang für die erhobenen Interviews mit Sozialarbeitenden als Forschungsstil sowie Auswertungsmethode. Mit Hilfe der Methodik selbst, dem Kodierschema, werden Beziehungsnetzwerke hinsichtlich des zu untersuchenden Phänomens herausgearbeitet, welche ein Verständnis des Phänomens Begleitung in seinen verschiedenen Facetten präsentiert. So wird zum einen eine handlungsmethodische Perspektive eingenommen, um die Begleitung mit ihren konkreten Handlungsweisen in der praktischen Arbeit zu erfassen. Hier lassen sich insbesondere Stabilisierung und Krisenintervention als explizite Bestandteile von Begleitung nennen. Zum anderen wird sich einer professionstheoretischen Sichtweise zugewandt, welche die individuellen Ausgestaltungen der Sozialarbeitenden mit Hilfe von relevanten Professionsverständnissen, wie Soziale Arbeit im „Zwischen“ nach Mayer und Soziale Arbeit als Beziehungsfprofession nach Gahleitner, untermauert. Innerhalb der Diskussion, welche als Synthese fungiert, wird im Zusammenhang mit dem Phänomen Begleitung, Bezug auf folgende sozialarbeiterische Konzeptionen genommen: Soziale Diagnostik, implizites Beziehungswissen (als interprofessionelles Konzept), vertrauensvolle Arbeitsbeziehung, integrierter Prozessbogen sowie das Mandats- und Professionsverständnis. Die vorliegende Arbeit stellt abschließend fest, dass Begleitung als eine relevante sozialarbeiterische Tätigkeit einen integrierten Platz im Versorgungssystem benötigt, um Bedarfe von Klient*innen zu decken, den realen Tätigkeiten Sozialarbeitender Sichtbarkeit zu verleihen und die Professionalisierung innerhalb der Suchtberatung durch ein konkretes Tätigkeitsprofil zu fördern.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Das Phänomen Sucht.....	8
3	Das Feld der Suchthilfe	10
3.1	Ambulante Suchthilfe	11
3.2	Zur Finanzierung von Suchtberatungsstellen	12
3.3	Suchtberatung: Funktion, Ziele und Tätigkeiten	13
3.3.1	Vertiefung der Tätigkeiten innerhalb der Suchtberatung.....	15
4	Fragestellung	17
5	Die Forschung	18
5.1	Methodik.....	18
5.2	Grounded Theory als Forschungsstil.....	19
5.3	Erhebungsmethoden	23
5.3.1	Narratives Interview	23
5.3.2	Leitfadengestützte Expert*innen-Interviews.....	25
5.3.3	Triangulation von (Erhebungs-)Methoden.....	27
5.4	Das Sampling	28
5.5	Anmerkungen zum Ablauf der Interviews.....	29
5.6	Kodierschema der Grounded Theory	30
5.7	Reflexion der Methodik	34
6	Darstellung der Ergebnisse.....	37
6.1	Phänomen	40
6.2	Kontext	43
6.3	Ursächliche Bedingungen.....	47
6.4	Strategien	52
6.5	Konsequenzen.....	55
7	Interpretation und Modellentwurf	57
7.1	Definitionsannäherung an das Phänomen Begleitung	57
7.2	Weiterführende Einordnung des Begleitungsbegriffes.....	61
8	Diskussion in Form einer Synthese mit theoretischen Bezügen der Sozialen Arbeit	67
8.1	Soziale Diagnostik.....	67
8.2	Implizites Beziehungswissen.....	72
8.3	Vertrauensvolle Arbeitsbeziehung als Basisvariable nach Hansjürgens	75

8.4 Prozessbogen nach Sommerfeld et al.	78
8.5 Mandats- und Professionsverständnis	84
9 Fazit	91
10 Literaturverzeichnis.....	95
Erklärung.....	102
Anhang	103
Anhang: SPSS-Verfahren	103
Anhang: Leitfaden für Interviews.....	108
Anhang Forderungspapier Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS).....	110
Anhang Transkripte 1-5	113
Transkript 1	113
Transkript 2	122
Transkript 3	134
Transkript 4	139
Transkript 5	152
Anhang: Zusammenfassung der Konzepte	164
Konzept: Tätigkeiten.....	164
Konzept: Funktion der Beratung.....	189
Konzept: Veränderung/Entwicklung.....	194
Konzept: Haltung	203
Konzept: Grenzen	225
Konzept: Kritik	244
weitere Konzepte.....	246

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Zuständigkeit und Wirkung Sozialer Arbeit (Hansjürgens 2016, S.50)	16
Abbildung 2 Der iterative Prozess nach Strauss (Strübing 2014, S.12).....	20
Abbildung 3 Hermeneutischer Zirkel (Breuer 2010, S.48).....	21
Abbildung 4 Illustration des offenen Kodierens (eigene Darstellung).....	32
Abbildung 5 Kodierparadigma (eigene Darstellung)	33
Abbildung 6 Übersicht der Konzepte (eigene Darstellung)	37
Abbildung 7 Anwendung des Kodierparadigmas (eigene Darstellung).....	39
Abbildung 8 reguläre Tätigkeiten innerhalb der Suchtberatung (eigene Darstellung)	40
Abbildung 9 außerreguläre Tätigkeit innerhalb der Suchtberatung (eigene Darstellung)	42
Abbildung 10 Veränderungen & Entwicklungen in der Suchtberatung (eigene Darstellung)	44
Abbildung 11 Modellentwurf von Begleitung (eigene Darstellung)	65

1 Einleitung

*„Mit manchen Menschen hat man ja auch schon eine sehr lange Beziehung in der Beratung [...] Also Begleitung ist wirklich auch so ein Top-Thema.“
(Frau Weidmann, T4 Z.73-85)*

In diversen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit tritt der Begriff der Begleitung auf. Prozessbegleitung, Schulbegleitung, Alltagsbegleitung – all diese sozialarbeiterischen Begriffe sind in einem gesetzlichen Rahmen verankert und definiert, um einer bestimmten Personengruppe ein Unterstützungsangebot anzubieten.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Begleitung in dem Handlungsfeld der ambulanten Suchthilfe – der Suchtberatung. In diesem Arbeitskontext ist Begleitung kein gesicherter Begriff. Durch die Forschung von Arnold wurde hervorgehoben, dass es abgesehen von einer fehlenden Konzeption dessen was Begleitung bedeutet und ausmacht, auch in der Außendarstellung von Suchtberatung keinen Hinweis darauf gibt, dass Begleitung als explizites Angebot existiert (vgl. Arnold 2020, S.209f.). Arnold merkt an, dass es so scheine „(...) als müssten die Einrichtungen dieses wichtige Angebot verstecken“ (ebd.). Diese Tätigkeit wird auch von Finanzierungsträger*innen¹ weder gesehen noch anerkannt. Stöver beschreibt, dass „(...) die Berufsgruppe der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen [es] zudem wesentlich schlechter als andere [versteht], ihre Leistungen in der Fachwelt und weiteren Öffentlichkeit entsprechend ihrem Anteil an der Suchtkrankenhilfe gebührend darzustellen“ (2012, S. 162).

Diese Perspektiven werden als Ausgangspunkt gesehen, weshalb eine Konkretisierung der Begrifflichkeit von einem Tätigkeitsbereich wie der Begleitung sinnvoll ist, um so Sozialarbeit*innen einen Weg zu ermöglichen eben diese Leistungen in der Öffentlichkeit fundiert zu repräsentieren. Diese Arbeit leistet einen Beitrag dazu Sozialarbeiter*innen in eine fachliche Diskussion mitzunehmen, um die Arbeit und die Tätigkeiten besser verstehen und verorten zu können. Dies ist letztlich notwendig, um die Arbeit mit Klient*innen konstruktiv zu gestalten und sie professionell zu reflektieren.

¹ Es wird sich in dieser Arbeit um geschlechtergerechte Sprache bemüht. Um Geschlechtsidentitäten auch außerhalb des binären Geschlechtersystems mit einzubeziehen, wird sich der neutralisierenden Form bedient. Bei Begriffen, die das nicht ermöglichen, wird der Gender* verwendet.

Das Handlungsfeld der Suchtberatung stellt ein Arbeitsfeld dar, welches höchst faszinierend und vielfältig erscheint. Die Vielfalt zeigt sich vorrangig in den Tätigkeitsbereichen, die Sozialarbeitende innerhalb der praktischen, beraterischen Arbeit abdecken. Seit einigen Jahren ist dieser Bereich zu einem Bestandteil meiner professionellen Heimat geworden. Aus eigenem Interesse das Feld auch aus einer empirischen Perspektive besser kennenzulernen, ergab sich im Austausch und in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Rita Hansjürgens eine Fragestellung, die zu einer fachlich inhaltlichen Weiterentwicklung der Suchtberatung beitragen soll. Mein Forschungsvorhaben ist dabei eingebettet in aktuelle Fachliteratur, welche sich mit Tätigkeiten innerhalb der Suchtberatung beschäftigt. Den direkten Anschlusspunkt für das Entstehen meiner Arbeit und die Bedeutung einer Begriffsschärfung von Begleitung stellt die Forschungsarbeit „Zwischen Fachlichkeit und Fremdbestimmung“ (2020, Titel) von Arnold dar. In dieser wird deutlich, dass Fachkräfte der Suchtberatung eine Art der Suchtbegleitung anbieten, obwohl es keine konzeptionelle Grundlage für dieses Phänomen gibt. Nichtsdestotrotz konnte festgestellt werden, dass diese Art von Begleitung als fachlich sinnvoll und in Anbetracht der Bedarfe der Klient*innen als notwendig angesehen wird. Es ergibt sich somit die Frage: Wie gestaltet sich Begleitung und wodurch zeichnet sie sich aus?

Zentral für meine Forschungsarbeit sind die subjektiven Aussagen und Erfahrungen der Professionellen hinsichtlich ihrer fachlichen Haltung und Einschätzung ihrer beruflichen Tätigkeit. So ist es möglich die in der sozialarbeiterischen Praxis präsenten Tätigkeiten herauszuarbeiten, zu rekonstruieren und zu definieren. Aufgrund des explorativen Charakters des Forschungsprojektes bot sich hierfür ein rein qualitatives Forschungsdesign an. In Form eines narrativen und folgenden leitfadengestützten Interviews wurden sieben Sozialarbeiter*innen befragt. Fünf dieser Interviews wurden mit Hilfe der Grounded Theory nach Corbin und Strauss ausgewertet. Diese Forschungsmethode/-theorie bietet sich besonders gut an, da im Auswertungsprozess Beziehungsnetze hergestellt werden, welche für das Verstehen und Ergründen von Begleitung bedeutsam sind. Nur so konnte es mir gelingen verschiedene Facetten des Phänomens herauszuarbeiten. Im Verlauf der Arbeit wurde immer deutlicher, dass die Thematik äußerst komplex und vielschichtig ist und aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden muss, um für die Soziale Arbeit einen konsistenten Beitrag zu leisten.

Im Laufe der Arbeit hat sich für mich eine Strukturlogik ergeben, welche sich von der eines klassischen Aufbaus einer Masterarbeit abgrenzt. Die Entscheidung für dieses Vorgehen und

der konkrete Aufbau meiner Arbeit werden aus Gründen der Transparenz im Folgenden erläutert. Somit ergeben sich für meine Forschungsarbeit keine im klassischen Sinne theoretischen Kapitel zu Beginn, sondern ein Kapitel zur Feldbeschreibung des Handlungsfeldes der Suchtberatung. Direkt im Anschluss folgt die Forschung, welche in den Mittelpunkt der Arbeit rückt. Die Diskussion schließlich stellt eine Synthese dar, welche als eine Zusammenführung von theoretischen Bezügen der Sozialen Arbeit mit den Erkenntnissen der Forschung verstanden wird. Sie dient im Kontext der Arbeit der Beantwortung der Forschungsfrage.

In den theoretischen Kapiteln wird sich dem Gegenstand mit Hilfe einer unstrukturierten Literaturrecherche angenähert und sich auf einschlägige Veröffentlichungen bezogen sowie eine Analyse des Tätigkeitsprofils der Suchtberatung durchgeführt. Erläuterungen zum Phänomen Sucht und einer Einordnung dessen, präzisieren ein Verständnis von Sucht, welches als Grundlage verstanden werden kann. Die Feldbeschreibung bietet Raum, das Handlungsfeld der Suchtberatung in der Sozialen Arbeit nachzuzeichnen und das Tätigkeitsprofil zu erörtern. In einem kurzen Zwischenkapitel wird die Fragestellung präzisiert und dient als Überleitung zur Forschungsarbeit.

Die Vorgehensweise der Forschung und die Auswertung der Daten stellen einen wichtigen Teil der Arbeit dar und werden in aufeinander folgenden Kapiteln ausgeführt. Diese Reihenfolge der Kapitel folgt im Wesentlichen meiner Arbeitslogik. Einen Großteil meiner Arbeitszeit habe ich mit dem Erheben und vor allem Auswerten der Daten verbracht. Auch aufgrund des gewählten Forschungsstils ergibt diese Abfolge in meinen Augen Sinn. Mit einem offenen Blick habe ich das Material analysiert und herausgelesen, was es an theoretischen Bezügen verborgen hält, ohne mich zu Beginn von den verschiedensten Theorien inspirieren zu lassen. Der empirische Abschnitt der Arbeit ist durch ein durchgängig qualitatives Vorgehen der Grounded Theory gerahmt und ist wie folgt aufgebaut: Zunächst finden konkrete Vorgehensweisen, zentrale Gedanken und Besonderheiten des Forschungsstils Beachtung. Im Anschluss daran werden die Erhebungsformen, die Samplingstrategie und die Abläufe der Interviews vorgestellt. Das Kodierschema als Auswertungsmethode wird in einem gesonderten Kapitel beschrieben und dient vorrangig der Nachvollziehbarkeit meines weiteren Vorgehens. Das Forschungskapitel wird mit einer Reflexion der Methodik beendet. Darauf folgend werden die Forschungsergebnisse dargestellt und interpretiert. Die in dem anschließenden Kapitel benannten theoretischen Bezüge sind angelehnt an die im Ergebnisteil herausgearbeiteten Definitionsbausteine.

Den zweiten Eckpfeiler der Arbeit stellt die anschließende Diskussion dar, welche die Ergebnisse der Forschungsarbeit mit den Theorien Sozialer Arbeit verknüpft und in einen Zusammenhang bringt. Durch das induktive Herausarbeiten der relevanten Theorien, habe ich anhand des Materials Kategorien entwickeln können, mit Hilfe derer sich Schnittstellen zu Handlungsbezügen der Sozialen Arbeit herstellen lassen. Im Kapitel 8 beziehe ich mich in Form einer Synthese auf folgende Konzeptionen, welche anschließend kurz vorgestellt werden:

Soziale Diagnostik steht in einem engen Zusammenhang mit professionellem Handeln und kann hier als Instrument betrachtet werden, um die Bedarfe von Klient*innen zu erkennen und einzuordnen. Die Bedeutung von Sozialer Diagnostik und deren Einbettung in die Hilfestrukturen werden anhand der Auswertung der erhobenen Daten in Relation gesetzt. In diesem Zusammenhang bediene ich mich eines weiteren Konzepts, welches aus der Psychologie stammt und in Kontexte der Sozialen Arbeit übersetzt wurde. Das *implizite Beziehungswissen* stellt eine Komponente dar, welche die Basis von Verständigung auf einer (non-)verbalen Ebene verdeutlicht. Die Komplexität der praktischen Arbeit wird hervorgehoben bzw. der geforderten und notwendigen Kompetenzen, welche Sozialarbeitende mitbringen müssen, werden durch das implizite Beziehungswissen verdeutlicht.

Hansjürgens entwickelte im Rahmen ihrer Dissertation Überlegungen zu Bedingungen und zum Entstehen von gelingenden und weniger gelingenden Arbeitsbeziehungen in der Suchtberatung – mit den Worten von Hansjürgens werden die zwei gegensätzlichen Pole „misstrauische und vertrauensvolle Arbeitsbeziehung“ genannt (Hansjürgens 2019, S.33). In dem Kapitel 8.3 der Arbeit wird ausführlich darauf eingegangen, weshalb die *vertrauensvolle Arbeitsbeziehung* eine relevante Komponente für das Phänomen Begleitung darstellt.

Im weiteren Verlauf der Diskussion wird der „*integrierte Prozessbogen*“ aufgegriffen. Diese Interventionsform ist eine Möglichkeit Begleitung aus einer handlungsmethodischen Perspektive zu verstehen. Sie entspringt der Theorie „Integration und Lebensführung“ (2011, Titel) nach Sommerfeld et al.. Diese Theorie weist bislang die größte Erklärkraft auf und findet daher in dieser Arbeit Beachtung. Aufgrund ihrer Komplexität lässt sie sich jedoch nur in Teilen anwenden. Der integrierte Prozessbogen kann somit als eine Teiltheorie einer sehr vielseitigen Theorie verstanden werden. Diese Theorieskizze dient der Arbeit als Bezugstheorie und verortet Soziale Arbeit als Integrationsunterstützung für Lebensführungssysteme, welche gesellschaftlich als problematisch angesehen werden. Die handlungsmethodische Einordnung des Phänomens bestimmt die Soziale Arbeit und deren

Funktion innerhalb der Handlungswissenschaft Soziale Arbeit und liefert einen Rahmen, in welchem Begleitung Bestand haben kann.

In dem letzten und abschließenden Teil der Diskussion wird eine weitere Perspektive thematisiert, welche meiner Ausfassung nach bedeutende Relevanz hinsichtlich eines Gesamtverständnisses von Begleitung hat. Sie weicht von der handlungstheoretischen Perspektive ab. Neben einer methodischen Verortung des Phänomens zeigen sich die Ausprägung und individuelle Ausgestaltung von Begleitung auf einer Ebene des *Mandats- sowie Professionsverständnisses*. So wird die professionstheoretische Sichtweise in den Blick genommen und anhand ausgewählter, aktueller Verständnisse Sozialer Arbeit beleuchtet und in Zusammenhang mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit gesetzt. Das Fazit rundet die Arbeit mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse ab.

2 Das Phänomen Sucht

Hinter dem Begriff Sucht verbirgt sich ein komplexes und vielschichtiges Phänomen, welches auch als bio-psycho-soziales Gebilde aufgefasst werden kann. Innerhalb des Fachdiskurses gilt der Begriff der „Abhängigkeitserkrankung“ als präferiert, wobei umgangssprachlich und auch fachlich mittlerweile der Terminus „Sucht“ wieder genutzt wird. Letzterer wird in der vorliegenden Arbeit weitere Verwendung finden, weil dieser auch in der sozialarbeiterischen Praxis weiterhin gängig ist und diese das Forschungsfeld der Arbeit darstellt. Es wird sich dabei ausschließlich auf Suchtberatungsstellen mit dem Fokus auf substanzgebundene Süchte² bezogen.

Bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein wurde Sucht als individuelle Schwäche bzw. individuelles Versagen der Lebensführung angesehen. Erst mit dem Urteil des Bundessozialgerichts von 1968 wurde das Phänomen Sucht als Krankheit anerkannt. Somit konnte ein Zugang zum Versorgungssystem geschaffen werden, das heißt, es wurde der Zugang zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Rentenversicherung in Deutschland ermöglicht (vgl. Arnold 2020, S.10).

Das ICD-10 Manual³ definiert Kriterien für die Diagnose Sucht. Das benannte Manual, aus der Medizin kommend, beschreibt Sucht als gegeben, wenn mindestens drei oder mehr Kriterien erfüllt werden. Zudem kann die Diagnose von Sucht auch nur dann vorgenommen werden, wenn die aufgelisteten Symptome im vergangenen Jahr häufiger aufgetreten sind (vgl. Dilling & Freyberger 2016, S.74). Arnold fasst die Kriterien für die Diagnose Sucht zusammen:

² Unter substanzgebundenen Süchten werden Abhängigkeiten von Alkohol, illegalen Drogen oder Medikamenten verstanden. Das Pendant sind die substanzungebundenen Süchte, welche unter die Verhaltenssüchte fallen und bspw. pathologisches Glücksspiel, Medienabhängigkeit der Essstörungen sein können. An dieser Stelle soll angemerkt sein, dass letztere nicht weniger Relevanz haben, in dieser Arbeit jedoch keine weitere Konkretisierung erfahren, da ich mich ausschließlich auf die substanzgebundenen Süchte beziehe. (DG-SAS e.V. 2016, S.21)

³ Das ICD-10 (International Classification of Health and Disease) ist ein Klassifikationsmanual, welches von der World Health Organisation veröffentlicht wird und die gängigen Krankheiten bzw. Störungen katalogisiert und kategorisiert. Es ist ein diagnostisches Klassifizierungssystem aus der Medizin und dient einem einheitlichen Verständnis von Krankheiten zwischen Professionellen und Betroffenen. (vgl. DSM und ICD. online verfügbar unter: https://www.hogrefe.de/themen/klinik/klassifikationssysteme/artikel?tx_news_pi1%5Bnews%5D=313&cHash=ed8e44fa02460a90df575695a6cb5af4 Stand: 20.07.2020)

- ❖ „Der starke Wunsch bzw. Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
- ❖ Vorliegen einer verminderten Kontrollfähigkeit im Umgang mit der Substanz, den Substanzen.
- ❖ Vorliegen eines körperlichen Entzugssyndroms, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
- ❖ Toleranzentwicklung, d.h. Dosissteigerung, um den gewünschten Substanzeffekt zu verspüren.
- ❖ Vernachlässigung sozialer und beruflicher Aktivitäten.
- ❖ Schädlicher Konsum, d.h. einen anhaltenden Substanzgebrauch trotz Nachweis eindeutiger Schäden.“ (2020, S.8f.)

Die aufgelisteten Kriterien geben einen eindeutigen Hinweis darauf, was mit einem bio-psycho-sozialen Phänomen gemeint ist und verdeutlichen somit die Komplexität des Phänomens. Sie sind, auch wenn sie der medizinischen Diagnostik entspringen, insofern relevant zu nennen, als sie immer noch notwendig für die Beantragung von Leistungen für Menschen mit einer Suchtproblematik sind. Diese Kriterien sind jedoch vorrangig aus dem Grund kritisch zu betrachten, dass sie defizitorientiert angelegt sind und die soziale Dimension eine Nebenrolle spielt (vgl. Hansjürgens 2020, S.25). Im Kapitel 8.1 wird sich Sozialer Diagnostik zugewandt, welche die soziale Dimension einer Suchterkrankung vertiefend in den Blick nimmt.

Im Rahmen der Arbeit wird sich aufgrund der zeitlichen Ressourcen nicht vertieft mit den ätiologischen Aspekten des Phänomens Sucht befasst. Dennoch soll angemerkt sein, dass hinsichtlich der Entstehung von Sucht ein Konsens besteht, welcher von einem „multifaktoriellen Bedingungsgefüge“ (Arnold 2020, S.9) ausgeht. In welchen dynamischen Wechselwirkungen diese einzelnen Faktoren stehen, kann ausschließlich im Einzelfall betrachtet werden, um so die Gewichtung der jeweiligen Dimensionen bestimmen zu können (vgl. ebd.).

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) informiert auf ihrer Internetseite über Zahlen, die sich auf den missbräuchlichen Konsum⁴ alkoholischer Getränken beziehen. Laut

⁴ „Unter dem Missbrauch von Alkohol versteht man einen von der Norm abweichenden Konsum, der einmalig oder wiederholt in übermäßiger Dosierung erfolgt.“ (Neurologen und Psychiater im Netz. Online verfügbar

Schätzungen konsumieren zwischen 1,4 und 1,9 Millionen Menschen missbräuchlich Alkohol. Hinsichtlich einer Einschätzung zu illegalen Substanzen kann nur von Hochrechnungen gesprochen werden. Die Zahlen liegen im Jahr 2018 bspw. bei rund 300.000 Menschen mit einer Cannabissucht, etwa 40.000 Menschen mit einer Kokainabhängigkeit und 100.000 Personen mit einer Amphetamin-Abhängigkeit, wobei die Dunkelziffer nicht außer Acht gelassen werden darf. Allein diese Daten geben Auskunft darüber, dass Sucht durchaus ein relevantes Phänomen darstellt, welches eine große Personengruppe in Deutschland betrifft. Hinzu kommt eine Vielzahl von mitbetroffenen Angehörigen (vgl. Arnold 2020, S.11).

Wer sind eigentlich die Nutzer*innen der Suchtberatung? Es wird häufig von marginalisierten Personen gesprochen. Die Problembereiche der Betroffenen sind vielfältiger Natur und können sich auf die Wohnsituation, Gewalterfahrungen, finanzielle und rechtliche Schwierigkeiten beziehen. Bezeichnend für die Gruppe von suchtkranken Menschen ist, dass multidimensionale Problemlagen vordergründig sind und das Auftreten der Sucht nur einen Teil bzw. nur ein Symptom der anderen, darin einwirkenden Probleme darstellt (vgl. Suchthilfestatistik 2017, S.5). Sommerfeld et al. spricht in dem Fall von Handlungssystemen, welche schwierig oder problematisch geworden sind. Zu relevanten Handlungssystemen zählen Familie/Freunde, Arbeit, sowie Schattenwelten wie bspw. die Drogenszene (2011, S.232).

An dieser Stelle muss noch einmal betont werden, dass bezüglich der Betroffenen immer nur vom Einzelfall ausgegangen werden kann, da grundsätzliche Verallgemeinerungen nicht angemessen sind. Es zu einseitig ist die Nutzer*innen nur auf das Phänomen Sucht zu reduzieren. Daher gilt auch das ICD-10 als nicht ausreichend (vgl. Arnold 2020, S.212).

3 Das Feld der Suchthilfe

Im Zuge einer Einordnung der empirischen Erhebung, welche im weiteren Verlauf meiner Arbeit in den Vordergrund tritt und auch hinsichtlich eines grundlegenden Verständnisses über das Arbeitsfeld der Suchthilfe, ist es notwendig den Kontext und die

Rahmenbedingungen von Suchberatungsstellen darzulegen. Die Suchthilfe ist ein bekanntes und relevantes Feld der Sozialen Arbeit und zeichnet sich mittlerweile durch eine ausdifferenzierte Hilfelandschaft aus. Dieses kurzgehaltene Kapitel dient einer Verortung des Feldes der ambulanten Suchthilfe sowie der Darlegung von Tätigkeiten Sozialarbeitender in der Praxis.

3.1 Ambulante Suchthilfe

Das Versorgungssystem für suchterkrankte Menschen lässt sich grundsätzlich in drei Bereiche einteilen. Hansjürgens (2016, S.33) liefert hierfür einen verständlichen Überblick: Der erste Sektor umfasst „die psychosoziale psychiatrische Grundversorgung“ (ebd.), zu dem die Dienste und Einrichtungen gehören, welche die Grundversorgung ebendieser Bereiche abdecken. Angebote dieses Sektors sind für Menschen relevant, die unter einer Suchterkrankung und/oder chronischen Mehrfachschädigungen auf psychosozialer Ebene leiden. Sowohl Behörden als auch freie Träger stellen die Angebote bereit. Zum zweiten Sektor zählt die „medizinische Grundversorgung“ (ebd.), welche sich aus der ambulanten und stationären medizinischen Grundversorgung zusammensetzt und von niedergelassenen Ärzten bzw. Allgemeinkrankenhäusern abgedeckt wird. Angebote dieses Bereiches umfassen ausschließlich die Behandlung von körperlichen Begleit- und Folgeerscheinungen einer Suchterkrankung. Der dritte Sektor nennt sich die „traditionelle Trias“ (ebd.), unter der die herkömmliche Suchthilfe in Form von Beratung, Behandlung und Nachsorge von Suchterkrankten gefasst wird. Eine Ausdifferenzierung des Angebots dieses Bereiches ist in den letzten Jahren zum zentralen Angebot für suchterkrankte Menschen geworden. Eine kleinteiligere Betrachtung des Sektors wird im Weiteren unterschieden in (a) ambulante Beratung und Vorsorge, (b) ambulante oder stationäre Behandlung und (c) Nachsorge und Überleitung in Selbsthilfe (ebd.).

Anhand der kurzen Erläuterung wird deutlich, dass die ambulante Suchtberatung dem dritten Sektor zuzuordnen ist. Das ausdifferenzierte Angebot der ambulanten Suchthilfe richtet sich vor allem an Betroffene sowie deren Angehörigen. Im Allgemeinen umfasst der Prozessbogen die Kontaktaufnahme, Vermittlung in weiterführende suchtspezifische Angebote sowie die Nachsorge nach abgeschlossener Therapie (vgl. Hansjürgens 2016, S.33f.). Der benannte Prozessbogen wird im Verlauf der Arbeit (→ s. Kap. 8.4) in den Fokus rücken.

Ein hervorzuhebendes Merkmal der Suchthilfe ist die Vielfältigkeit bzgl. der beteiligten Professionsträger*innen. Die Besonderheit der ambulanten Suchthilfe besteht darin, dass es seit Beginn des 20. Jahrhunderts ein multiprofessionell geprägtes Feld war, welches sich aus Theolog*innen, Diakon*innen und teilweise auch Ärzt*innen zusammensetzte. Nach wie vor ist das ein Charakteristikum dieses Arbeitsfeldes. In der Phase der Nachkriegszeit etablierte es sich, dass mehr Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen das Feld bestimmten und einen wesentlichen Beitrag zur Professionalisierung leisteten (vgl. Helas 1997, S.158). Somit stellen Sozialarbeiter*innen heute mit 61% den Großteil der Berufsgruppe innerhalb der ambulanten Suchthilfe dar (vgl. Hansjürgens 2016, S.34). Der restliche Prozentsatz ist weiterhin geprägt von Psycholog*innen, Therapeut*innen und bspw. Soziolog*innen.

3.2 Zur Finanzierung von Suchtberatungsstellen

Die Finanzierungen der Suchtberatungsstellen können als recht komplex und heterogen bezeichnet werden, das liegt vorrangig an den diversen Möglichkeiten den Beratungsstellenauftrag zu definieren und entsprechend zu (re-)finanzieren (vgl. Arnold 2020, S.27). Die Finanzierung wird zu dem in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern festgeschrieben, woraufhin die Beschreibung dieser an Komplexität gewinnt. Laut deutscher Suchthilfestatistik wird die ambulante Suchtberatung zu 89% von der freien Wohlfahrtspflege und gemeinnützigen Organisationen getragen. Der Großteil der finanziellen Ressourcen stammt aus kommunalen Geldern und Landesmitteln, welche aus der Daseinsvorsorge hervorgehen. Aus diesem Grund muss die Hilfeart Suchtberatung differenziert von den Angeboten Prävention, Rehabilitation und Nachsorge betrachtet werden (vgl. Hansjürgens 2019, S.35). Das ist aus folgendem Grund relevant, weil die Daseinsvorsorge die zuvor genannten drei Bereiche nicht einschließt und deshalb Träger dazu angehalten sind eigene Einnahmen zu erzielen. Aufgrund der mit den vorhandenen Mitteln unzureichenden Finanzierung der ambulanten Suchtberatung sind die Träger darauf angewiesen durch eigene Einnahmen aus der ambulanten Nachsorge und Rehabilitation bzw. mithilfe anderer Projektmittel die Beratungsstellen zu (re-)finanzieren (vgl. Hansjürgens u.a. 2016, S.24).

Hansjürgens unterscheidet zwei Hauptfinanzierungsstränge:

„Das Feld suchtbezogener Hilfen kann grundsätzlich verschiedene Arbeitsbereiche umfassen, deren jeweilige Legitimation an unterschiedlichen Stellen im Sozialgesetzbuch (SGB) oder auch im Öffentlichen Gesundheitsdienstgesetz (ÖGDG) der einzelnen Bundesländer verankert ist. (...)

Grundsätzlich lassen sich jedoch zwei **Hauptfinanzierungsstränge** [Herv. im Orig.] ausmachen:

1. Steuerfinanzierte Leistungen der Daseinsvorsorge Psych KG bzw. (falls vorhanden) der Gesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) der Länder bzw. aber auch der Sozialgesetzbücher VIII und XII
2. Leistungsgesetzen zur medizinischen Versorgung (SGB V) und Rehabilitation (SGB VI).“ (Hansjürgens 2018, S.9)

Demnach wird die Finanzierung der Suchtberatungsstellen von sogenannten Leistungsverträgen bestimmt. Diese bestehen einerseits zwischen den (freien) Trägern und Kommunen und andererseits zwischen den Bundesländern. Das Aushandeln der Leistungsverträge wird von den jeweiligen Kostenträgern und den (freien) Trägern ausgetragen. Innerhalb dieser Verträge gelten bestimmte Bedingungen, welche auf Länderebene unterschiedlich sein können. Dennoch entsteht eine einheitliche Rahmung der Leistungsverträge bspw. bei der Teilnahme der bundesweiten Dokumentation im Rahmen des Deutschen Kerndatensatzes (KDS) (vgl. Arnold 2020, S.28).

Aus der angeführten Beschreibung geht eine bisweilen uneinheitliche und unzureichende Finanzierung der Suchtberatung in Deutschland hervor, welche als grundlegendes Problem weiterhin besteht.

3.3 Suchtberatung: Funktion, Ziele und Tätigkeiten

Suchtberatungsstellen nehmen im Gesamtversorgungsnetz der Suchthilfe eine besondere Position ein. Sie kann als eine Art Schnittstelle bzw. Brückenfunktion für den Zugang zu weiterführenden Therapie-/Reha-/Nachsorgeangeboten verstanden werden. Aufgrund der uneinheitlichen Normierung der Suchtberatung wird die sie auch als die „größte Grauzone“ (Venedey in Hansjürgens 2018, S.6) innerhalb des Hilfesystems beschrieben. Hansjürgens schreibt in der Expertise „Tätigkeiten und Potenziale der Suchtberatung“ von einer Art „Zulieferrolle“, welche die Suchtberatung inne habe (vgl. 2018, S.3). Daher wird ihr eine zentrale Rolle hinsichtlich der Vermittlung zugeschrieben. Rein deskriptiv fassen Böhl et.al diesen Auftrag wie folgt zusammen:

„Psychosoziale Beratungsstellen sowie Suchtberatungs- und Behandlungsstellen haben eine zentrale Aufgabe bei der Beratung und Betreuung Abhängigkeitskranker und sind zentrale Anlaufstellen. Sie unterstützen Betroffene

beim Aufbau der Motivation, Hilfe anzunehmen, erstellen Hilfepläne und vermitteln in weiterführende Angebote.“ (2010, S. 7)

Es lassen sich also drei Kernelemente der Suchtberatung herausarbeiten: Beratung, Motivierung und Vermittlung. Zu diesen Grundleistungen zählt unter anderem die Unterstützung bei der Beantragung suchtspezifischer Leistungen. Der Prozess der Beantragung von den Leistungen ist im SGB VI gesetzlich geregelt. Die Beantragung umfasst in der Regel eine ärztliche Diagnose, Prüfen des zuständigen Kostenträgers und ein Sozialbericht. Der Sozialbericht wird von Fachkräften der Suchtberatungsstelle (vorrangig Sozialarbeitenden) in Zusammenarbeit mit den Klient*innen erarbeitet und umfasst eine Datenzusammenstellung bezüglich der Therapieform und –dauer sowie Erläuterungen zu den Behandlungs- bzw. Therapiezielen (vgl. Arnold 2020, S.20-21).

Aufgrund des regional sehr unterschiedlich ausgestalteten Angebots der Suchtberatung plädiert Hansjürgens dafür eine Differenzierung zwischen Suchtberatung als Organisation (Suchtberatungsstellen) und der Funktion von Suchtberatung vorzunehmen. Die Funktion der Suchtberatung ist somit ein Bestandteil der klassischen Suchthilfe (vgl. Hansjürgens 2019, S.36).

Übergeordnete Ziele der Suchtberatung sind auf einer grundlegenden Ebene das Überleben der Betroffenen zu sichern und eine Minderung des Gebrauchs von Substanzen bzw. verhaltensbezogener Störungen zu erwirken. Grundsätzlich soll die Beratung als Form einer professionellen Intervention gesehen werden, bei der die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen sowie deren Angehöriger im Mittelpunkt des Interesses steht. Dabei werden die individuellen Ziele von den Betroffenen selbst bestimmt und können im Verlauf des Beratungsprozesses verändert bzw. modifiziert werden (vgl. Hansjürgens u.a. 2016, S.21). Im Zentrum des Interesses der Beratungsstellen steht die Selbstbestimmung der Klient*innen, welche sich unter anderem im Diskurs der akzeptierenden Drogenarbeit niederschlägt. Die Etablierung einer grundlegenden Haltung bzgl. einer abstinenten Beratung wird angestrebt⁵. Im Rahmen der verschiedensten Zuständigkeiten von Suchtberatung wird:

„(...) ausgehend vom formulierten Anliegen, Suchtmittelkonsum nicht mit dem normativen, priorisierten Ziel der Abstinenz thematisiert, sondern eher versucht, Zusammenhänge des Suchtmittelkonsums mit den häufig prekären Lebenslagen manchmal auch im gemeinsamen Beratungs- und Begleitungsprozess zu entdecken.“ (Hansjürgens 2019, S.42)

⁵ Die für diese Arbeit ausgewählten Suchtberatungsstellen beschreiben die Haltung bzw. den Anspruch im regulären Angebot oder in ihrem Leitbild auf den entsprechenden Internetseiten.

Als ein weiteres Ziel der Suchtberatung kann „(...) die Verbesserung der körperlichen und seelischen Gesundheit“ (Hansjürgens u.a. 2016, S.21) genannt werden, welche der „Förderung bzw. Erhaltung der sozialen und ggf. beruflichen (Re-)Integration“ (ebd.) dienen soll.

Arnold spricht von einer Hierarchisierung der Hilfeangebote, in der die Funktion der „Zulieferrolle“ der Suchtberatung und deren Bedeutung unzureichend wertgeschätzt wird (vgl. 2020, S.24). Die Suchtberatung ist voraussetzungsvoll für weitere Rehabilitation. Der Vermittlungsprozess kann aufgrund der Ambivalenzen suchterkrankter Menschen besonders herausfordernd sein und ist keineswegs trivial (vgl. ebd.). Suchtberatung kann somit als eine komplexe Hilfe betrachtet werden, welche „(...) durch keinen anderen Dienst zu ersetzen ist“ (Hansjürgens 2019, S.47).

Das Potenzial der Suchtberatung liegt schließlich nicht nur in der Vermittlung im Allgemeinen, sondern auch in der Beratung im Speziellen. Diese kann zwar als eine Art Motivationsform bezüglich des anstehenden Veränderungsprozesses und der Rehabilitation verstanden werden, soll aber in einem weiteren Schritt den Fokus auf „Beratung und Begleitung“ legen und gezielt die Anliegen der Klient*innen bearbeiten (vgl. Hansjürgens 2018, S.4).

Hinsichtlich der Rolle und Funktion von Suchtberatungsstellen wird deutlich, dass die Vermittlungsfunktion im Fokus der beschriebenen Tätigkeiten steht. Nichtsdestotrotz treten eine Reihe weiterer Aufgaben in den Vordergrund, welche teilweise unzureichend definiert sind und somit ein verhältnismäßig unklares Tätigkeitsprofil entsteht (vgl. Arnold 2020, S.25). In diesem Kontext tritt in einigen Beschreibungen, wie der Expertise zu „Tätigkeiten und Potenzialen der Suchtberatung“, der Begriff der Begleitung auf. Im Fachdiskurs besteht jedoch noch kein gesichertes Verständnis darüber, was sich unter dem Begriff verstehen lässt (vgl. Hansjürgens 2018, S.4).

3.3.1 Vertiefung der Tätigkeiten innerhalb der Suchtberatung

Wie zuvor beschrieben geht es grundsätzlich um die Vermittlung in weiterführende Hilfen. Ganz wesentlich ist jedoch die Gestaltung eines zieloffenen Raumes, um eine möglichst vertrauensvolle Arbeitsbeziehung entwickeln zu können (→ s.Kap.8.3). Ein weiterer Tätigkeitsbereich ist das Erschließen eines regionalen Hilfenetzwerkes für Betroffene. Das letzte Kernelement der Suchtberatung bestehend aus Beratung und Begleitung zählt zu den

Haupttätigkeiten, welche für die vorliegende Arbeit relevant sind (vgl. Hansjürgens 2018, S.24). Diese Eckpfeiler sind bedeutend, um einen möglichst niedrighschwelligem Zugang gewährleisten zu können und somit die Gestaltung eines Prozessbogens (→ s.Kap.8.4) zu ermöglichen. Begleitung wird innerhalb der Expertise als die physische Begleitung von Klient*innen gesehen. Dies bedeutet in der Regel die Begleitung zu Ämtern oder Ärzt*innen etc.

Die folgende Abbildung veranschaulicht die grundlegenden Zuständigkeiten der Suchtberatung auf einer Mehrebenenperspektive – System-, Prozess-, Personenebene:

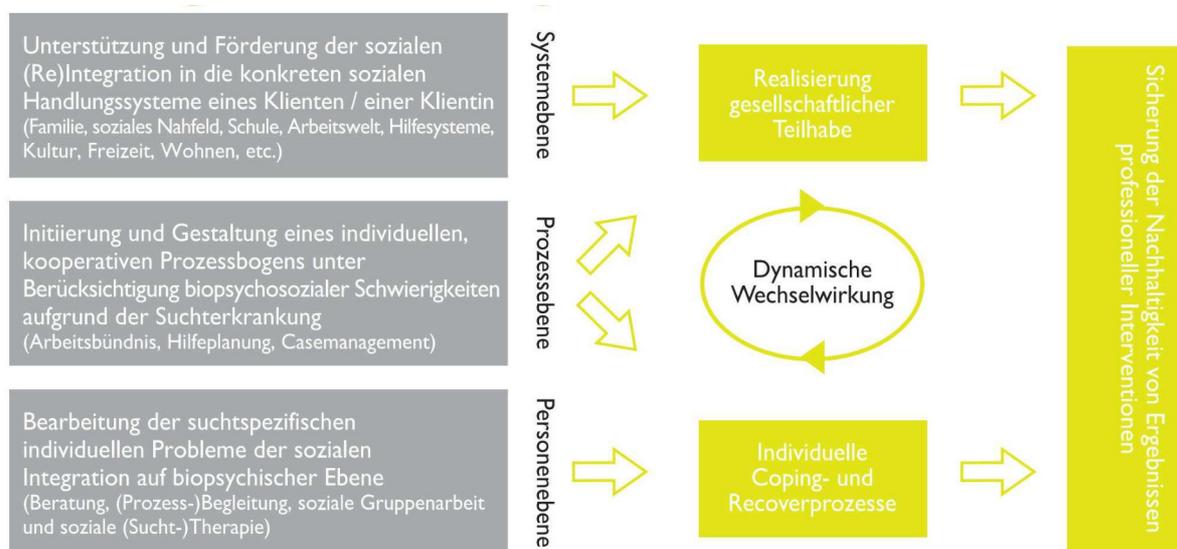


Abbildung 1 Zuständigkeit und Wirkung Sozialer Arbeit (Hansjürgens 2016, S.50)

Auf der Prozessebene wird als elementare Tätigkeit die Klärung des Anliegens der Klient*innen genannt. Dies ist wesentlich zum einen zur Bearbeitung des konkreten Falls und zum anderen für die Beziehungsarbeit und das Entstehen einer Arbeitsbeziehung. Daraus schlussfolgernd kann sozialarbeiterisches Handeln aus dem Erkennen des Einzelfalls rekonstruiert werden, welches sich, nach Hansjürgens, an das Konzept des „multiperspektivischen Fallverstehens“ nach Müller und Teile von klinischer, sozialer Diagnostik nach Gahleitner u.a. anlehnen lässt (vgl. 2019, S.37). Während des Prozesses klärt sich in der Regel die Ambivalenz der Klient*innen. Innerhalb der Arbeit mit den Ambivalenzen der Klient*innen führt dies letztlich in eine Vermittlung, zur Beratung und Begleitung in der Einrichtung oder zur vorläufigen Beendigung. Eine Fokussierung bzgl. der Zuständigkeit Beratung und Begleitung wird vertiefend vorgenommen. Hansjürgens beschreibt diese zwei Begriffe als „(...) graduell sich unterscheidende Formen der fachlichen

Intervention“ (2019, S.42). Zur einen Form zählt die zielorientierte Beratung mit einem von den Klient*innen konkretisierten Anliegen bzw. zieloffene Beratung, in welcher realistische Ziele gemeinsam erarbeitet werden. Zur anderen zählt die Begleitung, welche als „(...) aktive Unterstützung bei der Realisierung ihrer [der Klient*innen] Anliegen (...)“ (ebd.) verstanden werden kann. An dieser Stelle wird die Begleitung sozusagen als rein physische Tätigkeit bzw. Begleitung verstanden. Es meint Ämtergänge oder Begleitungen zu Arztpraxen etc. Die in der vorliegenden Arbeit untersuchte Begleitung zielt auf eine weitere Dimension von Begleitung – nämlich die Begleitung von Prozessen. Diese Tätigkeit ist aktuell jedoch weder inhaltlich noch fachlich gefüllt, geschweige denn wird diese finanziell honoriert. Somit steht die Aufgabe dieser Arbeit fest – ein Herantasten an den Begriff der Begleitung.

4 Fragestellung

Ausgehend von der Annahme, dass Begleitung als eine Tätigkeit in der Suchtberatung existiert und keinen gesicherten Rahmen hat, in welcher sie Beachtung findet, wird sich in dieser explorativen Forschungsarbeit an den Begriff Begleitung als eine relevante Tätigkeit angenähert. Die leitende Fragestellung lautet daher: Wie gestaltet sich Begleitung in der Suchtberatung? Darin eingeschlossen sind diverse Unterfragen, welche sich im Verlauf der Forschung sukzessive herauskristallisierten und Eingang in die Arbeit gefunden haben. In diesem Zusammenhang liefert das Material, abgesehen von verschiedenen Umgangsweisen mit dem Phänomen Begleitung, Antworten auf folgenden Fragen: Was sind Auslöser für das Auftreten von Begleitung? Wie äußert sich Begleitung im Arbeitsalltag? Welche Faktoren tragen dazu bei, dass Begleitung als außerreguläre bzw. konzeptionell nicht vorgesehene Tätigkeit bestehen bleibt?

Ziel der Forschungsarbeit ist es die Begleitung auf einer methodischen und professionellen Ebene für die Soziale Arbeit und Fachkräfte der Suchtberatung zu verorten sowie die Tätigkeit selbst im fachlichen Diskurs zu platzieren. Eine fehlende konkrete Position der Begleitung im Tätigkeitsprofil der Suchtberatung sowie im politisch administrativen System verdeutlicht die Notwendigkeit einer Begriffsklärung bzw. Definitionsannäherung und sollte aus diesem Grund besondere Relevanz für das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit haben.

Wie einleitend angedeutet, befasst sich die vorliegende Forschungsarbeit mit den verschiedenen Facetten des Phänomens der Begleitung, dessen Ziel es ist mit Hilfe der gewählten Forschungs- und Auswertungsmethode einen umfassenden Überblick sowie ein gemeinsames Verständnis über Handlungsabläufe innerhalb der praktischen Arbeit zu geben. Die folgenden Kapitel zeichnen den gesamten Prozess des Vorgehens nach.

5 Die Forschung

Im Folgenden wird sich „(...) der empirische[n] Wirklichkeit als Erkenntnisquelle“ (Schmidt 2019, S. 146) zugewandt. Der gesamte Forschungsprozess wird in den nächsten Kapiteln und Unterkapiteln nachgezeichnet und transparent gemacht. Die offen gehaltene Fragestellung – Wie gestaltet sich Begleitung im Suchtberatungskontext? – zielt auf Verstehen ab. Daher habe ich mich für ein durchgängig qualitatives Vorgehen entschieden. Qualitative Forschungen können nicht mit quantitativen Gütekriterien bemessen werden (vgl. Boehm 1994, S.134), um die „Qualität qualitativer Daten“ (Helfferich 2011, Buchtitel) bewerten zu können bedarf es eigener Gütekriterien. So wird die Validität der Ergebnisse mit intersubjektiver Nachvollziehbarkeit hergestellt. Die folgenden Unterkapitel leisten somit einen Beitrag dazu, ein „(...) Höchstmaß an Transparenz, Expliziertheit und Nachvollziehbarkeit“ (Breuer 2010, S.49) zu generieren.

Das Kapitel „Methodik“ geht zunächst auf die Grounded Theory als Methodologie ein und beschreibt Besonderheiten dieses Forschungsstils. Im Anschluss daran werden die beiden Erhebungsmethoden vorgestellt. Das Sampling umfasst Beschreibungen zur Auswahl der Fälle und leitet mit einem Zwischenkapitel zu „Anmerkungen der Interviewabläufe“ über zur Auswertungsmethode. Diese, das Kodierschema genannt und der Grounded Theory zugehörig, beschreibt detailliert und anhand von Beispielen mein konkretes Vorgehen im Auswertungsprozess.

5.1 Methodik

Der folgende Abschnitt der Arbeit beschäftigt sich mit der Offenlegung der gewählten Forschungsstrategie. In diesem wird die Grounded Theory in ihrer Doppeldeutigkeit als Methodologie und Auswertungsmethode beschrieben und eine Begründung dafür geliefert,

warum diese für mein Forschungsvorhaben geeignet ist. Im Anschluss daran werden die Erhebungsmethoden vorgestellt und erläutert. Mitunter wird die Triangulation verschiedener Erhebungsmethoden in den Fokus genommen. Des Weiteren werden Aussagen über das Sampling sowie die Methodenwahl getroffen und abschließend der Ablauf des Forschungsprozesses vorgestellt. In einem eigenen Kapitel werden einzelne, relevante Aspekte der vorliegenden Forschung reflektiert (→ s. Kap. 5.7).

5.2 Grounded Theory als Forschungsstil

Der Forschungsstil der Grounded Theory wurde 1967 von Glaser und Strauss entwickelt, die gemeinsam das Buch „The Discovery of Grounded Theory“ publizierten. Somit blickt dieser Stil auf eine jahrzehntelange Geschichte zurück und ist zu einem etablierten Bestandteil der qualitativen Sozialforschung geworden (vgl. Strübing 2019, S.525). Die beiden Soziologen beschreiben in ihrem Werk eine „(...) umfassende Konzeption des sozialwissenschaftlichen Erkenntnis- und Forschungsprozesses“ (Boehm 1994, S.121). Aus diesem Grund kann die Grounded Theory sowohl als Methodologie verstanden werden und ist jedoch zugleich ein konkretes Auswertungsverfahren. Über die Jahre wurden verschiedene Debatten rund um den „richtigen Weg“ der Ausgestaltung des Forschungsstils Forschenden ausgetragen (vgl. Breuer 2010, S.40). Daran beteiligt waren unter anderem die Begründer Glaser und Strauss selbst, deren Standpunkte sich unterschiedlich entwickelten und schließlich in „unüberbrückbare Differenzen“ (Mey/Mruck 2007, S.22) mündeten. Strauss hat im Verlauf der Jahre die Grounded Theory mit Corbin weiterentwickelt, welche daher auch häufiger als Autor*in in Bezug auf die Methodologie genannt wird. So ist es an dieser Stelle notwendig zu konkretisieren, welcher Variante der Grounded Theory das Forschungsvorhaben folgt. In dieser Arbeit wird sich vorrangig auf den strausschen Strang in Zusammenarbeit mit Corbin bezogen.

Einige Autor*innen bauen weiter auf Strauss und Corbin auf, so ordnet Breuer die Grounded Theory der sozialwissenschaftlichen Hermeneutik zu. Darunter ist die „(...) Lehre vom Verstehen, Deuten und Auslegen von Texten und anderen sozialweltlichen Artefakten und Symbolisierungen“ zu verstehen (Breuer 2010, S.39). Damit einher gehen eine offene und von Neugier geprägte Forschungshaltung im Allgemeinen. (vgl. ebd., S.47). Das kann in der qualitativen Forschung grundsätzlich als zentrale Grundhaltung verstanden werden. Die Grounded Theory umfasst jedoch einige Werte, die diesem Forschungsstil im Speziellen eigen sind.

So ist die Grounded Theory nicht nur „(...) als Methode im Sinne eines präskriptiven Sets von Verfahrensregeln zu verstehen (...)“ (Strauss zit. n. Strübing 2019, S.530), sondern kann als ein flexibles Gerüst von Verfahrensvorschlägen verstanden werden. Demnach können sich Forschende an einzelnen Verfahrensschritten orientieren und diese situativ abwandeln (vgl. Strübing 2019, S.530). Kreativität wird im Analyseverfahren als ein weiteres Prinzip der Grounded Theory beschrieben. Dies meint die kreative, unabdingbar subjektive Eigenleistung der Forschenden, die erforderlich ist, um einem wesentlichen Merkmal der Grounded Theory gerecht zu werden: dem Ziel, eine neue Theorie zu generieren (vgl. Corbin/Strauss 1990, S.9). Damit hat die Grounded Theory ganz wesentlich die qualitative Forschung beeinflusst. Schmidt verdeutlicht, dass „der seinerzeit innovative Ansatz, empirische Forschung und Theoriebildung zu verschränken, (...) heute gewissermaßen zu einem Standard qualitativer Forschung geworden [ist]“ (2019, S.150).

Das Wort „grounded“ steht für den Anspruch, die zu entwickelnde Theorie solle „gegenstandsverankert“ (Boehm 1994, S.21), „gegenstandsbezogen“ (Strübing 2018, S.28) bzw. „gegenstandsbegründet“ (Breuer 2010, S.39) sein. Diese Art von Theorie entsteht durch die iterative Gestalt des Forschungsprozesses. Demnach ist die Idee der Grounded Theory bereits nach der ersten Datenerhebung mit der Auswertung zu beginnen. Es liefert die Grundlage, um Entscheidungen zu treffen, ob und welche Art von Material weiter erhoben werden sollten. Forschende sind demnach dazu angehalten parallel Daten zu sammeln, zu kodieren und zu analysieren (vgl. Flick 2012, S.159). Dieser Prozess der parallelen Arbeitsschritte wird anhand der folgenden Abbildung nach Strauss verdeutlicht:

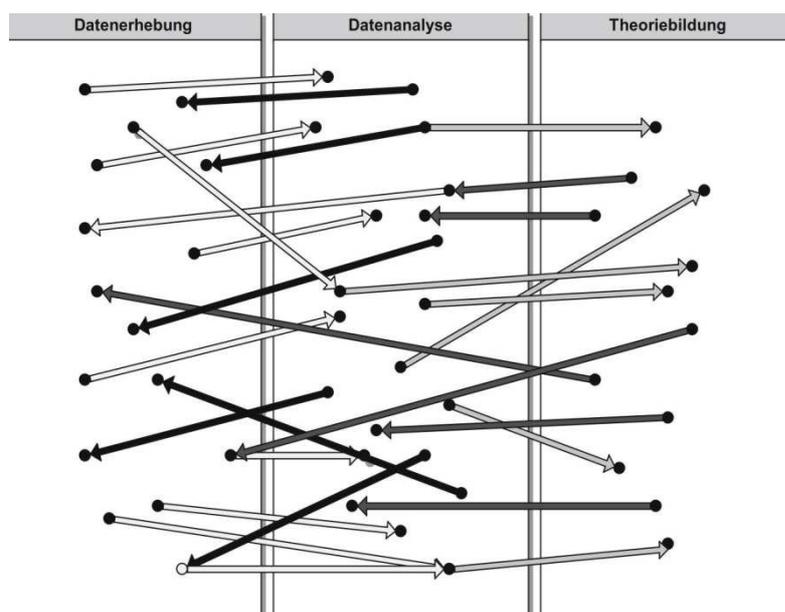


Abbildung 2 Der iterative Prozess nach Strauss (Strübing 2014, S.12)

Ein Kerngedanke des strausschen Stranges besteht darin, dass (theoretisches) Vorwissen bei Forschenden für die Interpretation und Theoriegenerierung vorausgesetzt wird. Breuer fasst den Gedanken folgendermaßen zusammen: „Im Rahmen der GTM⁶ wird auf Wahrnehmungssensibilitäten, Deutungskompetenzen und sprachliche Fähigkeiten des Wissenschaftlers aufgebaut, die er in lebensgeschichtlichen Zusammenhängen erworben hat“ (2010, S.39). Diese Kompetenzen der Forschenden sind entscheidend für den Interpretationsprozess. Breuer beschreibt, dass das Vorverständnis gleichzeitig durch die Deutung des Phänomens⁷ immer wieder verändert wird und somit ein zirkulärer Prozess entsteht:

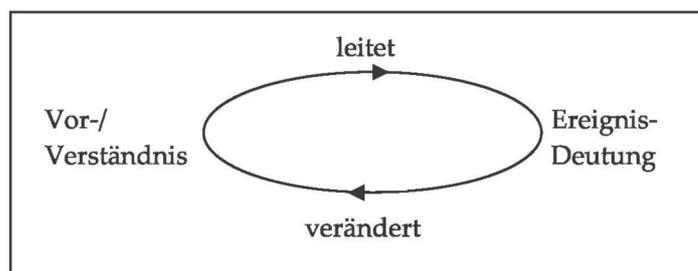


Abbildung 3 Hermeneutischer Zirkel (Breuer 2010, S.48)

Um den Interpretationsprozess rekonstruierbar zu machen, sind Forschende dazu angehalten theoretische Memos zu verfassen. Das Erstellen dieser hat insgesamt einen hohen Stellenwert in der Grounded Theory und begleitet alle Schritte des Forschungsprozesses. Corbin und Strauss bezeichnen diese als nichts anderes als „(...) die schriftliche Form unseres abstrahierten Denkens über die Daten“ (Corbin/Strauss 1996, S.170). Diese Notizen fassen Gedanken, Eindrücke und Augenscheinliches der Forschenden zusammen. Das Schreiben von Memos leistet einen wichtigen Beitrag zur Integrationsleistung von Theoriebildung, Ideenstrukturierung und Reflexion (vgl. Strübing, 2014, S.34).

Die Offenheit gegenüber neuen Phänomenen zur Theoriegenerierung ist in der Grounded Theory allgemein unerlässlich. Denn grundsätzlich gilt: „Das Forschungsfeld und seine Akteure sind in ihrer Eigenlogik der Ausgangspunkt der Theoriebildung“ (Schmidt 2020, S.146). Kann sich diese Eigenlogik im Prozess entfalten, dann wird es möglich, dass „(...) bisher unbeachtete Aspekte, die andernfalls nicht einbezogen worden wären“ (ebd.) beachtet werden. Können diese Aspekte mit theoretischem Vorwissen verknüpft werden, so wird von

⁶ GTM = Grounded Theory Methodologie

⁷ „Die zentrale Idee, das Ereignis, Geschehnis, der Vorfall, auf den eine Reihe von Handlungen oder Interaktionen gerichtet ist, um ihn zu kontrollieren oder zu bewältigen oder zu dem die Handlungen in Beziehung stehen.“ (Corbin/Strauss 1996, S. 75)

einer qualitativen Induktion gesprochen (vgl. Reichertz 2013, S.83). Ist das Phänomen nicht durch Vorwissen erklärbar, kann es einen abduktiven Moment geben. Mit Abduktion wird in diesem Zusammenhang ein kreativer Denkprozess bzw. ein geistiger Akt beschrieben (vgl. ebd., S.18). Das kreative Schlussfolgern umfasst das Entdecken eines neuen, überraschenden Phänomens und dem Finden einer neuen Erklärung für das Entstehen des Phänomens. Auch wenn Reichertz sagt, dass abduktive Momente nicht planbar sind (vgl. Reichertz 2016, S.132), sind sie für die Generierung neuer Theorie – welche ein explizites Ziel der Grounded Theory darstellt – unabdingbar. So werden sie auch in der vorliegenden Arbeit angestrebt, gleichzeitig wird sich einer Kombination von qualitativ induktiver und deduktiver Vorgehensweise bedient. Durch die konkrete Benennung der Begleitung in der Forschungsfrage ist das zentrale Phänomen deduktiv vorgegeben.

Die Grounded Theory bildet einen idealen Rahmen, um sich diesem Forschungsinteresse anzunähern – so steht die Prozesshaftigkeit in diesem Forschungsstil im Vordergrund (vgl. Boehm 1994, S.126). Darunter kann verstanden werden, dass „(...) das untersuchte Phänomen auf einer Zeitachse betrachtet und analysiert wird“ (ebd.). Ein weiterer Beweggrund für die Wahl der Grounded Theory Methodologie ist, das von Corbin und Strauss vertretene Menschenbild: „Actors are seen as having, though not always utilizing, the means of controlling their destinies by their responses to conditions. They are able to make choices according to their perceptions, which are often accurate, about the options they encounter“ (1990, S. 5). Auch ich betrachte die Akteur*innen des Forschungsfeldes – sowohl Berater*innen als auch Klient*innen – als aktiv handelnde Subjekte und nutze die Grounded Theory, um ihre Lebenswelten nachvollziehen zu können.

Ich nutze die Grounded Theory im Sinne des folgenden Zitats von Corbin und Strauss:

„Die Grounded Theory ist eine qualitative Forschungsmethode bzw. Methodologie, die eine systematische Reihe von Verfahren benutzt, um eine induktiv abgeleitete, gegenstandsverankerte Theorie über ein Phänomen zu entwickeln. Die Forschungsergebnisse konstituieren eine theoretische Darstellung der untersuchten Wirklichkeit (...).“ (1996, S.8f.)

5.3 Erhebungsmethoden

5.3.1 Narratives Interview

In diesem Abschnitt wird die Entscheidung für ein erstes Interview in narrativer Form begründet sowie der Ablauf dieser Erhebungsmethode konkretisiert.

Aufgrund des explorativen Anliegens der Forschungsarbeit erscheinen offene Interviews als besonders wertvoll. Diese werden häufig „(...) im Rahmen von Pilotstudien mit dem Ziel einer späteren Fragebogenkonstruktion oder zusätzlich zu anderen Erhebungsformen (...)“ (Rosenthal 2015, S.150) verwendet. So können sich durch die freie Erzählung der Interviewten bzw. Expert*innen, die über Fachwissen im Forschungsfeld verfügen, Schwerpunkte herauskristallisieren, welche die Erstellung eines Leitfadens maßgeblich beeinflussen. Narrative Interviews haben ihren Ursprung in der Biografieforschung, welche maßgeblich von Gabriele Rosenthal geprägt wurde, und dienen der Erhebung von Lebensgeschichten. Dennoch wird die Methode auch in anderen Kontexten zur Erhebung von qualitativen Daten genutzt (vgl. Küsters 2019, S.687). Aus diesem Grund habe ich mich in der Explorationsphase für ein narratives Interview entschieden, um durch den offenen Charakter der Erhebungsform an relevante und verborgene Themen der Praxis zu gelangen.

Dabei weist das Gespräch eine Asymmetrie der Redeanteile auf, das meint in diesem Zusammenhang, dass Interviewte sprechen und die Interviewenden fast ausschließlich schweigen bzw. aktiv zuhören. So wird mit möglichst geringer Intervention die Reproduktion von Wissen bzw. Erfahrungen erzielt (vgl. Küsters 2019, S.689). Das Schweigen in der Haupterzählung ist in der Erhebungsmethode der narrativen Interviews von großer Bedeutung. Schon kleine Nachfragen oder Aufforderungen um Präzisierung können die Erzählenden aus dem Konzept bringen bzw. stören den natürlichen Redefluss (vgl. Küsters 2019, S.690).

Es wird eine Gesprächsführung benötigt, die es ermöglicht,

„(...) die Perspektiven der an dem Interview Beteiligten und die Kontextbedingungen möglichst deutlich sichtbar zu machen bzw. sichtbar werden zu lassen, damit sie in der Dateninterpretation gebührend in Rechnung gestellt werden können, d.h. abgeschätzt werden kann, was das Interview jeweils repräsentiert.“ (Kohli zit. n. Rosenthal 2015, S.155)

Die narrative Gesprächsführung ist die offenste Form der Datenerhebung und eignet sich besonders gut um den Gesprächspartner*innen einen großen Freiraum für eigene Selbstpräsentation zu ermöglichen (vgl. Rosenthal 2015, S.163). Das narrative Interview zielt explizit auf das Hervorlocken von längeren Erzählungen der eigenen Lebensgeschichte bzw.

allgemeiner formuliert „(...) autonom gestalteten Präsentationen einer bestimmten Thematik (...)“ (ebd.) ab. Dabei folgt die Methode der narrativen Gesprächsführung einem bestimmten Ablaufschema. Der Generierung der Eingangserzählung, auch Haupt- oder Stegreiferzählung genannt, wird die größte Bedeutung zugesprochen. Der Haupteinleitung geht eine Eingangsphase voraus, die aus der erzählgenerierenden, offen gestellten Eingangsfrage besteht (vgl. Przyborski 2014, S.87). In dem von mir geführten ersten Interview verwendete ich folgende Erzählaufforderung:

- ❖ Ich würde sie bitten mir alles über Ihre Arbeit hier und Ihre Tätigkeiten in der Beratungsstelle zu berichten. Dabei können Sie gern auch auf die Klient*innen und deren Bedarfe eingehen. Ich bin vorrangig an Ihren Erlebnissen und Erfahrungen interessiert, es geht um keine Wissensabfrage. Nehmen Sie sich so viel Zeit wie sie mögen, ich werde Sie erst einmal nicht unterbrechen. Gegebenenfalls mache ich mir Notizen um später Nachfragen stellen zu können.

Diese Erzählaufforderung legt den Fokus auf eine bestimmte Thematik (hier die Tätigkeiten, Klient*innen und Bedarfe) und ist somit keine komplett offene Frage, die auf die Lebensgeschichte der Beratenden abzielt. Die letzten zwei Sätze beziehen sich auf eine Art „Regieanweisung“, die einen Rahmen liefert. In der darauffolgenden Stegreiferzählung wird, wie bereits erwähnt, nicht unterbrochen und lediglich durch erzählunterstützende Laute wie „mhm“ begleitet (vgl. Küsters 2019, S.690). Einen Abschluss findet die Haupteinleitung erst dann, wenn „(...) vom Befragten die Erzählung des Prozesses ausdrücklich abgeschlossen, d.h. eine sogenannte *Koda* [Herv. i. Orig.] (beispielsweise `Das war's`) (...)“ (Küsters 2019, S.690) verwendet wurde. Im Anschluss daran findet eine Überleitung zur zweiten Phase des Interviews, den immanenten Nachfragen statt. Diese Phase dient der weiteren Generierung von Erzählungen und wird angewendet, um Angedeutetes aus der Haupteinleitung zu vertiefen bzw. weiter auszuschöpfen. Interviewende beziehen sich in dem Abschnitt explizit auf „(...) thematische Brüche, Lücken, angefangene und nicht auserzählte Erzählungsfragmente (...)“ (Küsters 2019, S.690). Dabei werden die Nachfragen entlang der Reihenfolge des Erzählten gestellt. Ist das Erzählpotenzial ausgeschöpft, wird in den exmanenten Nachfrageteil übergeleitet. Die an dieser Stelle angewandte Fragetechnik weist Ähnlichkeiten zum Leitfadeninterview auf (→ s.Kap.5.3.2) und hat zum Ziel, dass Interviewende auch bislang nicht Angesprochenes thematisieren können (vgl. Küsters 2019, S.690). Gleichzeitig können exmanente Nachfragen auch zur explorativen Überprüfung von Vorwissen genutzt werden. (vgl.ebd.).

5.3.2 Leitfadengestützte Expert*innen-Interviews

In diesem Abschnitt wird die zweite, Erhebungsmethode vorgestellt, die an die narrative Erhebungsform anknüpft und aus den Ergebnissen des narrativ erhobenen Interviews abgeleitet ist. Im Sinne des iterativen Prozesses haben sich in der Auswertung des narrativen Interviews erste Fragen herauskristallisiert, sowie weitere Fragen ergeben. Die gesamte Vorgehensweise wird im Folgenden vorgestellt.

Die Methode der leitfadengestützten Interviewform ist im Allgemeinen eine „(...) verbreitete, ausdifferenzierte und methodologisch vergleichsweise gut ausgearbeitete Methode, qualitative Daten zu erzeugen (...)“ (Helfferich 2019, S.656). Im Kontext der leitfadengestützten Expert*innen-Interviews wird dem formalen Schema gefolgt, so dass weniger Erzählaufforderungen den Leitfaden bestimmen, als dass dieser eher aus einer Aneinanderreihung strukturierter und prägnant beantwortbarer Fragen (mit offenem Charakter) besteht (vgl. Helfferich, 2019, S.669). Dabei kann das leitfadengestützte Expert*innen-Interview als eine Sonderform angesehen werden. Der Leitfaden gibt die Form der Interviewführung an, welcher mittels der vorab erstellten Leitfragen durchgeführt wird. Expert*innen-Interviews hingegen sind über die (angesprochene, interviewte) Zielgruppe definiert. Das heißt, diese Personengruppe wird aufgrund ihres Status und der „besonderen Art von Wissen“ (Helfferich 2019, S.657), dem Expert*innenwissen, für Interviewende interessant (vgl. ebd.). Die Expertise als Sonderwissen ist relevant, so werden anders als in narrativen Interviews, besonders persönliche Bereiche weniger thematisiert (vgl. Helfferich 2019, S.668; Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014, S.121).

Dieser Aspekt wird auch in der Fachliteratur genauer betrachtet. Es gibt einen breiten Diskurs darüber, welchen Personen das Label „Expert*in“ zugeschrieben werden kann bzw. wer im Sinne eines Expert*innen-Interviews als Expert*in gilt. Die Definitionsspanne des Begriffes kann sehr unterschiedlich ausgelegt werden, insbesondere, wenn man nach Schütze Menschen grundsätzlich als Expert*innen ihres eigenen Lebens betrachtet (vgl. Flick 2012, S.215). Dem gegenüber steht allerdings ein enger gefasster Expert*innenbegriff, der den Expert*innenstatus einer Funktionselite meint (vgl. Helfferich 2019, S.668). Przyborski und Wohlrab-Sahr hingegen versuchen einen Mittelweg in der Dehnbarkeit der Auslegung des Begriffes zu finden und sprechen von Expert*innen, wenn diese über „(...) ein spezifisches Rollenwissen verfügen, solches zugeschrieben bekommen und eine darauf basierende Kompetenz für sich in Anspruch nehmen.“ (2008, S.133). In anderen Worten, Expert*innen

sind sozusagen Mitarbeiter*innen einer Organisation mit einer spezifischen Funktion, die sich dadurch auszeichnen, dass sie ein bestimmtes Erfahrungswissen auf professioneller Ebene inne haben (vgl. Flick 2012, S.215). Bogner und Menz definieren die Expert*innenrolle eindringlich:

„Der Experte verfügt über ein technisches, Prozess- und Deutungswissen, das sich auf sein spezifisches professionelles und berufliches Handlungsfeld bezieht. Insofern besteht das Expertenwissen nicht allein aus systematisiertem, reflexiv zugänglichem Fach- oder Sonderwissen, sondern weist zu großen Teilen den Charakter von Praxis- oder Handlungswissen auf, in das verschiedene und durchaus disparate Handlungsmaximen und individuelle Entscheidungsregeln, kollektive Orientierungen und soziale Deutungsmuster einfließen.“ (2002, S.46)

Die Interviewten der vorliegenden Arbeit gelten demnach nicht unbedingt als Expert*innen, weil sie einen akademischen Bildungshintergrund haben, sondern weil sie ihre praktischen Erfahrungen aus der Arbeit mit Sonderwissen und somit Erfahrungswissen ausstatten (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr, 2014, S. 119).

Für das Herleiten eines Leitfadens habe ich mich des SPSS-Verfahrens⁸ nach Helfferich bedient. Dabei hat das konkrete Vorgehen neben dem Erstellen der Fragen an sich einen weiteren Nutzen – die Reflektion des eigenen Forschungsinteresses und unbewusster Vorannahmen. Die vier Schritte des SPSS-Verfahrens werden nachstehend verdichtet erläutert. In einem ersten Brainstorming werden Fragen gesammelt, die verschiedene Teilaspekte des eigenen Forschungsvorhabens aufgreifen. Dabei wird losgelöst von einer guten Formulierung oder methodisch brauchbaren Eignung der Fragen erst einmal alles niedergeschrieben (vgl. Helfferich 2011, S.182). Im zweiten Schritt steht die Prüfung der Fragen hinsichtlich ihrer Offenheit und der Generierung des Erzählfluss´ im Vordergrund. Gleichzeitig wird ein Rückbezug zum Forschungsinteresse hergestellt, um zu überprüfen, dass die Fragen keine widersprechenden Äußerungen enthalten. Zudem werden geschlossene Fragen umformuliert oder auf einer gesonderten Liste festgehalten, sodass der Leitfaden entlastet wird (vgl. Helfferich 2019, S.663). Ebenso wird das Abfragen von Vorwissen oder komplexen theoretischen Zusammenhängen vermieden (vgl. Helfferich 2011, S.182-184). Im Anschluss daran folgt das Sortieren der verbleibenden Fragen, diese werden „(...) nach zeitlicher Abfolge, inhaltlicher Zusammengehörigkeit und Fragerichtung (z.B. Erinnerungsfragen versus Bewertungsfragen) sortiert und gebündelt (...)“ (Helfferich 2019, S.664). Die entstehenden Themenblöcke oder –bündel werden in einem letzten Schritt zu

⁸ SPSS = Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsumieren (vgl. Helfferich 2011, S.182f.)

übergeordneten Leitfragen formuliert, wobei dabei verschiedene Unterfragen zur Konkretisierung sowie zum Nachfragen dienen können (vgl. Helfferich 2011, S.185)⁹. Im Kontext dieser Arbeit entstanden folgende Leitfragen:

- ❖ Beschreiben Sie mir Ihre Tätigkeiten hier in der Beratungsstelle!
- ❖ Können Sie mir eine einschlägige Erfahrung aus Ihrer Beratungszeit berichten/ oder eine besondere Situation schildern?
- ❖ Welche Funktionen hat die Drogenberatungsstelle im Hilfesystem?
- ❖ Wo sehen Sie Grenzen in der Drogenberatung?
- ❖ Und wie gehen Sie damit um?
- ❖ Welchen Stellenwert oder welche Relevanz hat diese Forderung für die Suchtberatung?¹⁰

Der erstellte Leitfaden wurde während der Erhebungsphase nicht verändert und bei allen Interviewpartner*innen gleich angewendet. Die Interviews wurden mit einem Tonband aufgezeichnet und anschließend unter Einhaltung der Datenschutzrichtlinien verschriftlicht, um eine textbasierte Auswertung zu ermöglichen.

5.3.3 Triangulation von (Erhebungs-)Methoden

Die methodologische Triangulation ist mittlerweile zum etabliertesten Ansatz in der qualitativen Sozialforschung geworden. Der Triangulationsansatz wurde in den 1970er Jahren von dem Soziologen Denzin geprägt und erfreut sich in Deutschland großer Beliebtheit (vgl. Kuckartz 2014, S.44f.). Dabei wird zwischen Triangulation innerhalb einer Methode („within-method“) und der Triangulation verschiedener Methoden („between-method“) unterschieden (vgl. Flick 2012, S.519f). Das Design dieser Forschungsarbeit hat den Fokus auf die methodologische Triangulation verschiedener Erhebungsmethoden gelegt. Ursprünglich wurde diese Strategie entwickelt, um die Validierung von Ergebnissen zu sichern. Der Fokus liegt mittlerweile auf der Erweiterung bzw. Vervollständigung der Erkenntnisse durch das Nutzen verschiedener Methoden, um so die Begrenztheit einzelner Methoden zu umgehen (vgl. Flick 2012, S.520). Denzin untermauert diese Entwicklung damit, dass die

⁹ Die Durchführung des SPSS-Verfahrens und der endgültige Leitfaden sind im Anhang zu finden.

¹⁰ Diese Forderung bezieht sich auf ein veröffentlichtes Paper der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). Dabei beziehe ich mich explizit auf den vierten Punkt der Forderungen, in dem es heißt, die ambulante Suchtberatung habe „(...)eine bedarfsgerechte Beratung und Begleitung in Bezug auf die Anliegen und Problematiken von Klient*innen, auch über den Suchtmittelkonsum hinaus(...)“ (2019, S.1) zu gewährleisten. Das gesamte Dokument der DHS ist im Anhang zu finden.

„Triangulation von Methoden (...) die vernünftigste Strategie der Theoriekonstruktion bleibt“ (Denzin zit. n. Flick 2012, S.520). Auf Grundlage dieser Erkenntnisse wurde die Kombination aus einem narrativen Interview und leitfadengestützten Expert*inneninterviews gewählt. Die erste Erhebungsmethode galt der Exploration des Feldes und der Themen, die allein durch den Interviewpartner erwähnt werden. Das erste erhobene Material galt somit als Grundlage für die Vorbereitung des Leitfadens. So wurde gesichert, dass aktuell relevante Themen innerhalb des Leitfadens angesprochen werden, indem diese aus dem Feld selbst generiert wurden.

Flick formuliert zu der beschriebenen Kombination von Methoden seine Bedenken, da zwar unterschiedliche Aspekte des Wissens, allerdings nicht die „(...) Ebene der Datenerhebung der Einzelmethode (...)“ (Flick 2011, S.42) angesprochen werden. Als Gegenbeweis veröffentlichten Fabel und Tiefel ein Werkstattpapier, bezugnehmend zu deren Dissertationen vom Jahr 2002, in denen sie verdeutlichen, dass die Kombination aus narrativen und leitfadengestützten Interviews möglich ist (vgl. S.348).

Die Geltungsbegründung von Triangulation lässt sich durch die „(...) systematische Erweiterung und Vervollständigung von Erkenntnismöglichkeiten (...)“ (Flick 2012, S.520) erklären. Somit kann die Kombination verschiedener Methoden eine Möglichkeit sein, „(...) die Breite, Tiefe und Konsequenz (...)“ (Flick 2012, S.520) des methodischen Vorgehens zu erhöhen (vgl. ebd.).

5.4 Das Sampling

Dieses Kapitel beschreibt die Vorüberlegungen zum Sampling (=Stichprobe) und erläutert die Zusammensetzung der Gruppe der Forschungsteilnehmer*innen. In der Grounded Theory wird idealerweise eine Strategie des theoretical samplings angestrebt, welche – der Idee des iterativen Prozesses entsprechend – eine sukzessive Datensammlung im Verlauf des Forschungsprozesses meint. So gab es eine Erhebungsphase, der eine Annäherung an das Feld durch ein offenes, narratives Interview vorausging. Die vorliegende Arbeit ist durch den Rahmen einer Abschlussarbeit begrenzt, daher mussten pragmatische Entscheidungen hinsichtlich des Samplings getroffen werden.

Das Haupteinschlusskriterium für die Wahl meiner Interviewpartner*innen war die von den Einrichtungen vertretene Haltung gegenüber den Klient*innen. Ich habe mich entschieden ausschließlich Beratungsstellen auszuwählen, welche einen akzeptierenden Ansatz praktizieren.

Erste Zugangswege haben sich aus bereits bestehenden Kontakten aus eigenen, ehemaligen Arbeitskontexten ergeben. Demnach zeichnet sich hier das Vorgehen eines convenience Samplings¹¹ ab. Ich kontaktierte weitere Beratungsstellen, die in ihrer Online-Präsenz den akzeptierenden Ansatz deutlich machten. Teilweise haben Gesprächspartner*innen ihre Kolleg*innen auf mein Forschungsprojekt aufmerksam gemacht, welche selbstständig ihre Bereitschaft zur Teilnahme äußerten. So entfaltete sich gewissermaßen eine Dynamik des Schneeballprinzips, ebenso lässt sich ein Element der Selbstaktivierung im Sinne einer freiwilligen Bereitschaft erkennen (Petrucci/Wirtz 2007, o.A.).

Letztlich ergab sich ein Sampling von insgesamt sieben Interviewpartner*innen. Diese arbeiteten in sechs verschiedenen Beratungsstellen von insgesamt drei verschiedenen Trägern. Die interviewten Sozialarbeiter*innen sind alle länger als drei Jahre in der Suchtberatung tätig. Bei den Interviewten handelt es sich um vier weiblich gelesene und drei männlich gelesene (Sucht-)Berater*innen. Zwei von den männlich gelesenen Sozialarbeitern haben neben der Tätigkeit des Beraters auch die Aufgabe der Projektleitung in der jeweiligen Beratungsstelle inne. Vorrangig ist der Erfahrungsreichtum der Interviewten aus deren Sicht als Expert*innen eines Gebietes von großem Interesse gewesen.

5.5 Anmerkungen zum Ablauf der Interviews

Dieser kurze Abschnitt soll zur Transparenz des Forschungsprozesses und der durchgeführten Interviews beitragen. Das folgend Beschriebene beruht in weiten Teilen auf den Feldnotizen, die im Anschluss der Interviews angefertigt wurden und erste Eindrücke widerspiegeln.

Alle Interviews erfolgten in den Räumen der Beratungsstellen, sodass das Setting grundsätzlich ähnlich war. Vor Beginn jedes Interviews wurde die Einverständniserklärung zur Aufnahme unterschrieben, die Datenschutzrichtlinien, sowie mein Umgang mit dem Material besprochen. Ich habe vorerst keine konkreteren Informationen zu meinem Forschungsthema gegeben und einleitend erklärt, dass ich am Erfahrungswissen der Sozialarbeitenden interessiert bin und keine Wissensabfrage von Daten oder Fakten erfolgt. Einleitend habe ich einige Informationen zum geplanten Gesprächsverlauf gegeben, um so einen transparenten Rahmen für meine Interviewpartner*innen zu schaffen.

¹¹ „Convenience sampling (...) is a type of nonprobability or nonrandom sampling where members of the target population that meet certain practical criteria, such as easy accessibility, geographical proximity, availability at a given time, or the willingness to participate are included for the purpose of the study. It is also referred to the researching subjects of the population that are easily accessible to the researcher.“ (Alkassim et al. 2016, S. 2)

Gesondert zu betrachten ist das erste Interview, das mit der narrativen Erhebungsmethode durchgeführt wurde. Die Stegreiferzählung der befragten Person dauerte etwa eine halbe Stunde. Im Anschluss daran erfolgte der Nachfrageteil, in welchem das Interview durch ein Telefonat gestört wurde. Dies tat dem Gesprächsfluss meiner Ansicht nach jedoch keinen Abbruch, da der Interviewte an zuvor Erzähltes direkt anknüpfte. Die darauffolgenden Interviews wurden mit dem von mir erstellten Leitfaden durchgeführt. Grundsätzlich wurde dafür jeweils etwa eine Stunde geplant. Die tatsächliche Länge der Gespräche war jedoch unterschiedlich. So gab es Interviews, die nur knapp eine halbe Stunde dauerten und andere, die sich in meinem Zeitplan von einer Stunde befanden bzw. etwas länger dauerten. Sowohl zuvor als auch im Anschluss habe ich mit meinen Interviewpartner*innen noch eine Weile zusammengesessen und gesprochen. Auch zu diesen Gesprächen habe ich Memos verfasst. Diese kurzen Smalltalk-Gespräche bezüglich meines Forschungsthemas haben bestätigt, dass dieses in der Praxis relevant und aktuell ist. Das hat mich bezüglich meiner Arbeit weiter bestärkt und motiviert. Ebenso gaben die Gesprächspartner*innen mir das Gefühl, dass diesbezüglich großes Interesse besteht, was sich auch daran zeigte, dass die Forschungsteilnehmer*innen um das Zusenden der Arbeit baten. Grundsätzlich habe ich die Atmosphäre in allen Gesprächen als ernsthaft erlebt, wobei einige Anekdoten immer wieder zum Schmunzeln einluden.

5.6 Kodierschema der Grounded Theory

Zum besseren Verständnis der einzelnen Auswertungsschritte wird an dieser Stelle das Kodierschema nach Corbin und Strauss beschrieben. Als Grundlage für die Auswertung wird das erhobene Material verwendet. Die Audiodateien wurden mit Hilfe der Transkriptionsregeln von Kuckartz et.al. (2008, S.27-28) verschriftlicht¹².

Das mehrstufige Auswertungsschema nach der Grounded Theory besteht aus einem zentralen Herzstück: dem Kodieren. Dieses Kernelement der Auswertungsmethodik kann in drei teilweise zeitlich parallel und abwechselnd auftretende Phasen unterteilt werden (vgl. Strübing 2014, S.11). Die Grenzen der Phasen sind fließend und bedingen sich besonders zu Beginn der Auswertungsphase stark, weshalb der iterative Prozess innerhalb der Auswertung der Grounded Theory zu einem Kennzeichen ebendieser Methode wird (vgl. Corbin & Strauss 1996, S.40) (→ s. Abb. 2, S. 20). Die drei Phasen werden unterschieden in offenes, axiales und selektives Kodieren.

¹² Die Transkripte, sowie die Transkriptionsregeln nach Kuckartz et.al. sind im Anhang zu finden.

Während des offenen Kodierens gilt es sich die Sinndimensionen der zu untersuchenden Sequenzen gründlich anzuschauen, um so die Oberfläche des manifesten Textes „aufzubrechen“ (Strauss/Corbin 1996, S. 45). Strauss bezeichnet diesen Prozess auch als „mikroskopische Analyse“ (vgl. Strübing 2018, S.42). Dabei werden einzelne Textpassagen, einzelne Wörter oder Wortgruppen betrachtet und deren Sinngehalt abstrahiert wiedergegeben. Sequenzen oder Wörter, die besonders treffend erscheinen, können direkt übernommen werden. Die Übernahme des Gesagten wird als sogenannter „in-vivo Code“ bezeichnet (vgl. Boehm 1994, S.127). Beim offenen Kodieren wird nicht von einem „technischen Vorgang“ gesprochen, sondern diese Phase der Auswertung ist ein aktiver, interpretativer Prozess. Sehr treffend beschreiben Strauss und Corbin diesen anfänglichen und doch schon interpretativen Prozess beim offenen Kodieren mit: „Open coding is the interpretive process by which data are broken down analytically“ (1990, S.12). Strübing schreibt dazu: „Daten sprechen nicht, sie müssen von uns zum Sprechen gebracht werden.“ (2018, S.42). Es kann grundsätzlich verschiedenartig kodiert werden. Die Line-by-Line Analyse ist dabei eine mögliche Form, bei welcher das Material kleinteilig in offene Codes übertragen wird. In der vorliegenden Arbeit wurde diese Methode für Anfangs-, Mittel- und Endteil der ersten zwei Interviews angewandt. Wie auch in der objektiven Hermeneutik das Herausarbeiten verschiedener Lesarten immense Arbeit bedeutet, kann auch das offene Kodieren im Sinne des Line-by-Line-Verfahrens großen Arbeitsaufwand beinhalten (vgl. Strübing 2018, S.43). Aus diesem Grund bietet es sich an nach dem Herausarbeiten erster Kategorien, nach inhaltlich verdichteten Stellen im Material zu suchen und sich auf die Analyse dieser zu fokussieren (vgl. Corbin/Strauss 1996, S.54).

Nachstehend wird die Form des offenen Kodierens exemplarisch dargestellt. Der Satz stammt aus dem zweiten Interview mit Herrn Dettendorf¹³. Es ist ein Teil seiner Antwort auf die Frage, welche Tätigkeiten seinen Arbeitsalltag bestimmen: „Und wir orientieren uns natürlich an den Anliegen der Klienten, wir erzählen denen nicht was sie zu tun oder zu lassen haben, sondern wir schauen was wollt ihr verändern, und an welcher Stelle können wir da möglicherweise behilflich sein.“ (T2¹⁴ Z.72-74). Herr Dettendorf verdeutlicht durch diesen Satz die Bedeutung des akzeptierenden Ansatzes in der Suchthilfe. Die folgende Tabelle zeigt beispielhaft, wie die Transkripte kodiert wurden.

¹³ Die Namen der Interviewpartner*innen wurden aus datenschutzrechtlichen und forschungsethischen Gründen anonymisiert.

¹⁴ T1 bezieht sich auf das erste Transkript, folglich sind die weiteren Interviews als T2, T3 etc. gekennzeichnet.

Code	Textpassage	Zeile
Klient*innenorientierung	Und wir orientieren uns natürlich an den Anliegen der Klienten,	Z.72
Aufträge werden von Klient*innen bestimmt	wir erzählen denen nicht was sie zu tun oder zu lassen haben,	Z.73
Veränderungsbereitschaft herausfinden	sondern wir schauen was wollt ihr verändern	Z.73
Unterstützungsangebote machen	und an welcher Stelle können wir da möglicherweise behilflich sein.	Z.74

Abbildung 4 Illustration des offenen Kodierens (eigene Darstellung)

In dieser ersten Phase entstehen somit ein Vielzahl an Kodes, die es vorerst in eine Ordnung zu bringen gilt. In den Vordergrund tritt dabei die „Heuristik ständigen Vergleichens“ (Strübing 2018, S.43). Auftauchende Phänomene werden hinsichtlich Gemeinsamkeiten und Unterschieden sortiert und ggf. zu Konzepten¹⁵ gruppiert (Corbin/Strauss 1990, S.12). Strübing beschreibt den Zweck dieser Gruppierungen zu Konzepten folgendermaßen:

„Ziel ist dabei, jene Eigenschaften herauszuarbeiten, die für das sich abzeichnende Konzept wesentlich sind, die also für Existenz und Funktionieren der damit in der jeweils rekonstruierten Perspektive bezeichneten Phänomene konstitutiv sind – und das Konzept damit von anderen zu unterscheiden erlauben.“ (2018, S.44)

Die Konzepte, die sich wiederholt am Material „bewähren“, werden weiter verfolgt: „Each concept earns its way into the theory by repeatedly being present in interviews, documents, and observations in one form or another - or by being significantly absent“ (Corbin/Strauss 1990, S.7). Bei dem Ordnen, Sortieren und weiterem Verdichten, stellt sich heraus, welche Konzepte eine größere Bedeutung für die eigene Fragestellung haben und folglich einer tiefergehenden Analyse unterzogen werden (vgl. Boehm 1994, S.129). Diese erlangen dann den Status einer Kategorie¹⁶. Dieser Schritt erfordert von Forscher*innen analytisches Feingefühl: „Die Herausforderung für Forschende besteht nun darin, dass sich die Kategorien nicht fein säuberlich getrennt, nacheinander offenbaren und nicht von Beginn an scharf

¹⁵ Corbin und Strauss definieren Konzepte als „konzeptuelle Bezeichnungen oder Etiketten, die einzelnen Ereignissen, Vorkommnissen oder anderen Beispielen für Phänomene zugeordnet werden.“ (Corbin/Strauss 1996, S.43).

