



universität  
wien

# MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

## **„Erfolg in einer Drogeneinrichtung“**

Eine qualitative Untersuchung des Erfolgsverständnisses von MitarbeiterInnen  
der Drogeneinrichtung Schweizer Haus Hadersdorf

Verfasserin

Silvia Haas, Bakk. phil.

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im April 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066/813

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Magisterstudium Soziologie

Betreuerin:

Univ.-Prof. Dr. Irmgard Eisenbach-Stangl

## Danksagung

Großer Dank gilt Frau Univ.-Prof. Dr. Irmgard Eisenbach-Stangl, die bereit war, die wissenschaftliche Betreuung dieser Forschungsarbeit zu übernehmen und mich sowohl bei der Konzepterstellung als auch während des gesamten Forschungsprozesses unterstützte.

Das Gelingen dieser empirischen Untersuchung verdanke ich natürlich auch Herrn Mag. Harald Spirig, Geschäftsführer des Schweizer Haus Hadersdorfs (SHH), der mir einerseits die Möglichkeit eröffnete das SHH für meine Magisterarbeit zu untersuchen und andererseits immer für Fragen zur Verfügung stand und während der Datenerhebung hinsichtlich der Kontaktherstellung zu den MitarbeiterInnen eine große Hilfe war. Ein besonderes Dankeschön gilt vor allem auch den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des SHH, die mich bei meiner Magisterarbeit unterstützten, indem sie sich für Interviews zur Verfügung stellten und somit einen wichtigen Beitrag für die Forschungsarbeit leisteten und ohne deren Mitwirken diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Bedanken möchte ich mich auch bei meiner Interpretationsgruppe (Daniela Suchy, Robert Rothmann, Lena Göpfrich und Christiana Wegleitner) und ihr wertvolles Feedback bei der Auswertung der Ergebnisse.

Meiner Familie möchte ich für die jahrelange Unterstützung, insbesondere während der Studienzeit danken, ebenso danke ich meinem Partner für die mir erwiesene Unterstützung und Motivation während des Schreibens der Magisterarbeit und während meiner Studienzeit.

Wien, im April 2009

## **Eidesstattliche Erklärung**

Die Autorin versichert, dass die vorliegende Magisterarbeit selbstständig verfasst wurde. Es wurden keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt. Alle für direkte und indirekte Zitate benutzten Quellen sind nach den Regeln des wissenschaftlichen Zitierens angegeben. Der Autorin ist bekannt, dass beim Verstoß gegen diese Regeln eine positive Beurteilung der Arbeit nicht möglich ist. Die Arbeit bzw. Teile davon wurden weder im In- noch im Ausland einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung als Prüfungsarbeit vorgelegt.

Wien, im April 2009

# Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagung</b>	<b>2</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung</b>	<b>3</b>
<b>1. EINLEITUNG</b>	<b>6</b>
1.1. Forschungsinteresse und Entwicklung der Fragestellung	6
1.2. Ziel der Arbeit und Forschungsfrage	7
1.3. Aufbau der Arbeit	8
<b>2. THEORETISCHER RAHMEN</b>	<b>10</b>
2.1. Gesellschaftliche Wirklichkeit als soziale Konstruktion	10
2.2. Organisationen als soziale Konstruktionen	14
2.3. Funktionen von Nonprofit Organisationen	16
<b>3. EINFÜHRUNG IN DAS FORSCHUNGSFELD</b>	<b>19</b>
3.1. Drogenbezogene Behandlung in Österreich	19
3.1.1. Entwicklung des Behandlungssystems: Zwischen Abstinenz und Akzeptanz	20
3.1.2. Substitutionsbehandlung	24
3.2. Gründung des Schweizer Haus Hadersdorf	27
3.3. Das Schweizer Haus Hadersdorf – ein akzeptanzorientierter Zugang	29
3.4. Betreuungsstruktur und Angebot der Einrichtung	31
<b>4. EMPIRISCHER TEIL</b>	<b>33</b>
4.1. Grundlagen qualitativer Forschung	33
4.2. Zyklische Organisation des Forschungsprozesses	35
4.2.1. Planungsphase	35
4.2.2. Orientierungsphase - Feldeinstieg	36
4.2.3. Die zyklische Hauptforschungsphase	38
4.3. Die Methode: Das qualitative Interview	41
4.3.1. Das episodische Interview	41
4.3.2. Der Leitfaden	42
4.3.3. Auswertung der Daten: Qualitative Themenanalyse nach Froschauer/Lueger (2003)	43
<b>5. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE DER THEMENANALYSE</b>	<b>46</b>
5.1. Welche sozialen Konstruktionen steuern den Umgang mit dem Klientel?	48
5.1.1. Drogenabhängigkeit als „schwere Krankheit“	48

5.1.2. Akzeptanz der DrogenkonsumentInnen _____	50
5.1.3. Arbeiten mit Krisen und Rückfällen _____	53
<b>5.2. Ziele und Aufgaben aus der Sicht der MitarbeiterInnen _____</b>	<b>56</b>
5.2.1. Aufklärung und Unterstützung bei der (Wieder-)Aufnahme _____	56
5.2.2. Eigenverantwortung der DrogenkonsumentInnen _____	58
5.2.3. Absichern und Entlasten der PatientInnen _____	62
5.2.4. Begleitung und Unterstützung der PatientInnen _____	63
5.2.5. Medizinische Versorgung _____	65
5.2.6. Ziele der PatientInnen _____	67
<b>5.3. Erfolgskriterien aus der Sicht der MitarbeiterInnen _____</b>	<b>69</b>
5.3.1. Gelungener Beziehungsaufbau zwischen Patient und BetreuerIn bzw. BehandlerIn _____	69
5.3.2. Gelungene therapeutische Intervention _____	71
5.3.3. Rückmeldungen der PatientInnen _____	73
5.3.4. Erfolgreicher Therapieabschluss: Umwandlung der Haftstrafe _____	75
<b>5.4. Gibt es ein Scheitern in der Arbeit mit DrogenpatientInnen? _____</b>	<b>76</b>
<b>6. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE UND SCHLUSSFOLGERUNGEN</b>	<b>79</b>
_____	79
<b>7. LITERATUR- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS _____</b>	<b>85</b>
Literaturverzeichnis _____	85
Abbildungsverzeichnis _____	93
<b>Anhang _____</b>	<b>94</b>
Abstract _____	94
Leitfaden für die Geschäftsführung _____	95
Leitfaden für die MitarbeiterInnen _____	96
Curriculum Vitae _____	97

# 1. EINLEITUNG

## 1.1. Forschungsinteresse und Entwicklung der Fragestellung

Die vorliegende Arbeit untersucht eine Organisation die suchtkranke Menschen berät und behandelt: Das Schweizer Haus Hadersdorf. Dabei handelt es sich um eine Einrichtung, die stationäre, dezentrale und ambulante Drogentherapie anbietet. Es wird der Frage nachgegangen, wie die Einrichtung beziehungsweise die MitarbeiterInnen der Einrichtung im Rahmen ihrer Tätigkeit Erfolg definieren bzw. nach welchen Erfolgskriterien die MitarbeiterInnen ihre Tätigkeit ausrichten.

Das Interesse sich mit einer Einrichtung für Drogentherapie zu beschäftigen entwickelte sich aufgrund eines Projektes mit einer Drogeneinrichtung, das im Rahmen eines Seminars am Institut für Soziologie stattfand.<sup>1</sup> Die Zusammenarbeit mit dieser Organisation und ein generelles Interesse an organisationssoziologischen Fragestellungen haben dazu beigetragen auch für die Magisterarbeit in diesem Bereich zu forschen. Das Ziel und die Fragestellung der Arbeit waren zu Beginn etwas anders. Dies soll hier kurz erläutert werden.

Das ursprüngliche Forschungsinteresse bezog sich auf die Problematik des Abbruchs von Therapien. Was führt dazu, dass KlientInnen einer Einrichtung eine Therapie abbrechen? Die Idee, die dahinter stand war eine Evaluation des Angebots der Einrichtung. Nach einer ersten Kontaktaufnahme<sup>2</sup> mit der Geschäftsführung der Drogeneinrichtung Schweizer Haus Hadersdorf (SHH) stellte sich jedoch heraus, dass die ursprüngliche Problemstellung (Therapieabbruch) nicht in der beabsichtigten Art und Weise untersucht werden konnte, da ein „Abbruch“ seitens eines Klienten, nicht wie ursprünglich angenommen als ein Kriterium für Misserfolg gesehen wird. Nach dem ersten Gespräch stellte sich daher heraus, dass der „Erfolg“ der Einrichtung nicht an (der Anzahl von) Therapieabschlüssen oder –abbrüchen gemessen wird. Nach

---

<sup>1</sup> Dabei handelte es sich um ein Evaluationsprojekt mit der Einrichtung „Dialog“, das im Rahmen der Lehrveranstaltung „Qualitative Evaluation“ im Sommersemester 2006 stattfand.

<sup>2</sup> Der Erstkontakt zum Schweizer Haus Hadersdorf wurde durch meine Betreuerin, Frau Univ.-Prof. Dr. Eisenbach-Stangl hergestellt.

diesem ersten „missglückten“ Einstieg in das Forschungsfeld, zeigte sich, dass es notwendig ist, in diesem Feld offener vorzugehen und die Forschung eher als explorative Forschung anzulegen.

## **1.2. Ziel der Arbeit und Forschungsfrage**

Wie in Punkt 1.1. beschrieben war der Beginn der Forschung durch einen „missglückten“ Einstieg ins Feld gekennzeichnet. Aufgrund von Vorannahmen, die sich bei genauer Betrachtung des Feldes als „fehlerhaft“ erwiesen, musste die ursprüngliche Fragestellung überarbeitet bzw. modifiziert werden bzw. im Sinne qualitativer Forschung neu formuliert werden.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich nun mit einer Einrichtung, die Drogenkranke Menschen berät und behandelt. Ziel ist es dabei herauszufinden, wie „Erfolg“ bzw. „Misserfolg“ von den MitarbeiterInnen dieser Einrichtung definiert werden. Es wird der Frage nachgegangen, welches Verständnis die MitarbeiterInnen der Einrichtung von „Erfolg“ bzw. „Misserfolg“ im Rahmen ihrer Tätigkeit haben. Die konkrete Forschungsfrage lautet nun:

**„Wie wird „Erfolg“ bzw. „Misserfolg“ von den MitarbeiterInnen der Drogeneinrichtung Schweizer Haus Hadersdorf definiert?“**

Um das Projekt im Rahmen einer Magisterarbeit bearbeiten zu können wurde entschieden, den Untersuchungsgegenstand auf die MitarbeiterInnen einzuschränken (das heißt, es wurden nur MitarbeiterInnen interviewt, nicht jedoch KlientInnen der Einrichtung). Anhand von qualitativen Interviews die mit Hilfe eines Leitfadens geführt werden, soll herausgefunden werden, was die MitarbeiterInnen im Schweizer Haus Hadersdorf unter „Erfolg“ bzw. „Misserfolg“ verstehen und inwiefern es Gemeinsamkeiten und insbesondere Unterschiede gibt.

Da es sich um eine qualitative Herangehensweise an die Thematik handelt, werden vorab keine Hypothesen formuliert. Da das Wissen Wahrnehmung und Handeln beeinflusst, soll so vermieden werden, dass man als ForscherIn durch

Hypothesen auf bestimmte Aspekte festgeschrieben wird. Würde man Hypothesen schon zu Beginn formulieren, wäre das Prinzip der Offenheit stark beeinträchtigt (vgl. Flick/Kardorff/Steinke 2005: 266f.).

### **1.3. Aufbau der Arbeit**

Die vorliegende Magisterarbeit teilt sich insgesamt in sechs Kapiteln auf. Im ersten Kapitel folgt zum einen eine Darstellung des Forschungsinteresses und der Entwicklung der Fragestellung und zum anderen welches Ziel mit der Forschung verfolgt wird.

Im zweiten Kapitel werden der theoretische Rahmen beziehungsweise die theoretischen Überlegungen dargestellt. Dabei wurde ein konstruktivistischer Zugang zur Thematik gewählt. Ausgangspunkt ist, dass gesellschaftliche Wirklichkeit sozial konstruiert ist und das eben auch „Drogenbilder“ in der Drogenhilfe soziale Konstruktionen sind. Anschließend werden Organisationen als soziale Konstruktionen dargestellt beziehungsweise wie Organisationen durch ihre Mitglieder und durch Kommunikation konstruiert werden. Der theoretische Rahmen wird mit einigen Überlegungen zu NPOs und deren Bedeutung für die Gesellschaft abgeschlossen.

In Kapitel drei, „Einführung in das Forschungsfeld“ erfolgt ein kurzer Einblick in das Forschungsfeld und die für die untersuchte Organisation relevanten Themen. Außerdem werden im selben Kapitel die untersuchte Organisation und ihr Angebot dargestellt und beschrieben.

Im empirischen Teil (Kapitel vier) wird in erster Linie der Forschungsprozess erläutert. Dazu gehören unter anderem eine kurze theoretische Einführung zu qualitativen Methoden, der Ablauf des Forschungsprozesses, die verwendete Methode (das qualitative Interview) und die Form der Datenauswertung. In Kapitel fünf werden dann die Ergebnisse der Untersuchung skizziert. Zuerst folgt ein kurzer theoretischer Einstieg in das Thema, gefolgt von den Ergebnissen der Themenanalyse, die sich zum einen in die „Drogenbilder“ innerhalb der Organisation einteilen, gefolgt von den Zielen, die die



MitarbeiterInnen im Rahmen ihrer Tätigkeit verfolgen und letztendlich den Erfolgskriterien die unter anderem durch „Erfolgsgeschichten“ dargestellt werden.

Im sechsten Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung zusammengefasst und letztendlich Schlussfolgerungen daraus gezogen.

## 2. THEORETISCHER RAHMEN

In diesem Kapitel wird der theoretische Rahmen bzw. werden die theoretischen Vorüberlegungen zum vorliegenden Thema dargestellt. Es gibt eine Reihe von Theorien und Möglichkeiten sich dem Phänomen Organisation zu nähern und diese bzw. deren Zweck, das Entstehen, das Bestehen, den Wandel usw. zu verstehen oder zu erklären. Jede Theorie legt unterschiedliche Schwerpunkte und Zielsetzungen.

Ein Zugang sind konstruktivistische Ansätze, die insofern nützlich erscheinen für die vorliegende Arbeit, da die gewählte qualitative Methode bzw. die interpretative Analyse sich am Konstruktivismus und am Verständnis von gesellschaftlicher Wirklichkeit als soziale Konstruktion orientiert (siehe Froschauer/Lueger 2003: 183). Konstruktivistische Ansätze gehen dabei von der Annahme aus, dass Menschen eine soziale Wirklichkeit schaffen, indem sie kommunizieren und interagieren. Diese Wirklichkeit stellt sich ihnen dann als objektive Wirklichkeit dar.

### 2.1. Gesellschaftliche Wirklichkeit als soziale Konstruktion

Berger und Luckmann (2000) beschreiben in ihrem Werk „Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit“, wie Menschen die Wirklichkeit sozial konstruieren. Die zentrale Fragestellung der gesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit, die bei Berger und Luckmann im Mittelpunkt steht ist: *„Wenn alle menschliche Erfahrung im subjektiven Erleben gründet, wie kann aus subjektiven Wirklichkeiten eine dem Menschen gegenüberstehende objektive Realität entstehen?“* (Schnettler 2006: 90).

Ihr Ausgangspunkt ist dabei das Alltagswissen. Das Alltagswissen oder Allerweltswissen hat insofern eine zentrale Bedeutung, denn dieses Wissen *„bildet die Bedeutungs- und Sinnstruktur, ohne die es keine menschliche Gesellschaft gäbe“* (Berger/Luckmann 2000: 16). Das Alltagswissen ist also die Grundvoraussetzung, damit eine menschliche Gesellschaft überhaupt existieren kann. Das Alltagswissen wird dabei als Wissensvorrat gesehen, der den

Menschen hilft, sich in der Alltagswelt zurechtzufinden. Unter Alltagswissen kann grundsätzlich das verstanden werden, was sich Gesellschaftsmitglieder gegenseitig als selbstverständlichen und sicheren Wissensbestand unterstellen müssen, damit sie überhaupt interagieren können (vgl. Berger/Luckmann 2000).

Die Wirklichkeit der Alltagswelt stellt sich für das Individuum als eine intersubjektive Welt dar, die mit anderen geteilt wird. Dadurch trennt sich die Alltagswelt auch von anderen Wirklichkeiten, denen man sich bewusst ist. In der Alltagswelt kann man daher nur existieren, wenn man kontinuierlich interagiert und kommuniziert (vgl. Berger/Luckmann 2000: 25f.). Für das Individuum wird daher die Alltagswelt zur Wirklichkeit, von der es weiß, dass sie von anderen in gleicher Weise wahrgenommen wird. So betonen Berger und Luckmann (2000): „*Das Wichtigste, was ich weiß, ist, dass es eine fortwährende Korrespondenz meiner und ihrer Auffassung von und in dieser Welt gibt, dass wir eine gemeinsame Auffassung von ihrer Wirklichkeit haben*“ (Berger/Luckmann 2000: 26)

Gesellschaft ist, wie bereits ausgeführt, objektiv und subjektiv Wirklichkeit. Um diesen beiden Aspekten gerecht zu werden, muss Gesellschaft als ständiger dialektischer Prozess gesehen werden, der aus den Komponenten *Externalisierung*, *Objektivierung* und *Internalisierung* besteht (vgl. Berger/Luckmann 2000: 139). *Externalisierung* bedeutet, dass sich menschliches Leben ständig äußern muss und sich durch Aktivität verkörpern muss. Das heißt, ohne zwischenmenschliche Interaktion wäre der Prozess der Wirklichkeitskonstruktion nicht möglich. Der Mensch ist prägnant, was nicht nur als Fähigkeit, sondern auch als Notwendigkeit gesehen wird. Das einzelne Individuum braucht daher eine konkrete Welt als Bezugsrahmen, um sein Leben daran auszurichten. Eine klare Ordnung ist für das Individuum von großer Bedeutung (vgl. Kieser 2002: 291f.)

Der Vorgang der *Objektivierung* kann dann erst einsetzen, wenn sich Externalisierungsprozesse vollzogen haben, also wenn das Individuum mit anderen Individuen in Kontakt getreten ist. Beim diesem Vorgang gewinnen die Produkte menschlicher Selbstentäußerung objektiven Charakter, sie werden

vergegenständlicht (vgl. Berger/Luckmann 2000: 64f.). Im Prozess der Objektivation betonen Berger und Luckmann die Beutung der Sprache. Die Sprache ist der Speicher von angehäuften Erfahrungen und Bedeutungen. Durch die Sprache werden diese Erfahrungen und Bedeutungen aufbewahrt, damit sie nachfolgenden Generationen übermittelt werden können (vgl. Berger/Luckmann 2000: 39).

Dass sich der Mensch bei seiner alltäglichen Interaktionen nicht nur an vorhandene Routinen, Regeln und Verhaltensmuster orientiert, sondern gemeinsam mit anderen immer wieder neue Verhaltensmuster ausbildet, wird als „*Institutionalisierungsprozess*“ verstanden (vgl. Kieser 2002: 293). Vorstufe dieser Institutionalisierung ist die Habitualisierung. Berger und Luckmann gehen davon aus, „*alles menschliche Tun ist dem Gesetz der Gewöhnung unterworfen*“ (Berger/Luckmann 2000: 56). Dies ermöglicht dem Menschen, sich in der Welt zurechtzufinden. Jede Handlung, die man oft wiederholt, verfestigt sich dabei zu einem Modell. Die betreffende Handlung kann dabei in Zukunft auch ausgeführt werden. Von Institutionalisierung kann man dann sprechen, wenn habitualisierte Handlungen in den allgemeinen Wissensvorrat übergehen (vgl. Kieser 2002: 293). Eine weitere Voraussetzung von Institutionalisierungen ist die „Historizität“. „*Es ist unmöglich, eine Institution ohne den historischen Prozess, der sie heraufgebracht hat, zu begreifen*“ (Berger/Luckmann 2000: 58). Eine Institution wird dann historisch, wenn sie von einer nachfolgenden Generation übernommen wird. Diese war an der Errichtung aber nicht beteiligt. Durch diesen Institutionalisierungsprozess entsteht dann eine objektive Welt (vgl. Kieser 2002: 293).

Unter *Internalisierung* verstehen Berger und Luckmann (2000) eine „*Einverleibung, durch welche die vergegenständlichte gesellschaftliche Welt im Verlauf der Sozialisation ins Bewußtsein zurückgeholt wird*“ (Berger/Luckmann 2000: 65). Wie bereits erwähnt, kann von einer objektiven Wirklichkeit erst dann gesprochen werden, wenn die geschaffenen Institutionen im Laufe der Sozialisation an eine neue Generation weitergegeben werden. Diese Institutionen müssen daher während des Sozialisationsprozesses verinnerlicht werden (vgl. Kieser 2002: 294).

Die Ergebnisse von Externalisierung, Objektivation und Internalisierung führen zu folgendem Resümee: *„Gesellschaft ist ein menschliches Produkt. Gesellschaft ist eine objektive Wirklichkeit. Der Mensch ist ein gesellschaftliches Produkt.“* (Berger/Luckmann 2000: 65)

Um das Thema Drogen sind im Laufe der Zeit viele „Bilder“ entstanden, die sich als soziale Konstruktionen darstellen. Die wissenschaftliche und öffentliche Diskussion um das Thema Drogen ist dabei durch *„Diabolisierungs- und Dramatisierungsszenarien sowie Legendenbildungen als immerwährende Reproduktion von Drogenmythen“* (Schneider 2000: 14) bestimmt. Mythen werden dabei als symbolische Sinnwelten verstanden, die eine *„Welt der Gewißheit“* (Berger/Luckmann 1986 zit. nach Schneider 2000: 14) organisieren. Damit ist das gemeint, was uns im Alltag als „gewiss“ erscheint. Mythen suggerieren etwas Natürliches, Unhinterfragbares, sie dienen der Komplexitätsreduktion und der Produktion von Sündenböcken. Ein Mythos unterschlägt, *„daß seine Aussage und das in dieser enthaltene Phänomen etwas sozial Gemachtes ist, und er unterschlägt auch die unterschwellige Zielsetzung dieser sozialen Konstruktion von Wirklichkeit“* (Hess 1986 zit. nach Schneider 2000: 14).

Drogenabhängigkeit und Drogensucht sind gesellschaftlich-kulturelle Konstrukte. Dabei stellt sich die Frage, was diese Konstrukte vermitteln. Schneider (2000) zufolge hat man es bei diesen Konstrukten mit der Erzählung vom uralten Mythos der Autonomie des Individuums zu tun. Das Konstrukt Drogenabhängigkeit enthält die Nachricht des Bösen, der Verfremdung, des Außer-Sich-Seins und des Verlustes an Autonomie und Selbstkontrolle. Der Mythos des völlig verwahrlosten durch Defizite geprägten Junkies aus einer anderen Welt gehört hier genauso dazu, wie der gefährliche, gewissenlose und unverantwortliche Drogendealer (vgl. Schneider 2000: 15). Eine besondere Bedeutung nimmt der Mythos von „Drogenabhängigkeit“ als eine *„pharmakologisch und psychiatrisch bedingte, generell behandlungsbedürftige Krankheit“* (Schneider 2000: 16) ein. KonsumentInnen von illegalisierten Drogen werden dabei in der Öffentlichkeit als Individuen dargestellt, die ständig an

Drogen „hängen“, schwer krank und kriminell vorbelastet sind. Ihnen wird eine eingeschränkte Handlungsfähigkeit unterstellt, die aus der „Abhängigkeit“ resultiert (vgl. Schneider 2000: 16). Es kann nun unmöglich auf alle sozial konstruierten „Drogenbilder“ eingegangen werden, die in der Drogenhilfe, Drogenforschung und Drogenpolitik herrschen. Schneider (2000) weist aber darauf hin, dass man keineswegs von einer „Entzauberung“ der bis heute anhaltenden Drogenlegenden und Drogenmythen reden kann, im Gegenteil es kommen immer wieder neue Mythen dazu (vgl. Schneider 2000: 17).

## **2.2. Organisationen als soziale Konstruktionen**

Menschen schaffen also eine soziale Wirklichkeit, indem sie kommunizieren und interagieren. Diese Wirklichkeit erscheint ihnen und ihren Nachkommen als objektive Wirklichkeit. Viele organisationssoziologische Theorien gehen von der Annahme aus, dass die Organisationsstruktur oder Merkmale einer Organisation in einer objektiven Weise erfasst werden können bzw. etwas objektiv Gegebenes sind. Bei konstruktivistischen Ansätzen findet Organisation dagegen vor allem in den Köpfen der Organisationsmitglieder statt (vgl. Kieser/Walgenbach 2007: 59). Dies bedeutet, dass die *„in Organisationen gültigen Interaktionsmuster sich auf dem Wege der Verständigung zwischen Interaktionspartnern herausbilden und folglich auch nur über das Wissen der handelnden Organisationsmitglieder erschlossen werden können“* (Kieser 2002: 297). Die Organisation ist also eine Institution, die im Laufe der Zeit sozial konstruiert wurde und uns als objektive Wirklichkeit erscheint. Als Außenstehender, zum Beispiel als Wissenschaftler, muss man nun rekonstruieren, wie Organisationsmitglieder ihre organisatorischen Wirklichkeiten sehen und wie sie ihre Handlungen interpretieren (vgl. Kieser/Walgenbach 2007: 60).

Wie also verschiedene Akteure eine Organisation wahrnehmen und wie sie in Bezug auf diese Organisation handeln und wie sie darüber berichten basiert also auf der jeweiligen Wirklichkeitskonstruktion der Akteure.