¹⁶ Zur Unterscheidung der Begrifflichkeiten Konzept und Kategorie bietet sich ein Zitat von Corbin und Strauss an: „Categories are higher in level and more abstract than the concepts they represent. They are generated through the same analytic process of making comparisons to highlight similarities and differences that is used to produce lower level concepts“ (1990, S.7).

hervortreten“ (Bischof/Wohlrab-Sahr 2018, S.88). Somit gelangt man zu der zweiten Phase des Auswertungsprozesses, dem axialen Kodieren. Im Prozess des axialen Kodierens werden inhaltlich vielversprechende (vgl. Schmidt 2020, S.153) Kategorien in Beziehungsnetze miteinander gesetzt. Es geht dabei explizit um das Kodieren „(...) um eine Achse (...)“ (Strübing 2018, S.45) einer zentralen Kategorie. Bischof und Wohlrab-Sahr beschreiben, dass „die Herausforderung für theorieorientiertes Kodieren (...) darin [bestünde], diese Konzepte im Verlauf der Forschung nicht nur zu summieren, sondern sie im Hinblick auf die Entwicklung einer Theorie auch zu *integrieren* [Herv. i. Orig.]“ (2018, S.87). Ziel dabei ist nicht die Forschungsfrage endgültig zu beantworten, sondern vielmehr geht es in dieser Phase um das Verstehen der Bedeutungsnetzwerke bzw. um das Entwickeln erster, wenn auch vager, Hypothesen, die im weiteren Verlauf nochmals geprüft werden (vgl. ebd.). Es werden ursächliche Bedingungen für das Auftreten des Phänomens differenzierter untersucht, kontextuelle Faktoren/ der Kontext in dem das Phänomen eingebettet werden kann, Strategien und Taktiken der Akteur*innen im Umgang mit dem Phänomen sowie daraus resultierende Konsequenzen (vgl. Bischof/Wohlrab-Sahr 2018, S.89). Die folgende Abbildung zeigt das Grundgerüst des axialen Paradigmas nach Corbin und Strauss:

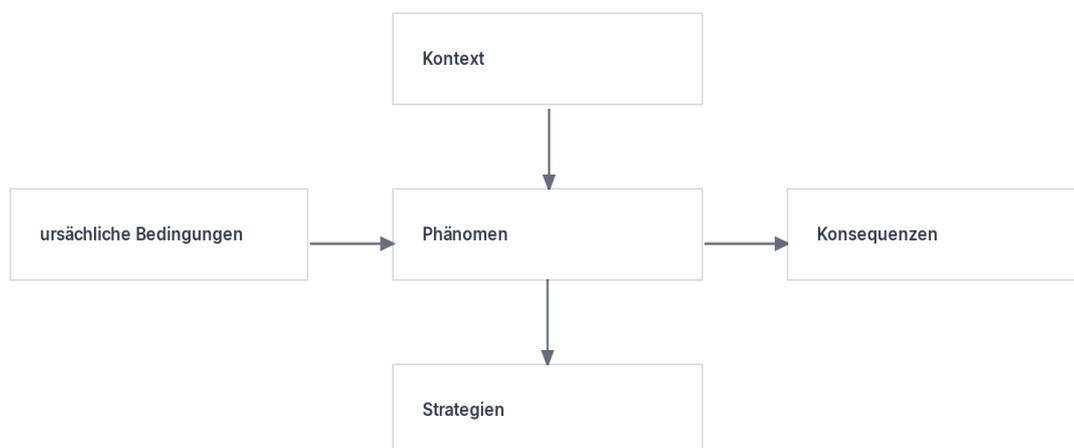


Abbildung 5 Kodierparadigma (eigene Darstellung)

Auch mit dem Abschließen der zweiten Kodierphase ist das eigene Forschungsproblem noch nicht gelöst, lediglich wurde die Grundlage für die folgende und dritte Phase, das selektive Kodieren, geschaffen (vgl. Corbin/Strauss 1996, S.95). Um sich der Beantwortung der Forschungsfrage weiter anzunähern, bedarf es seitens der Forscher*innen einer „guten Idee“ (Strübing 2018, S.46), um Zusammenhänge zwischen den Konzepten zu entdecken sowie

einer aktiven Entscheidung, die dabei hilft sich den Konzepten anzunähern, welche vielversprechend erscheinen dem Ziel einer Grounded Theory näher zu kommen und drittens dem Finden einer Geschichte¹⁷ im Material (vgl.ebd.). Das selektive Kodieren kann als ein Re-Kodieren verstanden werden. An dieser Stelle werden nochmal alle kreierte Beziehungsnetze hinsichtlich ihrer „*Schlüssel-* oder *Kernkategorie* [Herv. i. Orig.]“¹⁸ (Strübing 2018, S.46) überprüft und ggf. umkodiert, sodass ein „konsistenterer Theorieentwurf“ (ebd.) entsteht.

Es lässt sich bezugnehmend auf das hier beschriebene Kodierverfahren festhalten, dass es tentativer Natur ist und somit die Konzepte, Phänomene und Kategorien vorläufig und veränderbar sind (vgl. Schmidt 2020, S.154). Fast jede Phase des Prozesses und besonders der letzte Schritt, bei dem es um die Integration des Materials geht, kann selbst für erfahrene Forscher*innen verwirrend sein (vgl. Corbin/Strauss 1996, S.94). Um der Herausforderung dieser Komplexität gerecht zu werden, wendete ich zwei verschiedene Strategien an: Zum einen war das Anfertigen der theoretischen Memos¹⁹ hilfreich, um eigene Gedanken und Ideen zu strukturieren. Zum anderen habe ich in verschiedenen Phasen der Auswertung Forschungswerkstätten in Anspruch genommen, in denen Kommiliton*innen mit mir direkt am Material gearbeitet und über bereits entstandene Konzepte diskutiert haben. Dies wird auch in der Literatur vielfach empfohlen (vgl. u.a. Corbin/Strauss 1990, S.11; Strübing 2018, S.38).

5.7 Reflexion der Methodik

In diesem Kapitel wird sich der Reflexion der Methodik sowie ihrer Limitierungen zugewandt. Ebenso sollen Reflexionen über die persönlichen Erfahrungen während des Forschungsprozesses Raum finden.

Zunächst muss hervorgehoben werden, dass ein zentrales Element der Grounded Theory nur im Ansatz durchgeführt werden konnte. Üblicherweise wird die Samplingstrategie des „theoretical samplings“ (Schmidt 2020, S.152) angestrebt. Darunter wird verstanden, dass immer aus dem aktuellen Erkenntnisstand heraus entschieden wird, ob bzw. in welcher Art

¹⁷ Die Geschichte meint „eine beschreibende Erzählung oder Darstellung über das zentrale Phänomen der Untersuchung“ (Cobin/Strauss 1996, S.94).

¹⁸ Als *Kernkategorie* kann „das zentrale Phänomen, um das herum alle anderen Kategorien integriert sind“ verstanden werden (ebd.).

¹⁹ Diese habe ich in Form von Original-Aufnahmen von mir selbst auf Band und können bei Interesse nachgereicht werden.

und Weise weiteres Material erhoben werden muss (vgl. ebd.). Somit beruht diese Samplingstrategie auf dem iterativen Prozess (→ s. Abb. 2, S. 15). Aufgrund der Projektform einer Masterarbeit standen nicht genügend Ressourcen zur Verfügung, um ein theoretical sampling umzusetzen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass keine theoretische Sättigung erreicht werden konnte. Diese würde bedeuten, dass (...) die weitere Rückbindung an Daten keinen nennenswerten Erkenntnisgewinn im Hinblick auf den untersuchten Bereich ergibt“ (Schmidt 2020, S.154). So betonen auch Corbin und Strauss die Bedeutung der Rückkopplung der Ergebnisse an das Forschungsfeld: „As hypotheses about relationships among categories are developed, they should be taken back into the field for checking out and revision as needed“ (Corbin/Strauss 1990, S.11). An anderer Stelle führen sie aus: „In order for a theory to have explanatory power, each of its categories and subcategories must have conceptual density. When this is lacking, the analyst can return to the field (...)“ (ebd., S.14). Das Erreichen von theoretischer Sättigung ist besonders bei Arbeiten wie der vorliegenden ein zwar angestrebtes, aber schwer zu erreichendes Ziel (vgl. Arkemi 2019, S.325).

Ich gehe davon aus, dass sich die Kernkategorie bzw. das Phänomen ausreichend im Material gezeigt hat. Dennoch ist anzunehmen dass weitere Erhebungen das Phänomen deutlich verdichten würden. Dies wäre in einem langfristigeren Projekt realisierbar gewesen.

Ein weiterer Aspekt meiner Reflexion ist die Triangulation von Erhebungsmethoden. An dieser Stelle wird die Entscheidung für die Kombination verschiedener Interviewformen hervorgehoben und der Zweck dieses Vorgehens verdeutlicht. Überlegungen im Vorfeld bzgl. der Ausgestaltung der Interviews haben dazu geführt, dass ich mir Zugang zu den „echten“ – im Sinne von praxisrelevanten – Themen des Feldes verschaffen wollte. In diesem Zusammenhang habe ich durch die Offenheit des narrativen Interviews und mit Hilfe erster Auswertungen Themenfelder und hilfreiche Informationen erhalten, die die Erstellung des Leitfadens begünstigten.

In der qualitativen Forschung wird Reflexivität als ein wichtiges Gütekriterium benannt. Im Folgenden soll die Rolle der Forscherin während der Erhebungsphase betrachtet werden. Leitfadengestützte Interviews haben zumeist die Wirkung, dass Interviewende allein durch die Form des Interviews professionell, das meint in diesem Sinne strukturiert und kompetent, wirken (vgl. Helfferich 2019, S.669). Eine professionelle Inszenierung seitens der Forschenden hat bei Expert*inneninterviews eine besondere Relevanz. Aufgrund der

Adressierung der Interviewten als Expert*innen erhält diese Interviewform eine spezielle Rahmung. Durch das Expert*innen-Label wird Anerkennung vermittelt in der Art und Weise, dass Erfahrung, Erprobtheit in Routinen und eine fundierte Ausbildung vermutet wird und gerade dieses Wissen für Interviewende von Bedeutung ist (vgl. Helfferich 2019, S.668). Gleichzeitig entsteht durch diese Adressierung ein Machtgefälle, so sind Interviewende einer Zuschreibung von Kompetenz oder Inkompetenz durch jene Expert*innen ausgesetzt. Letzterem kann durch eine professionelle Selbstpräsentation und durchdachte Ausgestaltung des Leitfadens entgegengewirkt werden. Helfferich argumentiert, dass dabei Dimensionen wie Alter und Geschlecht ebenso eine nicht zu vernachlässigende Bedeutung in der Art der Zuschreibung haben (vgl. 2019, S.670). Die optimale Selbstpräsentation sehen Przyborski und Wohlrab-Sahr in einer „(...) gelungenen Mischung aus Kompetenz und Wissensbedarf (...)“ (2008, S.135). Ich selbst verorte mich als eine junge, weiblich gelesene Person. Diese Eigenschaften können Einfluss auf die Interviewsituation im Allgemeinen gehabt haben. Durch den erstellten Leitfaden, in welchen ich auch das Forderungspapier der DHS eingebunden habe, habe ich bewiesen mich mit dem Thema und dem Feld beschäftigt zu haben. Verbunden mit meinem ehrlichen Interesse an den Praxiserfahrungen der Interviewten meine ich eine Mischung aus Kompetenz und Wissensbedarf demonstriert zu haben.

Ich gehe davon aus, dass die Rahmung der Masterabschlussarbeit eine Möglichkeit bietet sich mit Themen wie der eigenen Forschungshaltung auseinanderzusetzen. Jedoch ist es als unerfahrene Forscherin schwierig eine eigene Forschungshaltung selbstbewusst zu vertreten. Daher erachte ich dieses Projekt als ein Herantasten und erstes Entwickeln einer Haltung. Innerhalb dieser Reflexion kann ich für mich festhalten, dass sich diese im Sinne des qualitativen Erkenntnisinteresses weiterentwickelt hat und möchte insbesondere die Bedeutung der Wertschätzung des Wissens der Forschungsteilnehmer*innen hervorheben. Dabei halte ich die Adressierung der Interviewten als Expert*innen für einen besonders geeigneten Weg, diese in der Forschungspraxis auszudrücken.

Abschließend möchte ich an dieser Stelle betonen, dass die Auseinandersetzung mit Schwierigkeiten und Grenzen sowie die Erweiterung meines Wissens auf theoretischer, methodischer, methodologischer und persönlicher Ebene eine Bereicherung darstellt. Die vorliegende Arbeit repräsentiert diesen Prozess.

6 Darstellung der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse gemäß des Auswertungsschemas der Grounded Theory vorgestellt und beschrieben. Zunächst werden jene herausgearbeiteten Konzepte tabellarisch vorgestellt, welche sich im Laufe der Auswertung als relevant für die Beantwortung der Forschungsfrage herauskristallisiert haben:

Übersicht der Konzepte²⁰

Konzept	Definition
Tätigkeiten	Sozialarbeitende beschreiben ihre grundlegenden Aufgabenbereiche der Beratung im Allgemeinen und im Speziellen die Tätigkeiten, welche darüber hinaus anfallen
Funktion der Drogenberatung	Interviewte nehmen Bezug auf die Funktion der Suchtberatung im Hilfesystem und für Klient*innen. Ebenso werden Funktionen angesprochen, die aus Sicht der Sozialarbeitenden die Suchtberatung hat/haben sollte.
Haltung	Unter diesem Konzept sind jegliche Ausführungen bzgl. eigener Meinung, Sichtweise undhaltungsfragen zusammengefasst.
Veränderung/Entwicklung	Dieses Konzept hat einen Beitrag zu einer eigenen Darstellung geliefert und umreißt wahrgenommene Veränderungen des vergangenen Jahrzehnts.
Grenzen	Resümierend werden mit diesem Konzept jegliche Aussagen zum Thema Schwierigkeiten und Grenzen der Suchtberatung, die in der alltäglichen Praxis wahrgenommen werden, zusammengetragen
Kritik	Unter dem Konzept Kritik finden sich Aussagen der Interviewpartner*innen, welche sich (system-) kritisch zu Ungerechtigkeiten bezgl. bspw. Migrationsgesetzen, verschiedenen Verfahren oder Anerkennung der eigenen Arbeit in der Gesellschaft äußern.

Abbildung 6 Übersicht der Konzepte (eigene Darstellung)

Die Konzepte stehen teilweise in einem starken Zusammenhang zueinander und bedingen sich gegenseitig. Anhand dieser wird das Paradigma, welches das axiale Kodieren (→ s. Kap. 5.6) darstellt, detailliert beschrieben. In der Grounded Theory kann nicht von einer rein deskriptiven Darstellung der Ergebnisse gesprochen werden, da bereits das offene Kodieren interpretative Züge beinhaltet. An dieser Stelle kann ein Rückbezug zum hermeneutischen

²⁰ Die hier angeführten offenen Konzepte sind sortiert und in tabellarischer Form im Anhang zu finden. Weitere Konzepte, welche sich im Material zeigten, werden als Übersicht angehängt. Innerhalb des Materials haben diese keinen großen Raum eingenommen, weshalb sie nicht prominenter dargestellt werden.

Zirkel (→ s. Abb. 3, S. 21) hergestellt werden, welcher besagt, dass die Deutung von Phänomenen immer auf das Vorwissen der Forscher*innen aufbaut.

In Bezug auf die vorliegende Arbeit wurde im Vorfeld ein klares Forschungsinteresse festgelegt, in dem ein Definitionsversuch von Begleitung angestrebt wird. Das Phänomen Begleitung hat sich im Material bewährt und kann so als Kernkategorie angesehen werden. Dieses weist ein enges Beziehungsnetzwerk zu den beschriebenen Konzepten auf, welches anhand des folgenden Paradigmas visualisiert und beschrieben wird (→ s. Abb. 7, S. 39). Am jeweiligen Ende der folgenden Teilkapitel positioniere ich Definitionsbausteine, welche die Kernelemente des Phänomens verdeutlichen.

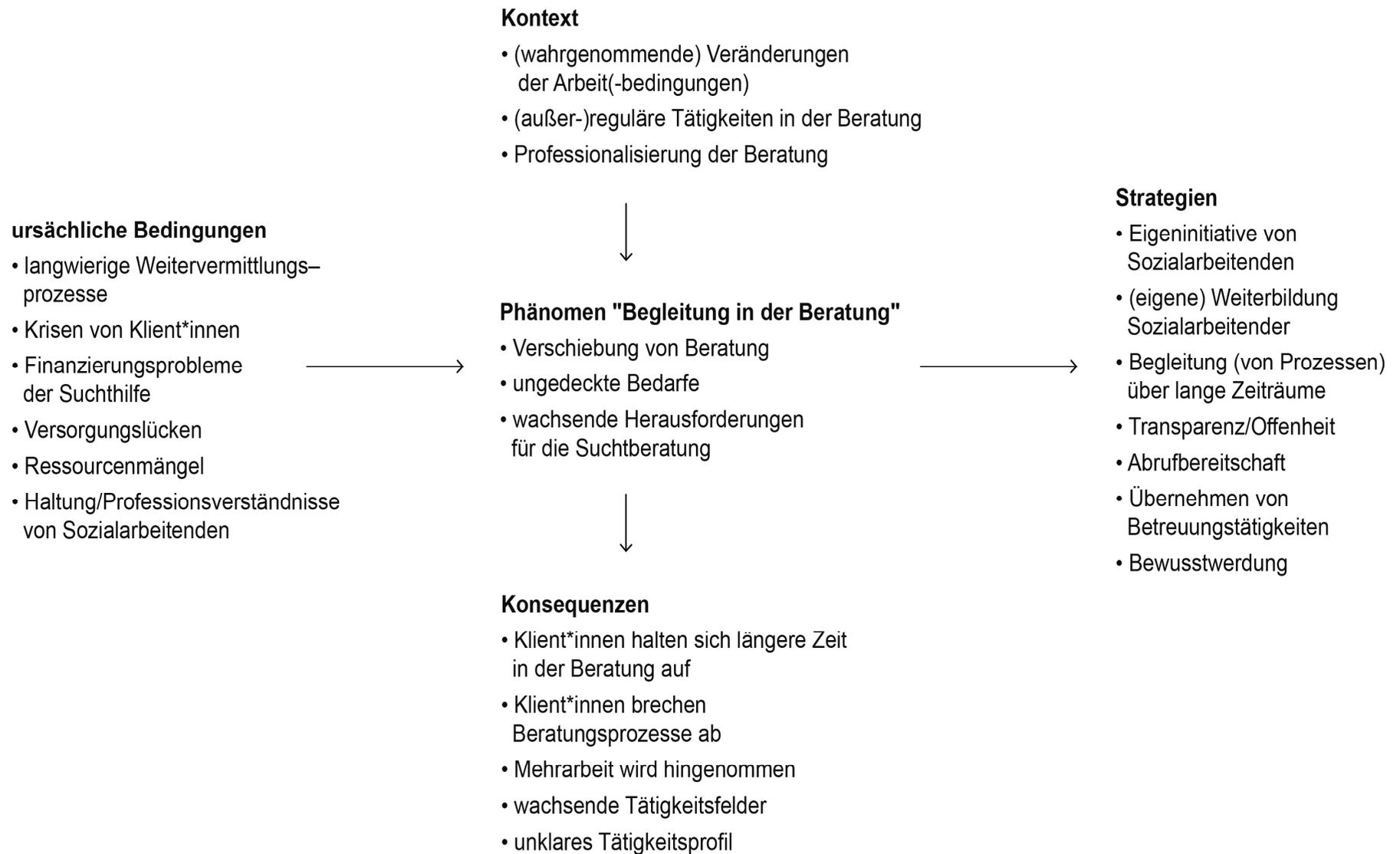


Abbildung 7 Anwendung des Kodierparadigmas (eigene Darstellung)

6.1 Phänomen

Wie im Methodenteil bereits beschrieben, stellt das Phänomen die zentrale Idee bzw. das Ereignis dar, das sich auf eine Reihe von Handlungen und Interaktionen bezieht, welche es zu bewältigen gilt bzw. zu dem die Handlungen in Beziehung zueinander stehen (vgl. Corbin/Strauss 1996, S.75).

Auf einer grundlegenden Ebene lässt sich Begleitung als jene Tätigkeiten zusammenfassen, welche Sozialarbeitende im Kontext von Suchtberatung ausführen, wobei diese sich außerhalb des regulären Spektrums von Beratung verorten lassen. Somit zeichnet sich durch die Eigeninitiative der Sozialarbeitenden aus, dass sie über den konkreten Arbeitsauftrag hinaus handeln. Um die Grenze zwischen regulären – also beraterischen Tätigkeiten – und außerregulären Tätigkeiten nachvollziehen zu können, müssen jene Tätigkeiten nachgezeichnet werden, welche die Interviewten dem regulären Beratungsangebot zugeschrieben haben (→ s. Abb. 8, S. 40).

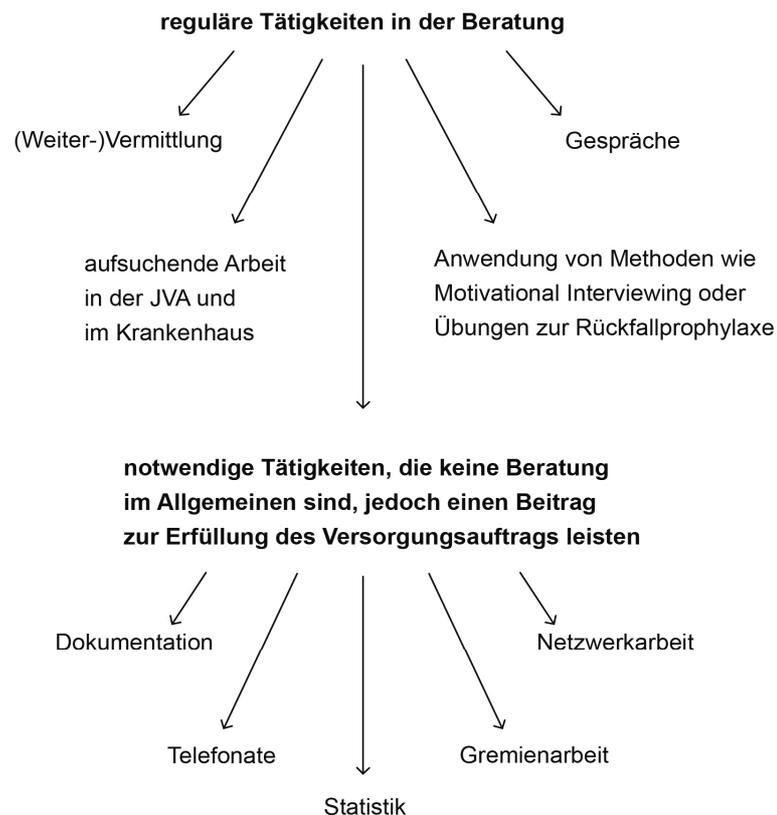


Abbildung 8 reguläre Tätigkeiten innerhalb der Suchtberatung (eigene Darstellung)

Hier lassen sich zwei Tätigkeitsfelder unterscheiden: Zum einen gibt es Arbeiten, die klassischerweise zur Beratung gehören. An dieser Stelle werden ganz grundsätzlich das Führen von Gesprächen (mit Anwendung verschiedener Methoden) (vgl. T4 Z.31; T4 Z.234-235), Vermittlung in andere Einrichtungen (vgl. T4 Z.33, T2 Z.420-422; T3 Z.227-228; T4 Z.33), aufsuchende Arbeit in Justizvollzugsanstalten und Krankenhäusern (vgl. T3 Z.11; T5 Z.19) genannt. Zum anderen gibt es Tätigkeiten, die nicht direkt zur Beratung selbst gehören, jedoch notwendig für die Organisation der Arbeit sind und daher eine relevante Funktion innerhalb der Praxis einnehmen. Einige Interviewte nannten verschiedene Tätigkeiten, die im Verlauf der letzten Jahre an Präsenz gewannen – so wird von Dokumentation (vgl. T2 Z.548-549; T5 Z.366), Statistik (vgl. T4 Z.217-222), Telefonieren (vgl. T1 Z.302-303), Gremien- und Netzwerkarbeit (vgl. T2 Z.13; T4 Z.102-103) gesprochen.

In dieser ersten Abbildung werden zwei Tätigkeitsfelder sichtbar, insgesamt gibt es jedoch drei – aus sich verschieden zusammensetzenden Gründen wird in den Interviews immer wieder davon gesprochen, dass Begleitung ein wichtiger Bestandteil der Arbeit in Beratungsstellen geworden ist.

Manche Berater*innen beziehen sich dabei auf physische Begleitung, wie bspw. Frau Weidmann: „Ich hab dann Klient*innen auch schon in spezielle Entzugseinrichtungen begleitet“ (T4 Z.84-85). Jedoch umfasst die Kernkategorie Begleitung eine zweite Ebene: die Begleitung von Prozessen. Die physische Begleitung bezieht sich auf Begleitungen zu Sozialämtern oder anderen Einrichtungen (vgl. T4 Z.42-43). Ebenso gibt es Momente von physischer Begleitung, wenn die Beratungsstelle die Kapazitäten dafür hat – was vorrangig möglich ist, wenn Praktikant*innen im Team sind (vgl. T2 Z.532-533). Ansonsten sind „(...) allein die Ressourcen nicht vorhanden (...)“ (vgl. ebd. Z.530).

Die zweite Ebene der außerregulären Tätigkeiten nimmt Bezug auf die Begleitung von Prozessen. Herr Eberhardt erkennt die Verschiebung von Beratungstätigkeiten und sagt dazu: „Genau, da hat sich definitiv etwas verschoben, dass wir trotzdem betreuen²¹ (...)“ (T1 Z.316-317). Auch in anderen Interviews zeigen sich verschiedene Spektren von Begleitung, die individuell von Sozialarbeitenden gehandhabt werden. Diese werden ebenso in der vorliegenden Abbildung aufgeführt (→ s. Abb. 9, S. 42).

²¹ Auf die Verwendung der Begriffe Begleitung und Betreuung wird in der Interpretation Bezug genommen.

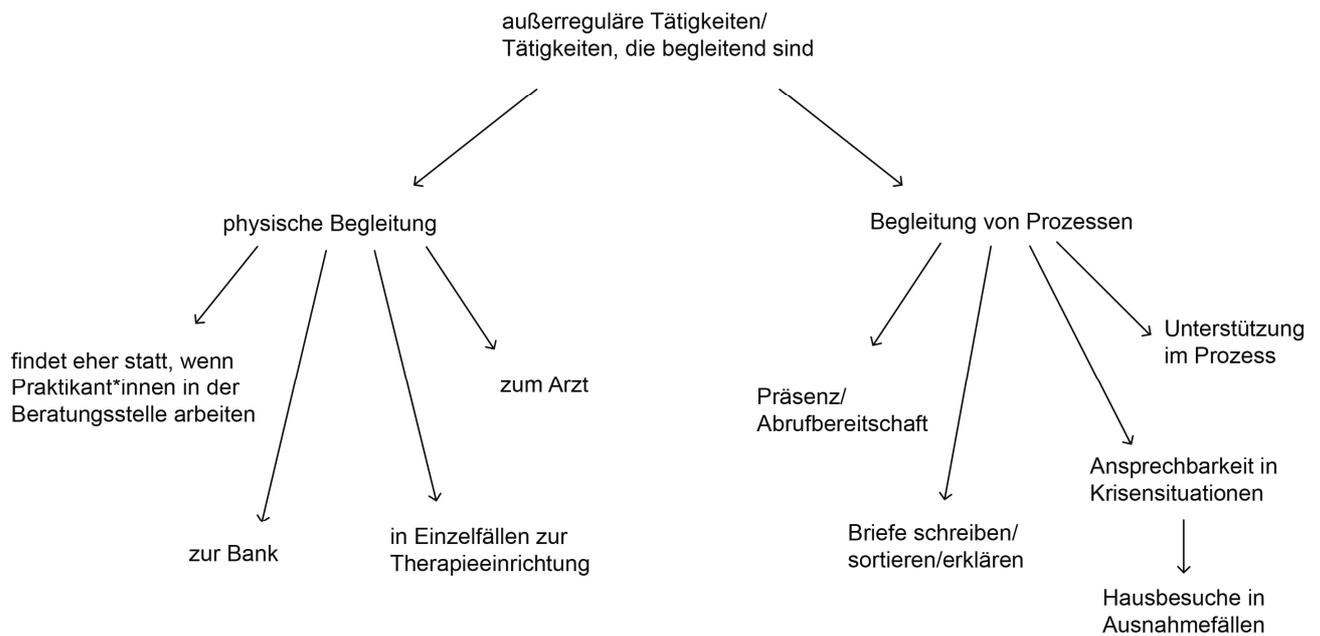


Abbildung 9 außerreguläre Tätigkeit innerhalb der Suchtberatung (eigene Darstellung)

In der Beratung werden Prozesse begleitet, die Klient*innen in ihrer Veränderungsbereitschaft bestärken (vgl. T2 Z.72; T3 Z.180-181) sowie Zeiträume zwischen verschiedenen Unterstützungsangeboten überbrücken (vgl. T5 Z.132). Dazu zählt unter anderem die Präsenz und Abrufbereitschaft einzelner Berater*innen. An dieser Stelle wird die Bedeutung der Eigeninitiative der Sozialarbeitenden in der Ausgestaltung der Beratungssituation deutlich. Besonders betont Frau Weidmann ihre Sicht bzgl. einer guten „Basisversorgung“ (T4 Z.445) der Klient*innen: „Und die [Klient*innen wissen] alle (...), dass sie sich bitte, bitte immer hier melden können, egal wie lange wir uns nicht gesehen haben oder egal wann unser nächster Termin ist. Und wenn der nächste Woche ist und was zwischendrin ist, dann bitte anrufen“ (T4 Z.447-450). Das heißt weiter, dass Begleitungen stattfinden, wenn Krisen- oder Ausnahmesituationen in den Vordergrund der Beratung rücken. Darunter zählt z.B. spontanes (und ungewöhnliches) Fernbleiben der Klient*innen vom Beratungsprozess (vgl. T4 Z.75-78). Ebenso werden stark suizidgefährdete Klient*innen begleitet, die sofortige Stabilisierung benötigen (vgl. T5 Z.91-92). In solchen Situationen kann es dazu kommen, dass Sozialarbeitende zu der Wohnung des*der Klient*in fahren und versuchen Kontakt aufzunehmen. Exemplarisch stellt dies die Aussage von Frau Weidmann dar: „Wir haben auch ein bisschen eine Fürsorgepflicht an der Stelle zu gucken, leben die noch. Und wenn ich die dann nicht antreffe, dann hinterlasse ich einen Brief mit der Bitte mich zu kontaktieren (...)“ (T4 Z.79-82).

Ein immer wieder genanntes Beispiel unter den außerregulären Tätigkeiten ist außerdem das gemeinsame Beschäftigen mit den Briefen der Klient*innen. Das ist in der Regel keine Aufgabe der Suchtberatung, sondern eine Betreuungsaufgabe bspw. der PSB²². Sozialarbeitende erzählen von Situationen in denen sie mit Klient*innen Ablagesysteme entwickeln, Briefe gemeinsam öffnen und sortieren sowie sich dann um die Anliegen der Briefe bemühen etc. (vgl. T1 Z.318; T4 Z.510; T5 Z.337-339) (→ s. Abb. 9, S. 42).

Der Interviewte Herr Dettendorf beschreibt die Diskrepanz zwischen dem Sehen der Notwendigkeit und dem Fehlen von Ressourcen bezüglich der Begleitung: „Allein die Ressourcen sind nicht vorhanden, das heißt, ohne dass ich Betreuer werden möchte, wär mir die Möglichkeit von mehr Begleitung auf jeden Fall wichtig und einleuchtend“ (T2 Z.530-531).

Ein herausstechendes, wichtiges Merkmal von Begleitung ist die individuelle Ausgestaltung ebendieser Situationen. In den Folgekapiteln wird dieser Thematik Raum gegeben.

Definitionsbaustein 1:

Begleitung lässt sich innerhalb der außerregulären Beratungstätigkeiten verorten. Zudem wird das Phänomen in zwei Stränge unterteilt. Dabei handelt es sich um die physische Begleitung und die Begleitung von Prozessen. Die Eigeninitiative der Berater*innen ist ausschlaggebend für das Entstehen des Phänomens sowie dessen Intensität.

6.2 Kontext

Der Kontext des axialen Paradigmas stellt „(...) eine Reihe von Eigenschaften, die zu einem Phänomen gehören; d.h. die Lage der Ereignisse oder Vorfälle in einem dimensionalen Bereich, die sich auf ein Phänomen beziehen [dar]“ (Corbin/Strauss 1996, S.75).

In diesem Abschnitt wird umrissen, in welchem Rahmen das Phänomen Begleitung verortet wird. Um die aktuellen Bedingungen im Arbeitsfeld der Suchthilfe nachvollziehen zu können, wird ein Verlauf der Veränderungen des letzten Jahrzehnts in eben diesem Handlungsfeld der Sozialen Arbeit gegeben. Dies wird anhand einer eigenen Darstellung illustriert und im Folgenden erläutert (→ s. Abb. 10, S. 44).

²² PSB = Psychosoziale Betreuung

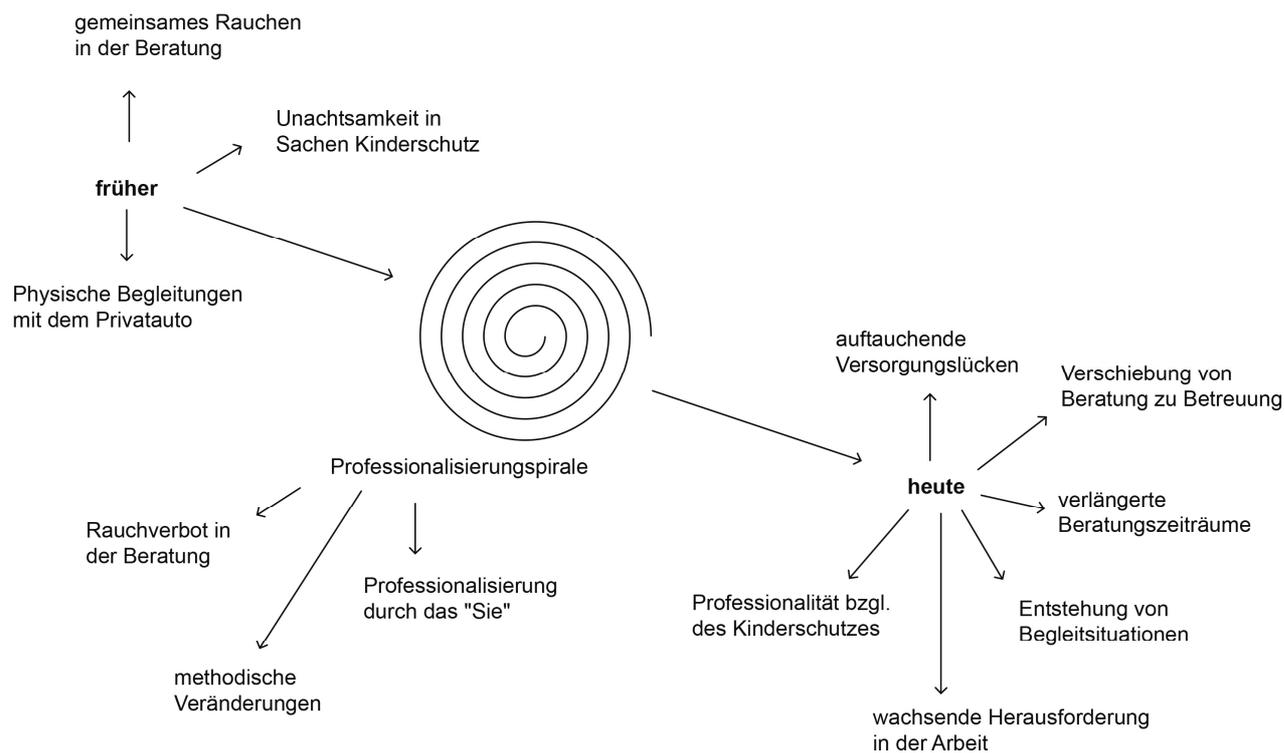


Abbildung 10 Veränderungen & Entwicklungen in der Suchtberatung (eigene Darstellung)

Begleitung scheint in der Vergangenheit als Thema stärker präsent gewesen zu sein. Die interviewten Personen, die schon viele Jahre in der Suchtberatung tätig sind, haben häufiger Bezug auf Begleitprozesse genommen. In diesem Zusammenhang wurde erläutert, dass physische Begleitung in der Suchtberatung ein wichtiger Bestandteil war. So wird beschrieben, dass „(...) viele ältere Kollegen (...) die Leute wirklich bis an das andere Ende der Bundesrepublik in Therapie gefahren [haben] mit dem Privatauto. Das war alles Teil des Versorgungssystems, das war durchaus üblich, dass der Drogenberater als Abschluss des Prozesses, die Leute in Therapie gefahren hat“ (T2 Z.197-200). Ebenso wurden Klient*innen aus dem Justizvollzug abgeholt und von Suchtberater*innen persönlich in die Therapieeinrichtung gebracht (vgl. ebd. Z.196). Die Beziehungsqualitäten wurden im Gegensatz zu heute als intensiver beschrieben.

Die Veränderungen des Stellenwerts von Begleitung innerhalb der Beratung stehen in direktem Zusammenhang mit der abgebildeten „Professionalisierungsspirale“ (T1 Z.257). Darunter wird insbesondere eine methodische Veränderung im Umgang mit Klient*innen verstanden. Herr Eberhardt betont hierbei besonders die Anwendung professioneller Gesprächs- und Fragetechniken, bspw. Motivational Interviewing sowie systemische

Fragetechniken (vgl. T1 Z.258-259)²³. Des Weiteren hat die von ihm selbst bezeichnete „Professionalisierungsspirale“ mit sich gebracht, dass „(...) alle mittlerweile mit halbtherapeutischen Tools [arbeiten]“ (ebd. Z.257). Auch Frau Weidmann bezieht zur Anwendung von therapeutischen Elementen Stellung: „Also ich glaub, dass ich therapeutische Methoden in der Beratung anwende, ich mach das nicht ausversehen, ich hab das dann schon bewusst entschieden“ (T4 Z.540-541). Unter diesem Professionalisierungsaspekt kann zudem auch die eigenständige Weiterbildung einzelner Sozialarbeitenden zählen, welche somit auch eine „(...) Aufwertung des Berufes (...)“ (T1 Z.380) bewirken. Zusätzliche Qualifikationen, die genannt werden, sind unter anderem die multidimensionale Familientherapie, die sich an therapeutischen Konzepten ausrichtet (vgl. T1 Z.374), Fortbildungen zum Thema Krisenintervention (vgl. T5 Z.100-101) sowie Ausbildung in der systemischen Beratung und Prozessbegleitung (vgl. T1 Z.408). Durch die erworbenen Kompetenzen der Sozialarbeitenden gelangt man heute zu einer Suchtberatung, die ein bisweilen breites Spektrum an Angeboten für Klient*innen darstellt. Trotz der beschriebenen Angebotsstruktur wird im folgenden Unterkapitel „ursächliche Bedingung“ Bezug zu (weiter) bestehenden Versorgungslücken genommen.

Unter der Überschrift „Professionalisierung“ hat es „(...) verschiedene Paradigmenwechsel gegeben (...)“ (T2 Z.242), die zu einer Veränderung verschiedener Aspekte der Arbeit in der Suchtberatung geführt haben. Hierzu zählt im Besonderen der Wechsel zum einheitlichen „Sie“ gegenüber Klient*innen. Herr Dettendorf konstatiert, dass er sich mit diesem Strang der Professionalisierung schwer tue (vgl. ebd. Z.243). Daraus solle kein „Dogma“ (ebd.) gemacht werden, aber es ist ein vorhandenes Spannungsfeld, welches spannend und diskussionswert in diesem Zusammenhang erscheine (vgl. ebd.). Auch Herr Jahn äußert sich kritisch zur Vereinheitlichung der förmlichen Ansprache. Da er vorrangig jüngere Klient*innen berät, fällt es damit schwerer, über die Beziehungsebene an seine Klient*innen heranzutreten (vgl. T5 Z.184-185). Er argumentiert, dass „(...) es ein bisschen von meiner Beratungskompetenz [nimmt]“ (ebd.). Frau Weidmann tritt dem ebenso kritisch gegenüber, fährt jedoch eine einheitliche Linie, um sich so selbst die Arbeit zu vereinfachen und kein Durcheinander

²³ An einer anderen Stelle konkretisiert Herr Eberhardt die Verwendung der genannten Methoden und hebt hervor, dass diese nicht nur Methoden als solche darstellen, sondern sogar zu einem Teil der Haltung innerhalb der Suchthilfe geworden ist: „Das heißt mit Methoden vor allem der Motivierenden Gesprächsführung, die ja so die Standardmethode, nicht nur Methode, sondern auch Haltung geworden ist in der Suchthilfe wird geschaut wie ist es um die Ambivalenz des Konsums gestellt, wie ist die ausgeprägt, was sind die Vorteile des Konsums, was sind die Nachteile des Konsums, wenn es Nachteile gibt welche Auswirkungen hat das und ist es möglich durch die Reflexion Diskrepanzen herzustellen zwischen dem was die Leute durch den Konsum erfahren und dem was sie wirklich wollen. Und wenn Diskrepanzen vorhanden sind, entsteht dadurch eine Veränderungsbereitschaft.“ (T1 Z.84-90)

zwischen Klient*innen mit dem „Du“ und „Sie“ zu haben. Allerdings betont sie, dass das Sieszen für das Herstellen von Distanz nicht notwendig sei (vgl. T4 Z.563-564).

Ein weiterer wichtiger Faktor war das neu eingeführte Rauchverbot in öffentlichen Räumen und somit auch in Beratungsräumen. Herr Dettendorf beschreibt die damalige Annahme, dass Rauchen einen wesentlichen Einfluss auf den Beziehungsaufbau mit Klient*innen hat. Aus diesem Grund kann er sich an „(...) Diskussion erinnern als dann das Rauchverbot eingeführt wurde, dass viele Kollegen dann befürchteten, da kommen unsere Klienten nicht mehr und dann können wir gar nicht richtig mit denen arbeiten, dann sind wir nicht mehr auf Augenhöhe und so“ (T2 Z.228-230). Jedoch stellt er rückblickend fest, dass diese Veränderung keineswegs einem gelingenden Beziehungsaufbau Abbruch tat (vgl. T2 Z.331-334). Denn „(...) das hat echt alles im wahrsten Sinne des Wortes klarer gemacht“ (ebd.).

Im Hinblick auf den Vergleich zwischen Vergangenheit und Gegenwart beschreibt der Berater weiterhin, dass Angelegenheiten bezüglich des Kinderschutzes damals weniger ernst genommen wurden. Dies begründet er mit der Annahme, dass Berater*innen in einer derartigen Anwaltschaft den Klient*innen gegenüber gearbeitet haben, dass die Kinder nicht beachtet wurden (vgl. ebd. Z.235-239).

Zudem kam es aufgrund der damaligen Struktur des Versorgungssystems dazu, dass Klient*innen mit einem komorbiden Krankheitsbild keinen Platz im Suchthilfesystem gefunden haben. Sehr treffend ist das Zitat aus dem Interview mit Herrn Dettendorf: „Früher war so ein Klassiker in der Suchthilfe, dass Menschen keine gute Versorgung erhalten haben, weil sie für die Suchthilfe zu verrückt und für die Psychiatrie zu verdrogt waren“ (T2 Z.454-455). Herr Dettendorf beurteilt die Entwicklung positiv: „Wir arbeiten auf einem deutlich professionelleren Niveau als noch vor 10 Jahren und das war schon deutlich besser als noch vor 20 Jahren, das heißt wir werden immer besser (...)“ (ebd. Z.366-368).

Professionalisierung findet unter anderem auch auf der Ebene der Dokumentation hinsichtlich besserer Nachvollziehbarkeit statt: „Ich kann nur von meinem Bereich in der Suchtberatung sprechen, es wird immer mehr von uns verlangt. Es wird immer weiter professionalisiert. Zum Beispiel auch die Dokumentation hat sich vor ein paar Jahren nochmal krass verstärkt“ (T5 Z.505-507).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Suchthilfe vor ständig wachsenden Herausforderungen durch den Wandel des Professionsverständnisses steht. Insgesamt hat das

Arbeitsfeld an Komplexität gewonnen. Die Beschreibung des Kontextes der Suchthilfe ist durchaus bedeutend für das Verständnis des Phänomens Begleitung.

Definitionsbaustein 2:

Die Professionalisierung der Beratung bzw. der Wandel des Professionsverständnisses führte dazu, dass sich begleitende Tätigkeiten ins außerreguläre Spektrum verschoben haben.

6.3 Ursächliche Bedingungen

„Also die Begleitungszeit, also die Begleitzeiträume haben sich sehr, sehr verlängert in den letzten Jahren und das andere Thema sind die berühmt berüchtigten Versorgungslücken, die immer größer werden, aus meiner Sicht.“ (T1 Z261-264)

Die ursächliche Bedingung beschreibt einen wesentlichen Faktor, der zur Erklärung des Paradigmas beiträgt. Hierbei werden Ereignisse bzw. Geschehnisse erläutert, „(...) die zum Auftreten oder der Entwicklung eines Phänomens führen“ (Corbin/Strauss 1996, S.75).

Im folgenden Abschnitt werden die ursächlichen Bedingungen für das Entstehen des Phänomens „Begleitung“ beschrieben und mit Zitaten aus dem erhobenen Material untermauert.

Ausschlaggebend für das Phänomen Begleitung ist, dass seitens der Sozialarbeiter*innen Bedarfe bei Klient*innen erkannt werden, die vom allgemeinen Angebot der Suchtberatung – aufgrund von Angebotsstruktur, Finanzierungen, Versorgungsauftrag etc. – nicht erfüllt werden. Diese ungedeckten Bedarfe lassen die Grenzen der Suchtberatung in den Vordergrund rücken. Daher sollen an dieser Stelle die von den interviewten Sozialarbeiter*innen beschriebenen Versorgungslücken aufgezeigt werden.

Die grundlegende Problematik – die Finanzierung in der Suchthilfe – beschreibt ein Aspekt, welcher zum Auftreten von Versorgungslücken beiträgt. Dieser muss sich auf zwei Ebenen angenähert werden. Auf der ersten Ebene werden mangelnde Finanzierungen beschrieben, die es der Suchthilfe trotz steigender Herausforderungen nicht ermöglicht bessere Arbeitsbedingungen zu schaffen. Zudem werden neue Projekte wieder „eingestampft“ (T4 Z.279), weil sie nicht weiter finanziert werden, obwohl die Bedarfe vorhanden sind (vgl. T2 Z.363; T2 Z.368; T3 Z.215; T4 Z.279-280). Die zweite relevante Ebene bezüglich der Finanzierungen, betrifft die Abwicklung von Therapieanträgen etc. über die

Rentenversicherungen und anderen Kostenträgern: Herr Dettendorf sagt dazu, dass die Beratungsstellen „(...) ein massives Problem mit der Bearbeitung von Kostenübernahmen durch die zuständige Rentenversicherung“ (T2 Z.320-322) haben. Die Interviewten beschreiben dies als einen stetig wiederkehrenden und sehr präsenten Konflikt. Herr Dettendorf zieht hierfür ein Beispiel heran:

„Die Drogenberatung stößt strukturell an einige Grenzen (...). Das heißt, die sind eigentlich gesetzlich verpflichtet so einen Antrag auf Kostenübernahme innerhalb von drei Wochen zu entscheiden. Und zurzeit brauchen sie teilweise 2-3 Monate oder auch länger.“ (T2 Z.320-324)

Herr Jahn hebt bzgl. verlängerter Wartezeiten hervor, dass Umstrukturierungen innerhalb der Rentenversicherung dazu geführt haben, dass „(...) das Fachwissen einiger Mitarbeiter verloren“ (T5 Z.301) ging und der Suchtberatung Arbeitsabläufe somit erschwert werden. Gleichzeitig zeigt sich eine weitere Schwierigkeit in den sogenannten Nahtlos-Verfahren²⁴, die häufig nicht funktionieren, da Therapieplätze im Anschluss an eine Entgiftung fehlen o.ä. (vgl. T1 Z.271-277).

Aufgrund dieser Problemlage wird es Sozialarbeitenden erschwert ihrem Auftrag der Weitervermittlung gerecht zu werden. Herr Dettendorf illustriert die Situation genauer und beschreibt, inwiefern eine lange Wartezeit für Klient*innen, welche beschlossen haben eine Therapie machen zu wollen, eine Herausforderung darstellt. Die Gefahr, dass Klient*innen aufgrund von schwindender Motivation, Rückfällen und/oder starker Ambivalenzen nicht derart lang gehalten werden können, ist groß: „Die Leute brechen uns weg und zwar reihenweise. Wir können es nicht schaffen, wenn die erstmal eine Entscheidung getroffen haben, die Motivation über Monate weiter aufrecht zu erhalten“ (T2 Z.332-334). In einem anderen Interview erwähnt der Sozialarbeiter dieselbe Problematik: „(...) normalerweise hat man Wartezeiten von 4-6 Wochen, in einem Fall warte ich jetzt zum Beispiel seit sieben Monaten auf die Kostenübernahme“ (T5 Z.288-290). Diese Zeit mit Klient*innen zu überbrücken, stellt Sozialarbeitende vor eine besondere Herausforderung (vgl. T5 Z.297). Herr Jahn sagt: „Und das bringt mich als Berater an ein Problem (...), dass der [Klient] überhaupt noch hier her kommt, ist schon ein Wunder, weil normalerweise hat da kein Süchtiger die Motivation so lange am Ball zu bleiben“ (T5 Z.290-293). Einige andere

²⁴ Die Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG) beschreibt das Nahtlosverfahren als eine Handlungsempfehlung für zuständige Organisationen, welche in der Planung und Durchführung der medizinischen Rehabilitation von suchterkrankten Menschen einen fließenden, sozusagen nahtlosen Übergang herstellen sollen mit dem Ziel der Reduzierung von Rückfällen und Vermeidung weiterer Entgiftungen etc. (vgl. 2020, o.A.)

Klient*innen schaffen es ihren Entschluss über diese Zeit aufrechtzuerhalten. Auch Herr Dettendorf äußert sich dazu beeindruckt, dies sei dann „(...) wirklich auch ganz großes Kino (...)“ (T2 Z.334).

Eine weitere Versorgungslücke besteht in den fehlenden Angeboten für Menschen mit ungesichertem Aufenthaltsstatus in Deutschland. Dies bringt Herausforderungen für die praktische Suchtberatung mit sich. Herr Dettendorf berichtet von einem Fall, den er in der Beratungsstelle miterlebt hat. Hier ging es um einen Klienten, der aufgrund seiner ungeklärten Rechtssituation nicht berechtigt war eine PSB zu beantragen. Es gab jedoch einige Angelegenheiten, die dringend bearbeitet werden mussten. So kam es zu folgender Situation: „Und das Ergebnis war, dass unsere Kolleginnen all das gemacht haben was die PSB hätte machen müssen. Also die sind wirklich, ob sie es wollten oder nicht, in die Betreuung reingerutscht, weil es auch einfach keine anderen Möglichkeiten gab“ (T2 Z. 429-431).

Solche Umstände – lange Wartezeiten, ungeklärte Statusfragen – tragen dazu bei, dass sich Klient*innen teilweise über ungewöhnlich lange Zeiträume in der Beratung befinden und die Beratung somit einen begleitenden Charakter annimmt. Es entstehen Begleitungen von Prozessen, in denen die Suchtberater*innen bspw. versuchen die Klient*innen über mehrere Monate in deren Entscheidung zur Therapie weiter zu bestärken. Im Zuge dieser weiteren Beratung wird sich oftmals mit Themenfeldern auseinandergesetzt wie bspw. „(...) Stress mit Partner*innen, Einsamkeit, Familie, Kinder (...)“ (T4 Z510-511), sodass diese sogar schon einen therapeutischen Charakter inne hat.

Eine weitere Facette der Begleitung von Prozessen begründet sich darin, dass in der Suchtberatung Krisenintervention kein festgeschriebener Bestandteil der Arbeitsinhalte darstellt. Das Vorhandensein von Krisensituationen der Klient*innen wird von den Interviewten an verschiedenen Stellen beschrieben (vgl. T1 Z.134-135; T4 Z.73-74; T5 Z.92). Sozialarbeitende berücksichtigen teilweise diese Bedarfe der Klient*innen und leisten somit häufig Krisenbegleitung (→ s. Kap. 6.4).

Im Allgemeinen reagieren nicht alle Sozialarbeitenden gleich auf die beschriebenen Versorgungslücken. Auf einer grundlegenden Ebene ist die ursächliche Bedingung für das Phänomen die eigene Perspektive auf die Arbeit, welche beinhaltet, dass man über den Versorgungsauftrag hinaus ein Mandat für Klient*innen inne hat. Die Haltung der Sozialarbeitenden ist ausschlaggebend für den Umgang bspw. mit den zuvor beschriebenen Krisensituationen ist. Diese kann als Bedingung dafür gesehen werden, wie gehandelt wird –

nämlich über den konkreten (Arbeits- bzw. Versorgungs-)Auftrag hinaus. Ein Zitat von Herrn Jahn beschreibt das Phänomen sehr deutlich: „Ich biete das Du an, ich geh im Beratungsprozess viel über die Beziehungsebene und bin zumindest in meinem Verständnis Sozialarbeiter und nicht nur Drogenberater“ (T5 Z.167-169). Hier wird ersichtlich, dass die Haltung einen hohen Stellenwert hinsichtlich der Herangehensweise an die Arbeit hat. Herr Jahn hat ein Verständnis von seiner Arbeit, welches sich nicht ausschließlich durch die Funktion des Suchtberaters definiert, sondern ebenfalls aus dem Kontext der sozialarbeiterischen Profession. Er beschreibt weiter: „Wenn jemand sagt, wahrscheinlich verliere ich meine Wohnung, gucke ich zumindest was kann ich für den tun, was gibt’s für Stellen, wo kann er sich hinwenden. Rufe ihn dann an und sage ich hab keine Ahnung, aber ich werde es herausfinden und dann vermittel ich ihn weiter“ (T5 Z.169-172). Ein weiteres Beispiel untermauert die Annahme einer Beziehung zwischen individueller Haltung und Entstehung des Phänomens Begleitung weiter. Frau Weidmann erzählt, dass Klient*innen in Krisensituationen wissen, dass sie sich bei ihr als Sozialarbeiterin melden können und sie erreichbar ist: „Das ist halt die andere Seite davon, dass alle die Möglichkeit haben, gibt es eine Krise, ich bin erreichbar“ (T4 Z.451-452). Eines wird durch diese Auszüge klar: in Ausnahmesituationen kommt es häufig zu Momenten der Begleitung. Es werden Bedarfe von Sozialarbeitenden erfüllt, die nicht im allgemeinen Tätigkeitsspektrum von Suchtberater*innen liegen.

Frau Weidmann verdeutlicht auch an einer anderen Stelle die Annahme, dass Sozialarbeitende nach ihrem persönlichen Professionsverständnis handeln. In Momenten, in denen es ungewöhnlich erscheint, dass Klient*innen zum wiederholten Male nicht in der Beratung erschienen sind, fährt sie eigenständig zu deren Wohnungen und erkundigt sich, ob alles in Ordnung sei. An dieser Stelle hebt auch sie die Besonderheiten von Krisensituationen hervor:

„Also es gibt manchmal auch Krisensituationen wo Leute ihre Termine absagen, wo es auffällig ist, also Leute nehmen ja wahnsinnig oft ihre Termine nicht wahr oder sagen die ab. Und mit manchen Menschen hat man ja auch schon eine sehr lange Beziehung in der Beratung oder Reha, das heißt man kann ganz gut einschätzen wie muss ich das einsortieren und wenn sich dann Absagen häufen, dann klingeln bei uns schon manchmal auch ein bisschen die Sorgen. Und wenn wir die dann nicht erreichen, gehen wir auch hin. Das ist auch mit ein Grund für einen Hausbesuch. Wir haben auch ein bisschen eine Fürsorgepflicht an der Stelle zu gucken, leben die noch.“ (T4 Z.73-80)

Mit dem Begriff der „Fürsorgepflicht“ umschreibt Frau Weidmann ihre Haltung zur Arbeit in der Suchtberatung, in der sich grundsätzlich ihre Einstellung hinsichtlich des übergeordneten

Mandats gegenüber Klient*innen abzeichnet. Dies lässt sich als eine zentrale Bedingung für das Auftreten des Phänomens benennen. Besonders deutlich wird die Bedeutung des eigenen Professionsverständnisses für die Begleitung, wenn kontrastierende Aussagen anderer Sozialarbeitender hinzugezogen werden.

An dieser Stelle ist die Perspektive von Frau Thielen aufschlussreich. Sie benennt: „Ich bin Suchtberaterin (...)“ (T3 Z.7). Damit definiert sie ihre Arbeit und ihre Tätigkeiten über die konkrete Auftragslage und grenzt diese klar von den Tätigkeiten außerhalb der Beratung ab: „Das muss einfach geklärt werden, mein Auftrag muss geklärt werden in der Beratung. Ich suche keine Wohnung für die Klienten, wahrscheinlich klingt das ein bisschen hart für manche, aber das ist so, das ist nicht meine Aufgabe, eine Wohnung zu beschaffen“ (T3 Z.97-100).

Des Weiteren verdeutlicht sie, dass die Kapazitäten für Begleitung im Arbeitsalltag nicht gegeben sind:

„(...) also unsere Kapazitäten sind begrenzt, ich kann den Menschen zum Beispiel, wenn Begleitung als Begleitung gemeint ist, ich begleite zu einer anderen Beratungsstelle oder zum Rechtsanwalt oder zum Jobcenter, weil der Mensch es einfach selber nicht schafft. Sowas machen wir nicht. Also ich habe keine Kapazitäten für sowas. Also wir können es uns letztendlich nicht leisten“ (T3 Z.211-215).

Frau Thielen schließt die physische Begleitung im Zusammenhang mit dem Verständnis ihres Arbeitsauftrages sowie fehlender Kapazitäten grundsätzlich aus. Für sie steht eine schnelle Weitervermittlung im Vordergrund (vgl. T3 Z.144-147) und sie positioniert sich bzw. ihre Arbeit deutlich: „Naja für mich ist klar, ich kann den Menschen nicht begleiten, weil es wie gesagt ich bin die falsche Adresse, ich kann etwas empfehlen, ich kann weitervermitteln, ich kann paar Adressen geben, aber mehr kann ich natürlich nicht“ (T3 Z.144-147). Diese Aussage erlaubt Rückschlüsse auf das persönliche Verständnis der Arbeit von Frau Thielen. So lässt sich in ihrer Position ein maximaler Kontrast zu den zuvor beschriebenen Sichtweisen erkennen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Kombination aus auftretenden Versorgungslücken sowie einer individuellen Haltung zur Arbeit – in welcher das Professionsverständnis über den konkreten Versorgungsauftrag gestellt wird – die ursächliche Bedingung für das Entstehen des Phänomens Begleitung darstellt. Wichtig ist an dieser Stelle anzumerken, dass

sich der Grad der Eigeninitiative und persönliches Professionsverständnis bzw. Haltung zur Arbeit gegenseitig bedingen.

Definitionsbaustein 3:

Die ungedeckten, jedoch seitens der Berater*innen wahrgenommenen Bedarfe der Klient*innen und die persönliche Haltung bzw. das eigene Professionsverständnis zur Arbeit lassen ein Mandat den Klient*innen gegenüber entstehen, welches über den Arbeitsauftrag hinaus erfüllt wird.

6.4 Strategien

Die Strategien eines Phänomens beschreiben eine Handlung bzw. Interaktion, die es gilt unter bestimmten Bedingungen „(...) zu bewältigen, damit umzugehen, es auszuführen oder darauf zu reagieren“ (Corbin/Strauss 1996, S.75).

Anschließend an dieses Zitat von Corbin und Strauss werden ebendiese Handlungs- und Interaktionsweisen, die dem Material entnommen sind hinsichtlich des Phänomens beschrieben. Ausgehend von der Erkenntnis, dass Begleitungen stattfinden, wird in diesem Abschnitt ausgeführt wie diese von Sozialarbeitenden ausgestaltet werden. Das heißt, es geht hier um die konkrete, individuelle Ausführung des Phänomens der Begleitung, welche maßgeblich vom persönlichen Professionsverständnis der Berater*innen abhängt. Daraus resultiert ein Facettenreichtum an Möglichkeiten, inwiefern Sozialarbeitende eigeninitiativ handeln. Die Eigeninitiative der Berater*innen entwickelt sich aus dem Fehlen der Begleitung selbst im Versorgungsauftrag.

Die Strategien physischer Begleitung haben im Verlauf der Professionalisierungsspirale an Bedeutung im Arbeitsalltag verloren (→ s. Kap. 6.2) und sind auch deutlich weniger präsent im Material. Ausschließlich Frau Weidmann nennt die physische Begleitung konkret:

„Teilweise war es nötig Hausbesuche zu machen, das heißt eben da wo die Leute wohnen oder sich aufhalten. Krankenhausbesuche sind auch was, was typischerweise auftaucht. Ich hab auch schon Klient*innen zu Sozialämtern begleitet oder in andere Einrichtungen in die ich gern vermitteln wollte, wo es einfach leichter war so ein bekanntes Gesicht mitzunehmen. Letztendlich wo auch immer die Leute sind, die gerne möchten, dass wir kommen, kommen wir hin.“
(T4 Z.40-45)

Im Weiteren wird die Begleitung von Prozessen detailliert analysiert. Diverse Umgangsstrategien werden dann beschrieben, wenn strukturelle Grenzen im Vordergrund

stehen und Auslöser für Begleitung in Kontext von Beratung darstellen. So wird sich im Umgang mit Klient*innen „(...) sehr um Transparenz bemüht (...)“ (T5 Z.217-218). Die Offenheit gegenüber Klient*innen beschreibt Herr Jahn an anderer Stelle ausführlich. Er berichtet, dass er Klient*innen die aktuelle Situation hinsichtlich langer Wartezeiten auf eine Kostenübernahme oder das Warten auf einen Therapieplatz darlegt (vgl. T5 Z.293-297). Herr Dettendorf setzt bezüglich der Problematik langer Wartezeiten ebenfalls den Fokus auf Transparenz. Dies beschreibt er sehr treffend, in dem er sagt, dass sie als Sozialarbeitende „(...) letzten Endes versuchen die Klienten darauf vorzubereiten, dass das nicht ganz so glatt läuft wie man sich das vorstellt“ (T2 Z.405-406). Die Offenheit soll dazu beitragen die Motivation der Klient*innen aufrechtzuerhalten. Herr Dettendorf erläutert Klient*innen mit empathischem Verständnis, dass die Wartesituation unangenehm sei, wenn sie jedoch ausgestanden sei, man besonders stolz auf sich sein könne. Er sieht seinen Auftrag darin, die Klient*innen dabei zu begleiten (vgl. T2 Z.409-410). Auch Herr Jahn versucht lange Wartezeiten auf der Beziehungsebene zu überbrücken. Seine Antwort auf die Frage, wie es möglich sei einen Klienten über sieben Monate in der Beratung zu halten, lautet:

„Unterschiedlich, manchmal kann ich sie nicht halten, manchmal wird es dann ein Kontaktabbruch und dann hab ich wieder umsonst gearbeitet. Manchmal gelingt es mir und das ist dann auch wieder vorrangig über die Beziehungsebene, dass ich sage, gut du brauchst die Therapie und bis die Therapie losgeht, kann ich dir hier Gespräche anbieten.“ (T5 Z.325-328)

Ein weiterer wichtiger Aspekt zeigt sich im Umgang mit Institutionen wie der Rentenversicherung. Es gibt Aussagen von Interviewten, die einen hohen Grad an Eigeninitiative zeigen (vgl. T5 Z.310). Teilweise wird mit der zuständigen Stelle direkt Kontakt aufgenommen: So berichtet Herr Dettendorf, „(...) dass es Treffen mit der Rentenversicherung gab, Willensbekundungen und so weiter“ (T2 Z.402-403) und sie somit „(...) Mantra-artig das Thema immer wieder platzieren, in der Hoffnung, dass da irgendwann etwas besser wird“ (ebd. Z.404).

Im Folgenden werden Begleitungsstrategien im Kontext der bereits erwähnten Krisensituationen genauer betrachtet. Ein Beispiel für die Krisenbegleitung bezieht sich auf Herrn Jahns Klienten. Er wollte nach einem Beratungsgespräch seinen besten Freund besuchen und musste feststellen, dass dieser sich einige Tage zuvor suizidiert hatte:

„Und dann rief er eine halbe Stunde später wieder an und meinte die Tür ist versiegelt, er hat bei der Polizei angerufen, sein Freund hatte sich ein paar Tage vorher suizidiert. Und dann kam er halt, er war auch selbst teilweise stark

depressiv und hatte auch immer wieder suizidale Gedanken und kam dann total kriselig zu mir. Und da hatte ich echt Angst, dass er sich umbringt.“ (T5 Z.88-92)

Herr Jahn hat seinem Klienten umgehend ein Gesprächsangebot gemacht und somit über seine beraterischen Tätigkeiten hinaus gehandelt. Darin lässt sich der Entschluss zur eigenständigen Krisenintervention erkennen. Diese Entscheidung resultierte aus der Einschätzung des Beraters, dass sein Klient ebenfalls akut suizidal war:

„Ich habe dann mit ihm einen Suizid-Vertrag geschlossen, dass er das nicht macht so lange er bei mir in Beratung ist und bin mit ihm dann auch rausgegangen. Wir sind spazieren gegangen und ich hab meine Frau angerufen und gesagt ich komme später nach Hause, ich hab hier zu tun und hab mir wirklich Zeit genommen und bin 2h mit ihm draußen spazieren gegangen bis ich das Gefühl hatte er ist soweit stabilisiert, dass er nach Hause gehen kann und sich nicht gleich das Leben nimmt.“ (T5 Z.92-97)

Der Berater hat somit auf die Krisensituation mit der Strategie eines gemeinsamen Spazierganges reagiert und dabei einen verlängerten Arbeitstag in Kauf genommen.

Frau Weidmann erläutert im Zusammenhang mit Krisenklient*innen ebenfalls aktive Umgangsweisen. Ihre Strategie ist in erster Linie Kontakt zu den Klient*innen aufzunehmen. Sofern diese Kontaktaufnahme erfolglos bleibt, fährt sie auch mal zur der Wohnung der Klient*innen. Wird auch dort niemand angetroffen, hinterlässt sie einen Brief mit der Bitte um Kontaktaufnahme (vgl. T4 Z.73-81). In diesem Fall sieht sie es als ihre Pflicht die Verantwortung an eine andere Stelle wie dem SPD²⁵ weiterzugeben (vgl. ebd. Z. 82).

Exemplarisch dient ein weiteres Beispiel: Herrn Dettendorf und ein Klient hatten aufgrund der langen Beratungszeit ein vertrauensvolles Arbeitsverhältnis zueinander aufgebaut. Aufgrund ausländerrechtlicher Schwierigkeiten war es Herrn Dettendorf nicht gelungen seinen Klienten in eine Therapie zu übermitteln, so blieb dieser einige Zeit in der Beratung. Als der Klient plötzlich wohnungslos wurde, brachte er seinem Berater alle persönlichen Unterlagen in das Büro, welche Herr Dettendorf dort weiterhin aufbewahrte:

„Er hatte dann irgendwie mir kurzzeitig einen Ordner mit persönlichen Unterlagen ins Büro vorbei gebracht, weil er gerade keinen gesicherten Ort dafür hatte und genau dann ist er gestorben und dann hängst du damit so, das sind Geschichten, die nochmal so eine andere emotionale Wucht da rein bringen.“ (T2 Z.202-205)

In der Beschreibung des Phänomens wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Begleitung auch Tätigkeiten umfasst, welche alltägliche Bedarfe wie die Bewältigung bürokratischer

²⁵ SPD = Sozialpsychiatrischer Dienst

Herausforderungen decken (→ s. Kap. 6.1). In diesem Zusammenhang wird die Tätigkeit des Briefe schreibens an Hausverwaltungen etc. genannt, ebenso wie das Sortieren von Briefen und Erklären von offiziellen Schreiben (vgl. T1 Z.318; T4 Z.527; T5 Z.337-338; T5 Z.418). Herr Jahn merkt dazu an, dass die Beschäftigung mit Briefangelegenheiten auch Grenzen benötigt, kommentiert dennoch „(...) aber grundsätzlich will ich mich dem halt nicht komplett verschließen, sondern guck es mir zumindest an und wenn ich es selbst nicht machen kann, dann mach ich mir zumindest die Mühe herauszufinden, wo er entsprechende Hilfe bekommt“ (T5 Z.437-439).

Diese diversen Umgangsstrategien sind ein wesentlicher Eckpfeiler für die Annäherung an den Begleitungsbeff.

Definitionsbaustein 4:

Vielfältige Strategien der Sozialarbeitenden führen zu einer individuellen Ausgestaltung der Begleitungssituationen. Es zeichnet sich ab, dass die Begleitung von Prozessen in der Praxis eine höhere Relevanz hat.

6.5 Konsequenzen

Konsequenzen stellen die „Ergebnisse oder Resultate von Ereignissen“ (Corbin/Strauss 1996, S.75) dar.

Dieser letzte Abschnitt zur Erläuterung des Paradigmas beschäftigt sich mit den Konsequenzen, die sich für Sozialarbeitende und Klient*innen ergeben, wenn die Begleitung von Menschen im Zentrum der Suchtberatung steht.

Die Herausforderung bestimmter Situationen wird von Sozialarbeitenden nur am Rande oder im Nebensatz erwähnt. So erzählt bspw. Frau Weidmann, dass bei häufigen Absagen der Termine „(...) schon manchmal auch ein bisschen die Sorgen [klingeln]“ (T4 Z.78). Ebenso verdeutlicht Herr Jahn seine fordernde Arbeit bei der Beschreibung einer einschneidenden Situation mit dem gehaltvollen Begriff der Angst: „Und da hatte ich echt Angst, dass er sich umbringt.“ (T5 Z.92). Diese Aussagen werden als Indizien dafür gesehen, dass die bereits beschriebenen Auslöse/Ausnahme-Situationen (→ s. Kap. 6.3), welche einen begleitenden Charakter annehmen, direkte Auswirkungen auf die Sozialarbeitenden haben.

Weiter kann aus dem vorhandenen Material entnommen werden, dass dieser gewissen Grad an „Mehrarbeit“ von Sozialarbeitenden angenommen und als selbstverständlich betrachtet

wird. Dies kann vor allem am Beispiel von Herrn Jahn festmacht werden (vgl. T5 Z.94-97) sowie an den Umgangsweisen von Frau Weidmann, welche zu den Klient*innen nach Hause fährt, Begleitungen außerhalb der Beratung macht und dadurch ein höheres Pensum an Planung und Stundenorganisation hat (vgl. T4 Z.359-364).

Eine weitere Folge im Zuge der angewendeten Strategien ist, dass Klient*innen in der Beratung gehalten werden können. Dies erfordert ein hohes Maß an Beziehungsarbeit. Die Beziehungsarbeit führt teilweise dazu, dass Klient*innen es in Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden schaffen die Beratungsgespräche zu nutzen, um so die Zeit bis zum Entgiftungs- oder Therapiebeginn zu überbrücken und „(...) das ist dann wirklich auch großes Kino (...)“ (T2 Z.334). Für Klient*innen kann die engagierte Arbeitsweise von Fachkräften – intensive Beziehungsarbeit, individuelle Problemlösung – als direkte Konsequenz verstanden werden. Durch diese Begleitungstätigkeiten der Sozialarbeitenden wird Klient*innen zumindest die Möglichkeit „besserer“ Versorgung ermöglicht.

Der Umfang der Anforderungen, die an die Suchtberatung gestellt werden, werden mit dem Zitat von Herrn Eberhardt aussagekräftig dargestellt: „Ich sag immer wir sind so ein bisschen mit einem Bein in der Therapie, wir sind aber auch mit einem Bein in der Betreuung, also wie PSB oder so. Genau, da hat sich definitiv etwas verschoben, dass wir trotzdem betreuen, ne“ (T1 Z.314-317).

Definitionsbaustein 5:

Zu den direkten Konsequenzen des Phänomens Begleitung zählen seitens der Sozialarbeitenden die anfallende Mehrarbeit und somit die höhere Arbeitsbelastung sowie die psychische Belastung beim Auftreten von Ausnahmesituationen.

7 Interpretation und Modellentwurf

7.1 Definitionsannäherung an das Phänomen Begleitung

Dieses erste Unterkapitel der Interpretation dient der Zusammenführung der in der Ergebnisdarstellung vorgebrachten Definitionsbausteine und einer Annäherung an das Phänomen Begleitung. Ziel der Forschungsarbeit ist es, ein klareres Verständnis von stattfindenden Prozessen zu gewinnen, welche als Begleitungstätigkeiten bezeichnet werden können. Im Zuge dessen wird die Forschungsfrage in den Fokus genommen, sodass diese für die folgenden Ausführungen präsent ist: Wie gestaltet sich Begleitung im Kontext von Suchtberatung? Was heißt Begleitung?

Um dem Anspruch der Grounded Theory gerecht werden zu können, leisten die Zusammenfassung und konkretere Erläuterung der Definitionsbausteine einen Beitrag zu einer gegenstandsverankerten Theorie.

Die in der Darstellung der Ergebnisse vorgestellten Annahmen zur Begleitung beziehen sich auf Auslösemomente unterschiedlicher Natur. Einerseits werden Begleitungssituationen durch persönliche Krisen der Klient*innen initiiert. Andererseits entstehen Begleitungssituationen aufgrund struktureller Schwierigkeiten. Das bedeutet, dass der Auslösemoment für die Begleitung nicht immer im Zusammenhang mit der persönlichen Krise der Klient*innen steht, sondern durch äußere Faktoren wie Wartezeiten der Kostenübernahme etc. zusammen zu bringen ist. Diese Momente wiederum können ausschlaggebend für Krisen der Klient*innen sein. Ich differenziere hier die Krisen hinsichtlich ihres unterschiedlichen Ursprungs – zwischen eigenen Krisen und von außen ausgelösten Krisen. Aus beiden Momenten entstehen gleichermaßen Begleitungssituationen, dies soll vor dem Hintergrund weiterer Ausführungen betont werden.

Die Definitionsbausteine selbst stehen in Verbindung, bedingen einander und können daher nicht losgelöst betrachtet werden. Dennoch umfassen sie unterschiedliche Ebenen, diese beziehen sich auf personen-, prozess- und system-Ebenen. Die Definitionsbausteine 1 + 2 beschreiben die Herleitung des Phänomens Begleitung. Anhand des Materials konnte herausgearbeitet werden, in welchem Rahmen die Verortung des Forschungsgegenstandes vorgenommen werden kann. Begleitung wird als außerreguläre Tätigkeit innerhalb der Beratung definiert. Die losgelöste Position, wie in dem Modellentwurf (→ s. Abb. 11, S. 65) deutlich wird, hat sich in Abhängigkeit mit den stattgefundenen Professionalisierungsprozessen entwickelt, weshalb sich Begleitung selbst vom regulären in das außerreguläre Spektrum verschoben hat. Es wird deutlich, dass Begleitung als eine Form

von Überbrückung in weiterführende Hilfeangebote verstanden wird. In diesem Zusammenhang wird das Stärken der Veränderungsbereitschaft der Klient*innen als essentiell hervorgehoben. Zudem zeigt sich, dass die Begleitung von Krisen- und Ausnahmesituationen in den Vordergrund rückt, in denen die Sozialarbeitenden durch die Präsenz und Abrufbereitschaft zu einer Stabilisierung der Situation beitragen sollen.

Der dritte Baustein beschreibt seitens der Berater*innen wahrgenommene Bedarfe. Bedarfe zu erkennen und damit zu arbeiten, impliziert, dass Fachkräfte (kognitive) Prozesse durchlaufen, auf denen sich die Legitimation ihres Handelns stützt. Sozialarbeitende nennen, wie anhand der Darstellung der Ergebnisse hervorgeht, Methoden der Arbeit wie motivierende Gesprächsführung, Anwendung systemischer Fragetechniken oder Prozessbegleitung. Diese scheinen sich jedoch auf die Beratung selbst zu beziehen und werden bewusst oder unbewusst auf die Begleitungsarbeit übertragen. Ein konkreter Zusammenhang zur Begleitung wird von den Sozialarbeitenden jedoch nicht artikuliert. Hier stellt sich die Frage, ob die angewandten Methoden übertragbar auf das Phänomen Begleitung sind oder aber, ob für die Realisierung der Begleitung von Prozessen weitere Methoden benötigt werden. Das Erkennen von Bedarfen lässt darauf schließen, dass von einer Form von Sozialer Diagnostik die Rede ist. Diese wird im Zusammenhang der Begleitung nicht explizit genannt, ist jedoch als eine logische Schlussfolgerung aus den Beschreibungen zu benennen.

In einigen anderen Fällen handelt es sich um simple Beschreibungen dessen, was die Sozialarbeitenden tun. Hier werden bspw. die Aufbewahrung von Dokumenten (T2 Z.202-205), Spaziergänge (T5 Z.92-97) oder Hausbesuche (T4 Z.73-80) genannt. Der konkrete methodische Rahmen wird aus den Beschreibungen der Handlungen nicht deutlich. Eine resultierende Frage lautet: Inwieweit stellen die befragten Sozialarbeitenden die Verknüpfung zur Begleitung her? Deutlich wird, dass aus dem Erkennen der Bedarfe und dem konkreten Reagieren auf diese ein Handeln hervorgeht, welches mit den Erkenntnissen dieser Arbeit auf Begleitung zurück zu führen ist. Bedarfe erkennen und danach Handeln ist voraussetzungsvoll für die Arbeit und ein komplexes Vorgehen. Die konkrete Benennung einer dahinterstehenden Methodik wie bspw. von Sozialer Diagnostik bleibt an dieser Stelle seitens der Berater*innen aus.

Aus den vorangegangenen Beschreibungen wird auch deutlich, dass die interviewten Berater*innen einige Techniken wie Gesprächsführung etc. nennen, welche sie anwenden. Gleichermäßen wird die Bedeutung von Beziehungsarbeit und Transparenz in Krisensituationen sowie das Erarbeiten individueller Problemlösungen erwähnt. Das bedeutet,

dass sie Begleitung als methodisches Instrument nicht vordergründig definieren können, jedoch andere methodische Vorgehen präsent und artikulierbar sind. Daraus leite ich eine Art methodisches Unwissen hinsichtlich des untersuchten Phänomens ab. Die Übertragung der Beratungsmethoden auf die Begleitung scheint unbewusst zu geschehen und wird demnach nicht als solche bezeichnet. Die Erläuterungen der Interviewten bleiben auf einer praktischen, deskriptiven Ebene und ein Platzieren dessen, was sie tun, in übergeordnete Konzepte wird nicht ersichtlich.

Im Weiteren werde ich mich auf die Strategien (Definitionsbaustein 4) fokussieren, um mich über das Handeln der Sozialarbeitenden einer Definition von Begleitung weiter anzunähern. Zunächst kann ein Rückbezug zu den physischen Begleitungen hergestellt werden, auch wenn diese im Verlauf des Auswertungsprozesses an Relevanz verloren haben. Das Beispiel von Frau Weidmann, welches in der Darstellung der Ergebnisse (→ s. Kap. 6.4) angebracht wird, lässt im physischen Kontext Spielräume der Interpretation des Begriffes Begleitung. Frau Weidmann sagt, wann auch immer es nötig sei, wären Hausbesuche angemessen und „(...) wo auch immer die Leute sind, die gerne möchten, dass wir kommen, kommen wir hin“ (T4 Z.43-45).

Den Wechsel in den Plural finde ich zunächst spannend. Zuerst wird ein persönliches Beispiel angebracht, anschließend mit dem „wir“ verdeutlicht, dass jede*r Suchtberater*in, zumindest in der Suchtberatungsstelle gleichermaßen handeln würde. Es bleibt offen, ob der Ausdruck als eine Art Legitimation für das eigene Handeln genutzt wird, weil die Verwendung des Plurals impliziert, dass es „alle“ so machen und dadurch die Handlung unanfechtbarer wird.

Anhand des Zitats stellt Begleitung vorerst einen schlichten, einfachen, reinen Akt von physischer Begleitung dar. Die Aussage lässt weitere Lesarten zu. Konkret kann hier weiter interpretiert werden, dass Frau Weidmann der übergeordneten Leitidee folgt: „Wir holen Euch da ab, wo ihr steht“. Somit ist Begleitung bzw. das Abholen nicht ortsgebunden, sondern auf einer übergeordneten Ebene, einer Prozessebene, zu verstehen – das Abholen von dort wo die Klient*innen aktuell, in ihrer jeweiligen Situation, im Prozess stehen. Die Begleitung von Prozessen ist als ein zentraler Aspekt herauszustellen.

Wie aus den angebrachten Beispielen hervorgegangen ist, ist die Begleitung von Prozessen als eine Art Übergangsphase zu verstehen, welche den Sinn und Zweck erfüllt, in Phasen der Instabilität seitens der Klient*innen durch das motivierende, begleitende Handeln der Fachkräfte Stabilität herzustellen. In den Übergangsphasen kristallisiert sich einmal mehr die

Relevanz bestimmter methodischer Vorgehen heraus. Diese sind bereits Bestandteile der Beratung, gewinnen in den begleitenden Situationen jedoch an Bedeutung. Motivation und Gesprächsangebote über die Beziehungsebene sind im Hinblick auf eine gelingende Begleitung von besonderer Bedeutung.

Ein wichtiges Merkmal von Begleitung in der Suchtberatung ist zudem das schnelle, direkte, unverzügliche Handeln, das Sozialarbeitende leisten, um eine „adäquate“ Versorgung sicher zustellen. Dies kommt besonders zum Ausdruck, wenn es um die Ausgestaltung bzw. Handhabung von Krisensituationen geht. Diese erfordern ein hohes Maß an Hingabe, Feingefühl und Geduld. In den Beschreibungen eben solcher Krisensituationen scheint Intuition im Vordergrund des Handelns zu stehen. Bspw. beschreibt Herr Jahn, dass er sich im Nachgang um die Inanspruchnahme von Weiterbildungsangeboten bemüht habe, um zukünftig mit Kriseninterventionsmöglichkeiten reagieren zu können. Er verdeutlicht die Notwendigkeit von Fort- und Weiterbildungen, die bedeutsam für den Umgang mit Begleitungssituationen innerhalb der Beratung sind. In diesem Zusammenhang müssen sich Sozialarbeitende meist eigeninitiativ um die Weiterbildung bemühen. Weiter anzumerken ist, dass Herr Jahn selbst sich überfordert fühlte, jedoch sein Handeln keineswegs unmethodisch gestaltet war. Bspw. kann das Benennen und Schließen von Suizidverträgen als eine Form konkreter Krisenintervention verstanden werden, auch wenn es keinen konkreten methodischen Standard diesbezüglich gibt, oder dieser dem Sozialarbeitenden im handelnden Moment nicht bekannt sind. Das als intuitiv etikettierte Handeln des Sozialarbeiters enthielt, wenn auch unbewusst, methodische Züge.

Einige in der Darstellung der Ergebnisse genannte Strategien klingen zunächst so einleuchtend wie nahezu banal, wenn zum Beispiel von Spaziergängen oder Hausbesuchen gesprochen wird. Mit welcher Selbstverständlichkeit gehandelt wird, lässt auf einen gesunden Menschenverstand schließen. Im Rahmen von Beratung und im Kontext der Sozialen Arbeit als Profession muss das allerdings differenziert gewertet werden. Was in solchen Situationen geschieht, ist meines Erachtens das Bedienen eines noch undefinierten, methodischen Handwerkzeugs, welches als Begleitung verstanden werden kann. Sozialarbeitende versuchen mit all den genannten Umgangsweisen die Überbrückung aus dem Krisenzustand in einen aushaltbareren Zustand zu begleiten und stützen.

Interessant ist unter anderem der Gebrauch der Begrifflichkeiten „Betreuung“ und „Begleitung“. Die alternierende Verwendung der Begriffe Betreuung und Begleitung, welche fast synonym erfolgt, gibt Aufschluss darüber, dass Sozialarbeitende sich ihren Aufgaben und

deren methodischer bzw. theoretischer Verortung nur bedingt bewusst sind. Meiner Interpretation zufolge, möchte ich behaupten, dass Sozialarbeitende wissen wie sie Tätigkeiten in ihrem Arbeitsalltag bewältigen, dabei allerdings die Schwierigkeit auftritt diese konkret zu benennen, voneinander zu differenzieren und zu verorten. Das heißt, die explizite Beschreibung dessen, was hinter dem aktiven Handeln steht, kann nicht immer artikuliert werden. Des Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass die Verwendung der Begriffe unbewusst und undifferenziert erfolgt. Aus dem Kontext des Materials lässt sich schlussfolgern, dass während des Gebrauchs der Wörter „betreuen“ oder „Betreuung“ implizit die Begleitung von Menschen gemeint ist. Das kann folgenden Hintergrund haben: Betreuung hat einen etablierten, definierten Rahmen inne – ganz im Gegensatz zum Begriff der Begleitung. Aus diesem Grund ist eine Definition von Begleitung notwendig, um durch eine Konkretisierung der Tätigkeiten diese voneinander eindeutig abzugrenzen und Begleitung als eigenständiges Phänomen methodisch und theoretisch zu fundieren.

Zusammenfassend stellt Begleitung eine Handlung dar, welche als Überbrückung von Krisensituationen bzw. Überbrückung in weiterführende Hilfen verstanden werden kann. Die Differenzierung von physischer Begleitung und der Begleitung von Prozessen muss dabei im Blick bleiben. Physische Begleitung kann dabei als ein Instrument von der Begleitung von Prozessen verstanden werden. Bedeutend für einen weiteren fachlichen Austausch ist es, eine klare Abgrenzung von Beratung und Begleitung herzustellen. Zudem muss der als intuitives Handeln bezeichnete Prozess in einem Rahmen verortet werden, welcher Begleitung darstellt. So kann der fachliche Diskurs eröffnet werden, um die Professionalisierung und Weiterentwicklung von Handlungsmethoden der Sozialen Arbeit voran zu treiben.

7.2 Weiterführende Einordnung des Begleitungsbegriffes

Das anschließende Unterkapitel dient einer weiterführenden Interpretation der beschriebenen Ergebnisse der empirischen Erhebung und ist eine Hinführung zu einem Modellentwurf, welcher die Entstehung und Aufrechterhaltung von Begleitung nachzeichnet. Entscheidend für die Legitimation dieses Unterkapitels ist, dass das Phänomen nicht losgelöst von den Haltungen der Sozialarbeitenden betrachtet werden kann. Zudem ist das Phänomen auch in seiner Verwobenheit mit dem Hilfesystem und dessen Strukturen zu betrachten.

Den Ausgangspunkt der Überlegung bilden die Bedarfe der Klient*innen. Das grundsätzliche Anliegen des Versorgungsnetzes bzw. der Hilfestrukturen kann als ein Angebotsspektrum

betrachtet werden, welches diese Bedarfe abdecken soll. Dies umfasst die regulären Tätigkeiten (→ s.Kap.6.1). Allerdings gestalten sich die Bedarfe der Hilfesuchenden aufgrund des Phänomens Sucht individuell und divers. In Verbindung mit den strukturellen Schwierigkeiten (Wartezeiten bzgl. Kostenübernahmen, nicht gelingende Nahtlosverfahren etc.) stellt sich das Versorgungsnetz als latent brüchig dar. Auftauchende Versorgungslücken entstehen, da Bedarfe seitens der Klient*innen existieren, welche vom regulären Angebot nicht gedeckt werden (→ s.Kap.6.3). In meiner Forschung zeigt sich, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit dieses Arbeitsfeldes (a) die Bedarfe der Klient*innen erkennen und (b) in einem weiteren Schritt darauf reagieren. In welcher Art und Weise dies geschieht bzw. welche Strategien im Umgang damit entwickelt werden, steht in direkter Verbindung mit dem eigenen Professionsverständnis der Sozialarbeitenden. Anhand des ausgewerteten Materials ergibt sich an dieser Stelle eine Weggabelung. Exemplarisch stelle ich an diesem Punkt die zwei am stärksten kontrastierenden Haltungen heraus. Es muss jedoch erwähnt werden, dass diese zwei gegensätzlichen Pole der Haltungen auf einem Spektrum liegen, welche mit diversen Facetten von Selbstverständnissen gefüttert sind.

Die erste Abzweigung folgt der Aussage von Frau Thielen (→ s.Kap.6.4), welche eine klare Vorstellung von ihrem Arbeitsauftrag hat und auch nur diesen ausführt: „(...) das ist nicht meine Aufgabe“ (T3 Z.99-100). Davon ausgehend, diese Aussage als Überschrift eines Professionsverständnisses zu verstehen, lassen sich darin verschiedene, aufschlussreiche Aspekte erkennen. Frau Thielen handelt gemäß ihres Arbeitsauftrages – sie erkennt die ungedeckten Bedarfe, grenzt sich und ihren Tätigkeitsbereich jedoch von ihnen ab und verdeutlicht so, dass die Versorgung dieser nicht ihre Aufgabe sei. So kann es passieren, dass der Beratungsprozess in einer „bloßen“ Vermittlung oder aber durch einen frühzeitigen Abbruch durch Klient*innen endet. Eine längerfristige Begleitung würde in dieser Form nicht entstehen. Die Versorgungslücke bzw. latente Unterversorgung der Klient*innen bleibt somit bestehen. Gleichzeitig kann davon ausgegangen werden, dass durch das nicht (individuelle) Schließen der Lücken durch die Mehrarbeit der Fachkraft, eben diese Versorgungslücken sichtbar werden. Aufgrund der, in meiner Forschung erkennbaren, Einmaligkeit dieses Haltungsmusters einer Sozialarbeiterin, wird diese mangelhafte Versorgung nicht deutlich und letztlich auch nicht präsenter und sichtbarer. Drastisch gesprochen, tragen die Klient*innen die Folgen, weil sich durch die (explizite) Arbeitsweise der Fachkraft keine Veränderungen ergeben. Die Klient*innen würden im Sinne des „Drehtüreffekts“ (T2 Z.272) früher oder später wieder in der Beratung ankommen. Durch ein konkretes Abstecken von Begleitung wäre zumindest die Möglichkeit des Schließens dieser Versorgungslücke sowie

ein klarer Auftrag für Sozialarbeitende gegeben. Andererseits könnte vermutet werden, dass Frau Thielen hinsichtlich der Abgrenzung und Klarheit gegenüber ihren Tätigkeitsfeldern ein gutes Verhältnis zwischen Nähe und Distanz findet und somit, im Gegensatz zum zweiten Fall, weniger emotional belastenden oder psychisch aufreibenden Situationen ausgesetzt ist.

Die zweite Abzweigung, welche anhand meiner Abbildung 11 ersichtlich wird, kann mit dem Zitat von Herrn Jahn beschrieben werden, dass ein anderes Professionsverständnis aussagekräftig abbildet.

Folgendes Zitat verdeutlicht dies: „[Ich] bin zumindest in meinem Verständnis Sozialarbeiter und nicht nur Drogenberater“ (T5 Z.168-169). Was hinter dieser Aussage steht, ist eine ganz grundlegende Haltung gegenüber der eigenen Arbeit und gegenüber den Klient*innen. An dieser Stelle wird meines Erachtens ein Professionsverständnis sichtbar, welches vom eigenständigen Bedienen der Fachkraft hinsichtlich eines Mandats geprägt ist. Daraus ergeben sich die Handlungen und Arbeitsweisen der Sozialarbeitenden, welche (bewusst) die ungedeckten Bedarfe erkennen und daraufhin aktiv aus ihrem eigenen Verständnis der Situation heraus, dafür entscheiden, über den konkreten, aber unzureichenden Arbeitsauftrag hinauszugehen und somit Begleitung zu leisten. Dieses Professionsverständnis kann mit Hilfe verschiedenster Aussagen der Interviewpartner*innen meiner Forschung verdichtet werden. Beispielsweise plädiert Herr Eberhardt dafür, auch mal außerreguläre Tätigkeiten zu übernehmen (→ s. Kap. 6.1): „Ich mein wir mögen alle unseren Job, sind fit, sind engagiert und wenn man, son Brief an die Hausverwaltung ist natürlich schnell geschrieben“²⁶ (T1 Z.317-318).

Frau Weidmann spricht in verschiedenen Situationen von einer „Basisversorgung“ (T4 Z.445) mit der sie die grundsätzliche Erreichbarkeit für Gespräche beschreibt sowie eine „Fürsorgepflicht“ (ebd., Z.80), welche sie den Klient*innen gegenüber inne habe. Sie beschreibt daher eine Pflicht, welche sich auf das gängige Bild der Sozialen Arbeit im Allgemeinen, aber auch auf das herkömmliche Menschenbild von Sozialarbeitenden stützt: der/die Fürsorger*innen – mit dem Zusatz der Pflicht. Diese Ausführungen explizieren die intrinsische Einstellung zum persönlichen Professionsverständnis. Es kann festgehalten werden: Fachkräfte der Sozialen Arbeit mit dem beschriebenen Selbstverständnis der eigenen Arbeit leisten Mehrarbeit und sind größeren Arbeitsbelastungen ausgesetzt. Präsent ist dabei

²⁶ Auch an dieser Stelle sei nochmal auf die Verwendung des Plurals verwiesen. Die Frage nach seiner Legitimation bleibt ungeklärt weiterhin bestehen.

das Ziel, den Klient*innen gegenüber Begleitung zu leisten, indem ein Mandat²⁷ übernommen wird, welches nicht im konkreten Versorgungsauftrag festgehalten ist.

Daraus folgt eine weitere grundlegende Schlussfolgerung, die aus dem begleitenden Handeln entsteht: Klient*innen erhalten eine Versorgung, die sich in der Begleitung zeigt, welche ihnen möglicherweise ohne die individuelle Ausgestaltung der Beratungssituation von Sozialarbeitenden verwehrt bleibt. So werden entstandene Versorgungslücken zumindest in Teilen geschlossen. Dies hat allerdings auch zur Folge, dass Sozialarbeitende vor ständig wachsenden Aufgaben und Verantwortungen stehen. Das Dilemma des unkonkreten Versorgungsauftrages und des eigenen Professionsverständnisses wird dadurch weiter verstärkt. Klient*innen hingegen können von dieser Arbeitsweise profitieren. Dem gegenüber steht, dass auf diese Weise lückenhafte Versorgungsnetze nicht sichtbar werden und die Fachkräfte der Sozialen Arbeit ohne weitere gesellschaftliche oder finanzielle Anerkennung Begleitungstätigkeiten verüben sowie keine strukturellen Veränderungen erwirken können.

Es muss an dieser Stelle wiederholt werden, dass das Handeln im Stile Herrn Jahns nicht zwangsläufig eine „bessere“ Versorgung bedeutet. Tatsache ist, mit einer derart konkreten Haltung zur Arbeit ist zumindest die Möglichkeit einer Versorgung bzw. auch einer Begleitung gegeben. Das bedeutet allerdings nicht, dass diese auch tatsächlich so geschieht, geschweige denn erfolgreich verläuft. Es gibt diverse Gründe, weshalb die Versorgung von abhängigkeiterkrankten Menschen herausfordernd ist. Nicht zuletzt müssen die Ambivalenzen und Rückfallrisiken in den Blick genommen werden.

²⁷Doppeltes Mandat bezieht sich auf die Dualität von Aufträgen Sozialer Arbeit. Zum einen muss Soziale Arbeit im Auftrag des Staates und der Gesellschaft handeln. Zum anderen muss das Wohl der Klient*innen beachtet werden (vgl. Lutz 2020, o.A.). Auf das Mandat den Klient*innen gegenüber wird sich in diesem Zusammenhang bezogen, dass sich Soziale Arbeit „(...) aus einem tiefen Verständnis der Lebenswelt heraus sich für deren Belange [der Klient*innen], notfalls auch gegen Institutionen (...)“ (ebd.) einsetzt (weitere Erläuterungen s. Kap.8.5).

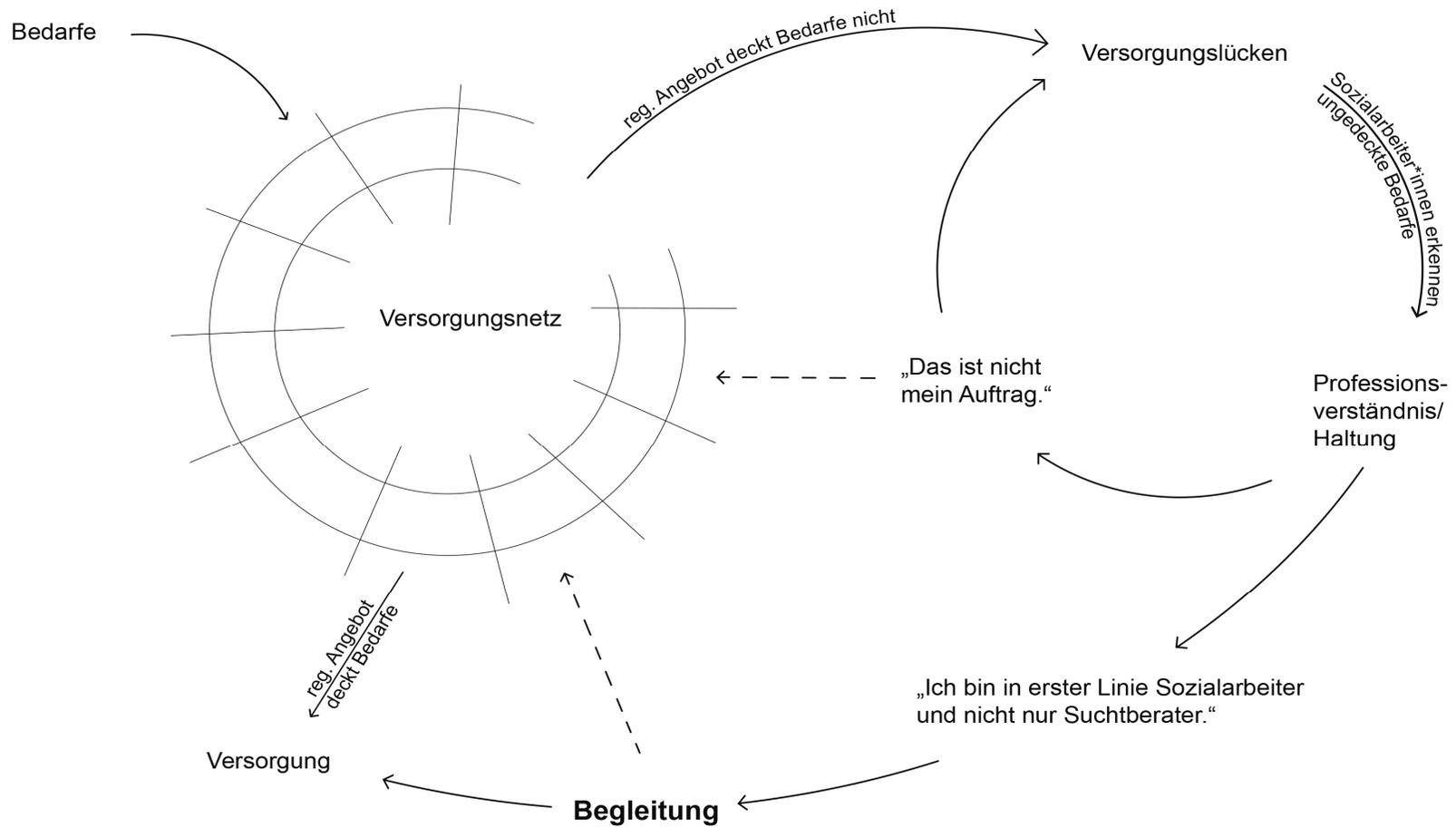


Abbildung 11 Modellentwurf von Begleitung (eigene Darstellung)

Die daraus resultierende Mehrarbeit und somit erhöhte Arbeitsbelastung, werden von den Sozialarbeitenden nicht konkret benannt bzw. als belastend bezeichnet, geschweige denn besonders hervorgehoben. Dennoch verdeutlichen einige Aussagen, dass bestimmte begleitende Situationen wie Kriseninterventionen als belastend empfunden werden. Frau Weidmann spricht im Interview von Sorgen (vgl. T4 Z.75-78) und Herr Jahn betont, dass er „(...) echt Angst [hatte], dass er [Klient] sich umbringt“ (T3 Z.92).

Die angeführten Zitate geben einen Eindruck wie eindringlich die Arbeit in der Suchtberatung sein kann – dass auch bei einer gesunden Psychohygiene Emotionen wie Sorgen oder Ängste den Klient*innen gegenüber entstehen. Seitens der Sozialarbeitenden wird dem Ausdrücken der Emotionen bzw. diesem Kommentar zu herausfordernden Arbeitstagen keine weitere Bedeutung zugeordnet. Das kann unterschiedlich bewertet werden. Eine mögliche Lesart ist, dass das Handeln der Sozialarbeitenden aus einem rein intuitiven Gefühl entsteht und in dieser expliziten Arbeitsweise mündet, welche dann auch wieder Aufschluss über deren Professionsverständnis gäbe. Ein weiterer Aspekt ist, dass die Interviewpartner*innen aus reinem Selbstschutz den Herausforderungen des Arbeitsalltags keine besondere Beachtung schenken. Es kann jedoch auch so verstanden werden, dass ihnen gar nicht bewusst ist, dass sie weit über den Arbeitsauftrag hinaus handeln und somit die Ausgestaltung und Auffassung der Sozialen Arbeit beeinflussen – das System durch ihr Handeln stützen, welches eigentlich einer gegenteiligen Handlung bedarf, um Missstände sichtbar zu machen und somit Veränderung zu erwirken. Zu einer Verbesserung dieser Missstände können hier Öffentlichkeitsarbeit und breitere Vernetzung von Sozialarbeiter*innen angebracht werden, um effektiv Veränderungen herbeizuführen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Begleitung eine Form von Übergangsgestaltung einnimmt, wie es der erste Abschnitt der Interpretation darlegt. Diese begleitenden Übergänge werden maßgeblich von der Haltung der Sozialarbeitenden beeinflusst. Abhängig von der Art und Weise wie Fachkräfte der Sozialen Arbeit im Kontext der Suchtberatung arbeiten, variieren die Intensitäten des Phänomens Begleitung. Darüber hinaus wird ein Mandat gegenüber den Klient*innen deutlich, in dem Sozialarbeitende das bestmögliche für die Klient*innenschaft erreichen möchten und somit über die Vorgaben des Systems eigenverantwortlich handeln (müssen).

8 Diskussion in Form einer Synthese mit theoretischen Bezügen der Sozialen Arbeit

Dieses Kapitel hat die zentrale Funktion bisherige Ergebnisse der Forschung mit Theoriebausteinen zu untermauern. Aus diesem Grund habe ich mich dazu entschieden die Diskussion in Form einer Synthese²⁸ zu gestalten, in welcher elementare Bestandteile der Ergebnisse mit theoretischen Bezügen der Sozialen Arbeit verknüpft werden.

Dieser Abschnitt greift relevante Aspekte der Interpretation auf und erläutert diese konkret unter Berücksichtigung bedeutungsvoller theoretischer Konzepte, welche in der Einleitung bereits Erwähnung gefunden haben. Die Reihenfolge der Teilkapitel ist im Sinne einer „(...) guten Idee (...)“ (Strübing 2018, S.46) (→ s. Kap. 5.6) angelehnt an einen idealtypischen Verlauf von Begleitung. Demzufolge wird zunächst auf die Soziale Diagnostik eingegangen, im Anschluss ein Bezug zur Relevanz einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung als Basisvariable für gelingende Zusammenarbeit herausgearbeitet sowie Anknüpfungspunkte an den integrierten Prozessbogen hergestellt. Zuletzt steht, aufgrund der Präsenz im Material, eine Verbindung zum Tripelmandat²⁹ und dem Professionsverständnis als Grundlage für die Arbeitsweise von Sozialarbeitenden im Fokus.

8.1 Soziale Diagnostik

Dieser Abschnitt dient einer weiteren Konkretisierung der Tätigkeiten von Sozialarbeitenden in der Suchtberatung. In dem Kapitel „Feldbeschreibung“ (→ s. Kap. 3) die Diagnosekriterien für das Phänomen Sucht auf einer medizinischen Ebene dargestellt. An dieser Stelle der Arbeit tritt nun die Soziale Diagnostik in den Vordergrund.

In den 1980er Jahren hatte das Diagnostizieren in der Sozialen Arbeit keinen guten Ruf. Dies hat sich in den vergangenen drei Jahrzehnten geändert und führt den Diskurs hin zu einer „neodiagnostischen Wende“ (Rüegger 2010, S.35). Es besteht bis dato kein allgemeiner Konsens über den Tätigkeitsbereich der sozialen Diagnose, so dass der Diskurs keineswegs an Aktualität verliert (vgl. ebd.). Aus diesem Grund ziehe ich neueste Erkenntnisse und

²⁸ Laut Duden wird unter einer Synthese das Verfahren bzw. die Zusammenführung elementarer Begriffe zu komplexen, höheren Begriffen verstanden (vgl. Duden, <https://www.duden.de/rechtschreibung/Synthese> [22.10.2020]). Demzufolge dienen die Definitionsbausteine der Darstellung als Grundlage für die Übersetzung in sozialarbeiterische Theorien.

²⁹ Das Tripelmandat ist nicht im Sinne von Staub-Bernasconi gemeint. Diese bezieht sich explizit auf eine Soziale Arbeit, in welcher sich das dritte Mandat sich auf den Aspekt der Menschenrechte stützt. Mit dem Tripelmandat meine ich an dieser Stelle die Grundannahme, dass Soziale Arbeit in drittes und politisches Mandat verfolgt.

Überlegungen einer Sozialen Diagnostik heran, um den Gegenstand Begleitung in einen aktuellen methodischen Rahmen zu fassen.

Soziale Diagnostik spielt in verschiedenen Handlungsfeldern und besonders auch in der Suchtberatung eine entscheidende Rolle, auch wenn sie selten so benannt wird. Als einer der Gründe können fehlende finanzielle und zeitliche Ressourcen in der Suchtberatung angebracht werden. Eine andere These beschreibt die Annahme, dass die Begriffsverwendung Diagnostik immer noch stärker der Medizin zugeschrieben wird und daher die Soziale Arbeit bzw. auch Sozialarbeitende die Zuständigkeit der sozialen Diagnostik nicht explizit erkennen (vgl. Hansjürgens 2020, S.27). Das verdeutlicht ein weiteres Mal die Rolle der Suchtberatung in ihrer Zuliefer*infunktion.

Die Soziale Diagnostik meint im Allgemeinen das Verstehen der jeweiligen Lebenssituationen der Klient*innen und eine dem konkreten Fall angemessene Intervention (vgl. Hansjürgens 2020, S.13). Somit grenzt sich die Soziale Diagnostik durch den „(...) subjektiv erfassenden und vergleichenden Charakter (...)“ (ebd., S.26) maßgeblich von der medizinischen und psychologischen Diagnostik ab.

In den vergangenen Jahren intensiviert sich der wissenschaftliche Diskurs, ebenso wurden verschiedene Methoden in Bezug auf ein konsistenteres Diagnoseverfahren in der Sozialen Arbeit im Allgemeinen und der Suchthilfe im Speziellen weiterentwickelt. Von besonderer Bedeutung ist es jedoch in einem nächsten Schritt die theoretischen Ansätze in die Praxis zu transferieren und einen attraktiven und aktiven Beitrag für beide Seiten (Theorie und Praxis) zu leisten (ebd.). Hierzu möchte diese Arbeit einen Beitrag leisten (→ s. Kap.1). Das Sichtbarmachen dessen was sich aus dem Material herauslesen lässt und mit theoretischen Bezügen der Sozialen Arbeit in Verbindung steht, kann Handlungen und Tätigkeiten von Sozialarbeitenden in der Suchtberatung klarer machen und einen Erkenntnisgewinn hervorbringen. Das allem voran, wenn Abläufe unbewusst geschehen bzw. nur in Narrativen beschrieben werden, nicht aber in Konzeptionen.

Die DG-SAS e.V.³⁰ beschreibt Begleitung als eine „Unterstützung der Klient*innen während des gesamten Prozesses der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen, auch außerhalb des Systems der Suchthilfe (...)“ (2016, S.22). Diese kurze Beschreibung von Begleitung bleibt für die Praxis jedoch recht basal und undifferenziert.

³⁰ DG-SAS e.V. = Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V.

Ein Zitat von Dällenbach bietet sich an dieser Stelle an, in der die Autorin die Relevanz der Begleitung innerhalb des Feldes der Suchthilfe beschreibt. Von der Annahme ausgehend, dass Soziale Arbeit eine Schnittstelle zwischen Gesellschaft und Individuum darstellt und an dieser agiert, dient die Soziale Diagnostik als ein elementarer Bestandteil von Begleitung. Somit kann Soziale Diagnostik als methodisches (Hand)Werk(s)zeug verstanden werden, welches die Grundlage für die Begleitung innerhalb der Suchthilfe, speziell der Suchtberatung darstellt (vgl. Dällenbach o.J., S.1).

Dällenbach beschreibt sehr treffend die Verknüpfung von Begleitung und weiterführenden Theorien, bspw. zum integrierten Prozessbogen (→ s.Kap.8.4), weshalb an dieser Stelle folgendes Zitat herangezogen wird. Hinsichtlich der Begleitung ist Soziale Diagnostik:

„(...) ein Schlüsselmoment professionellen Handelns sowie Grund- und Ausgangslage für fallspezifisch angemessene, sinnvolle und realistische Interventionen. In unserem Verständnis ist soziale Diagnostik deshalb ein methodischer Schritt innerhalb eines integrierten Prozessbogens – der professionelle Prozessbogen wird dann als integriert bezeichnet, wenn über den ganzen Unterstützungs- und Hilfeprozess hinweg alle Interventionen der involvierten Professionellen sowohl aufeinander als auch auf die spezifische bio-psycho-soziale Falldynamik abgestimmt sind.“ (Dällenbach o.J., S.1)

Mit anderen Worten ist der gesamte Unterstützungsprozess für Menschen mit einer Suchtproblematik auf diversen Ebenen zu betrachten und nicht zuletzt muss eine soziale Perspektive eingenommen werden. Das Zitat gibt zudem einen Hinweis auf die Relevanz interprofessioneller Kooperation mit Disziplinen wie Medizin und Psychologie, die in der Zusammenarbeit mit Klient*innen der Suchtberatung essentiell ist. Dieser Aspekt wird im Weiteren durch das Hinzuziehen des Prozessbogens im Verlauf der Diskussion untermauert. Die jeder Profession eigen zugeschriebenen Diagnoseverfahren fördern die Komplexität einer funktionierenden und verständlichen Interaktion. Wie bereits im Kapitel zur Beschreibung der Suchthilfe (→ s.Kap. 3) angedeutet, ist der dynamische Zusammenhang von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren, welche eine Sucht bestimmen, nicht losgelöst voneinander zu betrachten. So postuliert Obrecht: „Das Ziel der Bearbeitung des Problems wird entsprechend darin bestehen, eine Beziehung zwischen den verschiedenen professionellen oder handlungswissenschaftlichen Wissenssystemen herzustellen“ (2006, S.409). Damit ist gemeint, dass die Klinische Soziale Arbeit ihren Auftrag darin sehen könnte „(...) die Initiative für die Konzeption, den Aufbau und die Koordination eines solchen

interdisziplinären Wissens- und Interventionssystem [zu] übernehmen“ (Rüegger 2020, S.104).

Eine biopsychosoziale Falldynamik kann demzufolge als Beitrag gesehen werden, Betroffene in ihren jeweiligen Situationen angemessen zu begleiten (vgl. Dällenbach/Hollenstein 2019, S.27). Im Hinblick auf die Exploration von Hilfebedarfen ist es von Bedeutung, ein sozialdiagnostisches Verfahren zieloffen zu gestalten und die Verständigung zwischen den Akteur*innen als Grundlage zu benennen, welche weniger von den Zuschreibungen der Klassifikationen geprägt ist, sondern sich „(...) inhaltlich eher an den *subjektiv bedeutsamen Bedarfen* [Herv.i.Org.] von Klient*innen ausrichtet“ (Hansjürgens 2020, S.30). Demzufolge kann zusammenfassend

„(...) Soziale Diagnostik zunächst als Phase professionellen Handelns begriffen werden, die die Situation von Klient*innen und ihrer Umwelt sowie darin eingebettete Problemlagen und Ressourcen unter Berücksichtigung der Klient*innen- und Umweltperspektive systematisch erfasst, in spezifisches Wissen eingeordnet und zu handlungsleitenden Hypothesen in Bezug auf einen vorliegenden Einzelfall verdichtet.“ (Hansjürgens 2020, S.24)

Dieses Zitat versteht sich als eine Zusammenfassung in Anlehnung an die von Hansjürgens zusammengestellte „Checkliste“ (ebd.). Diese beruht auf dem von Heiner vertretenden Ziel ein integriertes Verfahren zu entwickeln, welches diagnostische Prozesse partizipativ anlegt und unter Berücksichtigung berufsethischer Normen einen ressourcen- und entwicklungsorientierten Blick einnimmt (vgl. 2020, S.23f.). Soziale Diagnostik wird dabei nicht als „isoliertes Element professionellen Handelns“ (Dällenbach/Hollenstein 2019, S.27) verstanden, sondern vielmehr als ein Bestandteil des von Sommerfeld et al. entwickelten integrierten Prozessbogens. Die grundlegende Forderung, Soziale Diagnostik in der Suchthilfe sowohl inhaltlich als auch administrativ zu fördern und etablieren, bleibt bestehen, um das konkrete Handeln der Sozialarbeitenden weiter zu schärfen. Diese professionell anspruchsvolle Leistung seitens der Sozialarbeitenden muss finanziell honoriert werden und Verbindlichkeit in der aktiven Ausgestaltung der Hilfeerbringung erfahren (vgl. Hansjürgens 2020, S.30).

Wie bereits in der Interpretation (→ s. Kap. 7) angedeutet, verbirgt sich hinter dem Erkennen von Bedarfen³¹ und den angemessenen Reaktionen darauf eine kognitive Leistung, welche

³¹Die Begrifflichkeiten Bedarf bzw. Bedürfnis können auf unterschiedlichen Ebenen betrachtet werden. Schmocker beschreibt nach Obrecht die (physio)biotischen, (bio)psychischen und (biopsycho)sozialen

von den Sozialarbeitenden zwar beschrieben, jedoch nicht konkret in sozialarbeiterische Konzeptionen übersetzt werden. Die Interviewten schildern in den narrativen Beschreibungen, was sie innerhalb ihrer Arbeit mit Klient*innen sehen und, dass sie darauf mit aktiven Handlungen reagieren, welche Begleitung auslösen bzw. als Begleitung (von Prozessen) verstanden werden können. Beispiele hierfür sind Spaziergänge in Krisensituationen und Unterstützung bei der Bewältigung alltäglicher Handlungen wie die Entwicklung von Post-Ablagesystemen.

Ausgehend von der Annahme, dass die Soziale Arbeit in der Suchtberatung weiterhin „nur“ eine Art Zuarbeiter*in der gesamten suchtmmedizinischen Hilfelandschaft darstellt, kann vermutet werden, dass die soziale Dimension weiterhin nicht ausreichend in den Blick genommen wird. Die Soziale Arbeit kann sich nur dann behaupten, wenn sie aus der Position sich unter die anderen Disziplinen zu stellen, hervortritt und einen Beitrag innerhalb der interprofessionellen Hilfe auf Augenhöhe liefert.

Konkret bedeutet die Soziale Diagnostik für die Begleitung folgendes: Begleitung beginnt in jenem Moment, in dem Sozialarbeitende einen Bedarf sehen, der von der allgemeinen Angebotsstruktur der Suchtberatung nicht abgedeckt wird. Auch wenn Soziale Diagnostik in den Interviews nicht genannt wird, kann davon ausgegangen werden, dass implizit Soziale Diagnostik bei Erstgesprächen sowie zu einem späteren Zeitpunkt in Form von bspw. Fallbesprechungen gemacht wird. Ohne explizit Bezug zur Diagnostik zu haben, gelingt es Sozialarbeitenden nicht, fachspezifische Bezeichnungen in Gesprächen wie Interviews einzubringen (vgl. Hansjürgens 2020, S.28).

„Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass die soziale Diagnose in mehrfacher Hinsicht einen wichtigen Beitrag zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit leisten kann, indem sie (1) die erste Phase im professionellen Problemlösungsprozess und somit Bestandteil und Ausgangspunkt der konkreten Problemlösungskompetenz der Sozialen Arbeit darstellt, (2) als Teil der professionellen Rationalität gegen innen wie aussen [sic] Prozesse der Grenzbildung stärkt und (3) die Auseinandersetzung im Anspruch auf Zuständigkeit und Autonomie unterstützt. Die soziale Diagnose und das entsprechende Wissen bilden ein zentrales Mittel der Sozialen Arbeit, um sich als vollwertige und angesehene Profession mit entsprechender Problemlösungskompetenz und Legitimation zu behaupten. Ihre Bedeutung in der

Bedürfnisse. Somit werden drei Funktionsbereiche von Bedürfnissen dargelegt. Wenn eine oder mehrere dieser Ebenen nicht befriedigt sind, spricht man von einer Bedürfnisversagung, welche für jeden Organismus in einer bestimmten Form zutrifft. Hält jedoch eine Bedürfnisversagung länger an und festigt sich, ohne dass der Bedarf gedeckt oder gestillt wird, treten Probleme in den Vordergrund, weshalb Individuen Hilfe in Anspruch nehmen müssen (vgl. Schmocker 2019, S.1). Die Soziale Arbeit agiert dann, wenn es darum geht, herauszufinden, welche „(...) strukturellen Hindernisse oder blockierenden Machtprozesse in den sozialen und gesellschaftlichen Systemen bei Einzelnen und Gruppen zu langfristiger Bedürfnisversagung führen“ (ebd., S.2). Innerhalb der Suchtberatung müssen diese Bedarfe auf den verschiedenen Ebenen durch Sozialarbeitende erkannt werden.

Wissensgesellschaft könnte unter der Herausforderung externer Leistungsansprüche sogar noch zunehmen.“ (Rüegger 2010, S.40)

In einem vorangegangenen Zitat von Hansjürgens wird von „(...) *subjektiven bedeutsamen Bedarfen* [Herv.i.Orig.] (...)“ (2020, S.30) gesprochen. Diese sind von besonderer Bedeutung für die Arbeit mit Klient*innen, stehen jedoch in einem direkten Widerspruch mit den objektivierten Bedarfen von denen die Versorgungsstruktur ausgeht. Diese setzt objektive Bedarfe voraus, die sich in der Praxis so nicht finden lassen, denn Problemlagen und Bedarfe sind immer subjektiv. Die Leistung der Sozialarbeitenden besteht darin, in einem transformativen Prozess die subjektiven Bedarfe zu objektivieren. Hinsichtlich des Erkennens der Bedarfe der Klient*innen lassen sich die Ausführungen dieses Kapitels mit dem erarbeiteten Definitionsbaustein 3 in Verbindung setzen (→ s. Kap. 6.3).

8.2 Implizites Beziehungswissen

In Verbindung mit der sozialen Diagnostik wird auch das implizite Beziehungswissen angeführt. Dies ist ein aus der Psychologie stammendes Konzept, angelehnt an das implizite Wissen nach Polanyi (1985). Es kann als eine „(...) Art und Weise, wie wir uns im Zusammensein mit Anderen verhalten (...)“ (Streeck 2013, S.144), verstanden werden. Das implizite Beziehungswissen ist nicht auf sprachliche Beschreibungen zurückzuführen, sondern äußert sich vorrangig im Vollzug von Handlungsabläufen (vgl. ebd.).

Die Beschreibungen von Streeck beziehen sich vordergründig auf die Beziehung zwischen Patient*innen und Psychotherapeut*innen, da das Konzept der psychologischen Disziplin entspringt. Dies lässt sich allerdings ebenso gut auch auf die Soziale Arbeit und das Zusammenspiel von Klient*innen und Berater*innen übertragen. Die Komplexität in der Zusammenarbeit mit Menschen und das implizite Beziehungswissen als eine Kunstform zwischenmenschlicher Interaktion wird hier ein weiteres Mal verdeutlicht. Streeck betont, dass Psychotherapeut*innen nicht gleich auf alle Patient*innen reagieren können. Das Verhalten muss je nachdem wer das Gegenüber ist, angepasst werden. Zur Verdeutlichung dient folgendes Zitat von Arnold. Implizites Beziehungswissen umfasst die Fähigkeit:

„(...) Intentionen anderer Personen anhand ihres sprachlichen und nichtsprachlichen Handelns zu „lesen“, sich mit der anderen Person fortlaufend abzustimmen, unvermeidliche Diskontinuitäten zu überbrücken und Brüche zu reparieren sowie in der Bewegung auf ein gemeinsames Ziel fortlaufend zu improvisieren.“ (2020, S.195)

Dies beschreibt das Beispiel von Herrn Jahn, in welchem er aus der Situation heraus, ohne explizite Erläuterungen seitens seines Gegenübers gehandelt hat und seinem Gespür nachgegangen ist, was jetzt in dieser konkreten Situation angebracht sein könnte. Herr Jahn hat sozusagen die Bedürfnisse seines Klienten „gelesen“. Im Zusammenhang mit implizitem Beziehungswissen steht die Annahme, dass die Abläufe sozialer Interaktion intrinsisch sind und es in der Regel nur gelingt eine Beschreibung der Situation zu geben *was* passiert, nicht aber *wie* wir uns in dieser verhalten haben. So kann nochmals Herr Jahn hinzugezogen werden, welcher konkret beschreibt, dass er mit seinem Klienten spazieren ging, Gesprächsangebote gemacht hat und auf den Moment der Stabilisierung der Situation hinarbeitete. Auf der was-Ebene gibt er den Ablauf und seine Handlungsweisen wieder. Die wie-Ebene, entsprechend einer Einordnung in eine Konzeption oder konkrete Handlungsmethode, wird in der Form nicht deutlich. Eine zweite Beschreibung von Herrn Dettendorf, welcher die Unterlagen des Klienten bei sich im Büro aufbewahrte, weil dieser keinen gesicherten Ort dafür hatte, verdeutlicht diesen Ablauf. Die Beschreibung wird im Interview deutlich, die Verbindung zur Begleitung wird vom Interviewten selbst jedoch nicht hergestellt.

Zur Konkretisierung von implizitem und explizitem Wissen, bzw. um eine klarere Trennung zwischen diesen Begrifflichkeiten zu bekommen, bietet sich ein bekanntes Beispiel an – das Fahrrad fahren. Implizites Wissen äußert sich bspw. beim gelingenden Fahrrad fahren. Wer das Gleichgewicht halten kann, ist kein*e Expert*in komplexer physikalischer Gesetzmäßigkeiten. Vielmehr verfügt der*die Radfahrer*in über eine praktische Fähigkeit darin *wie* man Fahrrad fährt. Das bedeutet, dass sich implizites, in aller Regel erfahrungsabhängiges, (Experten*innen-)Wissen auf der wie-Ebene darstellt. Explizites Wissen hingegen bezieht sich auf das sprach- und kommunikationsfähige Wissen und steht somit in direktem Gegensatz zum impliziten Wissen. Polanyi konstatiert zum impliziten Wissen treffend folgenden Satz: „Wir wissen mehr, als wir zu sagen vermögen“ (Polanyi 1985, S. 14). So bezieht sich das implizite Beziehungswissen auch auf die Soziale Diagnostik, wenn Sozialarbeitende von Klient*innen innerhalb kurzer Zeit ein Gefühl davon haben, welche Problemlagen vordergründiger sein könnten als andere. Oder ein Gespür dafür entsteht, wie die weitere Zusammenarbeit gestaltet werden könnte. Es ist in der Regel nicht möglich ausdrücklich zu beschreiben, worauf man sich konkret stützt und was man macht, obwohl es auch Soziale Diagnostik genannt bzw. die Verbindung zur Begleitung von Prozessen hergestellt werden könnte. Dieser Tatsache lässt noch einmal deutlich werden, dass implizites Beziehungswissen in hohem Maße erfahrungsabhängig ist (vgl. Streck 2013,

S.143) und zudem nicht bewusst ist. Wie das Gegenüber das Verhalten verstanden hat, zeigt sich in der darauffolgenden, direkten Reaktion, die darauf folgt.

Streeck schreibt, dass Menschen über Beziehungswissen verfügen, welches nicht als kognitives Wissen angesehen werden kann, sondern vielmehr mit „embodied knowledge“ (ebd.) gleichgesetzt wird. Das bedeutet, Beziehungswissen ist nicht an Sprache und Symbole gebunden, sondern stellt eine Art Handlungswissen dar, das sich in Affekt und Handlung äußert (vgl. ebd.). Übertragen auf die Interpretation der vorliegenden Arbeit zeigt sich das Beziehungswissen in Aussagen von Frau Weidmann, die ein Gefühl dafür beschreibt, ob das Fernbleiben von Klient*innen als kritisch eingestuft werden sollte oder nicht. Oder Herr Jahn, welcher in einer Krisensituation direkt weiß – ohne dass der Klient es aussprechen muss – dass dieser genau in dieser Situation jemanden zum Reden braucht. Auch Herr Dettendorf signalisiert die unausgesprochene Abmachung, die Unterlagen des Klienten zu sich zu nehmen, weil dieser sonst keinen anderen Ort dafür hätte. Diese impliziten Gefühle machen das Beziehungswissen aus, aber zugleich auch zu einer sehr feinfühligem Angelegenheit für die praktische Arbeit. In der Interpretation wurde bereits herausgearbeitet, dass die praktische Arbeit von viel Feingefühl und Geduld geprägt ist. Das beschriebene Konzept, das implizite Beziehungswissen, rahmt die Begrifflichkeit Begleitung und verstärkt ihr Auftreten. Denn ohne die ausgeprägte Aufmerksamkeit auf die Bedarfe und Anliegen der Klient*innen und das implizite Beziehungswissen, welches sich in intuitiven Handlungen äußert, kann Begleitung nicht ent- und bestehen.

Ständiges Verhandeln über das Ziel der Zusammenarbeit und Herauslesen dessen, in welche Richtung die Dyade Klient*in-Fachkraft sich bewegt, ist eine nicht zu unterschätzende und doch zu wenig geschätzte Kompetenz Sozialarbeitender. Deckungsgleich mit den Annahmen von Arnold (2020, S.202f.) zeigt sich auch in meinem Material, dass die Interviewten keine expliziten Interventionsformen (mit Ausnahme der Krisenintervention) nannten, obgleich die Interviewpartner*innen auch von Fort- und Weiterbildungen sprachen. Unter Berücksichtigung des beschriebenen impliziten Beziehungswissens scheint dies erklärbar. Anhand der ausführlichen Erläuterungen in fast jedem Interview hinsichtlich des Erkennens von Bedarfen und angemessenen Reagierens, lässt sich zweifelsfrei eine Form sozialer Diagnostik erkennen, welche von den Fachkräften nicht explizit benannt wird. Ebenso wenig wird die Begleitung als eine Gestaltungs- bzw. Interventionsform artikuliert. Arnold formuliert allerdings, dass sich dieses Phänomen, welches er als „Schweigen der Köpfer“ (2020, S.196) bezeichnet, auch in anderen Berufsfeldern zeige und somit „(...) weder als ein

individuelles Versagen der konkreten Person, noch als ein wie auch immer herleitbares Versagen ihres Berufsstandes zu interpretieren“ (ebd., S.197) ist. Das implizite Beziehungswissen bietet eine Möglichkeit nicht artikulierbare Prozesse in einem größeren Zusammenhang zu sehen. So gelingt es auch Prozesse der Begleitung, die in Narrationen beschrieben werden, in einen Kontext zu setzen, der den Prozess an sich verständlicher und greifbarer macht und nur noch eine konkrete Bezeichnung braucht, in diesem Fall die Begleitung.

Abschließend und überleitend zu dem folgenden Abschnitt lässt sich festhalten, dass im aktuellen Diskurs debattiert wird, „(...) dass *auch* [Herv.i.Orig.] die Diagnostik und *nicht erst* [Herv.i.Orig.] die Intervention im Zusammenhang mit der Entstehung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung steht“ (Hansjürgens 2020, S.30). So komme auch ich innerhalb meiner Forschung zu dem Ergebnis, dass die vertrauensvolle Arbeitsbeziehung eine relevante Rolle innerhalb von Begleitungsprozessen darstellt.

8.3 Vertrauensvolle Arbeitsbeziehung als Basisvariable nach Hansjürgens

Die vertrauensvolle Arbeitsbeziehung bleibt (allem vorangestellt und) als ein Kernelement kooperativer Zusammenarbeit zwischen Klient*innen und Sozialarbeitenden bestehen. Ohne diese Komponente, als Basis für einen gelingenden Unterstützungsprozess, ist Begleitung nicht möglich. Das Begriffspaar „vertrauensvolle und misstrauische Arbeitsbeziehung“ wurde von Hansjürgens (2018) empirisch bestimmt. Ihre Forschung beruht auf einer Analyse von Erstgesprächen innerhalb der Suchtberatung und ist angelehnt an das Konzept des Arbeitsbündnisses nach Oevermann (1996).

Für die Entwicklung einer tragfähigen bzw. vertrauensvollen Arbeitsbeziehung ist es hoch relevant, dass Sozialarbeitende feinfühlig auf die Äußerungen der Klient*innen eingehen, um so nachspüren zu können, was deren Anliegen sind. Das wird im vorangegangenen Kapitel anhand des impliziten Beziehungswissens ausgeführt. Dies wird als eine wichtige Leistung hervorgehoben und bedarf einer intensiven Verständigung untereinander (vgl. Hansjürgens 2019, S.35). Ob diese Verständigung auf einer verbalen Ebene stattfindet oder wie im vorangegangenen Abschnitt auch teilweise auf einer nicht-sprachlichen Ebene wie dem impliziten Beziehungswissen, ist an dieser Stelle nicht abschließend geklärt. Bedeutend ist zudem, dass der Verständigungsprozess als solcher angesehen wird, ohne Klient*innen vorschnell das Gefühl einer „(...) objektivierenden Einordnung in ein Diagnoseschema (...)“

(ebd.) zu vermitteln. Die Würdigung der individuellen Problemkonstruktionen der Klient*innen ist ein relevantes Element für das tatsächliche Entstehen einer Arbeitsbeziehung. So besteht die Möglichkeit von Zuversicht und dem Auflösen bzw. zumindest Lindern von Ambivalenzen. Im Zuge des Verständigungsprozesses der Klient*in-Fachkraft-Dyade kommt es zu einer tragfähigen Arbeitsbeziehung, wenn „(...) subjektiv empfundene Reaktionen auf die Äußerungen des jeweils anderen (...)“ (Hansjürgens 2019, S.35) im Hinblick auf das vorgetragene Anliegen und einer konkreten Aussicht auf Hilfe als positiv bewertet wurden.

Im Gegensatz zur vertrauensvollen Arbeitsbeziehung steht die misstrauische Arbeitsbeziehung, welche sich bspw. in einer nicht authentischen Verständigung äußern kann. Diese Form von Arbeitsbeziehung stabilisiert sich eher, wenn innerhalb des Gesprächs hervorgeht, dass das Anliegen des*r Klient*in einer Einordnung in ein Diagnoseschema untergeordnet wird bzw. wenn Klient*innen nicht die Kapazitäten bzw. Ressourcen haben sich auf die Strukturvorgaben der Beratungsstelle einlassen zu können oder zu wollen (vgl. ebd.).

Peters beschreibt als Bedingung für eine gelingende Beziehungsarbeit den „sozialpädagogischen Zugang“ (2014, S.77). Dieser ermöglicht Sozialarbeitenden Klient*innen „(...) auf ihrem Weg prozesshaft und beratend zu begleiten (...)“ (ebd.). Diese Form sozialarbeiterischen Handelns ist im Allgemeinen und speziell für die Suchtberatung professionskennzeichnend und somit von großer Bedeutung. Der Aufbau einer guten Arbeitsbeziehung, in welcher eine Verständigung stattfindet, die beide Akteure*innen als positiv bewerten, ist essentiell. Die Entwicklung von Zuversicht und Vertrauen seitens der Klient*innen ist notwendig, um letztlich die Veränderungsbereitschaft für eine weitere zieloffene Beratung zu stärken, sie ist wegbereitend für eine längerfristige Begleitung in der Suchtberatung. Eine Verbindung kann zudem zum integrierten Prozessbogen nach Sommerfeld et al. (→ s.Kap.8.4) hergestellt werden. Aus einer sozialarbeitstheoretischen Perspektive ermöglicht dieser längerfristige Begleitungsprozesse, für die die vertrauensvolle Arbeitsbeziehung grundlegend ist (vgl. Hansjürgens 2019, S.35). Würde eine misstrauische Arbeitsbeziehung innerhalb der ersten Gespräche entstehen, käme es nicht zu einem längerfristigen Beratungsprozess, in welchem die Bedarfe nicht gesehen und somit keine Begleitungen entstehen würden.

Anhand der Aussagen der Interviewten lassen sich das Bewusstsein sowie die Bedeutung von Beziehungsarbeit herauslesen, wodurch dieses Kapitel seine Legitimierung findet. Wie im vorherigen Kapitel wird Soziale Diagnostik auch im Zusammenhang des Entstehens einer

vertrauensvollen Arbeitsbeziehung nicht als solche benannt. Es lässt sich jedoch an den Interviews ablesen, dass die Interviewten Beziehungsarbeit leisten, um so die Klient*innen in der Beratung zu halten, bzw. die Erfahrung gemacht haben, dass wenn sie eine Beziehung zu den Betroffenen herstellen konnten, diese längerfristig präsent in der Beratung sind. Das lässt sich anhand des Beispiels von Herrn Dettendorf aufzeigen, welcher durch eine enge Zusammenarbeit und Gespräche thematisch auch über den Suchtmittelkonsum hinaus, es geschafft hat eine vertrauensvolle Basis aufzubauen, sodass es in diesem speziellen Fall dazu kam, dass der Klient seine wichtigsten Unterlagen bei ihm lagern wollte. Herr Jahn bspw. benennt als einziger tatsächlich, dass er bei Klient*innen „(...) viel über die Beziehungsebene (...)“ (T6 Z.167) geht. Das gelingt Herrn Jahn bei jugendlichen Klient*innen besonders gut durch Gespräche, die nicht direkt mit dem Konsum zu tun haben. Er beschreibt den Prozess, wie er einen Zugang zu den Jugendlichen finden kann folgendermaßen:

„Häufig ist es so, dass ich mit den Leuten erstmal über die Jugendkultur spreche, über Filme, Serien und so weiter. Was hörst du so für Musik, was machst du so gerne? Ah ok, du hörst HipHop, die ganzen Drogen die da besungen und berappt werden, kennst du dich damit aus und klapper immer so bisschen ab, wo finde ich einen Zugang.“ (T6 Z.51-54)

Dieses Zitat verdeutlicht meines Erachtens klar, wie Peters den „sozialpädagogischen Zugang“ (2014, S.77) meint. Das Herantasten an die Klient*innen, das Suchen von Verbindungen, sodass sie sich wahrgenommen und gesehen fühlen, sind wichtige Schritte in Richtung einer funktionierenden Arbeitsbeziehung. Sie werden somit zu einem Grundstein für die Begleitung von Prozessen in der Beratung. Diese Basis ist definitiv bedeutungsvoll, das heißt allerdings nicht, dass sie ohne weiteres Klient*innen derart stabilisiert, um langfristige Veränderungen halten zu können. So beschreibt Frau Weidmann, dass sie innere Anspannungen spürt, wenn „[sie] Menschen über einen langen Prozess vertrauensvoll an die Beratung gebunden [hat], dann weitervermittelt [hat] und dann hat’s nicht geklappt“ (T5 Z.311-312). An dieser Stelle zweierlei Gedanken: Zum einen erwähnt sie den Prozess, Menschen vertrauensvoll an sich zu binden, was ein Indiz dafür ist, dass auch in ihrem Verständnis bzw. praktischer Arbeit Beziehungsaufbau relevant ist. Zum anderen jedoch spiegelt dieses Zitat das Dilemma von Beratungswechsel oder Weitervermittlungen wider. Berater*innenwechsel können zu einem Abbruch beitragen, weil die gerade aufgebaute vertrauensvolle Arbeitsbeziehung wieder unterbrochen wird. Als einen letzten Beleg für die Relevanz und Aussagekraft von Beziehungsarbeit möchte ich Herrn Eberhardt anführen, welcher sich explizit dafür ausspricht, dass wenn die „(...) Arbeitsbeziehung stabil ist, dann

kann man auch mal als Intervention (...)“ (T1 Z.394) je nach Kontext Stringenz in Beratungsprozesse bringen und, wie in seinem Beispiel angeführt, Pünktlichkeit einfordern.

Zusammenfassend wird deutlich, dass „(...) Fachkräfte der Sozialen Arbeit in Suchtberatungsstellen [...] durch ihr implizites Beziehungswissen und explizites Handeln dazu bei[tragen], dass [sich] bei Klient*innen, die im suchtmmedizinischen Kontext als «schwierig» gelten, eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung stabilisieren kann“ (Hansjürgens 2019, S.36). Das Zitat verdeutlicht die dynamischen Zusammenhänge zwischen den einzelnen von mir angeführten Konzepten. Das implizite Beziehungswissen steht in direkter Kohärenz zum Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung. Diese wiederum ist eine der bedeutenden Faktoren, welche auf das Phänomen der Begleitung von Prozessen einwirken und somit relevant für die Arbeit. Das Kapitel hat daher eine besondere Erklärkraft im Hinblick auf die Basis von Begleitung und steht in Zusammenhang mit dem von mir herausgearbeiteten Definitionsbaustein 4.

8.4 Prozessbogen nach Sommerfeld et al.

Der Prozessbogen ist ein Kernbegriff, welcher sich im Zuge der Veröffentlichung der Theorie „Integration und Lebensführung“³² (Sommerfeld et al. 2011, Buchtitel) etablierte. Er soll im Folgenden konkreter erläutert werden. Hier sei angemerkt, dass die Theorie in sich komplex und umfassend ist und für diese Arbeit nur eine stark verdichtete Darstellung eines Teilaspekts der Theorie darlegt werden kann – den integrierten Prozessbogen.

Der Prozessbogen kann als Interventionsform verstanden werden, deren übergeordnetes Ziel es ist „(...) Wissen in Hinblick auf Handeln zu systematisieren, weil dies der Zweck und die strukturierende Idee einer Handlungswissenschaft ist“ (Sommerfeld et al. 2011, S.347).

Der Prozessbogen, auch integrierter Prozessbogen genannt, bezieht sich auf die Hilfesysteme und den Gestaltungsanspruch, der von professioneller Hilfe ausgeht (vgl. Sommerfeld et.al

³² „Integration und Lebensführung“ bedient sich als Bezugstheorie an der Synergetik (=Lehre vom Zusammenwirken), dem Prinzip der Selbstorganisation nach Haken/Schiepek. Die Synergetik ist eine interdisziplinäre Forschungsrichtung, welche für das Verstehen von Selbstorganisationsprozessen entwickelt wurde. In Bezug auf die Soziale Arbeit gibt diese Metatheorie den Anstoß dazu, die menschliche Lebensführung in ihrer Komplexität anzuerkennen, zu verstehen und angemessen auf den Fall zu reagieren. Aufgrund der Individualität der Lebensführungen entsteht die gesamte Komplexität, welche sich in einem dynamischen Ineinandergreifen verschiedener Systemebenen äußert (vgl. Sommerfeld et al. 2011, S.63). Die Synergetik selbst hat sich zum Ziel gemacht interdisziplinäre Gemeinsamkeiten in Gesetzmäßigkeiten zu suchen. Das verdeutlicht bereits die Zusammenarbeit zwischen Haken (Mathematiker und Physiker) und Schiepek (Psychologe) (vgl. Haken/Schiepek 2007, S.1f.). Das Prinzip der Selbstorganisation lässt sich auch auf andere Disziplinen übertragen lässt, wie bspw. die Soziale Arbeit.

2011, S.310). Grundsätzlich ist mit dem Begriff ein Handlungs- und Interventionsplan gemeint, der im Allgemeinen dem „Verlaufskurvenplan“ von Strauss et al. (Corbin/Strauss 2004, S.51) ähnelt und sich auf den Übergang von Klient*innen aus einer stationären Behandlung bezieht. Der Prozessbogen allerdings nimmt zusätzlich die Problemgenese in den Blick und „(...) somit die in der Entwicklungsgeschichte angelegte Musterbildung, die dem kritischen Ereignis, der akuten psychosozialen Problemdynamik und somit der Verlaufskurve vorausgeht“ (ebd.). Mithilfe eines professionellen Prozessbogens sollte es daher möglich sein in Zusammenarbeit mit den Klient*innen eine Unterstützungsleistung zu entwickeln, die an den konkreten, individuellen Fall angepasst ist. Darin eingeschlossen wird zudem das Reflektieren der Re-Integrationsprozesse³³ sowie die Modifizierung des Hilfeplans und somit auch der konkreten Unterstützungsleistung (vgl. Sommerfeld 2011, S.311).

Sommerfeld et al. haben sich in Bezug auf den Prozessbogen auf die Handlungsfelder in der Justizvollzugsanstalt, der Psychiatrie und bspw. der Arbeit im Frauenhaus bezogen. Je nach Handlungsfeld müssen der Prozessbogen bzw. die darin angewandten Interventionen angepasst werden. Elementares Ziel ist es, nach einer gewissen Zeit Ruhe in Phasen der kritischen Instabilität zu erreichen (vgl. Sommerfeld et al. 2011, S.314). In Zusammenarbeit mit den Klient*innen wird der Prozessbogen entwickelt, der durch den Hilfeplan gestützt wird – das ist wesentlicher Bestandteil einer professionellen Begleitung und lässt sich auch auf das Handlungsfeld der Suchtberatung übertragen. Die Beschreibungen der Autor*innen beziehen sich auf den Zeitpunkt nach einer stationären Therapie und die Einbindung in Re-Integrationsprozesse. Begleitung in der Suchtberatung hingegen kann als ein Gestaltungsprinzip innerhalb eines Prozessbogens verstanden werden. Die zeitliche Perspektive bezieht sich dann auf die Phase vor der stationären Behandlung – im Rahmen der Vermittlung etc. stellt es ein Unterstützungsinstrument für Klient*innen dar, um die kritische Instabilität zu verringern. Ziel ist es mit Hilfe des Prozessbogens, eine Ausgangslage zu schaffen, in der „(...) eine nachhaltige Musterveränderung auf Seiten des Individuums (...)“ ermöglicht wird (Sommerfeld et al. 2011, S.314).

Der Prozessbogen bezieht sich auf den gesamten Prozess einer Hilfeebringung, d.h. er beginnt mit dem ersten Kontakt und endet bei einer erfolgten „Resozialisierung“ bzw. Beendigung aus anderweitigen Gründen. Methodisch wird unter anderem in die

³³ Die Theorie von Sommerfeld et al. bezieht sich auf Re-Integrationsprozesse, welche den Übergang von einer stationären Einrichtung/Behandlungsphase zurück in das Alltagsleben beschreibt (vgl. Sommerfeld et al. 2011, S. 309). Dies kann in Bezug auf das Phänomen Begleitung nur bedingt so genannt werden. Die Nachsorge stellt ein ähnliches Setting in der Suchtberatung dar. In der Beratung selbst, worauf sich diese Arbeit bezieht, kann nur im weitesten Sinne von einem Re-Integrationsprozess gesprochen werden.

Vergangenheit zurück gegriffen, um „(...) das Lebensführungssystem in seinem Geworden-Sein zu erfassen und andererseits in die Zukunft vor, was aus energetischen Gründen zentral ist“ (Sommerfeld et al. 2011, S.335). Es ist von besonderer Bedeutung diese gesamte Zeitspanne in den Blick zu nehmen, um so eine angemessene Hilfeplanung gestalten zu können. Diese Ausführungen betrachten den Prozessbogen als eine prozessbezogene Intervention. Diese umfasst „(...) die Zeitkomponente und die damit verbundene Verlaufskurve, um die dynamische und zeitliche Komplexität des Falles – und damit verbunden seine günstigen Bedingungen der Selbstorganisationsprozesse innerhalb des Re-Integrationsprozesses – im Blick zu haben“ (Rüegger 2011, S.108). Die in der Interpretation erwähnten anderen Ebenen – personen- und system- Interventionen beziehen sich hingegen auf die Verhältniskomponente (ebd.). Um in den Worten von Rüegger zu sprechen, entwarfen Sommerfeld et al. das Konstrukt des integrierten Prozessbogen, um für die Re-Integrationsprozesse eine koordinierte und synchronisierte professionelle Hilfeleistung der beteiligten Professionen zu konzipieren (vgl. Rüegger 2011, S.110). Konkret handelt es sich um „(...) das Schaffen von günstigen Bedingungen für Selbstorganisationsprozesse (...)“ (ebd.), was auf das Phänomen Begleitung übertragen werden kann. In dem Sinne, dass Begleitung als Instrument für das Schaffen günstiger Bedingungen dienen soll.

Es werden von den Autor*innen Sommerfeld et al. drei Komponenten definiert, welche für die Unterstützungsleistung für Klient*innen (von Re-Integrationsprozessen) unerlässlich erscheinen. Diese müssen natürlich aus dem Kontext der Suchthilfe und den expliziten (handlungs-)feldspezifischen Problemdynamiken, übertragen werden. Hierbei lässt sich eine Verbindung zwischen den drei Komponenten zu Ergebnissen meiner Arbeit herstellen. Zunächst werden die drei Faktoren vorgestellt und nachstehend die Schnittstellen aufgezeigt.

Die erste Komponente meint das Verstehen der Lebensführungssysteme³⁴ und inwieweit diese vor dem Auftreten der krisenhaften Ausgangssituation, welche Sommerfeld et al. als negative Eskalation bezeichnet, ausgestaltet waren. Diese Komponente wird als eine Grundlage für die weitere Arbeit, das meint die Strukturierung und Intervention, in Hinblick auf eine Veränderung des Lebensführungssystems, gesehen. Eine Veränderung ist nicht zu jedem Zeitpunkt möglich. Der „richtige Zeitpunkt“ ist erst dann opportun, wenn ein System, also der*die Klient*in in seiner*ihrer Dynamik instabil wird bzw. ist. Sommerfeld et al.

³⁴ Dies ist ein zentraler analytischer Begriff von „Integration und Lebensführung“ und beschreibt unmittelbar den Gegenstand der Sozialen Arbeit. So werden nach Sommerfeld et al. die Individuen in Lebensführungssystemen als Akteur*innen gedacht, die in konkrete Systeme integriert sind. Relevante Systeme sind bswp. Familie, Beschäftigung, Hilfesysteme, Soziale Systeme und/oder Schattenwelten. Als eine Schattenwelt kann zum Beispiel die Drogenszene verstanden werden (vgl. 2011, S.287f.).

verdeutlichen, dass die „(...) Phasen kritischer Instabilität grundsätzlich krisenhaft in dem doppelten Sinne [sind], dass sie Belastungen und Gefahren mit sich bringen, die in eine negative Eskalation münden können, dass die aber auch die Möglichkeit der Veränderung im Sinne einer positiven Eskalation beinhalten“ (2011, S.338).

Das Entwickeln einer tragfähigen Zukunftsvision zählt zu der zweiten Komponente und meint den aufwändigen Prozess eine (Muster-)Veränderung eines Systems zu bewirken. Angelehnt an das „Prinzip der Selbstorganisation“ ist ein „Attraktor“ (ebd.) notwendig, der die Veränderung motiviert und strukturiert und so richtungsweisend und energiegebend wirkt. Dafür muss das Lebensführungssystem aus der Dynamik der Ausgangslage heraustreten. Für die Realisierung dessen braucht es Alternativen, welche attraktiv genug sind, um diesen Weg zu bestreiten (vgl. Sommerfeld et al. 2011, S.337).

Die dritte und letzte Komponente umfasst Bedingungen, die es dem Lebensführungssystem ermöglichen, eine stabile, neue Form innerhalb des Musterveränderungsprozesses anzunehmen. Rüeegger verdeutlicht, dass entstehende Krisen in einer direkten Verbindung zu der Integration eines Lebensführungssystems in ihre*seine jeweiligen Systeme stehen. Somit sind Stabilisierungsbedingungen notwendig, die als Faktoren für einen gelingenden Gesundungsprozess von Bedeutung sind. Zu relevanten Stabilisierungsbedingungen zählt Rüeegger bspw. materielle Sicherheit und das professionelle Arbeitsbündnis (vgl. 2020, S.39), welches in Verbindung mit der Arbeitsbeziehung steht. Dabei ist es nicht notwendig, dass alle Bedingungen gleichermaßen erfüllt sind. Von Bedeutung sind vielmehr die „Erfahrungsräume“ (Sommerfeld et al. 2011, S337), die es dem Lebensführungssystem ermöglichen, die neuen Muster zu leben und in Form von Alltagsroutinen zu etablieren. Die Soziale Arbeit kann hier durch Begleitung die Gestaltung und Stabilisierung dieser Erfahrungsräume mit neuen Mustern unterstützen bzw. inszenieren und dadurch eine positive Eskalation bewirken (ebd.). Zusammenfassend legt der professionelle Prozessbogen den Schwerpunkt auf die Begleitung und Umsetzung der unter Berücksichtigung der zuvor beschriebenen Komponenten mit den Klient*innen erarbeiteten Zukunftsvisionen. Die Erfahrungen, die die Klient*innen mit den neuen Mustern machen, sollten schließlich als „(...) selbstwirksam kodiert werden können (...)“ (ebd., S.339).

Die beschriebenen Phasen des Prozessbogens (Verstehen des Lebensführungssystems, Entwickeln einer tragfähigen Zukunftsvision und Schaffen von Erfahrungsräumen) werden im weitesten Sinne mit drei wichtigen Phasen von Begleitung zusammengebracht. Diese können subsumiert werden als: (a) Krisenintervention und/oder Bewältigung von Alltagsaufgaben, (b)

Stabilisierung des Lebensführungssystem (im Sinne von Integration und Lebensführung) bzw. Aufrechterhaltung der Veränderungsmotivation und (c) Finden bzw. Herausarbeiten individueller Problemlösungen. Die von mir benannten Phasen der Begleitung³⁵ beziehen sich auf einen Prozess: Klient*innen kommen in Phasen kritischer Instabilität in die Beratung. Womöglich hat eine negative Eskalation stattgefunden, die das Lebensführungssystem veranlasst hat eine Beratung aufzusuchen, um dem Trieb oder Wunsch einer Veränderung nachzugehen. Innerhalb der Beratung wird das Lebensführungssystem in seinem Geworden-Sein verstanden und Krisenintervention dient als eine Herangehensweise den Status der Krise zu verringern. Im Zuge dessen beginnt die Phase der Stabilisierung des*r Klient*in. Das bedeutet, dass über das Aufbauen einer Arbeitsbeziehung und Arbeiten mit den Ambivalenzen des Gegenübers wird Ruhe in die vorangegangene kritische Phase gebracht, was der Beginn eines gemeinsamen Begleitungsprozesses sein kann. Die letzte Phase des Prozesses – das Entwickeln einer tragfähigen Zukunftsvision – kann meines Erachtens gleichgesetzt werden mit dem Finden individueller Problemlösungen, wie ich es herausarbeiten konnte. In dieser Phase wird deutlich, dass eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung die Basis ist, um im Weiteren an Möglichkeiten für Folgeschritte zu arbeiten. Grundsätzlich versteht der Prozessbogen die Krise als Chance. Sommerfeld et al. postulierten, dass die kritische Instabilität, welche ein Lebensführungssystem in die Suchtberatung bewegt, in „(...) doppeltem Sinne krisenhaft (...)“ (Sommerfeld et al. 2011, S.338) ist, da auch die Möglichkeit einer positiven Eskalation bestünde.

Begleitung ist also eine Interventionsform, die eine Reaktion auf Gegebenheiten darstellt, in denen Bedarfe nicht angemessen vom Auftrag abgedeckt werden. Die darauf folgende Zusammenarbeit mit anderen Akteur*innen des Hilfesystems, um einen angemessenen Behandlungsprozess zu gestalten, ist ein weiterer Faktor, welcher maßgeblich mit dem Phänomen Begleitung und dem integrierten Prozessbogen zusammenhängt. *Integriert* meint in diesem Zusammenhang die Gestaltung eines Behandlungsprozesses mit seinen verschiedenen Stationen vom Erstkontakt in einer Suchtberatungsstelle bis zur Re-Integration in das Alltagsleben. Auf der Ebene der Hilfestrukturen ist es wichtig ein weiteres Mal für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu plädieren, wie im vorangestellten Kapitel Soziale Diagnostik (→ s. Kap. 8.1) ausgeführt. Dies kann grundlegend die Sicht auf die Suchtberatung als Zuliefer*in verändern und ein Zusammenarbeiten auf Augenhöhe gewährleisten, in dem

³⁵ Diese folgen nicht zwangsläufig aufeinander. Das Konstrukt dieser von mir benannten Phasen ergab sich im Zuge der Synthese. Es lassen sich Ähnlichkeiten zu den Phasen des Prozessbogens herstellen, dennoch weist der Prozessbogen auch Limitierungen in der Übertragbarkeit auf das Phänomen Begleitung auf bzw. stellt Begleitung nur einen Teilaspekt des Prozessbogens dar.

die Hierarchisierung der Hilfeangebote abgebaut bzw. geschwächt wird. Die Schnittstellen von Begleitung und Prozessbogen sind auf zwei Ebenen verortet. Zum einen auf der Ebene der Intervention und zum anderen auf der der Hilfestrukturen, speziell der interprofessionellen Zusammenarbeit. Aufgrund der empirischen Ergebnisse sehe ich die Begleitung als (eine Art) Übergang(-sphase) von einer Hilfe in die nächste. Um diesen Prozess zu stärken ist der Sozialen Arbeit in der Suchtberatung eine größere Bedeutung zu zuschreiben. Ich begründe dies wie folgt: Begleitung ist eine wichtige sozialarbeiterische Tätigkeit, welche bislang wenig Beachtung findet und längst noch nicht im Versorgungsauftrag explizit festgehalten, geschweige denn finanziell honoriert wird.

Ein letzter wichtiger Punkt ist, dass der Prozessbogen einen Rahmen bietet, in dem Begleitung verortet werden kann. Das muss in einer angepassten Form geschehen, da der Prozessbogen selbst auch bedingt auf das Phänomen Begleitung der vorliegenden Arbeit übertragbar ist. Zum einen, weil die Theorie „Integration und Lebensführung“ grundsätzlich eine Nutzer*innenforschung (vgl. Sommerfeld et al. 2011, S.324) darstellt und meine Forschungsarbeit den Fokus auf die Fachkräfte legt. Erst in einem zweiten Schritt kann der Blick darauf gerichtet werden, welche Effekte die Ressource Suchtberatung für Klient*innen mit sich bringt. Zum anderen bleibt ein konkreter methodischer Rahmen offen, in welchem sich Begleitung am ehesten fassen ließe. Das hat aus meiner Sicht folgenden Hintergrund: Das Phänomen Begleitung hat sich im Zuge der Auswertung und weiteren Analyse der Ergebnisse als derart komplex erwiesen, dass eine direkte Handlungsanweisung bzw. ein handlungsmethodisches Vorgehen wie in Fall x und Situation y reagiert werden kann, kaum möglich ist. Das liegt vorrangig daran, dass jeder Bedarf der Klient*innen individuell und subjektiv ist und zugleich Sozialarbeiter*innen eine jeweils eigene Art haben auf Dinge zu reagieren und somit ebenfalls ein individualisiertes Verhalten Klient*innen gegenüber zeigen. Zudem treten verschiedene strukturelle Schwierigkeiten immer wieder in den Vordergrund, welche Abläufe in der Beratung erschweren und somit den Bedarf einer individuellen Begleitung erhöhen. Dieses Zusammenspiel der drei Faktoren ergibt in der Summe ein komplexes Gebilde, das aus meiner Sicht die Frage aufwirft, ob Begleitung in der Form, in der es sich in dieser Arbeit zeigt, überhaupt standardisierbar ist bzw. sich auf einen konkreten methodischen Rahmen herunter brechen ließe.

Rüegger fordert: „(...) die Gestaltung von interprofessionellen Kooperationsstrukturen, um die Idee einer interprofessionellen koordinierten und synchronisierten Behandlungsplanung („integrierter Prozessbogen“) umzusetzen. Und es bedarf ein der Klinischen Sozialen Arbeit

angemessenes Aufgabenprofil und Pflichtenheft (...)“ (2020, S.113). Im Sinne des angeführten Zitats sollte und muss Begleitung ein Bestandteil des angemessenen Aufgabenprofils werden, um die Leistungen und Kompetenzen der Sozialarbeitenden hervorzuheben und wertzuschätzen.

8.5 Mandats- und Professionsverständnis

Im Zuge der Auswertung des Materials entwickelt und im zweiten Abschnitt der Interpretation konkretisiert, zeigt sich, dass die Begleitung von Prozessen, so wie sie in der Suchtberatung stattfindet, zu einem hohen Maße in Verbindung mit der Haltung der Sozialarbeitenden steht. Durch die starke Präsenz im Material erscheint es mir unerlässlich, diesen Aspekt zu vertiefen.

Sowohl in der Darstellung der Ergebnisse als auch in der Interpretation rückt das Mandat immer wieder in den Mittelpunkt. Es wird nachstehend anhand einer Einordnung, dessen was ich unter dem Begriff Mandat verstehe und vor allem, welches sich wie in dem Material zeigt, erläutert in welchem Zusammenhang dies mit dem Phänomen der Begleitung steht.

Die Soziale Arbeit bewegt sich in einem Spannungsverhältnis verschiedener Akteur*innen. So ergeben sich die ersten zwei Mandate, (1) dem Klientel gegenüber und (2) dem offiziellen Auftraggeber gegenüber, was der Staat, eine bestimmte Institution oder die Gesellschaft sein kann (vgl. Staub-Bernasconi 2018, S.112f.). Das dritte Mandat (Tripelmandat³⁶ oder auch politisches Mandat) bezieht sich auf die Profession, welches von nationalen Berufsverbänden verliehen wird (ebd., S.113). Die Besonderheit des dritten Mandats äußert sich darin, dass es – in letzter Konsequenz – Formen der Selbstmandatierung erlaubt. Das bedeutet, dass Sozialarbeitende auch dann handeln bzw. aktiv werden dürfen, wenn kein expliziter Auftrag vorliegt, weder von der Gesellschaft noch einer Institution oder eines Trägers (vgl. ebd.). Darunter ist zu verstehen, dass Sozialarbeitende dazu ermächtigt sind, sich selbst zu beauftragen und unter Berücksichtigung des „gesunden Menschenverstandes“ (Staub-Bernasconi 2018, S.114), soziale Probleme thematisieren und platzieren dürfen. Dies sollte in Zusammenarbeit mit den Betroffenen geschehen und wird in Form von Eigenverantwortlichkeit verstanden, da Sozialarbeitende auf einen „(...) Auftrag politischer-,

³⁶ Das Tripelmandat wird in Kontext von Staub-Bernasconi verwendet, um die Soziale Arbeit im Kontext einer Menschenrechtsprofession zu betrachten (vgl. Leideritz 2016, S.21). Dies ist, wie eingangs schon erwähnt, in dieser Arbeit nicht der Fall, weshalb ich von dem Ansatz der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession Abstand nehmen möchte. Obgleich dies einen sehr wertvollen Beitrag für die Soziale Arbeit darstellt, erläutere ich meine im Kontext dieser Arbeit meine eigene Sichtweise auf das dritte Mandat.

staatlicherseits oder von privaten, religiös-konfessionellen Einrichtungen warten würden“ (ebd., S.118).

In Bezug auf die vorliegenden Erkenntnisse der Forschungsarbeit kann der selbstdefinierte Auftrag von Sozialarbeitenden mit dem begleitenden Handeln aufgrund von bspw. Versorgungslücken benannt werden. Sozialarbeitende wie Herr Jahn, Herr Dettendorf, Frau Weidmann und auch Herr Eberhardt haben ein drittes Mandat wahrgenommen. Sie begründen dies, da der Bedarf der Begleitung in der Zusammenarbeit mit Klient*innen offensichtlich erscheint, sie mit ihrem Menschenverstand handeln und so die Bedarfe in Teilen decken, um den Klient*innen eine angemessene Versorgung zu leisten. Auf das genannte Zitat Staub-Bernasconis bezogen, haben sie nicht die Möglichkeit auf eine administrative oder politische Grundlage zur Festigung der Tätigkeit Begleitung zu warten, sondern ist aktives Handeln in der praktischen Arbeit gefordert. Die politische Ebene zeigt sich vorrangig darin, wenn wie in der Darstellung der Ergebnisse beschrieben, Sozialarbeitende in einen Austausch mit den zuständigen Behörden wie der Renten- oder Krankenversicherung treten und die Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit und deren Auswirkungen auf die Klient*innen immer wieder „mantraartig“ (T2 Z.403) platzieren.

Zudem möchte ich hervorheben, dass sich in den Ausführungen der Interviewpartner*innen eine starke Ausprägung des ersten Mandats, den Klient*innen gegenüber, vorfinden lässt. Hierbei liefert die Auswertung als Ergebnis ist die Motivation der Sozialarbeitenden das Bestmögliche für die Klient*innen herauszuholen und sie bestmöglich zu unterstützen und zu begleiten. Deutlich wird das bei den Interviewpartner*innen Herrn Jahn, Frau Weidmann und Herrn Dettendorf. Frau Thiele wiederum beruft sich an erster Stelle auf den Auftraggeber und richtet ihr Handeln vorrangig danach aus. Das Material zeigt, dass sie sich stärker auf das zweite Mandat bezieht.

Dass die Sozialarbeitenden tun, was sie tun, beruht wiederum auf einer Haltung bzw. einem Selbstverständnis ihrer Arbeit gegenüber. Die Ausgangslage für das Entstehen dieses Selbstverständnisses wird durch die Interviews nicht gesichert und ist auch nicht Bestandteil dieser Arbeit gewesen, obgleich es interessant wäre, herauszuarbeiten, aus welcher Motivation oder Einstellung heraus sich die jeweilige Arbeitsweise entwickelt hat.

Der Blick auf die Vielfältigkeit von Professionsverständnissen zeigt als abschließendes Kapitel auf, inwieweit die Suchtberatung mit den begleitenden Tätigkeiten innerhalb der Sozialen Arbeit aus einer professionstheoretischen Perspektive betrachtet werden kann. Es

gibt die verschiedensten Expertisen und Herangehensweisen den Professionsbegriff im Allgemeinen und das Professionsverständnis im Speziellen zu definieren. Letzteres bezieht sich auf diverse und heterogene Verständnisse, die Perspektiven vermitteln sollen, die auf einer gemeinsamen Grundlage übergeordnete Ziele Soziale Arbeit definieren. Nicht zuletzt sollen die Professionsverständnisse eine weitere Diskussion auf einer professionspolitischen sowie professionssoziologischen Perspektive vorantreiben (Völter et al. 2020, S.15).

Der diesjährig erschienene Sammelband von Völter et al. „Professionsverständnisse der Sozialen Arbeit“ (2020, Titel) umfasst eine Zusammenstellung aktueller und relevanter Perspektiven hinsichtlich der Auffassungen der Professionsdebatte. Für eine weitere Einordnung des zweiten Teils der Interpretation werden Perspektiven und mögliche dazu passende Professionsverständnisse dieser Veröffentlichung herangezogen. Ein Ineinandergreifen verschiedener Professionsverständnisse ist nicht ungewöhnlich, so bieten sich für diese Forschungsarbeit einige Kapitel dieses Sammelbandes an, auf zwei wird nachstehend Bezug genommen. Hierbei geht es zum einen um die Perspektive von Mayer, welche Soziale Arbeit als beratende Profession im „Zwischen“ (2020, S.135) betrachtet sowie zum anderen um die Soziale Arbeit als Beziehungsfprofession nach Gahleitner (2020, S.101).

Der Beitrag von Mayer konkretisiert die Perspektive, dass Soziale Arbeit sich im Wesentlichen durch Kommunikation und Kooperation mit den Akteur*innen, sprich Klient*innen und jeweiligen involvierten Institutionen, auszeichnet. Somit agiert Soziale Arbeit häufig in einer Position des „Zwischen“ (vgl. Mayer 2020, S.135). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, dass Suchtberatung in einer Form der Zuliefer*innenrolle handelt und sich positioniert, bestätigt diese Annahme.

Mayer bedient sich an einem Zitat von Rabe-Kleberg, welches ein Auszug einer Definition des Professionalitätsbegriffes beschreibt. In diesem wird Professionalität zusammengefasst als „‘die subjektive Fähigkeit und Bereitschaft [...], die Ungewissheit des Handelns zu ertragen, immer wieder neu die Implikationen für das Handeln in Ungewissheit zu reflektieren und auf der Basis von Zuständigkeit auch die Verantwortung für das Handeln zu übernehmen““ (Rabe-Kleberg zit. n. Mayer 2020, S. 137) um somit auch die „‘(...) entwickelten widersprüchlichen Strukturen professioneller Arbeit nicht nur zu ertragen, sondern aktiv zu balancieren““ (ebd.). Ziel kann somit sein, die strukturelle Widersprüchlichkeiten zu einem Bestandteil der Arbeit zu machen, diese zu reflektieren und im Weiteren dennoch die institutionellen Spielräume so zu nutzen, dass Bedürfnisse und Notwendigkeiten der Nutzer*innen Raum bekommen (vgl. Mayer 2020, S.137f.). In Anbetracht der Tatsache, dass

Interviewpartner*innen wie Frau Weidmann und Herr Jahn diese Spielräume nutzen und somit den Personenbezug ihrer Arbeit in den Mittelpunkt rücken, um den Bedarfen der Klient*innen gerecht zu werden, erschließen sich mir die Ausführungen von Mayer dieses Professionsverständnis auf die Haltung und Arbeitsweise der interviewten Sozialarbeiter*innen zu beziehen. In dem Forschungsmaterial spiegelt sich die Ungewissheit aufgrund des unklaren Auftrags und dem unzureichenden Tätigkeitsprofil der Suchtberatung wider. Das Ausbalancieren von Versorgungslücken und Krisen der Klient*innen sowie das damit einhergehende eigenverantwortliche Handeln der Sozialarbeitenden, welches in der Begleitung sichtbar wird, steht in engem Zusammenhang mit strukturellen Stolpersteinen, welche dadurch ins Gleichgewicht gebracht werden. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass durch die individuelle Ausgestaltung der Beratungssituationen, Versorgungslücken individuell geschlossen werden und somit an Sichtbarkeit verlieren

Weiterhin wird der Sozialen Arbeit momentan die Aufgabe gestellt Differenzen zwischen akademischem Entwicklungsstand und den prekären Bedingungen der Praxis auszubalancieren. Hansjürgens schreibt der Sozialen Arbeit besondere Gestaltungsarbeit zu (2020, S.28). Diese soll sich in einem aktiven Verhandlungsprozess um die Bedingungen und Mitgestaltung der Arbeit zeigen. Diese Aufforderung kann auch auf die aktuelle Forschungsarbeit übertragen werden, indem die Sozialarbeitenden sich aktiver und präsenter in fachliche Diskussionen mit einbringen und damit einen Beitrag zur Ausdifferenzierung des Tätigkeitsprofils leisten. Dies sollte nach Hansjürgens angelehnt an das Konzept von Abbott in den verschiedenen Arenen (Öffentlichkeit, Arbeitsplatz, Staat) geschehen (ebd.). Somit ist die Soziale Arbeit folglich aufgefordert, „(...) ihr Wissen, Können, Handeln und Wollen in Abhängigkeit von Handlungsfeld, Problemspezifik und Zielverhandlung gemeinsam mit den Adressat_innen fallbezogen und reflexiv anzuwenden und technokratische Verwendungen der Kompetenzen zu vermeiden“ (Mayer 2020, S.138). Dieses Zitat bezieht die Soziale Diagnostik mit ein und beschreibt im Wesentlichen Annahmen der Sozialen Arbeit im Allgemeinen und ist letztlich treffend und übertragbar auf die Begleitung in der Suchtberatung. Dabei sind die technokratischen Anwendungen von Kompetenzen wenig zielführend, vielmehr steht die individuelle Problemlösung im Fokus der jeweiligen Fälle.

Die in den Vordergrund rückende Frage nach der Beziehungsgestaltung ist für methodisches, professionelles Handeln zentral und erweist sich auf der interaktiven Ebene zwischen der Klient*in-Fachkraft-Dyade als stark komplex (vgl. Mayer 2020, S.139). Die geforderte Professionalität bezieht sich darauf, den jeweiligen Fall auf konzeptioneller, methodischer

und analytischer Ebene deutlich zu machen, um die Beratung mit vielfältigen Möglichkeitsräumen zu präsentieren. Innerhalb dieser Möglichkeitsräume befindet sich Begleitung als Bestandteil der Beratung und lässt strukturelle Stolpersteine besser bewerkstelligen. Mayer konstatiert dennoch, dass damit „(...) professionelles Handeln in diesem Sinne auch konzeptionell entfaltet werden kann, gilt es, die vielschichtigen Handlungsweisen in ihrer komplexen und reflexiven Struktur als konkrete Arbeit weiterhin zu beforschen und sichtbarer zu machen“ (2020, S.140). Dieses Zitat verdeutlicht, dass die Handlungsweisen innerhalb der Beratung keineswegs trivial sind und es weiterer Forschungen bedarf ebendiese auch zukünftig erklärbar dazustellen. Begleitung in der Suchtberatung spielt als Gestaltungsprinzip eine wichtige Rolle und stellt eine Ressource dar, welche jedoch hinreichend anerkannt werden muss. Weitere Konkretisierungen der Begleitung als eine Handlungsweise in der Sozialen Arbeit sollten als Forschungsgegenstand an Bedeutung gewinnen, um somit den Professionalisierungsprozess zu ermöglichen und zu fördern.

Eine Deutungsmacht kommt auch dem von Gahleitner definierten Professionsverständnis zu. Sie beschreibt die Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Die Ergebnisse meiner Forschung zeigen, dass die Beziehungsgestaltung eine wichtige Rolle hinsichtlich einer gelingenden Hilfe darstellt. So beschreibt auch Gahleitner in ihrem Beitrag, dass „(...) die professionelle Beziehungsgestaltung zwischen Klient*innen und Professionellen [...] in allen diesen Funktionsbereichen ein zentrales Thema [ist]“ (Schäfter zit. n. Gahleitner 2020, S.101). Die Betonung bei dieser professionellen Beziehung liegt dabei auf Vertrauen. Um Menschen die Möglichkeit zu geben einer Beziehung Vertrauen zu schenken, ist es Aufgabe und Herausforderung der Sozialarbeitenden, das zunächst berechnete Misstrauen zu mindern und dann einen Vertrauensvorschuss zu leisten. Diese Art „Vorleistung“ kann von Klient*innen als ein Ausdruck von Vertrauenswürdigkeit der Sozialarbeitenden verstanden werden und so einen Beitrag zu einem gelingenden gemeinsamen Prozess leisten. Klient*innen benötigen besonders viele Räume des Verstehens, um Veränderungsmöglichkeiten tatsächlich umzusetzen. Dies kann nur gelingen, wenn „(...) Fachkräfte und Unterstützer_innen ‚Soziale Arbeit als Beziehungsprofession‘ [...] verstehen und sich innerhalb der zugehörigen Wissens- und Kompetenzbestände selbstbewusst bewegen (...)“ (Gahleitner 2020, S.108). Ein Hilfeprozess ist besonders dann erfolgreich, wenn es Fachkräften gelingt den Fall aus der Perspektive der Klient*innen zu sehen, zu lernen sowie ein lebensweltbezogenes Verstehen zu erwerben (vgl. Gildemeister/Robert zit. n. Gahleitner 2020, S.108). Zusammenfassend schreibt Gahleitner, dass Fachkräfte über einen immensen Schatz an bedeutungsvollen Erfahrungen verfügen, welche „(...) ihnen hierzu handlungspraktische Wege intuitiv

aufzeigen (...)“ (ebd.). Hierfür wurden aus dem Material der Forschungsarbeit hinreichend Belege geliefert. Häufig ist es die Komplexität des Arbeitsalltages, die das Rückbinden des Erfahrungswissens an Theorien und Konzeptionen erschwert – „nur über eine dezidierte Zuordnung ist jedoch letztlich eine gelungene Theorie-Praxis-Verknüpfung im Sinne einer ‚strukturierten Intuition [...] möglich, die sich vor einem breiten Wissenshintergrund gekonnt entfaltet“ (ebd.). Abschließend konstatiert Gahleitner, dass die Fachkräfte der Sozialen Arbeit ein besonderes Maß darin aufweisen müssen, Professionalität und persönliche Präsenz „(...) auf kunstvolle Weise zu verschränken und zu vermitteln“ (Dörr/Müller zit. n. Gahleitner 2020, S.108).

Diese Ausführungen bestärken auch die Ergebnisse meiner Arbeit und heben die Bedeutung von Beziehungsarbeit und –gestaltung hervor. Die professionstheoretische Perspektive erweist sich als eine Verknüpfung mit verschiedenen Facetten des Phänomens Begleitung. Die aufgezeigten Beiträge des Sammelbandes stellen für mich eine Zusammenführung von den zuvor beschriebenen theoretischen Bezügen dar. Es lassen sich aus den Ausführungen des „Zwischen“ von Mayer die Hierarchisierungen der Hilfesysteme und involvierten Institutionen innerhalb eines Hilfeprozesses herauslesen. Die Bedeutung der Beziehungsgestaltung wird von Gahleitner nochmals untermauert und unterstreicht die Ergebnisse der Arbeit. Ein Hilfeprozess kann erst dann einen positiven Verlauf nehmen, wenn zuvor eine tragfähige, vertrauensvolle Beziehung zwischen den Akteur*innen hergestellt wurde. Zudem spricht Gahleitner auch die intuitiven Handlungen Sozialarbeitender an, welche sich aus meinem Verständnis heraus mit denen des impliziten Beziehungswissens zusammenbringen lassen. Eine empirische Fundierung des Intuitiven muss weiter angestrebt werden.

Das Handeln der Sozialarbeitenden auf einer professionstheoretischen Ebene einzuordnen, ist für das Verständnis von Begleitung unerlässlich und verortet das Phänomen selbst neben der handlungsmethodischen Perspektive in einem für die Soziale Arbeit wichtigen Kontext. Meine Lesart der Interviews zeigte eine starke Verbindung zwischen dem Entstehen der Begleitung und der individuellen, professionellen Haltung der Berater*innen. Insbesondere die erarbeiteten Definitionsbausteine 2+4 weisen eine Zugehörigkeit zum Mandats- und Professionsverständnis auf. Auch die anderen Bausteine ermöglichten eine Einordnung der Ergebnisse in sozialarbeiterische Konzeptionen. Praxis und Theorie stehen somit in keiner Diskrepanz zueinander. Vielmehr lassen sich zahlreiche Schnittstellen herstellen, wie ich mit diesem abschließenden Unterkapitel verdeutlicht habe.

9 Fazit

Begleitung als eine sozialarbeiterische Tätigkeit innerhalb der Suchtberatung erweist sich als ein komplexes Phänomen, welches sich auf verschiedene Art und Weise in der beruflichen Praxis präsentiert. Das an dieser Stelle abschließende Kapitel dient einer Zusammenfassung aller relevanten und bedeutenden Ergebnisse der vorliegenden Arbeit. Zentrale Gedanken und Bausteine einer Definition von Begleitung werden nachstehend zusammen getragen.

Aufgabe und Ziel der Arbeit war es eine Annäherung an eine Bestimmung des Begriffes Begleitung herzustellen. Es wurde herausgearbeitet wie und in welchen Facetten sich Begleitung innerhalb der Suchtberatung zeigt.

Dabei stellt ein zentrales Ergebnis dar, dass Bedarfe von Klient*innen in Krisensituationen ausschlaggebend für das Entstehen von Begleitungsprozessen sind. Diese sieht das allgemeine Versorgungssystem der ambulanten Suchthilfe im Versorgungsauftrag nicht vor und deckt sie nur teilweise ab. Wie der Modellentwurf (→ s. Abb. 11, S. 65) nachzeichnet, sind somit auch strukturelle Gegebenheiten wie Versorgungslücken verantwortlich für die Präsenz des Phänomens. Beide Elemente tragen maßgeblich zum Entstehen von Begleitung bei.

Begleitungen sind im Arbeitsalltag Sozialarbeitender präsent, da diese Umgangs- und Handlungsweisen bzgl. der ungedeckten Bedarfe entwickeln müssen, um den Betroffenen ein individuell angepasstes Unterstützungsangebot zu bieten. Dies stellt sich in dem differenzierten Ausgestalten von Begleitung dar, so werden in diesem Zusammenhang individuelle Problemlösungen genannt, welche sich auf einer praktischen Ebene in erweiterten Gesprächsangeboten, aufsuchender Arbeit und/oder in eigeninitiativen Handlungen wie Spaziergängen zeigen. Der Kern der Arbeit – die Begleitung von Prozessen – umfasst ganz konkret Handlungen wie bspw. die der Krisenintervention, Bewältigung alltäglicher Aufgaben oder Beratungsthemen über den Suchtmittelkonsum hinaus (Partnerschaft, Kinder, Familie, Einsamkeit etc.).

Diese Angebote sind von intensiver Beziehungsarbeit seitens der Fachkräfte geprägt. Anhand der Interviews wird deutlich, dass die Sozialarbeitenden über die benannte Beziehungsebene einen Zugang zu den Klient*innen schaffen. Gelingt dies, zeigt sich, dass Klient*innen in der Suchtberatung gehalten werden können, um Zeitspannen bis zur Kostenübernahme in weiterführende Hilfen zu überbrücken. Dieses Ergebnis gibt einen konkreten Hinweis darauf, dass Beziehung eine essentielle Komponente für längerfristige Beratungsprozesse ist und

somit einen Bestandteil von Begleitungsprozessen darstellt. Dieser Aspekt wird durch die von Hansjürgens eingeführte vertrauensvolle Arbeitsbeziehung untermauert und durch das Professionsverständnis der Sozialen Arbeit als Beziehungsarbeit nach Gahleitner auf einer Metaebene gestützt.

Hinsichtlich des Begleitungsgeschehens in der Suchtberatung bringt die Synthese folgende Konzeptionen hervor, welche sich mit den Definitionsbausteinen in Verbindung bringen lassen (→ s. Kap. 6), hervor: Soziale Diagnostik, vertrauensvolle Arbeitsbeziehung, integrierter Prozessbogen sowie Mandats- und Professionsverständnis. Das Ineinandergreifen bzw. die Verwobenheit der genannten Konzepte der Sozialen Arbeit zeigt sich darin, dass diese allesamt in Verbindung mit dem Phänomen Begleitung gebracht werden können – es stützen, rahmen, bestimmen. Ergänzend zu der sozialarbeitstheoretischen Perspektive wurde zudem das implizite Beziehungswissen herausgearbeitet. Das intuitive Handeln bzw. Gespür der Professionellen gegenüber den Klient*innen, erlaubt ihnen das Erkennen der Bedarfe und das besondere Eingehen auf diese, welches sich auch in der Begleitung widerspiegelt. Der Prozessbogen hat Bestand als eine konkrete Interventionsform, der in Verbindung mit den herausgearbeiteten Phasen von Begleitung gebracht wird: Stabilisierung der Klient*innen, Erlernen eines Umgangs mit Ambivalenzen und Bewältigung von Alltagsaufgaben. Krisenintervention spielt im Zuge von Stabilisierung ebenfalls eine Rolle. Der prozesshafte Charakter der Begleitung ist ein wesentliches Merkmal des Phänomens. Die Ergebnisse zeigen, dass sich Begleitung nicht ausschließlich auf eine rein methodische Ebene reduzieren lässt. Zentrale Elemente von Begleitung weisen eine hohe Relevanz zu einer professionstheoretischen Sichtweise auf. Das Kapitel Mandats- und Professionsverständnis verdeutlicht die Annahme, dass die professionelle Haltung der Sozialarbeitenden Auswirkungen auf die Ausprägung des Phänomens Begleitung hat. Innerhalb der Forschung zeigten sich Tendenzen hinsichtlich eines Mandats gegenüber den Klient*innen, für deren Interessen sich die Sozialarbeitenden über den Versorgungsauftrag hinaus einsetzen.

Die herausgearbeiteten theoretischen Bezüge zu den Ergebnissen der Forschung erfordern insgesamt sehr ausdifferenzierte Kompetenzen der Sozialarbeitenden. Der allgemeine Vermittlungsprozess – wenn es ihn denn so gibt – ist keineswegs ein trivialer Prozess, sondern eine komplexe Form von sozialarbeiterischen Tätigkeiten. Die beschriebene Begleitung ist Bestandteil sozialarbeiterischer Tätigkeiten in der Suchtberatung. Dass diese noch nicht gefestigt und definiert ist, steht in einem starken Zusammenhang mit der Komplexität des Phänomens. Die vorliegende Arbeit leistet einen Beitrag zur weiteren

Klärung des Begriffes bzw. der Tätigkeit selbst. Mit Hilfe der Arbeit konnte jedoch nicht *die* konkrete, allumfassende, abschließende Definition herausgearbeitet werden.

Grund dafür ist die Vielseitigkeit der praktischen Arbeit, die es erschwert in dieser Abschlussarbeit einen konkreten methodischen Rahmen zu benennen bzw. zu definieren. Es ist ein Merkmal der Sozialen Arbeit, dass Abläufe und Umgangsweisen aufgrund der Diversität der Menschen in ihren jeweiligen Lebenslagen sowie deren Anliegen und Bedarfen schwer standardisierbar sind. Dies trifft ebenso auf die Begleitung in der Suchtberatung zu. Sozialarbeitende entgegnen individuelle Strategien, die zu unterschiedlichen Begleitungssituationen führen. So lässt sich festhalten, dass Begleitung verschiedene Facetten umfasst und nicht auf eine bestimmte Methode begrenzt oder herunter gebrochen werden kann. Begleitung ist und bleibt in ihrer Position der außerregulären Tätigkeit bislang (be-)stehen.

Dies wird als eine (Handlungs-)Grauzone für Sozialarbeitende betrachtet, welche letztlich nur durch eine Anpassung des Versorgungssystems gelöst werden kann. Zu einer maßgeblichen Konkretisierung und damit einhergehenden Verbesserung des Arbeitsauftrags der Sozialarbeitenden sowie eines differenzierteren Tätigkeitsprofils muss Begleitung Sichtbarkeit und Würdigung erfahren. Damit dies geschehen kann, braucht es zunächst die Anerkennung der Tätigkeit selbst. Anhand des Modellentwurfs wird die Position der Begleitung verdeutlicht und zeigt die Desintegration in das Versorgungsnetz. Im Zuge der Überlegungen einer zukünftigen Verbesserung und Integration in das Versorgungsnetz ergeben sich weiterführende Fragen: (a) Wie kann Begleitung zum festen Bestandteil des regulären Angebots werden? (b) Welche Auswirkungen kann das auf die Klient*innen haben? (c) Welche Bedeutung hätte die Integration der Begleitung für die Arbeit in der Suchtberatung?