Bei Luhmann dagegen sind es nicht Personen, die die Konstrukteure der sozialen Wirklichkeit sind. Luhmann zufolge sind Gesellschaft, Organisationen, Familie, jede Sozialordnung usw. soziale Systeme. Um Soziale Systeme (z.B. Organisationen) handelt es sich dann, wenn Handlungen mehrerer Personen sinnhaft aufeinander bezogen werden, also wenn sie durch ihren gemeinten oder implizierten Sinn verbunden sind und aufeinander verweisen und dadurch in ihrem Zusammenhang abgrenzbar sind von einer nichtdazugehörigen Umwelt. Organisationen bestehen im Luhmannschen Sinne also nicht aus Personen, sondern aus konkreten Handlungen. (vgl. Luhmann 1995: 23f.). Daraus lässt sich ableiten, dass das (Drogen)hilfesystem, die Organisationen, die jeweils verschiedene Aufgaben des Systems wahrnehmen, aber auch zum Beispiel die Drogenszene soziale Systeme darstellen.

Soziale Systeme bestehen aus Kommunikationen. Soziale Systeme entstehen erst, wenn Kommunikation unter Menschen stattfindet, „*denn mit jeder Kommunikation beginnt eine Geschichte, die durch aufeinander bezogene Selektionen sich ausdifferenziert, indem sie nur einige von vielen Möglichkeiten realisiert*“ (Luhmann 2005: 10). Die Umwelt ist dabei komplexer als das System, da sie immer mehr Möglichkeiten bietet, als das System verarbeiten kann. Kommunikation ist die autopoietische Operation, die soziale Systeme erzeugt. Kommunikation gibt es daher nur als soziale Systeme und nur in sozialen Systemen. Dies gilt auch für Organisationen. Luhmann betrachtet Organisationen daher als autopoietische Systeme. Ein autopoietisches System reproduziert die Elemente, aus denen es besteht, mit Hilfe der Elemente aus denen es besteht. Eine Organisation ist daher ein System, das sich selbst als Organisation erzeugt. Und ein System, das sich selbst erzeugt, muss sich auch selbst beobachten, also es muss sich selbst von seiner Umwelt unterscheiden können. Autopoiesis ist aber nur möglich, wenn das System bzw. die Organisation sich im Dauerzustand der Unsicherheit über sich selbst im Verhältnis zur Umwelt befindet (vgl. Luhmann 2000: 46ff.).<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Beim Autopoiese-Konzept handelt es sich um Überlegungen, die Luhmann von den Biologen Maturana und Varela übernimmt. Eine zentrale Annahme dieses Radikalen Konstruktivismus ist, dass Wahrnehmung im Gehirn stattfindet. Die von uns sinnlich erlebte Welt ist nur ein Konstrukt des Gehirns ist. Das Gehirn konstruiert daher Wirklichkeit. Werden die eigenen Wahrnehmungen beschrieben, tut man dies als Beobachter. Beobachten ist dabei ein Beschreiben, welches auf Unterscheidungen aufbaut. Diese ermöglichen wiederum Orientierung und Interpretation (vgl. Kieser 2002: 299f.).

Sozial-konstruktivistische Ansätze (von Berger/Luckmann beeinflusst) betonen insbesondere die Interpretationsfähigkeit organisatorischer Regeln, das heißt, dass Regeln interpretiert werden müssen, damit sie in Handlungen umgesetzt werden können. Regeln können auf verschiedene Weise interpretiert werden, daher müssen Organisationsmitglieder ständig miteinander kommunizieren, um eine Übereinstimmung in den Interpretationen zu erreichen, wie sie für gemeinsames Handeln notwendig ist (vgl. Kieser 2002: 303).

Kieser (2002) kommt also zu dem Ergebnis: *„Organisationen konstituieren sich durch Kommunikation und Handeln (Interaktionen). Sie werden ständig durch Kommunikation intersubjektiv interpretiert, auch neu interpretiert, und damit stabilisiert beziehungsweise verändert“* (Kieser 2002: 305).

### **2.3. Funktionen von Nonprofit Organisationen**

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um einen speziellen Typ von Organisation, die in der Literatur häufig als „gemeinnützige“ Organisation dargestellt wird. NPOs oder gemeinnützige Organisationen arbeiten nicht im materiellen Interesse ihrer Mitglieder, sondern zum Nutzen ihrer „Klienten“ (vgl. Endruweit 2004: 51). Bei NPOs handelt es sich um private, nichtgewinnorientierte Organisationen, die weder dem Markt noch dem Staat zugerechnet werden. NPOs umfassen z.B. das Bildungs- und Forschungswesen, Gesundheitswesen, Soziale Dienste, Ehrenamtlichkeit etc. (vgl. Endruweit 2004: 52). NPOs sind durch ein Mindestmaß an formaler Organisation, dem Verbot der Gewinnausschüttung, durch private Trägerschaft, durch ein Minimum an Selbstverwaltung und ein Mindestmaß an Freiwilligkeit (kann sich in unbezahlter Arbeit, Spenden oder freiwilliger Mitgliedschaft zeigen) gekennzeichnet (vgl. Simsa 2001; Badelt et al. 2007).

Mittels Systemtheorie ist eine differenzierte Analyse der Funktionen von NPOs möglich. Die Systemtheorie nach Luhmann geht von funktionaler Differenzierung der Gesellschaft aus, das heißt, es haben sich Funktionssysteme ausgebildet, z.B. „Wirtschaft“, „Wissenschaft“, „Gesundheit“,



„Recht“ etc., die spezifische Funktionen erfüllen. Zum Beispiel ist das Gesundheitssystem für Heilung zuständig, die Wirtschaft für die Bearbeitung von Knappheit, die Justiz für innere Sicherheit etc. (vgl. Simsa 2007: 136f.). Diese Funktionssysteme sind dadurch gekennzeichnet, dass sie operativ geschlossen sind und ihre Grenzen über die Anwendung binärer Codes bilden. Alle Kommunikationen, die an diesem Code orientiert sind, gehören zum betreffenden Funktionssystem, alle anderen nicht. Für das Wissenschaftssystem gilt beispielsweise der binäre Code wahr/unwahr, das Wirtschaftssystem unterscheidet zahlen/nicht zahlen, das Rechtssystem Recht/Unrecht. Für das System der Krankenbehandlung kommt nach Luhmann (2005) die Unterscheidung krank und gesund in Betracht. Daher ist das System der Krankenbehandlung als ein autonomes Funktionssystem zu sehen. Eine andere Unterscheidung würde das System einen anderen bzw. übergeordneten Funktionsbereich zuordnen, das heißt diese Codierung ermöglicht eine unzweideutige Zuordnung zu (nur) einem Funktionssystem. Die Unterscheidung krank und gesund definiert den spezifischen Kommunikationsbereich von ÄrztIn und PatientIn (vgl. Luhmann 2005: 176ff.).

Diese Spezialisierung generiert aber laut Simsa (2007) Folgeprobleme, die aus der unzureichenden Abstimmung der Funktionssysteme und der Vernachlässigung von Themen, für die kein Funktionssystem zuständig ist, resultieren und sich in Risiken äußern. Die Gesellschaft reagiert aber auf diese Risiken, indem sie weitere Systeme ausbildet, die an Folgeproblemen funktionaler Differenzierung orientiert sind. Ein solches System wäre zum Beispiel das System soziale Arbeit (vgl. Simsa 2007: 137). Dirk Baecker macht dagegen auf ein anderes System aufmerksam, das der sozialen Hilfe. In der modernen Gesellschaft hat sich ein Funktionssystem der Sozialhilfe ausdifferenziert, das durch den Code von Helfen bzw. Nichthelfen Defizite ausgleicht und in der Gesellschaft und stellvertretend für die Gesellschaft Inklusionsprobleme der Bevölkerung betreut (vgl. Baecker 1994: 93).

Organisationen bilden sich für gewöhnlich in den verschiedenen Funktionssystemen, in dem sie dessen Funktion und die daran orientierten Codes ihren Operationen, also ihren Entscheidungen als primäres Kriterium zu

Grunde legen. Im Gegensatz zu Funktionssystemen, in denen nur das vorkommt, was diesem Code entspricht, sind Organisationen auch immer an anderen Kriterien orientiert. Simsa (2007) zufolge sind Organisationen in unterschiedliche Formen in der Gesellschaft eingebettet, und weisen daher verschiedene Orientierungen an Funktionssystemen auf. Das heißt, NPOs können sich einerseits einem Funktionssystem zuordnen, andererseits können sich NPOs zwei oder mehreren Funktionssystemen zuordnen. NPOs partizipieren außerdem häufig am System sozialer Arbeit. Sie übernehmen dann dessen Funktion der Milderung negativer Differenzierungsfolgen in Bezug auf den Ausschluss von Personen. Die damit verbundene Funktion liegt insbesondere in der Schadensbegrenzung (vgl. Simsa 2007: 137).

### **3. EINFÜHRUNG IN DAS FORSCHUNGSFELD**

Folgendes Kapitel dient dazu, einen Einblick in das Untersuchungsfeld zu geben. Zu Beginn einige einleitende Worte zur drogenbezogenen Behandlung in Österreich, es wird dabei insbesondere auf die Entwicklung des Behandlungssystems und auf die Substitutionsbehandlung eingegangen. Anschließend wird die Drogeneinrichtung, die im Rahmen dieser Arbeit untersucht wird, das Schweizer Haus Hadersdorf, dargestellt.

#### **3.1. Drogenbezogene Behandlung in Österreich**

Da die Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen als Krankheit gesehen wird, steht Suchtkranken Menschen in Österreich, auch solchen die illegale Drogen konsumieren, ein breit gefächertes Angebot an gesundheitsbezogenen Maßnahmen und sozialen Integrationshilfen zur Verfügung. Das Suchtmittelgesetz in Österreich folgt dabei dem Prinzip „Therapie statt Strafe“, dies bedeutet, dass gesundheitsbezogene Maßnahmen vor Strafen Vorrang haben. Gesundheitsbezogene Maßnahmen umfassen neben medizinische auch klinisch-psychologische, psychotherapeutische und psychosoziale Hilfen (vgl. BMGF 2005: 83).

Angebote zur Beratung, Betreuung und Behandlung werden einerseits durch spezialisierte Einrichtungen und andererseits im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung (z.B. psychiatrische Krankenhäuser) bereitgestellt (vgl. ÖBIG 2008: 35). Dem Bericht zur Drogensituation (2008) zufolge werden an rund 200 spezialisierten Einrichtungen stationäre oder ambulante Behandlung bzw. Beratung im Zusammenhang mit Sucht und illegalen Substanzen durchgeführt (vgl. ÖBIG 2008: 35). Die Beratungs- und Therapieangebote wurden in den letzten Jahren ausgebaut und abstinenzorientierte Therapieangebote wurden durch substituierende und suchtbegleitende Maßnahmen ergänzt (vgl. BMGF 2005: 83). Die Substitutionsbehandlung, also die Behandlung mit Drogensatzmittel, hat sich in Österreich mittlerweile zur wichtigsten Behandlungsform entwickelt (vgl. ÖBIG 2008: 35).

Dem Wiener Drogenbericht (2006) zufolge ist das grundsätzliche Ziel jeder Beratung, Behandlung und Betreuung die Heilung der Suchtkrankheit. Sucht kann jedoch als chronische Erkrankung gesehen werden. Dies bedeutet, dass oftmals keine vollständige Heilung erreicht werden kann. In solchen Fällen muss die Behandlung und Betreuung das Ziel haben, dass PatientInnen ein möglichst sozial integriertes Leben mit der Krankheit führen können. Darüber hinaus durchlaufen viele PatientInnen häufig verschiedene Behandlungsformen bis sie eine geeignete gefunden haben, die zum „Erfolg“ führt (vgl. Wiener Drogenbericht 2006: 16).

### **3.1.1. Entwicklung des Behandlungssystems: Zwischen Abstinenz und Akzeptanz**

In der Sucht- bzw. Drogenhilfe existieren mittlerweile eine Vielzahl an Arbeitsansätzen, Konzepten, Organisationsstrukturen, Zielkonzeptionen, Menschen- und Suchtbildern etc. die im Laufe der Geschichte Wandlungen unterworfen waren (vgl. Dollinger/Schmidt-Semisich 2007: 326).

Das spezielle Behandlungssystem für Drogenabhängige war in Österreich zu Beginn (in den 70er Jahren) durch Zwangsbehandlung gegenüber freiwilliger stationärer Behandlung und durch stationäre Langzeitbehandlungen gekennzeichnet, an denen freiwillig teilgenommen werden konnte. Der erste Ausbau spezieller Behandlungseinrichtungen für Drogenabhängige wurde dabei wesentlich durch das Suchtgiftgesetz geformt.<sup>4</sup> Beratung und Behandlung waren dabei Alternativen zu Strafen. Vor der Novelle des Suchtgiftgesetzes 1971 wurden Drogenabhängige stationär in psychiatrischen Anstalten behandelt. Laut Eisenbach-Stangl (1998) wurden die meisten PatientInnen wahrscheinlich zwangsaufgenommen, entgiftet und anschließend wieder entlassen. Die Novelle des Suchtgiftgesetzes 1971 führte medizinische Kontrollen und Behandlung statt Strafe für geringfügige Drogendelikte ein. Es kam zur Gründung der ersten ambulanten und stationären Einrichtungen für Drogenabhängige. Zu Beginn der 1970er Jahre wurden inhaftierte Drogentäter

---

<sup>4</sup> Auf die Entwicklung des Suchtgiftgesetzes wird hier nicht näher eingegangen. Es sei nur so viel gesagt, dass die Drogengesetzgebung natürlich eine wichtige Rolle bei der Entwicklung des speziellen Behandlungssystems für Drogenabhängige eingenommen hat.

(unfreiwillig) auch im Gefängnis behandelt. Im selben Jahr wurde in Österreich die erste stationäre Einrichtung für Drogenabhängige eröffnet, die freiwillig an einer Behandlung teilnehmen konnten. Ende der 1970er wurde die ambulante Betreuung ausgebaut, die dadurch charakterisiert war, dass die BetreuerInnen den KlientInnen gegenüber nun weniger Macht hatten und die KlientInnen dagegen mehr Macht hatten ihre BetreuerInnen auszuwählen und Ort und Zeit ihrer Behandlung zu bestimmen (vgl. Eisenbach-Stangl 1998: 11f.).

Zu Beginn der 1980er Jahre wurden weitere (stationäre) Einrichtungen gegründet. Durch das Suchtgiftgesetz wurden vom Gesundheitsministerium „Anerkannte Einrichtungen“ geschaffen. Das heißt, das Gesundheitsministerium anerkannte und förderte viele Einrichtungen im Sinne des Suchtgiftgesetzes. Anerkannt wurden alle vor 1980 spezialisierte Einrichtungen und viele ambulante psychiatrische Einrichtungen. Ebenfalls anerkannt wurden einige wenige Gesundheitsbehörden und einige Jugendberatungsstellen (vgl. Eisenbach-Stangl 1998: 12). Einrichtungen und Vereinigungen mit Betreuungsangebot für Personen in Hinblick auf Suchtgiftmissbrauch werden heute vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend im Bundesgesetzblatt kundgemacht (vgl. [www.ris.bka.gv.at](http://www.ris.bka.gv.at), Art. 1 § 15 SMG).

Die speziellen stationären Einrichtungen wurden in der ersten Hälfte der 80er Jahre stärker ausgebaut als die ambulanten. Das Suchtgiftgesetz versorgte dabei alle Einrichtungen mit KlientInnen. Die Behandlungsziele, Entzug und Abstinenz, wurden ebenfalls durch das Suchtgiftgesetz vorgegeben (vgl. Eisenbach-Stangl 1998: 13). Bis in die 80er Jahre hinein wurde der Drogenkonsum als kriminelles Verhalten (es wurden Gesetze übertreten) und als Krankheit (von einer Bestrafung war abzusehen, wenn der Betreffende als krank galt) gesehen. Drogenhilfe bedeutete insbesondere, dass der Konsum illegalisierter Substanzen durch psychosoziale und/oder medizinisch-psychiatrische Maßnahmen beendet werden soll (vgl. Dollinger/Schmidt-Semisch 2007: 326). Im Idealfall existierte eine „Therapiekette“, also eine geplante und theoriegeleitete Kooperation von ambulanten und stationären Einrichtungen (vgl. Petzold et al. 2000: 323).

Seit Mitte den 1980er Jahren hat sich das Behandlungssystem enorm verändert. Seit Mitte der 80er und in den 90er Jahren wurden die DrogenkonsumentInnen zwar als behandlungsbedürftige aber zugleich als selbstbestimmte Individuen in den Vordergrund gerückt (vgl. Dollinger/Schmidt-Semisch 2007: 327). Das ambulante und stationäre Behandlungssystem für Drogenabhängige orientierte sich nun sehr stark an seinen KlientInnen (Akzeptanz der KlientInnen) und deren Bedürfnissen.

Die durch die Etablierung dieses akzeptierenden Ansatzes Diversifizierung von Behandlungszielen, zeigt sich auch auf der Organisationsebene. Die Organisationen der Sucht- und Drogenhilfe lassen sich in ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen einteilen. Dabei zeigt sich eine Veränderung dahingehend, dass stationäre Angebote in jüngerer Zeit eher reduziert wurden und ambulante Maßnahmen ausgebaut wurden (vgl. Dollinger/Schmidt-Semisch 2007: 327).

Der neue (akzeptanzorientierte) Ansatz zeichnet sich auch dadurch aus, dass die gewährte Hilfe nicht mehr nur auf Abstinenz abzielt bzw. Abstinenz als Voraussetzung sieht. Der neue Ansatz setzte also niedrighwelliger an, also bei Risikominimierung, „safer use“, „harm reduction“ (Schadensreduzierung), „Überlebenshilfen“ usw. Es ging um eine verstärkte Orientierung an den Interessen und konkreten Problemlagen der DrogengebraucherInnen. Ziel war es dabei, das Selbsthilfepotential der Betroffenen im Sinne von Empowermentansätzen zu stärken (vgl. Dollinger/Schmidt-Semisch 2007: 327).

In Österreich gab es Neugründungen verschiedenster Therapieeinrichtungen und der stationäre freie Sektor wurde weiter diversifiziert und vergrößert. Ausbau und Diversifizierung gab es auch in Hinblick auf den Strafvollzug. Es wurden beispielsweise eigene Abteilungen für die steigende Anzahl inhaftierter Drogenabhängiger und „drogenfreie Zonen“ geschaffen. Auch der ambulante Bereich war durch wesentliche Veränderungen bzw. Entwicklungen gekennzeichnet. Gegen Ende der 80er Jahre gab es dann offiziell die Substitutionsbehandlung die im nächsten Kapitel kurz dargestellt wird (vgl. Eisenbach-Stangl 1998: 14).

Laut Eisenbach-Stangl (1998) wurde diese Diversifizierung und KlientInnenorientierung von einer zunehmenden Professionalisierung der ärztlichen und nicht-ärztlichen Drogentherapeuten und von einer steigenden Anerkennung der Drogenbehandlung durch das psychiatrische System begleitet. Die Entwicklung der Drogenszene (Alterungsprozess und Marginalisierung der Drogenszene, steigende Zahl Langzeitabhängiger) und das Aufkommen von HIV und Aids spielten hierbei eine bedeutende Rolle. Die Betreuung und Behandlung von Drogenabhängigen wurde stärker in psychiatrische Einrichtungen und durch die Substitutionsbehandlung in das allgemeine medizinische System integriert (vgl. Eisenbach-Stangl 1998: 14).

Der hier verwendete Begriff „Diversifizierung“ kann allgemein als die Ablösung der Abstinenzforderung als allein gültige Zielkategorie von Maßnahmen der Sucht- und Drogenhilfe verstanden werden. Laut Dollinger und Schmidt-Semisch (2007) kann heute von einer Integration verschiedener Zielhorizonte je nach Dringlichkeit und Sinnhaftigkeit im Einzelfall gesprochen werden (vgl. Dollinger/Schmidt-Semisch 2007: 327).

Diese Integration kann in Form einer Zielpyramide dargestellt werden. Tretter (2000) zufolge ist die Zieldefinition von therapeutischer Seite her in Relation zur Schwere der Erkrankung zu entwickeln (Tretter 2000: 64):

**Abbildung 1: Therapiezielehierarchie (nach Körkel 1988)**



**Quelle: Tretter 2000: 64**

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Entwicklung des Behandlungssystem für Drogenabhängige in Österreich (wie auch in anderen Ländern) von einem Umbruch von einer ausschließlich abstinenzorientierten Drogenhilfe hin zu einer bedürfnisbezogenen und akzeptanzorientierten Drogenarbeit gekennzeichnet war.

Schneider nennt für diesen Umbruch mehrere Faktoren (vgl. Schneider 2005: 267). Zum einen aufgrund der geringen Reichweite des hochschwelligten und abstinenzorientierte Drogenhilfesystems. Weiters waren neue Wege aufgrund der von Jahr zu Jahr steigenden Zahl von Drogentodesfällen notwendig. Diese wurden bedingt durch die Auswirkungen der Kriminalisierung der Konsumenten und Illegalisierung der Substanzen, die zunehmende gesundheitliche und soziale Verelendung von zwanghaft und exzessiv DrogenkonsumentInnen in den öffentlichen Drogenszene und wegen der Illegalität ständig steigender gesellschaftlicher Sekundärkosten wie z.B. Beschaffungskriminalität. Zum anderen führten aber auch, wie bereits erwähnt, die Ausbreitung von HIV- und Hepatitis-C und B Infektionen und das Aufkommen von AIDS zu neuen Schwerpunktsetzungen in der Drogenhilfe wie beispielsweise Schadensbegrenzungsmaßnahmen anstatt unmittelbarer Abstinenz (vgl. Schneider 2005: 267).

### **3.1.2. Substitutionsbehandlung**

Substitution zählt zu den effektivsten pharmakologischen Therapieformen für Opiatabhängige und ist in den letzten 20 Jahren zu einer weit verbreiteten und mittlerweile akzeptierten Behandlungsform Opioidabhängiger geworden. In Österreich gibt es die Substitutionsbehandlung als Erhaltungstherapie offiziell seit 1978 (vgl. Eisenbach-Stangl 1998: 14). Substitution bedeutet, dass körpereigene Substanzen ersetzt werden, wenn der Körper sie nicht mehr herstellen kann. Es wird versucht, diese Substanzen mit einer geeigneten Dosis und mit einer Substanz, die der körpereigenen so ähnlich wie möglich ist, zu ersetzen (vgl. [www.drogensubstitution.at](http://www.drogensubstitution.at)).

Die zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlung zeigt sich an der jährlich steigenden Zahl der



Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen. Das nationale Monitoring der Substitutionsbehandlungen erfolgt durch das BMGFJ und basiert auf den Meldungen der behandelnden ÄrztInnen. Diese Meldungen sind dem Bericht zur Drogensituation (2008) zufolge nicht immer lückenlos und erfolgen oft nicht zeitgerecht. Daher gab es diesbezüglich einige Korrekturmaßnahmen (vgl. ÖBIG 2008: 31f.). Die Zahl der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen betrug in Österreich im letzten Jahr (2008) 10.452, davon 2.148 Erstbehandlungen, der Rest sind fortgesetzte Behandlungen (vgl. ÖBIG 2008: 32). Methadon gilt nach wie vor als das häufigste verschriebene Substitutionsmittel in der EU (vgl. Stöver 2005: 333). Für Österreich ergaben die Auswertungen der DOKLI-Daten ein Bild nachdem retardierte Morphine am häufigsten eingesetzt werden, mit Methadon werden 20 bis 25 % der Substituierten behandelt und mit Buprenorphin 10 bis 21 % (vgl. ÖBIG 2008: 42).

Laut Stöver (2005) ist die Substitutionsbehandlung deshalb so verbreitet, weil wissenschaftliche Erkenntnisse und langjährige Erfahrungen über Erfolge vorliegen. Substitution

- *„stellt eine sichere Behandlungsform dar*
- *ist effektiv darin Menschen in Behandlung zu halten*
- *minimiert das Risiko einer HIV-Infektion*
- *steigert sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit ebenso wie die Lebensqualität der Patienten*
- *trägt zu einer Reduktion der Kriminalität bei*
- *ist kostengünstig*
- *und führt zu positiven Ergebnissen innerhalb verschiedener kultureller Zusammenhänge.“ (Stöver 2005: 328)*

Durch Substitutionsbehandlung und psychosoziale Begleitung soll eine Reduktion bzw. der Verzicht auf intravenösen Drogenkonsum erreicht werden, der beiträgt zu einer *„Verminderung oder Verhinderung von Folgeerkrankungen (z.B. Hepatitis C oder HIV), Entkriminalisierung und Verminderung der Beschaffungskriminalität, finanzielle Stabilisierung, Sicherung der*

*Wohnversorgung, Wiedereinstieg in das Berufsleben bzw. Sicherung des Arbeitsplatzes, Erleichterung des Ausstiegs aus der Drogenszene, Verhinderung von ungewollten Überdosierungen oder Schädigungen aufgrund von Beimengungen.“*

(<http://www.drogensubstitution.at/basisinformation/substitution/ziele-von-drogensubstitution.htm>)

Medizinisches Ziel ist die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen. Erst durch die Substitution ist eine ergänzende psychosoziale Unterstützung möglich. Viethen (2005) zufolge sollen Substitutionsbehandlungen Drogenabhängige an Institutionen oder einzelne Ärzte binden. Dadurch ist es möglich, eine gewisse Kontrolle, eine Anbahnung sozialer Fürsorge und die Vorbereitung und Motivation zum Entzug zu erreichen (vgl. Krausz et al. zit. nach Viethen 2005: 284).