Zentral bleibt der stetige Prozess der Professionalisierung der Sozialen Arbeit. Rometsch betont die Notwendigkeit weiterer Platzierung im öffentlichen Diskurs, „(...) dass Sozialarbeiter ihre Tätigkeiten, sichtbarer machen und ihre Konzepte und Kompetenzen vermehrt in die fachliche Diskussion einbringen [sollten]“ (2012, S.152). Die Soziale Arbeit kann sich nur dann behaupten, wenn sie aus der Position sich unter die anderen Disziplinen zu stellen, hervortritt und einen Beitrag innerhalb der interprofessionellen Hilfe auf Augenhöhe liefert. Die Bestimmung der Begleitung und die damit einhergehende Anpassung des Tätigkeitsprofils der Suchtberatung können in diesem Zusammenhang einen wichtigen Beitrag leisten, um dem beschriebenen Anspruch nach Rometsch gerecht zu werden. Diese

Überlegungen führen zu dem Ergebnis, dass die Notwendigkeit einer strukturellen Lösung in den Vordergrund des fachlichen Diskurses rücken muss.

Sowohl Arnolds Publikation als auch Mayers Professionsverständnis des „Zwischen“ konstatieren die Dringlichkeit weiterer Forschung. Diese muss zur Aufgabe haben, das Auftreten des Phänomens Begleitung in anderen Bundesländern der Bundesrepublik zu sichern und die jeweiligen Handlungsstrukturen sowie Umgangsweisen der Sozialarbeitenden weiter zu konkretisieren. Nur so kann Begleitung als eigenständige Tätigkeit an Aufmerksamkeit gewinnen und strukturell zu einem festen Bestandteil der Suchtberatung werden. Dies ist von besonderer Relevanz hinsichtlich weiterer gesellschaftlicher sowie finanzieller Anerkennung der geleisteten Arbeit der Fachkräfte. Die vorliegende Arbeit unterstützt diesen Prozess auf einer theoretischen und empirischen Ebene und kann als Sprungbrett für weitere Konkretisierungen des Phänomens Begleitung betrachtet werden.

10 Literaturverzeichnis

- Akremit, Leila* (2019): Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung, in: *Nina Baur/Jörg Blasius* (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, Wiesbaden: Springer VS, S. 313–332
- Alkassim, Rukayya Sunusi/Etikan, Ilker/Musa, Sulaiman Abubakar* (2016): Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling, [online] https://www.researchgate.net/publication/304339244_Comparison_of_Convenience_Sampling_and_Purposive_Sampling [Zugriff: 18.01.2020]
- Arnold, Thomas* (2020): *Zwischen Fachlichkeit und Fremdbestimmung: Eine rekonstruktive Annäherung an Soziale Arbeit in Suchtberatungsstellen*, Baden-Baden: Tectum
- Baur, Nina/Blasius, Jörg* (Hrsg.) (2019): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, 2. Aufl., Wiesbaden: Springer VS
- Becker-Lenz, Roland/Busse, Stefan/Ehlert, Gudrun/Müller, Silke* (Hrsg.) (2013): *Professionalität in der Sozialen Arbeit: Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven*, 3. Aufl., Wiesbaden: Springer VS
- Boehl, Hans/Koch, Andreas/Leune, Jost/Redeker, Thomas* (2010): *Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund: Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven*, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), Hamm
- Boehm, Andreas* (1994): Grounded Theory - wie aus Texten Modelle und Theorien gemacht werden, in: *Andreas Boehm/Andreas Mengel/Thomas Muhr* (Hrsg.), *Texte verstehen: Konzepte, Methoden, Werkzeuge*, Konstanz: UVK – Universitätsverlag Konstanz, S. 121-140
- Boehm, Andreas/Mengel, Andreas/Muhr, Thomas* (Hrsg.) (1994): *Texte verstehen: Konzepte, Methoden, Werkzeuge*, Konstanz: UVK - Universitätsverlag Konstanz
- Bogner, Alexaner/Littig, Beate/Menz, Wolfgang* (Hrsg.) (2002): *Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung*, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden
- Bogner, Alexaner/Menz, Wolfgang* (2002): Das theoriegenerierende Experteninterview: Erkenntnisinteresse, Wissenformen, Interaktion, in: *Alexaner Bogner/Beate Littig/Wolfgang Menz* (Hrsg.), *Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung*, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 33–70
- Breuer, Franz* (2010): *Reflexive Grounded Theory: Eine Einführung in die Forschungspraxis*, 2. Aufl., Wiesbaden: Springer VS
- Corbin, Juliet/Strauss, Anselm* (1990): Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria, in: *Qualitative Sociology*, S. 3–21

- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V.* (Hrsg.) (2016): Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention [online] www.dg-sas.de/de/kompetenzprofil/ [Zugriff: 12.05.2020]
- Deutsche Krankenhaus Gesellschaft* (2020): Nahtlosverfahren/qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation [online], <https://www.dkgev.de/themen/versorgung-%20struktur/psychiatrie-psychosomatik/nahtlosverfahren-qualifizierter-entzug-%20suchtrehabilitation/> [Zugriff: 22.06.2020]
- Dick, Michael* (2016): Professionsentwicklung als Forschungs- und Handlungsfeld, in: *Michael Dick/Winfried Marotzki/Harald Mieg* (Hrsg.), Handbuch Professionsentwicklung, Stuttgart: utb. Verlag, S. 9–26
- Dick, Michael/Marotzki, Winfried/Mieg, Harald* (Hrsg.) (2016): Handbuch Professionsentwicklung, Stuttgart: utb. Verlag
- Dilling, Horst/Freyberger, Harald* (2016): ICD-10 Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen, 8. Aufl., Bern: hogrefe
- Dudenredaktion* (o.J.): „Synthese“ auf Duden online [online] <https://www.duden.de/rechtschreibung/Synthese> [Zugriff: 22.10.2020]
- Fabel, Melanie/Tiefel, Sandra* (2002): Methoden-Triangulation von offenen und teilstandardisierten Interviews: zwei Beispiele aus der Forschungspraxis, in: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung, S. 347–348 [online] <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-279659> [Zugriff: 15.03.2020]
- Flick, Uwe* (2011): Triangulation: Eine Einführung, 3. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Flick, Uwe* (2012): Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung, 5. Aufl., Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Gahleitner, Silke Birgitta* (2020): Soziale Arbeit als Beziehungsfprofession, in: *Bettina Völter/Heinz Cornel/Silke Birgitta Gahleitner/Stephan Voß* (Hrsg.), Professionsverständnisse der Sozialen Arbeit, Weinheim: Beltz Juventa, S. 101–111
- Haken, Hermann/Schiepek, Günter* (2007): Synergetik in der Psychologie: Selbstorganisation verstehen und gestalten, in: *Psychotherapeut* 52, S. 390–396
- Hansjürgens, Rita* (2016): Perspektiven für die Aus- und Fortbildung von Fachkräften der Sozialen Arbeit für Tätigkeiten in der Suchthilfe, in: *Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V.* (Hrsg.), Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention, S. 49–53
- Hansjürgens, Rita* (2016): Soziale Arbeit in der ambulanten Suchthilfe: Optionen zur Professionalisierung und fachlichen Inszenierung als gleichwertige Partnerin in einem multiprofessionellen Feld, Coburg: ZKS-Verlag
- Hansjürgens, Rita* (2018): Tätigkeiten und Potenziale der Funktion "Suchtberatung": Expertise und Exzerpt, Berlin

- Hansjürgens, Rita* (2019): Entstehung der Arbeitsbeziehung in der Suchtberatung, in: Suchtmagazin 45, S. 33–37
- Hansjürgens, Rita* (2019): Suchtberatung als komplexe Hilfe klinischer Sozialarbeit, in: Zeitschrift für Theorie und Praxis in der Beratung 20, S. 34–48 [online] [Zugriff: 21.07.2020]
- Hansjürgens, Rita* (2020): Soziale Arbeit als kontextualisierte Profession, in: *Bettina Völter/Heinz Cornel/Silke Birgitta Gahleitner/Stephan Voß* (Hrsg.), Professionsverständnisse der Sozialen Arbeit, Weinheim: Beltz Juventa, S. 27–36
- Hansjürgens, Rita* (2020): Zum Verständnis Sozialer Diagnostik in der Suchthilfe, in: *Rita Hansjürgens/Frank Schulte-Derne* (Hrsg.), Soziale Diagnostik in der Suchthilfe: Leitlinien und Instrumente für Soziale Arbeit, Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht Verlag, S. 21–32
- Hansjürgens, Rita/Marrzianiak, Bärbel/Merle, Ulrich* (2016): Ambulante Suchtberatung inklusive PSB bei laufender Substitution, in: *Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V.* (Hrsg.), Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention, S. 21–25
- Hansjürgens, Rita/Schulte-Derne, Frank* (Hg.) (Hrsg.) (2020): Soziale Diagnostik in der Suchthilfe: Leitlinien und Instrumente für Soziale Arbeit, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Hauschildt, Elke* (Hrsg.) (1997): Suchtkrankenhilfe in Deutschland: Geschichte, Struktur und Perspektiven, Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Helas, Irene* (1997): Über den Prozess der Professionalisierung in der Suchtkrankenhilfe, in: *Elke Hauschildt* (Hrsg.), Suchtkrankenhilfe in Deutschland: Geschichte, Struktur und Perspektiven, Freiburg im Breisgau: Lambertus, S.147-161
- Helfferich, Cornelia* (2011): Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews, 4. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Helfferich, Cornelia* (2019): Leitfaden- und Experteninterviews, in: *Nina Baur/Jörg Blasius* (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Wiesbaden: Springer VS, S. 669–686
- Hogrefe Verlag* (2016): Klassifikationssysteme: DSM und ICD [online] <https://www.hogrefe.de/themen/klinik/artikeldetailansicht/DSM%20und%20ICD-313> [Zugriff: 20.07.2020]
- Hollenstein, Lea* (2020): Gesellschaft, Organisation, Professionalität: Zur Relevanz von Professionspolitik in der Sozialen Arbeit, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden
- Kuckartz, Udo* (2014): Mixed methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren, Wiesbaden: Springer VS
- Kuckartz, Udo/Dresing, Thorsten/Rädiker, Stefan/Stefer, Claus* (2008): Qualitative Evaluation: Der Einstieg in die Praxis, Wiesbaden: Springer VS

- Küsters, Ivonne* (2019): Narratives Interview, in: *Nina Baur/Jörg Blasius* (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, Wiesbaden: Springer VS, S. 687–694
- Leideritz, Manuela/Vlecken, Silke* (2016): *Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit - Schwerpunkt Menschenrechte: Ein Lese- und Lehrbuch*, Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich Verlag
- Lutz, Ronald* (2020): Doppelt Mandat [online] <https://www.socialnet.de/lexikon/Doppelt-Mandat> [Zugriff: 27.09.2020]
- Mayer, Marion* (2020): Soziale Arbeit als beratende Profession im "Zwischen", in: *Bettina Völter/Heinz Cornel/Silke Birgitta Gahleitner/Stephan Voß* (Hrsg.), *Professionsverständnisse der Sozialen Arbeit*, Weinheim: Beltz Juventa, S. 135-144
- Mey, Günter/Mruck, Katja* (2007): Grounded Theory Methodologie – Bemerkungen zu einem prominenten Forschungsstil [online] <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-%20ssoar-%20288617> [Zugriff: 24.04.2020]
- Mey, Günter/Mruck, Katja* (Hrsg.) (2011): *Grounded Theory Reader*, 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Mruck, Katja* (2018): Praxis und Theorie des Theoretical Sampling. Methodologische Überlegungen zum Verfahren einer verlaufsorientierten Fallauswahl, in: *Forum Qualitative Sozialforschung (FQS)* [online] <https://doi.org/10.17169/fqs-19.3.2810> [Zugriff: 25.03.2020]
- Neurologen und Psychiater im Netz* (o.J.): Abgrenzung von Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit von Alkohol [online] <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/kinder-jugend-psychiatrie/erkrankungen/alkoholmissbrauch-abhaengigkeit/abgrenzung-missbrauch-und-abhaengigkeit/> [Zugriff: 25.08.2020]
- Niekrens, Sebastian* (2012): *Sucht im Alter: Möglichkeiten der Intervention aus sozialarbeiterischer Perspektive*, Herbolzheim: Ventaurus Verlag & Media
- Obrecht, Werner* (2006): Interprofessionelle Kooperation als professionelle Methode, in: *Beat Schmocker* (Hrsg.), *Liebe, Macht und Erkenntnis: Silvia Staub-Bernasconi und das Spannungsfeld Sozialer Arbeit*, Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, S. 408–445
- Obrecht, Werner* (2013): Die Struktur professionellen Wissens: Ein integrativer Beitrag zur Theorie der Professionalisierung, in: *Roland Becker-Lenz/Stefan Busse/Gudrun Ehlert/Silke Müller-Hermann* (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit: Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven*, Wiesbaden: SpringerLink, S. 49–75
- Pauls, Helmut* (2018): Beratungskompetenzen in der Klinischen Sozialarbeit [online] in: *Zeitschrift für Theorie und Praxis in der Beratung* 19, S. 4–21 [Zugriff: 22.07.2020]
- Pentzold, Christian/Bischof, Andreas/Heise, Nele* (2018): Einleitung: Theoriegenerierendes empirisches Forschen in medienbezogenen Lebenswelten, in: *Christian Pentzold/Andreas Bischof/Nele Heise* (Hrsg.), *Praxis Grounded Theory: Theoriegenerierendes empirisches*

Forschen in medienbezogenen Lebenswelten. Ein Lehr- und Arbeitsbuch, Wiesbaden: SpringerLink, S. 1–26

Pentzold, Christian/Bischof, Andreas/Heise, Nele (Hrsg.) (2018): Praxis Grounded Theory: Theoriegenerierendes empirisches Forschen in medienbezogenen Lebenswelten. Ein Lehr- und Arbeitsbuch, Wiesbaden: Springer VS

Peters, Oliver (2014): Problemskizzen im Beratungsprozess Alkoholkranker, in: neue praxis Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik 44, S. 75–84

Petrucci, Marco/Wirtz, Markus (2007): Sampling und Stichprobe [online] <https://quasussite.wordpress.com/sampling-und-stichprobe/> [Zugriff: 18.05.2020]

Polanyi, Michael (1985): Implizites Wissen, Berlin: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft

Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2008): Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch, München: Oldenbourg

Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2014): Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch, 4. Aufl., München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag

Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2019): Forschungsdesigns für die qualitative Sozialforschung, in: *Nina Baur/Jörg Blasius* (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Wiesbaden: Springer VS, S. 105–124

Reichertz, Jo: Die Bedeutung der Subjektivität in der Forschung, in: Forum Qualitative Sozialforschung Vol.16, No.3, Art.33 [online] <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1503339> [Zugriff: 23.04.2020]

Reichertz, Jo (2013): Die Abduktion in der qualitativen Sozialforschung: Über die Entdeckung des Neuen, 2. Aufl., Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden

Reichertz, Jo (2016): Qualitative und interpretative Sozialforschung: Eine Einladung, Springer Fachmedien Wiesbaden

Röh, Dieter (2020): Soziale Diagnostik in der Suchthilfe - eine geschichtliche und theoretische Herleitung, in: *Rita Hansjürgens/Frank (Hg.) Schulte-Derne* (Hrsg.), Soziale Diagnostik in der Suchthilfe: Leitlinien und Instrumente für Soziale Arbeit, Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht Verlag, S. 13–20

Rometsch, Wolfgang (2012): Nur multidisziplinär kann Suchthilfe geleistet werden, in: Suchttherapie 13, Nr.4, S. 152

Rosenthal, Gabriele (2015): Interpretative Sozialforschung: Eine Einführung, 5. Aufl., Weinheim: Beltz Juventa

Rosenthal, Gabriele (2019): Biografieforschung, in: *Nina Baur/Jörg Blasius* (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Wiesbaden: Springer VS, S. 585–598

- Rüegger/Cornelia* (2010): Soziale Diagnostik als Kern des professionellen Handelns: ein Orientierungsrahmen, in: Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit S. 35–52 [online] [Zugriff: 08.09.2020]
- Rüegger, Cornelia* (2020): Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit: Eine handlungstheoretische Wissensbasis der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie, Weitrandsdorf-Weidach: ZKS-Verlag
- Schmidt, Romina* (2020): Zur Bedeutung didaktischer Artefakte im Rechtschreibeunterricht: Eine qualitative Studie zum Gebrauch von Lehr-Lern-Materialien durch Lehrpersonen, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden
- Schmocker, Beat* (Hrsg.) (2006): Liebe, Macht und Erkenntnis: Silvia Staub-Bernasconi und das Spannungsfeld Sozialer Arbeit, Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Schmocker, Beat* (2019): Die Begriffe «Bedürfnis» und «soziales Problem» und die Soziale Arbeit [online] <https://www.beat-schmocker.ch/bibliothek> [Zugriff: 23.09.2020]
- Sommerfeld, Peter/Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia/Hollenstein, Lea* (2016): Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie: Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden
- Sommerfeld, Peter/Hollenstein, Lea/Calzaferri, Raphael* (2011): Integration und Lebensführung: Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der sozialen Arbeit, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Specht, Sara/Dauber, Hannah/Künzel, Jutta/Braun, Barbara* (2019): Suchthilfestatistik Berlin 2017: Jahresbericht zur aktuellen Situation der Suchthilfe in Berlin, München: Institut für Therapieforchung
- Staub-Bernasconi, Silvia* (2018): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität, 2. Aufl., Opladen & Totonto: Verlag Barbara Budrich
- Stimmer, Franz/Ansen, Harald* (2016): Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern: Grundlagen - Prinzipien - Prozess, Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Stimmer, Franz/Weinhardt, Marc* (2010): Fokussierte Beratung in der sozialen Arbeit, München/Basel: E. Reinhardt
- Stöver, Heino* (2012): Konzepte und Arbeitsmethoden der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe, in: Suchttherapie 13, S. 162–166 [online] <https://doi.org/10.1055/s-0032-1327707#> [Zugriff: 25.09.2020]
- Strauss, Anselm/Corbin, Juliet* (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung, Weinheim: Beltz - Psychologie Verl. Union
- Streeck, Ulrich* (2013): Implizites Beziehungswissen, in: Psychotherapeut 58, S. 143–151 [online] <https://doi.org/10.1007/s00278-013-0969-5#> [Zugriff: 18.08.2020]

Strübing, Jörg (2014): *Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatischen Forschungsstils*, 3. Aufl., Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden

Strübing, Jörg (2018): *Grounded Theory: Methodische und methodologische Grundlagen*, in: *Christian Pentzold/Andreas Bischof/Nele Heise* (Hrsg.), *Praxis Grounded Theory: Theoriegenerierendes empirisches Forschen in medienbezogenen Lebenswelten. Ein Lehr- und Arbeitsbuch*, Wiesbaden: Springer VS, S. 27–52

Strübing, Jörg (2019): *Grounded Theory und Theoretical Sampling*, in: *Nina Baur/Jörg Blasius* (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, Wiesbaden: Springer VS, S. 525–544

Völter, Bettina/Gahleitner, Silke Birgitta/Cornel, Heinz/Voß, Stephan (Hrsg.) (2020): *Professionsverständnisse der Sozialen Arbeit*, Weinheim: Beltz Juventa

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Masterarbeit eigenständig angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Hilfsmittel verwendet habe.

Ich bin mit der Bereitstellung meiner Abschlussarbeit in der Bibliothek einverstanden.

Berlin, 27.10.2020

Marlen Stritzel



Anhang

Anhang: SPSS-Verfahren

Leitfrage: Wie gestaltet sich Suchtbegleitung im Kontext von Suchtberatungsstellen aus der Perspektive von Fachkräften?

Annahme: In der Praxis passiert ein bisschen mehr als es definiert ist!

Schritt1 Sammeln

- Was kommt Ihnen in den Sinn, wenn Sie an das Wort Begleitung denken?
- Brainstorming: begleiten?! Was fällt Ihnen als erstes dazu ein?
- Haben Sie schon mal von Begleitung bzw. Suchtbegleitung gehört?
- Können Sie sich darunter etwas vorstellen?
- Was könnte Begleitung für Sie heißen?
- Was sind Ihre Tätigkeiten hier in der Suchtberatungsstelle?
- Bzw. Beschreiben Sie bitte Ihre Tätigkeiten in der Beratungsstelle
- Wenn Sie eine/n Klient*in begleiten, was machen Sie da konkret?
- Welche Tätigkeiten fallen Ihnen da noch ein?
- Kommt das Wort Begleitung in Ihrem Konzept vor?
- Kann man den Begriff der Begleitung in ihrem Konzept finden und wenn ja unter welchem Angebot?
- Wenn ja, ...
- Wenn nein, warum nicht, wenn Sie in es in der alltäglichen Arbeit machen?
- Welche Begriffe gibt es noch für das was Sie hier tun?
- Bzw. Welche Begriffe fallen Ihnen als Synonyme für Begleitung noch ein?
- Welche Formen von Begleitung gibt es/kennen Sie? → Intensitätsformen
- Was sind Ihre Angebote hier in der Beratungsstelle?
- Was glauben Sie haben Ihre Klient*innen für einen Bedarf? Was brauchen Sie?
- Was macht aus Ihrer Sicht Begleitung aus? physisch an Orte begleiten? Prozesse begleiten?
- Was unterscheidet Begleitung von Beratung?
- Gibt es aus Ihrer fachlichen Perspektive einen Unterschied zwischen Beratung und Begleitung?
- Können Sie mir aus ihrer fachlichen Perspektive Unterschiede zwischen Beratung und Begleitung beschreiben?
- Wer wird begleitet und warum?
- In welchen Zeiträumen sehen Sie ihre Klient*innen?
- Wie lang sind die Zeiträume?
- Was heißt für Sie Beratung?
- Wie sieht Beratung für Sie aus?

- Wie ist Beratung hier konzeptionell verankert?
- Ist eine Form von Begleitung hier konzeptionell verankert?
- Was sind die Grenzen von Beratung?
- Können Sie mir die Grenzen von Beratung beschreiben?
- Wann fängt Begleitung an?
- Wo/Wann hört Begleitung auf?
- Haben Sie das Gefühl Ihre Tätigkeit geht über die Tätigkeit der Beratung hinaus?
- Wenn Sie beschreiben müssten, welche Tätigkeiten über die der Beratung hinaus gehen, wie würden Sie diese beschreiben?
- Geben Sie mir einen Einblick in Ihren Arbeitsalltag.
- Mit was assoziieren Sie Begleitung bzw. jmd. begleiten?
- Welche Qualitäten kann Beratung für Klient*innen haben?
- Welche Qualitäten kann Begleitung für Klient*innen haben?

Schritt 2 Prüfen

Ausschließen, wenn **nicht erzählgenerierende** oder **geschlossene Fragen** gestellt wurden und Fragen, die nur darauf **abzielen Vorwissen zu bestätigen** und Fragen, die nach **komplexen theoretischen Zusammenhängen** aus sind.

- Was kommt Ihnen in den Sinn, wenn Sie an das Wort Begleitung denken?
- ~~Brainstorming: begleiten?! Was fällt Ihnen als erstes dazu ein?~~
- ~~Haben Sie schon mal von Begleitung bzw. Suchtbegleitung gehört?~~
- ~~Können Sie sich darunter etwas vorstellen?~~
- Was könnte Begleitung für Sie heißen?
- Was sind Ihre Tätigkeiten hier in der Suchtberatungsstelle?
- Bzw. Beschreiben Sie bitte Ihre Tätigkeiten in der Beratungsstelle.
- ~~Wenn Sie eine/n Klient*in begleiten, was machen Sie da konkret?~~
- Welche Tätigkeiten fallen Ihnen da noch ein?
- ~~Kommt das Wort Begleitung in Ihrem Konzept vor?~~
- Kann man den Begriff der Begleitung in Ihrem Konzept finden und wenn ja unter welchem Angebot?
- ~~Wenn ja, ...~~
- ~~Wenn nein, warum nicht, wenn Sie in es in der alltäglichen Arbeit machen?~~
- Welche Begriffe gibt es noch für das was Sie hier tun?
- Bzw. Welche Begriffe fallen Ihnen als Synonyme für Begleitung noch ein?
- ~~Welche Formen von Begleitung gibt es/kennen Sie? → Intensitätsformen~~
- Was sind Ihre Angebote hier in der Beratungsstelle?
- Was glauben Sie haben Ihre Klient*innen für einen Bedarf? Was brauchen sie?
- Was macht aus Ihrer Sicht Begleitung aus? ~~physisch an Orte begleiten? Prozesse begleiten?~~
- ~~Was unterscheidet Begleitung von Beratung?~~

- ~~Gibt es aus Ihrer fachlichen Perspektive einen Unterschied zwischen Beratung und Begleitung?~~
- Können Sie mir aus ihrer fachlichen Perspektive einen Unterschied zwischen Begleitung und Beratung beschreiben?
- Wer wird begleitet und warum?
- In welchen Zeiträumen sehen Sie ihre Klient*innen?
- Wie lang sind die Zeiträume?
- Was heißt für Sie Beratung?
- Wie sieht Beratung für Sie aus?
- Wie ist Beratung hier konzeptionell verankert?
- ~~Ist eine Form von Begleitung hier konzeptionell verankert?~~
- Was sind die Grenzen von Beratung?
- Können Sie mir die Grenzen von Beratung beschreiben?
- Wann fängt Begleitung an?
- Wo/Wann hört Begleitung auf?
- Haben Sie das Gefühl Ihre Tätigkeit geht über die Tätigkeit der Beratung hinaus?
- (Wenn Sie beschreiben müssten, welche Tätigkeiten über die der Beratung hinaus gehen, wie würden Sie diese beschreiben?)
- Geben Sie mir einen Einblick in Ihren Arbeitsalltag.
- Mit was assoziieren Sie Begleitung bzw. jmd. begleiten?
- Welche Qualitäten kann Beratung für Klient*innen haben? Warum will ich das wissen?
- Welche Qualitäten kann Begleitung für Klient*innen haben?

Schritt 3 Sortieren

Nach Forschungsinteresse

- Was sind Ihre Tätigkeiten hier in der Suchtberatungsstelle?
- Beschreiben Sie bitte ihre Tätigkeiten in der Beratungsstelle!
- Welche Tätigkeiten fallen Ihnen noch ein?
- Geben Sie mir einen Einblick in ihren Arbeitsalltag!
- Haben Sie das Gefühl Ihre Tätigkeiten hier gehen über die eigentliche Tätigkeit der Beratung hinaus?
- Was heißt Begleitung für Sie?
- Was macht aus Ihrer Sicht Begleitung/Beratung aus?
- Können Sie mir aus Ihrer fachlichen Perspektive Unterschiede zwischen Beratung und Begleitung beschreiben?
- Was heißt für Sie Beratung?
- Wie sieht Beratung für Sie aus?

- Was sind die Grenzen von Beratung?/Können Sie mir die Grenzen von Beratung beschreiben?
- Wann fängt Begleitung an?
- Wann hört Beratung auf?

- Wer wird begleitet?/Wer wird begleitet?
- ...und warum?
- In welchen Zeiträumen sehen Sie Ihre Klient*innen?
- Wie lang sind die Zeiträume?
- Was glaube Sie haben die Klient*innen für einen Bedarf?
- Was brauchen Sie?
- Welche Qualitäten kann Beratung für Klient*innen haben?

- Was sind hier ihre Angebote hier in der Beratungsstelle?
- Kann man den Begriff der Begleitung in ihrem Konzept finden?
- Unter welchem Angebot könnte man am ehesten Begleitung finden?
- Wie ist Beratung hier konzeptionell verankert?

Schritt 4 Subsumieren (unterordnen, zusammenfassen)

Vorläufiger Leitfaden

Erzählaufforderung 1: Beschreiben Sie mir Ihre Tätigkeiten hier in der Beratungsstelle!

Unterfragen:

- Welche Tätigkeiten fallen Ihnen noch ein?
- Geben Sie mir einen Einblick in Ihren Arbeitsalltag!
- Haben Sie das Gefühl Ihre Tätigkeiten gehen über die eigentliche (beraterische) Tätigkeit der Beratung hinaus?
- Welche Begriffe/Verben beschreiben Ihre Tätigkeiten hier noch ganz gut?

Erzählaufforderung 2: Was heißt für Sie Beratung?

Unterfragen:

- Wie sieht Beratung für Sie aus?
- Was macht aus Ihrer fachlichen Sicht Beratung aus?

Erzählaufforderung 3: Können Sie mir die Grenzen von Beratung beschreiben?

Unterfragen:

- Woher kommen die Grenzen?
- Wann hört Beratung auf?

- Wo fängt Begleitung an?
- Gibt es nennenswerte Unterschiede zwischen Beratung und Begleitung?

Erzählaufforderung 4: Was glauben Sie haben Ihre Klient*innen für einen Bedarf?

Unterfragen:

- Welche Qualitäten kann Beratung für Ihre Klient*innen haben?
- Was brauchen Klient*innen, die hier her kommen?
- Wer ist ihr Klientel?
- In welchen Zeiträumen sehen Sie ihre Klient*innen?
- Wie lang sind die Zeiträume?
- Wer wird beraten und warum?

Erzählaufforderung 5: Mit was assoziieren Sie Begleitung bzw. jemanden begleiten?

Unterfragen:

- Welche Synonyme fallen Ihnen noch zum Begriff 'Beratung'/'Begleitung' ein?

Erzählaufforderung 6: Was sind die konkreten Angebote hier in der Suchtberatungsstelle?

Unterfragen:

- Kann man den Begriff der 'Begleitung' unter ihren Angeboten finden?
- Unter welchem ist es zu finden?
- Wie ist Beratung hier konzeptionell verankert?
- Was tun die Fachkräfte, die hier arbeiten?

Anhang: Leitfaden für Interviews

- Angepasste und endgültige Version des verwendeten Leitfadens

Erzählaufforderung 1: Beschreiben Sie mir Ihre Tätigkeiten hier in der Beratungsstelle!

Unterfragen:

- Welche Tätigkeiten fallen Ihnen noch ein?
- Geben Sie mir einen Einblick in Ihren Arbeitsalltag!
- Haben Sie das Gefühl Ihre Tätigkeiten gehen über die eigentliche (beraterische) Tätigkeit der Beratung hinaus?
- Welche Begriffe/Verben beschreiben Ihre Tätigkeiten hier noch ganz gut?

Erzählaufforderung 2: Können Sie mir eine einschlägige Erfahrung aus Ihrer Beratungszeit berichten/ oder eine besondere Situation schildern?

Erzählaufforderung 3: Welche Funktionen hat die Drogenberatungsstelle im Hilfesystem?

Unterfragen:

- Wie sieht Beratung für Sie aus?
- Was macht aus Ihrer fachlichen Sicht Beratung aus?

Erzählaufforderung 4: Wo sehen Sie Grenzen in der Drogenberatung?

Erzählaufforderung 5: Und wie gehen Sie damit um?

Unterfragen:

- Gibt es Aspekte, die Schwierigkeiten in der Beratung auslösen? (auf struktureller Ebene?)
- Woher kommen die Grenzen?
- Wann hört Beratung auf?
- Wo fängt Begleitung an?
- Gibt es nennenswerte Unterschiede zwischen Beratung und Begleitung?

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS e.V.) hat im vergangenen Sommer ein Forderungspapier für die Suchtberatung erstellt, in dem als vierter Punkt unter dem Aspekt der Grundleistungen, die die Suchtberatung zu erfüllen hat, folgendes auftaucht:

„eine bedarfsgerechte Beratung und Begleitung in Bezug auf die Anliegen und Problematiken von Klient*innen, auch über den Suchtmittelkonsum hinaus.“

Erzählaufforderung 5: Welchen Stellenwert oder welche Relevanz hat diese Forderung für die Suchtberatung?

Unterfragen: Wird diese Forderung schon erfüllt und wenn ja wie sieht das aus?

Back-Up-Fragen:

Erzählaufforderung 6: Was glauben Sie haben Ihre Klient*innen für einen Bedarf?

Unterfragen:

- Wie decken Sie diesen Bedarf in Ihrer Beratungsstelle ab?
- Welche Qualitäten kann Beratung für Ihre Klient*innen haben?
- Was brauchen Klient*innen, die hier her kommen?
- Wer ist ihr Klientel?
- In welchen Zeiträumen sehen Sie ihre Klient*innen?
- Wie lang sind die Zeiträume?
- Wer wird beraten und warum?

Erzählaufforderung 7: Mit was assoziieren Sie Begleitung bzw. jemanden begleiten?

Unterfragen:

- Welche Synonyme fallen Ihnen noch zum Begriff 'Beratung' / 'Begleitung' ein?

Erzählaufforderung 8: Was sind die konkreten Angebote hier in der Suchtberatungsstelle?

Unterfragen:

- Kann man den Begriff der 'Begleitung' unter ihren Angeboten finden?
- Unter welchem ist es zu finden?
- Wie ist Beratung hier konzeptionell verankert?
- Was tun die Fachkräfte, die hier arbeiten?



59065 Hamm, Westenwall 4
59003 Hamm, Postfach 1369
Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de | www.dhs.de

DHS Forderungen zur Suchtberatung

Erfolgreiche Suchtberatung gibt es nicht zum Nulltarif!

Eine bedarfsgerechte, sozialraum- und teilhabeorientierte und nachhaltig wirksame Suchtberatung kann nur mit einer verlässlichen und kostendeckenden Finanzierung langfristig gewährleistet werden. Die Praxis der kommunalen Finanzierung der Suchtberatungsstellen gefährdet diese Versorgung jedoch zunehmend.¹

Die DHS fordert deshalb:

1. Für alle suchtgefährdeten und/oder abhängigkeitskranken Menschen in Deutschland wie deren Angehörige müssen in den Kommunen und Bundesländern vergleichbare Voraussetzungen zur Inanspruchnahme einer Suchtberatung bestehen.
 2. Dies setzt eine nachhaltige, auskömmliche und verlässliche Finanzierung der Leistungen der Suchtberatung im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge und Landesförderungen voraus.
 3. *Die Grundleistungen der ambulanten Suchtberatung sind bundesweit vergleichbar.*² Ambulante Suchtberatung bedeutet in erster Linie:
 - niedrighschwellige Zugangsmöglichkeit zu einem qualifizierten Hilfeangebot,
 - einen Raum zur Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung, um weitergehende Hilfeleistungen wie Beratung, Vermittlung oder Behandlung erst zu ermöglichen,
 - die Vermittlung in weiterführende Hilfen bzw. Rehabilitation und in Sucht-Selbsthilfe,
 - **bedarfsgerechte Beratung und Begleitung in Bezug auf die Anliegen und Problematiken von Klient*innen, auch über den Suchtmittelkonsum hinaus,**
 - die Gestaltung eines Prozessbogens, der Klient*innen in ihren Anliegen ernst- und mitnimmt,
 - die Erschließung des Zugangs zu einem regionalen Hilfenetzwerk für Betroffene.³
- Die Finanzierung muss sich an diesen *Grundleistungen bzw. der Grundversorgung* orientieren und auch deshalb bundesweit vergleichbar sein.
4. Die genannten Potenziale eines offenen Beratungsangebots der Suchtberatung sind vielfältig und bedarfsorientiert und dürfen nicht nur auf die faktische Verpflichtung zur Vermittlung in die Rehabilitation reduziert werden.

¹ DHS et al, Notruf Suchtberatung. Stabile Finanzierung jetzt! Hamm, 2019

² Hansjürgens, Rita, Alice-Salomon-Hochschule, Berlin, Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung, 2018

³ Hansjürgens, a.a.O.

5. Um dem Charakter und den konzeptionellen Vorteilen eines offenen Beratungsangebotes zum Aufbau einer vertrauensvollen, tragfähigen Arbeitsbeziehung gerecht zu werden, muss die Finanzierung im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge überwiegend auf pauschaler Basis erfolgen. Unter Berücksichtigung der vorhandenen Strukturen, umzusetzenden Tarifbindungen bzw. Lohnsteigerungen und den Inflationsraten wird die Finanzierung der Suchtberatung regelmäßig (jährlich) dynamisiert. Modelle der Leistungsausschreibungen von Suchtberatung sind hierfür nicht zielführend.
6. Der Personalschlüssel in Beratungsstellen für den Bereich der *Grundversorgung* orientiert sich an einer Kennziffer von einer Fachkraft für 10.000 Einwohner, zzgl. 0,2 Verwaltungsstelle, im Sinne einer Mindestforderung (DHS, fdr+).⁴
7. Erwirtschaftungen über Eigenleistungen der Beratungsstellen (z.B. Angebote der Ambulanten Rehabilitation Sucht, Präventionsmaßnahmen, Nichtraucherentwöhnung, Kurse zur Führerscheinwiedererlangung / MPU) wie auch Spenden sind Eigenmittel der Beratungsstellen, die für zusätzliche Leistungen eingesetzt werden und nicht mit der pauschalen Finanzierung von Grundleistungen verrechnet werden dürfen.
8. Suchtberatung ist per se *teilhabeorientiert*, mit dem nachhaltigen Ziel, der sozialen und beruflichen (Re-)Integration betroffener Menschen. Suchtberatung fungiert auch als Vermittlungsinstanz zwischen gesellschaftlichen Interessen und individuellen Bedarfen und Orientierungen. Wesentliche Grundlage hierfür ist eine regionale Kooperations- und Interessengemeinschaft zwischen Kommune und Suchtberatung, die auf Vertrauen basiert.

Diese Form einer verlässlichen und vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Kommune und Suchtberatung ist seit vielen Jahren erfolgreich. Damit die Suchtberatungsstellen für suchtgefährdete und/oder abhängigkeitskranken Menschen sowie deren Angehörige weiterhin die zentrale und hilfreiche Anlaufstelle in den Kommunen und Bundesländern bleiben kann, ist es JETZT erforderlich, eine verlässliche Finanzierung zu garantieren!

Hamm, 4. Juni 2019

⁴ fdr+, Forderungen für eine wirksame ambulante Suchthilfe, Berlin 2017, wie auch: DHS Rahmenplan für Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und deren Angehörige, Hamm, 14.05.1992

Anhang: Transkriptionsregeln nach Kuckartz

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert.
2. Die Sprache und Interpunktion wird leicht geglättet, d. h. an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise wird aus „Er hatte noch so ‘n Buch genannt“ -> „Er hatte noch so ein Buch genannt“.
3. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.
4. Deutliche, längere Pausen werden durch Auslassungspunkte (...) markiert.
5. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
6. Zustimmende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (Mhm, Aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
8. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa lachen oder seufzen), werden in Klammern notiert.
9. Die interviewende Person wird durch ein „I“, die befragte Person durch ein „B“, gefolgt von ihrer Kennnummer, gekennzeichnet (etwa „B4:“).
10. Jeder Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der EnterTaste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern, deutlich gemacht, um die Lesbarkeit zu erhöhen.

(Kuckartz et al. 2008, S. 27-28)

Anhang Transkripte 1-5

Transkript 1

1 #00:00:00-0#

2

3 Interviewerin: Ähm, genau, ich würd dich bitten, dass du mir erst einmal alles über deine
4 Arbeit und deine Tätigkeiten in der Beraterfunktion beschreibst //in Form des Beraters ne//
5 und dabei kannst du gern auch auf die Klient*innen und deren Bedarfe eingehen. //ok// ähm
6 und ich bin vorrangig quasi an deinen Erfahrungen und Erlebnissen interessiert, also äh ja
7 einschlägigen Erfahrungen. Es geht jetzt nicht um eine Wissensabfrage und ich werde dich
8 jetzt erstmal nicht unterbrechen. Nimm dir so viel Zeit wie du möchtest und ich schreib mir
9 gegebenenfalls etwas auf falls ich nachfragen habe. #00:00:50-3#

10

11 Person: Ich hab, du musst mich dran erinnern, ich hab ähm für bestimmte Präsentationen hab
12 ich mir unsere Einrichtung in so ne relativ gute Übersicht gebracht //mh// und dabei sind eben
13 auch noch die Zahlen der letzten drei Jahre. Ähm wo auch so ein bisschen die
14 Altersstrukturen und die Substanzen hervorgehen. Das kann ich dir nachher auch nochmal
15 mitgeben, falls es in irgendeiner Form behilflich ist. //mh, gern// Also ich fang einfach mal
16 und dann guckste (1) ((tiefes einatmen der Person)) im Grunde genommen ist es ja so, dass
17 ich hier seit ein paar Jahren die Einrichtungsleitung übernommen hab und ähm Ziel war es
18 von Anfang an möglichst raus zu bleiben aus der aktiven Klienten Arbeit, die Praxis hat
19 jedoch was anderes gezeigt. Das heißt Leute ähm sind manchmal krank oder gehen in den
20 Urlaub, oder suchen sich nen anderen Job oder werden schwanger und äh dadurch hat man
21 dann als Einrichtungsleitung äh schon sowas wie ne Feuerwehrfunktion und springt überall
22 ein. Ich Spring auch gern überall ein, ich hab bei der vorherigen Einrichtung auch ziemlich,
23 so in fast jedem Bereich gearbeitet und mag es auch mich sehr vielseitig einzusetzen, was
24 zum Teil auch sehr stressvoll sein kann. Denn mein Job ist es in erster Linie
25 Personalverantwortung zu haben, ähm das heißt mein Job ist es, dafür zu sorgen, dass andere
26 ihren Job machen können letztendlich. //mh// und dann der ganze administrative Teil und
27 Controlling der dazu gehört //mh// so aber nichtsdestotrotz ich spring in jede Lücke ein äh wir
28 haben sach ich mal auch viele Lücken, die es gibt, zum einspringen. Ähm das wirst du sehen
29 nachher an der Darstellung unserer Einrichtung, wir sind nicht nur im klassischen Sinne eine
30 Drogenberatung mit Versorgungsautrag, sondern wir im Endgeldbereich, wir haben auch
31 einen Teil, ähm unsere Einrichtung ist PSB Psychosoziale Betreuung. Da sind fünf
32 Kolleg*innen und in der Beratung sind wir vier und darauf setzt sich ne studentische
33 Mitarbeiterin und Fam und ich so als Leitung. Also wir sind insgesamt 12 Leute. Genau, das
34 heißt ähm ich bin auch in beiden Teams Feuerwehrmann, wenn jemand in der Praxis ausfällt,
35 spring ich dort ein mach PSB, ähm da hat man nen bisschen andere Funktion und ne bisschen
36 andere Betreuungsbeziehung. Weil einerseits ist es, ist man aus dem vermittelnden Kontext
37 draußen und es geht eher in die Richtung ja ok wir haben vieles ausprobiert, das ist jetzt mal
38 nen Angebot wo du oder wo sie ankommen. Ähm das heißt, da unterscheidet es sich von der
39 Beratung die PSB. Es unterscheidet auch von einem quasi Zwangskontext. Es gibt die
40 Verordnung, die sagt, willst du substituiert werden, dann brauchst du ne Sozialarbeiterin,
41 Sozialarbeiter zur Seite, das heißt ähm man braucht dafür Mi Motivational Interviewing Das
42 ist hier aber auch unser Standard, es wird jeder hier bei uns auch darin ausgebildet. //mh// ()
43 das heißt man muss da auch mit Zwangskontexten arbeiten und was ganz spannend ist das die
44 Berufsgruppe der Ärzt*innen, die sind ja auch nochmal sag ich mir, bisschen anders
45 unterwegs als Sozialarbeiter. Das heißt da zu gucken, da so ne Kooperation mit der
46 Arbeitsbeziehung, aber im Grunde genommen ist es ne sehr spannende Form von Beratung.
47 Sehr, kann mitunter sehr intensiv sein, weil die ja mittel bis langfristig angelegt sind. Also ne
48 PSB Anbindung kann von drei Monaten bis drei Jahre oder zehn Jahre gehen so. Je nachdem.

49 //mh// das ist natürlich ein ganz anderer Umgang als jetzt im Beratungskontext. So, im
50 Beratungskontext ähm spring ich in jedes Angebot rein. Also wir haben zum Beispiel ne
51 Orientierungsgruppe, die einerseits dazub dient, ähm von ich möchte mich verändern weiß
52 aber nicht wohin die Reise gehen soll, aber auch jetzt wo die Kostenträger nicht mehr so
53 schnell arbeiten wie vor drei vier Jahren muss man die Leute ja trotzdem irgendwie
54 zwischendrin stabilisieren, das heißt ähm, dafür nutzen wir auch die Orientierungsgruppe und
55 ähm was ich so spannend finde in der Orientierungsgruppe ist das diese drei Säulen so
56 ziemlich metamäßig das tangieren wo worum es in der Suchthilfe geht ne. Also wir haben äh
57 so das sind acht Module. Ein Teil der Module besteht darin wo finde ich Hilfe? und wie
58 funktioniert das Hilfesystem? //mh// was sind die Abläufe? Dann gibt es son Teil der eher so
59 in Richtung Psychoedukation läuft ne, also was passiert da eigentlich in meinem
60 Gehirn?//ja// so und dann gibts so ne Säule, die ganz klare Verhaltensreflexion, also Craving,
61 was mach ich denn mit dem Suchtdruck? Wie geht ich damit um? Und das ist sehr spannend,
62 denn das sind die Themen über die wir eh immer uns drehen, relativ von Anfang an in der
63 Anbindung //mh// bis hin zum Beratungsprozess und darüber hinaus. Und man schlägt noch
64 mal die Fliege mit der Klappe dahingehend, dass man Leute auch an therapeutische Kontexte
65 gewöhnt. //mh// also viele Leute, also Klienten, ich sag immer Leute, damit fühl ich mich
66 wohler grad //mh// ähm reden dann zum ersten Mal in der Gruppe und wenn man das noch nie
67 gemacht hat, insbesondere bei einem Thema das so stigmatisierend ist äähm ähm hat man
68 erstmal ne große Hemmschwelle und denkt nee ich möchte mit ner Gruppe nichts zu tun
69 haben. Und interessanterweise ist es dann zu 99,9% schnell gegessen. Also weil, also das ist
70 meine Hypothese, wir sind soziale Tiere äh und wir sind ja über Gruppen sozialisiert von der
71 Geburt äh bis hin ins Berufsleben bis hin ins Seniorenheim, aber auch wenn man jetzt in
72 unsere Geschichte der Menschheit guckt, es war immer in irgendwelchen Großgruppen oder
73 Großfamilien ne, also und ähm und das ist ähm, die Gruppe ist ein Ort für viel Leid, aber auch
74 für viel fröhliches ((lacht)) //mh// man muss ja nur in unsere Familien gucken, ist ja nicht
75 immer schön ((lachend)) bei dem einen oder anderen wird es zu Weihnachten wieder ganz
76 spannend so, ähm auf der anderen Seite kann halt Gruppe extrem heilend wirken so, und das
77 ist sehr spannend wenn die das kapierten und sehen sind die relativ schnell überzeugt von
78 Gruppen. Und ich springe mal vor über das Kerngeschäft. Ähm, weil ich bin gerade dabei das
79 Nachsorgeangebot hier zu etablieren und zu stabilisieren. Ich mach jetzt gerade ganz viel
80 Einzelnachsorge-Geschichten, die ähm, das ist nicht das normale Setting das soll ein
81 Gruppensetting sein, aber man braucht son gewissen Stamm um ne gute Gruppe zu haben.
82 Und Nachsorge bedeutet, ich war jetzt ein halbes Jahr in stationärer Therapie, in der
83 vorherigen Einrichtung wo ich war gabs ja auch ne Nachsorgegruppe, äh und jetzt ist die
84 Käseglocke weg und jetzt guck ich mal wie ich das erlernte wieder weiter mach. Und das ist
85 das andere extrem, also von wie komm ich hier durch die Tür und da ist ja schon nen Prozess
86 durchgegangen worden und was mir da aufgefallen ist, ich hab dis übernommen federführend
87 ums auszubauen und zu etablieren hier am Standort, ähm, die sind noch mehr dem
88 Gruppenkontext zugewandt, also die sind bei mir in der Nachsorge und sind dazu noch
89 zwischen vier bis sieben Tage die Woche in Selbsthilfegruppen unterwegs //mh// und die
90 spüren sofort Oh Gott wenn nen Suchtdruck kommt und so, ich muss mal wieder in die
91 Gruppe und viele sind selbstreflektiert, sind selbst verwundert, und sagen ich verstehe nicht,
92 ich weiß nicht worans liegt, aber es geht mir immer besser danach //mh// deshalb meine, ich
93 hab nen soziologischen Hintergrund und meine da komm ich dann immer mit meiner
94 soziologischen Hypothese, dass wir Herdentiere sind. Genau und dazwischen gibts die große
95 Bandbreite, also so wie du es halt beim Träger kennengelernt hast. Also aufsuchende Arbeit
96 in den JVs, wir haben, hier haben wir einen Schwerpunkt, der ist organisch gewachsen, den
97 bauen wir weiter aus und den hat nur noch eine andere Einrichtung in der ganzen Stadt. Also
98 auch wenn sich das alle auf die Fahnen schreiben, aber wir machens wirklich. Wir sind sehr
99 systemisch und familienorientiert aufgestellt. Wir haben ne Familiensprechstunde mit

100 Familienslots, also wo sie in der ersten Sprechstunde äh mindestens ein bis anderthalb
101 Stunden Zeit haben um das Anliegen zu klären und ähm wir lassen unsere Mitarbeiter,
102 Mitarbeiterinnen vor Ort so schulen, dass sie ähm auch ganze Familien beraten und betreuen
103 können. Das heißt nicht, dass man es machen muss, es gibt Interventions- äh zwänge sag ich
104 mal, wo man sagt ok, lass uns die mal trennen oder zwei Berater*innen, das gibts auch. Ähm
105 aber im Großen und Ganzen versuchen wir die Familien zusammen zu halten, aber auch
106 natürlich mit unterschiedlicher Gewichtung. Man kann auch sagen ok, beim nächsten Termin
107 nur die Eltern und bei den übernächsten zwei Terminen nur das betroffene Kind oder so. Aber
108 im Prinzip genau, ist eine Ansprechperson ähm und das ist so spannend, ich fühl mich da sehr
109 ermutigt das voran zu schieben, weil wir uns jetzt gerade seit 1,5 Jahren oder so dem Thema
110 exzessiver Mediennutzung nochmal geöffnet haben, weil das gehört einfach zur Lebenswelt
111 unserer Klient*innen, jetzt bin ich wieder bei Klient*innen //mh// ((lachen)), es gehört einfach
112 zu dieser Lebenswelt dazu und wir können nicht sagen äh wir reden nur übers Kiffen und für
113 äh Ballerspiele gehste bitte zur Beratungsstelle xy. Also so, irgendwie bringt nichts ne?
114 //mhh// So das heißt wir haben das geöffnet, aber weils so super spannend ist ähm und da kam
115 son Impuls aus dieser Welt der Mediensuchttherapie äh zu sagen nur mit den Betroffenen zu
116 arbeiten bringt nichts, ich vereinfach das mal, sondern wenn du nicht die ganze Familie
117 mit an Bord nimmst, kannst es in die Tonne kloppen //mhhh// und das fand ich so spannend,
118 weil so weit entfernt ist es ja auch nicht von der stofflichen Sucht so. Und stoffliche Sucht
119 und Verhaltenssucht gehen ja sehr schön Hand in Hand. Ich hatte gestern ein Pärchen hier, äh
120 es ging um äh bisschen Paarberatung hab ich angeboten, weil ich mach Beratung in native
121 tongue, also ich bin Amerikaner, also ich hatte nen Brite und seine Rückfallrisikogeschichten
122 waren immer Streitigkeiten mit seiner Partnerin. Das heißt er war opiatabhängig und seine
123 Partnerin war Borderlinerin ((lachend)) und äh genau. Aber wie gesagt ich arbeite sehr gern
124 mit ganzen Systemen, das macht sehr viel Spaß ähm es ist interessant was es mit einem selbst
125 macht. Einerseits kann es sehr viel Energie ziehen, aber es kann einen auch ganz schön
126 aufladen, also ich komm immer sehr aufgeladen aus Gruppenkontexten wieder raus
127 komischerweise, also ich kann son Tag haben wo ich so durch häng´, nicht mehr aus dem 11
128 Uhr Loch komm und dann 16:30 Uhr Gruppe und dann ist die Energie irgendwie so da, dass
129 man total (1) überdreht da raus kommt. Es ist ja auch schön, auch Krisensituationen lösen das
130 komischerweise bei mir aus, dieses, aber das ist glaub ich meine Sozialisation der ersten
131 Einrichtung wo ich war, also dort hatte man immer Klienten, was heißt immer wieder, also zu
132 meiner Zeit waren immer zwei bis drei Klient*innen, die außerhalb des normalen Settings
133 liefen, zwischen Tür und Angel kamen und potenziell einrichtungssprengende Potenzial
134 hatten ((lachend)) aber das hab ich immer geliebt ehrlich gesagt, und das hab ich hier so mit
135 übernommen muss ich sagen. Das heißt äh wenn sowas passiert, dann ja (2) das ist dann auch
136 nochmal ne ganz andere Form von Beratung, ne wir haben jetzt von Orientierungsgruppe bis
137 hin zu Nachsorge quasi diese Klammer, von Anfang zu Ende und so hat mans auch sag ich
138 mal in der Klient*innentypisierung ne. Man hat diese Krisenfälle kommen total polytox durch
139 die Tür Hilfe ich brauch Hilfe und zwar jetzt sofort und auch noch ne auf eine Art und Weise
140 aggressiv, weil sie keine andere Art gerade im Moment zur Verfügung haben ihr Leid zu
141 kommunizieren äh bis hin zu einer hoch professionellen Anbindung, wenn man mit Familien
142 arbeitet und sagt ok ne jetzt nehmen wir uns 90min nur für das Klären der Anliegen. So und
143 das ist eigentlich die halbe Miete so, ich find da sollte man immer sich Zeit lassen und jetzt
144 ist, jetzt gibts ja unterschiedliche Herangehensweisen. Man kann ein Anliegen klären und das
145 dann Schritt für Schritt abarbeiten, da wird auch so eine Nachsorgen empfohlen. Ich hab aber
146 die Erfahrung gemacht, dass die Leute kommen mit einer Eintrittskarte rein //mh// und nach
147 dem zweiten dritten Beratungsgespräch reden wir über die richtigen Sachen, um die es
148 wirklich geht. Und das hilft es schon hin und wieder mal auf den Anfangsauftrag zu gucken
149 //mh// und zu gucken, sind wir noch nen bisschen (1) stimmt der Kompass noch. Es hilft auch,
150 weil die Verlockung ist groß, ähm sich, nicht zu sehr vom Suchtfokus ääh zu entfernen. Da is,

151 sag ich mal, ist die Verlockung gerade bei Familien groß //mh// also wo wir dann auch ne
152 Fallbesprechung hatten. Also gerade wenn es um Familien und Minderjährige geht, gibt es
153 immer zwei sehr wichtige Fragen: wer hat die Fallverantwortung, also gerade mit Jugendamt
154 und Co., //mh// manchmal Institutionen neigen auch dazu ähm den Ball abzugeben ähm und
155 die zweite Frage ist ähm, also ist eher ne selbstreflexive Frage, passt es noch in unser Profil
156 oder ist es schon jetzt Erziehungsberatung. Wir machen zum Teil Erziehungsberatung //mh
157 ok// so, aber es gibt dann einen, sag ich mal, irgendwann ist dann aber die Schnittmenge zu
158 gering, wo man dann sagt ok nee, hier gehts um ganz stinknormale Ablösungsprozesse, ich
159 bin 21 und will immer noch bei Mama leben äh ich weiß nicht äh ich finde für mich gibts
160 hier zwei wunderbare Erziehungsberatungsstellen im Bezirk, da kann man das auch mit denen
161 probieren. //mh// genau, dann neben, was haben wa noch für Angebote, wir bieten noch nen
162 Kompetenztraininig an, wir haben ne Kooperation mit einem Gymnasium angefangen, wo wir
163 wieder son bisschen in die Präventionsarbeit gehen. Das müssen wir ganz vorsichtig und zart
164 machen, weil in der Suchthilfelandchaft hier gibt es ne tradierte Trennung zwischen
165 Beratung und Prävention. //mh// was Quatsch ist, aus meiner Sicht, man kann mich da auch
166 gerne Zitieren, ich mach mir damit nicht nur Freunde in der Suchthilfe aber wenn man quasi
167 hier vor Ort ist und die Lehrer äh in der Schule um die Ecke, die rufen einen an oder sprechen
168 einen an, dann muss man auch irgendwie ähm darauf antworten so, und äh wenn Angehörige
169 kommen und wissen nicht oh ähm was ist da los, oder wenn Lehrer sagen ich hab da wen in
170 meiner Schulklasse kifft der oder kifft der nicht. Wie find ich das raus? oder ähm dann hängt
171 man eh schon mit einem Bein in der Prävention drin. Und ich find diese Trennung ist mir zu
172 künstlich. So //mh// genau und das heißt dann sieht man auch wir beraten dann halt nicht nur
173 (1) die rein Betroffenen, sondern auch die Bezugspersonen und Fachkräfte, ne also hier ist ne
174 Überschrift die heißt Sucht- //oh achso// ((beide lachend)) nee bildlich mein ich ((lacht)) äh
175 die heißt Sucht und Versorgungsauftrag, das bedeutet, jeder der das Thema hat, darf bei uns
176 durch die Tür, SOLL bei uns bitte durch die Tür kommen und wir kümmern uns. Ob das die
177 Oma ist, der Lehrer oder der Ausbilder, das ist total egal. Und mein Gefühl ist eh, dass die
178 Arbeit mit den Bezugspersonen zum Teil auch viel anstrengender ist. Weil natürlich viel mehr
179 Hoffnung drin hängt, viel mehr Leid, viel mehr auch erfahrenes Leid also sprich ne blöde
180 Geschichte, die da noch mit rein kommt, ne sehr machtvolle Familien- oder Partnerschaftliche
181 Dynamik, ähm das ist schon Wahnsinn wie viel manche Familien uns beschäftigen. //mh// das
182 heißt wir brauchen gute Supervisionen, wir brauchen gute Fallbesprechungen, die auch nen
183 guten Rahmen haben, ähm und auch ne kritische Selbstreflexion, denn ich bin der Meinung,
184 dass in der Suchthilfe und überhaupt in jedem Beruf, dass das Produkt sich durchdrückt, man
185 muss immer gucken ähm sag mal verhalt- bin ich gerade selbst in der Suchtstruktur da mit
186 drin oder nicht? Oder wer spielt hier wessen Spiel gerade mit und so. Das ist nichts
187 schlimmes ne, Übertragungsphänomene sind psychologisch schon längst erklärt und machen
188 total Sinn, die brauchen wir. Aber grad in so Familiendynamiken oder Suchtdynamiken
189 müssen wir als Professionelle immer wieder uns kritisch selbst hinterfragen //mh// ist aber
190 auch mal nicht schlimm, wenn man da mal reinrutscht, das kann jedem mal passieren so, also
191 wie oft, ganz klassisches Beispiel, das haste bestimmt bei beim anderen Träger erlebt, dass
192 jemand kommt rein und sagt: ich muss das jetzt haben, sofort, schnell es muss jetzt jetzt
193 jetzt, und wenn man da nicht ganz auf Zack ist, ist man schon gleich mit in diesem jetzt jetzt
194 jetzt jetzt //mh// und äh hat dann irgendnen Rattenschwanz an Problemen äh und hätte es
195 vielleicht umgehen können, wenn man sagt kommense erstmal an, trinken se nen Kaffee, wir
196 gucken mal was realistisch möglich ist. Aber selbst dem größten und besten Profi passiert das,
197 wir sind alles nur Menschen und wir arbeiten in einem sehr intensiven menschlichen Bereich.
198 ((rascheln)) genaau, ich überleg gerade noch, also wir haben Kompetenztraining, das ist so
199 Peer-to-Peer, da versuchen wir so Jugendliche, die im Probierstadium sind so quasi zu
200 begleiten und anzuregen, dass sie sich selbst äh in der Gruppe irgendwie Impulse setzen
201 //mh// ähm was machen wa noch von Angeboten (1) dann das ganz normale Kerngeschäft

202 also ähm was du auch kennengelernt hast, die reine Therapievermittlung, ähm
203 Konsumreduktion, -reflexion spielt ne große Rolle mit der Haltung also nicht ne reine
204 abstinenzorientierte Haltung sondern es geht um Anwendung und Minimierung von Leid, also
205 Harm Reduction steht im Vordergrund. Das ist übrigens auch in der Gesetzgebung in der PSB
206 und in der Substitution durchgedrungen. Also das in der (3) auf jedenfall gibts ne Richtlinie,
207 der BTMVV und die haben das angepasst, dass nicht mehr Abstinenz sondern das
208 Vermindern von Leid, auch von medizinischer Seite //mh// das steht so im Vordergrund die
209 große Ironie ist, was ich aber auch sehr spannend finde, ist, die Leute kommen ja hier her und
210 haben ja die gleichen Bilder wie wir oder Menschen da draußen im Kopf //mh// also wie viele
211 Menschen träumen von diesen Sachen, die für uns selbstverständlich sind. Also wie oft sitzt
212 ich hier und frage was wünschen sie sich: äh ja ein Reihenhäuschen, ne Partnerschaft und nen
213 Hund //mh// und das ist ja äh und die haben auch diese stigmatisierenden Bilder im Kopf, das
214 ist nicht immer so, dass jemand ganz überzeugt sagt nee ich wills einfach. Oftmals wenn man
215 so Konsumreduktion macht oder so, merkt man so nach äähm sag mal nach der fünften bis
216 siebten Session, das war ganz nett, dass wir uns das mal angeguckt haben, aber ich mach doch
217 lieber Therapie so //mh// ((lachend)) find ich sehr oft so, aber es ist für mich hier relativ egal
218 Hauptsache jemand ist da und arbeitet an sich //mh// und der Rest ist dann eh, kann man eh
219 nicht, kann man nicht soo, kann man schon beeinflussen, aber was sich daraus ergibt, wenn
220 sich jemand zum ersten Mal richtig hinsetzt und sagt ich will an mir arbeiten, das ist ja dann
221 wirklich ne schöne, nen schönes Überraschungsei. Übrigens, die die das nicht machen wollen,
222 die sind auch schöne Überraschungseier ((lachend)) da kommen ganz andere Geschichten
223 hoch. Genaaaau, ich überleg gerade, was hab ich denn noch? (6) Gremienarbeit und
224 Vernetzungsarbeit ist auch sehr wichtig, grad sind wir dabei nen neues aufzuziehen, was ich
225 finde sehr vielversprechend ist, ich finde das hat auch was mit Berater*innen Erfahrung zu
226 tun und zwar hat irgendwann hat (2) die Großstadt gesagt zu ähm ab jetzt werden
227 Jugendberufsagenturen in den Jobcentern etabliert und Drogenberatungsstellen sollen da
228 beraten, unter anderem auch andere Geschichten wie Schuldnerberatung und und und. Und
229 natürlich, was ist passiert, alle Drogenberatungsstellen waren dort und keiner ist gekommen,
230 ist ja auch klar, wenn ich 16 bin äh geh weder zur Fallmanagerin xy noch zum Onkel, zum
231 Drogenberatungsonkel, da hab ich doch kein Bock drauf, so. Und das find ich total in
232 Ordnung, das heißt, äh wir haben versucht in Charlottenburg aus der Not eine Tugend zu
233 machen, das heißt wir machen, wir gehen zu den Maßnahmeträgern hin und dis die
234 Jugendberufsagenturen bezahlen so Bewerbungstrainings und son Kram und da gehen wir hin
235 und und stellen unsere Einrichtung vor und äähm das ist die eine Nummer und die andere
236 Nummer ist halt ein Überweiser*innentreffen, weil die Grundidee ist ja, weshalb Case
237 Management aus den 90igern, das würd ich immer wieder hochhalten, weil wenn man das
238 richtig macht, das ist ne sehr gute Methode //mh// Überweisung funktioniert nur, oder nur gut,
239 wenn sich die Überweiser*innen kennen. So haben wir uns vernetzt, dass nicht Leute wie ich,
240 also Leitungen am grünen Tisch sitzen, irgendwas zusammen uns erträumen an Strukturen
241 und dann funktioniert nicht. Nein, die Leute sollen zusammen kommen, sich kennenlernen,
242 sich die Email Adressen aufschreiben, die Telefonnummern und das man dann
243 institutionsübergreifend ganz kurze Wege kriegt. Mittlerweile sind es Jobcenter Leute,
244 Wohnhilfeleute, Drogenberatung und jetzt ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie auch noch
245 mit eingestiegen und ähm (2) das ist ne ganz coole Geschichte, weil dann funktioniert, dann
246 kriegt man mal schnell nen Anruf ey, ich hab hier jemanden, könnt ihr den nicht noch
247 aufnehmen, auch wenn er noch keinen Therapieplatz hat, aber er kann ja auch danach wieder
248 zu uns kommen, aber wir müssen ihn jetzt mal aus dem Verkehr ziehen. Sowas ist
249 normalerweise kaum möglich, aber wenn sich die Leute kennen, ist es dann vielleicht eher
250 möglich. //ja// (3) so, jetzt brauch ich nochmal nen Impuls von dir. #00:28:25-9#
251
252 Interviewerin: Ja, ok, vielen Dank für deine Ausführungen. Ähm, ja du hast vorhin einmal

253 von der Vermittlerfunktion im Beratungskontext gesprochen //mh// würdest du behaupten es
254 gibt noch also der Beratungskontext oder die Beratung hat noch andere Funktionen?
255 #00:28:43-7#

256
257 Person: Ja also ich würd sagen die ähm (2) klassisch ist es eine Vermittlungsfunktion, die auf
258 Kurzfristigkeit angelegt ist. //mh// sprich ähm ich komm durch die Tür und eine
259 Drogenberatungsstelle ist das Tor zum Hilfesystem, ne und dann guckt man welche
260 Möglichkeiten gibts, sehr individuell abgestimmt, wir haben ganz viele Möglichkeiten in der
261 Bundesrepublik, man kann wirklich ziemlich gut was stemmen. Aber ich glaub, dass das nicht
262 mehr nur die reine Aufgabe ist, weil A sind die ganzen, dauern die ganzen
263 Kostenübernahmegeschichten mittlerweile so lange, dass die Leute zwischen Baum und
264 Borke hängen //ja// und wir müssen die weiter versorgen, dass heißt ähm (2) wir das schiebt
265 so ne Professionalisierungsspirale an, also wir arbeiten alle mittlerweile mit halb
266 therapeutischen Tools oder //mh// mit Tools, die ja auch in der Therapie mit eingesetzt
267 werden, also Motivational Interviewing, äh systemische Fragetechniken, äh all diese
268 Geschichten, damit wir die Leute gut versorgt bekommen bis zu dem Zeitpunkt wo es losgeht
269 //mh// so, oder Leute lassen sich versorgen, aber haben Rückfälle, all diese Geschichten, das
270 heißt wir sind relativ, also die Begleitungszeit, also die Begleitzeiträume haben sich sehr (2)
271 sehr verlängert in den letzten Jahren und das andere Thema ähm sind die berühmte
272 berüchtigten Versorgungslücken, die immer größer werden, aus meiner Sicht //ok// also es
273 fühlen sich immer weniger Institutionen für bestimmte Menschengruppen zuständig, //ja//
274 also hatte jetzt gestern einen Fall, ich könnt ausflippen, nervt mich echt hart, ähm
275 Krisenklient, den wir schon echt lange kennen und der quasi von einer Beratungsstelle zur
276 anderen geschickt wird und bounced //mh// auch weil er so schwierig ist, polytox und versteht
277 nix und das er nichts versteht ist einerseits kulturell, und andererseits sprachlich und zum
278 dritten will er nur das hören, was er hören will. Das kommt zusammen und ähm im Grunde
279 genommen gibt es eine Struktur, die Ideal ist für solche Menschen, das ist das berühmte
280 Nahtlosverfahren, was so //ja// ((nickend)) und kein Schwein kennt sich in hier damit aus und
281 das ist, das macht mich wahnsinnig, weil wir haben mit ganz viel Ringen es geschafft ihn in
282 ein Krankenhaus, ich telefonier mir nen Wolf ab, ich hab mit mehreren Pflegekräften,
283 Stationsärzte äh jetzt Sozialdienst und noch eine Drogenberatungsstelle telefoniert und die,
284 und man merkt, die sind zwar wohlwollend in der Kommunikation, aber die haben kein Bock
285 auf Nahtlosverfahren und nehmen dann in Kauf, ne dann bounced er hier eben wieder zurück
286 //mh// anstatt zu sagen, nee wir haben den jetzt zwei Wochen, dann äh es gibt ne Einrichtung,
287 die sehr gut ist, die auch auf seinen Kulturkreis passt äh Aussiedler und Deutsch-Russen und
288 so //hm// und man hätte den eintüten können und auf direktem Wege weiterschicken können,
289 aber nee, es greift keiner beherzt zu, nix, äh und jetzt wird er äh die Entgiftung ist jetzt am 17.
290 zu Ende, es greift keiner beherzt zu also landet wieder hier und die genau selbe Nummer
291 wieder durchlaufen. Das heißt das ist für mich ein sehr praktisches Beispiel für ne
292 Versorgungslücke. //mh// äh und die greift auch über in die andere Versorgungslücke, dass
293 hier auch andere Leute anlanden, die über die andere Beratungsstelle auch, die wo man nicht
294 weiß ist das jetzt Psychiatrie oder ist das jetzt Suchthilfe? //mh// ich find da decken wir
295 extrem viel ab, weil die Schwellen in den ähm PIAs Psychiatrischen Institutsambulanzen und
296 in den Krankenhäusern und dann ist dann zum Teil schon sehr hoch. Ich mein das sieht man,
297 dann hat man die krasse Immobiliensituation in der Stadt, ich mein man merkt ja in den
298 letzten Jahren in den äh U-bahnen, Stationen, das öffentliche Bild, diese Leute drängen immer
299 mehr in das öffentliche Bild und die landen auch bei und ähm das ganze Thema Geflüchtete
300 und also wir decken mehr ab als ähm das reine Hey, sie wollen ne Therapie machen? Das ist
301 aber schön. //mh// und sechs Wochen ist er bei in einer Therapieeinrichtung, das ist durch die
302 Nummer //mh// (4) //ok// andererseits, entschuldigung, in diesem Bezirk ist es ja sagen wa
303 mal vom Klientel her, dass man auch sehr viel klassisches hat, also Hauptdroge ist THC, dann

304 Heroin durch das PSB Angebot, aber als drittes schon Kokain und da sind viele Leute, die ja
305 beruflich schon ganz schön was reißen. //mh// das passt ja auch ganz gut zusammen, Gastro
306 und Koks oder //ja// wir hatten auch einen Piloten und Koks äh und äh Immobilienkaufmann
307 und Koks und als, das hat man in hier viel und ähm da hat man dann schon auch klassische
308 Vermittlungsverläufe und auch so diese äh äh Musterkunden ne //mh// wo man sagt, () ich
309 hab das nachgeschlagen Javes Klienten, also irgendwie jung, gutaussehend, eloquent äh bla so
310 ne //mh// da muss man auf seinen eigenen Reiß auch aufpassen das man sich nicht immer nur
311 die Perlen, also die braucht man, damit man Spaß hat an seinem Job, aber Hilfe brauchen
312 natürlich auch ganz andere Leute, ganz klar //ja// genau (4) #00:35:24-7#

313
314 Interviewerin: darauf nochmal direkt zurückzugreifen, also du hast gesagt ihr deckt halt die
315 Begleitzeiträume, oder sie sind wesentlich größer oder werden mittlerweile größer, also
316 würdest du, würdest du denn die Arbeit in der Beratung auch als teilweise begleitende Arbeit
317 //ja definitiv, ja// beschreiben? Kannst du das noch ein bisschen näher ausführen? #00:35:45-
318 6#

319
320 Person: Naja, also begleitend dahingehend ähm dass ne man kommt hier an, um von A nach B
321 zu kommen, aber wenn von A bis B noch so lange dauert und tauchen ja all diese Themen
322 auf, die ab Krankenhaus relevant werden, also Suchtdruck äh Rückfälle, vielleicht gibt es
323 schon, vielleicht ist noch irgendwas offen mit mit Justiz //mh// mit Schulden und dann rutscht
324 man immer mehr oder so mit einem Bein, das ist ganz crazy eigentlich, fällt mir auf, ich sag
325 immer wir sind son bissel mit einem Bein in der Therapie //mh// wir sind aber auch mit einem
326 Bein in der Betreuung, also wie PSB oder //ja// genau, da hat sich definitiv etwas verschoben,
327 dass wir trotzdem betreuen ne //mh// und warum auch nicht, ich mein wir mögen alle unseren
328 Job, sind fit, sind engagiert und wenn man, son Brief an die Hausverwaltung ist natürlich
329 schnell geschrieben, so. Also was noch nicht, also wir sind schon sehr also das Beratungsteam
330 ist noch sehr hier an diesen Ort gebunden, aber würde ich trotzdem empfehlen und da sind wir
331 auch nicht mehr in der klassischen Beratungssituation in Sachen Kinderschutz äh da sag ich
332 immer, bitte nicht an den Schreibtischen kleben bleiben, geht hin, geht zu den
333 Hilfeforenzen hin //ja// und so, wir machen ja extrem viel in Sachen Kinderschutz und
334 nehmen es sehr ernst //mh// das heißt ich motivier hier immer alle dazu wenn ihr euch
335 unsicher sein, also ich bin insofern erfahrene Fachkraft, ich guck eh am Ende drauf, aber
336 vieles hört sich in der Theorie schlimm an, aber wenn man mal die Familie hier sitzen hat,
337 oder das Kind gesehen hat, dann äh entsteht nochmal ein ganz anderes Bild so //ja// und
338 daraus können sich auch Begleitsituationen entwickeln und ich hab da gerade in einer anderen
339 Einrichtung SEHR gute Erfahrungen gemacht tatsächlich, also wo ich jemanden begleitet hab,
340 die ich, ich hab mit der Konsumreflexion gemacht, wurde dann schwanger und haben wir das
341 im klassischen Case Management zusammen eingetütet. Da saß ich beim Jugendamt //mh//
342 und das war toll, das war ne gute Erfahrung, alle waren sehr wohlwollend auf Augenhöhe und
343 dann haben wir mit der Mutter-Kind-Einrichtung, Jugendamt, Drogenberatung und haben so
344 den Plan gestrickt, ich hab dann son Verteiler gemacht, hab dann diese Mutter-Kind-Therapie
345 mit einbezogen und dann waren wir alle immer mit in diesem Verteiler und äh und haben
346 diesen Fall nach vorne geschoben und das war mehr als reine Drogenberatung. //ja// so, aber
347 was willste machen ne, die Jugendämter sind auch überfordert zum Teil //mh// und da spielt
348 auch die große Frage, wer hat hier eigentlich die Fallverantwortung. //mh// das ist ne Frage,
349 die wir uns immer öfter stellen müssen (4) und da fahren wir zum Teil auch
350 Versorgungslücken auf, wo Jugendämter dann sagen nee der ist doch gerade bei euch //mh//
351 is doch alles jut, und dann musste sagen nee //mh// Kindeswohlgefährdung äh bitte euer Bier,
352 jetzt tu ich dis noch in ne professionelle Terminologie ab, aber im Grunde genommen das sind
353 die Appelle //ja// ist euer Bier, euer Job, macht mal so //mh// aber auch nicht immer.
354 Manchmal ist es auch wirklich unser Bier und dann //ja// machen wa äh das dann durch,

355 machen nen Empfehlungsschreiben und belgei- auch das ist begleiten, wenn jemand zu uns
356 geschickt wird, wir haben diese äähm Gutscheine für die Urinkontrollen und wenn dann die
357 Jugendämter sagen Jaqueline Chantall soll äh hier dreimal UKs machen, dann ist das auch
358 schon mehr als nur vermitteln, also wir machen schon ein Angebot und gucken wie sich das
359 soo, sind dann auch begleitend //ja// aber trotzdem noch mehr an den Schreibtischen vor Ort
360 als Beraterteam, ähm als PSB, PSB ist dann natürlich auch physisch überall, also Jobcenter,
361 Wohnamt //mh// ähm Krankenhäuser, Praxen und Co. //ja// und aber ich wills in der Beratung
362 persönlich nicht, ich bin da nicht so sehr festgelegt, ich würds in der Beratung auch gern mehr
363 sehen. //ok// so, ich würd das nicht so eng sehen. //mh// ich mein das gibt nicht diese sauberen
364 Klienten, die kommen und ich will, am besten schlag ich ihm noch die Therapie vor //mh//
365 und dann ist es durch #00:41:00-1#

366 Interviewerin: Das heißt die Schwelle ist eigentlich relativ gering von //JA// Berater-
367 #00:41:04-1#

368
369 Person: von Beratungsbetreuung definitiv, ja es wird immer mehr aufgeweicht, weil keiner
370 keiner mehr will die Verantwortung übernehmen ((Telefon klingelt)) Hallo, ich bin gerade in
371 nem Gespräch, kann ich dich gleich zurückrufen? Wie lange bistn da? Ok dann ruf ich dich
372 gleich an, ok
373 Genau, ja ich bin noch da. //mh ja// #00:41:41-0#

374
375 Interviewerin: Da frag ich mich dann gerade so ein bisschen wie also wie kann man dann,
376 also Beratung wird ja finanziert auf eine bestimmte Art und Weise //ja// wie kann man das
377 dann begründen, wenn im Beratungskontext dann Begleitung stattfindet? #00:41:54-7#

378
379 Person: Also ich finde der Versorgungsauftrag ist zwar schriftlich niedergelegt, aber ich find
380 der ist so schwammich formuliert //mh// und das ist ja auch nicht nur schlecht, es ist doch
381 auch schön, wenn äh wenn Beratungsstellen sag ich mal Milieu- und Bezirksspezifisch auch
382 so auch bisschen organische Entwicklung haben, ich mein ich finds sau cool, dass das wir
383 noch son Familienschwerpunkt mit drin haben, den es so wirklich nicht gibt, also wir machen
384 beide auch, sag ich mal, die Methode ist ja die multidimensionale Familientherapie angelegt,
385 aber auf Beratersetting umgebaut und da sieht man auch wie sehr sich Beratung verändert hat,
386 also auch ne, wenn wir uns schon schulen äh und unsere Schulung richtet sich an äh an
387 therapeutische an therapeutischen Konzepten aus //mh// also auch da, also das ist echt
388 spannend also es ist gut dieses Interview, weil ich die ganze Zeit immer gedacht hab ah
389 scheiße, wir werden immer therapeutischer, was ich auch gut finde, es tut ja auch den Leuten
390 gut, es ist ja auch ne Aufwertung des Berufs, aber das passiert in die andere Richtung auch
391 //mh// ich bin ein großer Fan von Niedrigschwelligkeit, weil das ist ja auch sehr sehr wichtig
392 //ja// dass wir nicht sind wie diese Institutionen wie Jobcenter und so und das jeder durch die
393 Tür kommt, sich willkommen geheißen fühlt, Kaffee, Tee, Wasser, Bonbons und auch das
394 Gefühl hat auch wenn er oder sie hier rausgeht, ah ich hab, gut, dass ich hier her gekommen
395 bin. //ja// (13) #00:43:58-6#

396
397 Interviewerin: Ja, also was ich auch noch hatte, das zählt aber im Grunde genommen auf die
398 gleichen Sachen ab, also du hast vorhin noch von Tür und Angel Gespräche ne, wenn
399 irgendwie schnell gefordert wird //ja// von Klienten #00:44:13-6#

400
401 Person: Genau, das ist total wichtig, das müssen wir haben. Ich finde aber das gehört zum
402 Bild der Drogenberatung dazu so //mh// und es gibt Drogenberatungsstellen, die haben das
403 noch nicht geschnallt //mh// du bist 15min zu spät gekommen, tschüss //mh// boom ey, was
404 soll das //ja/ sowas kann man machen, wenn aus meiner Sicht, wenn der Klient angebunden
405

406 ist, die Berater- also die Arbeitsbeziehung stabil ist, dann kann man auch als Intervention
407 sagen, warten se mal //mh// wir machen das jetzt schon zum siebenten Mal, jetzt machen wa
408 hier mal auf pünktlich, weil es ne, also dann aber dann ist man in ner ganz anderen Sphäre
409 //ja// aber gerade in der Anbindungsphase ist es doch sehr ähm sag ich mal dem
410 Krankheitsbild entsprechend, dass man halt ambivalent ist und zu spät kommt oder auch mal
411 nicht, das ist normal am Anfang, aber wie gesagt es gibt Beratungsstellen, die haben es immer
412 noch nicht geschnallt //ja// genau #00:45:21-7#

413

414 Interviewerin: Genau, dann komm ich auch schon zu meiner letzten Frage //ja// also ich
415 konnte vielleicht raus hören in welche Richtung es geht, aber könntest beschreiben, oder
416 könntest du quasi so einen Rahmen abstecken, ein Spektrum benennen wo Beratung aufhört,
417 wo sind die Grenzen, was gibts da explizit. #00:45:42-2#

418

419 Person: Ja äh, ich würd sagen, das hab ich für mich eigentlich mal definiert, übrigens mal als
420 ich meine Ausbildung zum systemischen Berater und Prozessbegleiter gemacht hab, also
421 sprich Coaching //ah ja// und für mich war immer der Unterschied zwischen Coaching und
422 Therapie und den würd ich hier auf Beratung auch anwenden, in Coaching gehts zum
423 Anpassung und in Therapie gehts um Heilung, und so würd ich es hier auch machen //mh ok//
424 Wir setzen die Leitplanken, und zwar die sind die Experten, und das ist für mich nicht nur ne
425 Phrase ähm wir helfen quasi bei de Anpassung, Anpassung heißt ja auch wie stell ich nen
426 Antrag damit ich reinkomme, da gehts ja um Zugänge, da gehts ja um solche Geschichten,
427 aber die Heilung ähm findet, müsste, sollte Schwerpunktmäßig woanders stattfinden. //ja// die
428 findet natürlich, jetzt gerade können wir eine philosophische Diskussion kommen, natürlich
429 findet die auch hier statt, wenn wir zum Beispiel Frühstücksgruppe anbieten, in der PSB und
430 natürlich ist das heilend, wenn die merken, ich muss zum Zeitpunkt x da sein, ich muss mich
431 sozial gut verhalten am Esstisch, also sprich nicht äh in dem Pudding einpennen so, ähm ich
432 erlebe Gemeinschaft, ich darf dumme zoten reißen, das ist ja, das hat ja, das ist ja heilend so,
433 aber ich würd trotzdem sagen, wenn es wirklich um Heilung geht, dann an der Stelle hört
434 Beratung auf. Genau. #00:47:38-3#

435

436 Interviewerin: Cool, vielen Dank, vielen vielen Dank #00:47:38-3#

437

438 Person: Sehr sehr gerne. #00:47:42-8#

439

Transkript 2

1

2 Interviewer: Ok, erstmal vielen Dank, dass du dir die Zeit genommen hast. (Gerne) Dann
3 würde ich dich zuerst bitten mir deine Tätigkeiten hier in der Beratungsstelle zu beschreiben
4 und genau. #00:00:16-0#

5

6 Person 1: Ok, einerseits bin ich Drogenberater und andererseits bin ich auch Projektleitung,
7 das heißt genau wie alle anderen KollegInnen hier berate ich Menschen hier, die Anliegen
8 haben rund um das Thema Substanzkonsum. Bei uns geht es vorrangig um illegalisierte
9 Substanzen, weil wir ne Drogenberatungsstelle sind. Das ist absurderweise ja so ein bisschen
10 getrennt worden. Es gibt hier im Bezirk auch eine Alkoholberatungsstelle. Und wir haben hier
11 eine Komm-Struktur. Die Leute kommen zu uns, sowohl Konsumenten und Konsumentinnen
12 als auch deren Angehörige. Das ist für mich recht wichtig, dass ein nicht geringer Teil unserer
13 Arbeit auch die Beratung von Angehörigen ist. Und abgesehen von bestimmten Gremien, die
14 der Vernetzung dienen, sind die einzigen Außer-Haus-Termine die im Knast, weil wir beraten
15 ja auch Menschen, die inhaftiert sind. Da gehts dann vorrangig um die Klärung einer
16 Perspektive gemäß §35BtmG. Zu uns kommen sehr viele Menschen mit einer Cannabis
17 Problematik. Wir haben hier signifikant mehr Leute mit einer Amphetamin-Problematik als in
18 anderen Bezirken in dieser Stadt. Wir haben anders als in der Innenstadt längst nicht so viele
19 Menschen mit einer Opiatabhängigkeit, die Opiatabhängigen die wir haben, haben in der
20 Mehrheit einen Migrationshintergrund meist aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion. Also
21 wir hatten traditionell besonders viele Spätaussiedler. Es gab so eine große Heroinwelle Ende
22 der 90er Anfang der 2000er Jahre in der Gruppe der Spätaussiedler. Das hat sich inzwischen
23 so ein bisschen gesetzt und gelegt. Viele von ihnen sind einfach substituiert, mittlerweile
24 clean, oder leider auch verstorben. In den letzten Jahren hatten wir besonders viele
25 Geflüchtete aus dem Kaukasus, Tschetschenen, Menschen mit schweren Traumatisierungen
26 aus dem Bürgerkrieg. Wir haben auch russischsprachig viele Leute aus dem Baltikum aus
27 Litauen, Lettland, die als Russen dort auch nicht volle Bürgerrechte gewährt bekommen
28 haben. Und somit häufig auch in sehr prekären Aufenthaltsspezifischen (.) Hintergrund, also
29 einfach teilweise keine Krankenversicherung haben und so bisschen durch das Netz fallen.
30 Wir sind hier sechs Beraterinnen und Berater, zwei von denen sprechen russisch und können
31 auch die Beratung in russischer Sprache anbieten. Zurzeit haben wir noch, aber das ist nur
32 noch zwei Monate der Fall, eine Kollegin, die in einem Modellprojekt für die Versorgung
33 Geflüchteter Menschen eingestellt wurde, die Farsi spricht. Das wird aber in der Form nicht
34 verlängert, auch weil das von vorn herein nicht ganz clever gesteuert war. Es gibt die Bedarfe
35 auf jedenfall, aber das müsste dann zentralisierter gestaltet werden. Da gibts zum Beispiel
36 eine andere Einrichtung, wo dann mehr passieren wird. So, wir haben zwei offene
37 Sprechstunden in der Woche wo die Leute einfach ohne Voranmeldung hinkommen können.
38 Das ist so die Kontaktfläche für den Erstkontakt, aber ansonsten können die Leute natürlich
39 auch hier anrufen und direkte Erstkontakte, Termine vereinbaren. Das erklärt jetzt hier, und
40 was auch problemlos umzusetzen ist, das wenn jemand Hilfe sucht auf jedenfall innerhalb
41 einer Woche höchstens ein Termin für ein Erstgespräch kriegen kann. (...) Das
42 Geschlechterverhältnis ist so wie in allen Beratungsstellen fast, so das man ungefähr 1/4
43 Frauen und Mädchen hat und ungefähr 3/4 Männer und Jungs. Von allen Beratungsstellen in
44 dieser Stadt haben wir so mit das jüngste Publikum (ok) und diese Tendenz ist im letzten Jahr
45 nochmal besonders verstärkt worden, weil wir hier im Bezirk eine signifikante Welle von
46 Ecstasy Konsum bei 12, 13, 14 Jährigen und das hat uns ziemlich gerockt im letzten Jahr,
47 weil das thematisch so explodierte und das auch sehr durch die Medien ging und wir das sehr,
48 sehr schnell drauf reagieren mussten und das im Bezirk dann auch dementsprechend

49 hochgehängt haben. Das ist so ein bisschen der Rahmen. So zu meinen Leitungstätigkeiten,
50 das ist vielleicht weniger interessant? (kannst du gern erzählen) Seit 2012 leite ich hier die
51 Einrichtung und die Tätigkeiten, die damit einhergehen sind administrativer Natur, viel
52 Gremienarbeit, viel Vernetzungsarbeit, auch alles was so ein bisschen die Außendarstellung
53 angeht liegt dann eher auf meinen Schultern. Und was so inhaltliche, programmatische
54 Geschichten angeht, so das. Es gibt trägerinterne Gremien, bezirksorganisiert verschiedene
55 Gremien und Stadtweit in der Suchthilfe auf fachlicher Ebene verschiedene
56 Vernetzungsgremien. Ich arbeite für den Träger auch als insoweit erfahrene Fachkraft
57 Kinderschutz und das ist dann auch nochmal so ein anderes Thema, dass mich umtreibt. (..)
58 Das ist so in aller Kürze das was wir hier so machen und was ich so mache. #00:07:21-3#
59

60 Interviewerin: Ok, und könntest du nochmal auf deine Tätigkeiten aus der Sicht der
61 Beraterfunktion genauer eingehen? #00:07:29-6#
62

63 Befragte/r: Klar, also was ich da jetzt wirklich ganz praktisch mache? (Ja) Also die Menschen
64 kommen zu uns und ein Großteil derjenigen, die zu uns kommen, kommen aus eigenem
65 Antrieb, aber es gibt natürlich auch welche, die geschickt werden. Das ist zum Beispiel bei
66 fast allen Jugendlichen der Fall. Wer mit 15, 16 noch im Honeymoon mit dem
67 Substanzkonsum ist, der hat in aller Regel keine Veränderungsabsicht und der wird dann
68 geschickt, weil sich andere Leute Sorgen machen, entweder die Eltern, die Lehrer oder die
69 Betreuer in Einrichtungen der Jugendhilfe. Das heißt interessant ist erstmal welcher Auftrag
70 liegt vor, wer hat da überhaupt einen Auftrag und an welchen Stellen können wir da hilfreich
71 sein. Bei denjenigen, die so ganz freiwillig zu uns kommen, geht es ganz häufig darum: ich
72 möchte weniger konsumieren oder ich möchte gar nicht mehr konsumieren, oder ich möchte
73 meinen Konsum so gestalten, dass andere oder ich weniger drunter leiden. So das heißt es gibt
74 in aller Regel einen Leidensdruck und eine Veränderungsabsicht. Und wir orientieren uns
75 natürlich an den Anliegen der Klienten, wir erzählen denen nicht was sie zu tun oder zu lassen
76 haben, sondern wir schauen was wollt ihr verändern und an welcher Stelle können wir da
77 möglicherweise behilflich sein. Dann gibt es diejenigen, die noch, die vielleicht ahnen, dass
78 es sinnvoll wäre was zu verändern, aber noch keine Phantasie davon haben wie das aussehen
79 könnte. Da bestünde häufig der Auftrag darin zu gucken was könnte der Auftrag sein. Da geht
80 es auch um eine Clearing Funktion, wie sieht der Konsum aus, also nahezu allen, die noch
81 konsumieren und hier in die Beratungsstelle kommen, kriegen von uns ein Konsumtagebuch
82 in die Hand gedrückt. Dann schauen wir uns erstmal an: wie gestaltet sich der Konsum, wie
83 ist da die Selbstwahrnehmung? An welchen Stellen kollidiert das mit anderen
84 Herausforderungen. Und bei denjenigen, die ohne Absicht zu uns kommen, weil sie geschickt
85 worden sind, besteht unser Auftrag erstmal darin so ein Problembewusstsein, eine Reflexion
86 in den Gang zu bringen und zu fördern erstmal über den Konsum ins Gespräch zu kommen.
87 Das heißt mit Methoden vor allem der Motivierenden Gesprächsführung, die ja so die
88 Standardmethode, nicht nur Methode, sondern auch Haltung geworden ist in der Suchthilfe
89 wird geschaut wie ist es um die Ambivalenz des Konsums gestellt, wie ist die ausgeprägt, was
90 sind die Vorteile des Konsums, was sind die Nachteile des Konsums, wenn es Nachteile gibt
91 welche Auswirkungen hat das und ist es möglich durch die Reflexion Diskrepanzen
92 herzustellen zwischen dem was die Leute durch den Konsum erfahren und dem was sie
93 wirklich wollen. Und wenn Diskrepanzen vorhanden sind, entsteht dadurch eine
94 Veränderungsbereitschaft. Das kann banal heißen bei dem Jugendlichen eigentlich würd ich
95 ganz gern in dieser Einrichtung wohnen bleiben, oder eigentlich würd ich ganz gern meinen
96 MSA Mittleren Schulabschluss machen, aber würd ich weiter so kiffen wie jetzt, ist das
97 höchstwahrscheinlich nicht wahrscheinlich (lachen wegen Wortwahl) ist es weniger
98 wahrscheinlich und dementsprechend entsteht dann möglicherweise die Absicht weniger zu
99 kiffen oder nur noch am Wochenende zu kiffen und so. Auf der anderen Seite gibt es

100 natürlich auch Leute mit ganz klaren Anliegen, ich will aufhören, ich will Therapie machen,
101 da muss man sich dann nicht mehr stundenlang um die Ambivalenz drehen, sondern da gehts
102 ganz pragmatisch darum eine Therapieperspektive zu entwickeln. Oder aber zu einem
103 Substitutionsarzt zu vermitteln oder die Entgiftung vorzubereiten oder was sonst noch so
104 denkbar ist. Das heißt, das hört man da vielleicht schon ein bisschen raus ist unsere Haltung,
105 das ist eine akzeptierende, unser Träger selber hat ja seine Wurzeln in der akzeptierenden
106 Drogenhilfe. Und ich vermute, dass das immer mehr zum Standard wird generell in der
107 Drogenhilfe, weil das besser funktioniert als wenn wir den Klienten das Gefühl vermitteln,
108 wir wissen eigentlich was für ihn ist. Weil das wäre Quatsch mit Soße. (...) Wir haben in der
109 Beratung viel mit anderen Plänen auch des Hilfesystems zu tun, da gibt es auch verschiedene
110 Spannungsfelder, was wir hier im Bezirk viel haben, sind Klienten, die vom Jugendamt
111 hergeschickt werden, bzw. wir haben auch relativ viele junge Eltern, oder überhaupt Eltern,
112 die konsumieren, das heißt das Thema Kinderschutz spielt immer wieder eine Rolle. Und das
113 ist möglicherweise auch das Feld mit dem größten Spannungspotenzial, weil das natürlich
114 auch diese akzeptierende Haltung gibt und es sehr wichtig ist das Vertrauensverhältnis zu den
115 Eltern auszubauen oder zu bewahren. Es dann aber auch Situationen geben kann wo aus
116 Gründen des Kinderschutzes Intervention notwendig ist. Glücklicherweise passiert das sehr
117 sehr selten, dass wir wirklich gegen den Willen der Eltern eine Meldung ans Jugendamt
118 machen müssen. Das ist wirklich die absolute Ausnahme. Aber es passiert immer wieder, dass
119 wir die Eltern dazu bewegen sich Hilfe zu suchen und das man wirklich auch schauen muss
120 was ist die Perspektive des Kindes, wie ist es da um die Situation des Kindes bestellt. (Ja) So,
121 ich vermute, dass diese Beratungssituation, die mit dem größten Stresspotenzial sind, die
122 emotional belastetsten sind, wenn man weiß, da sind Kinder mit an Bord und man irgendwie
123 nach einem Weg finden muss. Einerseits die Eltern mit im Boot zu behalten, andererseits die,
124 ja sicherzustellen, dass das Kind nicht in Gefahr ist. #00:14:48-7#

125
126 Interviewerin: Wenn du dich jetzt an deine Beraterzeit zurück erinnerst, kannst du mir eine
127 einschlägige Erfahrung oder eine sehr besondere Situation aus der Beratung schildern?
128 #00:15:02-3#

129
130 Befragte/r: Ooh, (lachen), ich find fast jede Beratung irgendwie sehr besonders, weil wir ja
131 immer mit sehr unterschiedlichen Menschen zu tun haben und die zum Teil ja sehr viele
132 Dinge erlebt haben, die auch häufig zu großen Beschädigungen geführt haben, also wenn man
133 bspw. angewiesen ist ein Medikament wie Heroin zu konsumieren, dann ist das in den
134 meisten Fällen ein Hinweis darauf, dass da eine große Beschädigung vorliegt. Das wir mit
135 Menschen zu tun haben, die schwere Traumatisierung erfahren haben, die in ihrer Kindheit
136 Gewalt und/oder Missbrauch erlebt haben, sehr viel emotionale Kälte erfahren haben, also die
137 gute Gründe haben auf ein Medikament zurück zu greifen, das so effizient auch seelischen
138 Schmerz behandelt. Dementsprechend gibt es einfach sehr viele Geschichten, die man gehört
139 hat, die Klienten erfahren haben, die sehr furchtbar sind natürlich. Auf der anderen Seite ist es
140 auch immer wieder großartig zu sehen, welche Strategien Menschen entwickelt haben auch
141 mit widrigsten Bedingungen umzugehen, auch wie Menschen auch trotz widrigster
142 Bedingung an vielen Stellen so großartig gewachsen sind. So also um das einmal positiv zu
143 wenden diese Arbeit, diese Arbeit erlaubt es einem immer wieder ins Staunen zu kommen
144 über die Großartigkeit menschlicher Existenz einerseits und das ist insofern toll, weil das ein
145 Grund ist, warum diese Arbeit niemals langweilig wird und insofern auch irgendwie ich da
146 kein allzu großes Burn-Out Risiko sehe, weil so die Arbeit ist sinnvoll, macht Spaß und ist
147 interessant und man hat mit interessanten tollen Menschen zu tun. (...) Dazu gibts noch ein paar
148 Faktoren, die für uns schützend sind, weil wir allein in der Beratung diesen relativ großen
149 Durchlauf von unterschiedlichen Menschen haben, aber nicht ganz so in die Nähe gehen wie
150 in der Betreuung. Und weil wir auch so diese Struktur haben so 9to5, wir gehen dann

151 irgendwie abends nach Hause, wir haben keinen Schichtdienst, müssen nicht am Wochenende
152 arbeiten und ich glaube, also mir geht es zumindest so, dass ich Arbeit nicht mit nach Hause,
153 nicht die Arbeit mit Klienten, also wenn mich zu Hause etwas quält oder beschäftigt, dann hat
154 das eher was mit Leitungstätigkeit oder Team-Kram zu tun. Aber die Arbeit mit Klienten, die
155 drückt zu Hause nicht. Es gab immer wieder Situationen, die ich als belastbar empfunden
156 haben, ich kann mich ... du hast jetzt so nach einer direkten Geschich (mh) es gab mal eine
157 Sache, da war ich recht neu, da hab ich noch in der anderen Beratungsstelle gearbeitet, da
158 hatte ich einen Klienten, Herr S., opiatabhängig, war ein Jugo, ich bin auch halber Jugo,
159 darum hatten wir da auch so eine, schon eine Ebene wo wir uns auch austauschen konnten
160 und war halt eigentlich so ein klassischer Hippie, der als Kind von Gastarbeiterinn in die Stadt
161 gekommen ist und dann viel Zeit mit xy, irgendwie dem Kabarettisten verbracht hat und in
162 dieser ganzen Hippiekultur aufgegangen ist, dann aber auch beim Heroin gelandet ist. Und die
163 Dramatik bestand darin, das er, also sein Vater ihn dann auf den rechten Weg bringen wollte
164 und ihn dann nach Jugoslawien geschickt hat, damit er dort zum Militär geht. Und das genau
165 zu der Zeit als der Jugoslawien-Krieg ausgebrochen ist. Und er war als Hippie, er fand das, er
166 war ein Bürger dieser Stadt, total absurd nach Jugoslawien ins Militär zu gehen und das ist
167 auch echt nochmal ein anderer Schnack. Er daraufhin desertiert ist nach Deutschland quasi
168 über die Berge, die Alpen geflohen ist, zurück gekommen ist und da gab es dann ein paar
169 wohlmeinende Leute in der WG wo er dann untergekommen ist, die gesagt haben: Hey, du
170 musst jetzt Asyl beantragen, du bist Deserteur und das schützt dich jetzt und das hat er dann
171 getan und das war, muss man sagen, im Nachhinein ein furchtbarer Fehler, weil seine ganze
172 Familie als Gastarbeiter problemlos lebenslange, ja, die haben deutsche Pässe dann gekriegt
173 und er war halt Asylbewerber, er war aus dem System total raus, er war kein Gastarbeiterkind,
174 kein Deutscher, er war Jugoslawischer Asylbewerber und dann ist es natürlich so, wenn du
175 heroinabhängig bist und immer wieder in Konflikt, wegen Beschaffungskriminalität, mit dem
176 Gesetz kommst, kommst du da auch aus dem Asylsystem nicht raus und das war so
177 dramatisch, weil der hatte auch ganz große Schwierigkeiten im Versorgungssystem
178 unterzukommen. Wir konnten nicht regulär in Therapie vermitteln, wir haben ihn dann zur
179 Einrichtung xy geschickt. Und das Ganze hat dann immer absurdere Schleifen gezogen, weil
180 das System dann so gnadenlos wurde, man wollte ihn dann abschieben und dort wäre er dann
181 als Deserteur gesucht worden, er ist ein Bürger dieser Stadt gewesen und dann halt echt noch
182 so ein super super liebenswerter cooler Typ. Und ganz viel was wir versucht haben, hat dann
183 genau aus diesen ausländerrechtlichen Geschichten nicht geklappt, während seine
184 Geschwister schon alle deutsche Pässe hatten. Und das hat ihm letzten Endes das Genick
185 gebrochen und irgendwann lag er dann überdosiert in einem Park. Und das ging mir echt
186 ziemlich nah, weil das so die ganze Absurdität auch von so ganz vielen Dingen auf den Punkt
187 gebracht hat, auch so dieses ausgeliefert sein in ausländerrechtlichen Geschichten. Ab wann
188 hat jemand einen Pass und irgendein anderer keinen Pass. Ab wann gilt irgendein Mensch als
189 hilfsbedürftiger Mensch und ab wann ist er letztendendes nur irgendjemand der durchs
190 Karteikartensystem gefallen ist. Das hat mich nachhaltig beeindruckt. Schon. (..) #00:22:43-
191 5#

192
193 Interviewerin: Wie würdest du, siehst du da vielleicht eine Korrelation zwischen dem, dass
194 das so nah war, hing das von der Zeit ab oder von der Intensität eurer Beratung oder wie.
195 #00:22:59-4#

196
197 Befragte/r: Ja, aber vielleicht hat das damit zu tun, dass ich damals als Berufsanfänger
198 irgendwie auch noch mehr in die Situation, naja ich geh jetzt auch in die Situation rein,
199 vielleicht weniger abgegrenzt war. So aber es war einfach die Geschichte selber, es gab dieses
200 offensichtliche, dass das einfach ein super Typ war, der sehr viel beraterische Bindung
201 zugelassen hat, wo es sehr viel Austausch gab, es war damals, damals waren auch noch so ein

202 paar Sachen anders, also das war dann auch so, dass ich ihn zur Therapie begleitet hab, ich
203 hab ihn dann mit dem Auto dorthin gefahren, im Auto das macht man inzwischen gar nicht
204 mehr, das waren andere, das sind möglicherweise andere Stan.. andere
205 Beziehungintensitäten, weil man die Leute mehr begleitet hat. Man hat die teilweise auch im
206 Knast abgeholt und zur Therapie gefahren oder das hab ich schon nicht mehr gemacht, viele
207 ältere Kollegen haben die Leute wirklich bis an den das andere Ende der Bundesrepublik in
208 Therapie gefahren mit dem Privatauto. Das war alles Teil des Versorgungssystems, das war
209 durchaus üblich, dass der Drogenberater als Abschluss des Prozesses, die Leute in Therapie
210 gefahren hat. Und dementsprechend wenn man dann im Auto sitzt, und ja, hier hab ich damals
211 in der Wohnung mit Wolfgang Neus geschl, oder so, und (..) möglicherweise, das ist mir in
212 all den Jahren danach nicht mehr passiert, er hatte dann irgendwie mir kurzzeitig mir einen
213 Ordner mit persönlichen Unterlagen ins Büro vorbei gebracht, weil er gerade keinen
214 gesicherten Ort dafür hatte und genau dann ist er gestorben und dann hängst du da mit so, das
215 sind Geschichten, die nochmal so eine andere emotionale Wucht da rein bringen. Mit dem
216 Thema Tod wird man immer wieder konfrontiert, seit ich hier arbeite nicht mehr in dieser,
217 oder nicht mehr so häufig, in diesem klassischen da hat sich wieder jemand überdosierte. Ich
218 hatte in den letzten Jahren eher das Gefühl, dass das Thema Suizid eine größere Rolle spielt.
219 Wir haben hier einige Klienten gehabt, die sich das Leben genommen haben, das waren auch
220 Kiffer oder Speed-Konsumenten, also das sind Menschen, die für sich keinen Ausweg mehr
221 gesehen haben. Aber ich hab auch damals nicht das Gefühl gehabt, dass man da mit
222 Situationen konfrontiert wird, die die einen aus dem Konzept bringen, die etwas in Frage
223 stellen. Was so die eigene Arbeit angeht und wenn es einmal sowas wie eine berufliche Krise
224 gab, dann hatte die was mit einem Teaminternen Konflikt zu tun, nicht, niemals mit Klienten.
225 #00:26:49-3#
226

227 Interviewerin: Nochmal auf das zurückzugreifen was du gerade gesagt hast, früher war das so
228 man viel mehr begleitet und Drogenberater haben ihre Klienten in die Therapie gebracht.
229 Hörte sich jetzt so an als hätte sich das verändert, kannst du das nochmal genauer
230 beschreiben? #00:27:05-4#
231

232 Befragte/r: Ja, es war irgendwann ganz klar die Ansage, dass das irgendwann nicht mehr
233 gemacht wird, auch vom Senat, weil das kostet Geld und Zeit. Unser Träger hat ja, unser
234 Träger hat ja irgendwie noch ein Auto irgendwie, aber wir hätten jetzt gar nicht die Logistik
235 dafür. Es gab übrigens auch so andere Unterschiede, ich weiß nicht wann das war als das
236 Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen eingeführt wurde, eigentlich das war so 2008 oder
237 so, bis dahin saß man zusammen, ich hatte früher auch noch geraucht, mit den Klienten in den
238 kleinen Beratungszimmern und hat zusammen um die Wette geraucht beim beraten. Und ich
239 kann mich an die Diskussion erinnern als dann das Rauchverbot eingeführt wurde, dass viele
240 Kollegen dann befürchteten, da kommen unsere Klienten nicht mehr und dann können wir gar
241 nicht richtig mit denen arbeiten, dann sind wir nicht mehr auf Augenhöhe und so. Das war
242 richtig mit Ängsten verbunden und das Beste was wirklich passieren konnte, war wirklich die
243 Einführung des Rauchverbots (lachen) weil das hat echt alles im wahrsten Sinne des Wortes
244 klarer gemacht. Und ich glaub auch viel mehr Kollegen und Kolleginnen dazu geführt hat
245 selber mal mit dem Rauchen aufzuhören. Das war, man könnte sagen, in vielerlei Hinsicht
246 waren Dinge früher auch unprofessioneller. An einer Sache kann man das ganz besonders fest
247 machen, das war das Thema Kinderschutz. So, da, wenn ich daran denke wie das früher war,
248 dann kriege ich das kalte Grausen, weil man sich so sehr, oder die meisten Kollegen und
249 Kolleginnen hab ich den Eindruck sich früher so sehr in dieser Anwaltschaft mit den Klienten
250 gesehen haben, dass die Kinder gar nicht auf dem Schirm waren, dass das echt ausgeblendet
251 wurde in brutaler Art und Weise und man kann nur froh sein, oder zumindest, dass mir nichts
252 bekannt ist, dass irgendwie nicht zu schlimmeren, oder zu Todesfällen bei Kindern kam wie

253 es ja auch schon in anderen Städten oder auch hier gegeben hat. Also da hat's verschiedene
254 Paradigmenwechsel gegeben, immer so unter der Überschrift "Professionalisierung" über
255 manche Sachen kann man streiten, also inzwischen ist es total üblich, dass alle Klienten
256 gesiezt werden, ich tu mich da nach wie vor schwer. Ich sieze die meisten Klienten
257 mittlerweile, aber es gibt auch welche die da selber Probleme mit haben und wo es nicht
258 stimmig ist. Und würde dann da auch kein Dogma draus machen wollen, dass professionell
259 nur der ist, der alle seine Klienten siezt beispielsweise. Also da sind auch Spannungsfelder
260 vorhanden, die ich aber finde, die eher spannend finde und diskussionswert, die jetzt aber
261 nicht die Arbeit beeinträchtigen. #00:30:10-9#

262

263 Interviewerin: Du hast es vorhin schon mal kurz angedeutet, welche Funktionen hat die
264 Drogenberatung im Hilfesystem? Wie kannst du, wie würdest du das zusammenfassen?
265 #00:30:24-3#

266

267 Befragte/r: Im Hilfesystem selber haben wir eine Clearing-Funktion, eine moderierende
268 Funktion, die Funktion Perspektiven zu entwickeln mit Klienten und dann dafür zu sorgen,
269 dass diese Perspektiven auch umsetzbar sind. Also wenn, letztendendes besteht das
270 Hilfesystem ja aus verschiedenen Modulen, es gibt die Beratungsstellen, es gibt die
271 Krankenhäuser mit den Entgiftungen, es gibt die Therapieeinrichtungen, ambulant, stationär,
272 ganztägig, es gibt die Arztpraxen, es gibt die Suchtmediziner, die Substitutionspraxen, es gibt
273 die Psychosoziale Betreuung, es gibt das betreute Einzelwohnen, das spielt eine immer
274 größere Rolle, oder überhaupt betreutes Wohnen, nicht nur für Substituierte, sondern generell
275 für Menschen mit Komorbidität. Es gibt Kontaktstellen, also niedrigschwellige Angebote,
276 Drogenkonsumräume. Da wären jetzt so die Sachen, die mir spontan einfallen, und all diese
277 Module haben eine Wichtigkeit und eine Berechtigung und ich würd nicht sagen, dass
278 irgendeins wichtiger ist als das andere und im besten Fall arbeiten die gut wie Zahnrädchen
279 zusammen. Der Vorteil einer Beratungsstelle ist, dass im besseren Fall dort über alle anderen
280 Module gut Bescheid gewusst wird und man dann im Sinne der Klienten gut funktionierende,
281 geschmeidige Übergänge zu den anderen Modulen hinkriegt und so eine größere Perspektive
282 entwickeln kann. Weil, wenn man immer nur in seinem eigenen Saft badet, der Mediziner
283 bspw. der es total gut meint und immer wieder eine Einweisung ins Krankenhaus macht ohne
284 dass es jemals eine Anbindung an eine Drogenberatung gibt, sorgt ohne dass er es will
285 möglicherweise dafür, dass so ein Drehtüreffekt etabliert wird. Weil im Krankenhaus werden
286 die entgiftet, aber im Krankenhaus wird nie über Therapie gesprochen, da kommen die wieder
287 raus, und an der Lebenssituation hat sich nichts verändert. Und in drei Monaten geht's
288 vielleicht wieder in die nächste Entgiftung. Also es ist tatsächlich so, man hat hier manchmal
289 mit Klienten zu tun, die schon 30-40 Entgiftungen gemacht haben, aber noch nie Therapie.
290 Oder aber wirklich Ärzte, die denken, sie müssten wirklich alles selber klären, weil sie
291 einfach Mediziner sind und über die Angebote aus dem sozialarbeiterischen Bereich einfach
292 keine Ahnung haben. Krankenhäuser, die nur Therapieeinrichtungen vermitteln, die dem
293 eigenen Konzern angehören. Das ist hier in der Stadt durchaus ein Thema, so das halt nicht
294 geguckt wird was wünscht sich der Klient. Was braucht der, und wie können wir es auch
295 schaffen, dass er auch Wahlmöglichkeiten hat, weil Abhängigkeit ist grundsätzlich eine
296 Einengung der Wahlmöglichkeiten. Abhängigkeit ist immer mit Ohnmacht verbunden und
297 dementsprechend finde ich wichtig, dass die Klienten wirklich Wahlmöglichkeiten haben und
298 wenn es auch bei der Einrichtung der Entgiftung oder Therapie ist. Je heterogener das
299 Hilfesystem, je vielschichtiger es ist, desto besser. Desto mehr unterschiedliche Bedürfnisse
300 können abgedeckt werden. Das kann zum Beispiel heißen, ich bin großer Fan von der Heroin-
301 Substitution, halte die für viele Leute für die denkbar beste Möglichkeit, aber es ist auch gut,
302 dass es Methadon gibt. Weil es gibt Leute, die können, würden auf Heroin nicht klar kommen
303 für die ist Methadon richtig. Es ist gut, dass es Subutex gibt und es ist großartig, dass es

304 mittlerweile ritaliertes Morphin als Substitutionsmöglichkeit gibt. So wenn wir jetzt Ärzte
305 haben, die bereit sind auch individuell zu gucken und nicht nur immer Methadon
306 verschreiben, weil das das günstigste ist, dann wäre vielen Klienten massiv geholfen. Ebenso
307 sieht das mit der Auswahl aller anderen Systeme aus. Ich finde es auch toll, dass es
308 Einrichtung yz gibt, auch wenn ich weiß, dass die für die meisten Leute in der Art wie die da
309 Therapie anbieten nicht in Frage kommen. Aber es gibt ein paar Leute für die ist das genau
310 das richtige. Deshalb das allgemeine Batching, was gern auch von Klienten von uns forciert
311 wird, dem kann ich mich überhaupt nicht anschließen, weil ich einfach auch Leute kenne,
312 denen hat Einrichtung yz das Leben gerettet. Trotzdem würde ich 95% meiner Klienten nicht
313 dorthin schicken, weil es einfach nicht passt. Aber toll, dass es die gibt. Und so sehe ich das
314 mit allen anderen Einrichtungen auch. Ich hab gerade hier im Bezirk so gut wie nie Klienten,
315 die die in eine christliche Einrichtung wollen. Aber trotzdem gut, dass es die gibt, weil es ein
316 paar gibt für die ist es genau das richtige. Und um diesen Bogen nochmal zu spannen, dein
317 Eingangsfrage was ist dann bezeichnend für die Arbeit der Beratungsstelle. Ich glaube die
318 Relevanz der Beratungsstelle besteht darin genau diese unterschiedlichen Angebote auch zu
319 kennen. Und dem Klienten die Zuversicht zu vermitteln, dass es Wert ist Sachen
320 auszuprobieren und dass es Wert ist zu gucken welche Hilfsmöglichkeiten passt für ihn am
321 Besten. Manchmal reicht tatsächlich sogar die Beratung, wir geben uns da redlich Mühe und
322 oder wir machen ja auch, wir arbeiten ja auch intervenierend durch Konsumreduktion zum
323 Beispiel. Oder ganz häufig, wir machen hier keine Therapie, aber ganz häufig sind die
324 Grenzen zwischen beraterischen Interventionen und einer Intervention, die schon
325 therapeutisch sind fließend. Macht die Arbeit letzten Endes auch interessanter, trotzdem ist es
326 immer wichtig zu sagen, nein wir sind keine Therapeuten wir machen hier keine Therapie. (..)
327 #00:36:50-5#
328

329 Interviewerin: Ok, da kommen wir gerade, vielleicht passt das auch ganz gut gerade, wo
330 siehst du denn die Grenzen von Drogenberatung, also wenn man wir abgesteckt haben, also
331 du hast das so ein bisschen definiert was das für dich heißt und was ihr tut und wo stößt die
332 Drogenberatung an ihre Grenzen, wo gibt es Schwierigkeiten? #00:37:08-1#
333

334 Befragte/r: (tiefes Ausatmen) (.) Die Drogenberatung stößt strukturell an einige Grenzen. Um
335 ein Beispiel zu nennen wir haben zurzeit ein massives Problem mit der Bearbeitung von
336 Kostenübernahmen durch die zuständige Rentenversicherung. Das heißt, die sind eigentlich
337 gesetzlich verpflichtet so einen Antrag auf Kostenübernahme innerhalb von drei Wochen zu
338 entscheiden. Und zurzeit brauchen sie teilweise 2-3 Monate oder auch länger. Du kannst dir
339 vorstellen was das für einen hochmotivierten 23-jährigen, der endlich sich entschieden hat
340 Therapie zu machen, bedeutet, wenn er fieberhaft: oh Gott ich muss Therapie machen, ich ja
341 (Kopf raufen) sich damit auseinandersetzt und eh auch schon richtig viel Angst hat natürlich
342 auch bezüglich der Therapieperspektive, super ambivalent ist, weil die Ambivalenz hört ja
343 auch nicht auf, die hört ja nicht auf, wenn die Leute Therapie machen. Und dann damit
344 rechnet, dass er innerhalb eines Monats eine Kostenübernahme kriegt und dann passiert da
345 nichts, oder dann wird da irgendwie Grüte entschieden und die kriegen dann eine
346 Kostenübernahme für etwas, dass gar nicht beantragt wurde. Die Leute brechen uns weg und
347 zwar reihenweise. Wir können es nicht schaffen, wenn die erstmal eine Entscheidung
348 getroffen haben, die Motivation über Monate weiter aufrecht zu erhalten. Also einige schaffen
349 es, aber das ist dann wirklich auch großes Kino, ganz viele brechen uns weg. Das heißt
350 aufgrund von organisatorischen Problemen bei der Rentenversicherung, zu wenig Leute oder
351 neues Computersystem oder weiß der Geier, wird unseren Klienten die Möglichkeit verwehrt
352 eine Behandlung zu kriegen. Das sollte man sich mal vorstellen im Bereich der Onkologie
353 oder sonst wo, oder wo andere Behandlungen notwendig wären. Das würde mir jetzt so
354 gerade als erstes einfallen. Dann gibt es nach wie vor viel zu viele Menschen, die nicht

355 erreicht werden aus verschiedenen Gründen. So ein Beispiel es gibt so eine riesen große
356 Gruppe abhängiger Menschen, nämlich Medikamentenabhängiger Menschen, gerade älterer
357 Menschen, diese Gruppe kommt fast gar nicht im Hilfesystem an aus verschiedensten
358 Gründen. Ich glaub Medikamentenberatung ist so 1% aller, also ich will nichts Falsches
359 sagen, aber so in dem Dreh aller Suchtberatungen in Deutschland. Das heißt es scheint da
360 irgendwie ein strukturelles, oder auch kulturelles Problem zu geben. Dann gibt es Menschen,
361 die aufgrund ihrer ausländerrechtlichen Geschichte nicht die Versorgung erhalten, die sie
362 bräuchten, da gibt es natürlich auch sprachliche Probleme was nicht so einfach trotz bestem
363 Willens zu klären ist. Auch wenn sich da viel getan hat in den letzten Jahren, also bis vor
364 einigen Jahren war es ein riesen Problem, es gab in der ganzen Stadt keine arabisch
365 sprechenden Menschen in der Drogenberatung und wir haben viele Leute gehabt, wo das gut
366 gewesen wäre, wenn wir da jemand arabisch gesprochen hätte. Gerade in den Innenstadt-
367 Bezirken gab es nicht. Gibt es inzwischen, aber auch das muss sich jedes Mal erst irgendwie
368 etablieren. Und dann gibt es zum Beispiel auch ausländerrechtlich, wenn jemand als
369 Asylbewerber in der Nähe der Großstadt oder sonst wo untergebracht wird, dann kann der
370 dort seine Opiatabhängigkeit zum Beispiel nicht leben. Das heißt die Leute sehen sich
371 gezwungen in so eine Stadt wie dieser hier zu kommen. Haben dann natürlich überhaupt
372 keine Ansprüche auf irgendwelche Leistungen mehr, das heißt, die sind dann gezwungen in
373 Parks zu übernachten, oder ja kriegen auch keine Leistungen nach
374 Asylbewerberleistungsgesetz mehr. Das heißt die Stranden wirklich und was wir jetzt
375 feststellen ist dass wir wieder Verelendungstendenzen haben, wie wir sie vielleicht so aus den
376 70er, 80er Jahren kennen. Das Menschen durch jegliches Raster fallen und Menschen wieder
377 gezwungen sind ihren Körper zu verkaufen oder stark kriminell zu werden, einfach um die
378 Sucht zu regeln. Also auch da gibt es Grenzen des Hilfesystems. Was könnten andere
379 Grenzen sein, da es viele gibt? (...) Mangelnde Finanzierung setzt Grenzen, ganz klar. Wir
380 haben ein total, ich will da nicht zu sehr in den Jammer-Modus gehen, weil wir sind da schon
381 ziemlich weit und in anderen Regionen dieser Welt sieht das deutlich übler aus, aber die
382 Herausforderung für die Suchthilfe sind stetig gewachsen. Wir arbeiten auf einem deutlich
383 professionelleren Niveau als noch vor 10 Jahren und das war schon deutlich besser als noch
384 vor 20 Jahren, das heißt wir werden immer besser, aber haben aber auch immer mehr zu tun
385 bei nicht wirklich mehr Geld, oder auch gesellschaftlicher Anerkennung oder so. Wir haben
386 ein inzwischen Problem Fachkräfte zu kriegen, also unabhängig davon, dass nicht genügend
387 Geld vorhanden ist, ist es durchaus schwierig die Stellen zu besetzen. Weil es zu wenig
388 Sozialpädagogen gibt, weil es hier in der Stadt inzwischen zu wenig Sozialpädagogen gibt,
389 die es sich leisten können hier zu leben. Und ich sehe ein riesen Problem in der wirklich
390 dramatisch anziehenden Wohnungsproblematik. In verschiedene Richtungen strahlt, das hat
391 natürlich auch Auswirkungen darauf, dass man nicht mehr genügend Kollegen findet denke
392 ich. Zum anderen verschärft das brachial die Problemlagen unserer Klienten und Klientinnen.
393 Also ein Beispiel, wir haben teilweise mit Menschen zu tun, die in, wo der Konsum Teil einer
394 Symptomatik ist, die auch mit dysfunktionalen Beziehungs- oder Familienstrukturen zu tun
395 haben. Also angenommen eine Klientin, die regelmäßig von ihrem Partner verprügelt wird,
396 sich aber nicht traut sich zu trennen, weil sie einen Schufa-Eintrag hat und weiß, dass sie
397 selber keine Wohnung finden wird. Und bevor sie in eine Unterkunft für Wohnungslose geht,
398 in eine Läusepension oder so, entscheidet sie sich aus ihrer Not heraus möglicherweise bei
399 dem prügelnden Partner zu bleiben. Oder wir haben Angehörige wo der 28jährige jeden Tag
400 zwei Gramm Speed konsumierende Sohn immer noch in der Wohnung wohnt und den Eltern
401 gelingt es nicht den in die Selbstständigkeit zu entlassen, weil der keine Wohnung finden
402 würde. So, also da entstehen Konfliktpotenziale, die dann in Wechselwirkung zum Konsum
403 stehen, die es unglaublich schwierig machen da überhaupt Heilung rein zu bringen. Das war
404 früher in der Stadt gänzlich anders, also weiß man aus eigener Erfahrung, man hatte den
405 großen Luxus, wenn man mal nicht mehr zufrieden war mit seiner Wohnsituation problemlos

406 was anderes finden zu können. Also hier in diesem Bezirk standen tausenden Wohnungen
407 leer. Und inzwischen herrscht hier genauso eine Wohnungsnot wie überall in der Stadt. Wir
408 haben hier Jugendliche, die in den Kellern wohnen, in den ganzen Plattenbauten hat man
409 trockene Keller und dann ist es naheliegend, wenn sie nicht mehr mit ihrer Familie klar
410 kommen, dass sie dann in den Keller ziehen. Das sind so auch, da setzt auch eine
411 gesamtgesellschaftliche Entwicklung einen Rahmen, der dann sichtbar wird auch in den
412 Symptomatiken der Klienten. (.) Genau. #00:45:49-5#

413

414 Interviewerin: Wenn ich nochmal auf das Beispiel zurück gehe mit den Kostenübernahmen
415 zum Beispiel, dass sie sich massiv lang ziehen können, was findet ihr für einen Umgang dann
416 damit in der Beratung? Wie sieht das aus? #00:46:03-9#

417

418 Befragte/r: In der Beratung, zum einen gibt es den Umgang damit, dass wir es immer wieder
419 anmelden, dass wir die Drogenbeauftragte darauf angesetzt haben. Dass es Treffen mit der
420 Rentenversicherung gab, Willensbekundungen und so weiter, also mantraartig das Thema
421 immer wieder platzieren, in der Hoffnung, dass da irgendwann etwas besser wird. Intern
422 können wir letztendendes versuchen die Klienten darauf vorzubereiten, dass das nicht ganz so
423 glatt läuft wie man sich das vorstellt, so dass sie dann nicht aus allen Wolken fallen, wenn es
424 nicht so läuft wie man sich das vorstellt. Und wir können versuchen die zu motivieren und zu
425 sagen ja das ist widrig, das nervt, aber letztenendes, wenn du das ausgestanden hast, hast du
426 an der Stelle auch wirklich Grund dir fünf Mal auf die Schulter zu klopfen und wir versuchen
427 dich darin zu begleiten. Das Problem ist, dass man dann schnell in ein Beratungsverhältnis
428 reinrutscht, was dann schon in Betreuung übergeht. Und an der Stelle wird es kribbelig, weil
429 wir sind keine Betreuer und wir wollen auch keine Betreuer sein. Das würde den Rahmen
430 sprengen, das würde unsere Kapazitäten sprengen. Das war auch ein riesen großes
431 strukturelles Problem für unsere russischsprachigen Kollegen in den letzten Jahren, wir hatten
432 besonders viele, hatte ich ja erzählt, Geflüchtete aus dem Kaukasus, viele Tschetschenen, in
433 den meisten Fällen wirklich durch jahrzehntlange Bürgerkrieg, schwerst traumatisiert, schwer
434 opiatabhängig, häufig noch andere Substanzen wir Lyriker spielen eine große Rolle,
435 Benzodiazepine, sedierende Substanzen. Und die haben ganz häufig einen riesen Rucksack
436 psychosozialer Probleme der verschiedensten Art. Also im wahrsten Sinne des Wortes
437 kommen die dann mit Plastiktüten an, die voller Mahnungen, Strafbefehle, Stellungsbefehle
438 und so weiter sind. Die brauchen Betreuung, die werden dann in Substitutionen von uns
439 vermittelt und genau dafür wäre die PSB, also die Psychosoziale Betreuung da, die es auch in
440 russischer Sprache gibt, auch hier vor Ort, aber als Geflüchtete, die schon mal straffällig
441 wurden, rutschen die nicht nach 15 Monaten von dem einen Amt automatisch ins Bezirksamt
442 und kriegen eine Krankenkassenkarte und alles wird machbar, sondern die bleiben dann
443 aufgrund ihrer Straffälligkeit immer, rutschen immer wieder auf null und landen immer
444 wieder bei diesem Amt. Und das ist irgendwie so eine Behörde, da kann man nichts erwarten.
445 Das fing ja damit an, das war ja so die Nachfolge-Organisation, da haben wir dann Anträge
446 für die PSB hingeschickt, und das ist dann wie in so einem schwarzen Loch verloren
447 gegangen. Und das Ergebnis war, dass unsere Kolleginnen all das gemacht haben was die
448 PSB hätte machen müssen. Also die sind wirklich, ob sie es wollten oder nicht, in die
449 Betreuung reingerutscht, weil es auch einfach keine anderen Möglichkeiten gab. Niemand
450 anders sonst hat russisch gesprochen, oder sich zuständig gefühlt und das ist auch so ein
451 Beispiel, wie so durch strukturelle Unklarheiten möchte ich es mal nennen, Leute so durch ein
452 Versorgungsraster fallen, was dann individuelle katastrophale Auswirkungen haben kann.
453 Also gerade die, die es am meisten bräuchten aufgrund ihrer schweren Belastung, aufgrund
454 der Verstrickungen, der Beschaffungskriminalität und so weiter haben am wenigsten
455 Möglichkeit adäquate Hilfen zu kriegen. Und an der Stelle müssen dann halt auch die
456 Kolleginnen ganz besonders aufpassen, nicht permanent über eigene Grenzen zu gehen, um

457 dann tatsächlich auch in Überlastungssituationen zu geraten. (..) #00:50:17-7#

458

459 Interviewerin: Hast du eine Idee dazu wie man das lösen könnte? #00:50:26-5#

460

461 Befragte/r: (lacht) (...) Sicherlich habe ich viele verschiedene Ideen wie man Kommunikation
462 besser gestalten kann, wie man Kompetenzen bündeln kann, wie man strukturell was anders
463 aufstellen kann. Also in dem Fall wäre das wirklich irgendwie ein anderer Zugang. Würde das
464 Amt das Thema sehen und sagen ok, wir fühlen uns auch zuständig und sie können auch ihre
465 PSB Anträge hier her schicken und wir haben hier jemanden der sich dafür zuständig fühlt
466 und der ist auch ansprechbar, oder die Rentenversicherung hat hier jemanden, wir sind in
467 einer Art Ombudsstelle (unverständlich) wo man anrufen kann, der dann guckt was mit dem
468 Antrag ist und der sich dann kümmert oder so. Mit einem gewissen Willen und einem
469 Bewusstsein der Dringlichkeit kann man da denk ich auch teilweise einfache oder
470 pragmatische Lösungen finden. So funktioniert leider das Verwaltungswesen nicht. (.)
471 Manchmal hat das auch was mit Haltungsfragen zu tun. Also einige Sachen mit denen wir
472 auch in letzter Zeit konfrontiert wurden. Früher war so ein Klassiker in der Suchthilfe, dass
473 Menschen keine gute Versorgung erhalten haben, weil sie für die Suchthilfe zu verrückt und
474 für die Psychiatrie zu verdrogt waren. Und da hat dann glücklicherweise ein Umdenken
475 stattgefunden und inzwischen gehört es in dem meisten Fällen fast zum Standard, dass die
476 Leute auch mit Doppeldiagnosen zu tun haben und es gibt spezielle Träger, die wirklich auch
477 genau für diese Zielgruppe Angebote anbieten. Was wir aber feststellen jetzt ist, dass bei den
478 Jugendlichen, da rekapituliert sich was, da wird genau wieder mit diesem furchtbaren Thema
479 zu tun, dass Jugendliche eine heftige Symptomatik aufweisen und zu der dann auch der
480 Konsum, dann in die Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen, da dann aber nach kurzer Zeit
481 wieder rausfliegen, weil sie konsumieren, also keinerlei Behandlung, oder Diagnostik oder so
482 erfahren, wiederum mit 14,15 Hardcore konsumierend und selber keine
483 Veränderungsbereitschaft habend auch nicht in der Drogenberatungsstelle ankommen. Und
484 dadurch werden einerseits so Drehtür-Effekte forciert und letztendendes entstehen dann,
485 diese, das soll jetzt nicht zynisch klingen, diese Karrieren wo dann am Ende dieser Stempel
486 Systemsprenger raufgehauen wird. Weil die aus tausend verschiedenen Einrichtungen
487 rausfliegen, weil sie konsumiert haben, aber nicht gesehen wird, dass der Konsum ein
488 Symptom ist, so wie das Ritzen auch ein Symptom ist, oder das Auseinandernehmen des
489 Krankenzimmers, wenn du aber mit einer bestimmten, was weiß ich, hardcore
490 Borderline-Problematik ins Krankenhaus kommst und du schneidest dir da die Arme auf,
491 dann wirst du nicht entlassen, glücklicherweise. Wenn du dort aber kiffst, wirst du entlassen.
492 Ich weiß um die Schwierigkeit, man muss die anderen Patienten auch schützen und so weiter,
493 das ist mir alles völlig klar, aber es gibt halt keine adäquaten Angebote für genau diese
494 Zielgruppe. Und das ist eigentlich eher ein Großteil der Zielgruppe, also auch da gibt es
495 strukturelle Grenzen und was es da benötigt ist natürlich auch ein Überprüfen von Haltung,
496 wenn Erreichen wir hier im psychiatrischen System, was wollen wir, bräuchte es noch was
497 anderes, an welchen Stellen sind wir viel zu hochschwellig. Und das ist, ich halte es für ein,
498 will nicht pathetisch werden, für einen gesellschaftlichen Skandal, dass es deutlich einfacher
499 ist für einen Erwachsenen eine Behandlungsperspektive zu entwickeln als für einen
500 Jugendlichen. Beim Jugendlichen muss das Jugendamt entscheiden in den meisten Fällen, das
501 will sich da auch nicht rein reden lassen häufig, es ist deutlich schwerer eine Entgiftung für
502 Jugendliche zu erhalten und so weiter. Und also auch da, gerade da wo Intervention am
503 notwendigsten erscheint, weil da noch was zu reißen wäre bevor es schlimmer wird und das
504 ist frustrierend tatsächlich. #00:55:07-2#

505

506 Interviewerin: Ja, ich komme schon zu letzten Sache, die ich einmal mit einbringen möchte.
507 Die DHS, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, hat im vergangenen Sommer ein

508 Forderungspapier für die Suchtberatung erstellt und in dem wird als vierter Punkt und dem
509 Aspekt der Grundleistungen für die Suchtberatung aufgeführt, bzw. der nennt sich: Die
510 Suchtberatung ist dafür zuständig "eine bedarfsgerechte Beratung und Begleitung in Bezug
511 auf die Anliegen und Problematiken der Klient*innen, auch über den Suchtmittelkonsum
512 hinaus" zu gewährleisten. Und jetzt haben wir schon ein bisschen drüber gesprochen,
513 Beratung, da tauchte jetzt irgendwie auch ein bisschen Begleitung auf, du hast gesagt es hat
514 sich eigentlich ein bisschen verändert, das wird in dem Stil wie es vor 10 Jahren war nicht
515 mehr gemacht (vor 15 Jahren oder so) trotzdem gibt es aber diese Grauzone wo trotzdem
516 Begleitung stattfindet. Meine Frage dazu noch um das dann abzuschließen. Welchen
517 Stellenwert oder welche Relevanz hat diese Forderung für die Suchtberatung? #00:56:37-8#

518

519 Befragte/r: Kannst du die Forderung nochmal einmal kurz vorlesen? #00:56:39-5#

520

521 Interviewerin: Ja, ich lese es nochmal vor. Als Grundleistung für die Suchtberatung soll "eine
522 bedarfsgerechte Beratung und Begleitung in Bezug auf Anliegen und Problematiken der
523 Klient*innen, auch über den Suchtmittelkonsum hinaus" gewährleistet werden. #00:56:56-6#

524

525 Befragte/r: Ok, ja ich kann dem folgen. Ich sehe auch die Notwendigkeit bspw., wenn man
526 sich die Arbeit mit den Jugendlichen anschaut, wir können davon ausgehen, wenn ein
527 13,14,15jähriger einen heftigen Drogenkonsum hat, dass das ein Thema ist, das völlig
528 eingebettet ist in die gesamte familiäre Situation, also wenn man das systemisch betrachtet,
529 muss man zum einen davon ausgehen, dass bestimmte Verhaltensveränderungen bei den
530 Eltern schon sehr viel mehr bewirken können, als jedes Gespräch beim Drogenberater, dass es
531 manchmal auch sehr hilfreich sein kann genau mit den Eltern zu arbeiten, anstatt mit dem
532 Jugendlichen, der eh irgendwie gerade keinen Bock hat auf einen Sozialfuzzi oder so und ich
533 bin auch der festen Überzeugung, auch gerade durch einen systemischen Blick und
534 einhergehend mit der Wagnis, sich mit einem ganzen Familiensystem einzulassen, viel mehr
535 Wirksamkeit entstehen kann, weil letztendendes ist ja das absurde. Du hast ja in der
536 Drogenberatung eher so diese Tradition, wenn ein Jugendlicher kommt, der eine Berater setzt
537 sich mit dem Jugendlichen hin, der andere setzt sich mit den Eltern hin um ja die Loyalitäten
538 zu wahren und so, aber letztendendes sorgt man dafür, dass man viel weniger Informationen
539 über das System erhält und dass man viel weniger wirksam arbeitet als wenn man mit dem
540 gesamten Familiensystem arbeitet. Und dafür bräuchte es aber Ressourcen, und die sind
541 zurzeit noch nicht gegeben. Das heißt wir bräuchten tatsächlich die Möglichkeit auch
542 vielleicht mit Leuten, die eine systemische Zusatzqualifikation haben, sich mit PIAs
543 auseinanderzusetzen, mit den Eltern, mit der Familie, möglicherweise mit der Schule, an den
544 Stellen könnte man richtig kraftvoll intervenieren, so. Es gibt diese Beispiele, die auch
545 evaluiert sind aus der Multidimensionalen Familientherapie und wir übertragen diese
546 Erkenntnisse ja auch mit diesem FRIDA Konzept, Frühintervention bei Drogenkonsum in der
547 Adoleszenz, auch auf die Beratung. Haben da aber echt nen Ressourcenproblem und ich
548 denke, dass es auch vielen Klienten geholfen wär, wenn auch mal nen Berater die Möglichkeit
549 hätte jemanden mit in die Entgiftung zu begleiten, oder in die Therapieeinrichtung, oder mal
550 mit zu Sparkasse gehen könnte um nach den fucking Kontoauszügen für den PSB Antrag zu
551 schauen oder so. Allein die Ressourcen sind nicht vorhanden, das heißt, ohne dass ich
552 Betreuer werden möchte, wär mir die Möglichkeit von mehr Begleitung auf jedenfall wichtig
553 und einleuchtend. Manchmal kann man das umgehen, weil man gerade eine tolle Praktikantin
554 hat, die dann den Freiraum hat oder so. Wir können es nicht und daraus resultiert glaub ich
555 auch die Notwendigkeit sich immer wieder die Frage zu stellen, sind wir noch
556 niedrigschwellig genug? Kommen die Leute hier an und wenn sie hier ankommen, fühlen sie
557 sich dann hier wohl? Und können wir hier auch den Rahmen bieten, dass sie hier ankommen
558 und sich wohl fühlen. Das muss aber finanziell und durch genügend Fachkräfte untermauert

559 werden können und an der Stelle ist es gerade schwierig. Dann gibt's da ja auch so
560 strukturelle Schrägheiten oder so, allein die Tatsache, dass beispielsweise der Drogenbereich
561 vom Senat finanziert wird, der Alkohol-Medikamenten-Bereich über die gemeindenahe
562 psychiatrische Versorgung, also über die Bezirke, und dann hast du in integrativen
563 Einrichtungen so eine Doppelfinanzierung teilweise Geld vom Senat, teilweise Geld vom
564 Bezirk. Wir kriegen glücklicherweise auch Geld vom Bezirk, das hat aber zur Folge, dass ich
565 sowohl dem Bezirk als auch dem Senat gegenüber Rechenschaft schuldig bin. Mehr
566 Sozialberichte schreiben muss, dass es dann Schwierigkeiten gibt, wenn wir Anschaffungen
567 machen wollen, weil vom Senat ist noch Geld da, vom Bezirk nicht, wir können uns aber
568 nichts kaufen... und so weiter. Also, das Ganze ist so umständlich, bürokratisch aufgestellt,
569 dass es dadurch viel Reibungsverlust gibt. Da kann man auch trefflich darüber streiten. Die
570 Dokumentation, die ich total notwendig finde, ich bin großer Fan von sauberer
571 Dokumentation, inwieweit sie aber in der Art und Weise wie sie jetzt gemacht werden muss,
572 gerade in Bezug auf den Kerndatensatz, in Bezug auf die Statistik, dazu führt, dass wertvolle
573 Zeit, die man eigentlich für den Klienten bräuchte, haben müsste, anderswo abgezapft wird
574 mit fragwürdigen Ergebnissen. Also da wäre vieles optimierbarer, vor allen Dingen dann,
575 wenn man sich tatsächlich im Vorfeld erkundigen würde, was denn fachlich gebraucht und
576 erwartet wird. Du hast ja auch hier in der Stadt so Beispiele, dass aus gutem Bestreben heraus,
577 dann Gelder freigesetzt werden für irgendwas. Zuletzt gab es ein Projekt, dass eigentlich total
578 super ist, dieses jeder Bezirk soll 100% Fachkraft für die Versorgung der Geflüchteten haben.
579 Der Senat hat die Gelder weiter gegeben an die Bezirke, dass die das an die
580 Alkoholberatungsstellen ausschütten. Jetzt ist es aber so, Alkohol ist ein wichtiges Thema,
581 aber bei den meisten Migranten mit denen wir zu tun haben, spielt Alkohol nicht die große
582 Rolle, da spielen andere Drogen die große Rolle. Das heißt in den ganzen
583 Alkoholberatungsstellen wurden jetzt Leute eingestellt, die mühselig nach Klienten mit einer
584 Alkoholproblematik suchen, während in anderen Einrichtungen jeden Tag dutzende von
585 Afghani, Persern und Irakern landen, total unterversorgt sind und keiner Sprachmittler zur
586 Verfügung haben, oder keine Leute, die da arbeiten können. Also, das ist eine Frage der
587 Steuerung oder wenn es um Präsentationsgeldern geht. Das ist total sexy, das Programm
588 Arbeit im Club und so weiter, das heißt, da werden dann Info-Materialien an spanische
589 Touristen verteilt und Zieh-Röhrchen, find ich super, ich mach da auch gerne mit. Ja, aber die
590 kriegen so viel Geld, dass sie sich Flyer mit Goldprägung drucken können, weil's geil
591 aussieht und dann hast du hier Phänomen wie hier im Bezirk, dass du in bestimmten Milieus
592 12-13 jährige Exctasy konsumieren, die über Tage, über Wochen, an jedem Tag Exctasy
593 konsumieren, teilweise im Rettungswagen landen, die niemals auf den Gedanken kommen
594 wurden auf einer Suare de Voageur (franz. schwer verständlich) für Psychonauten zu gehen,
595 weil es gerade irgendwie IN ist, diesen ganzen Bereich Nightlife auch mit abzudecken. Und
596 um Himmels Willen versteh mich nicht falsch ich stell die Richtigkeit von Beratung im
597 Partysetting, von Präventionsarbeit nicht in Frage, aber es ist eine Frage der Steuerung, wo
598 wird wie viel Geld hingeschoben und welche Zielgruppen versuchen wir zu erreichen. Die
599 meisten Leute, die in berühmte Techno-Clubs gehen, haben einen relativ kompetenten
600 Umgang oder sind selber so fit, dass sie selber recherchieren und eigene Entscheidungen
601 treffen können. Naja. Hat das die Frage beantwortet? #01:05:41-2#

602

603 Interviewerin: Ja, auf jedenfall. Da ist was dabei, vielen Dank. #01:05:48-2#

604

605 Befragte/r: Gern geschehen.

Transkript 3

1 Interviewerin: Ok, ja zuerst möchte ich Sie bitten, dass sie mir Ihre Tätigkeiten im
2 Allgemeinen und Speziellen hier in der Beratungsstelle beschreiben. #00:00:12-2#

3
4 Befragte/r: Ich bin Suchtberaterin seit fast fünf Jahren dann hier. Früher haben wir uns
5 bisschen geteilt in legale, illegale Drogen. Also diese Teilung gibt es nicht mehr seit ungefähr
6 einem Jahr. Aber wir arbeiten wirklich integrativ, also alles, wir beraten mit allen Substanzen,
7 aber ich arbeite mehr mit Menschen, die illegale Drogen konsumiert haben. Jetzt wirklich
8 dann gemischt. Schwerpunkt Angehörigenberatung, dann noch Knastarbeit, also ich besuche
9 dann in JVA, dann meine Klienten noch. Was noch, das wars. Ja. #00:01:18-4#

10
11 Interviewerin: Und können sie mir einmal so einen klassischen Arbeitsalltag beschreiben, wie
12 sieht das aus, wenn Sie beraten? #00:01:27-1#

13
14 Befragte/r: (lacht)Alltag, also ich weiß nicht, kennen sie schon unsere Einrichtung ungefähr.
15 Also erstes, die Sprechstunde, wir haben dreimal in der Woche Sprechstunde, und ich mache
16 meine Sprechstunde ist immer am Donnerstag. Überwiegend kriege ich dann die neuen
17 Klienten aus der Sprechstunde, die Menschen kommen zu unterschiedlichen Anliegen und
18 erstmal Sprechstunde, kurzes Gespräch. Dann gucken wir, also klären das Anliegen und nach
19 Bedarf, wenn die Menschen sagen ja, ich brauche die Beratung oder möchte dann in eine
20 Therapie vermittelt werden, dann ist die weitere Gespräche notwendig und wir vereinbaren
21 einfach weitere Termine. Und dann kommen die Menschen zu diesem Termin, findet ein
22 Beratungsgespräch statt, also in der Regel ist das eine Stunde oder so 45min, so nach Bedarf
23 dann. Die für die Angehörigen, kriegen feste Termine, also schon am Telefon kriegen die
24 einen festen Termin. Und der Alltag ist, ich habe meinen Terminkalender voll, die Klienten
25 kommen oder kommen nicht (lacht) ja so sieht das aus. #00:02:57-1#

26
27 Interviewerin: Sie haben gerade gesagt, wir klären die Anliegen, was sind die Anliegen?
28 #00:03:01-1#

29
30 Befragte/r: Naja so unterschiedliche Anliegen. Es gibt die Klienten, die kommen mit Auflage
31 zum Beispiel vom Jugendamt geschickt, wenn die Kinder dann im Spiel. Es gibt die Klienten
32 dann mit Auflage von Justiz, es gibt die Klienten, die jünger Konsumierenden, wo die Familie
33 irgendwie Druck macht. Und es gibt die Klienten, die kommen auch freiwillig, die sagen, ja
34 ich habe es erkannt, ich habe ein Problem, ich möchte etwas ändern. Das sind die idealen
35 Klienten (lacht) So und dann müssen wir irgendwie dann gucken einfach dann, was irgendwie
36 möglich ist. Was stellt sich der Klient selber vor, es gibt die und die Möglichkeiten, so, ja.
37 #00:03:57-4#

38
39 Interviewerin: Und sie haben gesagt, sie sind schon seit fünf Jahren hier in der Beratungsstelle
40 tätig. Können Sie mir vielleicht eine einschlägige Situation aus der Beratungszeit oder
41 irgendeine besondere Situation beschreiben. #00:04:13-2#

42
43 Befragte/r: Oh (lacht) es ist immer so unterschiedliche Situationen. Ich sage nur, es ist nie
44 langweilig bei uns. Also man kann es wirklich nicht vorher sagen, also besonders was
45 Sprechstunde betrifft, ja. Das ist, kann nicht vorher sagen wer kommt und was passiert in der
46 Beratung. Also mit den Klienten, die ich schon kenne, kann ich mir vorbereiten, oder ich
47 kenne den Klienten, wenn es zum Beispiel auffällig ist mit den psychischen Problemen, dann
48 kann ich schon einfach ein bisschen, weiß schon genau, oder ungefähr, was mich erwartet.

49 Aber sowas besonderes, (.) kann ich mich nicht so, oder brauchen Sie so ein Beispiel?
50 #00:05:08-1#

51
52 Interviewerin: Gern an einem Beispiel erläutern, wenn Ihnen irgendwas einfällt. Manchmal
53 hat man ja so eine Situation im Kopf, wo man sagt wow. #00:05:18-8#

54
55 Befragte/r: (..) Zum Beispiel die Angehörigenberatung, viele Kolleg*innen finden das ist ein
56 bisschen was besonderes. ich mache das sehr gern, ich arbeite sehr gern mit Angehörigen.
57 Und ein Beispiel, einfach dass es nicht so allgemein bleibt, ein Beispiel. Eine Familie, der
58 Vater und die Mutter, die kamen zu mir, er hatte einen Termin vereinbart und hatte die Frau
59 einfach mitgeschleppt sozusagen, das so sein Anliegen, sein Sohn konsumiert und er fühlt
60 sich hilflos, er braucht irgendwie Unterstützung was kann ich dann tun. Und das Problem war,
61 das war im Gespräch einfach klar, dass die Beziehung zwischen beiden, als Paar einfach
62 funktioniert nicht so genau, obwohl sie schon seit mehr als 30 Jahren zusammen sind. Und
63 dann kam natürlich im Gespräch, der Mann, also der Vater, ist sehr sehr präsent in der
64 Beratung, sehr sehr, also er hat als erstes erzählt und nimmt einfach sehr sehr viel Raum im
65 Gespräch. Und die Frau war ein bisschen zurückhaltend und er hat natürlich versucht, weil
66 es, ich finde es irgendwie so, die Verhältnisse einfach nicht in Ordnung. Und er hat sie
67 mehrmals im Gespräch auch angegriffen sozusagen, das dachte ich nein, das muss nicht
68 unbedingt sein. Ich hab versucht sie auch ins Gespräch, also ins Boot zu holen und da hat sich
69 einfach festgestellt, zwischen den beiden funktioniert es einfach nicht. Also die Beziehung
70 funktioniert wahrscheinlich nicht so gut, das hat nicht heute angefangen. Und dann war auch
71 dieses Rollenverständnis, also für mich als alte Feministin ist das natürlich auch schwer zu
72 ertragen. (lacht) wenn der Klient sagt, ok ich verdiene das Geld und die Frau kümmert sich
73 nur um die Kinder und solche Sachen. Also für mich war das schon uuuh. #00:07:48-1#

74
75 Interviewerin: Und wie lange haben Sie das Paar gesehen? #00:07:51-0#

76
77 Befragte/r: Also die Frau war, mit dem Mann habe ich mich dreimal getroffen, die Frau war
78 nur einmal im Gespräch. Und sie war richtig gezwungen im Gespräch, also sie hat sich
79 einfach nicht wohlfühlt, wegen der Sprache auch, weil sie sprach nicht so gut deutsch auch.
80 Und es war noch ein Gespräch nach diesem gemeinsamen Gespräch und ich habe einfach
81 Beratung beendet, weil die Paarberatung ist nicht meine Baustelle. #00:08:33-4#

82
83 Interviewerin: Gerade dazu anknüpfend auch, also wenn Sie gesagt haben Paarberatung ist auf
84 jedenfall nicht ihre Baustelle, welche Funktionen oder was ist denn ihre Baustelle, also
85 welche Funktionen hat die Drogenberatung für Sie? #00:08:50-3#

86
87 Befragte/r: Naja es ist alles was mit Sucht zu tun hat. So die Themen, Beziehungen ist
88 natürlich nicht ganz, es gehört natürlich auch dazu, besonders bei Angehörigenberatungen,
89 aber letztendlich so Sucht als Thema steht im Mittelpunkt. Ja. #00:09:17-8#

90
91 Interviewerin: Fallen Ihnen da noch andere Funktionen ein, die die Drogenberatung erfüllt
92 innerhalb des Hilfesystems? #00:09:20-6#

93
94 Befragte/r: Naja es ist natürlich Weitervermittlung, bei Obdachlosigkeit, bei psychischen
95 Problemen, bei Problemen mit Justiz, also einfach weitervermitteln. Solche Sachen. Und viele
96 haben natürlich, viele Klienten haben falsche Vorstellungen was wir machen. Das muss
97 einfach geklärt werden, mein Auftrag muss geklärt werden in der Beratung. Ich suche keine
98 Wohnung für die Klienten, wahrscheinlich klingt das ein bisschen hart für manche, aber das ist
99 so, das ist nicht meine Aufgabe. Eine Wohnung zu beschaffen. Viele viele verstehen es nicht,

100 oder sind einfach hilflos und sind schon ein paar Institutionen durch und enttäuscht. (.)
101 #00:10:43-5#

102
103 Interviewerin: Mit welchen falschen Vorstellungen kommen Klienten? #00:10:47-8#

104
105 Befragte/r: Naja es ist genauso, die Menschen, die Drogen konsumieren, die zum Beispiel
106 Obdachlos sind, oder verlieren die Wohnung, oder kriegen irgendwie Ärger mit Justiz. Also
107 die Erwartungen sind sehr oft, dass es heißt: Sie sind ja die Beraterin, dann berate mich jetzt.
108 #00:11:11-0#

109
110 Interviewerin: Das passt jetzt vielleicht schon, also wo sehen Sie die Grenzen von Beratung?
111 Also wo hört Beratung auf, was sind Schwierigkeiten? #00:11:28-8#

112
113 Befragte/r: Naja wenn es so um andere Institutionen geht. Also zum Beispiel bei Migranten,
114 wenn es um Aufenthalt geht, das ist auch, ich sage da auch, dass das nicht meine Baustelle ist.
115 Das klingt hart, aber es ist so. Weil meine Möglichkeiten sind auch begrenzt. Wenn ein
116 Mensch sagt, ich möchte etwas gegen meine Sucht, gegen meine Abhängigkeit unternehmen,
117 dann gucken wir genau, was ist möglich gerade für diese Person. Und wie gesagt, ich kann
118 nicht zaubern, aber wenn man sagt ja gut es ist einfach sinnlos, viele sind auch enttäuscht
119 dann von der Beratung, aber grundsätzlich ist, möchte man was ändern, also gerade
120 Drogenkonsum oder Alkoholkonsum betreffend oder nicht. Und ich begleite, also wir
121 arbeiten akzeptierend, also das heißt, die Menschen kommen und sagen ich konsumiere, muss
122 nicht unbedingt dieser Abstinenz Wunsch sein, aber ich möchte was ändern. Weil ändern ist
123 zum Beispiel einfach reduzieren. Oder einfach zu gucken, hab ich ein Problem oder habe ich
124 nicht. So ich begleite dann die Menschen in diesem Prozess. Aber ich begleite die Menschen
125 nicht im Prozess, wenn er sagt ich konsumiere und ich möchte weiter konsumieren. Das ist
126 für mich die Grenze. Ich sage dann, naja die Beratung ist dann einfach beendet, weil ich
127 begleite die Menschen in diesem Prozess, wenn die weiter konsumieren, bin ich einfach die
128 falsche Person. #00:13:21-7#

129
130 Interviewerin: Wie sieht da begleiten für sie aus? Was meinen Sie damit? #00:13:24-5#

131
132 Befragte/r: Wenn man etwas ändern möchte? #00:13:29-3#

133
134 Interviewerin: Ja #00:13:29-3#

135
136 Befragte/r: Einfach in dem Gespräch zu gucken, welche Möglichkeiten gibt's. Erstmal die
137 Frage, was will ich, diese Frage muss sich der Klient selber stellen, was will ich, was kann
138 ich, was brauch ich, um was zu ändern. Und dann suchen wir gemeinsam im Gespräch die
139 Antworten. Für mich ist es das, so verstehe meine Aufgabe. Ich begleite die Menschen in
140 diesem Prozess. (.) #00:14:05-4#

141
142 Interviewerin: Was gibt es für einen Umgang, also wir hatten gerade, wir sind ja auf die
143 Grenzen gestoßen, und die haben Sie beschrieben. Was gibt es da für einen Umgang mit?
144 #00:14:43-3#

145
146 Befragte/r: Wie gehe damit um? Naja für mich ist klar, ich kann den Menschen nicht
147 begleiten, weil es wie gesagt ich bin die falsche Adresse, ich kann etwas empfehlen, ich kann
148 weitervermitteln, ich kann paar Adressen geben, aber mehr kann ich natürlich nicht. Also in
149 diesem Fall. #00:15:18-2#

150

151 Interviewerin: Weil sie Begleitung erwähnt haben, wie genau grenzen sie Beratung und
152 Begleitung voneinander ab? #00:15:28-1#
153
154 Befragte/r: Naja, begleiten ist meine Vorstellung, es ist also nicht so der Begriff Begleitung
155 oder Betreuung, dieser Begriff ist es nicht, sondern es ist, also Beratung ist ein Prozess und
156 Beratung für mich, was heißt das Beratung, die Gespräche, es ist natürlich ein Prozess von
157 einem Punkt zu einem anderen. Es hat immer was mit Bewegung zu tun, deswegen für mich
158 ist Beratung, mein Bild von Beratung: ich begleite die Person, also eine bestimmte Zeitpunkt,
159 also Lebensabschnitt, ich begleite in diesem Prozess. #00:16:13-3#
160
161 Interviewerin: Und wie lange können diese Prozesse beispielsweise sein? #00:16:16-4#
162
163 Befragte/r: Unterschiedlich, es ist wirklich unterschiedlich. Es könnte einfach sein, dass der
164 Klient zur Sprechstunde kommt und sagt: ich habe es erkannt, ich möchte eine Therapie
165 machen. Das ist das Anliegen, da ist natürlich erstmal zu klären, wie kommt er. (lacht)
166 Einfach, es klingt vielleicht ein bisschen banal, aber so um die Motivation zu klären. Und
167 gerade einen Klienten in diesem Prozess zu begleiten einen Antrag zu stellen. Für die
168 Therapie vorzubereiten. Es kann sein, dass der Klient sagt, ich habe gehört es gibt solche
169 Einrichtungen, aber er hat nur eine ganz ganz vage Vorstellung was erwartet ihn dort
170 überhaupt. So genau. (.) Also ganz andere Geschichte, wenn jemand mit einer Auflage
171 kommt, zum Beispiel von Justiz, hatte ich beispielsweise in der Sprechstunde letzte Woche,
172 ein junger Mann nach dem Maßregelvollzug, er hat Auflage, also Bewährungshilfe, dass er
173 regelmäßig zu uns kommt. Ist natürlich ganz ganz schlechte Voraussetzung, es ist nicht ganz
174 freiwillig. Aber man kann nicht so wählerisch sein und wenn der Klient so eine Auflage hat
175 erstmal klären was will er besprechen. Und ich bin einfach nicht bereit nach fünf Minuten
176 Plaudern etwas zu unterschreiben, das sage ich den Klienten sofort. Wenn er zu mir kommt,
177 ist es letztendlich seine Auflage, nicht meine. Ich bin nicht verpflichtet, aber ich möchte
178 natürlich auch nicht, dass der Klient Ärger kriegt ja, mit der Justiz, also besonders mit der
179 Justiz. Und da einfach zu gucken, gibt es irgendwelche Themen, die wir besprechen können.
180 Aber die Themen muss der Klient schon selber mitbringen. Aber in der Regel findet man
181 immer was. Also besonders was so biographisches, ist natürlich auch suchtspezifisch, aber
182 man findet immer was. Und wenn man clean ist und mit solcher Auflage kommt, einfach zu
183 gucken mit der Rückfallprophylaxe. Einfach den Klient zu unterstützen auch in dem Prozess
184 clean zu bleiben erstmal. So. (..) #00:19:09-4#
185
186 Interviewerin: Wir kommen tatsächlich schon zur letzten Frage. (lacht) Und zwar hat die
187 DHS, die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, hat im vergangenen Sommer ein
188 Forderungspapier veröffentlicht wo sie nochmal für sich definiert haben was die
189 Suchtberatung oder Drogenberatung für Leistungen erfüllen soll. #00:19:39-3#
190
191 Befragte/r: Mir ists peinlich, aber ich hab es nicht gelesen. #00:19:41-2#
192
193 Interviewerin: Nein, ist nicht schlimm. Da steht unter anderem als vierter Punkt, ich lese es
194 mal vor, es ist nur ein Satz. Die Suchtberatung soll: "eine bedarfsgerechte Beratung und
195 Begleitung in Bezug auf die Anliegen und Problematiken von Klienten, auch über den
196 Suchtmittelkonsum hinaus" gewährleisten. Also: "eine bedarfsgerechte Beratung und
197 Begleitung in Bezug auf die Anliegen und Problematiken von Klienten, auch über den
198 Suchtmittelkonsum hinaus" und wenn Sie das hören, was kommt Ihnen da in den Sinn bzw.
199 welchen Stellenwert hat das für die Drogenberatung. Haben Sie das Gefühl das passiert
200 schon? #00:20:36-6#
201

202 Befragte/r: Naja ich verstehe das so, dass wir das schon seit Jahren so machen auch. Also
203 gerade, wenn ich sage Weitervermittlung an die zuständige Stelle zum Beispiel. Das gibt es
204 schon, so verstehe ich das zumindest. #00:20:56-1#
205
206 Interviewerin: Ja ok, also, dass das schon passiert eigentlich. #00:20:59-2#
207
208 Befragte/r: Genau. Aber Thema Sucht oder Konsum muss auch da sein. Wenn man sagt, naja
209 ich konsumiere seit ewig nicht und trotzdem jetzt gerade geht es psychisch nicht, also in die
210 Richtung, dass ich mir Gedanken mache, dass ich rückfällig werde, dann ist er natürlich
211 richtig bei uns, obwohl er schon seit Jahren keine Drogen mehr nimmt. (..) #00:21:39-1#
212
213 Interviewerin: Und zu den Begriffen von Beratung und Begleitung. Also wie.. #00:21:45-6#
214
215 Befragte/r: Naja mit Begleitung weiß ich nicht was gemeint ist, weil also unsere Kapazitäten
216 sind begrenzt, ich kann den Menschen zum Beispiel, wenn Begleitung als Begleitung
217 gemeint ist, ich begleite zu einer anderen Beratungsstelle oder zum Rechtsanwalt oder zum
218 Jobcenter, weil der Mensch es einfach selber nicht schafft. Sowas machen wir nicht. Also ich
219 habe keine Kapazitäten für sowas. Also wir können es uns letztendlich nicht leisten. Und es
220 gibt sehr viele, gerade für die anderen sozialen Fragen, es gibt so viele andere
221 Beratungsstellen. Ich kann die Adressen geben, ich kann, wenn der Klient selber nicht in der
222 Lage ist anzurufen, einfach fragen, um mit ihm gemeinsam einen Termin zu vereinbaren, aber
223 ich mache es nicht für die Klienten, ich begleite oder unterstütze den Klienten, aber ich mache
224 es nicht für den Klienten. Ich sehe es nicht als meine Aufgabe ehrlich gesagt. Also ich habe
225 schon mehrmals gehört, dass, es ist natürlich als Beispiel, wenn der Klient zu mir kommt und
226 sagt naja ich habe jetzt gerade einen Brief vom Jobcenter gekriegt und oder ich muss
227 irgendwie einen Antrag ausfüllen. Ich sage, es ist nicht meine Baustelle, weil es, wenn er
228 wirklich Unterstützung braucht, dann vermittele ich ihn an eine andere Beratungsstelle. Ja, so
229 sehe ich das. Weil diese Sozialberatungen ist ein allgemeiner Begriff ja, aber wir sind eine
230 Suchtberatungsstelle und mit Schwerpunkt Sucht. Und die Menschen mit Suchtproblematik
231 sind natürlich, wenn sie bei Wohnungslosigkeit oder bei psychischen Problemen, die landen
232 natürlich auch bei uns und das ist auch unsere Aufgabe weiter zu vermitteln. #00:23:56-0#
233
234 Interviewerin: Ja, ok. #00:24:03-9#
235
236 Befragte/r: Und das ist für mich zu klären, gerade diese Anliegen ja einfach zu gucken was
237 braucht der Klient in diesem Moment. #00:24:13-6#
238
239 Interviewerin: Das ist so die Hauptaufgabe. #00:24:16-1#
240
241 Befragte/r: Ja, aber Sucht steht einfach oder Drogenkonsum steht einfach im Mittelpunkt für
242 mich. #00:24:22-9#
243
244 Interviewerin: Ja, ok, dankeschön. #00:24:29-8#

Transkript 4

1 Interviewerin: Ok, die erste Frage wäre, dass du mir vielleicht einmal beschreibst was deine
2 Tätigkeiten hier in der Beratungsstelle konkret sind. #00:00:11-3#

3
4 Befragte/r: Ok, in der Suchtberatungsstelle bin ich als Suchtberaterin angestellt. Das bedeutet
5 meine Hauptzeit verbringe ich damit Menschen zum Konsum von Alkohol und
6 Medikamenten zu beraten. Das heißt sobald ein Gesprächsbedarf aufplopt, sind die Leute
7 hier richtig. Wenn die das Gefühl haben die sind in irgendeiner Weise damit unzufrieden,
8 dann finden sie idealerweise heraus, dass es eine Beratungsstelle gibt und finden den Weg zu
9 uns. Im Gespräch kann es dann darum gehen safer zu konsumieren oder weniger zu
10 konsumieren oder gar nicht mehr zu konsumieren. Das stellt sich im Gespräch in der Regel
11 erst heraus. Viele Menschen haben schon eine Idee wo sie gerne wollen, dass es hin geht,
12 manche Menschen aber auch gar nicht. Wir arbeiten hier komplett ergebnisoffen. Genau,
13 neben der Beratung von Betroffenen selbst beraten wir auch Angehörige, das heißt, wenn ich
14 eine Person lieb habe, die konsumiert auf eine Weise, die mich unglücklich macht, dann kann
15 ich hier genauso Beratung finden. Und außerdem beraten wir auch Fachkräfte, das heißt auch
16 die können sich an uns wenden und eine Beratung in Anspruch nehmen. Genau, neben der
17 Beratung all dieser Gruppen haben wir hier auch noch Ambulante Suchtreha und Nachsorge.
18 Das sind Behandlungsmöglichkeiten, die Nachsorge findet in der Gruppe statt und die
19 Ambulante Reha im Einzel und in der Gruppe und die führe ich auch durch in Begleitung mit
20 meinen Kolleg*innen. Das sind eigentlich hier meine Hauptaufgaben. Neben so Sachen wie
21 Praktikant*innen betreuen und so Sachen die immer mal so mit laufen. Genau. #00:02:00-8#

22
23 Interviewerin: Und in die Bezug auf die Beratung konkret was sind da so Aufgaben die
24 anfallen? #00:02:08-5#

25
26 Befragte/r: Jo, (lacht) na überwiegend ist die Aufgabe in der Beratung irgendwie natürlich
27 eher so einen Raum anzubieten, den sie gestalten können. Also meine Hauptaufgabe besteht
28 irgendwie darin über Gespräche Entlastung zu bewirken, weil die Menschen irgendwie so
29 einen Raum haben in dem sie sich so sortieren können. Das ist ja so das Kernstück von
30 Beratung. Darüber hinaus vermitteln wir natürlich innerhalb der Beratung in andere
31 Einrichtungen. Wir beraten zu spreizfischen Themen wie Safer Use zum Beispiel, da haben
32 wir dann Materialien, die wir ihnen mitgeben. Ja. Wir besuchen die Leute auch woanders, es
33 muss nicht immer nur hier stattfinden. Genau. #00:02:59-7#

34
35 Interviewerin: Wo besuchen sie die dann? #00:02:59-5#

36
37 Befragte/r: Je nachdem wo sie sind. Teilweise war es nötig Hausbesuche zu machen, das heißt
38 eben da wo die Leute wohnen oder sich aufhalten. Krankenhausbesuche sind auch was, was
39 typischerweise auftaucht. Ich hab auch schon Klient*innen zu Sozialämtern begleitet oder in
40 andere Einrichtungen in die ich gern vermitteln wollte, wo es einfach leichter war so ein
41 bekanntes Gesicht mitzunehmen. Letztendlich wo auch immer die Leute sind, die gerne
42 möchten, dass wir kommen, kommen wir hin. #00:03:31-5#

43
44 Interviewerin: Und wie kommt es dann zustande, dass du dann da mit gehst ins Krankenhaus
45 zum Beispiel? #00:03:36-9#

46
47 Befragte/r: Auf Anfrage, bzw. Angebot, also wenn Klient*innen jetzt zum Beispiel gerade im
48 Krankenhaus sind wegen irgendwelcher anderen Themen und wir sind gerade mitten in der
49 Reha oder einem wichtigen Beratungsprozess, dann biete ich das auch von mir aus an, weil
50 nicht alle auf dem Schirm haben, dass das eine Möglichkeit ist. Es fühlt sich ja hier schon

51 immer sehr fest an, weil man immer im gleichen Raum sitzt, mit immer der gleichen Person,
52 haben nicht alle Leute irgendwie so das Gefühl das erwarten zu können und dann fragen die
53 das nicht. Deswegen biete ich das von mir aus auch einfach an. Wir hatten aber auch schon,
54 also ich persönlich hatte auch schon den Fall, dass das Krankenhaus angerufen hat, die haben
55 eigentlich Sozialarbeitende auf den Stationen, oft sind die aber krank oder kennen sich nicht
56 so damit aus und wenn die dann anfragen, dann sind wir natürlich zuständig, weil wir haben
57 ja kooperierende Krankenhäuser mit Entzugsstationen und für die sind wir natürlich auch in
58 der Versorgungspflicht. Weil wir ja für diesen Bezirk hier zuständig sind. Das heißt ich hab
59 auch schon komplette Reha-Anträge ausgefüllt im Krankenhaus mit Personen, die sich den
60 gesamten Beratungsprozess im Krankenhaus aufgehalten haben, weil sie körperlich einfach
61 nicht in der Lage waren das Krankenhaus zu verlassen, also fahre ich dann dahin. Oder
62 Klient*innen, die nach einem Krankenhausaufenthalt oder irgendwelchen anderen
63 gesundheitlich einschneidenden Erlebnissen ihre Wohnung nicht verlassen können, oder die
64 nicht mehr hier her finden, nach einem schlimmen Krampfanfall oder irgendwie ich hatte mal
65 eine Person, die hatte einen Schlaganfall und hat einfach den Weg hierher nicht gefunden,
66 dann bin ich halt zu der Person nach Hause gegangen. Von Kolleg*innen weiß ich, ja es gibt
67 Zig Gründe. Genau. #00:05:19-2#

68

69 Interviewerin: Magst du das vielleicht noch ein bisschen ausführen? #00:05:22-3#

70

71 Befragte/r: Noch mehr Gründe? (.) Also es gibt manchmal auch Krisensituationen, wo Leute
72 ihre Termine absagen. Wo es auffällig ist, also Leute nehmen ja wahnsinnig oft ihre Termine
73 nicht wahr oder sagen die ab. Und mit manchen Menschen hat man ja auch schon eine sehr
74 lange Beziehung in der Beratung oder Reha, das heißt man kann ganz gut einschätzen wie
75 muss ich das einsortieren und wenn sich dann Absagen häufen, dann klingeln bei uns schon
76 manchmal auch ein bisschen die Sorgen. Und wenn wir die dann nicht erreichen, gehen wir
77 auch hin. Das ist auch mit ein Grund für ein Hausbesuch, dass wir einfach. Wir haben auch
78 ein bisschen eine Fürsorgepflicht an der Stelle zu gucken, leben die noch. Und wenn ich die
79 dann nicht antreffe, dann hinterlasse ich einen Brief mit der Bitte mich zu kontaktieren,
80 ansonsten muss ich diese Verantwortung dann weitergeben an eine andere Stelle in der Regel
81 an den SPD. Das heißt, das haben wir auch schon viel gemacht, das machen wir in der Regel
82 in Zweier Teams, weil man ja nie weiß was dann vor Ort passiert. Ich hab dann Klient*innen
83 auch schon in spezielle Entzugseinrichtungen begleitet. Also Begleitung ist wirklich auch so
84 ein Top-Thema. #00:06:37-9#

85

86 Interviewerin: Und ist das aber explizit festgeschrieben im Angebot von euch oder ist das
87 etwas, dass bleiben wir mal bei der Beratung, über das Beratungsangebot hinaus geht?