Tretter (2000) zufolge sind die Ziele der Behandlung bei einer Substitutionsbehandlung an einer Therapiezielhierarchie auszurichten (vgl. Tretter 2000:148):

**Abbildung 2: Therapiezielhierarchie bei Substitutionsbehandlung (nach Körkel u. Kruse 1993)**



**Quelle: Tretter 2000: 148**

Viethen (2005) beschreibt die idealtypische Sicht von Substitutionsbehandlungen folgendermaßen: Nach Sicherung des Überlebens

soll eine Stabilisierung des Gesundheitsstandes und eine soziale Basisintegration in den Bereichen Arbeit, Wohnung, Sozialkontakte und Freizeitgestaltung herbeigeführt werden. Weiters soll eine Reduktion von Drogenrückfällen und Beikonsum erreicht werden. Danach soll eine Methadonmonoabhängigkeit erreicht werden, die durch langsames Ausschleichen des Substituts letztendlich auch noch überwunden werden soll, damit eine kompetente Lebensbewältigung in Zufriedenheit bei dauerhafter Abstinenz ermöglicht wird. (vgl. Viethen 2005: 284). Viethen (2005) weist darauf hin, dass die Auflistung der mit einer Substitution intendierten Ziele die Heterogenität der Zielorientierung aufzeigt. Betroffene werden dabei mit Interventionsabsichten konfrontiert, die gesellschaftspolitischen Interessen dienen, ihre Lebensform dagegen kaum berühren (vgl. Viethen 2005: 285).

Da eine Abstinenz von Opiaten nicht immer erreicht werden kann, ist laut Resinger (2005) eine ärztliche Behandlung mit Substitutionsmitteln dem weiteren illegalisierten Drogenkonsum vorzuziehen (vgl. Resinger 2005: 337).

### **3.2. Gründung des Schweizer Haus Hadersdorf**

Beim Schweizer Haus Hadersdorf handelt es sich um eine Drogeneinrichtung, die 1997 in Kooperation mit dem Bundesministerium für Justiz und dem Verein Wobes als gemeinnützige GmbH entstand. Gegründet wurde die Einrichtung als Alternative zu bisher bestehenden Drogentherapieeinrichtungen (vgl. Resinger, 2005, S. 339). Ein Jahr zuvor wurde das Haus vom Evangelischen Waisenversorgungsverein erworben und gemeinsam mit dem Verein Wobes wurde dann 1997 das SHH als eine Therapieeinrichtung für Drogenkranke errichtet. Beide Vereine sind im Vorstand des SHH vertreten (vgl. [www.waisenversorgungsverein.org](http://www.waisenversorgungsverein.org)).

- Der Evangelische Waisenversorgungsverein, ein Mitglied der Diakonie Österreich, ist ein evangelisch kirchlicher Verein mit Sitz in Wien. Ziel dieses Vereins ist die Versorgung evangelischer Waisen und anderer junger Menschen. *„Diese Versorgung umfasst auch die Durchführung gesundheitsbezogener Maßnahmen im Sinne des Suchtmittelgesetzes*

*(BGBl I 112/1997 i.d.g.F.), sowie eine den individuellen Fähigkeiten entsprechende Ausbildung.“*

([www.waisenversorgungsverein.org/HP/pdf/Satzungen.pdf](http://www.waisenversorgungsverein.org/HP/pdf/Satzungen.pdf) ).

- Wobes, ein gemeinnütziger Verein zur Förderung von Wohnraumbeschaffung, wurde 1984 gegründet und setzt sich zum Ziel, *„Hilfestellungen und Bewältigungsstrategien, vor allem in den Bereichen Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit und Straffälligkeit, anzubieten und umzusetzen“* ([www.wobes.org/wir.html](http://www.wobes.org/wir.html)). Dem Verein geht es vor allem darum, wohnungslosen oder von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen für eine bestimmte Zeit einen betreuten Wohnplatz zur Verfügung zu stellen. Als ein Ziel im Betreuten Wohnen wird das Erreichen einer Finalwohnung erwähnt (z.B. eine Gemeindewohnung) (vgl. [www.wobes.org/Wegweiser%20HP.pdf](http://www.wobes.org/Wegweiser%20HP.pdf)). Seit 15 Jahren führt Wobes auf Initiative des Bundesministeriums für Justiz betreute Wohnplätze für psychisch kranke und beeinträchtigte Menschen im Maßnahmenvollzug. Dadurch trägt Wobes zur Resozialisierung der Betroffenen bei (vgl. <http://www.wobes.org/angebote-be.html>).

Neben den Gesellschaftern (Evangelischer Waisenversorgungsverein und Wobes) und Aufsichtsräten setzt sich die Organisation aus einer Geschäftsführung, der therapeutischen und der ärztlichen Leitung zusammen. Die MitarbeiterInnen der Einrichtungen kommen aus den unterschiedlichsten Bereichen. In den jeweiligen Betreuungs- bzw. Behandlungsphasen, die weiter unten ausführlicher erläutert werden (Vorbetreuung, stationäre Phase, dezentrale Phase, Ambulante Theorie) sind ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, ArbeitstherapeutInnen etc. tätig, die sich wiederum in verschiedene Teams organisieren (z.B. Team Vorbetreuung, Aufnahmeteam etc.).

### **3.3. Das Schweizer Haus Hadersdorf – ein akzeptanzorientierter Zugang**

Das Schweizer Haus Hadersdorf (SHH) versteht sich als eine Therapieeinrichtung für stationäre, dezentrale und ambulante Drogentherapie. Die Einrichtung verfolgt das Ziel mittels *„Beratung, ärztliche Behandlung und kurz- und mittelfristigen Therapien suchtkranken Menschen auf ihrem Weg zu Drogenabstinenz und bei der Resozialisierung zu helfen“* ([www.shh.at](http://www.shh.at)).

Das SHH ist eine nach § 15 Suchtmittelgesetz (SMG) anerkannte Einrichtung. Einrichtungen gemäß diesem Paragraphen arbeiten nach den Richtlinien des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend und scheinen unter den kundgemachten Einrichtungen und Vereinigungen mit Betreuungsangebot für Personen im Hinblick auf Suchtgiftmissbrauch auf ([vgl. www.bmgfj.gv.at](http://www.bmgfj.gv.at)). Als anerkannte Einrichtung wird das SHH unter anderem aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend gefördert. Darüber hinaus wird das SHH vom Bundesministerium für Justiz und der Sucht- und Drogenkoordination Wien gefördert ([vgl. http://www.shh.at/node/24](http://www.shh.at/node/24)).

Das Schweizer Haus Hadersdorf behandelt und betreut zum Großteil PatientInnen, die nach dem Modell „Therapie statt Strafe“ (§ 39 Abs. 3) von Gerichten zugewiesen werden. Wie bereits erwähnt, bedeutet dies, dass gesundheitsbezogene Maßnahmen den Vorzug bekommen vor einer Haftstrafe. 2006 sind dreiviertel der KlientInnen auf dem Weg über Polizei oder Gericht zum SHH gekommen ([vgl. Jahresbericht 2006: 25](#)). Die PatientInnen des SHH zeichnen sich unter anderem auch dadurch aus, dass der Großteil Hafterfahrung mitbringt.

Das SHH unterscheidet sich in einem Punkt besonders von anderen Einrichtungen. Das Konzept ist so ausgerichtet, dass das Therapieprogramm auch den Menschen offen steht, die sich in einem Substitutionsprogramm befinden, also Drogensatzmittel konsumieren. Der Grundgedanke, dass zu Therapiebeginn keine völlige Abstinenz vorliegen muss, ist daher wichtiger Bestandteil des therapeutischen Konzeptes des SHH. Damit wird auch der

niederschwellige Zugang der Einrichtung angesprochen (vgl. Jahresbericht 2005: 11).

Als weiterer Kernpunkt des Konzeptes ist das flexible Behandlungsmodell zu erwähnen. Man versucht sich an die konkreten Bedürfnisse der KlientInnen zu orientieren. Das heißt, es gibt keine Betreuungskette, die die PatientInnen durchlaufen müssen, sondern man durchläuft entweder das gesamte Therapieprogramm, kann direkt dezentral oder ambulant einsteigen oder man kann je nach Behandlungsverlauf zwischen den verschiedenen Phasen wechseln (vgl. Jahresbericht 2005: 4).

Mit dieser Vorgehensweise und den Zielen orientiert sich das Schweizer Haus Hadersdorf an den Grundlagen und Zielsetzungen einer akzeptanzorientierten Drogenarbeit. Dabei geht es darum, die GebraucherInnen von illegalisierten Substanzen und zwanghaft und exzessiv Konsumierende als mündige, zur Selbstverantwortung und Selbstbestimmung fähigen Menschen anzusehen. So basiert akzeptanzorientierte Drogenarbeit auch auf Freiwilligkeit und ist so weit es geht nicht bevormundend. (vgl. Schneider 2001: 15). „*Drogengebraucher werden so akzeptiert wie sie sind.*“ (Schneider 2004: 14).

Das Schweizer Haus Hadersdorf beschreibt sich selbst als vergleichsweise niederschwellige Einrichtung. Niedrigschwelligkeit bedeutet nach Schneider (2001), dass wenige Hemmschwellen Drogengebrauchende von Angeboten abschrecken bzw. ausschließen sollen. Beispielsweise sind der Cleanstatus oder eine Abstinenzmotivation nicht Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Angeboten. Niedrigschwelligkeit bedeutet aber nicht unbedingt eine Abkehr vom Abstinenzparadigma. Wichtig in diesen Zusammenhang ist, dass durch „Niedrigschwelligkeit“ und dem inhaltlichen Arbeitsansatz Akzeptanz die Reichweite von Drogenhilfe erhöht wird (vgl. Schneider 2001: 15f.).

Bei der Berücksichtigung der Selbstverantwortlichkeit der Konsumierenden sind laut Schneider (2004) folgende Zielsetzungen wichtig:

- *„Überleben sichern*
- *Sicherung eines gesunden Überlebens ohne irreversible Schädigungen*

- *Verhinderung sozialer Desintegration*
- *Gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung*
- *Unterstützung eines selbstverantwortlichen, kontrollierten Drogengebrauchs als Vermeidung zwanghafter Gebrauchsmuster*
- *Ermöglichung und Unterstützung längerer Drogenkontrollphasen (mit Substitut oder ohne)*
- *Unterstützung individueller Herauslösung aus der Drogenszene; Voraussetzung: Selbstveränderungsmotivation.*“ (Schneider 2004: 15f.)

Einen Punkt den Schneider (2004) ganz besonders hervorhebt ist, dass es wichtig ist, eine „*echte Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Hilfsangeboten zu schaffen*“ (Schneider 2004: 16). Konsumierende, die unter ihrer illegalisierten Lebenssituation leiden, sollten das Recht haben, selbst über den für sie geeigneten Weg zu bestimmen (vgl. Schneider 2004: 16).

### **3.4. Betreuungsstruktur und Angebot der Einrichtung<sup>5</sup>**

Über die Vorbetreuung findet die Aufnahme der PatientInnen in die Behandlung statt. Dort findet eine medizinische Beratung statt und es werden Wünsche und Möglichkeiten der jeweiligen PatientInnen, die Kostentragung etc. abgeklärt.

Das Therapieprogramm des Schweizer Haus Hadersdorf teilt sich in eine 6-monatige stationäre Behandlung und 6-monatige dezentrale Therapiephase. Anschließend besteht die Möglichkeit sich in ambulanter Form weiterbetreuen zu lassen. Wie bereits erwähnt, müssen die PatientInnen diese Abfolge nicht durchlaufen.

Während des stationären Aufenthalts, der verglichen mit anderen Konzepten eher kurz angelegt ist, sind neben einer ärztlichen, sozialarbeiterischen und arbeitstherapeutischen Versorgung intensive Gruppen- und Einzeltherapien eingeplant. Dazu kommen Alltagstraining, Sport- und Freizeitangebote und Kurse, die in Verbindung mit Aus- und Fortbildungsmaßnahmen stehen. Damit

---

<sup>5</sup> Der Inhalt setzt sich hier aus den zur Verfügung gestellten Unterlagen (Jahresberichte, Kurz-Konzept der Einrichtung, Homepage etc.) zusammen.

soll das Heranführen an selbstständiges Arbeiten und Wohnen unterstützt und gefördert werden.

In der dezentralen Therapiephase wird dasselbe Therapieprogramm in dezentraler Form fortgeführt. Der Unterschied zur stationären Phase ist, dass die PatientInnen in einer eigenen Wohnung oder in zur Verfügung gestellten Wohnplätzen untergebracht sind. Zusätzlich gibt es Übergangs-Wohngemeinschaften für Männer und Frauen. Im Krisenfall, also z.B. einem Rückfall, können die PatientInnen jederzeit von der dezentralen Phase in den stationären Bereich zurückwechseln.

Nach einem Jahr sollen die PatientInnen in eine normale Wohn- und Arbeitssituation wechseln können. Die Substitutionsbehandlung oder das betreute Wohnen können aber auch nach Abschluss des Therapieprogramms noch länger andauern.

Das Schweizer Haus Hadersdorf betont die Wichtigkeit der sozialen Reintegration mit wohn- und arbeitsmässiger Versorgung. Es wird insbesondere der Aspekt der Förderung der Lebensqualität betont. Dabei geht es um die Vermittlung von Alltagskompetenzen wie Gesundheitsförderung, (Wieder-)Erlernen der Techniken des alltäglichen Lebens, Ernährungsberatung, Bildung, Freizeitgestaltung etc.



## 4. EMPIRISCHER TEIL

Bei der vorliegenden Magisterarbeit handelt es sich um eine qualitative Untersuchung. Das heißt, das Ziel der Arbeit besteht nicht darin, Hypothesen zu prüfen, sondern im Aufbau eines fallorientierten theoretischen Verständnisses eines Untersuchungsbereiches, hier eine Einrichtung im Bereich der Drogenhilfe. Das bedeutet, das im Rahmen dieser Untersuchung fokussierte soziale System soll durch eine Analyse dem Verstehen zugänglich gemacht werden (vgl. Froschauer/Lueger 2003: 19). Im Hinblick auf die Forschungsfrage, das das Erfolgsverständnis der MitarbeiterInnen fokussiert, scheinen qualitative (leitfadengestützte) Interviews am geeigneten zu sein, denn es handelt sich bei dem untersuchten Phänomen um einen Gegenstandsbereich, der sich nicht direkt beobachten lässt, sondern sich in einem kommunikativen Prozess erschließen lässt. In Kapitel 4 soll nun ein Einblick in den qualitativen Forschungsprozess gegeben und insbesondere der Feldzugang beschrieben werden.

### 4.1. Grundlagen qualitativer Forschung

Der Anspruch qualitativer Forschung besteht darin, *„Lebenswelten ‚von innen heraus‘ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben“* (Flick/Kardorff/Steinke 2005: 14). Damit trägt sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) bei. Die Aufmerksamkeit wird auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale gezogen, die Nichtmitgliedern nicht zugänglich sind bzw. den Mitgliedern, befangen durch die Selbstverständlichkeit des Alltags, auch nicht immer bewusst sind (vgl. Flick/Kardorff/Steinke 2005: 14). Im Gegensatz zu einer quantitativen Vorgehensweise, wo für die Konzipierung eines Erhebungsinstrumentes eine genaue Vorstellung über den untersuchten Gegenstand notwendig ist, ist die qualitative Forschung *„für das Neue im Untersuchten, das Unbekannte im scheinbar Bekannten offen“* (vgl. Flick/Kardorff/Steinke 2005: 17).

Qualitative Forschung unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von einer quantitativ orientierten Forschung. Einige Prinzipien und Anforderungen sollen hier in aller Kürze erläutert werden:

*Offenheit* gilt als eines der Prinzipien qualitativer Sozialforschung. Darunter versteht man zum einen in Bezug auf den Forschungsgegenstand, das Zurückstellen der theoretischen Strukturierung des Forschungsstandes, das heißt, die Forschungsfrage wird eher allgemein gehalten. Diese kann während des Forschungsverlaufes laufend an den Forschungsstand angepasst werden. Hinsichtlich einer Befragung, sollte den Befragten durch möglichst offene Fragen ein weiter Freiraum eingeräumt werden, um diese zu beantworten. Bei der Interpretation des Datenmaterials bedeutet Offenheit, dass sehr viele Interpretationsvarianten berücksichtigt werden (vgl. Froschauer/Lueger 2003: 216).

Neben der Offenheit ist der *Prozesscharakter* zu betonen. Das heißt, qualitative Forschung betrachtet die Verhaltensweisen und Aussagen von Befragten als prozesshafte Ausschnitte der sozialen Konstitution und Konstruktion von Wirklichkeit. Prozesshaft ist nicht nur der Forschungsgegenstand, sondern auch das Forschen selbst, das Kommunikation zwischen ForscherIn und Befragte(n) voraussetzt. Da der/die ForscherIn ein Teil des Forschungsprozesses ist, ist dieser/diese somit auch Teil des Ergebnisses dieses Prozesses (vgl. Lamnek 2005: 23).

Ein weiteres Prinzip ist die *Reflexivität*, die insbesondere in Bezug auf die Qualitätssicherung eine wichtige Rolle spielt. Dazu gehört beispielsweise die Prüfung der verwendeten Forschungsstrategien, das Reflektieren der Interviewerfahrungen oder hinsichtlich der Interpretation, die kritische Auseinandersetzung mit Interpretationsergebnissen. Hier ist auch das Prinzip der *Explikation* zu nennen, das sich auf die Erwartung an die ForscherInnen bezieht, die Einzelschritte des Forschungsprozesses so gut es geht offen zu legen (z.B. die Regeln darstellen, nach denen die Daten interpretiert wurden) (vgl. Lamnek 2005: 24).

Als letztes Prinzip soll noch die *Interpretativität* erwähnt werden. Damit ist gemeint, dass Objekte, Handlungen etc. nicht ihren Sinn darlegen, sondern dieser einer methodisch geleiteten Auslegung bedarf. Beispielsweise ist der Forschungsgegenstand nicht einfach vorgegeben sondern wird durch die Forschung konstituiert, Fragen und Antworten in einem Gespräch sind nicht selbstverständlich, sondern werden erst im Gespräch von den Beteiligten ausgelegt. Zu guter letzt müssen Texte (Transkripte) interpretiert werden, das heißt, es geht um eine umfassende Sinnauslegung, damit die zugrunde liegenden Strukturen (re-)konstruiert werden können (vgl. Froschauer/Lueger 2003: 215f.).

## **4.2. Zyklische Organisierung des Forschungsprozesses**

Der Forschungsprozess wurde zyklisch organisiert, das bedeutet der Forschungsprozess war durch mehrere Phasen und insbesondere durch mehrere Forschungszyklen gekennzeichnet. Während bei einer quantitativen Vorgehensweise die Prüfung einer klaren Fragestellung im Zentrum des Interesses steht und daher der Forschungsprozess sehr genau geplant wird, lässt sich eine qualitative Forschung nicht im Voraus bis ins Detail planen. Es zeigt sich erst im Laufe der Forschung, „*welche Fragen sinnvoll gestellt werden können und erst am Ende weiß man, auf welche Fragen eine Studie eine Antwort zu geben mag*“ (Lueger 2000: 51).

Der Verlauf des Forschungsprozesses bei einer qualitativen Forschung lässt sich nach Froschauer und Lueger (2003) in verschiedene Forschungsphasen einteilen, in denen jeweils verschiedene Entscheidungen zu treffen sind. Die verschiedenen Phasen, die auch bei der vorliegenden Arbeit eine wichtige Rolle gespielt haben, werden hier nun erläutert, damit der Forschungsprozess nachvollzogen werden kann (vgl. Froschauer/Lueger 2003: 22ff.).

### **4.2.1. Planungsphase**

In der Planungsphase werden strukturelle und organisatorische Voraussetzungen geschaffen, damit ein Projekt überhaupt realisiert werden kann. Es ist zu überlegen, wie ein Feldzugang möglich ist bzw. über wen und

mit welchen Vorteilen bzw. mit welchen Schwierigkeiten dies verbunden ist, welche Daten bzw. Materialien gebraucht werden, um das Feld verstehen zu können und wie man an diese Daten kommt. In diesem Stadium verschafft man sich als ForscherIn aus einer Außenperspektive einen ersten Überblick über den Forschungsgegenstand. Diese Phase kann grundsätzlich als gedankliche Vorbereitung eines Projektes gesehen werden. Man macht sich mit möglichen Anforderungen eines Forschungsfeldes vertraut und klärt eigene Erwartungen und Vorannahmen (vgl. Froschauer/Lueger 2003: 22ff.). Als Hilfestellung zur (gedanklichen) Vorbereitung des Projektes diente vor allem das Magisterseminar unter der Leitung von Frau Univ.-Prof. Dr. Eisenbach-Stangl und Herrn Univ. Doz. Dr. Stangl. Die Diskussionen in der und das Feedback durch die Gruppe des Magisterseminars waren eine große Hilfe bei der Erstellung eines Exposés. Dazu war eine permanente Auseinandersetzung mit der Literatur zum Thema eine große Hilfe, sich in die Thematik einzufinden.

#### **4.2.2. Orientierungsphase - Feldeinstieg**

In der Orientierungsphase findet eine erste Realisierung des Vorhabens statt. Besonders wichtig in dieser Phase ist die Eröffnung des Kontaktes zum untersuchten sozialen System, denn durch den Erstkontakt werden weitere Möglichkeiten der Forschungsorganisierung im Feld erschlossen. Darüber hinaus wird in dieser Phase das Forschungsteam organisiert. Während für gewöhnlich Erhebung und Interpretation personell getrennt sind (vgl. Froschauer/Lueger 2003: 104), kam das zusammengestellte Forschungsteam „nur“ bei der Interpretation zum Einsatz. Alle Interviews wurden ausschließlich von der Autorin geführt. Der Erstkontakt zum Feld wurde über die Geschäftsführung der Einrichtung erschlossen. Diese erste Kontaktperson gewährte somit den Einstieg ins Feld. Laut Lueger (2000) ist es aber nicht so von Bedeutung welchen Zugang man wählt bzw. über wen, sondern dass über den Zugang bewusst und reflektiert entschieden wird (vgl. Lueger 2000: 60).

Dieses erste Interview mit der Geschäftsführung diente vorrangig dazu, Informationen über die Einrichtung einzuholen. Daher war dieses Interview auch strukturierter hinsichtlich der Fragen, als die anderen Interviews. In diesem Interview wurden Fragen in Bezug auf die Organisationsstruktur, die

Entstehung der Einrichtung, das Konzept der Einrichtung, das Klientel etc. gestellt und es wurden die Rahmenbedingungen hinsichtlich des Forschungsprojektes abgeklärt (z.B. Dauer des Projektes, Kontaktaufnahme mit den MitarbeiterInnen, Rückfragen etc.) Neben diesem Gespräch wurden auch verschiedene Datenmaterialien (z.B. Jahresberichte, Folder, usw.) zur Verfügung gestellt. Der Geschäftsführer, Herr Mag. Spirig, stand während des gesamten Forschungsverlaufs für Fragen und für die Vermittlung von GesprächspartnerInnen jederzeit zur Verfügung.

#### 10-Jahres-Fest und Teilnahme am Arbeitsalltag

Im September 2008 fand ein Fest zum 10-jährigen Bestehen der Einrichtung statt. An diesem Tag der offenen Tür konnte man sich Informationen zum bzw. über das Haus einholen, es war möglich mit MitarbeiterInnen und PatientInnen zu diskutieren, es gab eine szenische Darstellung der PatientInnen und Erzeugnisse der PatientInnen wurden ausgestellt (z.B. Bilder, die in den Kreativwerkstätten gemalt wurden). Diese Gelegenheit wurde genutzt, um die verschiedenen AkteurInnen rund um die Einrichtung - MitarbeiterInnen, PatientInnen, BesucherInnen, etc. – kennenzulernen, und sich einen Überblick zu verschaffen.

Um das Konzept der Einrichtung ein Stück besser verstehen und nachvollziehen zu können, wurde zusätzlich eine Art Feldbeobachtung eingeplant. Diese fand Mitte Oktober nach Absprache mit der Geschäftsführung und der therapeutischen Leitung, Frau Mag. Agostini, stationär statt. Ziel war es, zeitlich begrenzt, am Arbeitsalltag der Einrichtung teilzunehmen, um einen Einblick in die Struktur, in die Abläufe etc. zu bekommen. An einem Tag war es möglich, den Organisationsalltag persönlich mitzuverfolgen und insbesondere die Arbeit mit den Patienten hautnah mizuerleben. Die Beobachtung wird zwar für die Arbeit nicht ausgewertet, da die Grundlage der Auswertung die qualitativen Interviews sind, durch die Beobachtung war es jedoch möglich

einen Einblick zu bekommen, wie konkret die Arbeit mit Suchtkranken aussieht.<sup>6</sup>

Nachdem der weitere Zugang für die Analyse geregelt war und die Forscherin eine grobe Vorstellung über die Struktur des sozialen Systems hatte, konnte die Orientierungsphase abgeschlossen werden.

#### **4.2.3. Die zyklische Hauptforschungsphase**

In der Hauptforschungsphase ist der Forschungsprozess zirkulär angelegt. Die Interpretation des Datenmaterials im Rahmen dieser Phase bildet den Schwerpunkt der Analyse. Die Kernbestandteile dieser Phase lassen sich am besten durch die zentralen Elemente interpretativer Sozialforschung und die methodologischen Basisüberlegungen verdeutlichen (vgl. Lueger 2000: 66 und Froschauer/Lueger 2003: 28):

- ständiges Ineinandergreifen von Erhebung und Interpretation;
- permanente Reflexion des Forschungsstandes;
- Abgrenzung von klaren Lehrbuchmethoden, flexible und variable Gestaltung der Erhebungs- und Interpretationsverfahren;
- ständige Überprüfung und Modifikation der Ergebnisse;
- laufende Erstellung von Teilanalysen.

Der Forschungsprozess ist gekennzeichnet durch aufbauende, aber voneinander relativ getrennte Analysezyklen. *„Jeder Analysezyklus setzt sich hierbei aus Erhebungen, Interpretationen, die Prüfung der bisherigen Vermutungen (...) und die Bündelung der gewonnenen Erkenntnisse in Zwischenresümees zusammen“* (Froschauer/Lueger 2003: 28f.).