88 #00:06:49-2#

89

90 Befragte/r: Nein das ist eigentlich so gedacht. Also in vielen Einrichtungen gibt es ja noch die
91 Idee Prävention mit zu machen, das sehen aber auch teilweise die Suchtkoordinatoren der
92 einzelnen Bezirke etwas anders. Weil es im Prinzip ein bisschen über unser Budget hinaus
93 geht, ja. Also Prävention würde bedeuten ich muss jetzt auch noch die Schulen versorgen.
94 Oder andere Einrichtungen da dann irgendwie Workshops anbieten. Dafür gibt es auch
95 spezielle Angebote, beispielsweise auch von unserem Träger. Da kooperieren wir auch, das
96 heißt Suchtberater*innen aus unserer Einrichtung kooperieren mit einer anderen, mit einem
97 anderen Projekt was ausschließlich Prävention für Schüler*innen anbietet. Aber das können
98 wir in der regulären Arbeitszeit ganz schwer bewerkstelligen, weil wir haben ja auch noch
99 diese ganze, genau das hab ich noch gar nicht gesagt, die Kooperationsarbeit. Wir haben
100 unglaublich viel Netzwerkarbeit, ich glaub wir haben hier im Bezirk jede Tür dreimal
101 umgedreht, weil dahinter ja Kooperationspartner sein können. Also es sind einfach

102 unglaublich viele Leute. Das heißt man hat viel einfach auch damit zu tun, auch diese
103 Netzwerke zu pflegen. Wir fahren regelmäßig in die Krankenhäuser und stellen uns den
104 Patient*innen vor, die gerade da sind auf den Entzugsstationen, da kommt eine ganze Menge
105 zusammen. Und da ist für Prävention kein Raum, aber eigentlich gehört es so ein bisschen mit
106 dazu, aber irgendwie eigentlich auch nicht, also das ist ein bisschen schwierig. Genau, aber
107 dass wir Klient*innen aufsuchen und auch langfristig betreuen, das ist theoretisch vom Bezirk
108 eine Vorgabe. Genau und das glaub ich findet sich auch in den allermeisten Beratungsstellen,
109 weil es gibt einfach manchmal Klient*innen, die fallen so durch alle Netze durch und sind
110 dann so gut angebunden an die Beratung, dass es sich sehr lange hinzieht und stabilisiert
111 irgendwie. Die kommen natürlich nicht wöchentlich, das kann man ja gar nicht gewährleisten,
112 aber lange halt. #00:08:34-6#

113

114 Interviewerin: Also du meinst ihr kommt nicht wöchentlich? #00:08:35-8#

115

116 Befragte/r: Also wir gehen nicht wöchentlich zu denen und die kommen nicht wöchentlich zu
117 uns. Genau. Also dass ich jetzt wirklich jede Woche einmal irgendwohin gehe, das sind
118 wirklich so kurze Ausnahmephasen wie jetzt zum Beispiel ins Krankenhaus, wenn ich jetzt
119 dort besuche, die schon immer dort war und wir machen einen Reha-Antrag, dann muss der ja
120 fertig werden und der brauch aber auch eine gewisse Weile. Das heißt da fahr ich dann
121 ständig hin und mach das irgendwie, aber das ist jetzt nicht so, also ich will jetzt auch nicht
122 per se sagen, dass wir das auf keinen Fall täten, aber es kam jetzt noch nicht vor, dass jemand
123 über Monate hinweg aufgesucht wurde. Also es sind eher Wochen von denen wir dann reden.
124 #00:09:14-8#

125

126 Interviewerin: Kannst du mir von einer besonderen Situation in der Beratung oder einen
127 einschlägigen Erfahrung aus deiner Beratungszeit berichten? #00:09:26-6#

128

129 Befragte/r: Kannst du mir sagen mit welchem Schwerpunkt? #00:09:30-5#

130

131 Interviewerin: Das was deine erste Assoziation ist zu boah das war mal total besonders, das
132 hat mich irgendwie umgehauen, das ist mir im Kopf geblieben, weil... #00:09:44-1#

133

134 Befragte/r: Hatte ich ganz viele, halt in Sachen die mich umgehauen haben, weil ich sie als
135 besonders schön empfunden habe und Sachen, die ich dramatisch fand oder Sachen, die ich
136 besonders schlimm fand. Also wir sind ja einfach super nah dran an Leuten, dadurch
137 entstehen glaub ich voll viele besondere Situationen. (.) Ich fand zum Beispiel sehr besonders,
138 ich hatte mal zeitgleich zwei Klient*innen mit einer Spastik, das fand ich an sich schon
139 besonders, zwei zeitgleich zu haben. Eine Person hat bei uns dann eine ambulante Reha
140 machen wollen und die Spastik war auch in der Sprache vor allen Dingen besonders relevant,
141 vor allen Dingen in der Therapie. Weil es einfach eine verlangsamte Art zu sprechen ist und
142 eine für manche Menschen eine schwer verständliche. Und dann mussten wir viel im Team
143 aushandeln, wie können wir das in der Gruppe umsetzen. Denn wir haben ja nun mal eine
144 Reha Gruppe von Leuten, die lernen müssen langsamer, sich selbst auch zurück zu nehmen
145 und dann auch Gespräch passieren zu lassen was halt einfach mehr Zeit braucht als das was
146 wir uns voneinander wünschen und gewohnt sind. Und also für uns als Team war es total klar,
147 dass wir das machen. Die Frage war eher ok wie kommunizieren wir mit den anderen
148 Klient*innen darüber und was können wir tun um die Akustik noch bestmöglich zu machen,
149 also was gibt der Raum her, wie ist der Schall. Was kann man da vielleicht auch einfach noch
150 tun? Und diese Person ist hier sehr zügig und auch sehr erfolgreich aus der Reha wieder
151 entlassen worden und hat dann auch danach einen richtig tollen, super passenden Job
152 bekommen und auch eine neue Ausstellung gehabt. Das war einfach so ein kleines perfektes

153 Zauberpaket am Ende. Das fand ich schon sehr schön, wenn Lebensläufe so super Happy-End
154 mäßig laufen. Genau das fand ich besonders. Eine andere besondere Situation fand ich: ich
155 hab eine langjährige Klient*in schon von meiner hier vor mir arbeitenden Kollegin
156 übernommen, also die ist schon länger hier als ich und bei der ist der Versicherungsstatus
157 nicht geklärt, und deshalb kann diese Person nicht mal eben irgendeinen Entzug machen und
158 wir können auch nicht eine Reha beantragen, das ist alles super kompliziert und deshalb zieht
159 sich alles super lange hin. Auch kein gesicherter Wohnraum, also alles super kompliziert was
160 man sich vorstellen kann. Und irgendwie gab's dann wieder so einen Kontakt, dass sich eine
161 Stelle aufgetan hat, die Entzug anbietet für Menschen ohne Krankenversicherung, quasi am
162 System vorbei auf eigene Kosten. Es war so ein bisschen so eine Selbsthilfeeinrichtung, aber
163 auch mit Profis und irgendwie konnten wir die gewinnen, dass sie diesen Entzug anbieten.
164 Das machen die irgendwie nur so zweimal im Jahr und dann haben wir das halt so hingekriegt
165 und dann habe ich die Klientin dahin begleitet und die war vorher im Krankenhaus. Menschen
166 werden ja Notfall versorgt, das trifft auch auf unsere Klientin zu, wenn die quasi
167 lebensgefährlich alkoholisiert sind, dann werden die auch aufgenommen auf den
168 Entzugstationen. Und von genau so einer Aufnahme kam die Person und war da wenige Tage
169 und sollte dann direkt in diese andere Einrichtung um dann dort anzudocken. Und auf dem
170 Weg dorthin hatte diese Person schon wieder alkoholisiert, das heißt ich hatte die nicht
171 entzogen, sondern voll alkoholisiert angetroffen. Und dann sind wir da gemeinsam
172 hingefahren, in der Einrichtung ist das dann völlig eskaliert. Also die Person ist in Begleitung
173 gekommen und war glaub ich völlig überfordert mit der Situation, weil auch wieder
174 alkoholisiert und die Person spricht auch kein Deutsch. Das heißt es ist alles dann auch sehr
175 angstvoll und ich bin noch da geblieben, weil von den Menschen vor Ort auch niemand
176 übersetzen konnte. Nur deswegen war ich überhaupt noch da. Und irgendwie eskalierte das
177 alles und dann hat die betroffene Person und die angehörige Person haben sich körperlich
178 angegangen und die angehörige Person versuchte nun die konsumierende Person am Boden
179 zu fixieren. Aber halt auf eine sehr ungeschulte und übergriffige Art und Weise. Und das
180 eskalierte dann alles irgendwie noch mehr und irgendwie hatte ich einfach das Glück, dass ich
181 was anderes ausgelöst habe in dieser betroffenen Person mit der ich eigentlich
182 zusammenarbeite. und dadurch hatte ich so ein bisschen einen beruhigenden Einfluss. Und als
183 dann die angehörige Person weggeschickt war, beruhigte sich die Situation auch wieder und
184 dann kam aber auch schon die Polizei, die von der Einrichtung gerufen wurde. Und die haben
185 die Person auch ziemlich brutal festgenommen und das fand ich echt schwer mit anzugucken.
186 Das ist auch keine weiße Person, das heißt ich hab das auch einfach als total rassistisch und
187 auf ganz vielen Ebenen fand ich das irgendwie nicht in Ordnung, weil die Person war
188 eigentlich total ruhig. Das heißt, es gab eigentlich keinen Anlass das ganze wieder so
189 eskalieren zu lassen, ist dann aber so passiert. Genau, das fand ich auch ziemlich besonders.
190 Passiert jetzt auch nicht so oft. ja. #00:15:07-5#

191
192 Interviewerin: Wahnsinn, ok. Die Situation, dass du da mitgegangen bist, ist aus der Reha
193 heraus oder aus dem Beratungskontext entstanden? #00:15:25-8#

194
195 Befragte/r: Beratung. Genau, weil Reha ja nicht finanziert wird. Ging ja nichts außer
196 Beratung, weil Beratung ist ja anonym, kostenfrei und nicht gebunden an irgendwas.
197 Dementsprechend können alle Menschen, die Beratung nutzen eine Sprache sprechen, die wir
198 anbieten. Und dadurch kommen quasi die ganzen Menschen, die sonst so aus dem Netz fallen
199 hoffentlich mindestens in der Beratung an und wir gucken halt was wir hier machen können.
200 Wir versuchen schon die Beratung von der Therapie zu trennen. Das ist nicht immer so leicht,
201 weil wir ja überwiegend auch alle alles machen. Und die Übergänge sind teilweise auch so
202 sehr fließend. Therapeutische Inhalte versuchen wir trotzdem aus der Beratung
203 herauszuhalten. Auch einfach aus dem Grund, wenn schon Therapie in der Beratung mache,

204 die Notwendigkeit eine Therapie zu beantragen, ist ja dann auch gar nicht mehr so hoch. Das
205 heißt, das ist auch gar nicht motivationsfördernd das zu sehr schon zu machen, weil die Leute
206 dann nicht verstehen, warum soll ich denn jetzt noch was anderes machen, das hier ist doch
207 schon gut. Deswegen ist es auch für Klient*innen manchmal schwer zu verstehen, mach ich
208 jetzt Beratung oder Therapie. Und ganz oft hör ich auch, dass Leute sagen, sie machen hier
209 Therapie und dann sagen wir immer, nee sie machen hier Beratung. Das ist nicht so einfach.
210 #00:16:39-4#

211

212 Interviewerin: Könntest du mir beschreiben welche Funktionen die Drogenberatung im
213 Hilfesystem einnimmt? #00:16:53-4#

214

215 Befragte/r: Die Suchtberatung? (Ja) Naja, ich denke die Suchtberatung ist im Idealfall so
216 eine erste Tür, also dadurch, dass wir unabhängig finanziert sind. Also wir haben keinen
217 Belegungsdruck und das ist teilweise etwas das ich aus Krankenhäusern viel sehe. Das
218 teilweise große Krankenhäuser, Entzugsstationen und Kliniken und die vermitteln einfach von
219 den Entzugstationen supi gerne in die eigenen Kliniken. Und da ist natürlich das was die
220 Klient*innen eigentlich brauchen nicht der Schwerpunkt gewesen. Das ist das was Beratung
221 anbieten kann. Wir sind einfach neutral. Wir haben keinen Belegungsdruck und ich glaub die
222 allermeisten Beratungsstellen haben auch keinen Druck, dass sie zu wenig Klient*innen
223 haben. Weil wir müssen ja schon auch Statistiken erstellen und wir müssen ja auch zählen mit
224 wie vielen Leuten wie viel reden und wir müssen das ja auch zurück melden und dann gibt´s
225 davon ja auch noch eine Fantasie wie viel das sein muss und gleichzeitig, also ich war auch
226 schon in einer anderen Beratungsstelle, sehe ich dass wir da relativ autonom agieren, weil wir
227 haben auch genug Klient*innen und wir müssen die nicht irgendwohin vermitteln. Das heißt
228 wir gucken uns die Vermittlungseinrichtung möglichst neutralen in Anführungszeichen, halt
229 unserem eigenen Blick an. Und haben dadurch aber und das ist zumindest unser Ziel, und ich
230 glaub das von all meinen Kolleg*innen natürlich auch, so eine Bandbreite an möglichen Orten
231 für danach zu haben, dass ich wirklich passgenau meinen Klient*innen was vorschlagen kann.
232 Also die Idee ist immer, sagen sie mir mal was ihnen wichtig ist und ich schlag ihnen mal drei
233 Einrichtungen vor. Und dann gucken sie sie sich an, ich glaub das ist was das kann nur die
234 Beratung, weil wir eben finanziell unabhängig sind. Und wir sind ja auch, vielleicht vergesse
235 ich gerade auch was, als Einzige richtig ergebnisoffen. Wir müssen keinen Hilfeplan
236 schreiben, wir sind nicht Abstinenz orientiert, wir müssen nicht kontrollieren, wir haben
237 eigentlich keine Anforderungen außer die Leute müssen Bock haben mit uns zu reden, die
238 Leute müssen mit uns irgendein Ziel verfolgen, also welches Ziel auch immer, aber nur so auf
239 ein Kaffeeschwätzchen geht nicht, aber ansonsten müssen sie halt in der Lage sein zu reden.
240 Das heißt die dürfen nicht so alkoholisiert sein, dass es nicht mehr geht, aber das wars dann
241 auch schon. Reden können, reden wollen und über was Bestimmtes reden wollen. Und mir
242 fällt jetzt, wenn ich überlege was mir noch so in der Suchthilfelandchaft einfällt nichts weiter
243 ein, was so niedrige Anforderungen hat. Weil meistens hast du doch irgendwie so eine
244 Kontrollinstanz im Hintergrund oder du hast eben so einen Zielplan mit mehreren Zielen die
245 du festlegst und dann musst du daran arbeiten und hast einen ganz anderen Belegungsdruck
246 häufig. Dadurch, oder du hast eine Gruppe und dann sieben die Leute aus wer passt und wer
247 passt nicht, das heißt wen können wir aufnehmen und wen nicht. Und wie viel Kapazitäten
248 haben wir gerade und da sind wir viel flexibler. Das ist schon was, was die Beratung zum
249 Eingangstor hoffentlich macht, weil wir sollten ja mit allen anderen Suchthilfeinrichtungen
250 so kooperieren, dass wir halt von hier aus dahin vermitteln. (..) #00:20:09-2#

251

252 Interviewerin: Meine nächste Frage ist wo du die Grenzen von Beratung siehst. #00:20:33-7#

253

254 Befragte/r: Also wir haben einfach sprachliche Grenzen, damit erreichen wir schon nur

255 bestimmte Zielgruppen und andere Menschen sind unterversorgt. Es gibt einfach klare, auch
256 wenn ich jetzt die ganze Stadt betrachte, es gibt einfach bestimmte Sprachangebote, die gar
257 nicht oder nur sehr wenig vertreten sind. Du hast als, manche Einrichtungen haben halt die
258 Möglichkeit über Dolmetscher*innendienste die Beratung dann zu führen, aber es ist einfach
259 ein bisschen was anderes eine Beratung über eine dritte Person dann zu führen. Ich weiß zum
260 Beispiel, dass es in der ganzen Stadt, ich weiß es zu 95% Sicherheit, eine einzige Person gibt,
261 die Suchtberatung in deutscher Gebärdensprache anbietet, eine. Und damit hast du eine ganze
262 Community, die unterversorgt ist. Wir fragen immer ab wie die Klient*innen uns gefunden
263 haben und die meisten gucken im Internet. Ich weiß aber, dass es bestimmte Communities
264 gibt, die tatsächlich eher über Mundpropaganda einander erzählen und ich glaube, dass genau
265 diese Leute Schwierigkeiten haben in der Beratung anzukommen. Weil die sind ja insgesamt
266 schon unterversorgt und das heißt es gibt keine Person, die mir das erzählt oder die
267 Wahrscheinlichkeit ist nicht so hoch und dann komm ich halt so auch nicht so richtig an. Das
268 heißt ist sehe die Grenzen momentan eher in den Menschen, die wir ansprechen und den
269 Menschen, die wir nicht ansprechen. Also halt auch auf der Ebene wie viele Menschen sind
270 irgendwie weiß, in welcher Altersklasse, wir haben irgendwie immer eine Unterrepräsentanz
271 von weiblich interpretierten Menschen, also es gibt einfach bestimmte Zielgruppen, die wir
272 nicht so gut ansprechen. Die Suchthilfe als Ganzes und ich denke jede Beratungsstelle als
273 Einzelnes. Es gab ja jetzt auch Suchtberatung für Menschen mit Fluchtgeschichte, extra
274 finanziert, in jedem Bezirk. Es hat halt offensichtlich auch nicht so gut funktioniert, dass die
275 Finanzierung steht, also soweit ich das mitkriege hat das in einigen Teilen echt gut
276 funktioniert, dass so zarte Bande geknüpft waren, auf die man jetzt hätte aufbauen kann. Das
277 ist halt auch einfach was was man so langfristig anlegen muss, eine ganz neue
278 Klient*innengruppe anzusprechen mit so einer komplett neuen Idee davon wie
279 Versorgungssysteme funktionieren. Sowas braucht einfach Zeit. Und vor allen Dingen mit so
280 einem spezifischen Thema, wo die Leute auch so viele andere Themen haben. Also wenn ich
281 irgendwie traumatisiert bin und deswegen irgendwie trinke, oder Drogen konsumiere oder
282 Medikamente, dann ist vielleicht das Aufhören zu konsumieren nicht der allererste Schritt.
283 Dann brauche ich vielleicht erstmal voll lange bis ich begreife, dass solange wie ich nicht
284 aufhöre zu konsumieren, ich auch an die anderen Sachen gar nicht rankomme. Das sind aber
285 total lange Prozesse. So, die Finanzierungen sind jetzt wieder eingestampft und dann ist jetzt
286 wieder die Frage wie wird diese Zielgruppe wieder neu angesprochen und wie halt nicht. Ich
287 glaube für mich jetzt aus dem ersten Impuls heraus ist die Grenze, wen kann ich erreichen mit
288 dem was ich nach außen zeige, was ich repräsentiere mit dem wo ich bin. Das ist schon, das
289 braucht halt gewisse Privilegien um dieses Zugang überhaupt zu haben. #00:24:10-8#

290

291 Interviewerin: Fällt die noch was anderes ein? #00:24:11-6#

292

293 Befragte/r: Was Grenzen sind? #00:24:15-4#

294

295 Interviewerin: Wo es Schwierigkeiten gibt innerhalb der Beratung. #00:24:17-5#

296

297 Befragte/r: Also Zeit ist natürlich auch immer so ein Thema. Wir haben ja nur eine begrenzte
298 Stundenanzahl, die den Klient*innen zur Verfügung stehen und da gibt es sicherlich auch
299 immer Menschen, die etwas viel engmaschigeres bräuchten. Es ist dann für uns auch immer
300 die Abwägung ist Beratung hier an der Stelle das richtige oder forcieren ich lieber die
301 Weitervermittlung, weil irgendwoanders gibt es ein Angebot, dass total passend ist. Es ist ja
302 aber auch so, dass wir ein Vertrauensverhältnis hier zu den Leuten aufbauen. Also das ist find
303 ich auch immer so ein Dilemma, dass wir so Vertrauen aufbauen, damit wir überhaupt ins
304 arbeiten kommen um dann im Ergebnis sagen zu können und jetzt bitteschön woanders
305 hingehen und da weiterarbeiten und dann müssen die Leute wieder von vorn anfangen. Im

306 Idealfall ist es so, ich bin ja im Erstberuf auch Erzieherin, und Abschied ist da auch ein großes
307 Thema finde ich und Abschied können wir generell immer alle nicht so gut. Abschied hat
308 immer sowas von alles was vorher schön war ist jetzt weg. Und wenn ich jetzt mal so mit
309 dieser Maske drauf gucke, find ich birgt das auch die Chance, dass alle Menschen die
310 Erfahrung machen, ich hab mich mal eingelassen und das war schön. Und dann gings auch
311 schön weiter. Das muss man natürlich auch aushalten, dass man Leute in eine Beziehung holt,
312 da was anbietet und dann quasi sagt, so jetzt sind wir fertig. Jetzt macht meine Kollegin
313 woanders weiter. Genau, das ist vielleicht auch so eine Sache. Da brichts auch manchmal
314 zusammen, dass die Leute nicht da ankommen. Und ich glaub das ist was was man als
315 beratende Person aushalten muss, wenn da drüben dann die Beziehung abgebrochen, wenn die
316 Reha abgebrochen wird, das BEW abgebrochen wird und die Klient*innen tauchen wieder ab.
317 Und das ist schon was, was so Spannungen in mir verursachen kann, dass ich Menschen über
318 einen langen Prozess vertrauensvoll gebunden habe an die Beratung, dann weitervermittelt
319 habe und dann hats nicht geklappt. So und dann kannst du immer nur hoffen, dass die Leute
320 wieder zurück kommen und wir eine neue Schleife anfangen können. Es ist natürlich wichtig
321 sich irgendwie, also es ist leicht Schuld zu verteilen und zu sagen hier und die Einrichtung
322 und bla, das ist glaub ich so ein bisschen die reflektive Kunst, die wir hoffentlich irgendwie so
323 haben zu sagen, ich gehe davon aus es war alles sinnvoll war was passiert ist und dass es
324 irgendwie sinnvoll ist wie es ist. Dass es aus irgendeiner Weise oder Perspektive auch
325 nochmal nötig ist, dass es so ist wie es ist. #00:26:51-3#

326

327 Interviewerin: Du hast gerade einmal kurz die Zeit erwähnt, dass das Schwierigkeiten bringt
328 manchmal, kannst du dazu nochmal mehr sagen? #00:27:00-6#

329

330 Befragte/r: Also wir haben jetzt eine 20h pro Klient*in und dann ist Schluss. Es gibt so eine
331 Idee davon wie lange so eine Beratung idealerweise dauert. Aber ich hab hier nicht den
332 Druck, dass es so sein muss, also ich glaube meine Beratungsprozesse sind
333 überdurchschnittlich lang. (lacht) Es ist einfach so, die Art wie man auch arbeitet. Ich hab
334 andere Kolleg*innen bei denen geht das alles viel, viel fixer, die vermitteln irgendwie viel
335 schneller, haben eine andere Art zu arbeiten und das passt zu anderen Klient*innen auch voll
336 gut. Genau, deswegen gibts da keine Idee, aber es ja einfach so, ich hab ja wie gesagt
337 momentan nur eine sehr kleine Stelle und wenn wir uns das einfach mal vor Augen führen,
338 oder auch vorher als ich noch 30h gearbeitet hab. Du hast 30h, da gehen mehrere Stunden pro
339 Woche weg für Teamsitzungen, dann hast du noch Doku, Telefonieren, irgendwohin fahren,
340 bla bla bla und dann hast du vielleicht noch 20, 18, 19h übrig wo du Klient*innen versorgen
341 kannst. Das heißt du hast effektiv, wenn es dolle läuft 20 Beratungsslots, wenn jede Beratung
342 genau 45min dauert. Und dann biste erstens total vollgeballert und zweitens hast du immer
343 mehr als 20 offene Klient*innen. Also ich hab eigentlich immer parallel bei 30h 40-50
344 Klient*innen gehabt, die so offen in der Episode waren, bzw. mit denen ich irgendwie in
345 Kontakt war in den letzten drei Monaten und da siehst du ja schon, dass das nicht funktioniert.
346 Das heißt ich kann gar nicht alles jede Woche sehen. Und das ist auch ok und die meiste Zeit
347 läuft das und auch nicht alle wollen jede Woche herkommen, aber die allermeisten würden
348 gern jede Woche herkommen. Und da muss man dann manchmal stückeln, also ich hab dann
349 manchmal den Fall, dass ich an meinem letzten Arbeitstag was dann typischerweise
350 Donnerstag war für die letzten zwei Klient*innen gar keinen Termin mehr für die nächste
351 Woche hatte. Das heißt ich muss dann so vorausschauen blocken, weil ich weiß Person
352 Donnerstagabend 18 Uhr braucht definitiv einen Termin nächste Woche, ich muss irgendwo
353 einen frei halten oder es war halt so ja sorry, wer zuerst kommt, malt zuerst. Keine Ahnung.
354 Also es ist schon recht viel was man so planen muss. Das mein ich eher, und auch diese
355 dreiviertel Stunde. Also fangen immer um an, dann geht´s eine dreiviertel Stunde, Reha geht
356 immer 50 min, da hast du dann genau 10min Zeit für Doku, nochmal austauschen, Tee holen,

357 auf Toilette gehen, atmen, lüften so. Das ist es wenig Zeit, aber wenn du das nach hinten raus
358 verlängerst, dann also verzieht sich alles und wenn du dann eine kriselige Situation hast, die
359 nicht in 45min weg zu quatschen ist, dann kannst du nur hoffen, dass du im Anschluss Doku
360 geplant hattest oder du musst die Person, die draußen sitzt irgendwie verträsten. Also es ist
361 schon einfach dann auch sehr getaktet. Was auch ein bisschen dem widerspricht wie es sich
362 anfühlen soll. #00:29:55-2#

363

364 Interviewerin: Mir kommt da tatsächlich gerade die Frage auf wie du es dann noch schaffst
365 Leute irgendwohin zu begleiten. Oder quasi nicht hier vor Ort zu sein. #00:30:07-8#

366

367 Befragte/r: Planung! Aber ja das sind genau die Sachen warum das halt auch nicht nonstop
368 möglich ist. Wenn ich mir jetzt überlege, ich hab einen Außentermin, der eine Stunde geht,
369 was schon nicht immer unbedingt der Fall ist bei Außenterminen, also außer ich besuche die
370 jetzt irgendwie zu Hause oder im Krankenhaus, dann kann ich sagen wir machen hier unsere
371 45min Beratungsgespräch wie immer, aber wenn ich jetzt zum Beispiel zum Sozialamt
372 begleite oder zu irgendeiner anderen Einrichtung zu der vermittelt werden soll, dann kann das
373 ja auch mal länger gehen. Dann bin ich mindestens sagen wir mal grob eine Stunde dort, dann
374 hab ich den Hinweg, den Rückweg und die Doku. Und da sind dann auch mal schnell drei
375 eigentliche Beratungsslots futsch. Genau. Da ist es also wichtig zu planen. Wenn man quasi
376 auf sich selbst aufpassen will und nicht unnötig Überstunden machen will. Also wenn ich mal
377 in einer Woche Überstunden mache und die in der nächste abbummel, dann ist das ja auch
378 völlig in Ordnung. Wenn es jetzt irgendwie jede Woche so wäre und ich hab dann irgendwie
379 so einen Wust an Überstunden, also da würde mir dann meine Chefin auch irgendwann an die
380 Stirn klopfen und sagen mach das mal bitte anders so und genau, da muss man dann halt auch
381 irgendwie lernen sich abzugrenzen. Also so schwer es ist. Unsere Klient*innen versterben
382 auch teilweise, das ist auch irgendwie was was man aushalten muss, weil es einfach dazu
383 gehört leider. Und irgendwie musst du ja für dich einen Umgang damit finden, sonst kannst
384 du den Job einfach nicht lange machen. Und es nützt ja auch meinen Klient*innen nichts,
385 wenn ich da zergehe, mit denen mitleide, so das heißt das lernst du an irgendeiner Stelle
386 idealerweise. Und ich glaub die eigentliche Schwierigkeit besteht darin zwischen ich grenz
387 mich so ab, dass ich jetzt nicht mitleide und ich bin aber emotional so engagiert, dass ich
388 mich noch kümmerge, also dazwischen muss man dann halt irgendwie so, ja. Aber ich glaub,
389 wenn du emotional abstumpfst, dann bist du irgendwann auch kacke. Dann solltest du
390 irgendwann auch nicht mehr weiter beraten. #00:32:00-9#

391

392 Interviewerin: Wir hatten es gerade von den Grenzen und da hast du erzählt von der Situation
393 wer wird erreicht und wer nicht und auch diesem Zeitfaktor. Du kannst gern darauf eingehen
394 oder auf andere Sachen, aber was findet ihr hier in der Beratungsstelle für einen Umgang
395 damit. Oder du persönlich auch. #00:32:19-4#

396

397 Befragte/r: Womit jetzt genau? #00:32:17-5#

398

399 Interviewerin: Mit diesen Grenzen, die man so erlebt, Umgang zu finden. #00:32:18-9#

400

401 Befragte/r: Achso, naja es gibt ja so bestimmte Sachen wie beispielsweise welche
402 Zielgruppen spreche ich an. Da kannst du ja relativ lösungsorientiert mit umgehen, also wir
403 sind ja hier sehr lösungsorientiert (lacht) auch über die Beratungsgespräche hinaus geben wir
404 uns große Mühe im Team lösungsorientiert umzugehen. Ich finde es immer schon geil, wenn
405 man es merkt. Also ich find schon super festzustellen wow wir haben hier eine, ich sag´s mal
406 so, überwiegend weiße Klient*innenschaft interpretieren. Warum ist das so, woran liegt das?
407 Wer lebt in unserem Bezirk und wie sieht sozusagen die Durchschnittsbevölkerung des

408 Bezirks aus, die müsste sich ja hier auch widerspiegeln. Tut sie das? Oder tut sie das nicht?
409 Oder eben festzustellen die Suchthilfe ist zu 2/3 männlich* besetzt. Warum ist das so? Also
410 da gibt es auch Untersuchungen zu, ich hatte bei meiner Bachelorarbeit tatsächlich erst
411 überlegt das zu untersuchen, ich hab mich dann aber doch für was anderes entschieden, weil
412 ich dachte ich schluck das nicht, ich glaube nicht, dass Männer überwiegend abhängig
413 konsumieren. Ich glaube, dass es unterschiedliche Konsummuster gibt und dass es
414 unterschiedliche Substanzen gibt je nachdem in was für einer Rolle wir sozialisiert werden,
415 aber ich glaube nicht daran und es gibt ein paar andere die glauben da auch nicht dran. Das
416 heißt es gibt irgendwie Gründe warum es für Frauen* bestimmte andere Herausforderungen
417 gibt in der Suchthilfe überhaupt anzukommen. Und ich denke dann zu gucken, ich stelle da
418 eine Gab fest, eine Versorgungslücke, irgendeine Grenze fest, was mach ich jetzt damit. SO
419 kann ich das gut aushalten und ich glaube meinen Kolleg*innen geht es da ähnlich. Ich glaube
420 wir können das gut aushalten. Und dann haben wir halt auch gelernt, das andere zur Seite zu
421 legen. Du kannst halt nicht auf allen Bällen gleichzeitig tanzen, du musst irgendwie
422 Prioritäten setzen. Und dann ist die Versorgung der Leute, die irgendwie hier sind wichtig, die
423 muss gewährleistet sein. Und dann kann ich gucken wie viele Stunden kann ich mich so
424 rausziehen, dass andere vielleicht was übernehmen, um mit den Netzwerkpartner*innen
425 vielleicht zu sprechen wo sind die Leute bei euch, wie ist bei euch so der Durchschnitt, wie
426 können wir die ansprechen um dann eben nochmal bestimmte Zielgruppen anders zu
427 erreichen. Also je nach dem von welcher Zielgruppe ich dann eben spreche. Es gibt ja auch
428 viele Einrichtungen, die sind überregional, das heißt zum Beispiel alles was so in diesen
429 Queer Bereich geht, die sind meistens nicht auf ihren Bezirk festgelegt. Das heißt, wenn ich
430 feststelle, da ist so eine gefühlte Unterversorgung, dann kontaktiere ich halt die Leute, bei
431 denen ich glaube die haben einen Zugang zu der Gruppe. Und versuch noch irgendwie zu
432 sprechen, oder ich hab schon in meinem Praktikum in einer Suchtberatung gearbeitet und
433 festgestellt es gibt außer den Anonymen Alkoholiker*innen und der anderen Gruppe keine
434 englischsprachige Gruppe für Klient*innen in der Stadt nicht, in der ganzen Stadt nicht. Es
435 gibt zig davon ja, du kannst jeden Tag zu drei Gruppen gehen, aber es gibt keine andere
436 Gruppe, es gibt keine Gruppe, die nicht dieses AA-System hat (unverständlich), was ja sehr
437 spezifisch ist und was für manche Leute total toll ist und die lieben das und für andere Leute,
438 die können das nicht. Und ich hatte immer wieder englischsprachige Klient*innen, die mir
439 gesagt haben, ey hab ich ausprobiert, aber es geht nicht für mich, das ist mir zu spirituell, zu
440 blablabla. Und ich bin hier bald durchgedreht, weil ich so viele Monate damit verbracht habe
441 in der ganzen Stadt anzurufen und zu fragen: Gibts eine englischsprachige Gruppe? Gibt´s
442 eine englischsprachige Gruppe? Und alle so nee, mach mal eine, keine Ahnung, sag mal
443 Bescheid, dass wir am Ende einfach eine gegründet haben. Also das ist halt auch ein
444 möglicher Umgang, dass ich halt einfach das Problem behebe, wenn ich es irgendwie kann.
445 Und so lässt sich das irgendwie ganz ok aushalten. Es ist halt ein Prozess. #00:36:01-0#

446

447 Interviewerin: Und so auf diesen Zeitfaktor nochmal zurück zu kommen.. #00:36:05-3#

448

449 Befragte/r: Ist halt wie es ist. Ja, ich kann ja nicht verhindern, also könnte ich sagen ich
450 nehme jetzt ein Vollzeitstelle damit ich noch mehr Leute versorgen kann, aber ob ich 15h 30h
451 oder 40h arbeite, mein Problem bleibt ja das gleiche. So, das heißt, auch da bin ich in einem
452 Prozess wie kann ich das mit meinen Klient*innen aushandeln und ich hab das für mich so
453 gelöst, dass ich eigentlich fast immer fast alle am Ende jedes Gespräches daran erinnere,
454 wenn es irgendwie eine Krise gibt, oder eine Sorge haben, oder irgendetwas wichtiges
455 aufplopt, sie wissen, rufen sie mich einfach an, wir können auch telefonieren, wenn wir uns
456 nicht sehen oder hier Krisendienst, bla. So, dass wir einfach diese Basisversorgung, ich glaub
457 alle meine Klient*innen sind gut darüber informiert, wo ruf ich an, wenn mein Haus brennt,
458 ich Suizidgedanken habe, wenn mir was weh tut oder wenn ich Suchtgedanken habe. Und die

459 alle wissen, dass sie sich bitte bitte immer hier melden können, egal wie lange wir uns nicht
460 gesehen haben oder egal wann unser nächster Termin ist. Und wenn der nächste Woche ist
461 und was zwischendrin ist, dann bitte anrufen. Das müssen dann auch alle aushalten, dass dann
462 mal ein Termin von mir kurzfristig abgesagt oder verschoben wird, weil eine Krise auftritt.
463 Das ist halt die andere Seite davon, dass alle die Möglichkeit haben, gibt eine Krise, ich bin
464 erreichbar. Und das wissen halt alle, zu wissen wo ich mich hinwende und dass es jemanden
465 interessiert, ist für viele Leute schon eine gute Basisversorgung, die es dann aushaltbar macht,
466 dass sie nicht so viele Gespräche wie sie vielleicht gerne hätten hier wahrnehmen können. So
467 vielleicht motiviert es auch sich anderweitig noch was zu suchen. Also wenn ich jetzt jede
468 Woche ein Gespräch anbieten würde, dann würden sie vermutlich auch jede Woche hier her
469 kommen, ist ja auch nett so, aber ob das jetzt alle Probleme löst. #00:37:48-7#

470
471 Interviewerin: Dann kommen wir zur letzten Frage und die beinhaltet eine kleine Definition.
472 Ich habe über die DHS ein Forderungspapier gefunden, dass im vergangenen Jahr
473 veröffentlicht wurde und da werden nochmal die Grundleistungen, die die Suchtberatung
474 erfüllen soll definiert und da ist mir der vierte Punkt aufgefallen, den würde ich mal kurz
475 vorlesen. Also unter dem vierten Punkt der Grundleistungen, die die Suchtberatung erfüllen
476 soll, steht es soll: "eine bedarfsgerechte Beratung und Begleitung in Bezug auf die Anliegen
477 und Problematiken von Klient*innen auch über den Suchtmittelkonsum hinaus, gewährleistet
478 werden." Ich würd dich dazu nochmal fragen, welchen Stellenwert, oder welche Relevanz hat
479 diese Forderung für die Suchtberatung? Passiert das schon oder nicht? #00:38:59-5#

480
481 Befragte/r: Ja, also ich glaube, dass es jetzt nicht so ist, dass Menschen hier her kommen und
482 die haben gar kein Thema mit Sucht und wollen jetzt nur über was anderes sprechen. Also
483 wer jetzt hierher kommt mit einem Hartz4 Bescheid und sagt hier ich versteh das nicht, je
484 nachdem, wenn ich jetzt gerade eh kein Gespräch hab, würd ich wahrscheinlich schnell mir
485 das mit der Person einmal anschauen und dann würd ich der irgendwie die Kontaktadresse zur
486 Sozialberatung geben und wenn's halt gar nicht geht, dann würden wir direkt die
487 Kontaktadresse zur Sozialberatung geben. Mindestens das würden wir aber machen. So, ich
488 denke was damit jetzt gemeint ist und was wir tatsächlich tun, ist, zur Sucht kommen ja
489 immer ganz viele andere Themen hinzu. Also die Menschen konsumieren in der Regel nicht,
490 weil sie irgendwann fanden ich hab hier viel zu viel Geld und ich find mich viel zu gesund,
491 ich fang jetzt mal an Medikamente, Drogen oder Alkohol zu konsumieren. Die meisten hatten
492 einen sehr guten Grund, oder haben den auch noch um zu konsumieren. Und der ist meistens
493 ja nichts Gutes. Das heißt, oft schon vorher und mindestens durch die Abhängigkeit entstehen
494 weitere Probleme, weitere Belastungen und Themen. Und wenn wir die nicht mit versorgen
495 würden, dann hätten wir das ganze Prinzip von Suchtbehandlung nicht verstanden. Da geht's
496 ja genau darum, ich kann den Leuten ja nicht sagen so jetzt hören sie mal auf zu trinken, weil
497 das passt ja gar nicht so gut. Sondern es geht ja immer darum zu gucken, wann genau trinken
498 sie denn? Ach abends wenn sie zu Hause sind, aha ok sie waren vorher arbeiten alles klar ok
499 bum Entspannung. Nur mal so skizziert. Wenn ich also weiß die Person trinkt, um abends zu
500 entspannen, weil die Person gar nicht mehr anders entspannen kann, dann weiß ich es ist also
501 sinnvoll alternative Entspannungsmethoden kennenzulernen. Erst wenn die Person diese
502 verlässlich anwenden kann, hat sie eine Chance auf das Trinken zu verzichten, weil alle
503 müssen sich entspannen. Also es sind manchmal oder oft so basale Bedürfnisse, die so hinter
504 dem Konsum liegen. Soziales Schmiermittel ist bei Alkohol ganz oft der Fall, also ich fühl
505 mich einfach sicherer im Umgang mit Leuten, wenn ich konsumiere. Oder meine Hände
506 zittern nicht mehr, damit mein ich jetzt kein Entzugszittern, sondern Angstzittern. Oder eben
507 ich muss abends entspannen, oder das ist der einzige Raum den ich habe, weil sonst irgendwie
508 immer meine zwei Kinder und/oder meine Partner*in im Vordergrund stehen, aber wenn ich
509 mit meinen Leuten unterwegs bin, dann ist das mein Raum. Und die trinken nun mal und

510 konsumieren, ich weiß gar nicht wie das anders geht. Oder ich war mit 14 das erste Mal in der
511 Disco und da haben sie gesagt hier bitteschön mit Bier läuft das alles viel besser und das ist
512 so, ich kann gar nicht feiern, und ohne feiern wie soll ich je abschalten. Das sind super
513 nachvollziehbare Konsumgründungen und viele davon sind ja gesellschaftlich gefeiert und
514 gefördert. Wir werden ja voll oft zum Konsumieren aufgefordert. Bis dann irgendwie so eine
515 magische, unsichtbare Grenze überschritten wird und ab da finden es auf einmal alle kacke.
516 Es ist für die Klient*innen überhaupt nicht nachvollziehbar. Immer sollt ich trinken und jetzt
517 auf einmal soll ich nicht mehr trinken. Wo war der Punkt, den ich überschritten habe? Weil
518 wir keine adäquaten Regeln haben, aber wir haben tolle Gründe. Und wenn ich jetzt nicht mit
519 diesen eigentlichen Bedürfnissen arbeite, habe ich keine Chance auf eine zufriedenstellende
520 Abstinenz. Wenn ich jetzt in der Beratung schon sage, wir reden aber nur über den Konsum,
521 was haben die Leute dann für eine Chance irgendwo anzukommen. Das heißt es geht immer
522 um, weiß ich nicht, aufräumen, Briefe öffnen, Termine wahrnehmen, Stress mit
523 Partner*innen, Einsamkeit, Familie, Kinder, gesundheitliche Folgen. Also wir haben
524 irgendwie mit Leuten auch schon rechtliche Betreuung beantragt. Also das hat dann gar nichts
525 mit meinem Thema dann irgendwie zu tun, in manchen Fällen ja schon, weil auch nicht
526 stoffgebundene Süchte auftreten und wenn es dann so um Kaufsucht und so weiter geht, da
527 sind wirklich nochmal Existenzen auf einer ganz anderen Ebene nochmal bedroht. Und wenn
528 ich aber sage, na sorry, jetzt die Betreuung beantragen, ist halt gar nicht mein Job. Geht nicht,
529 ne, also klar ist das mein Job. Von daher würde ich sagen, ist Normalität wenn du die
530 Beratung gut machst. Kommst du nicht drum herum, dich mit tausend anderen Themen auch
531 auseinanderzusetzen. Es ist jetzt nicht so oft so, dass die Leute mit ihren ALG II Bescheiden
532 sitzen, ich glaub da müsst ich jetzt nochmal nach gucken wie das nochmal geht, aber auch das
533 würde ich einmalig machen. Wenn das jetzt langfristig ein Thema ist, dann vermittele ich an
534 die Sozialberatung, weil wir brauchen ja auch Zeit für andere Themen. Aber ich denke, dass
535 du mit sehr vielen Bereichen Schnittstellen hast und dadurch irgendwie so ein bisschen eine
536 Ahnung hast, mindestens was ist der nächste Schritt. Und einige von unseren Kolleg*innen
537 sind ja auch ausgebildete Schuldner*innenberater*innen, weil das einfach auch eine große
538 Rolle spielt, weil das oft mit Sucht zusammenhängt, dann irgendwie auch Schulden zu
539 bekommen. Das muss ja alles auch bezahlt werden, und so typische andere Erkrankungen, die
540 oft dabei sind. Also so Briefe öffnen ist auch so total klassisch. Also machen wir auch das, ich
541 hab hier auch schon Briefe sortiert. Ist auch typisches Reha-Thema eigentlich. So ein
542 Ablagesystem entwickeln, oder Kalender, wie arbeite ich mit einem Kalender. Hab ich mit
543 einem Reha-Klienten, boah, das hat bestimmt ein halbes Jahr gebraucht, bis der dann
544 irgendwie verlässlich mit seinem Kalender gearbeitet hat. Aber da war Stolz im Raum, ich
545 hab's auch in den Abschlussbericht geschrieben. Und als wir den durchgegangen sind, meinte
546 der Klient: StIMMT, der Kalender. Das sind solche Sachen manchmal, könnte man ja meinen,
547 die haben mit Sucht gar nichts zu tun, aber die sind einfach unglaublich relevant. #00:44:31-
548 4#

549
550 Interviewerin: Aber würdest du dann da sagen du gehst ganz bewusst über die
551 Berater*innentätigkeiten, die ja im Grunde genommen auch definiert sind, hinaus. Die
552 Schwelle, oder würdest du sagen, das ist noch alles ganz klar Beratung. Weil so seh' ich das.
553 #00:45:02-5#

554
555 Befragte/r: Also ich glaub, dass ich therapeutische Methoden in der Beratung anwende, ich
556 mach das nicht ausversehen, ich hab dann schon bewusst entschieden, ich mach das jetzt an
557 der Stelle. Aber ansonsten sind das für mich Sachen, die gehören tatsächlich dazu. Also ich
558 glaub auch dass wir da alle unterschiedlich arbeiten, und auch das muss man aushalten. Das
559 nicht alle so arbeiten, wie man das selber richtig findet. Und das gab auch weiß Gott
560 Momente, in denen ich mich sehr schwer getan habe zu verstehen und vielleicht habe ich auch

561 manches nicht verstanden, sondern einfach akzeptiert, wie ist Beratung, wie bin ich als
562 Beraterin? Das ist glaub ich sehr divers gefüllt. Aber für mich gehört es, alles was ich tue, zu
563 meiner Vorstellung wie ich Beratung anbiete dazu und da gehört auch irgendwie dazu mit
564 denen einen Mini-Smalltalk zu haben oder irgendwie mal einen Witz zu machen und zu
565 lachen. Also so ja. Es gibt für mich auch ganz klare Grenzen, es gibt eine bestimmte Intensität
566 an emotionaler Berührung, die darf nicht aufploppen und wenn dann würde ich die Person
567 einfach abgeben, weil ich einfach glaube, dass ich dann auch nicht gut beraten kann. Es gibt
568 aber auch bestimmte Klient*innen mit denen kann ich nicht gut arbeiten, wo es mich einfach
569 unglaublich viel kostet. Das sind einfach auch Momente wo ich mich auch schütze, weil ich
570 denke, das muss nicht sein, ich hab ja Menschen, die machen es anders, die kommen da
571 vielleicht viel besser ran. Aber das was ich mit den Leuten, mit denen ich arbeite, mache, das
572 gehört schon alles für mich dazu. Also ich halte mich da eigentlich für abgegrenzt. Ich glaub
573 nur, also von mir aus müssten wir uns auch nicht siezen. Also das ist jetzt nicht so, ich bin
574 auch einfach anders edukationiert. Also einfach eine junge Sozialarbeiter*innengruppe, da seh
575 ich schon auch in den Generationen Unterschiede und auch zwischen Alkohol und Drogen
576 sehe ich Unterschiede und einzelne Teams sind da unterschiedlich. Ich glaub schon, dass so
577 die Alterszusammensetzungen und auch die Unis, an denen studiert wurde, und auch die wo
578 dann die Therapeut*innen Ausbildung gemacht wurde. Das sind alles schon, das formt uns
579 einfach alles voll krass. Ich kann mit dem Sie mittlerweile auch leben, ich brauch das halt
580 nicht um Distanz herzustellen. Aber das ist einfach so ein individuelles Füllen dessen.
581 Manche Kolleg*innen finden das total wichtig, um da einen Abstand zu haben. Ich weiß
582 nicht, ich bin ja auch irgendwie Erzieherin, ich war in der Jugendhilfe und die mussten uns
583 auch siezen und mit Nachnamen ansprechen und da hab ich auch so Sachen gehört, ja Frau
584 Weidmann, sie Schlampe. Also das sind dann auch so Sachen wo ich dann denken, ja ok gut,
585 dass du noch Sie gesagt hast. Also wo ich auch einfach für mich festgestellt habe, das mit
586 dem Sie ist so (atmet tief aus) Schlampe fand ich jetzt nicht so gut. (lacht) Mit du kann ich
587 auch gut leben. Ich kann aber auch nicht manche Klienten duzen und manche siezen, da merk
588 ich da wird's für mich dann kompliziert, da müsste ich mir dann aufschreiben, wen ich duze
589 und wen ich sieze und ich bin eh schon voll schlecht mit diesen ganze Namenssachen und da
590 merk ich, ich lebe mit einem einheitlichen Flow. Wenn sie denn Sie wollen, dann bitteschön
591 Sie. Genau. Ich glaub das ist super unterschiedlich, wie wir das alle handhaben. Ich find's
592 auch eigentlich gut sich dann mit verschiedenen Kolleg*innen auseinanderzusetzen und auch
593 mit vielen zu reden, weil ich kann dir jetzt genau meine Perspektive geben und ich glaub
594 meine Kolleg*innen würden dir schon was ganz anderes sagen. Und deswegen haben wir
595 auch viel einander hospitiert. Das macht ja quasi auch so eine Mini-Diversität aus, auch wenn
596 wir im Prinzip alle sehr gleich sind, weil wir sind alle Akademiker*innen, wir sind alle weiß,
597 wir sind alle mit bestimmten Privilegien ausgestattet, wir haben hier so eine gewisse Alters-
598 Gab, aber ansonsten haben wir nicht viel anzubieten an Diversität außer, dass wir echt krass
599 unterschiedlich arbeiten. #00:49:10-7#

600

601 Interviewerin: Hast du eine therapeutische Ausbildung? #00:49:13-1#

602

603 Befragte/r: Nee, ich hab das verweigert, weil die kostet 12000 Euro und du machst die drei
604 Jahre berufsbegleitend und dann kriegst du keinen Cent mehr für den gleichen Job. Ich kann's
605 nachvollziehen, aber ich find's auch schade, dass es immer noch junge Kolleg*innen gibt, die
606 das machen, weil ich glaub wir sind da mittlerweile in so einer Machtposition, dass wir das
607 nicht machen müssen. Also meine Arbeitgeber*in würde mit Sicherheit mindestens die Hälfte
608 des Geldes übernehmen, wenn nicht sogar das Ganze, ich sehe aber einfach nicht ein, und das
609 ist nicht die Entscheidung meiner Arbeitgeber*in, sondern das ist die Bezirksentscheidung,
610 dass meine Kolleg*innen als Suchtberater*innen nicht mehr Geld bekommen als ich. Und das
611 ich hier auch die Therapie mache, das hat sich hier so ergeben, weil ich mit bestimmten

612 beraterischen Schwerpunkten hier arbeite und ich hatte einfach vor 1,5h ein paar
613 Klient*innen, die einfach diesen Schwerpunkt ganz dringend brauchten und sonst einfach die
614 Reha hier nicht hätten antreten können, weil es einfach wichtig und dann hatte ich noch eine,
615 die war einfach so, die war so schizoid, also der war das so schwer gefallen sich irgendwo
616 anzubinden, dass das irgendwie ein Wunder war, dass sie sich angebunden hat. Und sie hat
617 sich nur zur Therapie bereit erklärt, weil ich keine Therapeutin war. Die hatte nämlich eine
618 gewisse Angst Ärzt*innen, Therapeut*innen gegenüber und so kam es, dass ich meine ersten
619 drei Reha-Klient*innen hatte und die liefen alle gleichzeitig. Meine Chefin hat in der Zeit
620 mich jede Woche wirklich supervidiert, also wir haben sehr eng abgesprochen was ich mit
621 denen mache, die hat auch mit denen gesprochen, die sind ja auch in der Gruppe, aber im
622 Prinzip ist es so eine Grauzone, offiziell ist sie die Therapeutin und ich bin der Co. Wir
623 machen halt sehr viele Co-Gespräche. Aber es ist manchmal auch schwierig, ich bin ja hier
624 die einzige, die hier keine Therapeutin ist und es ist einfach manchmal schwierig, wenn sich
625 während der Beratung Klient*innen an mich gebunden haben und an meine Art zu beraten,
626 also ich denk ich hab ein paar Kolleg*innen die ein bisschen ähnlich beraten, aber wie gesagt
627 wir sind super unterschiedlich. Und dann ist es für die auch echt schwer dann teilweise
628 woanders anzukommen. Jetzt gerade hab ich wieder einfach eine, die hab ich vermittelt, aber
629 die wollte nicht. Und dann kannst nicht sagen, hier ist noch eine andere Kolleg*in probieren
630 sie mal die und die und die. Und dann haben wir halt auch im Team überlegt wie wir es
631 machen und dadurch hab ich jetzt auch einfach wieder jemanden. So ist quasi
632 ausnahmefallmäßig die Regelung und ich mach es wie gesagt im Co mit meiner Kolleg*in. Ja,
633 aber das ist eben diese Beziehung, die in der Beratung schon entsteht. Und dann im gleichen
634 Haus, ist irgendwie nochmal anders. #00:52:04-9#

635

636 Interviewerin: Ok, vielen Dank. #00:52:04-9#

637

638 Befragte/r: Gern.

Transkript 5

1 Interviewerin: Ok dann fangen wir an, ich bin grundsätzlich erstmal nur an deinem
2 Erfahrungswissen interessiert, also du erzählst das was dir in den Sinn kommt und es geht
3 nicht um eine Faktenabfrage oder sonstiges. Dann ist meine erste Frage, bzw. ich würde dich
4 gern bitten, dass du mir deine Tätigkeiten hier in der Beratungsstelle beschreibst. #00:00:25-
5 4#

6
7 Befragte/r: Also ich bin hier Berater, wir haben hier auch noch die Betreuung mit im Haus,
8 psychosoziale Betreuung, aber das mache ich nicht. Das heißt die Beratungsprozesse, das sind
9 häufig Leute, die halt schon mal eine Therapie gemacht haben oder auch noch nie Kontakt
10 zum Hilfesystem hatten. Und da guck ich einfach in den Beratungsgesprächen was wollen die
11 Leute, warum sind sie hier, wie kann ich denen weiter helfen. So berate ich einerseits die
12 Konsumenten selbst, mache aber auch Angehörigenarbeit hier. Also viel mit Eltern, wo es
13 darum geht, mein 16-jähriger Sohn der kiffst und was kann ich da machen, wie kann ich da
14 Einfluss nehmen. Letztes Jahr hab ich eine Schulung gemacht, dass ich jetzt auch systemisch
15 orientiert mit der ganzen Familie arbeite. Also häufig ist es so, dass ich erst die Eltern einlade
16 und wir dann daran arbeiten, wie wir den Jugendlichen irgendwie auch hier her bringen und
17 hier anzubinden. Und genau, außerdem geh ich noch ins Gefängnis und bin da für die
18 Inhaftierten dieses Bezirks dort zuständig. Das waren eigentlich so die Hauptarbeitsbereiche.
19 #00:01:47-6#

20
21 Interviewerin: Fällt dir noch was ein? #00:01:48-8#

22
23 Befragte/r: Zusätzlich gibt es immer wieder Sonderveranstaltungen, also zum Beispiel wurde
24 ich mal über die Kita von einer Lehrerin angesprochen, ob ich nicht mal so einen Workshop-
25 Tag in ihrer Schule anbieten würde, weil die so Projekttag hatten zu, es ging letztendlich
26 darum außerschulische Kompetenzen zu stärken und da war halt auch ein Teil Safer-Use,
27 kompetenter Umgang mit Suchtmitteln und so weiter. Oder die Jusos haben zum Beispiel mal
28 angefragt, wollten was zum grundsätzlichen Drogenkonsum wissen oder multiplikatoren
29 Schulungen, also das zum Beispiel ein Betreutes Wohnen anfragt, hier wären grundsätzlich
30 Fragen zur Sucht und wie erkenn ich einen Rückfall, wie können wir damit umgehen und so
31 weiter. Genau so ist man eigentlich ganz gut vernetzt im Bezirk, kennt sich auch
32 untereinander, mir ist da die Kooperation auch immer sehr wichtig, weil ich auch einfach aus
33 der Erfahrung, es zeigt sich einfach, umso besser die Kooperation, desto besser auch das
34 Ergebnis. Genau. (.) Allein durch mein Alter habe ich so ein bisschen den Fokus bei eher
35 jungen Klienten und bei den Familien. Also das ist auch so das was ich eigentlich am liebsten
36 mache. Also so die harten Fälle Heroinkonsum, jahrelanger Kokainkonsum, mach ich zwar
37 auch, aber da merk ich selbst da bin ich nicht so nah an der Lebensrealität dran wie bei einem
38 jüngeren Partydrogenkonsumenten. Genau, dann geh ich da viel über die Beziehungsebene
39 und erreich dadurch die Jugendlichen ganz gut. #00:03:28-6#

40
41 Interviewerin: Wie versuchst du so eine Beziehungsebene zu gestalten in der Beratung?
42 #00:03:31-0#

43
44 Befragte/r: Wir haben ja grundsätzlich bei uns den akzeptierenden Ansatz und allein das ist
45 für viele Jugendliche schon überraschend, weil in den Köpfen halt immer noch so dieser
46 Gedanke drin ist, wenn ich zur Drogenberatung gehe, dann wird mir der Drogenberater sagen
47 Drogen sind schlecht, wird mit dem erhobenen Zeigefinger versuchen mich davon
48 wegzubringen. Wenn ich dann aber erstmal ganz offen in das Gespräch reingehe und gerade
49 wenn Leute von der Jugendgerichtshilfe geschickt werden und gar keine Lust haben hier zu
50 sein, dann kann der Konsum nicht immer gleich das Thema Nummer 1 sein, sondern dann

51 versuch ich immer zu gucken wo besteht denn Interesse. Häufig ist es so, dass ich mit den
52 Leuten erstmal über die Jugendkultur spreche, über Filme, Serien und so weiter. Was hörst du
53 so für Musik, was machst du so gerne? Ah ok, du hörst HipHop, die ganzen Drogen die da
54 besungen und berappt werden, kennst du dich damit aus und klapper immer so bisschen ab,
55 wo finde ich einen Zugang. Manchmal ist es auch so, wenn sie aus schwierigen
56 Familienverhältnissen kommen, dass sie kein Bock haben über die Drogen zu sprechen,
57 sondern eher, dass sie total Stress zu Hause haben und das ist natürlich super, wenn ich dann
58 gleich so über die Beziehungsebene so ran gehen kann und dann da einfach merke, da ist ein
59 Interesse da, da wollen sie drüber sprechen. Und da liegen ja auch häufig die Gründe für den
60 Drogenkonsum. Das ist auch das was ich halt versuche den Eltern klar zu machen, der
61 Drogenkonsum ist letztendlich immer nur ein Symptom für ein anderes Problem. Da müssen
62 sie als Eltern hingucken. Genau und manchmal gibt es Leute, die sperren sich und die wollen
63 kein Beratungsgespräch, die kommen dann wenn sie eine Auflage für drei Gespräche haben,
64 drei Mal her und es ist immer sehr mühsam überhaupt etwas aus ihnen raus zu kriegen, aber
65 die meisten öffnen sich dann doch irgendwann. #00:05:24-7#

66

67 Interviewerin: Kannst du mir von, wie lange bist du Berater hier schon? #00:05:32-7#

68

69 Befragte/r: Hier bin ich jetzt erst seit 4 Monaten, vorher habe ich fünf Jahre in einem anderen
70 Bezirk beim gleichen Träger gearbeitet. #00:05:41-6#

71

72 Interviewerin: Dann hast du sicherlich schon einige besondere Situationen während deiner
73 Beraterzeit erlebt, kannst du mir vielleicht ein einschlägiges Erlebnis oder wenn du an
74 besondere Situationen aus der Beratung denkst, mir da eine Situation beschreiben?

75 #00:06:03-1#

76

77 Befragte/r: Oh da gibt's viele (lacht) was mir besonders in Erinnerung geblieben ist, gerade
78 wenn mir auch Freunde oder wenn ich auf Partys bin, das ist natürlich immer ein interessanter
79 Beruf wo die Leute immer gern Fragen stellen. Wenn sie dann sagen, erzähl mal was. Wo ich
80 dann immer dran denken muss ist das eine Erlebnis als ein Klient, der war 17 Jahre alt,
81 extremer Kiffer, hatte eine schwierige Kindheit und wuchs dann im Heim auf und war gerade
82 auf dem Weg zur Verselbstständigung, ist dann in ein Betreutes Wohnen gezogen und hat es
83 einfach nicht wirklich geschafft seinen Konsum einzustellen. Hatte es aber echt mit vielen
84 Beratungsgesprächen und viel Mühe geschafft da endlich Strategien zu entwickeln, wie kann
85 es mir gelingen. Und dann weiß ich noch war er bei mir im Beratungsgespräch und war total
86 guter Dinge und nächste Woche Vorstellungsgespräch und das wird super so und ich hab das
87 Gefühl es läuft jetzt endlich und es war einfach so ein Jubelgefühl in ihm. Und er meinte
88 auch: ja jetzt gleich fahr ich zu meinem Kumpel und das ist mein einziger drogenfreier
89 Kontakt, der hat mich auch immer sehr schon auch in den letzten Jahren dahin gepusht, komm
90 kiff doch wenigstens weniger, das ist viel zu viel wie du das machst und dann hatten wir uns
91 verabschiedet. Und dann rief er eine halbe Stunde später wieder an und meinte die Tür ist
92 versiegelt, er hat bei der Polizei angerufen, sein Freund hatte sich ein paar Tage vorher
93 suizidiert. Und dann kam er halt, er war auch selbst teilweise stark depressiv und hatte auch
94 immer wieder suizidale Gedanken und kam dann total kriselig zu mir. Und da hatte ich echt
95 Angst, dass er sich umbringt. Ich habe dann mit ihm einen Suizid-Vertrag geschlossen, dass
96 er das nicht macht so lange er bei mir in Beratung ist und bin mit ihm dann auch raus
97 gegangen. Wir sind spazieren gegangen und ich hab meine Frau angerufen und gesagt ich
98 komme später nach Hause, ich hab hier zu tun und hab mir wirklich Zeit genommen und bin
99 2h mit ihm draußen spazieren gegangen bis ich das Gefühl hatte er ist soweit stabilisiert, dass
100 er nach Hause gehen kann und sich nicht gleich das Leben nimmt. Und weil es halt so
101 unerwartet kam und auch für mich das erste Mal war, dass ich in einer so akuten Situation am

102 Klienten war, war das schon etwas sehr besonderes für mich. Weil es auch etwas ist, dass man
103 im Studium hab ich dann gemerkt nicht lernt, wie geht man damit um. Klar kann man
104 Seminare besuchen zu dem Thema, hab ich dann im Anschluss auch gemacht. Aber umso
105 schöner war es dann als ich gemerkt habe es hat funktioniert und das war dann auch wieder
106 nur über die Beziehungsebene, da war nichts fachliches dabei, sondern das war wirklich
107 zwischenmenschlich. Hätte ich da keine Beziehungsebene gehabt, dann hätte ich da auch
108 nicht so einen Einfluss gehabt. Und ansonsten gibt es viele absurde, skurrile Situationen, auch
109 eine Geschichte, die ich gern erzähle. Es war mal eine Prostituierte bei mir, die sich halt als
110 Call-Girl ihr Geld verdient hat und hatte ein Kokain und Cannabis Problem und hatte ihrem
111 extrem eifersüchtigen Partner, der Profiboxer ist, versichert, dass sie den Konsum eingestellt
112 hat und kam dann zu mir. Ihrem Freund hat sie gesagt sie möchte einfach Rückfallprophylaxe
113 machen und kam zu mir und meinte, ich konsumiere immer noch, aber mein Freund darf das
114 auf keinen Fall wissen, der ist aber extrem eifersüchtig, der kommt zum nächsten Gespräch
115 mal mit, weil er mal gucken will, was ich für ein Typ so bin. Dazu muss man noch sagen, er
116 hatte ihr eine Brust-OP bezahlt, Brustimplantate, die haben sich entzündet, beide und ihr
117 mussten die Brüste abgenommen werden. Und dann saß da diese Prostituierte frisch nach der
118 Brust-OP mit einem extrem eifersüchtigen Boxertypen, dem ich im Gespräch vorgaukeln
119 musste, ja wir machen hier Rückfallprophylaxe, ihre Freundin macht das super so, und bloß
120 keinen Anlass geben, dass er irgendwie Verdacht bekommt, das da vielleicht doch etwas sein
121 könnte. (lacht) Da war ich ganz schön am schwitzen. (..) Ja, so könnte ich dir viele
122 Geschichten erzählen. #00:10:29-2#

123

124 Interviewerin: Nochmal auf das erste Beispiel zurück, das du geschildert hast. Wie lange war
125 der Jugendliche dann zum Beispiel bei dir in der Beratung? Also von der Dauer? #00:10:41-
126 6#

127

128 Befragte/r: Bei ihm war das so, dass er erstmal zu mir kam und da gleich mit dem Wunsch
129 kam er will gleich eine stationäre Therapie machen. Dann fing ich ohne groß kritisch
130 nachzufragen an mit ihm die Therapie zu beantragen und die Formulare auszufüllen und so.
131 Dann hab ich aber gemerkt, dass er häufiger Termine verschoben hat oder abgesagt hat und
132 ich dann den Eindruck hatte, vielleicht will er doch nicht mehr? Ich hab dann nachgefragt und
133 dann kam halt raus, dass es die Ansage von seinem Betreuer war, der wollte das er das macht.
134 Also nicht mal sein richtiger Betreuer, sondern sein Betreuer von früher und dieser Betreuer
135 hatte ihn so ein bisschen dazu gedrängt. Dann brach die Beratung erstmal ab, dann war er
136 zwei, drei Monate weg. Und dann kam er wieder aus eigenem Antrieb und dann ging das
137 ungefähr, es war ein längerer Prozess, den hab ich über ein Jahr lang beraten. Und ich hab ihn
138 einmal pro Woche gesehen. (..) Das war dann wirklich auch, ich wusste fast alles über ihn, ich
139 wusste wie seine Eltern heißen, wie seine Geschwister heißen, wer wo lebt und was ihm
140 schon alles im Leben widerfahren ist. War ihm dann irgendwann auch sehr nah, weil ich das
141 Gefühl hatte so er war auch so von meinem Schlag Mensch. Ich hatte das Gefühl, hätten wir
142 uns nicht im Beratungskontext kennengelernt, dann wären wir wahrscheinlich Freunde
143 geworden. Aber so war es einfach immer so ein Ungleichgewicht, ich war der Berater, er kam
144 immer wieder mit Fragen zu mir und da hab ich gemerkt, aus dieser Schieflage der Beziehung
145 kommen wir nicht mehr raus. Es war ganz klar, ich steh über ihm, weil ich der Experte bin,
146 ich bin der Berater. Und sonst hätte ich womöglich sogar gesagt, hey wir beenden den
147 Beratungsprozess, aber wir können uns auch gerne so nochmal treffen. Das war aber auch
148 bisher der einzige bei dem das so war wo ich gemerkt habe mit dem kam ich einfach echt gut
149 zurecht, wir haben die gleiche Musik gehört, wir hatten die gleichen Interessen und ja. Hat
150 sich dann aber nicht ergeben, weil er dann eine Wohnung am anderen Ende der Stadt
151 gefunden hat und dann einmal quer durch die Stadt, das hat dann nie stattgefunden. (..) Genau,
152 ich hatte auch schon längere Beratungsprozesse, aber das ist dann meistens im Haftkontext,

153 wenn die Leute halt über verschiedene Wege versuchen vorzeitig entlassen zu werden und
154 eine Therapie zu machen und dann wird das von der Staatsanwaltschaft abgelehnt, dann muss
155 man das neu versuchen, dazu muss dann aber wieder ein neuer Kostenantrag bei der
156 Rentenversicherung gestellt werden und dann sind das halt Prozesse, die können sich ziehen.
157 Da war mein längster Prozess über vier Jahre hab ich da jemanden in der Haft begleitet und
158 beraten. Und am Ende hat es nicht geklappt. Das war ein bisschen deprimierend, als ich am
159 Ende so grob überschlagen habe wie viel Arbeitszeit ich da rein investiert habe und das
160 Ergebnis war dann halt einfach null. (.) #00:13:41-4#

161

162 Interviewerin: Und wenn du jetzt sagst, die Beratung von dem jungen Mann ging über ein
163 Jahr und auch sehr engmaschig, würdest du sagen das ging über deine eigentlichen
164 Beratertätigkeiten hinaus? #00:14:04-2#

165

166 Befragte/r: Nee, also meine Vorstellung davon ist ganz klar, dass ich professionell arbeite.
167 Also ich würde mich zum Beispiel auch nie, was ja gesetzlich umstritten ist, wenn der
168 Beratungsprozess beendet ist, ob man dann nach ein zwei Jahren Kontaktabbruch womöglich
169 auch eine Liebesbeziehung mit einem Exklienten oder Exklientin eingehen könnte. Da ist die
170 Gesetzessprechung etwas schwammig, aber da ist ganz klar für mich sowas würde ich nie
171 machen. Ich achte sehr darauf, dass ich professionell arbeite, aber ich arbeite halt
172 niedrigschwellig. Ich biete meinen Klienten in aller Regel das Du an, außer ich merke dem
173 will ich das auf keinen Fall anbieten. Ich biete das Du an, ich geh im Beratungsprozess viel
174 über die Beziehungsebene und bin zumindest in meinem Verständnis Sozialarbeiter und nicht
175 nur Drogenberater. Wenn jemand sagt, wahrscheinlich verliere ich meine Wohnung, gucke
176 ich zumindest was kann ich für den tun, was gibt´s für Stellen, wo kann er sich hinwenden.
177 Rufe ihn dann an und sage ich hab keine Ahnung, aber ich werde es herausfinden und dann
178 vermittel ich ihn weiter. Gebe ihm ein paar Adressen an die Hand und sage probier´s mal da
179 oder hier und begreife Sucht auch so, dass es grundsätzlich darum geht Kompetenzen zu
180 stärken. Also es muss mir im Beratungsgespräch nicht immer nur im den Drogenkonsum oder
181 die Drogenabstinenz gehen, sondern ich frage auch immer ganz grundsätzlich was ist gerade
182 los bei dir, wie geht es dir? Wie läuft deine Beziehung? Was macht es mit dir, dass du seit
183 vielen Jahren keinen Job hast und so und guck dann einfach, dass ich da grundsätzlich den
184 Leuten ein Stück weit wieder Kraft geben kann, sie motivieren kann. Letztendlich ist mein
185 Anspruch, die Leute sollen etwas vom Beratungsgespräch haben. (.) Das ist hier jetzt ein
186 bisschen anders, speziell unsere Einrichtung ist etwas hochschwelliger. Hier wurde mir auch
187 gleich am Anfang die Ansage gemacht, dass ich nicht duzen soll, weil es Kollegen hier gibt,
188 die siezen möchten um Distanz zu wahren und sie wollen hier eine einheitliche Linie fahren.
189 Das ist etwas das gibt´s in anderen Drogenberatungsstellen, da wird teilweise nur geduzt. In
190 manchen jeder wie er es für richtig hält und hier einheitlich, da merk ich schon, dass es ein
191 bisschen was von meiner Beraterkompetenz nimmt, weil es dadurch halt schwerer ist über die
192 Beziehungsebene an sie heran zu treten. Wenn ich jetzt einen 17jährigen oder 18 jährigen
193 siezen soll und frag dann: Erzählen Sie mal, was tut ihnen denn so gut am Cannabisgebraucht
194 um auch die Vorteile im Blick zu haben, weil klar auch jeder Konsum hat auch Vorteile und
195 das funktioniert dann halt schlechter, als wenn ich über die Du-Ebene an ihn herantrete. Aber
196 gut, da muss ich dann eben andere Wege für mich finden, wie es dann trotzdem möglich ist.
197 (.) #00:17:06-8#

198

199 Interviewerin: Du hast es gerade schon ein bisschen angesprochen wie du deinen Auftrag in
200 der Drogenberatung definierst, aber was glaubst du oder was meinst du welche Funktionen
201 die Drogenberatung im Hilfesystem einnimmt? Oder auch für dich für Funktionen erfüllen
202 sollte. #00:17:29-6#

203

204 Befragte/r: Ich glaube, also das ist meine persönliche Ansicht, es gibt auch andere Ansichten,
205 aber meine persönlich ist, es soll dem Hilfesuchenden dienen. Es bringt nichts, wenn ich
206 meinen Klienten überfordere, oder sage nein das ist jetzt nicht meine Aufgabe. Wenn der
207 entgiften will, dann hat er gefälligst selbst die Krankenhäuser anzurufen und sich einen
208 Entgiftungsplatz zu organisieren, ist natürlich schön. Das ist auch der Grundgedanke der
209 Sozialen Arbeit die Hilfe zur Selbsthilfe, aber wenn ich merke, der kriegt das einfach nicht
210 hin aus welchen Gründen auch immer, dann übernehme ich das auch für den. Weil es mir
211 letztendlich darum geht, er kam zu mir und hat gesagt er braucht einen Entgiftungsplatz und
212 wenn ich dann sage ja dann such dir doch einen, dann hab ich ihm nicht geholfen. So, ich
213 muss dann halt gucken was sind da die Gründe für, warum rufst du da nicht selber an? Hast
214 du Hemmungen am Telefon, ist es vielleicht eine bessere Option da mal hinzugehen
215 persönlich? Oder was sind das für Blockaden, die ihn daran hindern? Und daran arbeite ich
216 dann. Ich bin grundsätzlich hab ich eine akzeptierende Grundhaltung, ich verurteile keinen
217 Drogenkonsum egal um welche Substanz es geht und wenn jemand sagt, ich kokse zwar jeden
218 Tag, aber damit hab ich kein Problem, ich hab aber gerade mit meinem Alkoholkonsum ein
219 Problem, dann sage ich, gut, dann arbeiten wir am Alkoholkonsum. Das Ziel gibt immer der
220 Klient vor und ich versuche letztendlich den Wünschen des Klienten zu folgen. Das hat
221 natürlich auch Grenzen, wenn jetzt jemand seine 10. Therapie machen möchte und alle neun
222 vorher abgebrochen hat, dann sage ich ganz klar, ich würde mich gerne erstmal hier im
223 Beratungsgespräch hinsetzen und gucken was waren denn die Gründe warum es bisher nie
224 geklappt hat? Und sage ihm auch ganz klar, ich bin mir nicht sicher ob die
225 Rentenversicherung hier nochmal mit spielt. Wir können es gerne versuchen, da bin ich eben
226 sehr um Transparenz bemüht, gerade auch im Haftkontext, bei den Häftlingen ist es noch
227 krasser. Da geht es um die Freiheit. Und wenn es dann nicht klappt, warum auch immer, wo
228 es dann hackt, da bin ich einfach drum bemüht den Klienten zu sagen, hier das war jetzt nicht
229 mein Versagen, dass du die Therapie nicht antreten kannst, sondern ich habe alles gemacht
230 was in meiner Macht steht, gescheitert ist es an der Staatsanwaltschaft oder an der
231 Rentenversicherung oder wo auch immer. Einfach schon aus Selbstschutzgründen, dass die
232 dann nicht Wutentbrannt auf mich losgehen. Und das ist etwas was ich hier im
233 Beratungsgespräch auch mache. Die meisten Leute hatten noch nie Berührung im
234 Hilfesystem, haben überhaupt keinen Überblick, verstehen das Hilfesystem gar nicht und da
235 erklär ich einfach immer wieder das gleiche Prozedere. Was gibt es für Möglichkeiten, was
236 gibt es für Therapieformen? Nach dem ersten hören, gibt es da etwas was dich sofort
237 anspricht oder wollen wir erstmal weiter gucken? Hast du überhaupt einen Therapiewunsch
238 oder willst du vielleicht etwas ganz anderes? Ja, da gibt's andere Beratungsstellen wo dann
239 schon noch eher dieser old school Gedanke ist, ja wir können ja erstmal ein bisschen
240 reduzieren, aber das Endziel sollte definitiv die Abstinenz sein. Und wenn der Klient sich
241 nicht im Laufe des Beratungsprozesses in Richtung Abstinenz entwickelt, dann ist der hier
242 eigentlich auch falsch bei uns und dann soll der weiter im Konsum bleiben bis er wirklich
243 bereit ist mit dem Konsum auszuhören. Das finde ich einen falschen Ansatz, weil ich finde
244 jedes nicht getrunzene Bier oder jeder nicht gerauchte Joint, ist schon mal ein Fortschritt. Und
245 da bin ich mir nicht zu schade auch mit so kleinen Schritten voran zu gehen. Und
246 grundsätzlich finde ich wichtig, ich habe gestern gelesen, dass die Soziale Arbeit, war ein
247 Vortrag an einer Hochschule von der rechtsextremen Seite unterwandert wird. Das sie viele,
248 gerade in Cottbus, viele Leute in der Sozialen Arbeit inzwischen aus dem rechtsextremen
249 Milieu kommen und da muss ich sagen, da bin ich ganz klar den Menschenrechten und der
250 Gesetzesprechung verpflichtet. Ich würde da niemanden bevorzugen aufgrund seiner Herkunft
251 oder Nationalität oder so. Das hat mich gestern echt schockiert, weil ich mir dachte, sowas hat
252 in der Sozialen Arbeit einfach nichts zu suchen dieses Sozialarbeit für die Biodeutschen oder
253 sowas. Ich weiß nicht wie sie sich das vorstellen, das ist mir sehr fremd. (.) #00:21:54-9#
254

255 Interviewerin: Wo bemerkst du innerhalb der Beratung, ob in der JVA oder hier, wo stößt du
256 da an deine Grenzen, an Grenzen von Beratung? Wo gibt's immer mal wieder
257 Schwierigkeiten? #00:22:18-4#

258
259 Befragte/r: (..) Also ich merke, das war auch der Grund warum ich in der anderen
260 Beratungsstelle nicht mehr bleiben wollte, das war so ein bisschen meine persönliche
261 Belastungsgrenze dort. Dieser Bezirk ist vom soziostrukturellen her so, dass viele Menschen in
262 einem Single-Haushalt wohnen und häufig Heimerfahrung oder Spätaussiedler wo die Familie
263 noch in Russland lebt oder in Kasachstan oder so. Ganz viele, die hier wirklich niemanden
264 haben, die ganz allein sind, keinen Kontakt zu den Eltern, Eltern verstorben, meinen Vater
265 kenn ich überhaupt nicht, Geschwister hab ich nicht, meine Bezugsperson war immer mein
266 Opa, der ist vor sechs Jahren verstorben, so. Wo ich merke, da ist niemand. Diese
267 Vereinsamung, diese soziale Isolation, da hab ich gemerkt, die habe ich mit nach Hause
268 genommen. Und das hat mich runtergezogen und belastet. Auch gerade in dem Kontext so
269 wie kann ich denen helfen, wo kann ich denn irgendwelche Ressourcen aktivieren? Gibt's da
270 Ressourcen im sozialen Umfeld? Gibt's da jemanden der nicht konsumiert. Wenn ich merke,
271 da ist nichts, nichts worauf ich zurückgreifen kann, das war für mich so eine persönliche
272 Grenze. Im Knast hingegen gibt es dann häufig die strukturellen Probleme. Das zum Beispiel
273 neben einer vorzeitigen Entlassung auf Bewährung oder eben Therapie statt Strafe, gibt es ja
274 zum Beispiel den Weg des Gnadengesuchs, dass obwohl man eigentlich keinen Anspruch
275 drauf hat, halt ein persönliches Schreiben an die Justiz, weiß nicht genau wer das entscheidet
276 einen Gnadengesuch richtet und dann auch entlassen werden kann. Da legt mir die
277 Rentenversicherung Steine in den Weg, weil sie jetzt neuerdings ein Formular haben wo die
278 Justizvollzugsanstalt ankreuzen soll, welcher Weg denn angedacht ist der vorzeitigen
279 Entlassung und der Weg des Gnadengesuchs ist da nicht ankreuzbar, den gibt es auf diesem
280 Formular nicht. So, dass dann dieses Antragsformular überall mit Nein angekreuzt wird, 35er
281 Entlassung ist nicht möglich, Entlassung auf Bewährung ist auch nicht möglich, dann wird
282 schon die Kostenübernahme von der Rentenversicherung abgelehnt, weil die sagen, der
283 Gefangene hat ja überhaupt keine Möglichkeit vorzeitig entlassen zu werden. Warum sollen
284 wir ihm eine Kostenübernahme ausstelle, die ist nur 6 Monate gültig. Das ist für uns total
285 unnötige Arbeit da überhaupt zu entscheiden. Und ich sage ja aber der will über
286 Gnadengesuch raus und da legt mir dann die Rentenversicherung Steine in den Weg, sodass
287 das nicht möglich ist. Und da muss man sich immer wieder an die Senatsverwaltung wenden,
288 klärt das bitte, dann gibt es immer wieder Gespräche mit der Rentenversicherung, dann wird
289 dieses Formular nach einem Jahr wieder gestrichen, das gibt es jetzt nicht mehr, wir brauchen
290 das nicht mehr und dann entstehen plötzlich neue Probleme. #00:25:13-9#

291
292 Interviewerin: Was sind das für Probleme dann? #00:25:16-9#

293
294 Befragte/r: Ach jetzt im Moment ist es so, dass der Standort hier in der Stadt bei der
295 Rentenversicherung wurde intern stark umstrukturiert, vorher gab es verschiedene
296 Zuständigkeitsteams, jetzt macht jeder Sachbearbeiter alles. Also sowohl medizinische Reha
297 als auch Abhängigkeitsreha und und und. Und dadurch geht einfach Fachwissen verloren.
298 Dadurch wir jetzt zum Beispiel im Moment 1. Wartezeiten, normalerweise hat man
299 Wartezeiten von 4-6 Wochen, in einem Fall warte ich jetzt zum Beispiel seit sieben Monaten
300 auf die Kostenübernahme. Und das bringt mich als Berater an ein Problem, dass ich dem
301 Klienten gesagt habe 4-6 Woche Wartezeit und seit dem wartet der und dass der überhaupt
302 noch hier her kommt, ist schon ein Wunder. Weil normalerweise hat da kein Süchtiger die
303 Motivation so lange am Ball zu bleiben. So, dass ich jetzt schon, wenn die Leute in die
304 Sprechstunde kommen und im Erstgespräch den Wunsch äußern ich möchte eine Therapie
305 machen, gehen bei mir innerlich so ein bisschen die Schotten hoch und ich denke mir oh nee,

306 das wird doch eh wieder nichts. Weil es im Moment echt lange dauert mit 3-4 Monaten
307 Bearbeitungszeit kann man locker rechnen und so viele wollen nicht warten. Dann brechen
308 die weg und sind wieder im Konsum drin. (..) Oder die Rentenversicherung fühlt sich nicht
309 zuständig und dann gibt's eigentlich schon seit 11 Jahren die Ansage, früher war es so, dass
310 die Anträge dann an das Sozialamt geschickt wurden. Inzwischen sollen die an die
311 Krankenkasse geschickt werden und durch diese Umstrukturierung ging dann das Fachwissen
312 bei einigen Mitarbeitern verloren und so werden Anträge jetzt wieder an das Sozialamt
313 geschickt. Da ist die Rechtsprechung so, dass der zweit angegangene Träger in dem Fall dann
314 das Sozialamt entscheiden muss, und das Sozialamt sagt, wir haben hier so viel zu tun, über
315 den Antrag wird frühestens in sechs Monaten entschieden. Die dürfen den dann auch gar nicht
316 nochmal weiterleiten, wenn ich sage, der sollte eigentlich an die Krankenkasse gehen, wenn
317 die Rentenversicherung nicht zuständig ist. Ist rechtlich nicht möglich, also muss ich den
318 ganze Scheiß nochmal machen. Muss alle Antragsformulare nochmal mit dem Klienten
319 ausfüllen und muss alles nochmal hinschicken mit der klaren Ansage bitte schicken sie es an
320 die Krankenkasse, wenn sie sich nicht zuständig fühlen. Dann ging es beim zweiten auch
321 wieder an das Sozialamt, dann hab ich da angerufen, hab mich beschwert und dann sagen die,
322 das ist aber die Regel, so ist die Regel. Hab ich gesagt, nein seit 11 Jahren nicht mehr, also
323 das sind einfach so Alltagsprobleme wo ich merke das ist doch scheiße. Ich versuch den
324 Leuten zu helfen und das sowieso schon schwer. Viele dieser Leute haben eine
325 Impulskontrollstörung dadurch ist ja die Sucht ursprünglich auch entstanden, da hast du keine
326 Chance die Leute so lange zu halten. Viele machen schon große Augen, wenn ich sage ja
327 dann müssen sie jetzt sechs Wochen warten, dann ist die Kostenübernahme da, dann können
328 sie sich einen Aufnahmetermin besorgen, da ist vielleicht auch nochmal Wartezeit. Das heißt
329 sie können jetzt in etwa, wenn es jetzt zügig geht in vier Monaten auf Therapie sein. Da sagen
330 schon viele, was so lang ich wollte eigentlich jetzt sofort los. (.) Und das ärgert mich dann
331 halt, wenn ich merke die Rentenversicherung und die Staatsanwaltschaft und Krankenkassen
332 und so weiter machen da nicht mit. (.) #00:28:40-0#

333

334 Interviewerin: Und wie schaffst du es dann so jemanden wie den Klienten mit 7 monatiger
335 Wartezeit zu halten? #00:28:48-5#

336

337 Befragte/r: Unterschiedlich, manchmal kann ich sie nicht halten, manchmal wird es dann ein
338 Kontaktabbruch und dann hab ich wieder umsonst gearbeitet. Manchmal gelingt es mir und
339 das ist dann auch wieder vorrangig über die Beziehungsebene, dass ich sage, gut du brauchst
340 die Therapie und bis die Therapie losgeht, kann ich dir hier Gespräche anbieten. Und das ist
341 dann für mich ein extremer Arbeitsaufwand, wenn ich dann weiß der ist eigentlich bereit für
342 die Therapie und ich muss den jetzt noch irgendwie vier/fünf Monate bei Laune halten. Da
343 sind dann teilweise zwei Wochen Abstände zwischen den Terminen schon zu weit, das reicht
344 dann schon, dass der Kontakt abbricht. Das heißt ich muss eigentlich jede Woche einen
345 Termin anbieten. Und gehe dann doch ein Stück weit schon in die Betreuung, dass ich sehe da
346 gibt es dringende Sachen, die eigentlich in der Therapie geklärt werden könnten wie zum
347 Beispiel Schuldenregulierung, weil immer mehr Mahnungen reinflattern. Und wenn ich sage
348 ja eigentlich könntest du das alles bei der Therapie dann erledigen, die haben da einen
349 Sozialdienst, der genau dafür zuständig ist, ja dann muss ich das halt machen. Dann
350 verschaffe ich mir, also dann sag ich ihm bring mal alle Briefe mit und dann öffnen wir die
351 mal und gucken uns die an, was ist wirklich dringend, was ist nicht so dringend. Gerade wenn
352 es immer so um Bankschulden geht, sag ich immer so versuch das mal als Erstes los zu
353 werden. Andere Gläubiger kann man da auch nochmal hinhalten. Da ist es dann wichtig einen
354 Brief zu schreiben, hier es ist zur Zeit nicht möglich zu zahlen, wir bitten um eine Stundung
355 oder um Ratenzahlung und da lassen sich die meisten auch drauf ein. Aber das ist eigentlich
356 nicht mein Job. Das ist ein Betreuerjob. Und da bin ich an vielen Punkten an dem Punkt da

357 hab ich gar nicht so das Fachwissen. Klar kann ich einen Brief schreiben, ich kann auch einen
358 amtlichen Brief verstehen und kann erklären was ihnen droht, wenn sie jetzt nicht zahlen.
359 Aber an vielen Punkten, gerade wenn es auch darum geht die Wohnung zu erhalten, weil zum
360 Beispiel das Jobcenter die Miete nicht überwiesen hat, weil ein Termin nicht wahrgenommen
361 wurde, da sind mir dann auch die Hände gebunden, weil ich nicht weiß was gibt's überhaupt
362 für Möglichkeiten. Kann der jetzt zum Jobcenter gehen und sagen ich brauch ein Darlehen,
363 weil sie mir die Miete nicht gezahlt haben, sonst bin ich meine Wohnung los oder was hätte
364 der für Möglichkeiten. Und da ist dann umso wichtiger die Kooperation, dass ich weiß da gibt
365 es eine kostenlose Rechtsberatung und hier gibt es Beratungsstellen, geh hier hin und frag da
366 nach. Und da bin ich dann auch wirklich dahinter, da sag ich dann Auftrag bis zum nächsten
367 Termin ruf da an und klär da, dann schreib ich mir das auf und frag beim nächsten Termin
368 nach hast du das gemacht. Und wenn er das nicht gemacht hat, dann sag ich gut, dann rufen
369 wir da jetzt gemeinsam an. Weil gerade wenn es dann auch um Schulden bei dem öffentlichen
370 Verkehrsunternehmen geht, da droht dann häufig ja auch eine Ersatzfreiheitsstrafe und das ist
371 dann halt richtig kacke. Wenn die Leute die Therapie schon beantragt haben und vorher dann
372 nochmal zwei Monate in Haft müssen oder so. Und das macht meine Arbeit halt total
373 vielseitig und umfangreich. #00:32:05-0#

374

375 Interviewerin: Und wie kann man das rechtfertigen, weil man sich ja ein bisschen in einer
376 Grauzone bewegt, wie wird das finanziert, dass die Beratung über viele Monate oder ein Jahr
377 geht? #00:32:29-0#

378

379 Befragte/r: Na finanziert werden wir ja, letztendlich muss alles dokumentiert werden unsere
380 Fallzahlen und so und die schicken wir an den Bezirk und den Senat, das sind unsere
381 Geldgeber. Die stellen dann anhand der Fallzahlen wie sagt man, legen letztendlich einen
382 Personenschlüssel fest. Hier sind so und so viele Klienten, die Hilfe brauchen also schaffen
383 wir eine neue Stelle und dann habt ihr so und so viele Stellenanteile. Die werden teilweise
384 vom Bezirk und teilweise vom Senat finanziert und was wir dann im Beratungsgespräch
385 machen oder überhaupt während unserer Arbeitszeit das ist denen relativ gleich. Die sehen
386 einfach so und so viele Leute haben im letzten Jahr Hilfe gesucht, also stellen wir so und so
387 viel Personal zur Verfügung. Letztendlich bin ich ja als Sozialarbeiter könnte ich ja genauso
388 gut als Betreuer arbeiten, die Qualifikation hab ich, deswegen scheu ich mich dann auch nicht
389 solche Stundungsanträge zu stellen, weil das etwas ist, was ich zwar nicht im Studium gelernt
390 habe, aber was ich ja auch wenn ich jetzt hier in der Betreuung arbeiten würde ja auch nicht
391 im Studium gelernt hab und trotzdem berechtigt bin mit den Leuten zu machen. Das heißt die
392 Berechtigung hab ich ja schon, aber es ist halt eigentlich nicht mein Aufgabenbereich. Und
393 das ist dem, vor allem dem Senat, total bewusst. Gerade der Senat erfährt dann auch immer,
394 wenn es Probleme mit der Rentenversicherung gibt und dann gibt's auch Vertreter aus dem
395 Senat, die sich dann an die Rentenversicherung wenden. Und mit ihrer Macht auch noch mehr
396 bezwecken können. Und so sagen so geht's nicht, wir haben hier einen Versorgungsauftrag,
397 kriegt euren Scheiß auf die Reihe, dass die Drogenberatung arbeiten kann. Dann gibts
398 nochmal einen Kontrolltermin ein paar Monate später und dann muss die Rentenversicherung
399 Ergebnisse vorweisen. Von daher läuft grundsätzlich immer, aber immer wieder tauchen neue
400 Probleme auf und dann hackt es an der einen Stelle mal wieder und dann hat man da mal
401 wieder Probleme. (..) Das ist ja das Interessante bei der Sozialen Arbeit, dass man letztendlich
402 durch das Studium befähigt ist in allen sozialen Bereichen zu arbeiten und man das
403 Fachwissen, dass man im jeweiligen Job später braucht sich sowieso in aller Regel aneignen
404 muss. Je nachdem in welchem Fachbereich man arbeitet. Und da ist es dann schon so, wenn
405 ich merke, ok hier hatte ich jetzt häufiger Anfragen Hilfe beim ALG II Antrag wo ich sage so,
406 nee das übersteigt meine Kompetenzen so. Ich kann wenn einzelne Fragen bestehen, dann
407 wende ich mich auch mal hier an die Kollegen aus der Betreuung und frag da mal nach,

408 kannst mir das mal erklären, dann kann ich das mit meinen Klienten auch machen. Aber
409 gerade ALG II Anträge da ist für mich so eine Grenze, da sag ich dann nee, also da muss ich
410 mir ja auch so vier fünf Stunden Zeit nehmen und wenn es dann noch darum geht, dass sie die
411 Nachweise haben wollen und so, ach könnten sie mir vielleicht das noch kopieren, ich hab
412 keinen Kopierer zu Hause und so. Das ufert dann schnell aus. Dafür gibt es dann spezielle
413 Sozialberatungsstellen, die genau dafür zuständig sind. Da grenze ich mich dann ab, und sag
414 nee hier hast du die Adresse, gehst du da hin und die machen das mit dir. (.) Das darf halt, das
415 was eigentlich nicht mein Aufgabenbereich ist, darf halt nicht zu viel Zeit einnehmen.
416 #00:35:59-4#

417

418 Interviewerin: Wie versuchst du das zu kontrollieren? #00:36:07-2#

419

420 Befragte/r: Letztendlich muss man da, ja das war ein Lernprozess. Ich wusste ganz zu Beginn
421 meiner Arbeit, das wusste ich aus meinem Praxissemester, dass eine meiner großen
422 Schwächen ist, ich kann mich nicht gut abgrenzen. So ich sehe da ist ein Hilfebedarf und ich
423 möchte dann gern helfen, das ist mein persönliches Anliegen, aber das ist halt nicht gut für
424 meine Sozialhygiene. Weil ich dann merke, ich mach es nicht gut, ich mach es nicht richtig,
425 dann kann es halt Folgeprobleme haben mit teilweise gravierenden Folgen für die Klienten.
426 Und deswegen guck immer was hätte das für Konsequenzen, wenn mir da jetzt irgendwo ein
427 Fehler unterläuft. Ist mir das zu heikel, dann sag ich nee das ist mir zu heiß, davon lass ich die
428 Finger. Und dann ist es aber natürlich halt die Frage der Beziehung miteinander. Also ich
429 hatte zum Beispiel in der anderen Beratungsstelle einen älteren Herren, der mich ganz toll
430 fand und der nur schlecht Deutschkenntnisse hatte und der kam irgendwann an und meinte er
431 hat hier einen Brief von der Staatsanwaltschaft bekommen, er versteht nicht was darin steht,
432 ob ich ihm das bitte vorlesen kann und erklären kann. Dann hab ich das gemacht und dann
433 kam er beim nächsten Termin schon mit einer kleinen Plastiktüte wo mehrere Briefe drin
434 waren. Hier könnten sie bitte nochmal gucken, ist das alles wichtig? Ich so, wichtig
435 inwiefern? Ja muss ich da jetzt irgendwas machen? Ja hab ich mir die angeguckt und dann
436 uferte das aus und da hab ich dann den Absprung nicht geschafft zu sagen Moment das wird
437 gerade zu viel. Da kann ich mich erinnern saß ich einmal mit ihm zwei Stunden im
438 Beratungsgespräch und er hatte seine gesamte Post mitgebracht, überall lagen Papiere und
439 Briefe rum, auf dem Tisch und auf dem Boden weiter und auf einem Stuhl und überall Zettel
440 und er meinte er hat den Überblick verloren ich sollte das doch mal bitte für ihn sortieren. Und
441 da war ich dann aber an einem Punkt wo ich meinte, schön und gut, ich würde das echt gerne
442 machen, weil ich sehe sie brauchen die Hilfe, aber nein nein. Und das fand er dann ziemlich
443 scheiße und da ist dann die Beratung auch abgebrochen. Da muss man dann auch mal gucken.
444 Gerade unser Klientel ist häufig halt auch, spüren die dann nicht wo sind da Grenzen? Allein
445 schon im wie nah trete ich an jemanden ran? Da spielt häufig auch der kulturelle Background
446 eine Rolle, das hast du in anderen Kulturen nicht so, dass du diese Abstände, die die
447 Deutschen oder Europäer haben. Und da muss ich dann auch als Berater sagen, ich weiß für
448 dich ist das gerade normal, aber für mich ist es ein bisschen unangenehm, wenn du direkt vor
449 mir stehst und ich dir beim Sprechen direkt in den Mund gucken kann. Ein bisschen Abstand
450 wäre ganz cool. Und ähnlich ist es beim Verhalten, also wenn die das Gefühl haben ja der
451 kümmert sich gut, dann kommen die auch schnell mit allen anderen Anliegen und da hab ich
452 dann inzwischen gelernt genau zu gucken und mir ganz genau zu überlegen auf was ich mich
453 da einlasse. Aber grundsätzlich will ich mich dem halt nicht komplett verschließen, sondern
454 guck es mir zumindest an und wenn ich es selbst nicht machen kann, dann mach ich mir
455 zumindest die Mühe herauszufinden wo er entsprechende Hilfe bekommt. (..) #00:39:26-6#

456

457 Interviewerin: Wir sind da gerade schon automatisch ein bisschen reingerutscht, wir hatten
458 erst über die Grenzen gesprochen und du hast ein bisschen von den KÜ-Geschichten und

459 Rentenversicherung und so Sachen gesprochen. Was findet ihr da noch so für einen Umgang
460 diese strukturellen Probleme auszuhalten? #00:39:59-4#

461

462 Befragte/r: Es ist sehr unterschiedlich. Es ist grundsätzlich immer die Frage man die
463 Gegebenheit wie sie ist einfach akzeptieren, weil das etwas ist was man nicht ändern kann?
464 Zum Beispiel um an der Stelle dafür ein Beispiel zu nennen, um eine Therapie antreten zu
465 können, musst du körperlich abstinent sein. Viele sagen aber, sobald ich abends nicht mehr
466 kiffe zum Einschlafen, kommen die Träume wieder, dann sehe ich wieder meinen Vater wie
467 er mich als Kind geschlagen hat oder sowas, das halte ich nicht aus. Also kiffe ich dann
468 wieder. Und ich sehe der braucht dringend Therapie, aber in die Therapie schafft er es nicht,
469 weil er die Entgiftung nicht packt. Und dass da keine Möglichkeit gibt, dass man da eine
470 Ausnahme macht und sagt gut der geht auch noch mit einem Konsum in die Therapie und in
471 der Therapie macht er dann die Entgiftung oder so. Hat dann da gleich Personal vor Ort, die
472 ihn therapeutisch dabei begleiten. Das gibt es halt nicht, und das sind halt Vorschriften von
473 dem medizinischen Dienst der Krankenkassen oder so weiter. Daran können wir als
474 Beratungsstelle nichts ändern, das ist etwas da muss die Politik Einfluss nehmen. Und das ist
475 natürlich etwas wo wir dann als Berater gucken, wie können wir das zum Beispiel an den
476 Senat tragen. Wir machen Listen mit Fallzahlen, wo hat eine Vermittlung in die Therapie
477 nicht geklappt, weil der Entzug nicht beendet werden konnte. Wir können dann dem Senat
478 vorlegen, hier wir hatten im letzten Jahr 30 Fälle wo das und das das Problem war und dann
479 kann sich der Senat dann an die Politik wenden und kann dann vielleicht.. aber das sind dann
480 Prozesse, die können sich über Jahre hinweg ziehen bis sich da mal was ändert. An anderen
481 Stellen ist es so, dass wir halt merken gut, das müssen wir so nicht akzeptieren da werden uns
482 Steine in den Weg gelegt, da sitzen irgendwelche Leute an entscheidenden Positionen, die
483 von der Praxis gar keine Ahnung haben und da ist es dann wichtig, dass wir uns durch
484 Arbeitskreise und Arbeitsgemeinschaften miteinander connecten und dann beispielsweise
485 geschlossen als die Suchthilfe dieser Großstadt auftreten und sagen hier wir brauchen diese
486 Veränderung, sonst können wir nicht arbeiten. Ist zum Beispiel, war jetzt Ende letzten Jahres
487 wieder eine Demonstration vor dem Rathaus von der gesamten Suchthilfe dieser Stadt wo es
488 zum Beispiel darum ging, dass Gelder, die eigentlich bereitgestellt wurden, dann nicht
489 ausgezahlt wurden. Und das da dann echt viele Projekte gucken müssen, wie sie mit der
490 Finanzierung hinkommen. Und das teilweise gerade im Wohnbereich, Wohnprojekte für
491 Drogenabhängige schließen mussten, weil einfach Gelder zurückgehalten wurden aus
492 teilweise aus unerfindlichen Gründen. Da ist es dann wichtig, dass man da einfach
493 geschlossen auftritt. (.) Und sonst sehr unterschiedlich, Bei Einzelfällen, wenn es darum geht
494 eine Kostenübernahme wird aus irgendwelchen fadenscheinigen Gründen abgelehnt, da
495 connecte ich mich dann mit meinen Kollegen, hattest du das auch schon mal, ich hab das
496 Problem. Der Austausch untereinander ist sehr wichtig, um dann zu sagen gut, ich informiere
497 mich mal ist das überhaupt rechtens und schreib dann da mal ein Fax hin und mach da mal ein
498 bisschen Druck, sodass ich da für den Einzelnen auch schon viel bezwecken kann. Wenn ich
499 dann sage, also gerne lehnen die Krankenversicherungen, wenn die Leute inhaftiert sind, sind
500 die ja nicht krankenversichert, sondern dann kriegen die Gesundheitsfürsorge vom Staat. Da
501 gibt es diese Regelung, wenn die Therapie über die Krankenkasse finanziert wird, dann erteilt
502 die Krankenkasse eine vorläufige Kostenübernahme mit der Bedingung, dass der Versicherte
503 sich nach der Haft wieder genau bei dieser Krankenkasse versichert. Dann sagen die gut,
504 vorläufige Kostenübernahme. Und die AOK ist zum Beispiel so eine, oder auch die Barmer,
505 die lehnen dann gerne ab. Nee der ist ja inhaftiert, für den sind wir gar nicht zuständig. Und
506 da dann drauf hinzuweisen, hier es gibt gemeinsame Handlungsempfehlungen, da ist ganz
507 klar festgeschrieben, denen haben sie sich verpflichtet, es ist ihre Aufgabe und so weiter,
508 stellen sie gefälligst eine vorläufige Kostenübernahme aus und dann wird das auch gemacht.
509 (.) #00:44:18-6#

510

511 Interviewerin: Wir kommen zur letzten Frage schon. Und da hab ich ein Forderungspapier
512 von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen gefunden, die haben im vergangenen Sommer
513 ein Papier veröffentlicht wo sie nochmal die Grundleistungen die die Drogenberatung erfüllen
514 soll definiert haben. Und da bin ich über einen Punkt gestolpert, das war der vierte Punkt
515 unter dem Aspekt der Grundleistungen, den würde ich dir gern vorlesen, es ist auch nur ein
516 Satz. Die Drogenberatung ist dafür zuständig "eine bedarfsgerechte Beratung und Begleitung
517 in Bezug auf die Anliegen und Problematiken der Klient*innen, auch über den
518 Suchtmittelkonsum hinaus, zu gewährleisten." Was glaubst du welchen Stellenwert oder
519 welche Relevanz hat diese Forderung für die Drogenberatung? #00:45:28-8#