Um den Analyseprozess ständig voranzutreiben und somit auch die Qualität der Erkenntnisse zu sichern, wurde versucht, soviel als möglich im Team zu analysieren und zu interpretieren.

#### Auswahl der InterviewpartnerInnen – „theoretisches Sampling“

---

<sup>6</sup> Die Teilnahme am Organisationsalltag und das 10-Jahres-Fest fanden zwar statt, nachdem die zyklische Hauptforschungsphase begonnen hatte, waren aber eine zusätzliche und wichtige Hilfe bei der Orientierung im Feld.

Die Grundlage der empirischen Untersuchung bilden insgesamt neun qualitative Interviews mit MitarbeiterInnen der Drogeneinrichtung Schweizer Haus Hadersdorf, die in der Zeit von April bis Dezember 2008 durchgeführt wurden. Um die MitarbeiterInnen der Einrichtung über das Projekt zu informieren, wurde eine Email über einen Verteiler ausgesendet. Darin wurde das Forschungsprojekt vorgestellt bzw. das Vorhaben kurz dargestellt.

Im Rahmen der zyklischen Hauptforschungsphase mussten eine Reihe von Auswahlentscheidungen getroffen werden: Welche Personen sollen interviewt werden, welchen Gruppen sollen diese entstammen, welche der durchgeführten Interviews sollen transkribiert und interpretiert werden bzw. welche Textstellen sollen für die Interpretation herangezogen werden und an welchen Fällen bzw. Textstellen zeigen sich die Ergebnisse am besten (vgl. Flick 2007: 154f.).

Nach dem Interview mit der Geschäftsführung stand also die Frage nach der Auswahl der InterviewpartnerInnen im Mittelpunkt. Die Auswahl der InterviewpartnerInnen orientierte sich am „theoretischen Sampling“. Das bedeutet, dass Entscheidungen über die Auswahl des empirischen Materials *im Prozess* der Datenerhebung und –auswertung gefällt werden (vgl. Flick 2007: 158f.). Die Anzahl und die Auswahl der InterviewpartnerInnen wurde nicht vorab festgelegt, wie es beispielsweise bei einer quantitativen Herangehensweise üblich ist, sondern ergab sich aus dem Forschungsprozess.

Da in der untersuchten Einrichtung unterschiedliche Berufsgruppen vertreten sind, wurde versucht, darauf zu achten, dass jeweils Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen interviewt werden, um unterschiedliche Sichtweisen herauszuarbeiten. Als Auswahlhilfe diente zum einen das Interview mit der Geschäftsführung und zum anderen der letzte zur Verfügung gestellte Jahresbericht (vgl. Jahresbericht 2006: 28ff.) bzw. die Homepage (vgl. [www.shh.at](http://www.shh.at)). der Einrichtung.

Befragt wurden insgesamt vier Männer und fünf Frauen. Die Befragten kommen sowohl aus dem medizinischen als auch aus dem therapeutischen Bereich, es handelt sich um MitarbeiterInnen in Leitungsfunktionen, Personen mit sozialarbeiterischer Ausbildung, PsychologInnen, einige der Befragten haben

auch eine psychotherapeutische Ausbildung. Neben den unterschiedlichen Berufsgruppen wurde darauf geachtet, Personen aus den unterschiedlichen Phasen des Konzepts zu befragen, also aus der Vorbetreuung, aus der stationären, aus der erweitert stationären und aus der dezentralen Phase. Dabei muss erwähnt werden, dass es MitarbeiterInnen gibt, die nicht nur in einer Phase tätig sind, sondern zum Beispiel sowohl stationär als auch dezentral ihre Tätigkeit ausüben oder im Laufe ihrer Tätigkeit im SHH bereits in unterschiedlichen Phasen gearbeitet haben. Neben einer Differenziertheit bei den Berufsgruppen wurde versucht, sowohl ältere als auch jüngere Personen zu befragen sowie Personen, die schon länger in der Einrichtung arbeiten bzw. Personen, die noch nicht so lange im SHH tätig sind.

Der Kontakt wurde in einem ersten Schritt per Email hergestellt bzw. in einem zweiten Schritt, wenn es notwendig war, auch telefonisch. Diese Daten (Emailadressen) wurden, wie vorab vereinbart, von der Geschäftsführung zur Verfügung gestellt. Alle MitarbeiterInnen, mit denen Kontakt aufgenommen wurde, konnten erreicht werden und stimmten einem Interview zu, wobei der Zeitpunkt des Interviews von jeweiligen GesprächspartnerInnen vorgeschlagen wurde.

Ebenso der Ort der Befragung wurde durch die Befragten festgelegt. Neben der Mauerbachstraße, wo die stationäre Behandlung stattfindet, wurde auch in Außenstellen befragt. Fast alle Interviews dauerten rund eine Stunde, wobei je nach Interview auch Vor- bzw. Nachgespräche stattfanden. Die Interviews wurden mit Unterstützung eines Leitfadens geführt und nach Zusage der Befragten auf Diktiergerät aufgenommen. Anschließend wurden Protokolle verfasst und die Interviews transkribiert und ausgewertet.

In einem abschließenden Schritt mussten Überlegungen angestellt werden, wie die Ergebnisse dargestellt werden können. Ein Bericht, in diesem Fall eine Magisterarbeit, macht die Ergebnisse zugänglich und setzt diese somit einer kritischen Betrachtung aus (vgl. Froschauer/Lueger 2003: 31). Beim Erstkontakt im Feld und den folgenden Interviews wurde darauf hingewiesen, dass die



Ergebnisse der untersuchten Organisation am Ende zur Verfügung gestellt werden.

### **4.3. Die Methode: Das qualitative Interview**

#### **4.3.1. Das episodische Interview**

Die Interviews, die im Rahmen der Magisterarbeit durchgeführt wurden, kommen in ihrer Art und Weise dem episodischen Interview sehr nahe. Das episodische Interview erfasst, auf der Grundlage von gemachten Erfahrungen der Interviewten, zwei Formen von Wissen: das narrativ-episodische Wissen und das semantische Wissen (vgl. Lamnek 2005: 362). Die erste Form kann als erfahrungsnah beschrieben werden und bezieht sich auf konkrete Situationen und Umstände. Die zweite Form des Wissens enthält abstrahierte, verallgemeinerte Annahmen und Zusammenhänge. Dabei geht es darum, Begriffe zu benennen und diese miteinander in Beziehung zu setzen (vgl. Flick 2007: 238f.).

Während des Interviews werden beim episodischen Interview sowohl Erzählungen angestrebt als auch zielgerichtete Fragen seitens des Interviewers gestellt. Wichtig beim episodischen Interview ist, dass eine Konzentration auf Erfahrungen gelegt wird, die für die Forschungsfrage(n) von Bedeutung sind. Dieser Interviewform liegt ein Leitfaden zugrunde, der alle anzusprechenden Themen umfasst. Die Fragen, die bei den Interviews gestellt wurden, werden in Kapitel 4.3.2 näher erläutert. Während des Interviews ist es wichtig, dass der/die InterviewerIn geschickt mit den Fragen aus dem Leitfaden umgeht, indem diese(r) im richtigen Moment Erzählungen stimuliert und wenn notwendig auch nachfragt. Zwischen- bzw. Nachfragen seitens des Interviewers sind insofern wichtig, um die Phantasie des Befragten anzuregen (vgl. Lamnek 2005: 362f.).

Das Problem, das bei erzählgenerierenden Interviews häufig der Fall ist, nämlich, dass manche Befragten größere Schwierigkeiten haben zu erzählen als andere (vgl. Flick 2007: 244), lag bei den durchgeführten Interviews nicht

wirklich vor. Es entstand überwiegend der Eindruck, dass die Befragten sehr offen über ihre Erfahrungen und Erlebnisse berichteten.

#### **4.3.2. Der Leitfaden<sup>7</sup>**

Wie bereits erwähnt wurde eine Form der Interviewführung geführt, wo ein Leitfaden zum Einsatz kam. Leitfaden-Interviews werden mittlerweile in der qualitativen Forschung in breitem Maße angewendet. Es steht hier unter anderem die Erwartung im Vordergrund, dass in der relativ offenen Gestaltung der Interviewsituation die Sichtweisen der Interviewten besser zur Geltung kommen als in standardisierten Interviews oder Fragebögen (vgl. Flick 2007: 194).

Zu Beginn des Interviews wurde den Befragten mitgeteilt, um was es in dem Projekt geht, wie der Ablauf des Interviews sein wird, also eine Erklärung der offenen Vorgehensweise, und was mit den Daten passiert, d.h. dass die Interviews mittels Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert und interpretiert werden. Es wurde insbesondere ein vertrauensvoller Umgang mit den Daten betont.<sup>8</sup>

Es wurde versucht während des gesamten Gesprächs so offen wie möglich vorzugehen. Das primäre Interesse, Erfolg bzw. Misserfolg, wurde in den Gesprächen nicht direkt von der Interviewerin thematisiert. So konnte die befragten Personen, selbst entscheiden, ob sie etwas als Erfolg oder Misserfolg bezeichnen bzw. ob das Thema Erfolg oder Misserfolg überhaupt relevant ist und somit angesprochen wird.

Eine Einstiegsfrage, die den generellen Gesprächsrahmen absteckt und zu einer längeren Erzählung bzw. zu einer Diskussion über die Thematik des Interviews anregen soll ist besonders genau auszuwählen (vgl. Froschauer/Lueger 2003: 69ff.). Hermanns (2005) betont ebenfalls, wie wichtig der Einstieg in ein Interview ist: „*Die zentrale Aufgabe des Interviewers in den ersten Minuten des Interviews ist die Öffnung der Bühne*“, damit die beteiligten

---

<sup>7</sup> Der gesamte Leitfaden befindet sich im Anhang.

<sup>8</sup> Daher sind die Transkripte der Interviews auch nicht im Anhang.

*Personen ihre Rollen finden können.*“ (Hermanns 2005: 363). Eröffnet wurden die Interviews mit folgender Einstiegsfrage:

**„Ich möchte Sie bitten, dass Sie mir von Ihrer Tätigkeit im Schweizer Haus Hadersdorf erzählen? Was ist Ihre Aufgabe in dieser Einrichtung? Erzählen Sie bitte, was Ihnen dazu einfällt.“**

Hinsichtlich der Tätigkeit wurde, wenn notwendig, nachgefragt, wie die Befragten zum Beispiel zur Einrichtung gekommen sind, wie lange sie schon in dieser Einrichtung arbeiten etc. In Bezug auf die Forschungsfrage gab es einen Themenkomplex, der Fragen beinhaltete, die sich auf die Ziele der Befragten beziehen, also welche Ziele die Befragten im Rahmen ihrer Tätigkeit als SozialarbeiterIn, als PsychologIn etc. verfolgen. Da der Fokus im Interview auf Situationen gerichtet war, in denen de/die InterviewpartnerIn Erfahrungen gemacht hat die für die Forschungsfrage von Bedeutung sind, wurde nach konkreten Erfahrungen und Erlebnissen gefragt, in denen die Befragten, die Behandlung bzw. Betreuung der KlientInnen der Einrichtung als gut oder schlecht verlaufen erlebt haben. Die Darstellungsform einer entsprechenden Situation kann dabei vom Interviewpartner nach Gesichtspunkten subjektiver Relevanz gestaltet werden (vgl. Flick 2007: 239). In weiteren Fragen ging es darum, das Klientel und die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen zu beschreiben.

Beendet wurden die Interviews mit der Möglichkeit für die Befragten, noch Dinge zu erzählen oder zu erwähnen, die während des Interviews womöglich zu kurz gekommen sind oder noch nicht erwähnt wurden. Die Bedeutung dieser Abschlussfrage zeigte sich in nahezu allen durchgeführten Interviews. Zum einen wurden Gesprächsinhalte nochmals zusammengefasst, wichtige Themen nochmals hervorgehoben oder durch die Befragten inhaltlich erweitert.

#### **4.3.3. Auswertung der Daten: Qualitative Themenanalyse nach Froschauer/Lueger (2003)**

Für die Auswertung stand das Datenmaterial in transkribierter Form zur Verfügung. Es wurde entschieden, das Datenmaterial nach der qualitativen

Themenanalyse nach Froschauer/Lueger auszuwerten, dessen Vorteil insbesondere darin liegt, systematisch größere Textmengen zu bearbeiten (vgl. Froschauer/Lueger 2003: 111).

Ziel der Themenanalyse ist es vorrangig, einen Überblick über Themen zu verschaffen, diese in ihren wichtigsten Aussagen zusammenzufassen und den Kontext ihres Auftretens zu erforschen. Durch diese Analyseform ist es möglich, Meinungen und Einstellungen von Personen oder Gruppen zu bestimmten Themen differenziert herauszuarbeiten. Die Themenanalyse eignet sich dann am besten als Auswertungsmethode wenn der manifeste Gehalt von Aussagen im Mittelpunkt steht, wenn die Argumentationsstruktur eines Interviews beschrieben wird und die zusammenfassende Aufbereitung von Inhalten zu verschiedenen Themen fokussiert wird (vgl. Froschauer/Lueger 2003: 158).

Die Themenanalyse nach Froschauer & Lueger (2003) stellt zwei Strategien (Textreduktionsverfahren und Codierverfahren) zu Verfügung, die kurz erläutert werden (vgl. Froschauer/Lueger 2003: 158ff.).

#### Textreduktionsverfahren

Beim Textreduktionsverfahren werden Texte zusammengefasst und benannt (codiert), damit man einen Überblick über die Vielzahl an Themen erhält. Darüber hinaus werden die charakteristischen Elemente der Themendarstellung herausgearbeitet. So ist es möglich, Unterschiede in den Themen zu verdeutlichen.

Die Textreduktion beinhaltet fünf Komponenten, die hier kurz zusammengefasst dargestellt werden (vgl. Froschauer/Lueger 2003: 160ff.):

- a) Identifizierung eines Themas und Suche nach weiteren Textstellen, die zu diesem Thema gehören.
- b) Die wichtigsten Charakteristika eines Themas werden herausgearbeitet und es wird untersucht in welchen Zusammenhängen das Thema vorkommt.
- c) Die Abfolge der Themen, die von der Gesprächsführung abhängt, wird thematisiert.

- d) Komparative Analyse: Unterschiede in den Themen innerhalb oder zwischen den Gesprächen werden herausgearbeitet.
- e) Zusammenspiel der Themen und deren Merkmale in einen Gesamtzusammenhang. Somit könnte das Verständnis des untersuchten Systems vertieft werden. Dieser letzte Schritt kann Anregungen für weitere intensivere Analysen bieten.

### Codierverfahren

Das Codierverfahren kam bei der Auswertung als Ergänzung zur Textreduktion zu Verwendung. Während das Textreduktionsverfahren eher sehr oberflächlich in der Auswertung zu sehen ist (Zusammenfassung der zentralen Themen und Beschreibung der Argumentationsstruktur im Text) geht das Codierverfahren etwas tiefer in Besonderheiten einer Argumentation. Hier geht es um eine Analyse der begrifflichen Struktur von Themen und deren Zusammenhänge. Mit dem Codierverfahren werden Begriffshierarchien erstellt, die sich theoretisch verdichten lassen. Die praktische Durchführung des Codierverfahrens erfolgt durch folgende Schritte (vgl. Froschauer/Lueger 2003: 158ff.):

- a) Bildung von *Themenkategorien*: Einzelne Textpassagen werden codiert.
- b) Themenkategorien werden nach *Subkategorien* analysiert. Diese können dann wiederum nach weiteren Kategorien abgesucht werden.
- c) Strukturierung der Themenkategorien: Dabei geht es um die Frage, welche Themen für die Forschungsfrage besonders wichtig sind.
- d) Verknüpfung der Themenkategorien mit den Subkategorien.
- e) Interpretation des (hierarchischen) Kategoriensystems. Es werden Thesen zur Forschungsfrage abgeleitet.
- f) Vergleichende Analyse verschiedener Texte mit dem Ziel der Theoriebildung.

## 5. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE DER THEMENANALYSE

Im folgenden Teil sollen nun die Ergebnisse dargestellt werden, die sich aufgrund der Auswertung mit der Themenanalyse herauskristallisiert haben. Dabei werden die einzelnen Themen vorgestellt, die in Bezug auf die Fragestellung relevant sind und es wird versucht eine Verknüpfung zur Literatur herzustellen.

Die Ergebnisse sind so strukturiert, dass zu Beginn die wesentlichen Konzepte bzw. Konstrukte dargestellt werden, die sich aus den Gesprächen herauskristallisiert haben. Zum einen ist das die Vorstellung von Drogenabhängigkeit als „schwere Krankheit“ und zum anderen die Akzeptanz der DrogenkonsumentInnen. In diesem Zusammenhang wurde ein weiteres Thema aufgegriffen, das in diesem Zusammenhang besonders wichtig erscheint, nämlich wie mit Krisen beziehungsweise mit Rückfällen der Betroffenen umgegangen wird. Nach dieser ersten Darstellung folgen die Ziele bzw. Aufgaben aus der Sicht der MitarbeiterInnen, die sich aufgrund der qualitativen Interviews ergeben haben. In einem weiteren Schritt werden Erfolgskriterien dargestellt, die sich nach der Auswertung der Gespräche gezeigt haben. Vorab folgt aber eine kurze theoretische Einführung in die Thematik.

Morgan (2002) widmet sich in dem Buch „*Bilder der Organisation*“ (Original: „*Images of Organization*“) der Deutung und dem Verstehen von Organisationen. Dabei betont er, dass man sich keinem starren, unveränderlichen Standpunkt verschreiben darf. Er sieht zwischen dem Deutungsprozess und dem Prozess der theoretischen Organisationsanalyse eine enge Verbindung, da sich beide einer bestimmten Theorie bedienen, um die vorgefundene Situation zu deuten. Letztendlich sind daher auch Theorien eine Interpretation der Realität. Die Theorien und Erklärungen von Organisationsvorgängen beruhen dabei auf Metaphern, denn diese ermöglichen es, „*Organisationen differenziert und doch nur ausschnittweise zu betrachten und zu begreifen. (...) der Gebrauch von*

*Metaphern umfasst eine Denkungsart und eine Sichtweise, die auf unser allgemeines Verständnis der Welt schließen lässt.“ (Morgan 2002: 15)*

Für die vorliegende Arbeit nimmt die Vorstellung von einer *Organisation als Kultur* eine wichtige Rolle ein und ist für die Identifizierung handlungsanleitender Erfolgskriterien von zentraler Bedeutung. Eine Organisation beruht auf „*Gedanken, Wertvorstellungen, Normen, Ritualen und Überzeugungen, die für den Bestand von Organisationen als einer gesellschaftlichen konstruierten Realität sorgen*“ (Morgan 2002: 18). Über Kultur zu sprechen heißt, sich mit dem Prozess der Realitätskonstruktion auseinanderzusetzen, die es Menschen ermöglicht bestimmte Ereignisse, Handlungen, Situationen etc. differenziert zu erkennen und zu verstehen (vgl. Morgan 2002: 181).

Für gewöhnlich schließt man sich in gemeinnützigen Organisationen (NPOs), wie auch das Schweizer Haus Hadersdorf eine ist, nicht aufgrund des Geldes zusammen, sondern um bestimmte Inhalte zu transportieren und etwas zu erreichen, eine Mission. Ziele und Inhalte sind dabei meistens nicht wertfrei. Inwiefern man sich als Person gegenüber der Organisation identifiziert und gemeinsame moralische Werte vertritt prägen solche Organisationen. In diesem Sinne kann man von einer wertgeladenen Organisationskultur sprechen (vgl. Simsa 2007: 128).

In Organisationen existieren also häufig viele verschiedene Wertsysteme, die mit einander in Konkurrenz stehen. Beispielsweise können verschiedene Berufsgruppen jeweils unterschiedliche Perspektiven und Einstellungen haben oder jede Gruppe hat ihre eigene Fachsprache. Offensichtlich gibt es aber erfolgreiche Organisationen, die einen Weg gefunden haben, diese funktionale Aufteilung zu durchbrechen. Das heißt, Experten der verschiedenen Bereiche können ihre Aktivitäten nach einem Bezugsrahmen gemeinsamer und einheitlicher Normengefüge und Prioritäten ausrichten (vgl. Morgan 2002: 179).

Nach Morgan (2002) kann es in Organisationen auch zu subkulturellen Aufspaltungen kommen, die sich in spezifischen subkulturellen

Verhaltensweisen seitens der ArbeitnehmerInnen äußern. Es werden zum Beispiel Freundschaften im Unternehmen geschlossen, soziale Gruppen gebildet oder es entstehen Normen und Werte, die womöglich eher persönlichen Zielen als denen der Organisation dienen (vgl. Morgan 2002: 180).

## **5.1. Welche sozialen Konstruktionen steuern den Umgang mit dem Klientel?**

Welches Bild bzw. welche Vorstellungen die MitarbeiterInnen der Organisation von den Drogenkonsumenten haben, ist insofern von Bedeutung, da anzunehmen ist, dass letztendlich der Umgang mit bzw. die Behandlung von Drogenkonsumenten (vgl. Degkwitz 2001: 99), die Ziele die gesetzt werden und letztlich auch das Erfolgsverständnis davon beeinflusst werden. Nach der Auswertung der Interviews stellte sich ein erstes Bild dar:

### **5.1.1. Drogenabhängigkeit als „schwere Krankheit“**

Die Auswertung des Datenmaterials ergab, dass Drogenabhängigkeit seitens der Befragten als „Krankheit“ angesehen bzw. wird darauf hingewiesen, dass es sich bei den Personen, die vom Schweizer Haus Hadersdorf betreut und behandelt werden, um Menschen mit einer sehr schweren chronischen Erkrankung handelt, die ein Leben lang besteht:

*„... weil Drogensucht eine sehr schwere Krankheit ist.“ (I 8: 117-118)*

*„Die Suchterkrankung bleibt sowieso ein Leben lang ja. (...) Es ist eine chronische Erkrankung.“ (I 9: 157-159)*

Dem „Krankheitskonzept“ wird insofern auch Ausdruck verliehen beziehungsweise wird das Konstrukt dadurch verstärkt, indem häufig die Bezeichnung PatientInnen verwendet wird. Beim Krankheitskonzept wird Degkwitz (2001) zufolge Abhängigkeit als „regelwidrige Körper- und/oder Geisteszustand“ (Degkwitz 2001: 100) verstanden. Die Krankheit verursacht das Konsumverhalten, exzessiver Konsum ist daher das Resultat eines zugrunde liegenden Krankheitsprozesses. Es bestehen unterschiedliche Krankheitskonzepte, gemeinsam ist ihnen aber das Verständnis, dass Sucht



nicht ausgeschaltet werden kann. Abhängige sind somit Opfer, die nicht selbst schuld sind, sondern eben krank sind (vgl. Degkwitz 2001: 100).

In den Gesprächen wird nicht nur auf die Schwere der Erkrankung hingewiesen, sondern auch auf zusätzliche Erkrankungen der Betroffenen. Neben der Drogenabhängigkeit leiden die PatientInnen unter Depressionen, schweren Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen etc. In diesem Zusammenhang spricht man von Komorbidität, Dualdiagnosen oder Doppeldiagnosen. Tretter (2000) zufolge hat diese Problematik, dass Menschen mit einer Suchterkrankung unter einer zusätzlichen Störung leiden in den letzten Jahren an Aufmerksamkeit gewonnen. Häufig ist dabei unklar, ob zuerst die psychische Störung oder die Sucht da war (vgl. Tretter 2000: 30).

Neben dem Krankheitskonzept wird in der Literatur auch das Konzept der Störung diskutiert. Wird die Abhängigkeit als (psychische) Störung gesehen, ist auch hier der Abhängige Opfer, in diesem Fall aber nicht Opfer der Krankheit, sondern von ungünstigen Lernbedingungen. Der Konsum ist dabei nur ein Symptom einer tiefer liegenden Persönlichkeitsstörung. Seitens von (psycho)therapeutischen Ansätzen beispielsweise wird exzessiver Konsum als verstehbares, sinnhaftes Verhalten gesehen, wobei der Konsum dabei eine Funktion zur Lebensbewältigung übernimmt. Abhängigkeit entsteht in einem personalen und sozialen Geflecht und kann auch dadurch nur in diesem Geflecht bearbeitet werden. (vgl. Degkwitz 2001). In den Gesprächen selbst wurde Drogenabhängigkeit aber nicht explizit als Störung bezeichnet, sondern es wurde ausschließlich der Ausdruck „Krankheit“ verwendet.

Dass die PatientInnen als „krank“ gelten zeigt sich auch an ihrem Meldestatus in der Einrichtung. Wenn PatientInnen aufgenommen werden, dann werden sie zunächst von der Einrichtung während ihres stationären Aufenthaltes krank gemeldet. Diese Zeit gilt dann als Sonderkrankenstand.

Die Vorstellung und Anerkennung von „Drogenabhängigkeit als Krankheit“ hat, letztendlich Einfluss darauf, wie mit den Betroffenen umgegangen wird. Als „Kranken“ steht den Betroffenen im SHH medizinische Behandlung bzw.

Versorgung (insbesondere Substitutionstheorie) offen. Zur medizinischen Versorgung zählt insbesondere die Möglichkeit einer Substitutionsbehandlung, die ärztlich überwacht wird. Die medizinische Versorgung seitens der Einrichtung erstreckt sich dabei auf die stationäre bzw. auf die erweitert stationäre Therapiephase. Findet ein Wechsel in die dezentrale Phase statt, findet somit auch ein Wechsel zu einem niedergelassenen oder praktischen Arzt statt. Neben der medizinischen Versorgung steht den Betroffenen aber auch ein breites Angebot an psychosozialer und sozialarbeiterischer Betreuung zur Verfügung.

### **5.1.2. Akzeptanz der DrogenkonsumentInnen**

Neben der Vorstellung, dass es sich bei Drogenabhängigkeit um eine „Krankheit“ handelt und man den PatientInnen dementsprechend ein vielfältiges Therapieangebot anbieten kann - wobei Abstinenz nicht das unmittelbare Ziel ist - wird Drogenkonsum als Problem gesehen, dessen Bearbeitung insbesondere in der Verantwortung des Individuums liegt. In diesem Zusammenhang wird von den Befragten oftmals von der Eigenverantwortung der KlientInnen gesprochen:

*„... weil wir von Anfang an die Eigenverantwortlichkeit des Klienten in den Mittelpunkt stellen. Des haßt, wir überstülpen die Klienten net mit irgendwelchen vorgegebenen Strukturen. Sicherlich sie haben a Tagesstruktur, sie haben a Reglement an des sie sich hoiten miasn. Aber sonst is eigentlich olles sehr offen und sie sand sehr eigenverantwortlich. Auch in bezüglich der Drogen.“ (I 3: 437-441)*

Neben der Bezeichnung „PatientIn“ wird häufig auch der Ausdruck „KlientInnen“ verwendet. Dieser Ausdruck definiert laut Tretter (2000) die Beziehung zum/zur DrogenkonsumentIn insofern, dass seine/ihre Selbstbestimmung deutlicher hervorgehoben wird (vgl. Tretter 2000: 38). Kleve (1996) dagegen meint, dass der Ausdruck „KundIn“ eine sinnvollere Alternative zu „KlientIn“ sei, weil man als „KundIn“ weiß, was einem fehlt, was man will und was einem hilft. Laut Kleve suggeriert die Bezeichnung „KlientIn“ sogar Abhängigkeit und Hörigkeit (vgl. Bango 2001: 52).

Die Betonung von Eigenverantwortung bzw. Selbstverantwortung kann als Grundlage akzeptanzorientierter Drogenarbeit verstanden werden. DrogengebraucherInnen werden dabei als mündige zur Selbstbestimmung und Selbstverantwortung fähige Menschen angesehen. Voraussetzung dafür ist, dass Behandlung und Betreuung auf Freiwilligkeit und nicht bevormundend ausgerichtet ist (vgl. Schneider 2000: 13). Im Falle des SHH wurde dies in einigen Gesprächen dahingehend erläutert, wenn jemand keine Behandlung möchte oder wenn ein(e) PatientIn oder ein(e) KlientIn sich entscheidet, die Einrichtung zu verlassen, dann wird dies auch seitens der Einrichtung akzeptiert. Akzeptanz meint daher auch, dass DrogenkonsumentInnen nicht von vornherein als beratungs- und behandlungsbedürftige Individuen betrachtet werden: *„Wann nix zu behandeln ist, dann ist halt nix.“ (I 2: 73)*

Ausgehend von dem Verständnis akzeptanzorientierter Drogenarbeit wird Abstinenz nicht unmittelbar angestrebt. Es scheint überwiegend Konsens darüber zu herrschen, dass Abstinenz als Ziel, nicht vordergründig ist bzw. nicht primär das Ziel ist, weil es aufgrund der schweren chronischen Erkrankung auch oft nicht möglich ist, dieses Ziel zu erreichen:

*„Des Ziel, des ma früher gobt hot, (...), in den 70er Joahren oder teilweise noch in den 80er Jahren, dass ma gsogt hot, Abstinenzideologie, nur die Abstinenz ist das wahre, von dem bin ich auch schon abgerückt, (...), aber das ist nicht das Ziel oder das ist net das woran ich jetzt oarbeite oder wo i a glaub das des möglich ist. Es ist sicherlich bei Einzelnen möglich aber im Großteil ist es net möglich.“ (I 3: 212-217)*

Mit diesem akzeptanzorientierten Zugang erreicht das SHH dadurch auch die DrogenkonsumentInnen, die vom traditionellen, ausschließlich abstinenzorientierten Drogenhilfesystem nicht erreicht werden (konnten). Abstinenz wird daher auch nicht als Erfolgskriterium der Einrichtung bzw. der Mitglieder verstanden.

Sucht wird zwar überwiegend in der Öffentlichkeit als „Krankheit“ verstanden aber dennoch herrschen noch Vorstellungen von Sucht als „abweichendes“, „antisoziales“ und kriminelles Verhalten, das es zu bestrafen gilt. Abhängige unterliegen daher einer gesellschaftlichen Kriminalisierung (vgl. Degkwitz 2001: 101ff.).

Dies zeigt sich im SHH insbesondere daran, dass die Mehrheit der Personen, die im Schweizer Haus Hadersdorf behandelt und betreut wird, aus den Gefängnissen kommen bzw. Haftenerfahrung mit sich bringen. Die Drogentherapie wird daher von den MitarbeiterInnen bzw. der Einrichtung überwiegend in Zusammenhang mit einer strafrechtlichen Verfolgung erlebt. Dabei wird der Vorzug der Therapiemaßnahme vor der Strafe auch wieder in Zusammenhang mit dem Krankheitskonzept als sehr sinnvoll verstanden. Es herrscht diesbezüglich ein Verständnis darüber, dass auch diejenigen eine gesundheitsbezogene Maßnahme bekommen sollen, deren primäres Ziel nicht Abstinenz ist. So wird beispielsweise in einem Interview erläutert:

*„Dass man sagt Leut, die substituiert sind, also die net unmittelbar das Therapieziel Abstinenz haben, haben genau das gleiche Recht nach Paragraph 39 an Strafaufschub zu kriegen, wie Leit, die sogn sie wollen abstinent werden.“ (I 2: 95-97)*

Das Verständnis von Drogenabhängigkeit als „Krankheit“ und die Akzeptanz der Drogenkonsumenten hat zwar eine zentrale Bedeutung, da die Sucht bzw. der Süchtige damit aus der Stigmatisierung herausgeholt wurde und der Behandlung und Betreuung zugänglich gemacht wurde (vgl. Degkwitz 2001: 100). Die Stigmatisierung von Abhängigen spielt aber nach wie vor eine Rolle und wurde in einigen Gesprächen explizit angesprochen. Zum Beispiel: *„Dass also praktisch sie als kranke Person zählt und nicht als schlimmes Kind, das man disziplinieren muss.“ (I 3: 125-126)*

In einem anderen Gespräch wird wiederum betont, dass Sucht eine Erkrankung ist: *„Aber Drogensucht ist keine schlechte Angewohnheit oder kein schlechter Charakterzug, sondern es ist eine chronische Erkrankung.“ (I 8: 118-120)*

Degkwitz (2001) zufolge sind all diese Konzept von Abhängigkeit soziokulturelle Konstrukte und symbolische Ordnungen. Er betont, dass diese Konzepte und ihre entsprechenden Institutionen und Strukturen keine Zufälle sind, sondern Ausdruck sozialer Realitäten. Die Konzepte sind dabei auch nicht einfach austauschbar, sondern stabil. Sie sind in den Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmustern der Akteure und in den sozialen Regeln verwurzelt (vgl. Degkwitz 2001: 104).

### **5.1.3. Arbeiten mit Krisen und Rückfällen**

Neben der Drogenabhängigkeit als „Krankheit“ und der Akzeptanz der DrogenkonsumentInnen als eigenverantwortliche Personen hat sich ein weiteres wichtiges Thema in Hinblick auf die Behandlung und Betreuung der PatientInnen bzw. KlientInnen ergeben, dass auch in Bezug auf den Erfolg eine zentrale Rolle einnimmt. Krisen und Rückfälle, mit denen die TherapeutInnen, BetreuerInnen etc. konfrontiert sind, werden als Teil der Erkrankung gesehen, mit dem in der Therapie gearbeitet wird:

*„Und dass, wenn es zu einer Rückfälligkeit, des haßt wir sehn jo die Rückfälligkeit als Symptom der Suchtkrankheit und es is jo nix schlechtes und es is nichts zu bestrafendes, sondern es ist etwas, was man in den therapeutischen Prozess reinnehmen muss und wo dann der Klient, die Klientin, wann es zu einem Drogenrückfall kommt, die Möglichkeit auch in Anspruch nimmt, mit dem Therapeuten, mit dem Sozialarbeiter, mit der Bezugsperson zu reden und aus diesem Vorfall net wieder an Rückschritt oder an Dauerkonsum werden lässt.“ (I 3: 178-184)*

PatientInnen müssen die Einrichtung bei einem Rückfall auch nicht verlassen beziehungsweise werden dahingehend auch keine Sanktionen angewendet. In diesem Zusammenhang wird auch der niederschwellige Zugang der Einrichtung angesprochen:

*„Wenn man davon ausgeht, ah dass die Niederschwelligkeit sich dadurch manifestiert, dass es bei uns viele Drogen im Haus gibt und*

*das wir mit Rückfällen arbeiten, daun kann ma sogn des is niederschwellig, weil ah do haum andere Einrichtungen vü härtere Kontrollmechanismen und vü mehr Sanktionen als wir.“ (I 3: 429-432)*

In Bezug auf Krisen und Rückfälle wurde insbesondere der Übergang zwischen den Phasen (stationärer und erweitert stationärer Phase) thematisiert, der für PatientInnen durchaus krisenhaft verlaufen kann:

*„Ich erlebe diesen Übergang zwischen stationärer Phase und erweitert stationärer, auch von den Rückmeldungen im Team her, weil selbst krieg ich es in der Regel eher nicht mit, als eine sehr krisenhafte Zeit. Also viele kommen aus der erweitert stationären Phase nochmal wieder zurück, auch das ist eine Möglichkeit, dass sie nochmals hier im Haus stabilisieren können und man dann nochmal guckt, was war denn der Grund dafür, dass so dieser Weg nach draußen, nicht so erfolgreich verlaufen ist und wie kann es beim nächsten Mal besser laufen.“ (I 7: 273-279)*

Einen Teil den die Arbeit mit den PatientInnen ausmacht ist, mit Krisen und Rückfällen, die zur Suchterkrankung dazugehören, zu arbeiten. Dabei kommt es aber darauf an, wie der oder die PatientIn selbst mit dem Rückfall umgeht. Das heißt, ob die Krise oder der Rückfall im therapeutischen Prozess besprochen werden kann oder ob der/die PatientIn dahingehend nicht zugänglich ist. Aber auch wenn mit Rückfällen gearbeitet wird, wird immer wieder darauf hingewiesen, dass es wichtig ist, die PatientInnen so weit zu unterstützen, dass sie möglichst wenig rückfällig werden.

Diese erste Darstellung hat einige wesentliche Punkte aufgezeigt. Drogenabhängigkeit (was selbst schon eine soziale Konstruktion darstellt) wird im Schweizer Haus Hadersdorf als sehr schwere chronische Erkrankung gesehen. Diese Konstruktion macht Schneider (2000) zufolge den/die DrogengebraucherIn zum/zur „KlientIn“ für professionelle Helfer, wie PsychiaterInnen, TherapeutInnen etc. Und diese treffen Entscheidungen

darüber, was für einen „kranken Drogenabhängigen“ richtig und gut ist. Dieses Krankheitskonzept steht mit dem hohen gesellschaftlichen Wert „Gesundheit“ im Zusammenhang (vgl. Schneider 2000: 74). Auf der anderen Seite betonen die MitarbeiterInnen der Einrichtung aber die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der KlientInnen, die KlientInnen treffen ihre Entscheidungen selbst. Abstinenz wird nicht unmittelbar angestrebt, was aufgrund der Erkrankung auch nicht immer möglich ist.

Ausgehend vom System der Krankenbehandlung als autonomes Funktionssystem, dessen Code die Unterscheidung gesund-krank (vgl. Luhmann 2005) ist, stellt sich die Frage inwiefern hier diese Unterscheidung zutrifft, wenn davon ausgegangen wird, dass es sich um eine chronische Erkrankung handelt, die nicht „heilbar“ ist. Denn mit der Unterscheidung gesund-krank würde das System nur greifen, wenn jemand krank geworden ist. Dies trifft aber laut Luhmann (2005) nicht mehr zu, denn aufgrund von Krankheiten, die auf schwer zu kontrollierende Weise als Resultat der Lebensführung auftreten, erweitert sich der Relevanzbereich des Systems auf die gesamte Lebensführung. Daher gibt es für wichtige gesellschaftliche Codes Zweitcodierungen. Auf der Seite des Wertes Krankheit wird unterschieden in heilbare/unheilbare Krankheiten. Diese Zweitcodierungen bringen Luhmann zufolge das System der Krankenbehandlung in eine stärkere Abhängigkeit von der Gesellschaft bzw. von anderen Funktionssystemen. Bei unheilbaren Krankheiten ist die Lebensführung der PatientInnen auf eine ganz andere Weise betroffen und dementsprechend reagiert auch das soziale Umfeld (Anm. der Autorin: und die Suchthilfe mit ihrem Angebot) darauf (vgl. Luhmann 2005: 182ff.).

Welche Ziele bzw. Zielvorstellungen nun das organisationale Handeln leiten und welches Verständnis die MitarbeiterInnen von Erfolg haben, wird in den folgenden Kapiteln dargestellt. Es wurde daher versucht, die Ziele der Befragten darzustellen bzw. Erfolgskriterien zu identifizieren, an denen die Befragten ihre Tätigkeit ausrichten.

## **5.2. Ziele und Aufgaben aus der Sicht der MitarbeiterInnen**

Ziele (aber auch Regeln, Aufgabenbeschreibungen etc.) dienen in Organisationen als primäre Bezugspunkte dafür, wie Menschen über den Zusammenhang, in dem sie arbeiten nachdenken und Sinn darin sehen. Auch wenn diese eher als objektive Merkmale einer Organisation betrachtet werden, tragen sie dazu bei, die kontinuierliche Realität innerhalb einer Organisation zu prägen (vgl. Morgan 2002: 187). Ziele spielen auch in Bezug auf den Erfolg und das Erfolgsverständnis eine wesentliche Rolle. Der Begriff Erfolg lässt sich auf das Verb erfolgen bzw. erreichen, erlangen rückbilden, das im deutschen Sprachraum im 17. Jahrhundert entstand (vgl. Kluge 2002: 253). Das Verb „erfolgen“ bezeichnet „den Vorgang, etwas zu erreichen oder zu erlangen, was eine Person sich selbst als Ziel gesetzt hat“ (Neckel 2004: 63).

Auf die Frage, welche Ziele im Rahmen der Tätigkeit verfolgt werden, ergab sich ein Bild, worin zwischen persönlichen Zielen, Zielen der Therapie, Zielen der Einrichtung und Zielen der PatientInnen unterschieden wird. Bei einigen Gesprächen wurde hervorgehoben, dass die persönlichen Ziele nicht immer identisch sind mit den Therapiezielen oder den Zielen der Einrichtung. Die persönlichen Ziele werden häufig niedriger angesetzt, als zum Beispiel die der Einrichtung. Insbesondere wird betont, dass es in der Arbeit mit DrogenkonsumentInnen enorm wichtig ist, die Ziele individuell nach den Möglichkeiten der KlientInnen zu setzen.

### **5.2.1. Aufklärung und Unterstützung bei der (Wieder-)Aufnahme**

Die Aufnahme von KlientInnen nimmt eine wichtige Rolle bei den Zielsetzungen ein. Zwei Ziele scheinen zu Beginn, wo ein (erster) Kontakt zu den Betroffenen hergestellt wird besonders wichtig zu sein.

Bevor die Drogenkonsumenten im SHH aufgenommen werden ist das Ziel, diese in Hinblick auf das Konzept der Einrichtung gut aufzuklären:

*„Mir ist wirklich wichtig, die aufzuklären, weil wenn sie schon die Möglichkeit kriegen, Therapie statt Strafe zu kriegen, dann sollen sie*



*sich auch wirklich für das Konzept entscheiden, dass ihrer Meinung nach am besten für sie geschneidert ist.“ (I 6: 96-99)*

KlientInnen, die die Möglichkeit auf „Therapie statt Strafe“ haben, werden bereits in den Justizanstalten über das Konzept der Therapie aufgeklärt und auch während der Verhandlung hindurch betreut. Diese Form von Betreuung, die zu Beginn stattfindet, wo der/die KlientIn noch nicht im Haus aufgenommen worden ist, wird als „*relativ oberflächliche Art von Betreuung*“ (I 6: 24) beschrieben, da während dieses Aufnahmeprozesses keine sehr enge bzw. intensive Beziehung zu den KlientInnen aufgebaut wird. Besonders interessant erscheint hier der Aspekt, dass die KlientInnen aus den Justizanstalten die Möglichkeit haben, sich selbst für eine Therapieeinrichtung zu entscheiden. Sie sind also mit einer Auswahl an Therapieeinrichtungen konfrontiert und können, hier auch wieder im Sinne der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung, selbst entscheiden, in welcher Einrichtung sie eine Therapie beginnen möchten, auch wenn die Entscheidung letztendlich bei den Gerichten liegt, ob „Therapie statt Strafe“, also ein Aufschub des Strafvollzugs erfolgt.

Inwiefern der Druck von der Justiz einen Einfluss auf die Therapie hat bzw. auf die Motivation der KlientInnen hat, lässt sich hier nicht beantworten. Lange Zeit galt der justitielle Druck als unvereinbar mit dem Grundgedanken einer therapeutischen Behandlung. Man ging davon aus, dass eine Verhaltensänderung seitens des Betroffenen nicht zu erwarten sei. Die primäre Motivation des Suchtkranken sei Haftvermeidung und auch für den Verlauf der Behandlung erwartete man ein Desinteresse seitens des Klienten. Mittlerweile gibt es aber Hinweise, die einer justitiell eingeleiteten Therapie Erfolg einräumen. Ein gewisser Druck auf den Abhängigen kann also durchaus sinnvoll sein. Bei vielen „Freiwilligen“, die sich in Therapie begeben, so auch im SHH, wird oft auch Druck seitens der Familie, des Partners etc. ausgeübt (vgl. Kurze 2000: 390f.). Kurze (2000) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass justitieller Druck dann tolerierbar ist, „*wenn er kontrolliert ausgeübt wird und den therapeutischen Prozess nicht nachteilig beeinflusst*“ (Kurze 2000: 391).

Neben dem Ziel der Aufklärung wird als weiteres Ziel in Hinblick auf die Aufnahme von PatientInnen die Begleitung und Unterstützung genannt, *„dass sie es schaffen im Haus aufgenommen zu werden“* (I 8: 84-85). In diesem Zusammenhang wird erwähnt dass, wenn die Betroffenen es geschafft haben, im SHH aufgenommen zu werden, sie dort zumindest für die Zeit der Therapie eine schöne stabile Zeit bekommen, indem sie nicht mehr von Obdachlosigkeit betroffen sind, mit Essen versorgt werden, weg sind von der Drogenszene und der Kriminalität und es sind Personen für sie da die ihnen helfen. Die Aufnahme nimmt also eine wichtige Funktion ein, in dem sie als PatientInnenlieferant fungiert und die Organisation somit mit PatientInnen versorgt.

Der Aufnahmeprozess ist durch ein Zusammenspiel von unterschiedlichen Berufsgruppen gekennzeichnet, da die PatientInnen zu Beginn mit Vertretern aus allen Berufsgruppen ein Gespräch haben. Bei Wiederaufnahmen kann es durchaus zu Unstimmigkeiten kommen, wenn unterschiedliche Vorstellungen darüber herrschen, ob das Konzept der Einrichtung für den oder die PatientIn das *„richtige“* ist: *„Also nur wenn Patienten schon einmal da waren. Dann stellt sich in manchen Fällen die Sinnhaftigkeit. Also wenn das dann im stationären Rahmen net so gut geklappt hat, dann stellt man sich mitunter die Frage, ist des sinnvoll, dass der noch einmal dasselbe Konzept in Anspruch nimmt, oder wärs doch besser, der versucht einmal eine andere Einrichtung“* (I 6: 465-469). Scheinbar herrscht nicht immer Einigkeit darüber, ob PatientInnen wieder aufgenommen werden sollen bzw. scheint dies ein Konfliktfeld innerhalb der Einrichtung zu sein.

### **5.2.2. Eigenverantwortung der DrogenkonsumentInnen**

Wie bereits mehrmals erläutert nimmt die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der KlientInnen eine zentrale Rolle bei der Arbeit mit den Betroffenen im Schweizer Haus Hadersdorf ein. So wird Eigenverantwortung auch als Ziel formuliert, dass beispielsweise folgendermaßen dargestellt wird. Bei den KlientInnen des SHH handelt es sich, wie in einem Gespräch betont wird, um vollmündige BürgerInnen mit Rechten und Pflichten, die auch bisher eigenverantwortlich gelebt haben. Ziel ist es, so viel Eigenverantwortung wie möglich über das eigene Leben bei den PatientInnen zu lassen: *„Des haßt oiso,*

*i hob die Position, ich unterstütze gern ja wenn das eingefordert wird, (...), ich biete Unterstützung auch an, also frag, wüßt du des, brauchst du des, ja. Ah, wenn das nicht angenommen wird, dann liegt das bei der, dann ist das die Entscheidung des Patienten. (I 4: 291-296)*

Eigenverantwortung wird aber auch dahingehend erklärt, dass der/die PatientIn mit den Folgen und Konsequenzen des eigenen Verhaltens leben muss: *„Und eigentliches Ziel ist, dass ma den Patienten möglichst viel Eigenverantwortung gibt, was a bedeutet, dass der die negativen Folgen seines Verhaltens ertragen muss, oder ah mit den Konsequenzen halt leben muss.“ (I 2: 66-69).*

Die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der KlientInnen während ihres Aufenthaltes in der Einrichtung wird in einigen Gesprächen in unterschiedlichster Weise dargestellt und beschrieben. Die Eigenverantwortung wird beispielsweise in Hinblick auf den Drogenkonsum im Haus erwähnt. Es kommt immer wieder vor, dass KlientInnen während ihres Aufenthaltes Drogen konsumieren (Beikonsum haben). Es liegt dann bei der Entscheidung des Betroffenen, ob dieser die Substanzen konsumiert oder darauf verzichtet. Ein anderes Beispiel in Hinblick auf Eigenverantwortung, dass erwähnt wird ist, dass die KlientInnen für ihre Termine selbst verantwortlich sind (wobei dies einen Unterschied macht, ob sich die PatientInnen in der stationären Phase oder bereits dezentral leben). In einem Gespräch wird diese Eigenverantwortlichkeit folgendermaßen hervorgehoben: *„Wir sind hier ah keine Sachwalter, sondern eben das sand eigenverantwortliche Personen.“ (I 4: 114-115).* Unter Eigenverantwortung wird daher auch verstanden, dass man im Rahmen der Behandlung und Betreuung Ressourcen und Fähigkeiten der KlientInnen fördert, dass diese dabei begleitet und unterstützt werden, aber, dass ein großer Teil der Arbeit bei den KlientInnen selbst liegt. Es wird also Unterstützung zur (Wieder-) Herstellung der Selbststeuerungsfähigkeit (Empowerment) angeboten.

Schwierigkeiten hinsichtlich der Eigenverantwortung zeigen sich beispielsweise in den verschiedenen Therapiephasen. Während sich die KlientInnen in der stationären Phase hauptsächlich auf die therapeutische Arbeit konzentrieren

können, wird in der dezentralen Phase, noch mehr an Eigenverantwortung verlangt:

*„Ah, das ganze zielt natürlich auf a größtmögliche Eigenverantwortung hinaus hier weil sie eben, wenn sie auf dieser (Phase) austreten und in die dezentrale Phase wechseln in einem höheren Maß eigenverantwortlich sind.“ (I 4: 37-40)*

Dies bedeutet zum Beispiel, dass KlientInnen in der dezentralen Phase, also in der Therapiephase außerhalb des Hauses, ihre Amtswegen alleine erledigen, genauso wie Besuche von Apotheken, Behörden, Einkäufe etc. bzw. müssen sich die KlientInnen auch in der dezentralen Phase um ihre Termine hinsichtlich Therapiestunden selbst kümmern.

Das Ziel der Eigenverantwortung, das im Schweizer Haus Hadersdorf verfolgt wird, wird in der Literatur unter den Namen Empowerment diskutiert. Der Begriff Empowerment, der mit den Worten „Selbstbefähigung“, „Selbst-Bemächtigung“ bzw. „Stärkung von Autonomie und Selbstbestimmung“ übersetzt werden kann, beschreibt laut Herriger (2002) Entwicklungsprozesse, in deren Verlauf Menschen die Kraft gewinnen, derer sie bedürfen, um ein nach eigenen Maßstäben „besseres Leben“ zu leben. Empowerment zielt also auf die (Wieder-) Herstellung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Alltags (vgl. Herriger 2002: 11ff.).

Als Ausgangspunkt von Empowerment-Prozessen wird das Erleben von Machtlosigkeit und Fremdbestimmung gesehen. Gerade Straftatlassene bzw. Menschen mit Gefängniserfahrung haben die Erfahrung des Verlustes von Selbstbestimmung und Autonomie erlebt, die laut Herriger (2002) den biographischen Nullpunkt der Lebensgeschichten dieser Menschen markiert (vgl. Herriger 2002: 52).

Mit diesem Ansatz soll den PatientInnen Mut gemacht werden, damit sie ihre Angelegenheiten selbst in die Hand nehmen und in dem sie sich ihrer Fähigkeiten bewusst werden. Sie sollen dabei eigene Kräfte entwickeln und ihre

individuellen und kollektiven Ressourcen zu einer selbstbestimmten Lebensführung nutzen lernen. Gerlach (2004) verdeutlicht dies folgendermaßen: „*Unter Anerkennung des Selbstbestimmungsrechtes wird sich an den vorhandenen Stärken und nicht an den zugeschriebenen Defiziten substituierter Menschen orientiert. Empowerment statt Defizitorientierung.*“ (Gerlach 2004: 108) Gerlach zufolge müssen die Substituierten außerdem das Recht haben, über den für sie geeigneten Weg, mit und ohne Drogen, selbst zu bestimmen. Es geht nicht darum PatientInnen zu bevormunden.