520

521 Befragte/r: Finde ich einen sehr interessanten Satz. Ich merke gerade, dass ich da sehr
522 zwiespältig bin. Einerseits merke ich, gerade in der Praxis, wird immer mehr von uns, ich
523 weiß nicht wie es in anderen Bereichen ist, aber ich kann nur von meinem Bereich in der
524 Suchtberatung sprechen, es wird immer mehr von uns verlangt. Es wird immer weiter
525 professionalisiert. Zum Beispiel auch die Dokumentation hat sich vor ein paar Jahren
526 nochmal krass verstärkt, also vorher hatten wir Kerndatensätze für die Statistikforschung, die
527 waren relativ schnell gemacht und plötzlich kam die Ansage hier in der Suchthilfe habt ihr
528 einen neuen Kerndatensatz und der war viel umfangreicher und alle so, das ist nicht euer
529 ernst. Wie sollen wir das überhaupt noch hinkriegen, ähnlich wie sich Ärzte seit Jahren
530 beklagen der Kontakt zum Patienten wird immer weniger, weil so viel Bürokratie und Kram
531 außen rum gemacht werden muss. Es kommen immer neue Formulare, Zusatzqualifikationen
532 die wir haben müssen und und und, wo ich sage, dann will ich aber auch dass man
533 entsprechend bezahlt wird, wenn man ein Experte für alles sein soll und nicht nur speziell im
534 Suchtbereich, sondern darüber hinaus bedarfsgerecht beraten soll. Dann bin ich ja letztendlich
535 irgendwie ein Lebensberater mit Schwerpunkt Sucht. Andererseits bin ich ganz klar der
536 Ansicht gerade halt, also jemand der zum Beispiel mit 15 anfängt täglich zu kiffen womöglich
537 schon vor der Schule, spätestens nach der Schule, der erlernt bestimmte Dinge nicht. Der hat
538 einen grundsätzlichen Mangel an Kompetenzen, zum Beispiel eigene Haushaltsführung, wie
539 verwalte ich meine Finanzen, gerade wenn die Finanzen knapp sind, wie führe ich einen
540 Haushalt, wie reagiere ich auf behördliche Post und so weiter. Das sind alles Dinge, die
541 typisch sind für einen süchtigen Menschen, da hat er großen Mangel an Kompetenzen und die
542 Erfahrung zeigt einfach, wenn man die Kompetenzen stärkt, reduziert man dadurch
543 automatisch den Konsum, weil um ein ganz praktisches Beispiel zu nennen jemand hat
544 tierisch viele Schulden, das drückt so sehr auf seine Psyche, dass er jeden Abend kiffte oder
545 kokst oder so um damit irgendwie klar zu kommen und um das wegzudrücken, weil er keine
546 Strategie gelernt hat anders damit umzugehen als halt Probleme mit dem Konsum
547 wegzuschieben. Und wenn ich den dann ermächtigt zur Beratung zu gehen, also zur
548 Schuldnerberatung zum Beispiel und sich da dann einfach mal einen Überblick zu
549 verschaffen, allein das ist dann für viele schon, boah geil es ist ja doch gar nicht so viel wie
550 ich dachte, oder ja es ist mehr, aber ich hab jetzt zumindest einen Überblick, ich weiß jetzt
551 was meine Schulden sind und wo ich was zurück zu zahlen hab. Dann ist es eine
552 Erleichterung und er hat abends gar nicht mehr so sehr das Bedürfnis so heftig zu
553 konsumieren. Gerade bei jungen Leuten Kompetenzen stärken, wo ist der Mangel, warum
554 kiffte er so viel, kiffte er so viel, weil er unsicher ist und durch das kiffen selbstsicherer wird
555 und dadurch in der Gruppe besser ankommt, dann muss ich seinen Selbstwert stärken. Und
556 dann wird der Konsum automatisch weniger, weil er sich selbst denkt, das Kiffen brauch ich
557 jetzt eigentlich gar nicht mehr. Von daher finde ich schon sinnvoll über den Suchtbereich,
558 also über den Tellerrand zu gucken, aber fänds halt schön, wenn man entsprechend entlohnt
559 wird. (..) Aber ich denke das wird wahrscheinlich auch eine Forderung sein, dass es eine
560 Bezahlung in dem Bereich gibt. Dieser Bereich wird einfach immer wichtiger, man sieht der

561 gerade in den Ballungszentren wie Berlin, im Pott und in Hamburg, der Konsum wird immer
562 krasser, risikoreicher, die Drogentoten steigen, die soziale Verelendung schreitet voran, die
563 Obdachlosigkeit, immer mehr Menschen können sich keine Wohnung leisten. Und das sind
564 letztendlich Probleme, das muss alles die Soziale Arbeit ausbaden. (.) Und da würde ich mir
565 einfach wünschen, dass das halt auch gewertschätzt wird. Ich hab mich jetzt erst gestern
566 wieder mit meinem Nachbarn unterhalten, der ist Softwareentwickler und als der mir gesagt
567 hat was der verdient, dacht ich mir so ey das ist doch wohl ein Witz, das ist so unfassbar.
568 Denen wird so das Geld hinterher geworfen und er meint selbst, sein Job ist total entspannt so,
569 er sitzt da halt am Rechner, programmiert da halt was, irgendwas keine Ahnung,
570 irgendwelche Apps und sonst was und kriegt dafür halt unglaublich viel Geld und ich hab das
571 Gefühl ich tue hier etwas für den Zusammenhalt der Gesellschaft, dass das hier nicht alles
572 explodiert und kriege dafür halt keinerlei Wertschätzung. Vor allem wenn dann noch weiter
573 Stellen abgebaut werden oder die Gelder die zwar für die Suchthilfe bestimmt sind in
574 irgendwelche komischen Projekte fließen, irgendwelche Werbekampagnen, Anti-Cannabis-
575 Kampagne für 1,5Mio. Und ich denke mir diese 1,5Mio. hätte man auch für etwas
576 sinnvollerer nutzen können. Das sind dann so die Punkte wo ich mich dann ärgere und ich mir
577 denke, das ist doch ein Witz. Letztes Jahr wurden wir im Haushalt in Berlin wurden die
578 Beratungsstellen vergessen in der Finanzierung. Wo ich mir dachte, wir sind die etablierten
579 Beratungsstellen, da wurde in Projekte finanziert und in neue Konsumräume und so. Alles
580 sinnvoll, aber wenn man dabei die Beratungsstellen vergisst... Das hatte bei uns zur Folge,
581 dass halt mehrere Stellen abgebaut wurden, abgebaut werden mussten. Sodass unser Träger in
582 Vorleistung geht und sagt hier, ich war auch davon betroffen, deine Stelle gibt es eigentlich
583 nicht mehr, aber ich bin halt schon entfristet, das heißt sie können mich auch nicht einfach
584 kündigen. Das heißt der Träger musste mich komplett durch finanzieren bis dann ein paar
585 Monate später nochmal nachkorrigiert wurde und das Geld dann doch wieder zur Verfügung
586 stand. Aber das sind dann halt so Sachen wo ich mir denke so wird unsere Arbeit
587 gewertschätzt, das ist ja wohl ein Scherz uns einfach so zu vergessen. (.) Aber grundsätzlich
588 habe ich Spaß bei der Arbeit, das ist der Job, den ich machen wollte, das war von vorn herein
589 für mich klar und ich hab Spaß an der Arbeit. Mir macht es Spaß den Leuten zu helfen und zu
590 sehen, da gibt es Fortschritte und ich glaub, wenn ich das nicht hätte, dann wäre das auch kein
591 Job, den man lange machen kann. Ich glaub da ist es halt schon wichtig, dass man den Job
592 gerne macht und dass man sich gut abgrenzen kann, dass man den ganzen Mist, den man sich
593 tagsüber geben muss nicht mit nach Hause nimmt. Wenn ich diese ganzen Storys, die ich
594 tagtäglich höre mit nach Hause nehmen würde, würde ich sehr schnell daran kaputt gehen. Ich
595 merke bei mir hat es einen gegenteiligen Effekt, ich höre mir die Scheiße meiner Klienten an
596 und denke mir, man ist mein Leben eigentlich geil. Und wenn dann auch meine Frau sagt, ich
597 muss echt oder ich hier ein bisschen Sorge und dann äußert sie ihre "Sorgen", was natürlich
598 auch berechtigte Sorgen sind und da ist es auch so wichtig, dass ich da dann nicht ach komm
599 was sind denn das für Problemchen, sondern dass ich sie natürlich weiterhin ernst nehme,
600 aber mir durchaus bewusst ist, dass das eigentlich keine Probleme sind. Und dadurch hab ich
601 das Gefühl hab ich mehr Lebensfreude bekommen und schätze mein Leben mehr, genieße die
602 Zeit mit meinen Kindern mehr, weil ich soo viele Klienten kenne, die sagen ich kenne meinen
603 Vater nicht. Und da haben die Arbeit, die Erlebnisse und die Erfahrung bei der Arbeit einfach
604 sehr positive Auswirkungen auf mein Privatleben. #00:53:03-7#
605

606 Interviewerin: Ich glaube das war ein schönes Abschlusswort. Vielen Dank!

Anhang: Zusammenfassung der Konzepte

Konzept: Tätigkeiten

Tätigkeiten	Position: Einrichtungsleitung IN VIVO	im Grunde genommen ist es ja so, dass ich hier seit ein paar Jahren die Einrichtungsleitung übernommen hab	T1 Z.17-19
	Einrichtungsleitung = Feuerwehrfunktion	und äh dadurch hat man dann als Einrichtungsleitung äh schon sowas wie ne Feuerwehrfunktion und springt überall ein.	T1 Z.22-23
	Vielseitigkeit seiner früheren Tätigkeitsbereiche	hab bei in der anderen Einrichtung auch ziemlich, so in fast jedem Bereich gearbeitet	T1 Z.24
	Erste Linie: Personalverantwortung IN VIVO	Denn mein Job ist es in erster Linie Personalverantwortung zu haben	T1 Z.26
	Beschreibung eigentlicher Tätigkeit	ähm das heißt mein Job ist es, dafür zu sorgen, dass andere ihren Job machen können letztendlich.	T1 Z.26-27
	Erweiterung eigentlicher Tätigkeit	und dann der ganze administrative Teil und Controlling der dazu gehört	T1 Z.28
	Lückenspringer	so aber nichtsdestotrotz ich spring in jede Lücke ein	T1 Z.28-29
	Feuerwehr in Beratung und PSB	das heißt ähm ich bin auch in beiden Teams Feuerwehrmann,	T1 Z.35-36
	Feuerwehr	spring ich dort ein mach PSB	T1 Z.36-37
	Substitution nur mit Sozialarbeiter*in möglich	das sagt, willst du substituiert werden, dann brauchst du ne Sozialarbeiterin, Sozialarbeiter zur Seite,	T1 Z.42-43
	MI Ausbildung für Mitarbeitende	es wird jeder hier bei uns auch darin ausgebildet.	T1 Z.45
	Aufgabenerweiterung der Drogenberatung	dass das nicht mehr nur die reine Aufgabe ist,	T1 Z.281

	Versorgungsauftrag	und wir müssen die weiter versorgen,	T1 Z.283
	Therapeutische Methoden	mit Tools, die ja auch in der Therapie mit eingesetzt werden	T1 Z.285-286
	Benennung der Methode: MI	also Motivational Interviewing	T1 Z.286
	Baustein von Beratung	äh systemische Fragetechniken	T1 Z.286
	Weitere Bausteine	äh all diese Geschichten,	T1 Z.286-287
	Verantwortung Versorgungsauftrag zu erfüllen	damit wir die Leute gut versorgt bekommen	T1 Z.287
	Überbrückung	bis zu dem Zeitpunkt wo es losgeht	T1 Z.287-288
	Durchboxen	weil wir haben mit ganz viel Ringen es geschafft ihn in ein Krankenhaus	T1 Z.301-302
	Telefonieren	ich telefonier mir nen Wolf ab	T1 Z.302-303
	Professionsübergreifende Hilfesuche/(Zusammen-)Arbeit	ich hab mit mehreren Pflegekräften, Stationsärzte äh jetzt Sozialdienst und noch eine Drogenberatungsstelle telefoniert	T1 Z.303-304
	Bewältigung von A nach B	Naja, also begleitend dahingehend ähm dass ne man kommt hier an, um von A nach B zu kommen,	T1 Z.343-344
	Außer beraterische Tätigkeit	son Brief an die Hausverwaltung ist natürlich schnell geschrieben, so.	T1 Z.352
	Außerhalb klassischer Beratungssituation	würde ich trotzdem empfehlen und da sind wir auch nicht mehr in der klassischen Beratungssituation	T1 Z.354-355
	Kinderschutzfälle	in Sachen Kinderschutz äh da sag ich immer, bitte nicht an den Schreibtischen kleben bleiben	T1 Z.355-356
	Hilfekonferenzen besuchen	geht hin, geht zu den Hilfekonferenzen hin	T1 Z.356-357
	Priorität: Kinderschutz	und so, wir machen ja	T1 Z.357-

		extrem viel in Sachen Kinderschutz und nehmen es sehr ernst	358
	Motivation (zum genauen Hingucken)	das heißt ich motivier hier immer alle dazu wenn ihr euch unsicher sein	T1 Z.358-359
	IN VIVO: insofern erfahrene Fachkraft	also ich bin insofern erfahrene Fachkraft,	T1 Z.359
	Überprüfung von Kinderschutzfällen	ich guck eh am Ende drauf, aber vieles hört sich in der Theorie schlimm an	T1 Z.359-360
	Persönliches Bild machen	aber wenn man mal die Familie hier sitzen hat, oder das Kind gesehen hat, dann äh entsteht nochmal ein ganz anderes Bild so	T1 Z.360-362
	Konsumreflexion als Teil von Beratung	die ich, ich hab mit der Konsumreflexion gemacht,	T1 Z.364
	Case Management als Methode	wurde dann schwanger und haben wir das im klassischen Case Management zusammen eingetütet.	T1 Z.365-366
	Mehr als Vermittlung	wir haben diese äähm Gutscheine für die Urinkontrollen und wenn dann die Jugendämter sagen Jaqueline Chantall soll äh hier dreimal UKs machen, dann ist das auch schon mehr als nur vermitteln,	T1 Z.381-383
	Angebote machen	also wir machen schon ein Angebot und gucken wie sich das soo,	T1 Z.383-384
	Begleitung	sind dann auch begleitend	T1 Z.384
	Begleitung, aber am Schreibtisch	aber trotzdem noch mehr an den Schreibtischen vor Ort als Beraterteam, ähm als PSB, PSB ist dann natürlich auch physisch überall, also Jobcenter, Wohnamt	T1 Z.385-387
	IN VIVO Beratungsbetreuung	von Beratungsbetreuung definitiv	T1 Z.395
Tätigkeiten	Benennung der eigenen Tätigkeit	Ok, einerseits bin ich Drogenberater	T2 Z.6

Subkategorie von Tätigkeiten - Arbeitsbedingungen	Doppelte Funktion: Projektleitung	und andererseits bin ich auch Projektleitung	T2 Z.6
	Gleiche Tätigkeiten wie Kolleg*innen	das heißt genau wie alle anderen KollegInnen hier berate ich Menschen hier,	T2 Z.6-7
	Gremienarbeit	Und abgesehen von bestimmten Gremien,	T2 Z.13
	Netzwerkarbeit	die der Vernetzung dienen,	T2 Z.13
	Aufsuchende Arbeit in JVA's	sind die einzigen Außer- Haus-Termine die im Knast	T2 Z.14
	Beratung legt Fokus auf Klient*in und was er/sie braucht	Was braucht der, und wie können wir es auch schaffen, dass er auch Wahlmöglichkeiten hat	T2 Z.281- 282
	Fokus auf Klient*innenorientierung	und dementsprechend finde ich wichtig, dass die Klienten wirklich Wahlmöglichkeiten haben	T2 Z.284- 285
	Auswahl von Einrichtungen mit Klient*in treffen	und wenn es auch bei der Einrichtung der Entgiftung oder Therapie ist.	T2 Z.285- 286
	Orientierung an Bedürfnissen der Klient*innen	Weil es gibt Leute, die können, würden auf Heroin nicht klar kommen für die ist Methadon richtig. Es ist gut, dass es Subutex gibt und es ist großartig, dass es mittlerweile ritaliertes Morphin als Substitutionsmöglichkeit gibt.	T2 Z.289- 291
	Kurzlebigkeit der Motivation von Klient*innen Berater*innen können Motivation nicht aufrechterhalten	Wir können es nicht schaffen, wenn die erstmal eine Entscheidung getroffen haben, die Motivation über Monate weiter aufrecht zu erhalten.	T2 Z.332- 334
	Motivationsarbeit	Und wir können versuchen die zu motivieren	T2 Z.407
	Vermittlung in Substitution/PSB	die werden dann in Substitutionen von uns vermittelt und genau dafür wäre die PSB, also	T2 Z.420- 422

	die Psychosoziale Betreuung da, die es auch in russischer Sprache gibt, auch hier vor Ort,	
Ergebnis: Beratung übernimmt PSB-Aufgaben	Und das Ergebnis war, dass unsere Kolleginnen all das gemacht haben was die PSB hätte machen müssen.	T2 Z.429-430
Vermittlung von Stolz	und zu sagen ja das ist widrig, das nervt, aber letztenendes, wenn du das ausgestanden hast, hast du an der Stelle auch wirklich Grund dir fünf Mal auf die Schulter zu klopfen	T2 Z.407-409
Aufgabe der Beratung: Begleitung im Prozess	und wir versuchen dich darin zu begleiten.	T2 Z.409-410
Beispielhafte Orte für Begleitung	oder in die Therapieeinrichtung, oder mal mit zu Sparkasse gehen könnte um nach den fucking Kontoauszügen für den PSB Antrag zu schauen oder so.	T2 Z.528-530
Verantwortung gegenüber Finanzierungsträgern	das hat aber zur Folge, dass ich sowohl dem Bezirk als auch dem Senat gegenüber Rechenschaft schuldig bin.	T2 Z.543-544
Dokumentation als Arbeitsbestandteil	Die Dokumentation, die ich total notwendig finde, ich bin großer Fan von sauberer Dokumentation,	T2 Z.548-549
Schutzfaktoren	Dazu gibts noch ein paar Faktoren, die für uns schützend sind	T2 Z.142
Hohe Fluktuation	weil wir allein in der Beratung diesen relativ großen Durchlauf	T2 Z.142-143
Differenzierung zu Betreuung	aber nicht ganz so in die Nähe gehen wie in der Betreuung	T2 Z.144
Klare Arbeitszeiten/-struktur	Und weil wir auch so diese Struktur haben so 9to5, wir gehen dann irgendwie abends nach	T2 Z.144-146

		Hause, wir haben keinen Schichtdienst, müssen nicht am Wochenende arbeiten	
Tätigkeiten	Auftragsklärung	Das muss einfach geklärt werden, mein Auftrag muss geklärt werden in der Beratung	T3 Z.97-98
	Suchen individueller Möglichkeiten	Wenn ein Mensch sagt, ich möchte etwas gegen meine Sucht, gegen meine Abhängigkeit unternehmen, dann gucken wir genau, was ist möglich gerade für diese Person.	T3 Z.115-117
	Begleitung als Tätigkeitsbeschreibung	Und ich begleite	T3 Z.120
	Klärung des Anliegens	Oder einfach zu gucken, hab ich ein Problem oder habe ich nicht.	T3 Z.122-123
	Prozessbegleitung	So ich begleite dann die Menschen in diesem Prozess.	T3 Z.123-124
	Exploration von Angeboten/Möglichkeiten	Einfach in dem Gespräch zu gucken, welche Möglichkeiten gibt's.	T3 Z.135
	Klärung im Beratungsgespräch	Und dann suchen wir gemeinsam im Gespräch die Antworten.	T3 Z.137
	Abstecken von Tätigkeitsbereichen	ich kann etwas empfehlen, ich kann weitervermitteln, ich kann paar Adressen geben, aber mehr kann ich natürlich nicht. Also in diesem Fall.	T3 Z.145-147
	Begleitung eines Prozesses	sondern es ist, also Beratung ist ein Prozess und Beratung für mich, was heißt das Beratung, die Gespräche, es ist natürlich ein Prozess von einem Punkt zu einem anderen. Es hat immer was mit Bewegung zu tun, deswegen für mich ist Beratung, mein Bild von Beratung: ich begleite die Person, also	T3 Z.153-157

		eine bestimmte Zeitpunkt, also Lebensabschnitt, ich begleite in diesem Prozess.	
	Konkrete Anliegen von Klient*innen	Es könnte einfach sein, dass der Klient zur Sprechstunde kommt und sagt: ich habe es erkannt, ich möchte eine Therapie machen.	T3 Z.161-162
	Klärung von Anliegen von Klient*innen	Das ist das Anliegen, da ist natürlich erstmal zu klären, wie kommt er.	T3 Z.163
	Klärung von Motivation	Einfach, es klingt vielleicht ein bisschen banal, aber so um die Motivation zu klären.	T3 Z.163-164
	Klärung von Themen	Aber man kann nicht so wählerisch sein und wenn der Klient so eine Auflage hat erstmal klären was will er besprechen.	T3 Z.171-172
	INVIVO Rückfallprophylaxe	Und wenn man clean ist und mit solcher Auflage kommt, einfach zu gucken mit der Rückfallprophylaxe.	T3 Z.179-180
	Unterstützung im Prozess	Einfach den Klient zu unterstützen auch in dem Prozess clean zu bleiben erstmal.	T3 Z.180-181
	Tätigkeitsbeschreibung	Ich kann die Adressen geben, ich kann, wenn der Klient selber nicht in der Lage ist anzurufen, einfach fragen, um mit ihm gemeinsam einen Termin zu vereinbaren	T3 Z.216-218
	Unterstützung/Begleitung im Prozess	aber ich mache es nicht für die Klienten, ich begleite oder unterstütze den Klienten, aber ich mache es nicht für den Klienten.	T3 Z.218-219
	Weitervermittlung	und das ist auch unsere Aufgabe weiter zu vermitteln.	T3 Z.227-228
Tätigkeiten	Entlastung bewirken: Tätigkeit	Also meine Hauptaufgabe besteht irgendwie darin	T4 Z.30-31

		über Gespräche Entlastung zu bewirken	
	Vermittlung	Darüber hinaus vermitteln wir natürlich innerhalb der Beratung in andere Einrichtungen.	T4 Z.32-33
	Beratung auch außerhalb der Beratungsstelle	Wir besuchen die Leute auch woanders, es muss nicht immer nur hier stattfinden.	T4 Z.35
	INVIVO Hausbesuche	Teilweise war es nötig Hausbesuche zu machen, das heißt eben da wo die Leute wohnen oder sich aufhalten.	T4 Z.40-41
	INVIVO Krankenhausbesuche	Krankenhausbesuche sind auch was, was typischerweise auftaucht.	T4 Z.41-42
	Begleitung in andere Einrichtungen	Ich hab auch schon Klient*innen zu Sozialämtern begleitet oder in andere Einrichtungen in die ich gern vermitteln wollte, wo es einfach leichter war so ein bekanntes Gesicht mitzunehmen.	T4 Z.42-44
	Abrufbereit! Beratung wo Leute sich aufhalten	Letztendlich wo auch immer die Leute sind, die gerne möchten, dass wir kommen, kommen wir hin.	T4 Z.44-45
	Angebot in wichtigen Prozessen/ aufsuchende Arbeit	Anfrage, bzw. Angebot, also wenn Klient*innen jetzt zum Beispiel gerade im Krankenhaus sind wegen irgendwelcher anderen Themen und wir sind gerade mitten in der Reha oder einem wichtigen Beratungsprozess,	T4 Z.50-52
	Antragstellung im Krankenhaus	Das heißt ich hab auch schon komplette Reha-Anträge ausgefüllt im Krankenhaus mit Personen, die sich den gesamten Beratungsprozess im Krankenhaus aufgehalten	T4 Z.61-64

		haben, weil sie körperlich einfach nicht in der Lage waren das Krankenhaus zu verlassen	
	Aufsuchende Arbeit	also fahre ich dann dahin.	T4 Z.64
	Gründe für aussuchende (Beratungs-)arbeit	Oder Klient*innen, die nach einem Krankenhausaufenthalt oder irgendwelchen anderen gesundheitlich einschneidenden Erlebnissen ihre Wohnung nicht verlassen können, oder die nicht mehr hier her finden, nach einem schlimmen Krampfanfall oder irgendwie ich hatte mal eine Person, die hatte einen Schlaganfall und hat einfach den Weg hierher nicht gefunden,	T4 Z.64-68
	Wiederholung: Aufsuchende Arbeit	dann bin ich halt zu der Person nach Hause gegangen. Von Kolleg*innen weiß ich, ja es gibt Zig Gründe.	T4 Z.68-69
	Kontaktaufnahme mit Brief	Und wenn ich die dann nicht antreffe, dann hinterlasse ich einen Brief mit der Bitte mich zu kontaktieren	T4 Z.80-81
	Verantwortungsübergabe an andere Institution	ansonsten muss ich diese Verantwortung dann weitergeben an eine andere Stelle in der Regel an den SPD.	T4 Z.81-82
	Begleitung in Einrichtungen	Ich hab dann Klient*innen auch schon in spezielle Entzugseinrichtungen begleitet	T4 Z.84-85
	INVIVO: Top-Thema: Begleitung	also Begleitung ist wirklich auch so ein Top-Thema.	T4 Z.85
	Netzwerkarbeit – Suche nach Kooperationspartnern	Wir haben unglaublich viel Netzwerkarbeit, ich glaub wir haben hier im Bezirk jede Tür dreimal umgedreht, weil dahinter	T4 Z.100-102

	ja Kooperationspartner sein können.	
Netzwerkpflege	Also es sind einfach unglaublich viele Leute. Das heißt man hat viel einfach auch damit zu tun, auch diese Netzwerke zu pflegen.	T4 Z.102-103
Vorstellen der Angebote in Krankenhäusern	Wir fahren regelmäßig in die Krankenhäuser und stellen uns den Patient*innen vor, die gerade da sind auf den Entzugsstationen, da kommt eine ganze Menge zusammen.	T4 Z.103-105
Ausnahme: Aufsuchende Arbeit	Also dass ich jetzt wirklich jede Woche einmal irgendwohin gehe, das sind wirklich so kurze Ausnahmephase wie jetzt zum Beispiel ins Krankenhaus	T4 Z.117-118
(zeitnahe) Fertigstellung des Reha-Antrags	wenn ich jetzt dort besuche, die schon immer dort war und wir machen einen Reha-Antrag, dann muss der ja fertig werden und der braucht aber auch eine gewisse Weile.	T4 Z.118-120
Häufiges Besuchen in Ausnahmesituationen	Das heißt da fahr ich dann ständig hin und mach das irgendwie	T4 Z.120-121
Eingrenzung: keine monatelange aufsuchende Arbeit	aber es kam jetzt noch nicht vor, dass jemand über Monate hinweg aufgesucht wurde.	T4 Z.122-123
Statistik	Weil wir müssen ja schon auch Statistiken erstellen und wir müssen ja auch zählen mit wie vielen Leuten wie viel reden und wir müssen das ja auch zurück melden und dann gibt's davon ja auch noch eine Fantasie wie viel das sein muss und gleichzeitig, also ich war auch schon in einer anderen Beratungsstelle, sehe ich dass wir da	T4 Z.217-222

		relativ autonom agieren, weil wir haben auch genug Klient*innen und wir müssen die nicht irgendwohin vermitteln.	
	Auswahlmöglichkeiten von Einrichtungen/ Klient*innen- Bedürfnisorientiert	Und haben dadurch aber und das ist zumindest unser Ziel, und ich glaub das von all meinen Kolleg*innen natürlich auch, so eine Bandbreite an möglichen Orten für danach zu haben, dass ich wirklich passgenau meinen Klient*innen was vorschlagen kann.	T4 Z.224-226
	Eingrenzung der Tätigkeiten	Wir müssen keinen Hilfeplan schreiben, wir sind nicht Abstinenz orientiert, wir müssen nicht kontrollieren, wir haben eigentlich keine Anforderungen außer die Leute müssen Bock haben mit uns zu reden,	T4 Z.230-232
	Reden als Grundlage der Beratung	Das heißt die dürfen nicht so alkoholisiert sein, dass es nicht mehr geht, aber das wars dann auch schon.	T4 Z.234-235
	Kooperation und Vermittlung Eigene Anforderungen an Suchtberatung	weil wir sollten ja mit allen anderen Suchthilfeeinrichtungen so kooperieren, dass wir halt von hier aus dahin vermitteln.	T4 Z.243-244
	Arbeitsstruktur/ Tätigkeitsrahmung	Wir haben ja nur eine begrenzte Stundenanzahl, die den Klient*innen zur Verfügung stehen	T4 Z.291-292
	Bildung von Vertrauensverhältnissen	Es ist ja aber auch so, dass wir ein Vertrauensverhältnis hier zu den Leuten aufbauen	T4 Z.295-296
	Tätigkeit für Außentermine	Planung!	T4 Z.358
	Außentermine nur begrenzt möglich	Aber ja das sind genau die Sachen warum das halt auch nicht nonstop möglich ist	T4 Z.358-359
	Zeitaufwand bei Begleitung	Wenn ich mir jetzt	T4 Z.359-

	wesentlich höher	überlege, ich hab einen Außentermin, der eine Stunde geht, was schon nicht immer unbedingt der Fall ist bei Außenterminen, also außer ich besuche die jetzt irgendwie zu Hause oder im Krankenhaus, dann kann ich sagen wir machen hier unsere 45min Beratungsgespräch wie immer, aber wenn ich jetzt zum Beispiel zum Sozialamt begleite oder zu irgendeiner anderen Einrichtung zu der vermittelt werden soll, dann kann das ja auch mal länger gehen	364
	Zeitaufwand/ Tätigkeiten	Dann bin ich mindestens sagen wir mal grob eine Stunde dort, dann hab ich den Hinweg, den Rückweg und die Doku.	T4 Z.364-365
	Planung	Da ist es also wichtig zu planen.	T4 Z.366
	Lösungsorientierung als Umgang mit Problemen	Achso, naja es gibt ja so bestimmte Sachen wie beispielsweise welche Zielgruppen spreche ich an. Da kannst du ja relativ lösungsorientiert mit umgehen, also wir sind ja hier sehr lösungsorientiert (lacht) auch über die Beratungsgespräche hinaus geben wir uns große Mühe im Team lösungsorientiert umzugehen.	T4 Z.391-394
	Versorgung gewährleisten	Und dann ist die Versorgung der Leute, die irgendwie hier sind wichtig, die muss gewährleistet sein.	T4 Z.411-412
	Kommunikation mit Netzwerkpartner*innen	Und dann kann ich gucken wie viele Stunden kann ich mich so rausziehen, dass andere vielleicht was	T4 Z.412-416

		übernehmen, um mit den Netzwerkpartner*innen vielleicht zu sprechen wo sind die Leute bei euch, wie ist bei euch so der Durchschnitt, wie können wir die ansprechen um dann eben nochmal bestimmte Zielgruppen anders zu erreichen. Also je nach dem von welcher Zielgruppe ich dann eben spreche	
	Angebote machen/ Möglichkeitsräume der Klient*innen erweitern	So, das heißt, auch da bin ich in einem Prozess wie kann ich das mit meinen Klient*innen aushandeln und ich hab das für mich so gelöst, dass ich eigentlich fast immer fast alle am Ende jedes Gespräches daran erinnere, und wenn es irgendwie eine Krise gibt, oder eine Sorge haben, oder irgendetwas wichtiges aufplopt, sie wissen, rufen sie mich einfach an, wir können auch telefonieren, wenn wir uns nicht sehen oder hier Krisendienst, bla.	T4 Z.440-445
	Abdecken der Basisversorgung	So, dass wir einfach diese Basisversorgung, ich glaub alle meine Klient*innen sind gut darüber informiert, wo ruf ich an, wenn mein Haus brennt, ich Suizidgedanken habe, wenn mir was weh tut oder wenn ich Suchtgedanken habe. Und die alle wissen, dass sie sich bitte bitte immer hier melden können, egal wie lange wir uns nicht gesehen haben oder egal wann unser nächster Termin ist. Und wenn der nächste Woche ist und	T4 Z.445-450

		was zwischendrin ist, dann bitte anrufen.	
	Weitervermittlung	Also wer jetzt hierher kommt mit einem Hartz4 Bescheid und sagt hier ich versteh das nicht, je nachdem, wenn ich jetzt gerade eh kein Gespräch hab, würd ich wahrscheinlich schnell mir das mit der Person einmal anschauen und dann würd ich der irgendwie die Kontaktadresse zur Sozialberatung geben und wenn´s halt gar nicht geht, dann würden wir direkt die Kontaktadresse zur Sozialberatung geben. Mindestens das würden wir aber machen.	T4 Z.471-476

Sortierung der Tätigkeiten

Tätigkeit „Vermittlung“

Mehr als Vermittlung	wir haben diese ääähm Gutscheine für die Urinkontrollen und wenn dann die Jugendämter sagen Jaqueline Chantall soll äh hier dreimal UKs machen, dann ist das auch schon mehr als nur vermitteln,	T1 Z.381-383
Vermittlung in Substitution/PSB	die werden dann in Substitutionen von uns vermittelt und genau dafür wäre die PSB, also die Psychosoziale Betreuung da, die es auch in russischer Sprache gibt, auch hier vor Ort,	T2 Z.420-422
Vermittlung von Stolz	und zu sagen ja das ist widrig, das nervt, aber letztenendes,	T2 Z.407-409

	wenn du das ausgestanden hast, hast du an der Stelle auch wirklich Grund dir fünf Mal auf die Schulter zu klopfen	
Weitervermittlung	und das ist auch unsere Aufgabe weiter zu vermitteln.	T3 Z.227-228
Vermittlung	Darüber hinaus vermitteln wir natürlich innerhalb der Beratung in andere Einrichtungen.	T4 Z.32-33
Kooperation und Vermittlung Eigene Anforderungen an Suchtberatung	weil wir sollten ja mit allen anderen Suchthilfeeinrichtungen so kooperieren, dass wir halt von hier aus dahin vermitteln.	T4 Z.243-244
Weitervermittlung	Also wer jetzt hierher kommt mit einem Hartz4 Bescheid und sagt hier ich versteh das nicht, je nachdem, wenn ich jetzt gerade eh kein Gespräch hab, würd ich wahrscheinlich schnell mir das mit der Person einmal anschauen und dann würd ich der irgendwie die Kontaktadresse zur Sozialberatung geben und wenn´s halt gar nicht geht, dann würden wir direkt die Kontaktadresse zur Sozialberatung geben. Mindestens das würden wir aber machen.	T4 Z.471-476

Tätigkeit „Beratung“ reguläre Tätigkeiten

- Was ist Beratung?
- Auch reguläre Tätigkeiten von Beratung beschreiben wie bspw. Dokumentation, die einen wesentlichen Teil des Versorgungsauftrages ausmachen über die Beratungstätigkeit hinaus gehen, aber keine Begleitung sind

Versorgungsauftrag	und wir müssen die weiter versorgen,	T1 Z.283
Therapeutische Methoden	mit Tools, die ja auch in der Therapie mit eingesetzt werden	T1 Z.285-286
Benennung der Methode: MI	also Motivational Interviewing	T1 Z.286
Baustein von Beratung	äh systemische Fragetechniken	T1 Z.286

Konsumreflexion als Teil von Beratung	die ich, ich hab mit der Konsumreflexion gemacht,	T1 Z.364
Case Management als Methode	wurde dann schwanger und haben wir das im klassischen Case Management zusammen eingetütet.	T1 Z.365-366
Angebote machen	also wir machen schon ein Angebot und gucken wie sich das soo,	T1 Z.383-384
Auswahl von Einrichtungen mit Klient*in treffen	und wenn es auch bei der Einrichtung der Entgiftung oder Therapie ist.	T2 Z.285-286
Motivationsarbeit	Und wir können versuchen die zu motivieren	T2 Z.407
Abstecken von Tätigkeitsbereichen	ich kann etwas empfehlen, ich kann weitervermitteln, ich kann paar Adressen geben, aber mehr kann ich natürlich nicht. Also in diesem Fall.	T3 Z.145-147
Klärung von Anliegen von Klient*innen	Das ist das Anliegen, da ist natürlich erstmal zu klären, wie kommt er.	T3 Z.163
Klärung von Motivation	Einfach, es klingt vielleicht ein bisschen banal, aber so um die Motivation zu klären.	T3 Z.163-164
Klärung von Themen	Aber man kann nicht so wählerisch sein und wenn der Klient so eine Auflage hat erstmal klären was will er besprechen.	T3 Z.171-172
Exploration von Angeboten/Möglichkeiten	Einfach in dem Gespräch zu gucken, welche Möglichkeiten gibt's.	T3 Z.135
INVIVO Rückfallprophylaxe	Und wenn man clean ist und mit solcher Auflage kommt, einfach zu gucken mit der Rückfallprophylaxe.	T3 Z.179-180
Tätigkeitsbeschreibung	Ich kann die Adressen geben, ich kann, wenn der Klient selber nicht in der Lage ist anzurufen, einfach fragen, um mit ihm gemeinsam einen Termin zu vereinbaren	T3 Z.216-218
Entlastung bewirken: Tätigkeit (=Entlastungsgespräche)	Also meine Hauptaufgabe besteht irgendwie darin über Gespräche Entlastung zu bewirken	T4 Z.30-31
Antragstellung im Krankenhaus	Das heißt ich hab auch schon komplette Reha-Anträge	T4 Z.61-64

	ausgefüllt im Krankenhaus mit Personen, die sich den gesamten Beratungsprozess im Krankenhaus aufgehalten haben, weil sie körperlich einfach nicht in der Lage waren das Krankenhaus zu verlassen	
Verantwortungsübergabe an andere Institution	ansonsten muss ich diese Verantwortung dann weitergeben an eine andere Stelle in der Regel an den SPD.	T4 Z.81-82
(zeitnahe) Fertigstellung des Reha-Antrags	wenn ich jetzt dort besuche, die schon immer dort war und wir machen einen Reha-Antrag, dann muss der ja fertig werden und der brauch aber auch eine gewisse Weile.	T4 Z.118-120
Eingrenzung der Tätigkeiten	Wir müssen keinen Hilfeplan schreiben, wir sind nicht Abstinenz orientiert, wir müssen nicht kontrollieren, wir haben eigentlich keine Anforderungen außer die Leute müssen Bock haben mit uns zu reden,	T4 Z.230-232
Reden als Grundlage der Beratung	Das heißt die dürfen nicht so alkoholisiert sein, dass es nicht mehr geht, aber das wars dann auch schon.	T4 Z.234-235
Bildung von Vertrauensverhältnissen	Es ist ja aber auch so, dass wir ein Vertrauensverhältnis hier zu den Leuten aufbauen	T4 Z.295-296
Tätigkeit für Außentermine	Planung!	T4 Z.358
Planung	Da ist es also wichtig zu planen.	T4 Z.366
Versorgung gewährleisten	Und dann ist die Versorgung der Leute, die irgendwie hier sind wichtig, die muss gewährleistet sein.	T4 Z.411-412
Angebote machen/ Möglichkeitsräume der Klient*innen erweitern	So, das heißt, auch da bin ich in einem Prozess wie kann ich das mit meinen Klient*innen aushandeln und ich hab das für mich so gelöst, dass ich eigentlich fast immer fast alle am Ende jedes Gespräches daran	T4 Z.440-445

	<p>erinnere, und wenn es irgendwie eine Krise gibt, oder eine Sorge haben, oder irgendetwas wichtiges aufploppt, sie wissen, rufen sie mich einfach an, wir können auch telefonieren, wenn wir uns nicht sehen oder hier Krisendienst, bla.</p>	
Abdecken der Basisversorgung	<p>So, dass wir einfach diese Basisversorgung, ich glaub alle meine Klient*innen sind gut darüber informiert, wo ruf ich an, wenn mein Haus brennt, ich Suizidgedanken habe, wenn mir was weh tut oder wenn ich Suchtgedanken habe. Und die alle wissen, dass sie sich bitte bitte immer hier melden können, egal wie lange wir uns nicht gesehen haben oder egal wann unser nächster Termin ist. Und wenn der nächste Woche ist und was zwischendrin ist, dann bitte anrufen.</p>	T4 Z.445-450
Weitervermittlung	<p>Also wer jetzt hierher kommt mit einem Hartz4 Bescheid und sagt hier ich versteh das nicht, je nachdem, wenn ich jetzt gerade eh kein Gespräch hab, würd ich wahrscheinlich schnell mir das mit der Person einmal anschauen und dann würd ich der irgendwie die Kontaktadresse zur Sozialberatung geben und wenn´s halt gar nicht geht, dann würden wir direkt die Kontaktadresse zur Sozialberatung geben. Mindestens das würden wir aber machen.</p>	T4 Z.471-476

Subkategorie „notwendige Tätigkeiten außerhalb der Beratung“

Dokumentation als Arbeitsbestandteil	<p>Die Dokumentation, die ich total notwendig finde, ich bin großer Fan von sauberer</p>	T2 Z.548-549
--------------------------------------	--	--------------

	Dokumentation,	
Telefonieren	ich telefonier mir nen Wolf ab	T1 Z.302-303
Gremienarbeit	Und abgesehen von bestimmten Gremien,	T2 Z.13
Netzwerkarbeit	die der Vernetzung dienen,	T2 Z.13
Netzwerkarbeit – Suche nach Kooperationspartnern	Wir haben unglaublich viel Netzwerkarbeit, ich glaub wir haben hier im Bezirk jede Tür dreimal umgedreht, weil dahinter ja Kooperationspartner sein können.	T4 Z.100-102
Netzwerkpflege	Also es sind einfach unglaublich viele Leute. Das heißt man hat viel einfach auch damit zu tun, auch diese Netzwerke zu pflegen.	T4 Z.102-103
Kooperation und Vermittlung Eigene Anforderungen an Suchtberatung	weil wir sollten ja mit allen anderen Suchthilfeeinrichtungen so kooperieren, dass wir halt von hier aus dahin vermitteln.	T4 Z.243-244
Kommunikation mit Netzwerkpartner*innen	Und dann kann ich gucken wie viele Stunden kann ich mich so rausziehen, dass andere vielleicht was übernehmen, um mit den Netzwerkpartner*innen vielleicht zu sprechen wo sind die Leute bei euch, wie ist bei euch so der Durchschnitt, wie können wir die ansprechen um dann eben nochmal bestimmte Zielgruppen anders zu erreichen. Also je nach dem von welcher Zielgruppe ich dann eben spreche	T4 Z.412-416
Vorstellen der Angebote in Krankenhäusern	Wir fahren regelmäßig in die Krankenhäuser und stellen uns den Patient*innen vor, die gerade da sind auf den Entzugsstationen, da kommt eine ganze Menge zusammen.	T4 Z.103-105
Statistik	Weil wir müssen ja schon auch Statistiken erstellen und wir müssen ja auch zählen mit wie vielen Leuten wie viel reden und wir müssen das ja auch zurück melden und dann gibt's davon ja auch noch eine	T4 Z.217-222

	Fantasie wie viel das sein muss und gleichzeitig, also ich war auch schon in einer anderen Beratungsstelle, sehe ich dass wir da relativ autonom agieren, weil wir haben auch genug Klient*innen und wir müssen die nicht irgendwohin vermitteln.	
Kooperation und Vermittlung Eigene Anforderungen an Suchtberatung	weil wir sollten ja mit allen anderen Suchthilfeeinrichtungen so kooperieren, dass wir halt von hier aus dahin vermitteln.	T4 Z.243-244
Zeitaufwand/ Tätigkeiten	Dann bin ich mindestens sagen wir mal grob eine Stunde dort, dann hab ich den Hinweg, den Rückweg und die Doku.	T4 Z.364-365
Kommunikation mit Netzwerkpartner*innen	Und dann kann ich gucken wie viele Stunden kann ich mich so rausziehen, dass andere vielleicht was übernehmen, um mit den Netzwerkpartner*innen vielleicht zu sprechen wo sind die Leute bei euch, wie ist bei euch so der Durchschnitt, wie können wir die ansprechen um dann eben nochmal bestimmte Zielgruppen anders zu erreichen. Also je nach dem von welcher Zielgruppe ich dann eben spreche	T4 Z.412-416

Tätigkeit „Begleitung“

- **Begleitung hat einen prozesshaften Charakter!**

INVIVO: Top-Thema: Begleitung	also Begleitung ist wirklich auch so ein Top-Thema.	T4 Z.85
Bewältigung von A nach B	Naja, also begleitend dahingehend ähm dass ne man kommt hier an, um von A nach B zu kommen,	T1 Z.343-344
Außer beraterische Tätigkeit	son Brief an die Hausverwaltung ist natürlich schnell geschrieben, so.	T1 Z.352
Außerhalb klassischer	würde ich trotzdem	T1 Z.354-355

Beratungssituation	empfehlen und da sind wir auch nicht mehr in der klassischen Beratungssituation	
Begleitung	sind dann auch begleitend	T1 Z.384
Begleitung, aber am Schreibtisch	aber trotzdem noch mehr an den Schreibtischen vor Ort als Beraterteam, ähm als PSB, PSB ist dann natürlich auch physisch überall, also Jobcenter, Wohnamt	T1 Z.385-387
IN VIVO Beratungsbetreuung	von Beratungsbetreuung definitiv	T1 Z.395
Ergebnis: Beratung übernimmt PSB-Aufgaben	Und das Ergebnis war, dass unsere Kolleginnen all das gemacht haben was die PSB hätte machen müssen.	T2 Z.429-430
Aufgabe der Beratung: Begleitung im Prozess	und wir versuchen dich darin zu begleiten.	T2 Z.409-410
Beispielhafte Orte für Begleitung	oder in die Therapieeinrichtung, oder mal mit zu Sparkasse gehen könnte um nach den fucking Kontoauszügen für den PSB Antrag zu schauen oder so.	T2 Z.528-530
Begleitung als Tätigkeitsbeschreibung	Und ich begleite	T3 Z.120
Prozessbegleitung	So ich begleite dann die Menschen in diesem Prozess.	T3 Z.123-124
Begleitung eines Prozesses	sondern es ist, also Beratung ist ein Prozess und Beratung für mich, was heißt das Beratung, die Gespräche, es ist natürlich ein Prozess von einem Punkt zu einem anderen. Es hat immer was mit Bewegung zu tun, deswegen für mich ist Beratung, mein Bild von Beratung: ich begleite die Person, also eine bestimmte Zeitpunkt, also Lebensabschnitt, ich begleite in diesem Prozess.	T3 Z.153-157
Unterstützung im Prozess	Einfach den Klient zu unterstützen auch in dem Prozess clean zu bleiben erstmal.	T3 Z.180-181
Unterstützung/Begleitung im Prozess	aber ich mache es nicht für die Klienten, ich begleite	T3 Z.218-219

	oder unterstütze den Klienten, aber ich mache es nicht für den Klienten.	
Begleitung in andere Einrichtungen	Ich hab auch schon Klient*innen zu Sozialämtern begleitet oder in andere Einrichtungen in die ich gern vermitteln wollte, wo es einfach leichter war so ein bekanntes Gesicht mitzunehmen.	T4 Z.42-44
Begleitung in Einrichtungen	Ich hab dann Klient*innen auch schon in spezielle Entzugseinrichtungen begleitet	T4 Z.84-85
INVIVO: Top-Thema: Begleitung	also Begleitung ist wirklich auch so ein Top-Thema.	T4 Z.85
Außentermine nur begrenzt möglich	Aber ja das sind genau die Sachen warum das halt auch nicht nonstop möglich ist	T4 Z.358-359
Zeitaufwand bei Begleitung wesentlich höher	Wenn ich mir jetzt überlege, ich hab einen Außetermin, der eine Stunde geht, was schon nicht immer unbedingt der Fall ist bei Außenterminen, also außer ich besuche die jetzt irgendwie zu Hause oder im Krankenhaus, dann kann ich sagen wir machen hier unsere 45min Beratungsgespräch wie immer, aber wenn ich jetzt zum Beispiel zum Sozialamt begleite oder zu irgendeiner anderen Einrichtung zu der vermittelt werden soll, dann kann das ja auch mal länger gehen	T4 Z.359-364
Zeitaufwand/ Tätigkeiten	Dann bin ich mindestens sagen wir mal grob eine Stunde dort, dann hab ich den Hinweg, den Rückweg und die Doku.	T4 Z.364-365
Kontaktaufnahme mit Brief	Und wenn ich die dann nicht antreffe, dann hinterlasse ich einen Brief mit der Bitte mich zu kontaktieren	T4 Z.80-81
Häufiges Besuchen in Ausnahmesituationen	Das heißt da fahr ich dann ständig hin und mach das irgendwie	T4 Z.120-121

Eingrenzung: keine monatelange aufsuchende Arbeit	aber es kam jetzt noch nicht vor, dass jemand über Monate hinweg aufgesucht wurde.	T4 Z.122-123
Zeitaufwand bei Begleitung wesentlich höher	Wenn ich mir jetzt überlege, ich hab einen Außentermin, der eine Stunde geht, was schon nicht immer unbedingt der Fall ist bei Außenterminen, also außer ich besuche die jetzt irgendwie zu Hause oder im Krankenhaus, dann kann ich sagen wir machen hier unsere 45min Beratungsgespräch wie immer, aber wenn ich jetzt zum Beispiel zum Sozialamt begleite oder zu irgendeiner anderen Einrichtung zu der vermittelt werden soll, dann kann das ja auch mal länger gehen	T4 Z.359-364

Subkategorie: Begleitung im Prozess

Bewältigung von A nach B	Naja, also begleitend dahingehend ähm dass ne man kommt hier an, um von A nach B zu kommen,	T1 Z.343-344
Aufgabe der Beratung: Begleitung im Prozess	und wir versuchen dich darin zu begleiten.	T2 Z.409-410
Prozessbegleitung	So ich begleite dann die Menschen in diesem Prozess.	T3 Z.123-124
Begleitung eines Prozesses	sondern es ist, also Beratung ist ein Prozess und Beratung für mich, was heißt das Beratung, die Gespräche, es ist natürlich ein Prozess von einem Punkt zu einem anderen. Es hat immer was mit Bewegung zu tun, deswegen für mich ist Beratung, mein Bild von Beratung: ich begleite die Person, also eine bestimmte Zeitpunkt, also Lebensabschnitt, ich begleite in diesem Prozess.	T3 Z.153-157
Unterstützung im Prozess	Einfach den Klient zu	T3 Z.180-181

	unterstützen auch in dem Prozess clean zu bleiben erstmal.	
Unterstützung/Begleitung im Prozess	aber ich mache es nicht für die Klienten, ich begleite oder unterstütze den Klienten, aber ich mache es nicht für den Klienten.	T3 Z.218-219

Subkategorie: Orte für Begleitung/Begleitung zu Orten

Beispielhafte Orte für Begleitung	oder in die Therapieeinrichtung, oder mal mit zu Sparkasse gehen könnte um nach den fucking Kontoauszügen für den PSB Antrag zu schauen oder so.	T2 Z.528-530
Begleitung in andere Einrichtungen	Ich hab auch schon Klient*innen zu Sozialämtern begleitet oder in andere Einrichtungen in die ich gern vermitteln wollte, wo es einfach leichter war so ein bekanntes Gesicht mitzunehmen.	T4 Z.42-44
Begleitung in Einrichtungen	Ich hab dann Klient*innen auch schon in spezielle Entzugseinrichtungen begleitet	T4 Z.84-85
Begleitung, aber am Schreibtisch	aber trotzdem noch mehr an den Schreibtischen vor Ort als Beraterteam, ähm als PSB, PSB ist dann natürlich auch physisch überall, also Jobcenter, Wohnamt	T1 Z.385-387
Abrufbereit! Beratung wo Leute sich aufhalten	Letztendlich wo auch immer die Leute sind, die gerne möchten, dass wir kommen, kommen wir hin.	T4 Z.44-45

Tätigkeit „aufsuchende Arbeit“

Aufsuchende Arbeit in JVs	sind die einzigen Außer-Haus-Termine die im Knast	T2 Z.14
Beratung auch außerhalb der Beratungsstelle	Wir besuchen die Leute auch woanders, es muss nicht immer nur hier stattfinden.	T4 Z.35
INVIVO Hausbesuche	Teilweise war es nötig Hausbesuche zu machen, das	T4 Z.40-41

	heißt eben da wo die Leute wohnen oder sich aufhalten.	
INVIVO Krankenhausbesuche	Krankenhausbesuche sind auch was, was typischerweise auftaucht.	T4 Z.41-42
Aufsuchende Arbeit	also fahre ich dann dahin.	T4 Z.64
Gründe für aussuchende (Beratungs-)arbeit	Oder Klient*innen, die nach einem Krankenhausaufenthalt oder irgendwelchen anderen gesundheitlich einschneidenden Erlebnissen ihre Wohnung nicht verlassen können, oder die nicht mehr hier her finden, nach einem schlimmen Krampfanfall oder irgendwie ich hatte mal eine Person, die hatte einen Schlaganfall und hat einfach den Weg hierher nicht gefunden,	T4 Z.64-68
Wiederholung: Aufsuchende Arbeit	dann bin ich halt zu der Person nach Hause gegangen. Von Kolleg*innen weiß ich, ja es gibt Zig Gründe.	T4 Z.68-69
Ausnahme: Aufsuchende Arbeit	Also dass ich jetzt wirklich jede Woche einmal irgendwohin gehe, das sind wirklich so kurze Ausnahmephasen wie jetzt zum Beispiel ins Krankenhaus	T4 Z.117-118
Häufiges Besuchen in Ausnahmesituationen	Das heißt da fahr ich dann ständig hin und mach das irgendwie	T4 Z.120-121
Eingrenzung: keine monatelange aufsuchende Arbeit	aber es kam jetzt noch nicht vor, dass jemand über Monate hinweg aufgesucht wurde.	T4 Z.122-123
Angebot in wichtigen Prozessen/ aufsuchende Arbeit	Anfrage, bzw. Angebot, also wenn Klient*innen jetzt zum Beispiel gerade im Krankenhaus sind wegen irgendwelcher anderen Themen und wir sind gerade mitten in der Reha oder einem wichtigen Beratungsprozess,	T4 Z.50-52

Tätigkeit: (INDIVIDUELLE) AUSGESTALTUNG DER BERATUNG

Haltungssache – Wie gehe ich mit meinen Klient*innen um?

Beratung legt Fokus auf Klient*in und was er/sie braucht	Was braucht der, und wie können wir es auch schaffen, dass er auch Wahlmöglichkeiten hat	T2 Z.281-282
Fokus auf Klient*innenorientierung	und dementsprechend finde ich wichtig, dass die Klienten wirklich Wahlmöglichkeiten haben	T2 Z.284-285
Orientierung an Bedürfnissen der Klient*innen	Weil es gibt Leute, die können, würden auf Heroin nicht klar kommen für die ist Methadon richtig. Es ist gut, dass es Subutex gibt und es ist großartig, dass es mittlerweile ritaliertes Morphin als Substitutionsmöglichkeit gibt.	T2 Z.289-291
Auswahlmöglichkeiten von Einrichtungen/ Klient*innen-Bedürfnisorientiert	Und haben dadurch aber und das ist zumindest unser Ziel, und ich glaub das von all meinen Kolleg*innen natürlich auch, so eine Bandbreite an möglichen Orten für danach zu haben, dass ich wirklich passgenau meinen Klient*innen was vorschlagen kann.	T4 Z.224-226
Lösungsorientierung als Umgang mit Problemen	Achso, naja es gibt ja so bestimmte Sachen wie beispielsweise welche Zielgruppen spreche ich an. Da kannst du ja relativ lösungsorientiert mit umgehen, also wir sind ja hier sehr lösungsorientiert (lacht) auch über die Beratungsgespräche hinaus geben wir uns große Mühe im Team lösungsorientiert umzugehen.	T4 Z.391-394

Konzept: Funktion der Beratung

Funktion der Drogenberatung	Keine klassische Drogenberatung	wir sind nicht nur im klassischen Sinne eine Drogenberatung mit Versorgungsautrag,	T1 Z.31-32
	IN VIVO Endgeldbereich	sondern wir im Endgeldbereich	T1 Z.32
	Beratung = Vermittlung ODER	Weil einerseits ist es, ist man aus dem	T1 Z.38-39

	PSB≠ Vermittlung	vermittelnden Kontext draußen	
	Hauptfunktion von Suchtberatung	klassisch ist es eine Vermittlungsfunktion,	T1 Z.276
	Temporäre Eingrenzung von Beratung	die auf Kurzfristigkeit angelegt ist.	T1 Z.277
	Drogenberatung = Tür und Tor zum Hilfesystem	sprich ähm ich komm durch die Tür und eine Drogenberatungsstelle ist das Tor zum Hilfesystem,	T1 Z.277-278
	Exploration von Möglichkeiten	ne und dann guckt man welche Möglichkeiten gibts,	T1 Z.278-279
	Individuelle Möglichkeiten	sehr individuell abgestimmt	T1 Z.279
	Versorgungsauftrag	und wir müssen die weiter versorgen,	T1 Z.283
	Auftrag von Beratung: Unterstützung von Anpassung	Wir setzen die Leitplanken, und zwar die sind die Experten, und das ist für mich nicht nur ne Phrase ähm wir helfen quasi bei de Anpassung,	T1 Z.453-454
Funktionen der Drogenberatung	INVIVO Clearing-Funktion	Im Hilfesystem selber haben wir eine Clearing-Funktion	T2 Z.255
	Moderationsfunktion	eine moderierende Funktion	T2 Z.255-256
	Funktion: Perspektiventwicklung	die Funktion Perspektiven zu entwickeln mit Klienten	T2 Z.256
	Funktion: Sicherstellung von Umsetzbarkeit der Perspektiven	und dann dafür zu sorgen, dass diese Perspektiven auch umsetzbar sind.	T2 Z.256-257
	Funktion: Beratungsstelle allwissend über Module	Der Vorteil einer Beratungsstelle ist, dass im besseren Fall dort über alle anderen Module gut Bescheid gewusst wird	T2 Z.266-267
	Funktion: „geschmeidige“ Vermittlung zu anderen Modulen	und man dann im Sinne der Klienten gut funktionierende, geschmeidige Übergänge zu den anderen Modulen	T2 Z.267-269

		hinkriegt	
	Gute Vermittlung = größere Perspektiventwicklung	und so eine größere Perspektive entwickeln kann.	T2 Z.269
	Funktion der Beratungsstelle: Kenntnis über Angebotslandschaft	Ich glaube die Relevanz der Beratungsstelle besteht darin genau diese unterschiedlichen Angebote auch zu kennen.	304-305
	Ziel der Beratung: Vermittlung von Zuversicht	Und dem Klienten die Zuversicht zu vermitteln, dass es Wert ist Sachen auszuprobieren und dass es Wert ist zu gucken welche Hilfsmöglichkeiten passt für ihn am Besten.	T2 Z.305-307
	Einzelfall: Beratung ist ausreichend	Manchmal reicht tatsächlich sogar die Beratung	T2 Z.307-308
	Beratung auch Interventionsarbeit	wir geben uns da redlich Mühe und oder wir machen ja auch, wir arbeiten ja auch intervenierend	T2 Z.308-309
	Interventionsmöglichkeit: Konsumreduktion	durch Konsumreduktion zum Beispiel	T2 Z.309
	Differenzierung von Beratung und Therapie Fließende Grenzen	Oder ganz häufig, wir machen hier keine Therapie, aber ganz häufig sind die Grenzen zwischen beraterischen Interventionen und einer Intervention, die schon therapeutisch sind fließend.	T2 Z.309-311
	Berater*innen keine Therapeut*innen	Macht die Arbeit letzten Endes auch interessanter, trotzdem ist es immer wichtig zu sagen, nein wir sind keine Therapeuten wir machen hier keine Therapie.	T2 Z.311-313

Funktion der Drogenberatung	Aufgabe der Drogenberatung	Naja es ist natürlich Weitervermittlung, bei Obdachlosigkeit, bei psychischen Problemen, bei Problemen mit Justiz, also einfach weitervermitteln. Solche Sachen.	T3 Z.95-96
	Arbeitsstruktur	also wir arbeiten akzeptierend, also das heißt, die Menschen kommen und sagen ich konsumiere, muss nicht unbedingt dieser Abstinenz Wunsch sein, aber ich möchte was ändern.	T3 Z.120-122
	Konkretisierung des Akzeptierenden Arbeitsansatzes	Weil ändern ist zum Beispiel einfach reduzieren.	T3 Z.122
Funktion der Drogenberatung/Aufgabe	Aufgabe der Beratung	na überwiegend ist die Aufgabe in der Beratung irgendwie natürlich eher so einen Raum anzubieten, den sie gestalten können.	T3 Z.29-30
	Zuständigkeiten in Krankenhäusern	Wir hatten aber auch schon, also ich persönlich hatte auch schon den Fall, dass das Krankenhaus angerufen hat, die haben eigentlich Sozialarbeitende auf den Stationen, oft sind die aber krank oder kennen sich nicht so damit aus und wenn die dann anfragen, dann sind wir natürlich zuständig,	T3 Z.56-59
	Kooperationen mit Krankenhäusern	weil wir haben ja kooperierende Krankenhäuser mit Entzugsstationen	T3 Z.59-60
	INVIVO Versorgungspflicht	und für die sind wir natürlich auch in der Versorgungspflicht.	T3 Z.60
	Zuständigkeiten im Bezirk	Weil wir ja für diesen Bezirk hier zuständig	T3 Z.60-61

		sind.	
	INVIVO Fürsorgepflicht	Wir haben auch ein bisschen eine Fürsorgepflicht an der Stelle zu gucken, leben die noch.	T3 Z.79-80
	Merkmale von (Sucht-) Beratung	Ging ja nichts außer Beratung, weil Beratung ist ja anonym, kostenfrei und nicht gebunden an irgendwas.	T3 Z.191-192
	Suchtberatung: INVIVO erste Tür	ich denke die Suchtberatung ist im Idealfall so eine erste Tür, also dadurch, dass wir unabhängig finanziert sind.	T3 Z.210-211
	Beratung: neutral	Das ist das was Beratung anbieten kann. Wir sind einfach neutral.	T3 Z.215-216
	Ergebnisoffene Beratung	Und wir sind ja auch, vielleicht vergesse ich gerade auch was, als Einzige richtig ergebnisoffen.	T3 Z.229-230
	Beratung: niedrigschwelliges Angebot	Und mir fällt jetzt, wenn ich überlege was mir noch so in der Suchthilfelandchaft einfällt nichts weiter ein, was so niedrige Anforderungen hat.	T3 Z.236-237
	Beratung: Eingangstor der Suchthilfe	Das ist schon was, was die Beratung zum Eingangstor hoffentlich macht,	T3 Z.242-243

Sortierung

Pflichten/Auftrag

Hauptfunktion von Suchtberatung	klassisch ist es eine Vermittlungsfunktion,	T1 Z.276
Versorgungsauftrag	und wir müssen die weiter versorgen,	T1 Z.283
INVIVO Clearing-Funktion	Im Hilfesystem selber haben	T2 Z.255

	wir eine Clearing-Funktion	
Moderationsfunktion	eine moderierende Funktion	T2 Z.255-256
Funktion: „geschmeidige“ Vermittlung zu anderen Modulen	und man dann im Sinne der Klienten gut funktionierende, geschmeidige Übergänge zu den anderen Modulen hinkriegt	T2 Z.267-269
Aufgabe der Drogenberatung	Naja es ist natürlich Weitervermittlung, bei Obdachlosigkeit, bei psychischen Problemen, bei Problemen mit Justiz, also einfach weitervermitteln. Solche Sachen.	T3 Z.95-96
INVIVO Versorgungspflicht	und für die sind wir natürlich auch in der Versorgungspflicht.	T3 Z.60
Zuständigkeiten im Bezirk	Weil wir ja für diesen Bezirk hier zuständig sind.	T3 Z.60-61
INVIVO Fürsorgepflicht	Wir haben auch ein bisschen eine Fürsorgepflicht an der Stelle zu gucken, leben die noch.	T3 Z.79-80

Konzept: Veränderung/Entwicklung

IN VIVO Professionalisierungsspirale	dass heißt ähm wir das schiebt so ne Professionalisierungsspirale an	T1 Z.283-284
Methodische Veränderung	also wir arbeiten alle mittlerweile mit halb therapeutischen Tools	T1 Z.284-285
Verlängerung der Begleitzeiträume	das heißt wir sind relativ, also die Begleitungszeit, also die Begleitzeiträume haben sich sehr sehr verlängert in den letzten Jahren	T1 Z.289-290
Psychiatrie oder Suchthilfe?	die wo man nicht weiß ist das jetzt Psychiatrie oder ist das jetzt Suchthilfe	T1 Z.315-316
Verschiebung von Beratung	genau, da hat sich definitiv etwas verschoben,	T1 Z.350
Betreuung	dass wir trotzdem betreuen ne	T1 Z.350
Entstehung von Begleitsituationen	und daraus können sich auch Begleitsituationen entwickeln	T1 Z.362
Organische Entwicklung von Beratungsstellen	es ist doch auch schön, wenn äh wenn Beratungsstellen sag ich mal Milieu- und	T1 Z.408-410

	Bezirksspezifisch auch so auch bisschen organische Entwicklung haben,	
Anpassung an Beratung	aber auf Beratersetting umgebaut und da sieht man auch wie sehr sich Beratung verändert hat	T1 Z.413-414
Schulung mit therapeutischen Konzepten	also auch ne, wenn wir uns schon schulen äh und unsere Schulung richtet sich an äh an therapeutische an therapeutischen Konzepten aus	T1 Z.414-416
Verschiebung von Beratung in therapeutische Richtung	also auch da, also das ist echt spannend also es ist gut dieses Interview, weil ich die ganze Zeit immer gedacht hab ah scheiße, wir werden immer therapeutischer,	T1 Z.416-418
Verschiebung Richtung Niedrigschwelligkeit	aber das passiert in die andere Richtung auch //mh// ich bin ein großer Fan von Niedrigschwelligkeit, weil das ist ja auch sehr sehr wichtig	T1 Z.419-421
Veränderung/ Vergleich zur Vergangenheit	es war damals, damals waren auch noch so ein paar Sachen anders	T2 Z.192
Begleitung zur Therapie	also das war dann auch so, dass ich ihn zur Therapie begleitet hab	T2 Z.192-193
Physische Begleitung	ich hab ihn dann mit dem Auto dorthin gefahren,	T2 Z.193-194
Abgrenzung zur Vergangenheit	im Auto das macht man inzwischen gar nicht mehr	T2 Z.194
IN VIVO Veränderung der Beziehungsintensitäten	das waren andere, das sind möglicherweise andere Stan.. andere Beziehungsintensitäten	T2 Z.194-195
Veränderung von Begleitungsarbeit in Beratung	weil man die Leute mehr begleitet hat,	T2 Z.195
Begleitung von JVA zur Therapie	Man hat die teilweise auch im Knast abgeholt und zur Therapie gefahren	T2 Z.195-196
Begleitung über weite Distanzen	viele ältere Kollegen haben die Leute wirklich bis an den das andere Ende der Bundesrepublik in Therapie gefahren	T2 Z.197-198
Gebrauch des Privatautos	mit dem Privatauto	T2 Z.198
Intensive Begleitung = Teil des Systems	Das war alles Teil des Versorgungssystems.	T2 Z.198-199
Physische Begleitung zur Therapie	das war durchaus üblich, dass	T2 Z.199-200

ist Ende der Begleitung des Prozesses	der Drogenberater als Abschluss des Prozesses, die Leute in Therapie gefahren hat.	
Veränderung des Umgangs mit Nähe und Distanz	das ist mir in all den Jahren danach nicht mehr passiert	T2 Z.202
Anweisung von Beendigung von physischer Begleitung	Ja, es war irgendwann ganz klar die Ansage, dass das irgendwann nicht mehr gemacht wird, auch vom Senat,	T2 Z.221-222
Begleitung ist ressourcenintensiv ODER Ressourcenersparnis als Begründung	weil das kostet Geld und Zeit.	T2 Z.222
Logistik von Begleitung nicht mehr möglich	aber wir hätten jetzt gar nicht die Logistik dafür.	T2 Z.223
Differenzierung Vergangenheit und Gegenwart	Es gab übrigens auch so andere Unterschiede,	T2 Z.223-224
Einführung des Rauchverbots	ich weiß nicht wann das war als das Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen eingeführt wurde, eigentlich das war so 2008 oder so,	T2 Z.224-225
Früher: Gemeinsames Rauchen in der Beratung	bis dahin saß man zusammen, ich hatte früher auch noch geraucht, mit den Klienten in den kleinen Beratungszimmern und hat zusammen um die Wette geraucht beim beraten.	T2 Z.225-227
Protest bei Einführung des Rauchverbots	Und ich kann mich an die Diskussion erinnern als dann das Rauchverbot eingeführt wurde,	T2 Z.227-228
Veränderungen rufen Befürchtungen hervor	Das war richtig mit Ängsten verbunden	T2 Z.230-231
Positive Bewertung der Veränderung	und das Beste was wirklich passieren konnte, war wirklich die Einführung des Rauchverbots	T2 Z.231-232
Unprofessionalität in der Vergangenheit	Das war, man könnte sagen, in vielerlei Hinsicht waren Dinge früher auch unprofessioneller.	T2 Z.234-235
Beispiel für Unprofessionalität: Kinderschutz	An einer Sache kann man das ganz besonders fest machen, das war das Thema Kinderschutz.	T2 Z.235-236
Erinnerung an Vergangenheit/vergangene Arbeitsweisen	So, da, wenn ich daran denke wie das früher war,	T2 Z.236
Starke Anwaltschaft mit Klienten	weil man sich so sehr, oder die	T2 Z.237-238

	meisten Kollegen und Kolleginnen hab ich den Eindruck sich früher so sehr in dieser Anwaltschaft mit den Klienten gesehen haben	
Ausblendung der Kinder	dass die Kinder gar nicht auf dem Schirm waren, dass das echt ausgeblendet wurde in brutaler Art und Weise	T2 Z.238-239
INVIVO Paradigmenwechsel „Professionalisierung“	Also da hat´s verschiedene Paradigmenwechsel gegeben, immer so unter der Überschrift "Professionalisierung"	T2 Z.242-243
Professionalisierung bleibt teils umstritten	über manche Sachen kann man streiten	T2 Z.243
Distanzierung durch SIE	also inzwischen ist es total üblich, dass alle Klienten gesiezt werden	T2 Z.243-244
Persönliche Schwierigkeit mit SIE	ich tu mich da nach wie vor schwer	T2 Z.244
Übernahme von SIE (Professionalisierungsansatz)	Ich sieze die meisten Klienten mittlerweile	T2 Z.244-245
Präsenz von Spannungsfeldern	Also da sind auch Spannungsfelder vorhanden,	T2 Z.247-248
Wachsende Herausforderungen für die Suchthilfe	Wir haben ein total, ich will da nicht zu sehr in den Jammer-Modus gehen, weil wir sind da schon ziemlich weit und in anderen Regionen dieser Welt sieht das deutlich übler aus, aber die Herausforderung für die Suchthilfe sind stetig gewachsen	T2 Z.363-366
Professionalisierung der Beratung	Wir arbeiten auf einem deutlich professionelleren Niveau als noch vor 10 Jahren und das war schon deutlich besser als noch vor 20 Jahren, das heißt wir werden immer besser,	T2 Z.366-368
Beratungsverhältnis wird zu Betreuungsverhältnis	Das Problem ist, dass man dann schnell in ein Beratungsverhältnis reinrutscht, was dann schon in Betreuung übergeht.	T2 Z.410-411
Ausweglosigkeit führt zu Betreuung in Beratung	Also die sind wirklich, ob sie es wollten oder nicht, in die Betreuung reingerutscht.	T2 Z.430-431
INVIVO keine andere Möglichkeit	weil es auch einfach keine anderen Möglichkeiten gab.	T2 Z.431
Früher: Versorgungsproblem für	Früher war so ein Klassiker in	T2 Z.454-455

Menschen mit Komorbidität	der Suchthilfe, dass Menschen keine gute Versorgung erhalten haben, weil sie für die Suchthilfe zu verrückt und für die Psychiatrie zu verdrogt waren.	
Umdenken: Doppeldiagnosen werden Standard	Und da hat dann glücklicherweise ein Umdenken stattgefunden und inzwischen gehört es in dem meisten Fällen fast zum Standard, dass die Leute auch mit Doppeldiagnosen zu tun haben	T2 Z.456-457
Veränderbares Setting der Beratung	Es fühlt sich ja hier schon immer sehr fest an, weil man immer im gleichen Raum sitzt, mit immer der gleichen Person, haben nicht alle Leute irgendwie so das Gefühl das erwarten zu können und dann fragen die das nicht.	T4 Z.53-55

Sortierung

- **Beschreibung von früheren Beratungsverhältnissen, dann zeichnet sich ein Wandel ab, der als Professionalisierungsspirale bezeichnet wird, daraus resultiert dann eine „neue“ Beratungssituation (Heute)**
- **Teilweise sind ein paar Aussagen widersprüchlich, teilweise gibt es in „früher“ und „heute“ Aussagen über bspw. physische Begleitung, aber auch, dass es in „heute“ logistisch nicht möglich sei**

Früher

Veränderung/ Vergleich zur Vergangenheit	es war damals, damals waren auch noch so ein paar Sachen anders	T2 Z.192
Begleitung zur Therapie	also das war dann auch so, dass ich ihn zur Therapie begleitet hab	T2 Z.192-193
Physische Begleitung	ich hab ihn dann mit dem Auto dorthin gefahren,	T2 Z.193-194
Abgrenzung zur Vergangenheit	im Auto das macht man inzwischen gar nicht mehr	T2 Z.194
IN VIVO Veränderung der Beziehungsintensitäten	das waren andere, das sind möglicherweise andere Stan.. andere Beziehungsintensitäten	T2 Z.194-195

Veränderung von Begleitungsarbeit in Beratung	weil man die Leute mehr begleitet hat,	T2 Z.195
Begleitung von JVA zur Therapie	Man hat die teilweise auch im Knast abgeholt und zur Therapie gefahren	T2 Z.195-196
Begleitung über weite Distanzen	viele ältere Kollegen haben die Leute wirklich bis an den das andere Ende der Bundesrepublik in Therapie gefahren	T2 Z.197-198
Gebrauch des Privatautos	mit dem Privatauto	T2 Z.198
Intensive Begleitung = Teil des Systems	Das war alles Teil des Versorgungssystems.	T2 Z.198-199
Physische Begleitung zur Therapie ist Ende der Begleitung des Prozesses	das war durchaus üblich, dass der Drogenberater als Abschluss des Prozesses, die Leute in Therapie gefahren hat.	T2 Z.199-200
Veränderung des Umgangs mit Nähe und Distanz	das ist mir in all den Jahren danach nicht mehr passiert	T2 Z.202
Einführung des Rauchverbots	ich weiß nicht wann das war als das Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen eingeführt wurde, eigentlich das war so 2008 oder so,	T2 Z.224-225
Früher: Gemeinsames Rauchen in der Beratung	bis dahin saß man zusammen, ich hatte früher auch noch geraucht, mit den Klienten in den kleinen Beratungszimmern und hat zusammen um die Wette geraucht beim beraten.	T2 Z.225-227
Protest bei Einführung des Rauchverbots	Und ich kann mich an die Diskussion erinnern als dann das Rauchverbot eingeführt wurde,	T2 Z.227-228
Veränderungen rufen Befürchtungen hervor	Das war richtig mit Ängsten verbunden	T2 Z.230-231
Unprofessionalität in der Vergangenheit	Das war, man könnte sagen, in vielerlei Hinsicht waren Dinge früher auch unprofessioneller.	T2 Z.234-235
Beispiel für Unprofessionalität: Kinderschutz	An einer Sache kann man das ganz besonders fest machen, das war das Thema Kinderschutz.	T2 Z.235-236
Erinnerung an Vergangenheit/vergangene Arbeitsweisen	So, da, wenn ich daran denke wie das früher war,	T2 Z.236
Starke Anwaltschaft mit Klienten	weil man sich so sehr, oder	T2 Z.237-238

	die meisten Kollegen und Kolleginnen hab ich den Eindruck sich früher so sehr in dieser Anwaltschaft mit den Klienten gesehen haben	
Ausblendung der Kinder	dass die Kinder gar nicht auf dem Schirm waren, dass das echt ausgeblendet wurde in brutaler Art und Weise	T2 Z.238-239
Früher: Versorgungsproblem für Menschen mit Komorbidität	Früher war so ein Klassiker in der Suchthilfe, dass Menschen keine gute Versorgung erhalten haben, weil sie für die Suchthilfe zu verrückt und für die Psychiatrie zu verdrogt waren.	T2 Z.454-455
Anweisung von Beendigung von physischer Begleitung	Ja, es war irgendwann ganz klar die Ansage, dass das irgendwann nicht mehr gemacht wird, auch vom Senat,	T2 Z.221-222
Begleitung ist ressourcenintensiv ODER Ressourcenersparnis als Begründung	weil das kostet Geld und Zeit.	T2 Z.222

Heute

IN VIVO Professionalisierungsspirale	dass heißt ähm wir das schiebt so ne Professionalisierungsspirale an	T1 Z.283-284
Methodische Veränderung	also wir arbeiten alle mittlerweile mit halb therapeutischen Tools	T1 Z.284-285
Verlängerung der Begleitzeiträume	das heißt wir sind relativ, also die Begleitungszeit, also die Begleitzeiträume haben sich sehr sehr verlängert in den letzten Jahren	T1 Z.289-290
Psychiatrie oder Suchthilfe?	die wo man nicht weiß ist das jetzt Psychiatrie oder ist das jetzt Suchthilfe	T1 Z.315-316
Verschiebung von Beratung	genau, da hat sich definitiv etwas verschoben,	T1 Z.350
Betreuung	dass wir trotzdem betreuen ne	T1 Z.350
Entstehung von Begleitsituationen	und daraus können sich auch Begleitsituationen entwickeln	T1 Z.362
Organische Entwicklung von Beratungsstellen	es ist doch auch schön, wenn äh wenn Beratungsstellen sag ich mal Milieu- und	T1 Z.408-410

	Bezirksspezifisch auch so auch bisschen organische Entwicklung haben,	
Anpassung an Beratung	aber auf Beratersetting umgebaut und da sieht man auch wie sehr sich Beratung verändert hat	T1 Z.413-414
Schulung mit therapeutischen Konzepten	also auch ne, wenn wir uns schon schulen äh und unsere Schulung richtet sich an äh an therapeutische an therapeutischen Konzepten aus	T1 Z.414-416
Verschiebung von Beratung in therapeutische Richtung	also auch da, also das ist echt spannend also es ist gut dieses Interview, weil ich die ganze Zeit immer gedacht hab ah scheiße, wir werden immer therapeutischer,	T1 Z.416-418
Verschiebung Richtung Niedrigschwelligkeit	aber das passiert in die andere Richtung auch //mh// ich bin ein großer Fan von Niedrigschwelligkeit, weil das ist ja auch sehr sehr wichtig	T1 Z.419-421
Logistik von Begleitung nicht mehr möglich	aber wir hätten jetzt gar nicht die Logistik dafür.	T2 Z.223
INVIVO Paradigmenwechsel „Professionalisierung“	Also da hat´s verschiedene Paradigmenwechsel gegeben, immer so unter der Überschrift "Professionalisierung"	T2 Z.242-243
Professionalisierung bleibt teils umstritten	über manche Sachen kann man streiten	T2 Z.243
Distanzierung durch SIE	also inzwischen ist es total üblich, dass alle Klienten gesiezt werden	T2 Z.243-244
Übernahme von SIE (Professionalisierungsansatz)	Ich sieze die meisten Klienten mittlerweile	T2 Z.244-245
Präsenz von Spannungsfeldern	Also da sind auch Spannungsfelder vorhanden,	T2 Z.247-248
Wachsende Herausforderungen für die Suchthilfe	Wir haben ein total, ich will da nicht zu sehr in den Jammer-Modus gehen, weil wir sind da schon ziemlich weit und in anderen Regionen dieser Welt sieht das deutlich übler aus, aber die Herausforderung für die Suchthilfe sind stetig gewachsen	T2 Z.363-366
Professionalisierung der Beratung	Wir arbeiten auf einem deutlich professionelleren Niveau als noch vor 10 Jahren und das war	T2 Z.366-368

	schon deutlich besser als noch vor 20 Jahren, das heißt wir werden immer besser,	
Beratungsverhältnis wird zu Betreuungsverhältnis	Das Problem ist, dass man dann schnell in ein Beratungsverhältnis reinrutscht, was dann schon in Betreuung übergeht.	T2 Z.410-411
Ausweglosigkeit führt zu Betreuung in Beratung	Also die sind wirklich, ob sie es wollten oder nicht, in die Betreuung reingerutscht.	T2 Z.430-431
INVIVO keine andere Möglichkeit	weil es auch einfach keine anderen Möglichkeiten gab.	T2 Z.431
Umdenken: Doppeldiagnosen werden Standard	Und da hat dann glücklicherweise ein Umdenken stattgefunden und inzwischen gehört es in dem meisten Fällen fast zum Standard, dass die Leute auch mit Doppeldiagnosen zu tun haben	T2 Z.456-457
Veränderbares Setting der Beratung	Es fühlt sich ja hier schon immer sehr fest an, weil man immer im gleichen Raum sitzt, mit immer der gleichen Person, haben nicht alle Leute irgendwie so das Gefühl das erwarten zu können und dann fragen die das nicht.	T4 Z.53-55

Professionalisierung

IN VIVO Professionalisierungsspirale	dass heißt ähm wir das schiebt so ne Professionalisierungsspirale an	T1 Z.283-284
Methodische Veränderung	also wir arbeiten alle mittlerweile mit halb therapeutischen Tools	T1 Z.284-285
INVIVO Paradigmenwechsel „Professionalisierung“	Also da hat´s verschiedene Paradigmenwechsel gegeben, immer so unter der Überschrift "Professionalisierung"	T2 Z.242-243
Professionalisierung bleibt teils umstritten	über manche Sachen kann man streiten	T2 Z.243
Distanzierung durch SIE	also inzwischen ist es total üblich, dass alle Klienten gesiezt werden	T2 Z.243-244
Professionalisierung der Beratung	Wir arbeiten auf einem deutlich	T2 Z.366-368

	professionelleren Niveau als noch vor 10 Jahren und das war schon deutlich besser als noch vor 20 Jahren, das heißt wir werden immer besser,	
Schulung mit therapeutischen Konzepten	also auch ne, wenn wir uns schon schulen äh und unsere Schulung richtet sich an äh an therapeutische an therapeutischen Konzepten aus	T1 Z.414-416
Verschiebung von Beratung in therapeutische Richtung	also auch da, also das ist echt spannend also es ist gut dieses Interview, weil ich die ganze Zeit immer gedacht hab ah scheiße, wir werden immer therapeutischer,	T1 Z.416-418
Verschiebung Richtung Niedrigschwelligkeit	aber das passiert in die andere Richtung auch //mh// ich bin ein großer Fan von Niedrigschwelligkeit, weil das ist ja auch sehr sehr wichtig	T1 Z.419-421

Konzept: Haltung

Abgrenzung von Beratungs- und Leitungstätigkeiten ODER Beendigung aktiver Klientenarbeit seit Leitungsposition	und ähm Ziel war es von Anfang an möglichst raus zu bleiben aus der aktiven Klienten Arbeit	T1 Z.19-20
Positive Bewertung der Feuerwehrfunktion	Ich Spring auch gern überall ein,	T1 Z.23-24
Positive Bewertung vielseitiger Arbeit	und mag es auch mich sehr vielseitig einzusetzen,	T1 Z.24-25
Nebeneffekt vielseitiger Arbeit	was zum Teil auch sehr stressvoll sein kann.	T1 Z.25
Übergänge Beratung/Betreuung	ich sag immer wir sind son bissel mit einem Bein in der Therapie wir sind aber auch mit einem Bein in der Betreuung, also wie PSB oder	T1 Z.348-349
Bewusstwerdung von Problemlagen	das ist ganz crazy eigentlich, fällt mir auf,	T1 Z.347-348
Mehrarbeit	und warum auch nicht,	T1 Z.350-351
Positive Bewertung des Jobs	ich mein wir mögen alle unseren Job,	T1 Z.351
Adjektive für Mitarbeitende	sind fit, sind engagiert und	T1 Z.351
Positive Erfahrung von Begleitsituation	und ich hab da gerade bei in einer anderen Einrichtung SEHR gute Erfahrungen	T1 Z.362-363

	gemacht tatsächlich,	
Begleiterfahrung	also wo ich jemanden begleitet hab,	T1 Z.363-364
Geschickt = begleiten	machen nen Empfehlungsschreiben und belgei- auch das ist begleiten, wenn jemand zu uns geschickt wird,	T1 Z.380-381
Wunsch nach mehr physischer Begleitung	und aber ich wills in der Beratung persönlich nicht, ich bin da nicht so sehr festgelegt, ich würds in der Beratung auch gern mehr sehen.	T1 Z.387-389
Erweiterung des Beratungsbegriffs	so, ich würd das nicht so eng sehen	T1 Z.389
Positive Seiten von Uneindeutigkeit	und das ist ja auch nicht nur schlecht	T1 Z.408
Aufwertung des Berufs	was ich auch gut finde, es tut ja auch den Leuten gut, es ist ja auch ne Aufwertung des Berufs,	T1 Z.418-419
Ziel: positive Erfahrung mit Beratungsstelle	das jeder durch die Tür kommt, sich willkommen geheißen fühlt, Kaffee, Tee, Wasser, Bonbons und auch das Gefühl hat auch wenn er oder sie hier rausgeht, ah ich hab, gut, dass ich hierher gekommen bin.	T1 Z.422-424
Eigendefinition von Person	Ja äh, ich würd sagen, das hab ich für mich eigentlich mal definiert,	T1 Z.448
Erwähnung von Zusatzqualifikationen	übrigens mal als ich meine Ausbildung zum systemischen Berater und Prozessbegleiter gemacht hab, also sprich Coaching	T1 Z.448-450
Unterscheidung von Coaching und Therapie	und für mich war immer der Unterschied zwischen Coaching und Therapie	T1 Z.450-451
Anwendung auf Beratung	und den würd ich hier auf Beratung auch anwenden,	T1 Z.451
Anpassung versus Heilung	in Coaching gehts zum Anpassung und in Therapie gehts um Heilung,	T1 Z.451-452
Beratung gleich Anpassung	und so würd ich es hier auch machen	T1 Z.452-453
Anpassung: Erlangung von Zugängen	Anpassung heißt ja auch wie stell ich nen Antrag damit ich reinkomme, da gehts ja um Zugänge, da gehts ja um solche Geschichten,	T1 Z.455-456
Beratung kein Ort für Heilung	aber die Heilung ähm findet, müsste, sollte Schwerpunktmäßig woanders stattfinden.	T1 Z.456-457
Soziale Interaktionen können heilend sein	die findet natürlich, jetzt gerade können wir eine philosophische Diskussion kommen, natürlich findet die auch hier statt, wenn wir zum Beispiel Frühstücksgruppe anbieten, in der PSB und natürlich ist das heilend, wenn die merken, ich muss zum Zeitpunkt x da sein, ich muss mich sozial gut verhalten am Esstisch, also sprich nicht äh in dem	T1 Z.457-463

	Pudding einpennen so, ähm ich erlebe Gemeinschaft, ich darf dumme zoten reißen, das ist ja, das hat ja, das ist ja heilend so,	
Beratung beinhaltet keine Heilung	aber ich würd trotzdem sagen, wenn es wirklich um Heilung geht, dann an der Stelle hört Beratung auf. Genau.	T1 Z.463-464
Persönliche Bedeutung: Beratung von Angehörigen	Das ist für mich recht wichtig, dass ein nicht geringer Teil unserer Arbeit auch die Beratung von Angehörigen ist	T2 Z.12-13
IN VIVO: das hat uns ziemlich gerockt	und das hat uns ziemlich gerockt im letzten Jahr,	T2 Z.44-45
Zuschreibung von Handlungsfähigkeit in schwierigsten Situationen	Auf der anderen Seite ist es auch immer wieder großartig zu sehen, welche Strategien Menschen entwickelt haben auch mit widrigsten Bedingungen umzugehen,	T2 Z.134-136
Selbstwirksamkeit auch unter widrigsten Bedingungen	auch wie Menschen auch trotz widrigster Bedingung an vielen Stellen so großartig gewachsen sind.	T2 Z.136-137
Perspektivwechsel zum Positiven	So also um das einmal positiv zu wenden diese Arbeit,	T2 Z.137
Überraschungsmomente	diese Arbeit erlaubt es einem immer wieder ins Staunen zu kommen	T2 Z.137-138
IN VIVO „Großartigkeit menschlicher Existenz“	kommen über die Großartigkeit menschlicher Existenz einerseits	T2 Z.138-139
Abwechslungsreiches Arbeitssetting	und das ist insofern toll, weil das ein Grund ist, warum diese Arbeit niemals langweilig wird	T2 Z.139-140
Romantisierung der Arbeit IN VIVO: kein allzu großes Burn-Out Risiko	und insofern auch irgendwie ich da kein allzu großes Burn-Out Risiko sehe,	T2 Z.140
Positive Bewertung der Arbeit	weil so die Arbeit ist sinnvoll, macht Spaß und ist interessant und man hat mit interessanten tollen Menschen zu tun.	T2 Z.140-142
Gute Abgrenzung in Arbeit mit Klient*innen	und ich glaube, also mir geht es zumindest so, dass ich Arbeit nicht mit nach Hause, nicht die Arbeit mit Klienten,	T2 Z.146-147
Leitungstätigkeiten sind belastender als Beratungstätigkeiten	also wenn mich zu Hause etwas quält oder beschäftigt, dann hat das eher was mit Leitungstätigkeit oder Team-Kram zu tun.	T2 Z.147-148
Betonung durch Wiederholung: Klient*innenarbeit drückt nicht	Aber die Arbeit mit Klienten, die drückt zu Hause nicht	T2 Z.148-149
Geteilte Zugehörigkeit	ich bin auch halber Jugo	T2 Z.152-153
Kündigt Dramatik an	Und die Dramatik bestand darin,	T2 Z.156-158
Sympathiebekundung dem Klienten gegenüber	er ist ein Bürger dieser Stadt gewesen und dann halt echt noch so ein super super liebenswerter cooler Typ.	T2 Z.174-175