Empowerment wird in der akzeptanzorientierten psychosozialen Unterstützungsarbeit nicht als Zielzustand gesehen, der einmal erreicht wird. Es handelt sich um kein Produkt, das man standardisieren kann. Zielorientierungen wie zum Beispiel soziale Reintegration, psychische Stabilität etc. können demnach wegen diskontinuierlicher Entwicklungsmöglichkeiten kein phasenspezifisch definierter Endzustand sein, der erreicht werden soll. Im Vordergrund stehen dagegen eine selbstgestaltete Sicherung eines möglichst gesunden Überlebens, die selbsteingeleitete Ermöglichung längerer Drogenkontrollphasen, gesundheitliche und psychische Stabilisierung etc. Durch das Konzept des Empowerments und durch den daraus ableitbaren gemeinsamen Handlungsrahmen werden Substituierte nicht mehr passiv und als Opfer ihrer Abhängigkeit gesehen, sondern als Menschen, die aktiv ihr Verhalten und Handeln steuern und auch verändern können (vgl. Gerlach 2004: 108f.).

Als eine wichtige Tätigkeit während des Unterstützungsmanagements oder Case Managements wird das Monitoring gesehen, das heißt die Beobachtung, die Überwachung und die Dokumentation der laufenden Unterstützungsprozesse. Monitoring kann als ein Instrument der prozessbegleitenden Evaluation gesehen werden. Dadurch ist die Prüfung des Verlaufs des Unterstützungsmanagements möglich. Auf der Grundlage einer Informationsbasis können dann Veränderungen, Neuarrangements und Korrekturen gemacht werden (vgl. Herriger 2002: 92).

### 5.2.3. Absichern und Entlasten der PatientInnen

Aus sozialarbeiterischer Sicht ist das Ziel, die KlientInnen so weit abzusichern, dass sie sich auf die Behandlung konzentrieren können:

*„Dass nicht irgendwie jetzt die Sorge um die Wohnung oder um die Versicherung oder das Einkommen so sehr in den Vordergrund rückt, dass sie sich selber nicht mehr mit sich selber auseinandersetzen können. Wobei natürlich auch in der Sozialarbeit oft eine Aufarbeitung beginnt von all den Dingen, die lange Jahre Bruch gelegen haben.“ (I 7: 79-83)*

Die Aufgabe sozialarbeiterische Betreuung besteht dabei in der Hilfestellung bei der Bewältigung von Grundbedürfnissen wie zum Beispiel Bearbeitung der finanziellen Situation des Betroffenen, Wiederbeschaffung von verlorenen Dokumenten, Unterstützung bei bzw. Regelung der gerichtlichen Situation, Wohnraumbeschaffung etc. Auch hier nimmt wiederum der Aspekt der Selbstbestimmung eine wichtige Rolle ein, wie im folgenden Gesprächsausschnitt dargestellt wird:

*„Ah was mir sehr sehr wichtig ist, dass praktisch rein von der sozialarbeiterischen Seite ah den Klienten und Klientinnen net alles abgenommen wird, sondern dass ma gemeinsam mit ihnen eben entwickelt a Strategie, ah was macht a der professionelle Helfer, was mocht der Patient selbst. Ah oder inwieweit kann jetzt der professionelle Helfer ah den Klienten ah eine Anleitung bieten, dass er daun selber was weiter tun kann.“ (I 3: 156-161)*

Man versucht daher während des Aufenthaltes in der Einrichtung gemeinsam mit den KlientInnen eine Grundlage und eine Ordnung der oben genannten Dinge zu schaffen. Ziel ist dabei, dass die KlientInnen nach Ende der Therapie, nach der Entlassung mit solchen Dingen umgehen können. Von sozialarbeiterischer Seite her wird eine Rolle eingenommen, in der man die Betroffenen unterstützt und begleitet, also Hilfe anbietet.

Empowerment als Konzept nutzt verschiedenste Instrumente. Als ein Werkzeug kann die „basale Sicherung“ genannt werden (vgl. Herriger 2002: 83f). Beim Großteil der KlientInnen, die vom Schweizer Haus Hadersdorf betreut werden, handelt es sich um Menschen, die das tragende Fundament einer, in Herrigers Worten, basalen Lebenssicherung verloren haben. Viele PatientInnen kommen aus der Straßenszene, leiden unter einem hohen Maß an Verwahrlosung, haben häufig eine ungesicherte Wohnsituation bzw. sind obdachlos, der Großteil der Leute hat Hafterfahrung, es gibt sowohl sehr junge als auch sehr alte Personen, die schon sehr lange Drogen konsumieren, viele haben bereits Erfahrung mit Therapien in anderen Einrichtungen und sind dabei schon etliche Male gescheitert.

Die „*Herstellung und Sicherung eines Reservoirs von Lebensressourcen*“ kann als Startpunkt der Empowerment-Arbeit gesehen werden (Herriger 2002: 84). Aufgabe der sozialen Arbeit ist unter anderem Unterstützungsangebote zu arrangieren, wo Lebensressourcen im alltäglichen Leben von Menschen ausgeschöpft sind. Dazu existieren hilfreiche Instrumente. Case Management oder Unterstützungsmanagement ist eines dieser Instrumente, die auch im Schweizer Haus Hadersdorf eingesetzt werden. Unter Unterstützungsmanagement wird verstanden „*die Organisation einer ganzheitlichen sozialen Hilfe durch die Mobilisierung, das Arrangement und die Vernetzung von Unterstützungsressourcen.*“ (Herriger 2002: 88f) Die Ressourcen liegen dabei sowohl in der Person und in der Familie, ebenso im sozialen Umfeld, in der Infrastruktur des Gemeinwesens und in dem politisch-administrativ eingerichteten Sozialleistungssystem. Diese Ressourcen werden von den SozialarbeiterInnen situationsgerecht zusammengeführt (vgl. Herriger 2002: 89).

#### **5.2.4. Begleitung und Unterstützung der PatientInnen**

Von therapeutischer Seite und sozialarbeiterischer Seite her werden als Ziele insbesondere Unterstützung und Begleitung der PatientInnen genannt. Dabei ist es wichtig, für die PatientInnen eine Umgebung zu schaffen, in der sie sich wohl fühlen können: „*(...) aber in erster Linie geht's ma darum, dass ma do a Umgebung schafft, a Milieu schafft wo sie die Einzelperson wohl fühlen kann*

*und sich als Person geachtet und angenommen fühlt.“ (I 3: 133-135). Dies wird noch weiter ausgeführt: „Wenn i von jetzt ausgehe, ist das erste Ziel amoi ah, dass der Klient, die Klientin während oiso des ah stationären Aufenthalts bei uns oiso in der Einrichtung, ah wenn i des amoi so unter Anführungszeichen sagen kann, eine gute Zeit verleben kann. Des haßt a gute Zeit verleben kann ah, dass sich die Person respektiert und wertgeschätzt fühlt“ (I 3: 121-124). Damit wird sehr deutlich auf die Akzeptanz der DrogenkonsumentInnen hingewiesen, die viele PatientInnen außerhalb der Einrichtung aufgrund ihrer Stigmatisierung insbesondere als „Kriminelle“, nicht erfahren.*

Daher wird auch immer wieder als Ziel formuliert, den Betroffenen so viel Unterstützung zu geben, dass die PatientInnen eine schöne und so weit es geht stabile Zeit in der Einrichtung verbringen können. Um den Betroffenen eine gewisse Stabilität zu vermitteln, nehmen die Strukturen, die vorgegeben werden, eine wichtige Rolle bei der Arbeit mit den KlientInnen ein und werden auch immer wieder in den Gesprächen betont:

*„Ganz viel ganz ganz wichtig ist die Arbeit mit Strukturen, also einen klaren Tagesrhythmus. Der wird im Grunde genommen vom Haus, vom Programm her vorgegeben. Und dass man da auch guckt, dass man sich selbst auch daran hält, also versucht wenig Ausnahmen auch zu machen.“ (I 7: 134-137)*

Arbeiten mit Strukturen heißt dann in der stationären Phase beispielsweise: *„Dass man halt schaut, dass die Leute wirklich so was lernen wie Pünktlichkeit, verlässlich zu einer bestimmten Zeit halt morgens unten sein, dass Anwesenheitskontrolle um halb acht mit Alkotest durchgeführt, Medikamentenvergabe und so. Dass das halt alles ja in der Reihenfolge verläuft wie es laufen soll.“ (I 7: 140-143)* Im erweiterten stationären Bereich müssen die PatientInnen genauso Strukturen einhalten, wobei sie dann noch eigenverantwortlicher leben als in der stationären Phase, weil viele Termine auch außerhalb z.B. der Wohngemeinschaft eingehalten werden müssen.



Aus Sicht der Therapeuten ist es insbesondere wichtig, dass die PatientInnen ein Selbstwertgefühl entwickeln: „(...) Ziel is natürlich von der therapeutischen Seite her gesehen ah dass er soweit a Selbstwertgefühl entwickelt, dass er ah mit auftretenden Problemen so umgehen kann, dass er net des alte Verhalten nehmen muss, wos er immer gmocht hot, dass er si in soichen Situationen mit Drogen oder mit irgendwelchen anderen Substanzen vollgepumpt hat. Sondern dass er so ein Verhaltensrepertoire hat, ah des er in kritischen Situationen anwenden kann. Sei es jetzt dass er selbst etwas erledigen kann, sei es jetzt dass er sich Hilfe holen kann. Des is so jo diese Zielvorstellung.“ (I 3: 171-178)

In diesem Zusammenhang wird in einem anderen Gespräch erläutert, dass durch die Stärkung des Selbstwertes, die Arbeit mit den PatientInnen auch besser funktioniert. Bei der Stützung und Entwicklung des Selbstwertgefühls nimmt der/die TherapeutIn eine wichtige Rolle ein. Petzold et al. (2000) zufolge sind Themen in der Einzeltherapie insbesondere Frustrations-, Kränkungs- und Traumaerlebnisse verbunden mit Angst, Scham und Versagensgefühlen. Hier ist die holding function des/der TherapeutIn gefragt, also die Stützung und Entwicklung des Selbstwertgefühls der KlientInnen und der Einsatz supportiver Techniken zur Stärkung von Bewältigungsverhalten (vgl. Petzold et al. 2000: 328).

Unterstützung, Begleitung und Hilfe anbieten seitens der TherapeutInnen, SozialarbeiterInnen etc. sind also wichtige Ziele bei der Arbeit mit den KlientInnen. Dabei wird aber immer wieder darauf hingewiesen, dass die Therapie aber letztendlich von den PatientInnen selber gemacht werden muss. Willke bringt dies folgendermaßen auf den Punkt: (Psycho-) Therapie beschäftigt sich mit Veränderungen. Es wird aber davon ausgegangen, dass eine Person für ihre Veränderung selbst zu sorgen habe (vgl. Willke 1999: 92).

### **5.2.5. Medizinische Versorgung**

Die medizinische Versorgung stellt einen wichtigen Aspekt bei der Behandlung und Betreuung dar. Der medizinische Bereich, der im Vergleich zum therapeutischen Bereich (Psychotherapie, Sozialarbeit, Arbeitstherapie etc.), nur sehr wenige MitarbeiterInnen zählt, stellt sich als Grundlage bzw. Basis dar, auf der die Therapie aufbaut. Dass die Substitutionsbehandlung eine

bedeutende Rolle einnimmt zeigt sich daran, dass der Großteil der PatientInnen im SHH substituiert ist. Die Substitutionsbehandlung wird dabei als eine schwierige und komplizierte Form der medizinischen Behandlung beschrieben, mit der viel Aufwand verbunden ist:

*„Die Substitution ist so eine schwierige Sache. Sie müssen ja bedenken dass, nicht nur, dass Sie eine offizielle § 15 Einrichtung sein müssen. Das ist das wenigste daran. Aber sie brauchen Ärzte, die sich darin auskennen, die substituieren dürfen. (...). Der ganze Ablauf, das ist unglaublich kompliziert.“ (I 9: 95-99)*

Die Substitutionsbehandlung ist auch für die Befragten, die nicht im medizinischen Bereich arbeiten ein Thema, insbesondere in der stationären Phase. Diese Form der Behandlung ist bei den MitarbeiterInnen, die aus dem psychosozialen Bereich kommen, ständig präsent. Der Großteil der PatientInnen im SHH ist substituiert, befindet sich demnach in einer Erhaltungstherapie. Das bedeutet, dass die PatientInnen regelmäßig ihre Substitution stationär einnehmen bzw. PatientInnen, die sich bereits in der erweiterten stationären Phase befinden und somit außerhalb wohnen, holen sich täglich ihre Substitution (im Haus) ab. Die Einnahme erfolgt dabei kontrolliert, also unter Sicht. Ein wichtiger Punkt, der hier des öfteren angesprochen wurde ist, dass die Substitutionshöhe während des stationären Aufenthaltes nicht verändert wird, da das Ziel ist, dass die PatientInnen sich mittels einer stabil gehaltenen Substitution völlig auf die Therapie konzentrieren können:

*„Unser Ziel ist, dass die Leute stabil eingestellt auf Substitution kommen. Damit hier nicht der Kernpunkt darauf liegt, ich will mehr oder weniger, oder weniger oder mehr. Das heißt, wir schauen schon, dass sie draußen eine Erhaltungstherapie haben die konstant ist und wo sie dann hier 6 Monate lang ganz konstant ihre Substitution haben und sich auf die Psychotherapie konzentrieren können.“ (I 9: 51-56)*

Die Ziele aus Sicht des medizinischen Bereiches werden folgendermaßen formuliert: Ziel ist es, mittels einer konstanten Erhaltungstherapie, also einer stabilen Einstellung der PatientInnen auf Substitution und einer konstanten medizinischen bzw. psychiatrischen Therapie eine medizinische und gesundheitliche Stabilisation der PatientInnen zu erreichen und Rückfälle zu vermeiden.

#### **5.2.6. Ziele der PatientInnen**

In den Gesprächen wurden immer wieder die Ziele der PatientInnen thematisiert. Dabei stellte sich heraus, dass die Wünsche, Ziele und Erwartungen der PatientInnen sich oft von denen der BetreuerInnen oder von der Einrichtung unterscheiden bzw. aus Sicht der BetreuerInnen und TherapeutInnen „höher“ angesetzt werden. Viele PatientInnen, besonders die, die noch keine Therapieerfahrung haben, setzen sich das Ziel abstinent zu werden, was sich dann oft als unrealistisch erweist z.B. aufgrund der Schwere der Erkrankung der PatientInnen. Viele formulieren zu Beginn den Wunsch ein neues Leben beginnen zu wollen oder alles ändern zu wollen. Darunter fällt auch der Wunsch nach einer eigenen Wohnung und diese erhalten zu können. Viele der PatientInnen, die zum SHH kommen haben oft keinen fixen Wohnplatz (kommen z.B. von Obdachlosenheimen, von betreuten Wohnplätzen etc.). Dazu kommen der Wunsch nach einer Arbeit, einer sinnvollen Tätigkeit der man nachgeht und der Wunsch nach Partnerschaft und Familie. Ein häufiges Therapieziel von vielen PatientInnen ist außerdem, mit der Substitution, also Erhaltungstherapie, ohne Beikonsum auszukommen.

In diesem Zusammenhang wird häufig darauf hingewiesen, dass es sehr wichtig ist einerseits gemeinsam mit dem/der PatientIn realistische Ziele zu formulieren, die zu keiner Überforderung der Patientin oder des Patienten führen und andererseits ist es wichtig, dass man mit jedem Patienten individuell Ziele formuliert: *„Ansonsten denk ich so, dass es für jeden Patienten es eigentlich so ein ja eine individuelle Zielsetzung gibt, (...) Und man dann auch bei jedem einzelnen individuelle Erfolge sieht.“ (I 7: 327-330).* In einem anderen Gespräch wird die individuelle Zielsetzung folgendermaßen betont: *„I denk ma wichtig ist, dass ma das sehr individuell betrachtet. Also da gibts kein*

*Patentrezept, sondern, dass muss man wirklich ahm mit jedem Patienten wieder einzeln betrachten oder einzeln definieren. Und verglichen zu einer normalen unter Anführungszeichen Person oder halt Person, die mit dem Klientel nichts zu tun hat, sind das wahrscheinlich sehr kleine Ziele. Aber für einen Drogenpatienten sind das sehr große Ziele.“ (I 6: 545-549)*

Den Gesprächen lässt sich also entnehmen, dass individuelle Zielsetzungen und realistische Zielsetzungen wesentlich sind in der Arbeit mit DrogenpatientInnen und das daher auch die Erfolge jeweils individuell zu betrachten sind. Behandlungsziele sind ein wichtiger Bestandteil therapeutischer Konzepte. Dabei können aber nicht für alle Betroffenen die gleichen Ziele definiert werden. Schaaf (2000) zufolge richtet sich die Angebotsstruktur und die Selektion von KlientInnen einer Einrichtung unter anderem nach folgenden Zielen: *„Welche Ziele sind für welches Klientel realistisch? Welche Ziele können mit welchen Methoden am effizientesten erreicht werden? Welche Ziele führen bei welchem Klientel zum Erfolg?“* (Schaaf 2000: 303) Die Ziele nehmen dabei je nach Behandlungsphase, Entwicklungsstand der PatientInnen und individuelle Zielfestlegung der KlientInnen einen anderen Stellenwert in der Zielhierarchie ein.

### **5.3. Erfolgskriterien aus der Sicht der MitarbeiterInnen**

Nachdem im vorigen Kapitel die Ziele und Aufgaben aus der Sicht der MitarbeiterInnen dargestellt wurden, dient folgendes Kapitel dazu, Erfolgskriterien zu skizzieren, die in den Gesprächen in Form von Erfolgserlebnissen oder Erfolgsgeschichten vorgekommen sind.

#### **5.3.1. Gelungener Beziehungsaufbau zwischen Patient und BetreuerIn bzw. BehandlerIn**

Aus den Gesprächen lässt sich entnehmen, dass ein gelungener Beziehungsaufbau zwischen BetreuerIn bzw. TherapeutIn und PatientIn als wesentliches Erfolgskriterium gilt und der vor allem, wenn gelungen, als persönlicher Erfolg erlebt wird.

*„Wenn ich es geschafft habe, eine Beziehung zu dem Patienten aufzubauen, unabhängig davon wie es ihm, geht aber wenn er mich ins Vertrauen zieht, dann ist mir meine Arbeit gut gelungen. Das wäre sozusagen mein Erfolg, wenn man so möchte.“ (I 8: 143-146)*

Wird eine Beziehung hergestellt zum/zur PatientIn wird dies auch deshalb erfolgreich erlebt, weil aufgrund der Suchterkrankung ein Beziehungsaufbau eine besondere Herausforderung darstellt: *„Weil do so was entsteht wie a Beziehung, net. Und daun haum ma eigentlich guat goarbeit, weil wenn ma davon ausgeht, dass ah die Suchterkrankung ja grundsätzlich beziehungsstörend ist, daun ist jo was gelungen.“ (I 3: 273-275)*

Gölz (2005) zufolge ist Suchtmedizin zufolge nur interdisziplinär zu bewältigen. Das bedeutet, nur durch die Kooperation mehrerer Disziplinen bzw. mehrerer Fachgebiete können die verschiedenen Anforderungen bewältigt werden. Die PatientInnen entwickeln zu den Personen, von denen sie betreut werden, zum Beispiel zur ÄrztIn, zur TherapeutIn etc. eine Beziehung von unterschiedlicher Qualität. Der Behandlungserfolg hängt nach Gölz von der Qualität dieser Begegnung ab (vgl. Gölz 2005: 160f.).

Bezüglich des Beziehungsaufbaus wird auch argumentiert, dass es wichtig ist, dass eine „gesunde“ Art von Beziehung zwischen PatientIn und BetreuerIn hergestellt wird. Dies wird dahingehend erklärt, dass die Beziehung nicht zu intensiv sein sollte, da das Betreuungsverhältnis nicht von Dauer ist bzw. die Beziehung nicht lebenslang gebunden sein soll. Eine Beziehung wird auch dann als gelungen erlebt, wenn Vertrauen zwischen PatientIn und TherapeutIn oder BetreuerIn hergestellt werden konnte. Eine hergestellte Beziehung und Vertrauen sind insofern auch von zentraler Bedeutung, um die Ziele, die man versucht gemeinsam mit dem/der PatientIn zu setzen, zu erreichen. Dabei ist es wichtig, wie bereits erwähnt, dass realistische Ziele mit dem/der PatientIn gesetzt werden, die zu keiner Überforderung führen. Letztendlich wird Vertrauen auch als notwendig erachtet, dass man als TherapeutIn oder BetreuerIn überhaupt intervenieren kann.

In den Gesprächen wurde mehrmals auf den Aufbau einer Beziehung zum/zur PatientIn und auf die Herstellung von Vertrauen im Betreuungsprozess eingegangen. Vertrauen nimmt also eine wichtige Rolle während des ganzen Behandlungs- und Betreuungsprozesses ein. Warum ist Vertrauen aber so wichtig? Welche Funktion Vertrauen erfüllt lässt sich mit Luhmann folgendermaßen beantworten. Da wir mit einer komplexen Umwelt konfrontiert sind, kann es keinem gelingen, alle zur Verfügung stehenden Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten. So haben auch die TherapeutInnen nie alle erdenklichen Informationen über die Personen, die sie behandeln (z.B. ob jemand vielleicht schon mehrere Therapien hinter sich hat etc.). Es existieren daher Reduktionsmechanismen, die eine Handlungsunfähigkeit vermeiden. Luhmann nennt diesen zentralen Reduktionsmechanismus Vertrauen. Vertrauen hat als eine komplexitätsreduzierende Funktion (vgl. Luhmann 2000).

Laut Luhmann (2000) findet man einen günstigen Nährboden für Vertrauensbeziehungen in sozialen Zusammenhängen, die durch eine relative Dauer der Beziehung, wechselnde Abhängigkeiten und durch einen Moment der Unvorhersehbarkeit ausgezeichnet sind. Diesbezüglich herrscht das Gesetz des Wiedersehens (vgl. Luhmann 2000: 46). So wird treffend in einem Gespräch erwähnt: *„Aber i denk ma alles was über längere Zeit hinweg ah*

*besteht an Betreuungsverhältnis ist ein Erfolg. Weil es ist ja auch ein Erfolg, wen zu halten und wen zu betreuen.“ (I 6: 224-226)*

### **5.3.2. Gelungene therapeutische Intervention**

Vertrauen wird auch als wichtige Voraussetzung für eine mögliche therapeutische Intervention gesehen: *„Ahm, wenn mich jemand nicht ins Vertrauen zieht, wenn jemand nicht kommt, wenn er Hilfe braucht, nämlich gar nicht, wenn mir jemand unter den Fingern sozusagen zerrinnt und einfach weg ist, dann ist die Arbeit nicht gelungen. Dann hat er mir keine Chance gegeben zu eingreifen, zu intervenieren.“ (I 8: 190-194).* Vorteil aber auch Nachteil von (Psycho-) Therapie ist, dass therapeutische Interventionen häufig direkter, kurzfristiger und deutlicher als Erfolg oder Misserfolg erkennbar sind. Als entscheidende Voraussetzung für eine gelingende Intervention ist laut Willke (1999), dass das System selbst, aufgrund eines verspürten Leidensdrucks, eine Veränderung wollen muss. Der intervenierende Akteur, in diesem Fall der/die TherapeutIn nimmt die Rolle als Mediator einer Selbsteränderung ein. Das intervenierte System, also der/die KlientIn, „liest“ und interpretiert die angebotene Intervention nach eigenen Regeln, nach eigenem Verständnis und im Kontext der eigenen Welt. Der/Die TherapeutIn kann dabei nicht wissen, wie sich die Interventionen auswirken werden. Die Konsequenz daraus ist Willke (1999) zufolge Bescheidenheit und Risikobewusstheit (vgl. Willke 1999: 94f.).

Das Ergebnis einer („erfolgreichen“) Intervention wird beispielsweise folgendermaßen beschreiben:

*„(...) wenn man merkt im Rahmen des Aufenthaltes, dass aus ahm einer sehr ah flachen ah Person a recht a differenzierte Persönlichkeit wird. An sehr einen angepassten Klienten. A Klient mit dem man Auseinandersetzungen führen kann, wo man sich reiben kann, (...), da ist ein Profil da von dieser Person, (...) da werden Facetten einer Person, die man zu Beginn einer Behandlung gor net gseng hot, die man nur vermuten konnte, weil das natürlich durch die Droge so gedämpft ist und so eingemauert ist. Waun ma merkt, dass do Dimensionen rauskommen die ma vielleicht vermutet oder die ich jetzt*

*vermute aufgrund einer langen Erfahrung. Und wenn das dann wirklich sichtbar wird.“ (I 3: 296-305)*

In einem anderen Gespräch wird eine erfolgreiche Intervention so dargestellt:

*„Zum Beispiel in der Einzelbetreuung ah profitiert ein Patient in Sinne von man denkt sich, er beginnt zu reflektieren oder er kommt in die nächste Stunde und sagt, i hob ma des noch mal überlegt, also wann er praktisch zugänglich ist. Oder wenn a Patient annehmen kann, wenn man sich zum Beispiel in einem psychologischen Setting in Richtung Coaching irgendwas überlegt.“ (I 6: 128-132)*

Und noch ein aussagekräftiges Beispiel, für eine gelungene Intervention: *„Wenn ich seh das, eine Patientin nie Strukturen einhalten konnte und plötzlich gibt sie sich Mühe und kann Strukturen einhalten, dann seh ich eine Weiterentwicklung“ (I 8: 158-159).*

Bateson beschreibt diese Veränderung und Weiterentwicklung einer erfolgreichen Therapie so: *„Vor der Therapie denkt und handelt der Patient im Sinne einer bestimmten Menge von Regeln für das Machen und Verstehen von Mitteilungen. Nach erfolgreicher Therapie operiert er mit Hilfe einer anderen Menge solcher Regeln“ (Bateson 1983 zit. nach Willke 1999: 98).* Nur aber weil das intervenierte System, also der/die KlientIn nach einer eigenen Regelstruktur operiert, heißt das nicht, das therapeutische Handeln bedeutungslos ist. Das Klientensystem „liest“ therapeutische Interventionen in seiner eigenen Sprache und im Rahmen seiner eigenen konstruierten Welt (vgl. Willke 1999: 96).