Persönliche Betroffenheit	Und das ging mir echt ziemlich nah	T2 Z.178-179
Betonung persönlicher Betroffenheit	Das hat mich nachhaltig beeindruckt.	T2 Z.183
Erklärungsansatz für Betroffenheit: Berufsanfänger	Ja, aber vielleicht hat das damit zu tun, dass ich damals als Berufsanfänger irgendwie auch noch mehr in die Situation, naja ich geh jetzt auch in die Situation rein, vielleicht weniger abgegrenzt war	T2 Z.188-190
Alternativer Erklärungsansatz: Sympathie	So aber es war einfach die Geschichte selber, es gab dieses offensichtliche, dass das einfach ein super Typ war,	T2 Z.190-191
Eigene Verortung in Begleitprozessen	oder das hab ich schon nicht mehr gemacht,	T2 Z.196-197
Betonung enge Beziehung/Bindung	Und dementsprechend wenn man dann im Auto sitzt, und ja, hier hab ich damals in der Wohnung mit Wolfgang Neus geschl, oder so,	T2 Z.200-201
IN VIVO emotionale Wucht Persönliche Betroffenheit	und dann hängst du da mit so, das sind Geschichten, die nochmal so eine andere emotionale Wucht da rein bringen.	T2 Z.204-205
Überzeugung der Sinnhaftigkeit der Arbeit trotz persönlicher Betroffenheit/negativen Erfahrungen	Aber ich hab auch damals nicht das Gefühl gehabt, dass man da mit Situationen konfrontiert wird, die die einen aus dem Konzept bringen, die etwas in Frage stellen was so die eigene Arbeit angeht	T2 Z.211-213
IN VIVO kaltes Grausen	dann kriege ich das kalte Grausen	T2 Z.236-237
Persönliche Schwierigkeit mit SIE	ich tu mich da nach wie vor schwer	T2 Z.244
Gegen Standardisierung des SIE	Und würde dann da auch kein Dogma draus machen wollen, dass professionell nur der ist, der alle seine Klienten siezt beispielsweise.	T2 Z.246-247
Persönliches Interesse am Diskurs	die ich aber finde, die eher spannend finde und diskussionswert,	T2 Z.248-249
Zusammenarbeit der Module: wie Zahnrädchen	und im besten Fall arbeiten die gut wie Zahnrädchen zusammen	T2 Z.266
Heterogenität des Hilfesystems wird bevorzugt	Je heterogener das Hilfesystem, je vielschichtiger es ist, desto besser.	T2 Z.286
Hilfesystem soll Bedürfnisse abdecken	Desto mehr unterschiedliche Bedürfnisse können abgedeckt werden.	T2 Z.286-287
Einzelfall: Beratung ist ausreichend	Manchmal reicht tatsächlich sogar die Beratung	T2 Z.307-308
Erfolg im Einzelfall: Motivation bleibt	Also einige schaffen es, aber das ist dann wirklich auch großes Kino	T2 Z.334
Perspektivverschiebung von Versorgungslücke in Medizin	Das sollte man sich mal vorstellen im Bereich der Onkologie oder sonst wo, oder wo andere Behandlungen notwendig	T2 Z.337-339

	wären.	
Etablierung von Angeboten braucht Zeit	Gibt es inzwischen, aber auch das muss sich jedes Mal erst irgendwie etablieren.	T2 Z.351-352
Abgrenzung zur Betreuung	weil wir sind keine Betreuer und wir wollen auch keine Betreuer sein.	T2 Z.411-412
Geringe Erwartungshaltung der Behörde gegenüber	Und das ist irgendwie so eine Behörde, da kann man nichts erwarten.	T2 Z.426-427
IN VIVO Handlungsfragen	Manchmal hat das auch was mit Handlungsfragen zu tun.	T2 Z.452-453
Self-care von Kolleg*innen hat besonderen Stellenwert	Und an der Stelle müssen dann halt auch die Kolleginnen ganz besonders aufpassen, nicht permanent über eigene Grenzen zu gehen, um dann tatsächlich auch in Überlastungssituationen zu geraten.	T2 Z.437-439
Bewusstsein für Schutz von Patient*innen	Ich weiß um die Schwierigkeit, man muss die anderen Patienten auch schützen und so weiter, das ist mir alles völlig klar,	T2 Z.472-474
INVIVO Überprüfung von Haltung	also auch da gibt es strukturelle Grenzen und was es da benötigt ist natürlich auch ein Überprüfen von Haltung	T2 Z.475-476
Frustration im Job	und das ist frustrierend tatsächlich.	T2 Z.484
Abgrenzung zur Betreuung	das heißt, ohne dass ich Betreuer werden möchte,	T2 Z.531
Begleitung wichtig und einleuchtend	wär mir die Möglichkeit von mehr Begleitung auf jedenfall wichtig und einleuchtend.	T2 Z.530-531
Begleitung möglich durch Praktikant*innen	Manchmal kann man das umgehen, weil man gerade eine tolle Praktikantin hat, die dann den Freiraum hat oder so	T2 Z.532-533
Physische Begleitung kann hilfreich sein	und ich denke, dass es auch vielen Klienten geholfen wär, wenn auch mal nen Berater die Möglichkeit hätte jemanden mit in die Entgiftung zu begleiten	T2 Z.526-528
Perspektive der Berater*in	Ich suche keine Wohnung für die Klienten, wahrscheinlich klingt das ein bisschen hart für manche, aber das ist so, das ist nicht meine Aufgabe. Eine Wohnung zu beschaffen.	T3 Z.98-100
Persönliche Grenze/Abgrenzung von Tätigkeiten	Naja wenn es so um andere Institutionen geht. Also zum Beispiel bei Migranten, wenn es um Aufenthalt geht, das ist auch, ich sage da auch, dass das nicht meine Baustelle ist.	T3 Z.113-114
Eigene Feststellung	Das klingt hart, aber es ist so.	T3 Z.115
Grenzen	Weil meine Möglichkeiten sind auch begrenzt.	T3 Z.115
Benennung eigener Grenzen	Und wie gesagt, ich kann nicht zaubern,	T3 Z.117-118

	aber wenn man sagt ja gut es ist einfach sinnlos,	
Abgrenzung/Grenze von Prozessbegleitung	Aber ich begleite die Menschen nicht im Prozess, wenn er sagt ich konsumiere und ich möchte weiter konsumieren. Das ist für mich die Grenze	T3 Z.124-125
Grenze von Begleitung bei weiterem Konsum	Ich sage dann, naja die Beratung ist dann einfach beendet, weil ich begleite die Menschen in diesem Prozess, wenn die weiter konsumieren, bin ich einfach die falsche Person.	T3 Z.125-127
Eigenverortung	Für mich ist es das, so verstehe meine Aufgabe.	T3 Z.137-T3 Z.138
Begleitung von Prozessen	Ich begleite die Menschen in diesem Prozess.	T3 Z.138
Physische Begleitung nicht möglich	Naja für mich ist klar, ich kann den Menschen nicht begleiten, weil es wie gesagt ich bin die falsche Adresse,	T3 Z.144-145
Abgrenzung zur Betreuung/ Sichtweise von Begleitung	begleiten ist meine Vorstellung, es ist also nicht so der Begriff Begleitung oder Betreuung, dieser Begriff ist es nicht	T3 Z.152-153
Klarheit von Arbeitsschritten	Und ich bin einfach nicht bereit nach fünf Minuten Plaudern etwas zu unterschreiben, das sage ich den Klienten sofort.	T3 Z.172-174
Abgrenzung zu Klient*innen / klare Haltung	Wenn er zu mir kommt, ist es letztendlich seine Auflage, nicht meine.	T3 Z.174
Unsicherheit in Definition von Begleitung	Naja mit Begleitung weiß ich nicht was gemeint ist	T3 Z.211
Abgrenzung zu physischer Begleitung	ich kann den Menschen zum Beispiel, wenn Begleitung als Begleitung gemeint ist, ich begleite zu einer anderen Beratungsstelle oder zum Rechtsanwalt oder zum Jobcenter, weil der Mensch es einfach selber nicht schafft. Sowa machen wir nicht.	T3 Z.212-214
Abgrenzung zu Tätigkeiten	Ich sehe es nicht als meine Aufgabe ehrlich gesagt.	T3 Z.219-220
Beispiel: Klient mit Brief vom Jobcenter	Also ich habe schon mehrmals gehört, dass, es ist natürlich als Beispiel, wenn der Klient zu mir kommt und sagt naja ich habe jetzt gerade einen Brief vom Jobcenter gekriegt und oder ich muss irgendwie einen Antrag ausfüllen.	T3 Z.220-222
Abgrenzung zu außerberaterischen Tätigkeiten	Ich sage, es ist nicht meine Baustelle, weil es, wenn er wirklich Unterstützung braucht, dann vermittele ich ihn an eine andere Beratungsstelle. Ja, so sehe ich das.	T3 Z.222-224
Eigeninitiative/ Angebot der Sozialarbeitenden	dann biete ich das auch von mir aus an, weil nicht alle auf dem Schirm haben, dass	T3 Z.52-53

	das eine Möglichkeit ist.	
Angebot der Sozialarbeitenden	Deswegen biete ich das von mir aus auch einfach an.	T3 Z.55-56
Menschenkenntnis der Beraterin	das heißt man kann ganz gut einschätzen wie muss ich das einsortieren und wenn sich dann Absagen häufen, dann klingeln bei uns schon manchmal auch ein bisschen die Sorgen.	T3 Z.76-78
Hausbesuch in Krisen/ Aufsuchende Arbeit in Krisen	Und wenn wir die dann nicht erreichen, gehen wir auch hin. Das ist auch mit ein Grund für ein Hausbesuch, dass wir einfach	T3 Z.78-79
Generalisierung: langfristige Betreuung in allen Beratungsstellen	Genau und das glaub ich findet sich auch in den allermeisten Beratungsstellen,	T3 Z.108-109
Gute Anbindung = langfristige Beratung	und sind dann so gut angebunden an die Beratung, dass es sich sehr lange hinzieht und stabilisiert irgendwie.	T3 Z.110-111
Geringere Intensität bei langer Beratung	Die kommen natürlich nicht wöchentlich, das kann man ja gar nicht gewährleisten, aber lange halt.	T3 Z.111-112
Größere Zeitspannen INVIVO nicht wöchentlich	wir gehen nicht wöchentlich zu denen und die kommen nicht wöchentlich zu uns. Genau.	T3 Z.116-117
Zeitfenster: Wochenweise aufsuchende Arbeit	Also es sind eher Wochen von denen wir dann reden.	T3 Z.123
Abgrenzung Beratung/Therapie	Wir versuchen schon die Beratung von der Therapie zu trennen.	T3 Z.195-196
Keine Therapie in Beratung	Therapeutische Inhalte versuchen wir trotzdem aus der Beratung herauszuhalten	T3 Z.198
Begründung: Therapie in Beratung wenig motivationsfördernd	Auch einfach aus dem Grund, wenn schon Therapie in der Beratung mache, die Notwendigkeit eine Therapie zu beantragen, ist ja dann auch gar nicht mehr so hoch. Das heißt, das ist auch gar nicht motivationsfördernd das zu sehr schon zu machen, weil die Leute dann nicht verstehen, warum soll ich denn jetzt noch was anderes machen, das hier ist doch schon gut.	T3 Z.198-202
Vermittlungseinrichtungen: INVIVO mit eigenem (neutralem) Blick anschauen	Das heißt wir gucken uns die Vermittlungseinrichtung möglichst neutralen in Anführungszeichen, halt unserem eigenen Blick an.	T3 Z.222-224
Ausgeprägte Angebotsauswahl/ Idee von Beratung	Also die Idee ist immer, sagen sie mir mal was ihnen wichtig ist und ich schlag ihnen mal drei Einrichtungen vor.	T3 Z.226-227
Langfristige Anlegung von Projekten mit neuen Zielgruppen	Das ist halt auch einfach was was man so langfristig anlegen muss, eine ganz neue Klient*innengruppe anzusprechen mit so	T3 Z.271-273

	einer komplett neuen Idee davon wie Versorgungssysteme funktionieren. Sowas braucht einfach Zeit.	
Abwägung in der Beratung	Es ist dann für uns auch immer die Abwägung ist Beratung hier an der Stelle das richtige oder forcieren ich lieber die Weitervermittlung, weil irgendwoanders gibt es ein Angebot, dass total passend ist.	T3 Z.293-295
Dilemma: Vertrauensbruch für Klient*innen nach Beendigung der Beratung	Also das ist finde ich auch immer so ein Dilemma, dass wir so Vertrauen aufbauen, damit wir überhaupt ins arbeiten kommen um dann im Ergebnis sagen zu können und jetzt bitteschön woanders hingehen und da weiterarbeiten und dann müssen die Leute wieder von vorn anfangen.	T3 Z.296-299
Erstberuf: Erzieherin	Im Idealfall ist es so, ich bin ja im Erstberuf auch Erzieherin,	T3 Z.299-300
Umgang mit Abschied	und Abschied ist da auch ein großes Thema finde ich und Abschied können wir generell immer alle nicht so gut. Abschied hat immer sowas von alles was vorher schön war ist jetzt weg.	T3 Z.300-302
Einlassen auf Menschen	Und wenn ich jetzt mal so mit dieser Maske drauf gucke, finde ich birgt das auch die Chance, dass alle Menschen die Erfahrung machen, ich hab mich mal eingelassen und das war schön. Und dann ging's auch schön weiter.	T3 Z.302-304
Beziehungsabbruch/-wechsel	Das muss man natürlich auch aushalten, dass man Leute in eine Beziehung holt, da was anbietet und dann quasi sagt, so jetzt sind wir fertig. Jetzt macht meine Kollegin woanders weiter. Genau, das ist vielleicht auch so eine Sache.	T3 Z.304-307
Aushalten von Abbrüchen	Und ich glaub das ist was was man als beratende Person aushalten muss, wenn da drüben dann die Beziehung abgebrochen, wenn die Reha abgebrochen wird, das BEW abgebrochen wird und die Klient*innen tauchen wieder ab.	T3 Z.307-310
Persönliches Spannungsverhältnis	Und das ist schon was, was so Spannungen in mir verursachen kann, dass ich Menschen über einen langen Prozess vertrauensvoll gebunden habe an die Beratung, dann weitervermittelt habe und dann hats nicht geklappt.	T3 Z.310-312
Hoffen auf Drehtüreffekt Neuer Beginn	So und dann kannst du immer nur hoffen, dass die Leute wieder zurück kommen und wir eine neue Schleife anfangen können.	T3 Z.312-313
Haltung	Das ist natürlich wichtig sich irgendwie,	T3 Z.314-318

	also es ist leicht Schuld zu verteilen und zu sagen hier und die Einrichtung und bla, das ist glaub ich so ein bisschen die reflektive Kunst, die wir hoffentlich irgendwie so haben zu sagen, ich gehe davon aus es war alles sinnvoll war was passiert ist und dass es irgendwie sinnvoll ist wie es ist. Dass es aus irgendeiner Weise oder Perspektive auch nochmal nötig ist, dass es so ist wie es ist.	
Self-care	Wenn man quasi auf sich selbst aufpassen will und nicht unnötig Überstunden machen will.	T3 Z.366-367
Gute Abgrenzung für weniger Überstunden	Also wenn ich mal in einer Woche Überstunden mache und die in der nächste abbummel, dann ist das ja auch völlig in Ordnung. Wenn es jetzt irgendwie jede Woche so wäre und ich hab dann irgendwie so einen Wust an Überstunden, also da würde mir dann meine Chefin auch irgendwann an die Stirn klopfen und sagen mach das mal bitte anders so und genau, da muss man dann halt auch irgendwie lernen sich abzugrenzen. Also so schwer es ist.	T3 Z.367-372
Umgang mit Tod finden	Und irgendwie musst du ja für dich einen Umgang damit finden, sonst kannst du den Job einfach nicht lange machen.	T3 Z.373-374
Abgrenzung	Und es nützt ja auch meinen Klient*innen nichts, wenn ich da zergehe, mit denen mitleide, so das heißt das lernst du an irgendeiner Stelle idealerweise.	T3 Z.374-376
Nähe Distanz	Und ich glaub die eigentliche Schwierigkeit besteht darin zwischen ich grenz mich so ab, dass ich jetzt nicht mitleide und ich bin aber emotional so engagiert, dass ich mich noch kümmerge, also dazwischen muss man dann halt irgendwie so.	T3 Z.376-378
Haltung/ Keine Beratung bei emotionaler Kälte	Aber ich glaub, wenn du emotional abstumpfst, dann bist du irgendwann auch kacke. Dann solltest du irgendwann auch nicht mehr weiter beraten.	T3 Z.379-380
Bewusstwerdung	Ich finde es immer schon geil, wenn man es merkt.	T3 Z.394
Feststellungen von Tatsachen/ Hinterfragen der Zielgruppe	Also ich find schon super festzustellen wow wir haben hier eine, ich sag´s mal so, überwiegend weiße Klient*innenschaft interpretieren. Warum ist das so, woran liegt das? Wer lebt in unserem Bezirk und	T3 Z.394-399

	<p>wie sieht sozusagen die Durchschnittsbevölkerung des Bezirks aus, die müsste sich ja hier auch widerspiegeln. Tut sie das? Oder tut sie das nicht? Oder eben festzustellen die Suchthilfe ist zu 2/3 männlich* besetzt. Warum ist das so?</p>	
Korrelation von Substanz und Sozialisation	<p>Ich glaube, dass es unterschiedliche Konsummuster gibt und dass es unterschiedliche Substanzen gibt je nachdem in was für einer Rolle wir sozialisiert werden</p>	T3 Z.402-404
Bewusstwerdung von Lücken, Grenzen etc.	<p>Und ich denke dann zu gucken, ich stelle da eine Gab fest, eine Versorgungslücke, irgendeine Grenze fest, was mach ich jetzt damit.</p>	T3 Z.406-408
Aushalten von Problemen	<p>SO kann ich das gut aushalten und ich glaube meinen Kolleg*innen geht es da ähnlich. Ich glaube wir können das gut aushalten.</p>	T3 Z.408-409
Prioritäten setzen	<p>Und dann haben wir halt auch gelernt, das andere zur Seite zu legen. Du kannst halt nicht auf allen Bällen gleichzeitig tanzen, du musst irgendwie Prioritäten setzen.</p>	T3 Z.409-411
Bewusstwerdung von Unterversorgung, Kontakt zu Einrichtungen mit Zugang	<p>Es gibt ja auch viele Einrichtungen, die sind überregional, das heißt zum Beispiel alles was so in diesen Queer Bereich geht, die sind meistens nicht auf ihren Bezirk festgelegt. Das heißt, wenn ich feststelle, da ist so eine gefühlte Unterversorgung, dann kontaktiere ich halt die Leute, bei denen ich glaube die haben einen Zugang zu der Gruppe.</p>	T3 Z.416-420
Beheben des Problems durch Eigeninitiative	<p>Und alle so nee, mach mal eine, keine Ahnung, sag mal Bescheid, dass wir am Ende einfach eine gegründet haben. Also das ist halt auch ein möglicher Umgang, dass ich halt einfach das Problem behebe, wenn ich es irgendwie kann. Und so lässt sich das irgendwie ganz ok aushalten. Es ist halt ein Prozess.</p>	T3 Z.430-433
Mehr Arbeitszeit löst nicht Versorgungsproblem	<p>Ist halt wie es ist. Ja, ich kann ja nicht verhindern, also könnte ich sagen ich nehme jetzt ein Vollzeitstelle damit ich noch mehr Leute versorgen kann, aber ob ich 15h 30h oder 40h arbeite, mein Problem bleibt ja das gleiche.</p>	T3 Z.438-440
Abdecken der Basisversorgung	<p>So, dass wir einfach diese Basisversorgung, ich glaub alle meine Klient*innen sind gut darüber informiert,</p>	T3 Z.445-450

	<p>wo ruf ich an, wenn mein Haus brennt, ich Suizidgedanken habe, wenn mir was weh tut oder wenn ich Suchtgedanken habe. Und die alle wissen, dass sie sich bitte bitte immer hier melden können, egal wie lange wir uns nicht gesehen haben oder egal wann unser nächster Termin ist. Und wenn der nächste Woche ist und was zwischendrin ist, dann bitte anrufen.</p>	
Krisen haben Vorrang	<p>Das müssen dann auch alle aushalten, dass dann mal ein Termin von mir kurzfristig abgesagt oder verschoben wird, weil eine Krise auftritt.</p>	T3 Z.450-451
Permanente Erreichbarkeit	<p>Das ist halt die andere Seite davon, dass alle die Möglichkeit haben, gibt eine Krise, ich bin erreichbar.</p>	T3 Z.451-452
Hinterfragen ob wöchentliche Treffen Probleme lösen	<p>So vielleicht motiviert es auch sich anderweitig noch was zu suchen. Also wenn ich jetzt jede Woche ein Gespräch anbieten würde, dann würden sie vermutlich auch jede Woche hier her kommen, ist ja auch nett so, aber ob das jetzt alle Probleme löst.</p>	T3 Z.455-458
Sucht als Thema präsent	<p>Ja, also ich glaube, dass es jetzt nicht so ist, dass Menschen hier her kommen und die haben gar kein Thema mit Sucht und wollen jetzt nur über was anderes sprechen.</p>	T3 Z.470-471
Bewusste Anwendung therapeutischer Tools	<p>Also ich glaub, dass ich therapeutische Methoden in der Beratung anwende, ich mach das nicht ausversehen, ich hab dann schon bewusst entschieden, ich mach das jetzt an der Stelle.</p>	T3 Z.540-542
Therapeutische Tools gehören zur Beratung	<p>Aber ansonsten sind das für mich Sachen, die gehören tatsächlich dazu.</p>	T3 Z.542
Diversität in Arbeitsweisen	<p>Also ich glaub auch dass wir da alle unterschiedlich arbeiten, und auch das muss man aushalten. Das nicht alle so arbeiten, wie man das selber richtig findet.</p>	T3 Z.542-544
Selbstreflexion	<p>Und das gab auch weiß Gott Momente, in denen ich mich sehr schwer getan habe zu verstehen und vielleicht habe ich auch manches nicht verstanden, sondern einfach akzeptiert, wie ist Beratung, wie bin ich als Beraterin? Das ist glaub ich sehr divers gefüllt.</p>	T3 Z.544-547
Eigene Arbeitsweise	<p>Aber für mich gehört es, alles was ich tue, zu meiner Vorstellung wie ich Beratung anbiete dazu und da gehört auch irgendwie dazu mit denen einen Mini-Smalltalk zu</p>	T3 Z.547-549

	haben oder irgendwie mal einen Witz zu machen und zu lachen. Also so ja.	
Abgrenzung/ Berater*innenwechsel	Es gibt für mich auch ganz klare Grenzen, es gibt eine bestimmte Intensität an emotionaler Berührung, die darf nicht aufploppen und wenn dann würde ich die Person einfach abgeben, weil ich einfach glaube, dass ich dann auch nicht gut beraten kann.	T3 Z.549-552
Eigenschutz	Es gibt aber auch bestimmte Klient*innen mit denen kann ich nicht gut arbeiten, wo es mich einfach unglaublich viel kostet. Das sind einfach auch Momente wo ich mich auch schütze, weil ich denke, das muss nicht sein, ich hab ja Menschen, die machen es anders, die kommen da vielleicht viel besser ran.	T3 Z.552-555
Eigenes Tätigkeitsspektrum gehört zur Beratung	Aber das was ich mit den Leuten, mit denen ich arbeite, mache, das gehört schon alles für mich dazu. Also ich halte mich da eigentlich für abgegrenzt.	T3 Z.555-557
Diversität in den Arbeitsweisen	Ich glaub das ist super unterschiedlich, wie wir das alle handhaben. Ich find's auch eigentlich gut sich dann mit verschiedenen Kolleg*innen auseinanderzusetzen und auch mit vielen zu reden, weil ich kann dir jetzt genau meine Perspektive geben und ich glaub meine Kolleg*innen würden dir schon was ganz anderes sagen. Und deswegen haben wir auch viel einander hospitiert. Das macht ja quasi auch so eine Mini-Diversität aus, auch wenn wir im Prinzip alle sehr gleich sind, weil wir sind alle Akademiker*innen, wir sind alle weiß, wir sind alle mit bestimmten Privilegien ausgestattet, wir haben hier so eine gewisse Alters-Gab, aber ansonsten haben wir nicht viel anzubieten an Diversität außer, dass wir echt krass unterschiedlich arbeiten.	T3 Z.574-582

Sortierung

Abgrenzung

Gute Abgrenzung in Arbeit mit Klient*innen	und ich glaube, also mir geht es zumindest so, dass ich Arbeit nicht mit nach Hause, nicht die Arbeit mit Klienten,	T2 Z.146-147
Abgrenzung zur Betreuung	weil wir sind keine Betreuer und wir wollen auch keine Betreuer sein.	T2 Z.411-412
Abgrenzung zur Betreuung	das heißt, ohne dass ich Betreuer werden möchte,	T2 Z.531
Perspektive der Berater*in	Ich suche keine Wohnung für die Klienten, wahrscheinlich klingt das ein bisschen hart für manche, aber das ist so, das ist nicht meine Aufgabe. Eine Wohnung zu beschaffen.	T3 Z.98-100
Persönliche Grenze/Abgrenzung von Tätigkeiten	Naja wenn es so um andere Institutionen geht. Also zum Beispiel bei Migranten, wenn es um Aufenthalt geht, das ist auch, ich sage da auch, dass das nicht meine Baustelle ist.	T3 Z.113-114
Eigene Feststellung	Das klingt hart, aber es ist so.	T3 Z.115
Grenzen	Weil meine Möglichkeiten sind auch begrenzt.	T3 Z.115
Benennung eigener Grenzen	Und wie gesagt, ich kann nicht zaubern, aber wenn man sagt ja gut es ist einfach sinnlos,	T3 Z.117-118
Abgrenzung/Grenze von Prozessbegleitung	Aber ich begleite die Menschen nicht im Prozess, wenn er sagt ich konsumiere und ich möchte weiter konsumieren. Das ist für mich die Grenze	T3 Z.124-125
Grenze von Begleitung bei weiterem Konsum	Ich sage dann, naja die Beratung ist dann einfach beendet, weil ich begleite die Menschen in diesem Prozess, wenn die weiter konsumieren, bin ich einfach die falsche Person.	T3 Z.125-127
Physische Begleitung nicht möglich	Naja für mich ist klar, ich kann den Menschen nicht begleiten, weil es wie gesagt ich bin die falsche Adresse,	T3 Z.144-145
Abgrenzung zur Betreuung/ Sichtweise von Begleitung	begleiten ist meine Vorstellung, es ist also nicht so der Begriff Begleitung oder Betreuung, dieser Begriff ist es nicht	T3 Z.152-153
Abgrenzung zu physischer Begleitung	ich kann den Menschen zum Beispiel, wenn Begleitung als Begleitung gemeint ist, ich begleite zu einer anderen Beratungsstelle oder zum Rechtsanwalt oder zum Jobcenter, weil der Mensch es einfach selber nicht schafft. Sowas machen wir nicht.	T3 Z.212-214
Abgrenzung zu Tätigkeiten	Ich sehe es nicht als meine Aufgabe ehrlich gesagt.	T3 Z.219-220

Abgrenzung zu außerberaterischen Tätigkeiten	Ich sage, es ist nicht meine Baustelle, weil es, wenn er wirklich Unterstützung braucht, dann vermittele ich ihn an eine andere Beratungsstelle. Ja, so sehe ich das.	T3 Z.222-224
Geringere Intensität bei langer Beratung	Die kommen natürlich nicht wöchentlich, das kann man ja gar nicht gewährleisten, aber lange halt.	T3 Z.111-112
Größere Zeitspannen INVIVO nicht wöchentlich	wir gehen nicht wöchentlich zu denen und die kommen nicht wöchentlich zu uns. Genau.	T3 Z.116-117
Abgrenzung Beratung/Therapie	Wir versuchen schon die Beratung von der Therapie zu trennen.	T3 Z.195-196
Keine Therapie in Beratung	Therapeutische Inhalte versuchen wir trotzdem aus der Beratung herauszuhalten	T3 Z.198
Abwägung in der Beratung	Es ist dann für uns auch immer die Abwägung ist Beratung hier an der Stelle das richtige oder forcieren ich lieber die Weitervermittlung, weil irgendwoanders gibt es ein Angebot, dass total passend ist.	T3 Z.293-295
Beziehungsabbruch/-wechsel	Das muss man natürlich auch aushalten, dass man Leute in eine Beziehung holt, da was anbietet und dann quasi sagt, so jetzt sind wir fertig. Jetzt macht meine Kollegin woanders weiter. Genau, das ist vielleicht auch so eine Sache.	T3 Z.304-307
Aushalten von Abbrüchen	Und ich glaub das ist was was man als beratende Person aushalten muss, wenn da drüben dann die Beziehung abgebrochen, wenn die Reha abgebrochen wird, das BEW abgebrochen wird und die Klient*innen tauchen wieder ab.	T3 Z.307-310
Haltung	Das ist natürlich wichtig sich irgendwie, also es ist leicht Schuld zu verteilen und zu sagen hier und die Einrichtung und bla, das ist glaub ich so ein bisschen die reflektive Kunst, die wir hoffentlich irgendwie so haben zu sagen, ich gehe davon aus es war alles sinnvoll war was passiert ist und dass es irgendwie sinnvoll ist wie es ist. Dass es aus irgendeiner Weise oder Perspektive auch nochmal nötig ist, dass es so ist wie es ist.	T3 Z.314-318
Self-care	Wenn man quasi auf sich selbst aufpassen will und nicht unnötig Überstunden machen will.	T3 Z.366-367

Gute Abgrenzung für weniger Überstunden	Also wenn ich mal in einer Woche Überstunden mache und die in der nächste abbummel, dann ist das ja auch völlig in Ordnung. Wenn es jetzt irgendwie jede Woche so wäre und ich hab dann irgendwie so einen Wust an Überstunden, also da würde mir dann meine Chefin auch irgendwann an die Stirn klopfen und sagen mach das mal bitte anders so und genau, da muss man dann halt auch irgendwie lernen sich abzugrenzen. Also so schwer es ist.	T3 Z.367-372
Abgrenzung	Und es nützt ja auch meinen Klient*innen nichts, wenn ich da zergehe, mit denen mitleide, so das heißt das lernst du an irgendeiner Stelle idealerweise.	T3 Z.374-376
Nähe Distanz	Und ich glaub die eigentliche Schwierigkeit besteht darin zwischen ich grenz mich so ab, dass ich jetzt nicht mitleide und ich bin aber emotional so engagiert, dass ich mich noch kümmere, also dazwischen muss man dann halt irgendwie so.	T3 Z.376-378
Haltung/ Keine Beratung bei emotionaler Kälte	Aber ich glaub, wenn du emotional abstumpfst, dann bist du irgendwann auch kacke. Dann solltest du irgendwann auch nicht mehr weiter beraten.	T3 Z.379-380
Aushalten von Problemen	SO kann ich das gut aushalten und ich glaube meinen Kolleg*innen geht es da ähnlich. Ich glaube wir können das gut aushalten.	T3 Z.408-409
Prioritäten setzen	Und dann haben wir halt auch gelernt, das andere zur Seite zu legen. Du kannst halt nicht auf allen Bällen gleichzeitig tanzen, du musst irgendwie Prioritäten setzen.	T3 Z.409-411
Mehr Arbeitszeit löst nicht Versorgungsproblem	Ist halt wie es ist. Ja, ich kann ja nicht verhindern, also könnte ich sagen ich nehme jetzt ein Vollzeitstelle damit ich noch mehr Leute versorgen kann, aber ob ich 15h 30h oder 40h arbeite, mein Problem bleibt ja das gleiche.	T3 Z.438-440
Hinterfragen ob wöchentliche Treffen Probleme lösen	So vielleicht motiviert es auch sich anderweitig noch was zu suchen. Also wenn ich jetzt jede Woche ein Gespräch anbieten würde, dann würden sie vermutlich auch jede Woche hier her kommen, ist ja auch nett so, aber ob das jetzt alle Probleme löst.	T3 Z.455-458

Diversität in Arbeitsweisen	Also ich glaub auch dass wir da alle unterschiedlich arbeiten, und auch das muss man aushalten. Das nicht alle so arbeiten, wie man das selber richtig findet.	T3 Z.542-544
Abgrenzung/ Berater*innenwechsel	Es gibt für mich auch ganz klare Grenzen, es gibt eine bestimmte Intensität an emotionaler Berührung, die darf nicht aufploppen und wenn dann würde ich die Person einfach abgeben, weil ich einfach glaube, dass ich dann auch nicht gut beraten kann.	T3 Z.549-552
Eigenschutz	Es gibt aber auch bestimmte Klient*innen mit denen kann ich nicht gut arbeiten, wo es mich einfach unglaublich viel kostet. Das sind einfach auch Momente wo ich mich auch schütze, weil ich denke, das muss nicht sein, ich hab ja Menschen, die machen es anders, die kommen da vielleicht viel besser ran.	T3 Z.552-555
Self-care von Kolleg*innen hat besonderen Stellenwert	Und an der Stelle müssen dann halt auch die Kolleginnen ganz besonders aufpassen, nicht permanent über eigene Grenzen zu gehen, um dann tatsächlich auch in Überlastungssituationen zu geraten.	T2 Z.437-439

Persönliche Betroffenheit

Nebeneffekt vielseitiger Arbeit	was zum Teil auch sehr stressvoll sein kann.	T1 Z.25
IN VIVO: das hat uns ziemlich gerockt	und das hat uns ziemlich gerockt im letzten Jahr,	T2 Z.44-45
Leitungstätigkeiten sind belastender als Beratungstätigkeiten	also wenn mich zu Hause etwas quält oder beschäftigt, dann hat das eher was mit Leitungstätigkeit oder Team-Kram zu tun.	T2 Z.147-148
Persönliche Betroffenheit	Und das ging mir echt ziemlich nah	T2 Z.178-179
Betonung persönlicher Betroffenheit	Das hat mich nachhaltig beeindruckt.	T2 Z.183
Erklärungsansatz für Betroffenheit: Berufsanfänger	Ja, aber vielleicht hat das damit zu tun, dass ich damals als Berufsanfänger irgendwie auch noch mehr in die Situation, naja ich geh jetzt auch in die Situation rein, vielleicht weniger abgegrenzt war	T2 Z.188-190
Alternativer Erklärungsansatz: Sympathie	So aber es war einfach die Geschichte selber, es gab dieses offensichtliche,	T2 Z.190-191

	dass das einfach ein super Typ war,	
IN VIVO emotionale Wucht Persönliche Betroffenheit	und dann hängst du da mit so, das sind Geschichten, die nochmal so eine andere emotionale Wucht da rein bringen.	T2 Z.204-205
Überzeugung der Sinnhaftigkeit der Arbeit trotz persönlicher Betroffenheit/negativen Erfahrungen	Aber ich hab auch damals nicht das Gefühl gehabt, dass man da mit Situationen konfrontiert wird, die die einen aus dem Konzept bringen, die etwas in Frage stellen was so die eigene Arbeit angeht	T2 Z.211-213
IN VIVO kaltes Grausen	dann kriege ich das kalte Grausen	T2 Z.236-237
Frustration im Job	und das ist frustrierend tatsächlich.	T2 Z.484
Dilemma: Vertrauensbruch für Klient*innen nach Beendigung der Beratung	Also das ist find ich auch immer so ein Dilemma, dass wir so Vertrauen aufbauen, damit wir überhaupt ins arbeiten kommen um dann im Ergebnis sagen zu können und jetzt bitteschön woanders hingehen und da weiterarbeiten und dann müssen die Leute wieder von vorn anfangen.	T3 Z.296-299
Umgang mit Abschied	und Abschied ist da auch ein großes Thema finde ich und Abschied können wir generell immer alle nicht so gut. Abschied hat immer sowas von alles was vorher schön war ist jetzt weg.	T3 Z.300-302
Persönliches Spannungsverhältnis	Und das ist schon was, was so Spannungen in mir verursachen kann, dass ich Menschen über einen langen Prozess vertrauensvoll gebunden habe an die Beratung, dann weitervermittelt habe und dann hats nicht geklappt.	T3 Z.310-312

(Haltung zur) persönliche(n) Ausgestaltung der Beratungs- und Begleitsituationen

Begleiterfahrung	also wo ich jemanden begleitet hab,	T1 Z.363-364
Geschickt = begleiten	machen nen Empfehlungsschreiben und belgei- auch das ist begleiten, wenn jemand zu uns geschickt wird,	T1 Z.380-381
Beratung kein Ort für Heilung	aber die Heilung ähm findet, müsste, sollte Schwerpunktmäßig woanders stattfinden.	T1 Z.456-457
Soziale Interaktionen können heilend sein	die findet natürlich, jetzt gerade können wir eine philosophische	T1 Z.457-463

	Diskussion kommen, natürlich findet die auch hier statt, wenn wir zum Beispiel Frühstücksgruppe anbieten, in der PSB und natürlich ist das heilend, wenn die merken, ich muss zum Zeitpunkt x da sein, ich muss mich sozial gut verhalten am Esstisch, also sprich nicht äh in dem Pudding einpennen so, ähm ich erlebe Gemeinschaft, ich darf dumme zoten reißen, das ist ja, das hat ja, das ist ja heilend so,	
Beratung beinhaltet keine Heilung	aber ich würd trotzdem sagen, wenn es wirklich um Heilung geht, dann an der Stelle hört Beratung auf. Genau.	T1 Z.463-464
Überzeugung der Sinnhaftigkeit der Arbeit trotz persönlicher Betroffenheit/negativen Erfahrungen	Aber ich hab auch damals nicht das Gefühl gehabt, dass man da mit Situationen konfrontiert wird, die die einen aus dem Konzept bringen, die etwas in Frage stellen was so die eigene Arbeit angeht	T2 Z.211-213
Gegen Standardisierung des SIE	Und würde dann da auch kein Dogma draus machen wollen, dass professionell nur der ist, der alle seine Klienten siezt beispielsweise.	T2 Z.246-247
Persönliches Interesse am Diskurs	die ich aber finde, die eher spannend finde und diskussionswert,	T2 Z.248-249
INVIVO Überprüfung von Haltung	also auch da gibt es strukturelle Grenzen und was es da benötigt ist natürlich auch ein Überprüfen von Haltung	T2 Z.475-476
Begleitung wichtig und einleuchtend	wär mir die Möglichkeit von mehr Begleitung auf jedenfall wichtig und einleuchtend.	T2 Z.530-531
Begleitung möglich durch Praktikant*innen	Manchmal kann man das umgehen, weil man gerade eine tolle Praktikantin hat, die dann den Freiraum hat oder so	T2 Z.532-533
Physische Begleitung kann hilfreich sein	und ich denke, dass es auch vielen Klienten geholfen wär, wenn auch mal nen Berater die Möglichkeit hätte jemanden mit in die Entgiftung zu begleiten	T2 Z.526-528
Abgrenzung/Grenze von Prozessbegleitung	Aber ich begleite die Menschen nicht im Prozess, wenn er sagt ich konsumiere und ich möchte weiter konsumieren. Das ist für mich die Grenze	T3 Z.124-125
Grenze von Begleitung bei weiterem Konsum	Ich sage dann, naja die Beratung ist dann einfach beendet, weil ich begleite die Menschen in diesem Prozess, wenn	T3 Z.125-127

	die weiter konsumieren, bin ich einfach die falsche Person.	
Begleitung von Prozessen	Ich begleite die Menschen in diesem Prozess.	T3 Z.138
Physische Begleitung nicht möglich	Naja für mich ist klar, ich kann den Menschen nicht begleiten, weil es wie gesagt ich bin die falsche Adresse,	T3 Z.144-145
Abgrenzung zur Betreuung/ Sichtweise von Begleitung	begleiten ist meine Vorstellung, es ist also nicht so der Begriff Begleitung oder Betreuung, dieser Begriff ist es nicht	T3 Z.152-153
Klarheit von Arbeitsschritten	Und ich bin einfach nicht bereit nach fünf Minuten Plaudern etwas zu unterschreiben, das sage ich den Klienten sofort.	T3 Z.172-174
Abgrenzung zu physischer Begleitung	ich kann den Menschen zum Beispiel, wenn Begleitung als Begleitung gemeint ist, ich begleite zu einer anderen Beratungsstelle oder zum Rechtsanwalt oder zum Jobcenter, weil der Mensch es einfach selber nicht schafft. Sowa machen wir nicht.	T3 Z.212-214
Abgrenzung zu Tätigkeiten	Ich sehe es nicht als meine Aufgabe ehrlich gesagt.	T3 Z.219-220
Beispiel: Klient mit Brief vom Jobcenter	Also ich habe schon mehrmals gehört, dass, es ist natürlich als Beispiel, wenn der Klient zu mir kommt und sagt naja ich habe jetzt gerade einen Brief vom Jobcenter gekriegt und oder ich muss irgendwie einen Antrag ausfüllen.	T3 Z.220-222
Abgrenzung zu außerberaterischen Tätigkeiten	Ich sage, es ist nicht meine Baustelle, weil es, wenn er wirklich Unterstützung braucht, dann vermittele ich ihn an eine andere Beratungsstelle. Ja, so sehe ich das.	T3 Z.222-224
Eigeninitiative/ Angebot der Sozialarbeitenden	dann biete ich das auch von mir aus an, weil nicht alle auf dem Schirm haben, dass das eine Möglichkeit ist.	T3 Z.52-53
Angebot der Sozialarbeitenden	Deswegen biete ich das von mir aus auch einfach an.	T3 Z.55-56
Hausbesuch in Krisen/ Aufsuchende Arbeit in Krisen	Und wenn wir die dann nicht erreichen, gehen wir auch hin. Das ist auch mit ein Grund für ein Hausbesuch, dass wir einfach	T3 Z.78-79
Geringere Intensität bei langer Beratung	Die kommen natürlich nicht wöchentlich, das kann man ja gar nicht gewährleisten, aber lange halt.	T3 Z.111-112
Größere Zeitspannen INVIVO nicht wöchentlich	wir gehen nicht wöchentlich zu denen und die kommen nicht wöchentlich zu uns. Genau.	T3 Z.116-117

Zeitfenster: Wochenweise aufsuchende Arbeit	Also es sind eher Wochen von denen wir dann reden.	T3 Z.123
Abgrenzung Beratung/Therapie	Wir versuchen schon die Beratung von der Therapie zu trennen.	T3 Z.195-196
Keine Therapie in Beratung	Therapeutische Inhalte versuchen wir trotzdem aus der Beratung herauszuhalten	T3 Z.198
Begründung: Therapie in Beratung wenig motivationsfördernd	Auch einfach aus dem Grund, wenn schon Therapie in der Beratung mache, die Notwendigkeit eine Therapie zu beantragen, ist ja dann auch gar nicht mehr so hoch. Das heißt, das ist auch gar nicht motivationsfördernd das zu sehr schon zu machen, weil die Leute dann nicht verstehen, warum soll ich denn jetzt noch was anderes machen, das hier ist doch schon gut.	T3 Z.198-202
Vermittlungseinrichtungen: INVIVO mit eigenem (neutralem) Blick anschauen	Das heißt wir gucken uns die Vermittlungseinrichtung möglichst neutralen in Anführungszeichen, halt unserem eigenen Blick an.	T3 Z.222-224
Abwägung in der Beratung	Es ist dann für uns auch immer die Abwägung ist Beratung hier an der Stelle das richtige oder forcieren ich lieber die Weitervermittlung, weil irgendwoanders gibt es ein Angebot, dass total passend ist.	T3 Z.293-295
Abgrenzung	Und es nützt ja auch meinen Klient*innen nichts, wenn ich da zergehe, mit denen mitleide, so das heißt das lernst du an irgendeiner Stelle idealerweise.	T3 Z.374-376
Nähe Distanz	Und ich glaub die eigentliche Schwierigkeit besteht darin zwischen ich grenz mich so ab, dass ich jetzt nicht mitleide und ich bin aber emotional so engagiert, dass ich mich noch kümmere, also dazwischen muss man dann halt irgendwie so.	T3 Z.376-378
Haltung/ Keine Beratung bei emotionaler Kälte	Aber ich glaub, wenn du emotional abstumpfst, dann bist du irgendwann auch kacke. Dann solltest du irgendwann auch nicht mehr weiter beraten.	T3 Z.379-380
Aushalten von Problemen	SO kann ich das gut aushalten und ich glaube meinen Kolleg*innen geht es da ähnlich. Ich glaube wir können das gut aushalten.	T3 Z.408-409
Prioritäten setzen	Und dann haben wir halt auch gelernt, das andere zur Seite zu legen. Du	T3 Z.409-411

	kannst halt nicht auf allen Bällen gleichzeitig tanzen, du musst irgendwie Prioritäten setzen.	
Abdecken der Basisversorgung	So, dass wir einfach diese Basisversorgung, ich glaub alle meine Klient*innen sind gut darüber informiert, wo ruf ich an, wenn mein Haus brennt, ich Suizidgedanken habe, wenn mir was weh tut oder wenn ich Suchtgedanken habe. Und die alle wissen, dass sie sich bitte bitte immer hier melden können, egal wie lange wir uns nicht gesehen haben oder egal wann unser nächster Termin ist. Und wenn der nächste Woche ist und was zwischendrin ist, dann bitte anrufen.	T3 Z.445-450
Krisen haben Vorrang	Das müssen dann auch alle aushalten, dass dann mal ein Termin von mir kurzfristig abgesagt oder verschoben wird, weil eine Krise auftritt.	T3 Z.450-451
Permanente Erreichbarkeit	Das ist halt die andere Seite davon, dass alle die Möglichkeit haben, gibt eine Krise, ich bin erreichbar.	T3 Z.451-452
Bewusste Anwendung therapeutischer Tools	Also ich glaub, dass ich therapeutische Methoden in der Beratung anwende, ich mach das nicht ausversehen, ich hab dann schon bewusst entschieden, ich mach das jetzt an der Stelle.	T3 Z.540-542
Therapeutische Tools gehören zur Beratung	Aber ansonsten sind das für mich Sachen, die gehören tatsächlich dazu.	T3 Z.542
Eigene Arbeitsweise	Aber für mich gehört es, alles was ich tue, zu meiner Vorstellung wie ich Beratung anbiete dazu und da gehört auch irgendwie dazu mit denen einen Mini-Smalltalk zu haben oder irgendwie mal einen Witz zu machen und zu lachen. Also so ja.	T3 Z.547-549
Eigenschutz	Es gibt aber auch bestimmte Klient*innen mit denen kann ich nicht gut arbeiten, wo es mich einfach unglaublich viel kostet. Das sind einfach auch Momente wo ich mich auch schütze, weil ich denke, das muss nicht sein, ich hab ja Menschen, die machen es anders, die kommen da vielleicht viel besser ran.	T3 Z.552-555
Diversität in den Arbeitsweisen	Ich glaub das ist super unterschiedlich, wie wir das alle handhaben. Ich find´s auch eigentlich gut sich dann mit verschiedenen Kolleg*innen	T3 Z.574-582

	<p>auseinanderzusetzen und auch mit vielen zu reden, weil ich kann dir jetzt genau meine Perspektive geben und ich glaub meine Kolleg*innen würden dir schon was ganz anderes sagen. Und deswegen haben wir auch viel einander hospitiert. Das macht ja quasi auch so eine Mini-Diversität aus, auch wenn wir im Prinzip alle sehr gleich sind, weil wir sind alle Akademiker*innen, wir sind alle weiß, wir sind alle mit bestimmten Privilegien ausgestattet, wir haben hier so eine gewisse Alters-Gab, aber ansonsten haben wir nicht viel anzubieten an Diversität außer, dass wir echt krass unterschiedlich arbeiten.</p>	
--	--	--

Persönliche Bewertungen/positive Bewertungen

Positive Bewertung der Feuerwehrfunktion	Ich SPring auch gern überall ein,	T1 Z.23-24
Positive Bewertung vielseitiger Arbeit	und mag es auch mich sehr vielseitig einzusetzen,	T1 Z.24-25
Positive Bewertung des Jobs	ich mein wir mögen alle unseren Job,	T1 Z.351
Adjektive für Mitarbeitende	sind fit, sind engagiert und	T1 Z.351
Positive Erfahrung von Begleitsituation	und ich hab da gerade bei in einer anderen Einrichtung SEHR gute Erfahrungen gemacht tatsächlich,	T1 Z.362-363
Aufwertung des Berufs	was ich auch gut finde, es tut ja auch den Leuten gut, es ist ja auch ne Aufwertung des Berufs,	T1 Z.418-419
Ziel: positive Erfahrung mit Beratungsstelle	das jeder durch die Tür kommt, sich willkommen geheißen fühlt, Kaffee, Tee, Wasser, Bonbons und auch das Gefühl hat auch wenn er oder sie hier rausgeht, ah ich hab, gut, dass ich hierher gekommen bin.	T1 Z.422-424
Persönliche Bedeutung: Beratung von Angehörigen	Das ist für mich recht wichtig, dass ein nicht geringer Teil unserer Arbeit auch die Beratung von Angehörigen ist	T2 Z.12-13
Zuschreibung von Handlungsfähigkeit in schwierigsten Situationen	Auf der anderen Seite ist es auch immer wieder großartig zu sehen, welche Strategien Menschen entwickelt haben auch mit widrigsten Bedingungen umzugehen,	T2 Z.134-136
Selbstwirksamkeit auch unter widrigsten Bedingungen	auch wie Menschen auch trotz widrigster Bedingung an vielen Stellen so großartig gewachsen sind.	T2 Z.136-137

Perspektivwechsel zum Positiven	So also um das einmal positiv zu wenden diese Arbeit,	T2 Z.137
Überraschungsmomente	diese Arbeit erlaubt es einem immer wieder ins Staunen zu kommen	T2 Z.137-138
IN VIVO „Großartigkeit menschlicher Existenz“	kommen über die Großartigkeit menschlicher Existenz einerseits	T2 Z.138-139
Abwechslungsreiches Arbeitssetting	und das ist insofern toll, weil das ein Grund ist, warum diese Arbeit niemals langweilig wird	T2 Z.139-140
Romantisierung der Arbeit IN VIVO: kein allzu großes Burn-Out Risiko	und insofern auch irgendwie ich da kein allzu großes Burn-Out Risiko sehe,	T2 Z.140
Positive Bewertung der Arbeit	weil so die Arbeit ist sinnvoll, macht Spaß und ist interessant und man hat mit interessanten tollen Menschen zu tun.	T2 Z.140-142
Heterogenität des Hilfesystems wird bevorzugt	Je heterogener das Hilfesystem, je vielschichtiger es ist, desto besser.	T2 Z.286
INVIVO Überprüfung von Haltung	also auch da gibt es strukturelle Grenzen und was es da benötigt ist natürlich auch ein Überprüfen von Haltung	T2 Z.475-476
Physische Begleitung kann hilfreich sein	und ich denke, dass es auch vielen Klienten geholfen wär, wenn auch mal nen Berater die Möglichkeit hätte jemanden mit in die Entgiftung zu begleiten	T2 Z.526-528

Konzept: Grenzen

Schwierigkeiten/Probleme/ Grenzen	Verdeutlichung: Vorhandensein vieler Lücken	äh wir haben sach ich mal auch viele Lücken, die es gibt, zum einspringen.	T1 Z.29-30
	Begründung der Aufgabenerweiterung	weil A sind die ganzen, dauern die ganzen Kostenübernahmegeschichten mittlerweile so lange,	T1 Z.281-282
	Fehlende Zwischeninstanz	dass die Leute zwischen Baum und Borke hängen	T1 Z.282-283
	Versorgungslücken	und das andere Thema ähm sind die berühmten berückichtigten Versorgungslücken,	T1 Z.290-291
	Größer werdende	die immer größer werden,	T1

	Versorgungslücken	aus meiner Sicht	Z.291 -292
	Zuständigkeitsprobleme	also es fühlen sich immer weniger Institutionen für bestimmte Menschengruppen zuständig,	T1 Z.292 -293
	Wechsel zwischen Beratungsstellen	und der quasi von einer Beratungsstelle zur anderen geschickt wird	T1 Z.295
	Wechsel zwischen Beratungsstellen	und bounced	T1 Z.295 -296
	Kulturelle Verständigungsschwierigkeiten	und versteht nix und das er nichts versteht ist einerseits kulturell,	T1 Z.296 -297
	Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten	und andererseits sprachlich	T1 Z.297
	Wechsel zwischen Hilfeinrichtungen/Stellen	und nehmen dann in Kauf, ne dann bouned er hier eben wieder zurück	T1 Z.305 -306
	Fehlende Mithilfe	aber nee, es greift keiner beherzt zu, nix	T1 Z.310
	Ende der einen Hilfe	äh und jetzt wird er äh die Entgiftung ist jetzt am 17. zuende,	T1 Z.310 -311
	Wiederholung „beherzt“/Tatenlos	es greift keiner beherzt zu	T1 Z.311
	Bounced	also landet wieder hier	T1 Z.311
	Zusammenfassung: Beispiel für Versorgungslücke	Das heißt das ist für mich ein sehr praktisches Beispiel für ne Versorgungslücke.	T1 Z.312 -313
	Weitere Versorgungslücke	äh und die greift auch über in die andere Versorgungslücke,	T1 Z.313 -314
	Psychiatrie oder Suchthilfe?	die wo man nicht weiß ist das jetzt Psychiatrie oder ist das jetzt Suchthilfe	T1 Z.315 -316
	Fehlende Verantwortungsübernahme	ja es wird immer mehr aufgeweicht, weil keiner keiner mehr will die Verantwortung übernehmen	T1 Z.396 -397
Strukturelle Problemlagen	Steuerungsproblem	auch weil das von vorn herein nicht ganz clever gesteuert war.	T2 Z.33
	(Entstehung/Verfestigung	Und in drei Monaten	

	des) Drehtüreffekt	geht´s vielleicht wieder in die nächste Entgiftung.	
	Strukturelle Grenzen von Beratung	Die Drogenberatung stößt strukturell an einige Grenzen.	T2 Z.320
	Beispiel für Grenze: Abhängigkeit von Finanzierungen wie KÜ	Um ein Beispiel zu nennen wir haben zurzeit ein massives Problem mit der Bearbeitung von Kostenübernahmen durch die zuständige Rentenversicherung.	T2 Z.320 -322
	Versorgungslücken des Hilfesystems	Das Menschen durch jegliches Raster fallen	T2 Z.360
	Strukturelles Problem bei Beratung (in anderer Sprache)	Das war auch ein riesen großes strukturelles Problem für unsere russischsprachigen Kollegen in den letzten Jahren	T2 Z.413 -414
	Realer Verlauf anders als Vorstellung	dass das nicht ganz so glatt läuft wie man sich das vorstellt, so dass sie dann nicht aus allen Wolken fallen, wenn es nicht so läuft wie man sich das vorstellt.	T2 Z.405 -407
	Strukturelle Schwierigkeit bei straffälligen Geflüchteten	aber als Geflüchtete, die schon mal straffällig wurden, rutschen die nicht nach 15 Monaten von dem einen Amt automatisch ins Bezirksamt und kriegen eine Krankenkassenkarte und alles wird machbar,	T2 Z.422 -424
	Wiederkehrende Schleife ohne Erfolg auf PSB	sondern die bleiben dann aufgrund ihrer Straffälligkeit immer, rutschen immer wieder auf null und landen immer wieder bei diesem Amt.	T2 Z.425 -426
	Zuständigkeitsproblem	Niemand anders sonst hat russisch gesprochen, oder sich zuständig gefühlt	T2 Z.431 -432
	INVIVO strukturelle Unklarheiten	und das ist auch so ein Beispiel, wie so durch strukturelle Unklarheiten möchte ich es mal nennen	T2 Z.432 -433
	Diskrepanz: Menschen mit höchstem Bedarf haben am	Also gerade die, die es am meisten bräuchten	T2 Z.434

	wenigsten Möglichkeiten	aufgrund ihrer schweren Belastung, aufgrund der Verstrickungen, der Beschaffungskriminalität und so weiter haben am wenigsten Möglichkeit adäquate Hilfen zu kriegen.	-437
Grenzen	Gnadenloses System	Und das Ganze hat dann immer absurdere Schleifen gezogen, weil das System dann so gnadenlos wurde	T2 Z.172 -173
	Rechtliche Grenzen	Und ganz viel was wir versucht haben, hat dann genau aus diesen ausländerrechtlichen Geschichten nicht geklappt	T2 Z.175 -177
	Grenzen des Systems INVIVO Absurdität	weil das so die ganze Absurdität auch von so ganz vielen Dingen auf den Punkt gebracht hat,	T2 Z.179 -180
	Zugang/Berechtigung zum Hilfesystem	Ab wann gilt irgendein Mensch als hilfsbedürftiger Mensch und ab wann ist er letztendendes nur irgendjemand der durchs Karteikartensystem gefallen ist.	T2 Z.181 -183
	Limitierte Vermittlungsoptionen seitens der Krankenhäuser	Krankenhäuser, die nur Therapieeinrichtungen vermitteln, die dem eigenen Konzern angehören.	T2 Z.279 -280
	Strukturelle Grenzen von Beratung	Die Drogenberatung stößt strukturell an einige Grenzen.	T2 Z.320
	Beispiel für Grenze: Abhängigkeit von Finanzierungen wie KÜ	Um ein Beispiel zu nennen wir haben zurzeit ein massives Problem mit der Bearbeitung von Kostenübernahmen durch die zuständige Rentenversicherung.	T2 Z.320 -322
	Gesetzliche Pflicht: KÜ innerhalb 2-3 Wochen	Das heißt, die sind eigentlich gesetzlich verpflichtet so einen Antrag auf Kostenübernahme	T2 Z.322 -324

		innerhalb von drei Wochen zu entscheiden.	
	KÜ-Wartezeit aktuell: 2-3 Monate	Und zurzeit brauchen sie teilweise 2-3 Monate oder auch länger.	T2 Z.324
	Problem: falsche KÜ	oder dann wird da irgendwie Grütze entschieden und die kriegen dann eine Kostenübernahme für etwas, dass gar nicht beantragt wurde.	T2 Z.330 -332
	Problem/Grenze: Organisation der Finanzierung durch Rente, Personalmangel, Computersysteme	Das heißt aufgrund von organisatorischen Problemen bei der Rentenversicherung, zu wenig Leute oder neues Computersystem oder weiß der Geier,	T2 Z.335 -336
	Strukturelle Grenze als erste Assoziation	Das würde mir jetzt so gerade als erstes einfallen.	T2 Z.339
	Grenze: Erschwerte Zugänge für bestimmte Menschen	Dann gibt es nach wie vor viel zu viele Menschen, die nicht erreicht werden aus verschiedenen Gründen.	T2 Z.339 -340
	Ursachenergründung: strukturelles oder kulturelles Problem	Das heißt es scheint da irgendwie ein strukturelles, oder auch kulturelles Problem zu geben.	T2 Z.344 -345
	Grenze: Versorgungslücke bei Menschen mit ausländerrechtlichen Problemen Grenze: Sprache	Dann gibt es Menschen, die aufgrund ihrer ausländerrechtlichen Geschichte nicht die Versorgung erhalten, die sie bräuchten, da gibt es natürlich auch sprachliche Probleme was nicht so einfach trotz bestem Willens zu klären ist. Auch wenn sich da viel getan hat in den letzten Jahren, also bis vor einigen Jahren war es ein riesen Problem, es gab in der ganzen Stadt keine arabisch sprechenden Menschen in der Drogenberatung und wir haben viele Leute gehabt,	T2 Z.345 -351

		wo das gut gewesen wäre, wenn wir da jemand arabisch gesprochen hätte. Gerade in den Innenstadt-Bezirken gab es nicht.	
	Feststellung von Grenzen	Also auch da gibt es Grenzen des Hilfesystems.	T2 Z.362
	Grenze: INVIVO Mangelnde Finanzierung	Mangelnde Finanzierung setzt Grenzen, ganz klar	T2 Z.363
	Problem: nicht mehr Geld trotz steigender Herausforderung	aber haben aber auch immer mehr zu tun bei nicht wirklich mehr Geld	T2 Z.368
	Problem: wenig gesellschaftliche Anerkennung	oder auch gesellschaftlicher Anerkennung oder so.	T2 Z.368 -369
	Fachkräftemangel	Wir haben ein inzwischen Problem Fachkräfte zu kriegen, also unabhängig davon, dass nicht genügend Geld vorhanden ist, ist es durchaus schwierig die Stellen zu besetzen.	T2 Z.369 -371
	Fehlende Sozialpädagog*innen	Weil es zu wenig Sozialpädagogen gibt, weil es hier in der Stadt inzwischen zu wenig Sozialpädagogen gibt, die es sich leisten können hier zu leben.	T2 Z.371 -372
	Wohnungsmarkt Problem Fachkräfte zu finden	Und ich sehe ein riesen Problem in der wirklich dramatisch anziehenden Wohnungsproblematik. In verschiedene Richtungen strahlt, das hat natürlich auch Auswirkungen darauf, dass man nicht mehr genügend Kollegen findet denke ich	T2 Z.372 -375
	Verdeutlichung der Schwierigkeit/Grauzone bzgl. Betreuungsverhältnisses	Und an der Stelle wird es kribbelig	T2 Z.411
	Kapazitäten für Betreuung in Beratung nicht vorhanden	Das würde den Rahmen sprengen, das würde unsere Kapazitäten sprengen.	T2 Z.412 -413
	Versorgungsraster	Leute so durch ein Versorgungsraster fallen	T2 Z.433

			-434
	Fehlende Behandlung durch weiteren Konsum Kein Akzeptierender Ansatz in Kliniken	Was wir aber feststellen jetzt ist, dass bei den Jugendlichen, da rekapituliert sich was, da wird genau wieder mit diesem furchtbaren Thema zu tun, dass Jugendliche eine heftige Symptomatik aufweisen und zu der dann auch der Konsum, dann in die Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen, da dann aber nach kurzer Zeit wieder rausfliegen, weil sie konsumieren, also keinerlei Behandlung, oder Diagnostik oder so erfahren.	T2 Z.458 -463
	Schwierige Behandlungsperspektive für Jugendliche	dass es deutlich einfacher ist für einen Erwachsenen eine Behandlungsperspektive zu entwickeln als für einen Jugendlichen.	T2 Z.479 -480
	Entscheidungen liegen bei Instanzen wie Jugendamt	Beim Jugendlichen muss das Jugendamt entscheiden in den meisten Fällen, das will sich da auch nicht rein reden lassen häufig, es ist deutlich schwerer eine Entgiftung für Jugendliche zu erhalten und so weiter.	T2 Z.480 -482
	Ressourcenproblem	Haben da aber echt nen Ressourcenproblem	T2 Z.526
	Fehlende Ressourcen für physische Begleitung	Allein die Ressourcen sind nicht vorhanden	T2 Z.530
	Fehlende Kapazitäten zur physischen Begleitung	Wir können es nicht	T2 Z.533
Grenzen	Begrenzte Ressourcen	weil also unsere Kapazitäten sind begrenzt	T3 Z.211 -212
	Wiederholung: fehlende Kapazitäten/begrenzte Ressourcen	Also ich habe keine Kapazitäten für sowas.	T3 Z. 214- 215
	Ressourcen-/ Finanzierungsproblem	Also wir können es uns letztendlich nicht leisten.	T3 Z.215
Grenzen	Kein Raum für Prävention	Und da ist für Prävention	T4

		kein Raum, aber eigentlich gehört es so ein bisschen mit dazu, aber irgendwie eigentlich auch nicht, also das ist ein bisschen schwierig.	Z.105 -106
	Großes Versorgungsraster/ vorhandene Lücken/ Unerreichte Klient*innen	weil es gibt einfach manchmal Klient*innen, die fallen so durch alle Netze durch	T4 Z.109 -110
	Terminabsagen durch Klient*innen	also Leute nehmen ja wahnsinnig oft ihre Termine nicht wahr oder sagen die ab.	T4 Z.74- 75
	Schwierigkeit in der Abgrenzung von Beratung/Therapie	Das ist nicht immer so leicht, weil wir ja überwiegend auch alle alles machen.	T4 Z196 -197
	fließende Übergänge B/T	die Übergänge sind teilweise auch so sehr fließend.	T4 Z.197
	Schwierigkeit: Unterscheidung Beratung/Therapie von Klient*innen	Deswegen ist es auch für Klient*innen manchmal schwer zu verstehen, mach ich jetzt Beratung oder Therapie. Und ganz oft hör ich auch, dass Leute sagen, sie machen hier Therapie und dann sagen wir immer, nee sie machen hier Beratung. Das ist nicht so einfach.	T4 Z.202 -205
	Vermittlung von Krankenhäusern zu Kooperationspartnern/ Krankenhäuser weniger Klient*innenorientiert	Das teilweise große Krankenhäuser, Entzugsstationen und Kliniken und die vermitteln einfach von den Entzugstationen supi gerne in die eigenen Kliniken. Und da ist natürlich das was die Klient*innen eigentlich brauchen nicht der Schwerpunkt gewesen.	T4 Z.212 -215
	INVIVO Sprachliche Grenzen	Also wir haben einfach sprachliche Grenzen	T4 Z.249
	Unterversorgung von Menschen	damit erreichen wir schon nur bestimmte Zielgruppen und andere Menschen sind unterversorgt.	T4 Z.249 -250

	Fehlende Sprachangebote	Es gibt einfach klare, auch wenn ich jetzt die ganze Stadt betrachte, es gibt einfach bestimmte Sprachangebote, die gar nicht oder nur sehr wenig vertreten sind.	T4 Z.250 -252
	Unterversorgung von Taub-Stummer-Community	Und damit hast du eine ganze Community, die unterversorgt ist	T4 Z.256 -257
	Zugangsschwierigkeiten	Wir fragen immer ab wie die Klient*innen uns gefunden haben und die meisten gucken im Internet. Ich weiß aber, dass es bestimmte Communities gibt, die tatsächlich eher über Mundpropaganda einander erzählen und ich glaube, dass genau diese Leute Schwierigkeiten haben in der Beratung anzukommen.	T4 Z.257 -260
	Unterversorgung von Personengruppen	Weil die sind ja insgesamt schon unterversorgt und das heißt es gibt keine Person, die mir das erzählt oder die Wahrscheinlichkeit ist nicht so hoch und dann komm ich halt so auch nicht so richtig an.	T4 Z.260 -262
	(nicht-)ansprechen von Zielgruppen	Das heißt ist sehe die Grenzen momentan eher in den Menschen, die wir ansprechen und den Menschen, die wir nicht ansprechen.	T4 Z.262 -264
	Unterrepräsentanz von best. Personengruppen	Also halt auch auf der Ebene wie viele Menschen sind irgendwie weiß, in welcher Altersklasse, wir haben irgendwie immer eine Unterrepräsentanz von weiblich interpretierten Menschen, also es gibt einfach bestimmte Zielgruppen, die wir nicht so gut ansprechen. Die Suchthilfe als Ganzes und ich denke	T4 Z.264 -266

		jede Beratungsstelle als Einzelenes.	
	Abbruch des Projekts	Es hat halt offensichtlich auch nicht so gut funktioniert, dass die Finanzierung steht, also soweit ich das mitkriege hat das in einigen Teilen echt gut funktioniert, dass so zarte Bande geknüpft waren, auf die man jetzt hätte aufbauen kann.	T4 Z.268 -271
	Beendigung des Projekts/ Frage nach Erreichen von Zielgruppen	So, die Finanzierungen sind jetzt wieder eingestampft und dann ist jetzt wieder die Frage wie wird diese Zielgruppe wieder neu angesprochen und wie halt nicht.	T4 Z.279 -280
	Grenze: Erreichen von Personengruppen	Ich glaube für mich jetzt aus dem ersten Impuls heraus ist die Grenze, wen kann ich erreichen mit dem was ich nach außen zeige, was ich repräsentiere mit dem wo ich bin.	T4 Z.280 -282
	Schwierigkeit: Zeit	Also Zeit ist natürlich auch immer so ein Thema.	T4 Z.291
	Scheiternde Weitervermittlung wegen Beziehungswechsel	Da brichts auch manchmal zusammen, dass die Leute nicht da ankommen.	T4 Z.307
	Physische Begleitung verhindert Beratung für andere	Und da sind dann auch mal schnell drei eigentliche Beratungsslots futsch. Genau.	T4 Z.365 -366
	Schwierigere Zugänge für Frauen	Das heißt es gibt irgendwie Gründe warum es für Frauen* bestimmte andere Herausforderungen gibt in der Suchhilfe überhaupt anzukommen.	T4 Z.405 -406
	Keine englischsprachigen Gruppen	Und ich hatte immer wieder enligschsprachige Klient*innen, die mir gesagt haben, ey hab ich ausprobiert, aber es geht nicht für mich, das ist mir zu spirituuell, zu blablabla. Und ich bin hier bald	T4 Z.426 -430

		durchgedreht, weil ich so viele Monate damit verbracht habe in der ganzen Stadt anzurufen und zu fragen: Gibts eine englischsprachige Gruppe? Gibt's eine englischsprachige Gruppe?	
--	--	---	--

Sortierung

Subkategorie: Zugänge/ (Zugangsschwierigkeiten)

Gnadenloses System	Und das Ganze hat dann immer absurdere Schleifen gezogen, weil das System dann so gnadenlos wurde	T2 Z.172-173
Rechtliche Grenzen	Und ganz viel was wir versucht haben, hat dann genau aus diesen ausländerrechtlichen Geschichten nicht geklappt	T2 Z.175-177
Grenzen des Systems INVIVO Absurdität	weil das so die ganze Absurdität auch von so ganz vielen Dingen auf den Punkt gebracht hat,	T2 Z.179-180
Zugang/Berechtigung zum Hilfesystem	Ab wann gilt irgendein Mensch als hilfsbedürftiger Mensch und ab wann ist er letztendendes nur irgendjemand der durchs Karteikartensystem gefallen ist.	T2 Z.181-183
Grenze: Erschwerte Zugänge für bestimmte Menschen	Dann gibt es nach wie vor viel zu viele Menschen, die nicht erreicht werden aus verschiedenen Gründen.	T2 Z.339-340
Ursachenergründung: strukturelles oder kulturelles Problem	Das heißt es scheint da irgendwie ein strukturelles, oder auch kulturelles Problem zu geben.	T2 Z.344-345
Fehlende Sprachangebote	Es gibt einfach klare, auch wenn ich jetzt die ganze Stadt betrachte, es gibt einfach bestimmte Sprachangebote, die gar nicht oder nur sehr wenig vertreten sind.	T4 Z.250-252

Unterversorgung von Taub-Stummer-Community	Und damit hast du eine ganze Community, die unversorgt ist	T4 Z.256-257
Zugangsschwierigkeiten	Wir fragen immer ab wie die Klient*innen uns gefunden haben und die meisten gucken im Internet. Ich weiß aber, dass es bestimmte Communities gibt, die tatsächlich eher über Mundpropaganda einander erzählen und ich glaube, dass genau diese Leute Schwierigkeiten haben in der Beratung anzukommen.	T4 Z.257-260
Schwierigere Zugänge für Frauen	Das heißt es gibt irgendwie Gründe warum es für Frauen* bestimmte andere Herausforderungen gibt in der Suchthilfe überhaupt anzukommen.	T4 Z.405-406
Keine englischsprachigen Gruppen	Und ich hatte immer wieder englischsprachige Klient*innen, die mir gesagt haben, ey hab ich ausprobiert, aber es geht nicht für mich, das ist mir zu spirituell, zu blablabla. Und ich bin hier bald durchgedreht, weil ich so viele Monate damit verbracht habe in der ganzen Stadt anzurufen und zu fragen: Gibts eine englischsprachige Gruppe? Gibt's eine englischsprachige Gruppe?	T4 Z.426-430

Subkategorie: Versorgungslücken

Versorgungslücken	und das andere Thema ähm sind die berühmt berüchtigten Versorgungslücken,	T1 Z.290-291
Größer werdende Versorgungslücken	die immer größer werden, aus meiner Sicht	T1 Z.291-292
Zusammenfassung: Beispiel für Versorgungslücke	Das heißt das ist für mich ein sehr praktisches Beispiel für ne Versorgungslücke.	T1 Z.312-313
Weitere Versorgungslücke	äh und die greift auch über in die andere Versorgungslücke,	T1 Z.313-314
Psychiatrie oder Suchthilfe?	die wo man nicht weiß ist das	T1 Z.315-316

	jetzt Psychiatrie oder ist das jetzt Suchthilfe	
Versorgungslücken des Hilfesystems	Das Menschen durch jegliches Raster fallen	T2 Z.360
Strukturelle Schwierigkeit bei straffälligen Geflüchteten	aber als Geflüchtete, die schon mal straffällig wurden, rutschen die nicht nach 15 Monaten von dem einen Amt automatisch ins Bezirksamt und kriegen eine Krankenkassenkarte und alles wird machbar,	T2 Z.422-424
Wiederkehrende Schleife ohne Erfolg auf PSB	sondern die bleiben dann aufgrund ihrer Straffälligkeit immer, rutschen immer wieder auf null und landen immer wieder bei diesem Amt.	T2 Z.425-426
Diskrepanz: Menschen mit höchstem Bedarf haben am wenigsten Möglichkeiten	Also gerade die, die es am meisten bräuchten aufgrund ihrer schweren Belastung, aufgrund der Verstrickungen, der Beschaffungskriminalität und so weiter haben am wenigsten Möglichkeit adäquate Hilfen zu kriegen.	T2 Z.434-437
Grenze: Versorgungslücke bei Menschen mit ausländerrechtlichen Problemen Grenze: Sprache	Dann gibt es Menschen, die aufgrund ihrer ausländerrechtlichen Geschichte nicht die Versorgung erhalten, die sie bräuchten, da gibt es natürlich auch sprachliche Probleme was nicht so einfach trotz bestem Willens zu klären ist. Auch wenn sich da viel getan hat in den letzten Jahren, also bis vor einigen Jahren war es ein riesen Problem, es gab in der ganzen Stadt keine arabisch sprechenden Menschen in der Drogenberatung und wir haben viele Leute gehabt, wo das gut gewesen wäre, wenn wir da jemand arabisch gesprochen hätte. Gerade in den Innenstadt-Bezirken gab es nicht.	T2 Z.345-351
Versorgungsraster	Leute so durch ein Versorgungsraster fallen	T2 Z.433-434
Fehlende Behandlung durch weiteren Konsum	Was wir aber feststellen jetzt ist, dass bei den Jugendlichen,	T2 Z.458-463

Kein Akzeptierender Ansatz in Kliniken	da rekapituliert sich was, da wird genau wieder mit diesem furchtbaren Thema zu tun, dass Jugendliche eine heftige Symptomatik aufweisen und zu der dann auch der Konsum, dann in die Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen, da dann aber nach kurzer Zeit wieder rausfliegen, weil sie konsumieren, also keinerlei Behandlung, oder Diagnostik oder so erfahren.	
Großes Versorgungsraster/ vorhandene Lücken/ Unerreichte Klient*innen	weil es gibt einfach manchmal Klient*innen, die fallen so durch alle Netze durch	T4 Z.109-110
Unterversorgung von Menschen	damit erreichen wir schon nur bestimmte Zielgruppen und andere Menschen sind unterversorgt.	T4 Z.249-250
Unterversorgung von Personengruppen	Weil die sind ja insgesamt schon unterversorgt und das heißt es gibt keine Person, die mir das erzählt oder die Wahrscheinlichkeit ist nicht so hoch und dann komm ich halt so auch nicht so richtig an.	T4 Z.260-262
(nicht-)ansprechen von Zielgruppen	Das heißt ist sehe die Grenzen momentan eher in den Menschen, die wir ansprechen und den Menschen, die wir nicht ansprechen.	T4 Z.262-264
Unterrepräsentanz von best. Personengruppen	Also halt auch auf der Ebene wie viele Menschen sind irgendwie weiß, in welcher Altersklasse, wir haben irgendwie immer eine Unterrepräsentanz von weiblich interpretierten Menschen, also es gibt einfach bestimmte Zielgruppen, die wir nicht so gut ansprechen. Die Suchhilfe als Ganzes und ich denke jede Beratungsstelle als Einzelnes.	T4 Z.264-266
Grenze: Erreichen von Personengruppen	Ich glaube für mich jetzt aus dem ersten Impuls heraus ist die Grenze, wen kann ich erreichen mit dem was ich nach außen zeige, was ich	T4 Z.280-282

	repräsentiere mit dem wo ich bin.	
--	-----------------------------------	--

Subkategorie Finanzierungsproblem

Strukturelle Grenzen von Beratung	Die Drogenberatung stößt strukturell an einige Grenzen.	T2 Z.320
Beispiel für Grenze: Abhängigkeit von Finanzierungen wie KÜ	Um ein Beispiel zu nennen wir haben zurzeit ein massives Problem mit der Bearbeitung von Kostenübernahmen durch die zuständige Rentenversicherung.	T2 Z.320-322
Strukturelle Grenzen von Beratung	Die Drogenberatung stößt strukturell an einige Grenzen.	T2 Z.320
Beispiel für Grenze: Abhängigkeit von Finanzierungen wie KÜ	Um ein Beispiel zu nennen wir haben zurzeit ein massives Problem mit der Bearbeitung von Kostenübernahmen durch die zuständige Rentenversicherung.	T2 Z.320-322
Gesetzliche Pflicht: KÜ innerhalb 2-3 Wochen	Das heißt, die sind eigentlich gesetzlich verpflichtet so einen Antrag auf Kostenübernahme innerhalb von drei Wochen zu entscheiden.	T2 Z.322-324
KÜ-Wartezeit aktuell: 2-3 Monate	Und zurzeit brauchen sie teilweise 2-3 Monate oder auch länger.	T2 Z.324
Problem: falsche KÜ	oder dann wird da irgendwie Grütze entschieden und die kriegen dann eine Kostenübernahme für etwas, dass gar nicht beantragt wurde.	T2 Z.330-332
Problem/Grenze: Organisation der Finanzierung durch Rente, Personalmangel, Computersysteme	Das heißt aufgrund von organisatorischen Problemen bei der Rentenversicherung, zu wenig Leute oder neues Computersystem oder weiß der Geier,	T2 Z.335-336
Grenze: INVIVO Mangelnde Finanzierung	Mangelnde Finanzierung setzt Grenzen, ganz klar	T2 Z.363
Problem: nicht mehr Geld trotz steigender Herausforderung	aber haben aber auch immer mehr zu tun bei nicht wirklich	T2 Z.368

	mehr Geld	
Ressourcen-/ Finanzierungsproblem	Also wir können es uns letztendlich nicht leisten.	T3 Z.215
Abbruch des Projekts	Es hat halt offensichtlich auch nicht so gut funktioniert, dass die Finanzierung steht, also soweit ich das mitkriege hat das in einigen Teilen echt gut funktioniert, dass so zarte Bande geknüpft waren, auf die man jetzt hätte aufbauen kann.	T4 Z.268-271
Beendigung des Projekts/ Frage nach Erreichen von Zielgruppen	So, die Finanzierungen sind jetzt wieder eingestampft und dann ist jetzt wieder die Frage wie wird diese Zielgruppe wieder neu angesprochen und wie halt nicht.	T4 Z.279-280

Subkategorie: Ressourcenmangel

Fachkräftemangel	Wir haben ein inzwischen Problem Fachkräfte zu kriegen, also unabhängig davon, dass nicht genügend Geld vorhanden ist, ist es durchaus schwierig die Stellen zu besetzen.	T2 Z.369-371
Fehlende Sozialpädagog*innen	Weil es zu wenig Sozialpädagogen gibt, weil es hier in der Stadt inzwischen zu wenig Sozialpädagogen gibt, die es sich leisten können hier zu leben.	T2 Z.371-372
Wohnungsmarkt Problem Fachkräfte zu finden	Und ich sehe ein riesen Problem in der wirklich dramatisch anziehenden Wohnungsproblematik. In verschiedene Richtungen strahlt, das hat natürlich auch Auswirkungen darauf, dass man nicht mehr genügend Kollegen findet denke ich	T2 Z.372-375
Kapazitäten für Betreuung in Beratung nicht vorhanden	Das würde den Rahmen sprengen, das würde unsere Kapazitäten sprengen.	T2 Z.412-413
Ressourcenproblem	Haben da aber echt nen Ressourcenproblem	T2 Z.526

Fehlende Ressourcen für physische Begleitung	Allein die Ressourcen sind nicht vorhanden	T2 Z.530
Fehlende Kapazitäten zur physischen Begleitung	Wir können es nicht	T2 Z.533
Begrenzte Ressourcen	weil also unsere Kapazitäten sind begrenzt	T3 Z.211-212
Wiederholung: fehlende Kapazitäten/begrenzte Ressourcen	Also ich habe keine Kapazitäten für sowas.	T3 Z. 214-215
Ressourcen-/Finanzierungsproblem	Also wir können es uns letztendlich nicht leisten.	T3 Z.215
Kein Raum für Prävention	Und da ist für Prävention kein Raum, aber eigentlich gehört es so ein bisschen mit dazu, aber irgendwie eigentlich auch nicht, also das ist ein bisschen schwierig.	T4 Z.105-106
Fehlende Sprachangebote	Es gibt einfach klare, auch wenn ich jetzt die ganze Stadt betrachte, es gibt einfach bestimmte Sprachangebote, die gar nicht oder nur sehr wenig vertreten sind.	T4 Z.250-252
Schwierigkeit: Zeit	Also Zeit ist natürlich auch immer so ein Thema.	T4 Z.291
Scheiternde Weitervermittlung wegen Beziehungswechsel	Da brichts auch manchmal zusammen, dass die Leute nicht da ankommen.	T4 Z.307
Keine englischsprachigen Gruppen	Und ich hatte immer wieder englischsprachige Klient*innen, die mir gesagt haben, ey hab ich ausprobiert, aber es geht nicht für mich, das ist mir zu spirituell, zu blablabla. Und ich bin hier bald durchgedreht, weil ich so viele Monate damit verbracht habe in der ganzen Stadt anzurufen und zu fragen: Gibts eine englischsprachige Gruppe? Gibt´s eine englischsprachige Gruppe?	T4 Z.426-430

Subkategorie: Zuständigkeitsprobleme

Zuständigkeitsprobleme	also es fühlen sich immer weniger Institutionen für bestimmte Menschengruppen zuständig,	T1 Z.292-293
------------------------	--	--------------

Wechsel zwischen Beratungsstellen	und der quasi von einer Beratungsstelle zur anderen geschickt wird	T1 Z.295
Wechsel zwischen Beratungsstellen	und bounced	T1 Z.295-296
Wechsel zwischen Hilfeeinrichtungen/Stellen	und nehmen dann in Kauf, ne dann bounced er hier eben wieder zurück	T1 Z.305-306
Fehlende Mithilfe	aber nee, es greift keiner beherzt zu, nix	T1 Z.310
Wiederholung „beherzt“/Tatenlos	es greift keiner beherzt zu	T1 Z.311
Bounced	also landet wieder hier	T1 Z.311
Fehlende Verantwortungsübernahme	ja es wird immer mehr aufgeweicht, weil keiner keiner mehr will die Verantwortung übernehmen	T1 Z.396-397
Steuerungsproblem	auch weil das von vorn herein nicht ganz clever gesteuert war.	T2 Z.33
(Entstehung/Verfestigung des) Drehtüreffekt	Und in drei Monaten geht´s vielleicht wieder in die nächste Entgiftung.	
Zuständigkeitsproblem	Niemand anders sonst hat russisch gesprochen, oder sich zuständig gefühlt	T2 Z.431-432
INVIVO strukturelle Unklarheiten	und das ist auch so ein Beispiel, wie so durch strukturelle Unklarheiten möchte ich es mal nennen	T2 Z.432-433
Entscheidungen liegen bei Instanzen wie Jugendamt	Beim Jugendlichen muss das Jugendamt entscheiden in den meisten Fällen, das will sich da auch nicht rein reden lassen häufig, es ist deutlich schwerer eine Entgiftung für Jugendliche zu erhalten und so weiter.	T2 Z.480-482

... Überbleibsel ...

Kulturelle Verständigungsschwierigkeiten	und versteht nix und das er nichts versteht ist einerseits kulturell,	T1 Z.268-267
Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten	und andererseits sprachlich	T1 Z.267
Strukturelle Grenzen von Beratung	Die Drogenberatung stößt strukturell an einige Grenzen.	T2 Z.320
Strukturelles Problem bei Beratung (in anderer Sprache)	Das war auch ein riesen großes strukturelles Problem	T2 Z.413-414

	für unsere russischsprachigen Kollegen in den letzten Jahren	
Realer Verlauf anders als Vorstellung	dass das nicht ganz so glatt läuft wie man sich das vorstellt, so dass sie dann nicht aus allen Wolken fallen, wenn es nicht so läuft wie man sich das vorstellt.	T2 Z.405-407
Gnadenloses System	Und das Ganze hat dann immer absurdere Schleifen gezogen, weil das System dann so gnadenlos wurde	T2 Z.172-173
Rechtliche Grenzen	Und ganz viel was wir versucht haben, hat dann genau aus diesen ausländerrechtlichen Geschichten nicht geklappt	T2 Z.175-177
Grenzen des Systems INVIVO Absurdität	weil das so die ganze Absurdität auch von so ganz vielen Dingen auf den Punkt gebracht hat,	T2 Z.179-180
Limitierte Vermittlungsoptionen seitens der Krankenhäuser	Krankenhäuser, die nur Therapieeinrichtungen vermitteln, die dem eigenen Konzern angehören.	T2 Z.279-280
Strukturelle Grenzen von Beratung	Die Drogenberatung stößt strukturell an einige Grenzen.	T2 Z.320
Strukturelle Grenze als erste Assoziation	Das würde mir jetzt so gerade als erstes einfallen.	T2 Z.339
Verdeutlichung der Schwierigkeit/Grauzone bzgl. Betreuungsverhältnisses	Und an der Stelle wird es kribbelig	T2 Z.411
Kapazitäten für Betreuung in Beratung nicht vorhanden	Das würde den Rahmen sprengen, das würde unsere Kapazitäten sprengen.	T2 Z.412-413
Kein Raum für Prävention	Und da ist für Prävention kein Raum, aber eigentlich gehört es so ein bisschen mit dazu, aber irgendwie eigentlich auch nicht, also das ist ein bisschen schwierig.	T4 Z.105-106
Terminabsagen durch Klient*innen	also Leute nehmen ja wahnsinnig oft ihre Termine nicht wahr oder sagen die ab.	T4 Z.74-75
Schwierigkeit in der Abgrenzung von Beratung/Therapie	Das ist nicht immer so leicht, weil wir ja überwiegend auch alle alles machen.	T4 Z196-197
fließende Übergänge B/T	die Übergänge sind teilweise	T4 Z.197

	auch so sehr fließend.	
Schwierigkeit: Unterscheidung Beratung/Therapie von Klient*innen	Deswegen ist es auch für Klient*innen manchmal schwer zu verstehen, mach ich jetzt Beratung oder Therapie. Und ganz oft hör ich auch, dass Leute sagen, sie machen hier Therapie und dann sagen wir immer, nee sie machen hier Beratung. Das ist nicht so einfach.	T4 Z.202-205
Vermittlung von Krankenhäusern zu Kooperationspartnern/ Krankenhäuser weniger Klient*innenorientiert	Das teilweise große Krankenhäuser, Entzugstationen und Kliniken und die vermitteln einfach von den Entzugstationen supi gerne in die eigenen Kliniken. Und da ist natürlich das was die Klient*innen eigentlich brauchen nicht der Schwerpunkt gewesen.	T4 Z.212-215
INVIVO Sprachliche Grenzen	Also wir haben einfach sprachliche Grenzen	T4 Z.249

Konzept: Kritik

Frustration	ich könnt ausflippen, nervt mich echt hart,	T1 Z.293-294
Frustration	und das ist, das macht mich wahnsinnig	T1 Z.301
Desinteresse an Nahtlosverfahren	aber die haben kein Bock auf Nahtlosverfahren	T1 Z.305
Versorgungsauftrag uneindeutig	Also ich finde der Versorgungsauftrag ist zwar schriftlich niedergelegt, aber ich find der ist so schwammich formuliert	T1 Z.407-408
Kritik an der Trennung legal/illegalen Substanzen	Das ist absurderweise ja so ein bisschen getrennt worden.	T2 Z.9
(Un-)Gerechtigkeit des Ausländerrechts	auch so dieses ausgeliefert sein in ausländerrechtlichen Geschichten.	T2 Z. 180
Ungerechtigkeit	Ab wann hat jemand einen Pass und irgendein anderer keinen Pass.	T2 Z.180-181
Gnadenloses System	Und das Ganze hat dann immer absurdere Schleifen gezogen, weil das System	T2 Z.172-173

	dann so gnadenlos wurde	
Kritisches Hinterfragen des Professionalisierungsansatzes	aber es gibt auch welche die da selber Probleme mit haben und wo es nicht stimmig ist.	T2 Z. 245-246
Drehtüreffekt durch schlechte Zusammenarbeit mit Modulen	Weil, wenn man immer nur in seinem eigenen Saft badet, der Mediziner bspw. der es total gut meint und immer wieder eine Einweisung ins Krankenhaus macht ohne dass es jemals eine Anbindung an eine Drogenberatung gibt, sorgt ohne dass er es will möglicherweise dafür, dass so ein Drehtüreffekt etabliert wird.	T2 Z.269-273
Schwachstelle der Krankenhäuser	aber im Krankenhaus wird nie über Therapie gesprochen,	T2 Z.273-274
Kritische Äußerung an Profession der Mediziner	Oder aber wirklich Ärzte, die denken, sie müssten wirklich alles selber klären, weil sie einfach Mediziner sind	T2 Z.277-278
Unwissenheit von Mediziner*innen im sozialarbeiterischen Bereich	und über die Angebote aus dem sozialarbeiterischen Bereich einfach keine Ahnung haben.	T2 Z.278-279
Fokus der Krankenhäuser liegt nicht auf dem Wunsch der Klient*innen	Das ist hier in der Stadt durchaus ein Thema, so das halt nicht geguckt wird was wünscht sich der Klient	T2 Z. 280-281
Abhängigkeit = geringere Auswahl	weil Abhängigkeit ist grundsätzlich eine Einengung der Wahlmöglichkeiten.	T2 Z. 282-283
Kritik an Mediziner*innen/ System Beispielhaftes Aufzeigen von Wahlmöglichkeiten	So wenn wir jetzt Ärzte haben, die bereit sind auch individuell zu gucken und nicht nur immer Methadon verschreiben, weil das das günstigste ist, dann wäre vielen Klienten massiv geholfen. Ebenso sieht das mit der Auswahl aller anderen Systeme aus. Ich finde es auch toll, dass es Einrichtung yz gibt, auch wenn ich weiß, dass die für die meisten Leute in der Art wie die da Therapie anbieten	T2 Z. 291-303

	<p>nicht in Frage kommen. Aber es gibt ein paar Leute für die ist das genau das richtige. Deshalb das allgemeine Baching, was gern auch von Klienten von uns forciert wird, dem kann ich mich überhaupt nicht anschließen, weil ich einfach auch Leute kenne, denen hat Einrichtung yz das Leben gerettet. Trotzdem würde ich 95% meiner Klienten nicht dorthin schicken, weil es einfach nicht passt. Aber toll, dass es die gibt. Und so sehe ich das mit allen anderen Einrichtungen auch. Ich hab gerade hier im Bezirk so gut wie nie Klienten, die die in eine christliche Einrichtung wollen. Aber trotzdem gut, dass es die gibt, weil es ein paar gibt für die ist es genau das richtige.</p>	
Kritik am Verwaltungswesen	So funktioniert leider das Verwaltungswesen nicht.	T2 Z. 452
Hinterfragen von Erreichbarkeit der Angebote	wenn Erreichen wir hier im psychiatrischen System, was wollen wir, bräuchte es noch was anderes, an welchen Stellen sind wir viel zu hochschwellig.	T2 Z. 476-478
INVIVO: gesellschaftlicher Skandal	Und das ist, ich halte es für ein, will nicht pathetisch werden, für einen gesellschaftlichen Skandal	T2 Z.478-479
Kritisches Hinterfragen der Rahmenbedingungen	Und können wir hier auch den Rahmen bieten, dass sie hier ankommen und sich wohl fühlen.	T2 Z. 535-536
Kritik an Bürokratie	Also, das Ganze ist so umständlich, bürokratisch aufgestellt, dass es dadurch viel Reibungsverlust gibt	T2 Z. 546-547

weitere Konzepte

Konzept	Definition
Angebotsstruktur	Unter dem Konzept der Angebotsstruktur wurden

	jegliche Aussagen über die Angebote der einzelnen Beratungsstellen gesammelt, welche deskriptiv von den Interviewpartner*innen aufgelistet wurden.
Zielgruppe	Sozialarbeitende tragen zusammen, welche Menschen mit der Suchtberatung erreicht werden sowie welche Personengruppen angesichts diverser Gründe unerreichbar bleiben.
Problemlagen von Klient*innen	Dieses Konzept beschreibt die multifaktoriellen Probleme und Bedarfe der Klient*innen mit denen sie die Suchtberatung aufsuchen.
Umgang	An dieser Stelle wird der individuelle Umgang mit den zuvor beschriebenen Grenzen erläutert und zeigt teilweise Perspektiven mit praktischen Optimierungsvorschlägen auf.
Folgen	Das Konzept fasst alle Aussagen darüber zusammen, welche die Interviewpartner*innen über Auswirkungen von den Grenzen der Beratung geben.