Willke (1999) zufolge kann Therapie nur erfolgreich sein, wenn der/die KlientIn eine gewisse Bereitschaft mitbringt, also sich gegenüber externen Interventionen empfänglich zeigt. Neben der Freiwilligkeit des Klienten ist es für angemessenes therapeutisches Arbeiten notwendig, dass der/die TherapeutIn eine Vorstellung einer Anleitung zur Selbststeuerung hat, und keine Vorstellung kausaler Steuerung. Da aber therapeutische Intervention versucht den Zustand eines Systems zu ändern, obwohl der/die TherapeutIn dessen Operationslogik



weder ganz verstehen oder beherrschen kann ist Therapie daher Handeln unter Unsicherheit und mit Risiko. (vgl. Willke 1999: 109ff.)

Ausgehend davon, dass sowohl ein gelungener Beziehungsaufbau zum Klienten bzw. eine gelungene therapeutischen Intervention einen persönlichen Erfolg darstellt, wird in einigen Gesprächen das Erreichen von Zwischenresultaten thematisiert und besonders hervorgehoben.

*„Wenn ich seh, da tut sich was. Und das ist wirklich bei dem einen, dass er es schafft pünktlich zu kommen und beim anderen, dass er sinnvoll sein Leben reflektieren kann und neue Perspektiven bekommt und neue Ziele setzen kann.“ (I 8: 357-360)*

Erfolg wird daher als Prozess und Weiterentwicklung gesehen, nicht alleine der (positive) Abschluss der Therapie wird als Erfolg betrachtet.

### **5.3.3. Rückmeldungen der PatientInnen**

Als wesentliches Erfolgskriterium einerseits und Erfolgskontrolle andererseits können Rückmeldungen seitens der KlientInnen gesehen werden. Es kommt also durchaus vor, dass sich PatientInnen auch nach Abschluss der Therapie wieder melden (über unterschiedlichste Kommunikationsmedien wie Telefon, SMS, persönlich etc.). So wird in einem Gespräch festgehalten: *„Ahm, i merk auch, dass a überhaupt a therapeutisches Verhältnis gut gelaufen ist in der Einzelbetreuung, wenn sich Patienten nach Abschluss noch weitermelden.“ (I 6: 185-186).* Rückmeldungen seitens der KlientInnen werden auf unterschiedlichste Weise dargestellt und diskutiert. Es gibt ehemalige PatientInnen, die beispielsweise an den Feiertagen anrufen und mitteilen wie es ihnen geht und berichten, wie es ihnen bisher ergangen ist, oder ehemalige PatientInnen, die zu, vom SHH veranstalteten, Feiern kommen etc. In diesem Zusammenhang wird wiederum auf die über Vertrauen hergestellte Beziehung verwiesen, die dann offensichtlich zu einer gelungenen Intervention geführt hat:

*„(...) aufgrund unserer Konzeption ah a vertraute Beziehungssituation hergestellt, dass die Klienten a nu noch an hoiben Joahr anrufen und*

*sogn oiso „ich wollte Ihnen nur sagen ah was wir damals besprochen haben oder was wir damals begonnen haben zu tun, dass mach ich jetzt und das hat funktioniert“, net. Da gibts immer wieder Rückmeldungen von ehemaligen stationären Klienten und Klientinnen, die wirklich sie melden und ganz afoch denen es a Bedürfnis ist mitzuteilen wies weitergeht. (I 3: 254-260)*

Hier lässt sich auch wieder Luhmanns Gesetz des Wiedersehens, das bereits angesprochen wurde, anwenden. Eine Beziehung die durch relative Dauer gekennzeichnet ist, stellt eine gute Grundlage für Vertrauensbeziehungen dar. Die Beteiligten Akteure müssen dabei einander immer wieder in die Augen blicken können. Laut Luhmann (2000) erschwert dies auch Vertrauensbrüche (vgl. Luhmann 2000: 46).

Es wird weiters thematisiert, dass sich ehemalige PatientInnen wieder melden und um Hilfe bitten: *„Und da bin i eben aungerufen worden, do hots ghaßen, jo wos würdest du dazu sagen oder hast du eine Ahnung wo könnte ich hingehen oder ich brauch da jetzt ein Gespräch, do gibts diese Rückmeldungen scho. Und des is des is wos sehr wos schönes, net und des ist für mi so des Zeichen das diese Arbeit gut gemacht wird.“ (I 3: 269-273)*

Ehemalige PatientInnen, die also mit ehemaligen BetreuerInnen oder TherapeutInnen Kontakt aufnehmen, mitteilen das es ihnen gut geht, kommunizieren, dass sie die Therapie oder Betreuung als positiv erlebt haben oder auch mitteilen, dass es ihnen nicht so gut geht und um Hilfe und um Unterstützung bitten, werden als Erfolgserlebnisse beschrieben: *„Und sowohl oiso in aner positiven Situation, waun die Leit Rückmeldungen geben es geht ma guat, ois a in aner in da anderen Situation, du i hob a Problem, fällt dir dazu etwas ein. Oiso daun denk i ma is es wirkli guat glaufen.“ (I 3: 281-284)*

Märtens und Petzold (2000) schreiben in diesem Zusammenhang, dass es für die BetreuerInnen und TherapeutInnen sehr hilfreich erscheint, wenn sie ihre KlientInnen auffordern, im Sinne des Prinzips keeping contact, sich wieder einmal zu melden (vgl. Märtens/Petzold 2000: 460).

#### **5.3.4. Erfolgreicher Therapieabschluss: Umwandlung der Haftstrafe**

Der Großteil der PatientInnen, die vom Schweizer Haus Hadersdorf betreut und behandelt werden, hat die Möglichkeit auf „Therapie statt Strafe“. Das bedeutet, diese PatientInnen kommen mittels gerichtlicher Weisung gem. § 39 Suchtmittelgesetz (Aufschub des Strafvollzuges) zur Einrichtung. Den Verurteilten wird dadurch eine gesundheitsbezogene Maßnahme ermöglicht. Für viele PatientInnen nimmt daher ein „erfolgreicher“ Abschluss der Therapie eine wichtige Rolle ein, da dies für sie die Umwandlung der unbedingten in eine bedingte Haftstrafe bedeutet. In diesem Fall nehmen die Gerichte eine entscheidende Funktion ein, da letztendlich diese über die Umwandlung der Haftstrafe entscheiden: *„Und am Ende dieser Therapie kann er dann an Antrag stellen, dass die unbedingte Strafe in eine bedingte Strafe umgewandelt wird. Und in dem Punkt sind die die Gerichte natürlich entscheidende Kooperationspartner. Ansonst, in den in den Verlauf greifen die praktisch nicht ein.“* (I 2: 161-164). Das Gericht kann aber § 39 zufolge, den Verurteilten auffordern, Bestätigungen über den Beginn und den Verlauf der gesundheitsbezogenen Maßnahme vorzulegen (vgl. [www.ris.bka.gv.at](http://www.ris.bka.gv.at); Art. 1 § 39 Abs. 3 SMG). Wie sich aus den Gesprächen ergeben hat, übernimmt diesbezüglich das Schweizer Haus Hadersdorf diese Funktion, zwischen Gerichten und KlientIn zu vermitteln. Daher werden die Berichte, die den Gerichten in regelmäßigen Abständen übermittelt werden, von zuständigen MitarbeiterInnen übermittelt.

Die Umwandlung der Haftstrafe kann zwar als Erfolgskriterium betrachtet werden, da dem quasi ein positiver („erfolgreicher“) Therapieabschluss zugrunde liegen muss. Das Thema „Umwandlung der Haftstrafe“ bzw. „Therapieabschluss“ wurden aber in den Gesprächen nur sehr am Rande angesprochen. Dies könnte man durchaus dahingehend interpretieren, dass sich Erfolg für die MitarbeiterInnen nicht in Zahlen, z.B. in der Anzahl der „erfolgreichen“ Abschlüsse bzw. in der Anzahl der „Umwandlungen der Haftstrafen“ messen lässt. Wie bereits dargestellt, sind für viele MitarbeiterInnen gerade im therapeutischen Bereich insbesondere Zwischenresultate, Weiterentwicklungen der PatientInnen sehr bedeutsam und

nicht allein ein erfolgreicher Therapieabschluss, denn trotz eines erfolgreichen Therapieabschlusses können PatientInnen wieder in Krisen geraten, rückfällig werden bis hin zu Todesfällen. Zusammenfassend stellt sich ein „erfolgreicher“ Therapieabschluss sehr zwiespältig dar, denn auf der einen Seite wird ein Abschluss als Erfolg betrachtet, da die Behandlung und Betreuung offensichtlich Früchte getragen hat, auf der anderen Seite herrscht Ungewissheit darüber, was mit den betreuten Personen zukünftig passieren wird.

Im Zusammenhang mit „Therapie statt Strafe“ wurde auch das Thema „Haftumgehung“ angesprochen. Dies führt zum nächsten Thema.

#### **5.4. Gibt es ein Scheitern in der Arbeit mit DrogenpatientInnen?**

Neben dem Erfolgsverständnis wurde versucht herauszufinden, ob und wie die MitarbeiterInnen Misserfolg definieren und in welchen Situationen sie etwas als Scheitern oder Misserfolg erleben. Im Gegensatz zum Erfolg, hat sich ein Bild ergeben, wo sich der Begriff Misserfolg eher als ungünstiger bzw. ungeeigneter Ausdruck dargestellt. Der Ausdruck „Misserfolg“ wurde von den Befragten so gut wie gar nicht verwendet oder als zu leistungsorientiert gesehen. Die Frage seitens der Interviewerin richtet sich konkret an einen „nicht guten Verlauf“ von Behandlung bzw. Betreuung.

Todesfälle zählen wahrscheinlich zu den schwersten Belastungen für die MitarbeiterInnen. Ebenso stellen Krisen und Rückfälle eine große Herausforderung dar: *„Der eine Aspekt ist, das an wirklich leid tut dass jemand wieda in die Krise kummt oder, dass jemand stirbt zum Beispiel an einer Überdosis dann würd ich ganz klar sagen, es is ned gut verlaufen.“* (I 2: 317-319)

Bei den meisten Gesprächen hat sich herausgestellt, dass Abbrüche nicht eindeutig als Misserfolg definiert werden. Wie bereits zu Beginn der Ergebnisdarstellung erläutert, wird mit Krisen und Rückfällen gearbeitet. Abbrüche werden dabei als etwas gesehen, dass zur Arbeit mit dem

Drogenklientel dazugehört, was aber nicht ausschließt, dass Abbrüche als belastend erlebt werden. *„Also das ist oft so ein Punkt wo ich dann denke, wo sich bei mir auch eine Unzufriedenheit bemerkbar macht, jetzt haben wir das angefangen und in die Richtungen sind wir gegangen ahm und dadurch, dass er wieder draußen ist, fällt das alles wieder in sich zusammen.“* (I 7: 104-107). Das bedeutet, insbesondere wo bereits ein Beziehungsaufbau stattgefunden hat, wird ein Abbruch als Belastung oder als missglückt erlebt. Kann überhaupt keine Beziehung zum/zur KlientIn aufgebaut, wird dies ebenfalls als misslungen erlebt, das heißt, wenn der/die TherapeutIn oder der/die BetreuerIn nicht ins Vertrauen gezogen wird, der/die KlientIn keine Hilfe annimmt, dann wird die Arbeit als nicht gelungen empfunden, denn ein Beziehungsaufbau und die Herstellung von Vertrauen sind insofern von zentraler Bedeutung, um überhaupt (erfolgreich) intervenieren zu können. Bei den Abbrüchen wird außerdem differenziert, denn es macht einen Unterschied, ob ein Abbruch seitens der Einrichtung stattfindet oder der/die PatientIn entscheidet, die Behandlung vorzeitig zu beenden.

Ein weiteres Thema, das von einigen Befragten angesprochen wurde ist das Thema „Haftumgehung“: *„Natürlich gibts auch oft Erlebnisse, wo i ma denk, da wird das System einfach gnadenlos ausgenützt und jeder will nur Therapie statt Strafe, um die Haft zu umgehen.“* (I 6: 109-111). Das heißt, wenn PatientInnen die Motivation haben, die Haft zu vermeiden, ohne das sie zur Therapie beizutragen, wird dies als nicht gelungener Verlauf der Behandlung. Die fehlende Mitarbeitsbereitschaft (Compliance) kann dabei als typische Schwierigkeit in der Arbeit mit SuchtpatientInnen gesehen werden. PatientInnen werden daher oft als schwierig und belastend empfunden (vgl. Märtens/Petzold 2000: 460).

Hinsichtlich der Schwierigkeiten und Belastungen, die sich in der Arbeit mit den PatientInnen ergeben wird in den Interviews häufig auf die Bedeutung von Kommunikation bzw. der Austausch mit anderen MitarbeiterInnen hervorgehoben und als sehr wichtig und hilfreich erlebt: *„Ja also wo man gut sagen kann, also ich steh jetzt bei dem Patienten an, ich hab keine Ideen mehr, gibts einen anderen, also habt ihr Ideen oder habt ihr Vorschläge wie man da*

*weitermachen kann. Und das find ich sehr angenehm. Also das es nicht so ist, dass einem das nicht als ein Fehler ausgelegt wird, wenn man im Moment nicht mehr weiter weiß.“ (I 7: 536-540)*

## 6. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Folgendes Kapitel dient nun dazu, den Forschungsprozess und insbesondere die Ergebnisse der Themenanalyse zusammenzufassen und Schlussfolgerungen aus den gewonnenen Ergebnissen zu ziehen.

Die vorliegende Forschungsarbeit entstand im Rahmen des Magisterstudiums Soziologie und fand von der Konzepterstellung beginnend, über die Datenerhebung bis hin zur Verschriftlichung in der Zeit vom Jänner 2008 bis April 2009 statt. Bei der Untersuchung handelt es sich um eine empirische Arbeit mit einer qualitativ orientierten Vorgehensweise. Es wurde versucht, ein soziales System, hier die Drogeneinrichtung Schweizer Haus Hadersdorf, durch Analyse dem Verstehen zugänglich zu machen. Die Forschungsfrage, die zu Beginn der Arbeit in Kapitel 1 formuliert wurde, lautete folgendermaßen: **Wie wird Erfolg bzw. Misserfolg von den MitarbeiterInnen der Drogeneinrichtung Schweizer Haus Hadersdorf definiert?** Ziel war es herauszufinden, welches Verständnis die MitarbeiterInnen von Erfolg und Misserfolg im Rahmen ihrer Tätigkeit haben und inwiefern sich diesbezüglich Gemeinsamkeiten und Unterschiede ausmachen lassen. Um die Forschungsfrage beantworten zu können, wurden leitfadengestützte qualitative Interviews mit den MitarbeiterInnen der Einrichtung geführt und letztendlich mittels Themenanalyse nach Froschauer und Lueger (vgl. Froschauer/Lueger 2003) ausgewertet. Um die Qualität der Forschungsergebnisse zu sichern wurden unterschiedlichste Strategien angewandt. Eine sehr wichtige und wesentliche Strategie auf methodologischer Ebene war insbesondere die „Zerstörung der Anwendung des Vorwissens“ (Froschauer/Lueger 2003: 167) und von Vorurteilen. Die Interpretation im Team und die Diskussionen im Rahmen des Magisterseminars stellten dabei eine große Hilfe dar.

In Kapitel 2 wurde der theoretische Rahmen beziehungsweise die theoretischen Vorüberlegungen zur Thematik dargestellt. Dabei wurde bewusst der konstruktivistische Zugang gewählt. Ausgehend von dem Verständnis von gesellschaftlicher Wirklichkeit als soziale Konstruktion (vgl. Berger/Luckmann

2000) wurde auf die „Drogenbilder“ hingewiesen, die in der Drogenhilfe, in der Drogenpolitik und der Drogenforschung herrschen. Bei Organisationen handelt es sich ebenfalls um sozial konstruierte Wirklichkeiten, die sowohl in den Köpfen und Gedanken ihrer Mitglieder existieren, als auch in konkreten Regeln und Beziehungen. Sie konstituieren sich durch Kommunikation und Handeln, also Interaktionen. Organisationen werden ständig durch Kommunikation intersubjektiv interpretiert und dadurch stabilisiert und verändert.

In Kapitel 3 wurde versucht einen kurzen Einblick in das Forschungsfeld der Drogenbehandlung zu geben. Neben einer kurzen Einführung in die drogenbezogene Behandlung in Österreich folgt ein Einblick in die Entwicklung des Behandlungssystems und die darin auffindbaren „Drogenbilder“, die sich zwischen Abstinenzorientierung und akzeptanzorientierter Drogenarbeit bewegen. Es wird insbesondere auch auf die Substitutionsbehandlung eingegangen, die mittlerweile in der Arbeit mit DrogenkonsumentInnen eine zentrale Rolle eingenommen hat und gerade in der untersuchten Organisation, im Schweizer Haus Hadersdorf, eine große Rolle spielt, da dort die Möglichkeit einer ärztlich überwachten Substitutionsbehandlung im stationären Bereich angeboten wird. Nach dieser allgemeinen Einführung wird im dritten Kapitel auch die untersuchte Organisation, das Schweizer Haus Hadersdorf, dargestellt und beschrieben.

Im empirischen Teil (Kapitel 4) wurde in erster Linie der Forschungsprozess erläutert. Dazu gehören unter anderem eine kurze theoretische Einführung zu qualitativen Methoden, der Ablauf des Forschungsprozesses, die verwendete Methode (qualitatives Interview) und die Form der Datenauswertung. Kapitel 5 diente dazu, die Ergebnisse der Untersuchung zu skizzieren. Zuerst folgt ein kurzer theoretischer Einstieg in das Thema, gefolgt von den Ergebnissen der Themenanalyse, die sich zum einen in die „Drogenbilder“ innerhalb der Organisation einteilen, gefolgt von den Zielen und Aufgaben, die die MitarbeiterInnen im Rahmen ihrer Tätigkeit verfolgen und letztendlich den Erfolgskriterien die unter anderem durch „Erfolgsgeschichten“ dargestellt werden. Die Ergebnisse werden hier nochmals zusammengefasst und daraus Schlussfolgerungen gezogen.



Zu Beginn der Ergebnisdarstellung wurde die Bedeutung der Organisationskultur erläutert. Es wurde versucht darzustellen, welche sozialen Konstruktionen in Hinblick auf den Umgang mit den DrogenkonsumentInnen innerhalb der Organisation bestehen. Auf der einen Seite herrscht ein gemeinsames Verständnis darüber, dass *Drogenabhängigkeit als schwere Krankheit* gesehen wird. Das heißt, die Personen, die vom Schweizer Haus Hadersdorf betreut und behandelt werden, werden als „krank“ bzw. als „chronisch krank“ bezeichnet, und daher ist „Heilung“ nicht immer möglich. Wenn von den Betroffenen gesprochen wird, geschieht dies überwiegend durch den Ausdruck „PatientInnen“. Auf der anderen Seite werden die *Drogenabhängigen als eigenverantwortliche Personen* gesehen. Dies bedeutet, dass die Bearbeitung des Drogenproblems in der Verantwortung der Betroffenen KonsumentInnen liegt. Ausgehend von dem Verständnis, das Drogenabhängigkeit einerseits eine schwere Krankheit ist und andererseits es sich bei den KonsumentInnen um selbstverantwortliche bzw. selbstbestimmte Individuen handelt, wird Abstinenz im Rahmen der Arbeit innerhalb der Einrichtung nicht unmittelbar angestrebt. Mit diesem akzeptanzorientierten Zugang und dem methodischen Ansatz der Niederschwelligkeit (äußert sich beispielsweise dadurch, dass die PatientInnen nicht clean sein müssen, um das Angebot des SHH in Anspruch nehmen zu können), erreicht die Einrichtungen dadurch DrogenkonsumentInnen, die vom ausschließlich abstinenzorientierten Drogehilfesystem nicht erreicht werden konnten. Im Umgang mit den PatientInnen herrscht auch ein gemeinsames Verständnis darüber, dass mit *Krisen und Rückfällen* der PatientInnen gearbeitet wird und nicht als Misserfolg gesehen werden. Krisen und Rückfälle werden als Teil der Erkrankung gesehen und somit wird in der Therapie auch damit gearbeitet.

In Kapitel 5.2. wurden die wichtigsten Ziele und Aufgaben aus der Sicht der MitarbeiterInnen dargestellt. Auch wenn Ziele eher den objektiven Merkmalen einer Organisation zugeordnet werden, dienen sie als primäre Bezugspunkte, wie Menschen über den Zusammenhang, in dem sie arbeiten, nachdenken und Sinn darin sehen und unter anderem tragen Ziele dazu bei, die fortlaufende Realität innerhalb einer Organisation zu prägen (vgl. Morgan 2002: 187). Die

Aufnahme von PatientInnen nimmt eine wichtige Rolle im Organisationsablauf ein. Die *Aufklärung und Unterstützung bei der (Wieder-) Aufnahme* stellt daher ein wichtiges Ziel dar. Als konfliktbeladen stellt sich die Wiederaufnahme von PatientInnen dar, da nicht immer Konsens darüber herrscht ob beispielsweise ein(e) PatientIn nochmals aufgenommen werden soll. Die *Eigenverantwortung der DrogenkonsumentInnen* stellt für die MitarbeiterInnen ein zentrales Ziel dar. Mit diesem Ansatz, der in der Literatur als Empowerment bezeichnet wird, wird auf die (Wieder-) Herstellung von Selbstbestimmung, Selbstbefähigung und Autonomie abgezielt. Als problematisch stellte sich diesbezüglich der Übergang von der stationären in die dezentrale Phase dar, da sich die PatientInnen in der dezentralen Phase bereits außerhalb der Einrichtung befinden und somit eigenverantwortlicher leben als innerhalb der Einrichtung. Wurden die KlientInnen bereits aufgenommen ist die *Absicherung und Entlastung* ein wichtiges Ziel, damit sich die PatientInnen auf die Therapie konzentrieren können. Dieses, aus sozialarbeiterischer Sicht, beschriebene Ziel der „basalen Sicherung“ (vgl. Herriger 2002) bezieht sich unter anderem auf die Bewältigung von Grundbedürfnissen (finanzielle Situation, Wohnsituation, gerichtliche Situation der Betroffenen etc.). Neben dem Ziel der Absicherung und Entlastung ist es das Ziel, die *PatientInnen zu begleiten und unterstützen*. Die PatientInnen sollen während ihres Aufenthaltes eine gute Zeit verleben können, in der sie sich wohl und angenommen fühlen und nicht weiter stigmatisiert werden. Aus Sicht der MitarbeiterInnen nimmt hier die Arbeit mit Strukturen während der Therapie eine zentrale Rolle ein. Aus therapeutischer Sicht wird vor allem die Entwicklung eines Selbstwertgefühls betont. Aus medizinischer Sicht ist es vor allem das Ziel mittels einer konstanten Erhaltungstherapie und einer medizinischen bzw. psychiatrischen Therapie eine medizinische und gesundheitliche Stabilisation der PatientInnen zu erreichen und somit Rückfälle zu vermeiden. Trotz dieser Vielzahl an Zielen wird immer wieder darauf hingewiesen, dass letztendlich der/die PatientIn selbst für Veränderungen verantwortlich ist. Von therapeutischer, medizinischer und sozialarbeiterischer Seite her kann nur unterstützt und begleitet werden. In diesem Zusammenhang wird daher zum Schluss der Darstellung der Ziele auf die Ziele der PatientInnen hingewiesen. Seitens der MitarbeiterInnen wird dabei betont, dass es sehr wichtig ist in der Arbeit mit DrogenkonsumentInnen gemeinsam mit diesen

individuelle Ziele und realistische Ziele zu setzen und somit sind auch die Erfolge jeweils individuell zu betrachten.

Kapitel 5.3. diente dazu, Erfolgskriterien darzustellen. „Erfolge“ wurden in den Interviews in Form von Erfolgserlebnissen oder Erfolgsgeschichten erzählt. Ein *gelingender Beziehungsaufbau zwischen PatientIn und TherapeutIn/BetreuerIn* wird insbesondere als persönlicher Erfolg erlebt. Dazu gehört auch, dass Vertrauen zum/zur PatientIn hergestellt wird, denn Vertrauen kann als Voraussetzung für eine therapeutische Intervention gesehen werden. Eine *gelingene therapeutische Intervention* zeigt sich für die MitarbeiterInnen vor allem darin, indem eine Weiterentwicklung, Zwischenresultate und Veränderungen sichtbar werden. Als ein weiteres Erfolgskriterium werden *Rückmeldungen der PatientInnen*, vor allem von ehemaligen PatientInnen, die nicht mehr in Therapie sind, gesehen. PatientInnen, die sich melden, auch wenn sie nicht mehr in der Einrichtung betreut und behandelt werden – unabhängig davon ob die Therapie abgeschlossen wurde oder nicht - und den TherapeutInnen und BetreuerInnen rückmelden wie es ihnen geht, stellt für die MitarbeiterInnen eine Art Erfolgskontrolle dar, denn das Wissen darüber, was mit ehemaligen PatientInnen passiert gibt Aufschluss darüber, ob die Betreuung und Behandlung Früchte trägt. Als Erfolg wird letztendlich aber auch ein erfolgreicher Therapieabschluss betrachtet, der zur Folge hat, dass die ursprünglich ausgesprochene unbedingte Strafe in eine bedingte Strafe umgewandelt wird. Wie aber immer wieder betont wurde, ist für viele MitarbeiterInnen nicht allein ein erfolgreicher Therapieabschluss bedeutsam, denn Entwicklungsverläufe von DrogenkonsumentInnen und ebenso Behandlungsverläufe verlaufen nicht linear und so weist Schneider (2005) drauf hin, dass der Ausstieg aus dem exzessiven Drogengebrauch einen zeitintensiven und dynamischen Prozess darstellt, dessen Verlaufsrichtung und Verlaufsintensität und dessen „Ende“ offen sind. So verdeutlicht Schneider weiters, dass der Gebrauch und Missbrauch von illegalisierten Drogen von Individuen praktiziert wird. Der Mensch ist aber nicht quantifizierbar- und berechenbar oder durch stufenbezogene Ablaufmuster „standardisierbar“. Da der Mensch keine programmierbare Maschine ist, sind Ausstiegs- und Veränderungsprozesse nicht planbar (vgl. Schneider 2005 zit. nach Gerlach

2005: 218). Todesfälle von PatientInnen, ebenso Krisen und Rückfälle werden zwar als Belastungen beschrieben, aber nur selten werden diese Erlebnisse explizit als Misserfolg gekennzeichnet. Daraus kann man schließen, dass den MitarbeiterInnen bewusst ist, dass die Arbeit mit DrogenkonsumentInnen ein sehr schwieriges Unterfangen ist und Krisen zu dieser Arbeit dazugehören. Und so weist auch Gerlach darauf hin, dass die Orientierung an Empowerment, die im Schweizer Haus Hadersdorf eine wichtige Rolle einnimmt, in Hinblick auf Erfolg und Misserfolg ein „*Einlassen auf ein Auf und Ab und auch auf ein mögliches Scheitern, auf Prozesse, deren Ende immer offen ist*“ (Gerlach 2004: 108) bedeutet. Aus systemtheoretischer Sicht ist laut Baecker (1994) der Erfolg einer Intervention sogar Zufall. Der Erfolg aber auch der Misserfolg einer Intervention ist das Resultat der Selbstanpassung des „intervenierten“ Systems. Intervention kann Kommunikationen anbieten, die von Personen anhand eigener Kriterien als hilfreich aufgegriffen werden und somit dann auch diese Personen verändern. So meint Baecker auch, dass das intervenierende System gut beraten sei, sich für die Zurechnung von Erfolg und Misserfolg nur nach eigenen Kriterien zu richten (vgl. Baecker 1994: 108).

Die Untersuchung des Themas „Erfolg“ in der Drogeneinrichtung Schweizer Haus Hader Hadersdorf hat einen Einblick in die Sichtweisen der MitarbeiterInnen ermöglicht. Da aber die Fragestellung der Untersuchung die MitarbeiterInnen der Organisation ins Zentrum des Interesses stellt, eröffnet die Studie somit Anschlussoptionen für weiterführende Forschungen zum Thema. Insbesondere wäre es möglich und sinnvoll, die Personen zu fokussieren, die von der Einrichtung behandelt und betreut werden: die PatientInnen, KlientInnen bzw. KundInnen des Schweizer Haus Hadersdorf. Diesbezüglich könnte herausgearbeitet werden inwiefern ein Unterschied in den Sichtweisen und Vorstellungen der MitarbeiterInnen einerseits und den DrogenkonsumentInnen andererseits besteht, denn es ist anzunehmen, dass die PatientInnen und KlientInnen auch andere Ziele verfolgen und sich auch der Erfolg für sie anders darstellt.

## 7. LITERATUR- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

### Literaturverzeichnis

Bücher, Zeitschriften, Berichte etc.

**Akzept (Hrsg.) (2001):** Gesellschaft mit Drogen – Akzeptanz im Wandel. Dokumentationsband zum 6. internationalen Drogenkongress. 5.-7. Oktober 2000 in Berlin. Berlin: VWB

**Baecker, Dirk (1994):** Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft. In: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 23, Heft 2, S. 93-110

**Badelt, Christoph/Meyer, Michael/Simsa, Ruth (Hrsg.) (2007):** Handbuch der Nonprofit Organisation. Strukturen und Management. 4. Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.

**Badelt, Christoph/Meyer, Michael/Simsa, Ruth (2007):** Die Wiener Schule der NPO-Forschung. In: Badelt, Christoph/Meyer, Michael/Simsa, Ruth (Hrsg.): Handbuch der Nonprofit Organisation. Strukturen und Management. 4. Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag. S. 3-16

**Bango, Jenö (2001):** Sozialarbeitswissenschaft heute. Wissen, Bezugswissenschaften und Grundbegriffe. Stuttgart: Lucius und Lucius

**Berger, Peter/Luckmann, Thomas (2000):** Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt am Main: Fischer Verlag

**BMGFJ (2005):** Das Gesundheitswesen in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.  
[http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/8/6/6/CH0713/CMS1051011595227/gesundheitswesen\\_in\\_oesterreich\\_2005\\_internet.pdf](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/8/6/6/CH0713/CMS1051011595227/gesundheitswesen_in_oesterreich_2005_internet.pdf) (Letzter Zugriff: 05.01.2009)

**Bröckling, Ulrich (Hrsg.) (2004):** Glossar der Gegenwart. Frankfurt am Main: Suhrkamp

**Degkwitz, Peter (2001):** Die Konzepte „Krankheit“, „Abweichung“ oder „Lebensstil“ und ihre Folgen für KonsumentInnen und Professionelle Akzeptanz- und Krankheitsparadigma: Abgrenzungen, Überschneidungen, Kooperationen. In: Akzept (Hrsg.): Gesellschaft mit Drogen – Akzeptanz im Wandel. Dokumentationsband zum 6. internationalen Drogenkongress. 5.-7. Oktober 2000 in Berlin. Berlin: VWB. S. 99-125

**Dollinger, Bernd/Schneider, Wolfgang (Hrsg.) (2005):** Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. Berlin: VWB

**Dollinger, Bernd/Schmidt-Semisch, Henning (Hrsg.) (2007):** Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

**Dollinger, Bernd/Schmidt-Semisch, Henning (2007):** Professionalisierung in der Drogenhilfe. Ein Plädoyer für reflexive Professionalität. In: Dollinger, Bernd/Schmidt-Semisch, Henning (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 323-338

**Eisenbach-Stangl, Irmgard/Burian, Wilhelm (1998):** Zwischen Strafrecht und Therapiemarkt. Die Entwicklung des Behandlungssystems für Drogenabhängige in Österreich. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 21, Heft Nr. 2/3, S. 5-17

**Endruweit, Günter (2004):** Organisationssoziologie. 2. Auf. Stuttgart: Lucius & Lucius

**Flick, Uwe (2007):** Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

**Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hg.) (2005):** Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

**Froschauer, Ulrike/Lueger, Manfred (2003):** Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: Facultas.

**Gerlach, Ralf (2004):** Zwangstherapie als integrierter Bestandteil der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger! – Eine ketzerische Würdigung aktueller Entwicklungen im Bereich von „PSB“ aus persönlicher, akzeptanzorientierter Perspektive. In: Schneider, Wolfgang/Gerlach, Ralf (Hg.): DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. Berlin: VWB. S. 99-114

**Gerlach, Ralf/Stöver, Heino (2005):** Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg im Breisgau: Lambertus

**Gerlach, Ralf (2005):** „Psycho-soziale Betreuung“ im Rahmen von Substitutionsbehandlungen. In: Gerlach, Ralf/Stöver, Heino: Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 207-222

**Gölz, Jörg H. (2005):** Die Beziehung zwischen Ärzten, therapeutischem Personal und Drogenabhängigen in der Substitutionsbehandlung. In: Gerlach, Ralf/Stöver, Heino: Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 160-167

**Hermanns, Harry (2005):** Interviewen als Tätigkeit. In: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. S. 360-368

**Herriger, Norbert (2002):** Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 2. Aufl. Stuttgart u.a.: Kohlhammer

**Kieser, Alfred (Hrsg.) (2002):** Organisationstheorien. 5. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer

**Kieser, Alfred (2002):** Konstruktivistische Ansätze. In: Kieser, Alfred (Hrsg.): Organisationstheorien. 5. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer. S. 287-318

**Kieser, Alfred/Walgenbach, Peter (2007):** Organisation. 5. überarb. Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag

**Kluge, Friedrich (2002):** Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. 24. Aufl. Berlin, New York: de Gruyter.

**Kurze, Martin (2000):** Erfahrungen mit strafjustitiell bedingten Therapieüberleitungen. In: Uchtenhagen, Ambros/Zieglgänsberger, Walter (Hrsg.): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München, Jena: Urban & Fischer. S. 386 - 393

**Lamnek, Siegfried (2005):** Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4. vollst. überarb. Aufl., Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

**Lueger, Manfred (2000):** Grundlagen qualitativer Feldforschung. Methodologie. Organisierung. Materialanalyse. Wien: WUV

**Luhmann, Niklas (1995):** Funktionen und Folgen formaler Organisation. 4. Aufl. Berlin: Duncker & Humblot

**Luhmann, Niklas (2000):** Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. 4. Aufl. Stuttgart: Lucius und Lucius

**Luhmann, Niklas (2000):** Organisation und Entscheidung. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag

**Luhmann, Niklas (2005):** Soziologische Aufklärung 2. Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft. 5. Aufl. Opladen: Westdeutscher Verlag

**Luhmann, Niklas (2005):** Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften



**Märtens, Michael M./Petzold, Hilarion G. (2000):** Probleme helfender Berufe im Suchtbereich. In: Uchtenhagen, Ambros/Zieglgänsberger, Walter (Hrsg.): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München, Jena: Urban & Fischer. S. 457-461

**Morgan, Gareth (2002):** Bilder der Organisation. 4. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta

**Neckel, Sighard (2001):** Erfolg. In: Bröckling, Ulrich (Hrsg.), Glossar der Gegenwart. Frankfurt am Main: Suhrkamp. S. 63-70

**ÖBIG (2008):** Bericht zur Drogensituation 2008. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.

([http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/1/0/6/CH0755/CMS1164184142810/bericht\\_zur\\_drogensituation\\_20071.pdf](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/1/0/6/CH0755/CMS1164184142810/bericht_zur_drogensituation_20071.pdf) (Letzter Zugriff: 22.01.2009))

**Petzold, Hilarion G. et al. (2000):** Psychotherapeutische Maßnahmen bei Drogenabhängigkeit. In: Uchtenhagen, Ambros/Zieglgänsberger, Walter (Hrsg.): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München, Jena: Urban & Fischer. S. 322-341

**Resinger, Eva (2005):** Substitutionstherapie in Österreich. In: Gerlach, Ralf/Stöver, Heino: Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 336-342

**Schaaf, Susanne (2000):** Stationäre Suchttherapie von Opiatabhängigen am Beispiel der Schweiz. In: Uchtenhagen, Ambros/Zieglgänsberger, Walter (Hrsg.): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München, Jena: Urban & Fischer. S. 299-322

**Schneider, Wolfgang (2000):** Drogenmythen. Zur sozialen Konstruktion von „Drogenbildern“ in Drogenhilfe, Drogenforschung und Drogenpolitik. Berlin: VWB

**Schneider, Wolfgang (2000):** Elendsverwaltung und Sorgenfaltenpädagogik? Zur Entwicklungsgeschichte akzeptanzorientierter Drogenarbeit. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 23, Heft 1, S. 13-18

**Schneider, Wolfgang (Hg.) (2001):** Illegalisierte Drogen. Alte Mythen – Neue Akzeptanz. Ausgewählte Aspekte und Zukunftsperspektiven akzeptanzorientierter Drogenarbeit und Drogenpolitik – 10 Jahre INDRO e.V. Berlin: VWB

**Schneider, Wolfgang (2001):** Der Mythos Sisyphos in der Drogenhilfe. Oder was kann akzeptanzorientierte Drogenarbeit unter den Bedingungen der Prohibition überhaupt noch leisten? In: Schneider, Wolfgang (Hg.): Illegalisierte Drogen. Alte Mythen – Neue Akzeptanz. Ausgewählte Aspekte und Zukunftsperspektiven akzeptanzorientierter Drogenarbeit und Drogenpolitik – 10 Jahre INDRO e.V. Berlin: VWB. S. 13-26

**Schneider, Wolfgang/Gerlach, Ralf (Hg.) (2004):** DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. INDRO. Berlin: VWB

**Schneider, Wolfgang (2004):** Drogenmythen – Abstinenz – Akzeptanz. Grenzen akzeptanzorientierter Drogenarbeit und „dislozierende“ Zukunftsvisionen. In: Schneider, Wolfgang/Gerlach, Ralf (Hg.): DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. INDRO. Berlin: VWB. S. 11-28

**Schneider, Wolfgang (2005):** Akzeptanzorientierte Drogenarbeit. In: Dollinger, Bernd/Schneider, Wolfgang (Hrsg.): Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. Berlin: VWB. S. 267-281

**Schnettler, Bernt (2006):** Thomas Luckmann. Konstanz: UVK

**Simsa, Ruth (Hrsg.) (2001):** Management der Nonprofit Organisation. Gesellschaftliche Herausforderungen und organisationale Antworten. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag

**Simsa, Ruth (2007):** NPOs und die Gesellschaft: eine vielschichtige und komplexe Beziehung – Soziologische Perspektiven. In: Badelt, Christoph/Meyer, Michael/Simsa, Ruth (Hrsg.): Handbuch der Nonprofit Organisation. Strukturen und Management. 4. Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag. S. 120-140

**Stöver, Heino (2005):** Substitutionsbehandlung in Europa. In: Gerlach, Ralf/Stöver, Heino: Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Zwischenbilanz und Aufgaben für die Zukunft. Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 327-335

**Sucht- und Drogenkoordination Wien (Hrsg.) (2006):** Wiener Drogenbericht 2003-2005, Wien  
[http://www.drogenhilfe.at/java/files/dokument/Drogenbericht%202003-2005\\_1.pdf](http://www.drogenhilfe.at/java/files/dokument/Drogenbericht%202003-2005_1.pdf) (Letzter Zugriff: 10.01.2009)

**Tretter, Felix (2000):** Suchtmedizin. Der suchtkranke Patient in Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer

**Uchtenhagen, Ambros/Zieglgänsberger, Walter (Hrsg.) (2000):** Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München, Jena: Urban & Fischer

**Viethen, Maja (2005):** Methadon als Maßnahme akzeptanzorientierter Drogenarbeit: Ursprüngliche Zielsetzungen und erreichte Veränderungen – Eine kritische Bilanz. In: Dollinger, Bernd/Schneider, Wolfgang (Hrsg.): Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. Berlin: VWB. S. 283-306

**Willke, Helmut (1999):** Systemtheorie II: Interventionstheorie. Grundzüge einer Theorie der Intervention in komplexe Systeme. 3. Aufl. Stuttgart: Lucius & Lucius

## Jahresberichte des Schweizer Haus Hadersdorf

Schweizer Haus Hadersdorf (2004): Jahresbericht 2004. Wien.

Schweizer Haus Hadersdorf (2005): Jahresbericht 2005. Wien.

Schweizer Haus Hadersdorf (2006): Jahresbericht 2006. Wien.

## Verwendete Websites

BMGFJ - Einrichtungen gemäß § 15 Suchtmittelgesetz (Stand 08/2008)

[www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/7/0/9/CH0755/CMS1103204041196/aktuelle\\_liste\\_d\\_einrichtungen\\_gem\\_\\_\\_\\_15\\_smg\\_\(inkl\\_\\_suchtberatung\\_wiener\\_neustadt\\_des\\_api\)\\_30.9.08.pdf](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/7/0/9/CH0755/CMS1103204041196/aktuelle_liste_d_einrichtungen_gem____15_smg_(inkl__suchtberatung_wiener_neustadt_des_api)_30.9.08.pdf) (Letzter Zugriff: 28.01.2009)

EWV - Evangelischer Waisenversorgungsverein

[www.waisenversorgungsverein.org](http://www.waisenversorgungsverein.org) (Letzter Zugriff: 17.12.2008)

EWV - Satzungen des Evangelischen Waisenversorgungsvereins Wien

<http://www.waisenversorgungsverein.org/HP/pdf/Satzungen.pdf> (Letzter Zugriff: 17.12.2008)

Plattform Drogentherapie – Informationen zur Opiatabhängigkeit

[www.drogensubstitution.at](http://www.drogensubstitution.at) (Letzter Zugriff: 17.03.2009)

Rechtsinformationssystem

[www.ris.bka.gv.at](http://www.ris.bka.gv.at) (Letzter Zugriff: 30.03.2009)

Schweizer Haus Hadersdorf

[www.shh.at](http://www.shh.at) (Letzter Zugriff: 08.04.2009)

Wegweiser Wobes

[www.wobes.org/Wegweiser%20HP.pdf](http://www.wobes.org/Wegweiser%20HP.pdf) (Letzter Zugriff: 17.12.2008)

Wobes – Verein zur Förderung von Wohnraumbeschaffung

[www.wobes.org](http://www.wobes.org) (Letzter Zugriff: 17.12.2008)

## Weitere Unterlagen

(von der Geschäftsführung, Mag. Spirig, zur Verfügung gestellt)

Unterlagen zur Geschichte des Schweizer Haus Hadersdorf: Roter Faden zur  
Geschichte des Schweizer Haus Hadersdorf (erstellt von Frau Mag. Annamarie  
Reining)

Text zum Konzept der Einrichtung: KURZ – KONZEPT

Organisationsstruktur Schweizer Haus Hadersdorf

## **Abbildungsverzeichnis**

**Abbildung 1:** Therapiezielehierarchie \_\_\_\_\_ S. 23

**Abbildung 2:** Therapiezielehierarchie bei Substitutionsbehandlung \_\_\_\_\_ S. 26

## **Anhang**

### **Abstract**

Im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit wurde das Schweizer Haus Hadersdorf, eine Einrichtung für stationäre, halbstationäre und ambulante Drogentherapie untersucht. Ziel der Arbeit war es herauszufinden, wie von den MitarbeiterInnen der Einrichtung Erfolg bzw. Misserfolg im Rahmen ihrer Tätigkeit definiert wird. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden insgesamt neun qualitative leitfadengestützte Interviews geführt. Die Interviews wurden mittels qualitativer Themenanalyse (nach Froschauer/Lueger 2003) ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigen zum einen, dass ein gemeinsames Verständnis darüber herrscht, dass Drogenabhängigkeit als schwere (chronische) Krankheit gesehen wird. Da „Heilung“ nicht immer möglich ist, wird Abstinenz nicht unmittelbar angestrebt und gilt daher auch nicht als Erfolgskriterium. Zum anderen werden die Drogenabhängigen als eigenverantwortliche Personen gesehen, die Bearbeitung des Drogenproblems liegt daher in der Verantwortung der Betroffenen. Krisen und Rückfälle werden als Teil der Erkrankung gesehen mit denen in der Therapie gearbeitet wird. Als die wichtigsten Ziele und Aufgaben werden die Aufklärung und Unterstützung bei der (Wieder-)aufnahme, die Absicherung und Entlastung der Betroffenen, die Unterstützung und Begleitung während der Therapie und die medizinische Versorgung mittels Substitutionsbehandlung gesehen. Der Empowerment-Ansatz nimmt in der Arbeit mit den Drogenabhängigen eine wichtige Rolle ein, indem die Eigenverantwortung der Betroffenen in den Mittelpunkt gestellt wird.

Ein gelungener Beziehungsaufbau zwischen PatientIn und TherapeutIn/BetreuerIn, eine gelungene therapeutische Intervention, die sich vor allem in Weiterentwicklungen und Veränderungen der PatientInnen zeigt, Rückmeldungen der KlientInnen, die nicht mehr in Therapie sind und ein erfolgreicher Therapieabschluss, der für die PatientInnen eine Umwandlung der unbedingten in eine bedingte Strafe zur Folge hat stellen sich als wichtige Erfolgskriterien dar.

## Leitfaden für die Geschäftsführung

### Leitfaden für die Geschäftsführung des Schweizer Haus Hadersdorf

---

#### FRAGEN ZUR ORGANISATION

- Können Sie mir bitte beschreiben, wie das Schweizer Haus Hadersdorf entstanden ist?
- Ich möchte Sie bitten, dass sie die Organisationsstruktur des SHH erläutern?
- Inwiefern unterscheidet sich das SHH dabei von anderen Drogeneinrichtungen? Was ist das Spezifische/Besondere am SHH?

*Mögliche Themen:*

- Wie läuft Behandlung, Beratung, Therapie im SHH ab?
- Ziel der Organisation
- Team des SHH (Gibt es Teambesprechungen? Wie laufen diese ab? Was wird besprochen?)
- Finanzierung des SHH?
- Gibt es gesetzliche Grundlagen/Auflagen für Förderungen? Wie sehen diese aus?
- Kooperation(en) mit anderen Einrichtungen? Wie sieht/sehen diese aus?

#### FRAGEN ZUR KLIENDEL DES SHH

- Schildern Sie bitte den Aufnahmeprozess von KlientInnen in das SHH? Wie läuft es ab, wenn ein(e) KlientIn zum SHH kommt?
  - Inwiefern sind hier Arbeitsabläufe vorgeschrieben? (gesetzliche Auflagen, organisationsinterne Auflagen etc.)
  - Wer wird aufgenommen?
  - Wann wird jemand nicht aufgenommen?
  - Weitervermittlung an andere Einrichtungen

#### ABKLÄRUNG VON RAHMENBEDINGUNGEN, INHALTLICHE FRAGEN

- Ich möchte gerne qualitative Interviews mit MitarbeiterInnen des Schweizer Haus Hadersdorf führen. Wie kann ich Kontakt zu den MitarbeiterInnen aufnehmen?
  - Über welche Medien? Telefonisch, per Email etc.
  - Wie werden die MitarbeiterInnen über mein Forschungsvorhaben informiert? (vorab über die Geschäftsführung? Nur über mich? etc.)
  - Wie viele MitarbeiterInnen hat das SHH? etc.

#### ABSCHLUSS

- Sind von Ihrer Seite noch Fragen offen geblieben?

## Leitfaden für die MitarbeiterInnen

### Leitfaden für die MitarbeiterInnen

---

#### Kurze Einführung zum Interview:

Im Rahmen meiner Magisterarbeit beschäftige ich mich mit dem Erfolgsverständnis des SHH. Ich werde ausschließlich MitarbeiterInnen befragen, da diese im Mittelpunkt meiner Arbeit stehen. Für die Interviews habe ich eine offene Vorgehensweise gewählt. Das Interview wird auf Diktiergerät aufgezeichnet, anschließend transkribiert und ausgewertet. Ich kann Ihnen auf jeden Fall einen vertrauensvollen Umgang mit den Daten versichern.

#### Einstiegsfrage

**Ich möchte Sie zu Beginn bitten, dass Sie mir von Ihrer Tätigkeit im Schweizer Haus Hadersdorf erzählen? Was ist konkret Ihre Aufgabe in dieser Einrichtung? Erzählen Sie bitte, was Ihnen dazu einfällt.**

#### Weitere (mögliche) Fragen zur Tätigkeit (falls nicht schon durch die Einstiegsfrage erklärt)

- Wie sind Sie zu dieser Einrichtung gekommen?
- Wie lange sind Sie im SHH schon tätig?
- Wo sind Sie genau tätig? (Vorbereitung, stationär, dezentral, ambulant, mehrere etc.)
- Wie viele Stunden sind Sie im SHH angestellt? (Vollzeit, Teilzeit, etc.)

#### Fragen in Bezug auf Erfolg/Misserfolg:

- Welche(s) Ziel(e) verfolgen Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit?
- Wie wird/werden diese(s) Ziel(e) erreicht?/Wann ist/sind diese(s) Ziel(e) erreicht?
- Wenn Sie an Ihre berufliche Tätigkeit hier im SHH denken, wann ist für Sie Behandlung/Betreuung/Beratung gut verlaufen? Wann ist für Sie Behandlung/Betreuung/Beratung nicht gut verlaufen? Woran erkennt man das?
- Können Sie sich an Ereignisse erinnern, wo Betreuung/Behandlung besonders gut verlaufen ist/besonders schlecht verlaufen ist?
- Wie würden Sie die Klientel des Schweizer Haus beschreiben?
- Welche KlientInnen haben für Sie einen starken Eindruck hinterlassen? Warum?
- Inwiefern arbeiten Sie mit anderen Institutionen/Stellen zusammen? Wie läuft diese Zusammenarbeit ab?

#### Abschluss:

Gibt es noch etwas, dass noch nicht angesprochen worden ist? Was Sie für wichtig halten?  
Was zu kurz gekommen ist?



## Curriculum Vitae

### PERSÖNLICHE DATEN

---

**Name** Silvia Haas, Bakk. phil.  
**Geburtsdatum:** 22.03.1983  
**Familienstand:** ledig  
**Staatsbürgerschaft:** Österreich

### AUSBILDUNG

---

2006-2009 Magisterstudium Soziologie, Wien  
2002-2006 Bakkalaureatsstudium Soziologie, Wien  
1997-2002 Bundeshandelsakademie Steyr, OÖ  
1993-1997 Hauptschule am Tabor, OÖ  
1989-1993 Volksschule Gleink, OÖ

### BERUFSERFAHRUNG

---

07/2008 und 01/2009 bis heute  
das fernlicht – Zukunftsforschung und  
Innovationsberatung (Wien), Praktikantin für  
Marktrecherchen und Kundenkommunikation und  
anschließend geringfügige Mitarbeiterin

08/2004 – 09/2004 und 03-06/2005  
ABIF – Analyse, Beratung und interdisziplinäre  
Forschung (Wien), Praktikantin und anschließend  
Mitarbeit bei einer Literaturanalyse

08/2000 (Ferialarbeiterin), 09/2000 – 09/2002  
(Handelsarbeiterin, geringfügig beschäftigt), 07/2003  
(Ferialarbeiterin), 07/2006 – 09/2006  
(Ferialangestellte)  
Tabor-Warenhaus GesmbH (Steyr)

08/2003 und 07/2004 (Ferialarbeiterin)  
MAN Nutzfahrzeuge Österreich AG

### SPRACHKENNTNISSE

---

Englisch, Spanisch, Russisch